

ANNA-KONSTANTINA
RICHTER

Vernachlässigte Folgen sozialer Traumatisierung

Soziale Angststörung – »Stiefkind« in der psychotherapeutischen Versorgung

DOI 10.21706/TG-12-4-334

Zusammenfassung: *An der Diagnose Soziale Angststörung (SAS) werden verschiedene Schwachstellen in der Versorgung klar, die sich besonders bei dieser Patientengruppe zeigen, denn störungsimmanent verbergen sie ihre Beschwerden lange Zeit. Erstens ist klinische Diagnostik ohne den Einsatz von strukturierten Interviews und Tests so großmaschig, dass diese Patient/-innen meist nicht erkannt werden. Zweitens sind die in der Evidenzbasierten Leitlinie zu bei SAS (Heinrichs, Stangier, Gerlach, Willutzki & Fydrich, 2010) empfohlenen Therapien bei einem Großteil der Betroffenen unwirksam, weil die Nonresponderquote hoch ist. Drittens führen Chronifizierung durch späten Behandlungsbeginn und hohe Komorbidität zu einer Komplexität in der Fallkonzeption der Behandlung und potenzierten Belastung der Betroffenen. Die sozialen Schäden für die Betroffenen durch mangelnde Qualifizierung, geringes Einkommen und unerwünschtes Singledasein können eingedämmt werden durch eine frühzeitige strukturierte Psychodiagnostik und das Erforschen vielversprechender traumatherapeutischer Behandlungsansätze wie z. B. EMDR.*

Schlüsselwörter: Soziale Angststörung, Soziale Phobien, Prüfungsangst, EMDR, soziale Traumatisierung

Das Problem: Soziale Angststörung – eine Störung im »Tarnkappenmodus«

Die Diagnose Soziale Angststörung (kurz SAS) ist mit einer Anhäufung von Problemen verbunden. Diese sollen im folgenden Artikel benannt werden, zusammen mit Lösungsansätzen und -vorschlägen. SAS wird in der klinischen Praxis zu wenig erkannt (s. z. B. Ginzburg & Stangier, 2012, S. 131), und SAS wurde (in der mittlerweile nicht mehr gebräuchlichen Bezeichnung Soziale Phobien) erst spät ins DSM aufgenommen, nämlich 1980 (DSM-III). Bereits Hoffmann (2002) hat im ersten psychoanalytisch orientierten Therapieleitfaden Sozialer Phobien beschrieben, »dass es sich um eine relevante, häufige und zu Unrecht in der Psychoanalyse bisher so wenig beachtete Störung handelt« (S. 52). Hoffmann beschreibt, dass es lange Zeit kein störungsspezifisches Konzept der Behandlung von sozial ängstlichen Patient/-innen gegeben habe, und verweist auf seinerzeit neuere Entwicklungen mit störungs-

spezifischen Techniken im Rahmen von Kurzpsychotherapien.

Den Kern der Vermeidung stellt für die Betroffenen Peinlichkeit dar, d. h., sie vermeiden Situationen, in denen sie beschämt werden. Diese Emotion wiederum stellte laut Seidler (1995/2001), der dem Schamgefühl ein ganzes Buch widmete, ein im psychotherapeutischen Bereich vernachlässigtes Gefühl dar. Dabei ist SAS keine »Nischenstörung« oder gar etwas Seltenes. Im Gegenteil: Obwohl SAS die häufigste Angststörung darstellt und die dritthäufigste psychische Störung mit einer Einjahresprävalenz von 7,9% (Quelle: National Comorbidity Survey nach Rief, 2018) und einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 18,2% (in den USA, zitiert nach McEvoy, Saulsman & Rapee, 2018), wird SAS nach Fydrich (2009) weniger häufig als Indexdiagnose gestellt: Betroffene lassen sich (nach Wittchen & Beloch, 1996) eher wegen Depressionen, Sucht, Einsamkeit oder Problemen am Arbeitsplatz behandeln.

Die Folgen sind erheblich: Nach Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers (2016) erleben die Betroffenen als Folge ihrer Beschwerden soziale Beeinträchtigungen in Form von ge-

ringem Einkommen, geringem Bildungsniveau und Unverheiratetsein. SAS ist eine der am frühesten beginnenden psychischen Störungen, und Zimmermann, Wittchen, Höfler, Pfister, Kessler & Lieb (2003) beschreiben, dass SAS bei Jugendlichen spätere Alkohol- und Drogenabhängigkeit voraussagt, da Substanzabusus oft zur Selbstmedikation gegen soziale Angstsymptome benutzt wird. Da die von SAS Betroffenen Angst vor sozialen Situationen empfinden, in denen sie sich schämen bzw. schämen würden, vermeiden die Betroffenen oft, sich zu offenbaren. Wir haben es also mit dem Problem zu tun, dass die Betroffenen ihre sozialen Ängste oftmals nicht zeigen (weshalb Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003, von einer »stillen Sörung« sprechen), was ungut damit zusammenfällt, dass viele Kliniker/-innen keine strukturierte Psychodiagnostik durchführen bzw. keine, mit der das Vorliegen einer SAS erkannt wird. Zu guter Letzt führen diese beiden ungunstigen Entwicklungen dann dazu, dass die Störung im Schnitt 18 Jahre nach Ausbruch der Beschwerden behandelt wird (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996) – ein Zeitraum, in dem viele soziale Gelegenheiten beruflicher und privater Art verpasst werden und Komorbiditäten wie Depressionen und Substanzabusus entwickelt werden. In den letzten Versionen der diesbezüglichen deutschsprachigen Manuale (Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers, 2016 und Leichsenring, Beutel, Salzer, Haselbacher & Wiltink, 2015) und in der Evidenzbasierten Leitlinie zur Behandlung von SAS findet sich wenig zur hohen Nonresponderquote der beiden Therapien, die in einer multizentrischen Studie hohe Effektstärken zeigen (Leichsenring et

al., 2013: kognitive Verhaltenstherapie mit 40 % und psychodynamische Psychotherapie mit 48 %) – diese ist am Ende der genannten Originalpublikation zu finden (die von Kliniker/-innen weniger gelesen werden als Manuale). Hiermit sind problematische Punkte dargestellt, auf die im Folgenden mit Lösungsvorschlägen eingegangen wird.

Definition samt Neuerungen im DSM-5

Unter einer Sozialen Angststörung leidet eine Person (laut DSM-5, zitiert nach Rief, 2018), wenn sie Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen hat, in der sie von anderen beurteilt werden könnte (bei Kindern muss diese Angst auch mit anderen Kindern auftreten, nicht nur mit Erwachsenen) (A). Die Personen befürchten dann, negativ bewertet zu werden, verursacht durch das eigene Verhalten oder die gezeigte Angst (B), und die Angstreaktion tritt fast immer bei Konfrontation mit der gefürchteten Situation auf (C). Entweder werden diese sozialen Situationen gemieden, oder sie werden unter starker Angst ertragen (D), die über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung deutlich hinausgeht (E) und typischerweise länger als sechs Monate anhält (F). Dies führt zu Leiden oder Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (G), wobei die Angst nicht auf Substanzabusus oder einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückgehen darf (H) und die Beschwerden nicht durch eine andere psychische Störung erklärt werden (wie z.B. Panikstörung, Körperdysmorphie Störung, Autismus-Spektrum-Störung) (I). Sollte

ein medizinischer Krankheitsfaktor wie Parkinson, Adipositas oder Verbrennungen vorliegen, dann dürfen Angst und Vermeidung nicht damit im Zusammenhang stehen bzw. sollten deutlich darüber hinausgehen (J).

Im DSM-5 wurde im Vergleich zur vorherigen Version gestrichen, dass die Betroffenen erkennen müssen, dass ihre Ängste übertrieben oder unbegründet sind.

Spezifiziert werden können folgende Subtypen: a) nur in Leistungssituationen, b) Schwerpunkt auf Performanz-Situationen. Eine »generalisiert«-Typisierung existiert im DSM-5 nicht mehr.

Zu Ätiologie, Risikofaktoren und Angstnetzwerken im Gehirn: Die Rolle des sozialen Traumas

Die Evidenzbasierte Leitlinie der DGPs (Heinrichs et al., 2010) führt als Prädiktoren zur Entwicklung einer späteren SAS »Angststörungen in der Kindheit, kindliche Verhaltenshemmung (behavioural inhibition) sowie eine negative Affektivität des Kindes« an (S. 21). Aus verhaltenstherapeutischer Sicht lässt sich die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1960) ergänzen, aber auch das Konzept der Preparedness, das von einem evolutionären Vorteil sozialer Phobien durch Unterwürfigkeit oder Vorsicht im Kontakt mit anderen ausgeht. Rapee & Spence (2004) nennen als Faktoren und Einflüsse auf die Entwicklung von Sozialen Phobien neben der Eltern-Kind-Beziehung/Erziehungsstilen den Einfluss von Peers, sozialen Kompetenzen, kulturellen Faktoren und einzelnen oder gehäuften negativen Erlebnissen in der Lebens-

geschichte der Betroffenen, was Stangier, Heidenreich & Peitz (2003) als »soziale Traumatisierungen« bezeichnen. Das können Hänseleien sein, Misserfolgserebnisse vor aller Augen (z.B. in der Schule) bzw. Kritik in der Öffentlichkeit. Hackmann, Clark & McManus (2000) haben durch ihre Befragung folgende Themencluster für soziale Traumatisierungen gefunden:

- 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.).

Hirnorganisch lässt sich dies mit folgenden Befunden in Einklang bringen: Tillfors, Furmark, Marteinsdottir & Fredrikson (2002) haben untersucht, welche Hirnregionen bei sozial ängstlichen Patient/-innen mehr oder weniger aktiv sind. Sie fanden in ihrer Untersuchung von Erwartungsangst vor einer Rede vor Publikum

- eine erhöhte Herzfrequenz,
- einen erhöhten regionalen zerebralen Blutfluss (kurz rCBF für »regional cerebral blood flow«, s. Abbildung 2 im Original auf S. 1116), der im rechten dorsalen präfrontalen, linken inferotemporalen Kortex sowie in der amygdaloid-hippocampalen Region gemessen wurde.

Dies veranlasste die Autor/-innen zur Hypothese, dass Erwartungsangst in dort befindlichen affekt-sensitiven Angstnetzwerken ihren

Ursprung haben würde (S. 1113), was daran liegen könne, dass sozial ängstliche Patient/-innen über einen hochsensiblen Amygdalakomplex verfügen, bei dem Angstreaktionen hervorgerufen werden könnten durch eine herabgesetzte Inhibition im orbitofrontalen bzw. ventromedialen Bereich im Vergleich zu einer nicht-klinischen Population (S. 1118). Außerdem überlegen die Autor/-innen, ob die erhöhte Durchblutung im rechten dorsalen präfrontalen Kortex bedeute, dass affektive Inhalte im Arbeitsgedächtnis angezeigt würden, zumal neben Erwartungsängsten auch vergangene Erinnerungen aktiviert sein könnten.

Die vernachlässigte Folge der sozialen Traumatisierung: das negativ verzerrte Selbstbild¹

Wer die Evidenzbasierte Leitlinie zur Behandlung Sozialer Angststörungen (Heinrichs et al., 2010) liest, kommt so schnell nicht auf den Gedanken, dass es eine hohe Nonresponderquote bei den dort beschriebenen Psychotherapien mit hoher Effektstärke gibt. Es wird beschrieben, dass die Wirksamkeit kognitiver Therapie bei Sozialen Angststörungen darin bestehe, »die der Angst zugrunde liegenden dysfunktionalen Gedanken und Überzeugungen« zu verändern (S. 33). Auch »ungünstige Reaktionsmuster in der Informationsverarbeitung« sowie das »Verhalten der Betroffenen« seien in den Veränderungsprozess miteingeschlossen. Die multizentrische Studie von Leich-

senring et al. (2013) ergab jedoch eine Nonresponderquote von 40 % in der KVT-Bedingung (KVT für kognitive Verhaltenstherapie) und 48 % in der PDP-Bedingung (PDP für psychodynamische Psychotherapie), was daran liegen könnte, dass eine Behandlung dysfunktionaler Selbstbilder noch nicht inbegriffen war. Negativ verzerrte Selbstbilder der Betroffenen, die auch in den Diagnosekriterien des DSM-5 oder der ICD-10 fehlen, treten jedoch bei einem hohen Prozentsatz der Betroffenen auf (Hackmann et al., s.u.) und entziehen sich in der Regel einer kognitiven Umstrukturierung oder einer Korrektur nach Videofeedback oder einem Verhaltensexperiment, wie Hackmann et al. (2000) untersucht haben: Sie stellten fest, dass negativ verzerrte Selbstbilder sozial ängstlicher Patient/-innen zeitlich stabil und wiederkehrend seien und sich nicht positiv durch erfreulichere Ereignisse aktualisieren ließen im Vergleich zu den unangenehmen Ereignissen, die zum Zeitpunkt des Beginns der Störung stattfanden. »Negative self-images are a maintaining factor in social phobia«, schreiben Wild, Hackmann & Clark 2007 in ihrer Pilotstudie über negative Selbstbilder.

Alle von Hackmann et al. (2000) befragten ehemals sozial ängstlichen Patient/-innen berichteten davon, während ihrer Erkrankung wiederkehrende verzerrte Selbstbilder erlebt zu haben. 86 % der Befragten berichteten von visuellen Komponenten der Selbstbilder, 82 % von Körperwahrnehmungen und 32 % von Geräuschkomponenten. 96 % der Befragten berichteten eine Erinnerung, die mit dem negativen Selbstbild in Verbindung gestanden habe.

Tab. 1 zeigt Beispiele aus der Untersuchung von Hackmann et al.

¹ kurz NSI für engl. negative distorted self-image

Negatives Selbstbild	Verknüpfte Erinnerung, die den Kontext beinhaltet
Frau sieht sich herumtorkeln und Geräusche machen, die keinen Sinn machen	Als Kind auf dem Schulhof, Mitschüler/-innen machen sich über sie lustig, sie tut so, als ob sie ein herumgaloppierendes Pferd sei, das herumwiehert
Frau sieht sich nervös und kleiner, als sie ist, am Tisch sitzen	Erinnerung, als Kind am Teetisch zu sitzen, nervös aussehend, vom Vater kritisiert werden
Frau sieht sich dumm aussehend mit einem sehr roten Gesicht mit einer verschlossenen Haltung	Als Kind im Klassenraum, vom Lehrer wegen einer dummen Antwort kritisiert, mit rotem Kopf und verschlossener Haltung dasitzend

Tab. 1: Beispiele negativer Selbstbilder von Patient/-innen und verknüpften Erinnerungen, die den Kontext der Selbstbilder enthalten (Hackmann et al., 2000, S. 605)

(2000, S. 605) s. Tabelle 1 (Übersetzung ins Deutsche von mir).

Wie negativ verzerrte Selbstbilder entstehen können, beschreibt Seidler (1990) im Rahmen der von ihm entwickelten Alteritätstheorie, in der er Schnittstellen- und Beziehungsprozesse darstellt, »die *Subjektkonstituierung aus interaktionellen Akten wechselseitiger Wahrnehmung*« bewirken. In einer ersten Phase der Interaktion, die im späteren Verlauf Scham erzeugt, nehme das Selbst den Unterschied zum Selbst-Ideal wahr mit dem wichtigen Element im »proto-strukturellen Raum«, dass die mangelnde Übereinstimmung von Selbst und Selbst-Ideal von jemandem bezeugt wird.

Wenn Individuen enttäuschende, überraschende Erfahrungen mit anderen Individuen machten und ein Mensch in der Interaktion unerwartet auf ein Gegenüber aufpralle, zerspringe in einer zweiten Phase das »Ur-Selbst« oder »existenzielle Selbst« in eine reflexive Struktur aus

- realer Selbstbeziehung (kann zwischen Eigenem und Nicht-Eigenem unterscheiden),
- idealer Selbstbeziehung (die sich aus Schamerlebnissen entwickle

und Phantasie von idealen Beziehungen mit anderen Menschen enthalte) sowie

- der urteilenden Selbstbeziehung, die »den vormals außen lokalisierten Blick des Gegenübers« beinhalte (S. 125).

»Mit ihm schaut das Subjekt auf sich selber« mit einer »Tendenz zum *negativ-kritischen* Blick; die Nähe der Scham zur *negativen Selbstbewertung* ist psycho- oder besser bezie-

hungsdynamisch hier verwurzelt« (S. 130, kursive Hervorhebungen vom Autor). Seidler schildert hier die Spaltung des Selbst in einen erlebenden und einen beobachtenden Teil, also eine Dissoziation. Bestätigt

wird dieses Modell durch Befunde von Michal, Kaufhold, Grabhorn, Krakow, Overbeck & Heidenreich (2005), die bei einem Großteil der untersuchten sozial phobischen Patient/-innen dissoziative Symptome vorfanden.

Erforderliche Maßnahmen

Konsequente Psychodiagnostik im stationären und ambulanten Setting

Fydrich (2009) weist darauf hin, dass Soziale Phobien weniger häufig als Indexdiagnose gestellt werden (Stangier et al. sprechen daher von einer »stillen Störung«); Betroffene lassen sich laut Wittchen & Beloch (1996) eher wegen Depressionen, Sucht, Einsamkeit oder Problemen am Arbeitsplatz behandeln. Ginz-

Negative Selbstbilder sind aufrechterhaltende Faktoren der Sozialen Angststörung.

burg & Stangier (2012) führen das auf Zeitmangel in der Praxis zurück (S. 132). Damit sozial ängstliche Patient/-innen in der klinischen Praxis frühzeitig erkannt werden, müs-

Negative Selbstbilder sind durch Dissoziationen des Selbst in einen erlebenden und einen beobachtenden Teil entstanden.

sen wir uns jedoch die Zeit nehmen, die in der probatorischen Phase bzw. bei stationärer Aufnahme vorhanden ist und ausgeschöpft werden sollte.

Es empfiehlt sich hierbei die Anwendung strukturierter klinischer

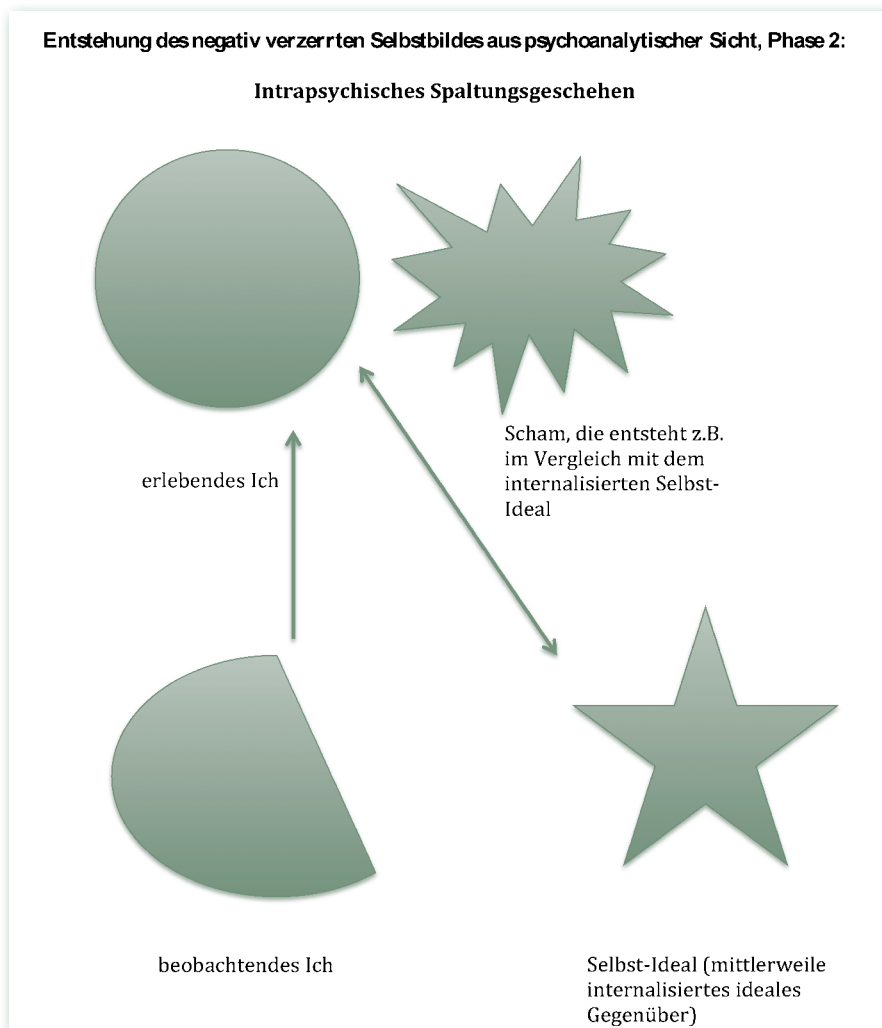


Abb. 1: Phase II der Entwicklung eines negativ verzerrten Selbstbildes nach Seidler (1990) durch Ich-Spaltung (Abbildung aus Richter, in Vorbereitung)

Interviews wie des SKID-I und -II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) oder des DIPS Open Access (Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S., 2017), das in einer kostenfreien Version online vorliegt und daher leicht von Kliniker/-innen ohne Kosten im Alltag erprobt werden kann. Eine Minimalmaßnahme für strukturierte Diagnostik stellt das Mini-DIPS Open Access dar (Margraf, J. & Cwik, J. C., 2017), ebenfalls mittlerweile kostenfrei aus dem Internet herunterladbar.

Zur störungsspezifischen Testdiagnostik liegen seit kurzer Zeit auf Deutsch die SOZAS-Skalen vor

(Skalen zur Sozialen Angststörung, von Consbruch, Stangier & Heidenreich, 2016), die aus vier Tests bestehen, die ein bewährtes Fremdbeurteilungsinstrument enthalten (LSAS, Liebowitz-Soziale-Angst-Skala), ein Screening zum Überprü-

fen des Vorliegens einer SAS (SPIN, Soziale-Phobie-Inventar), einen Test zur Überprüfung von Angst in Leistungssituationen (SPS, Soziale-Phobie-Skala) sowie einen Test zur Erfassung von Angst in Interaktionssituationen (SIAS, Soziale-Interaktions-Angst-Skala).

Außerdem empfiehlt sich die Anwendung von Tests zu häufigen komorbiden Störungen wie Depressionen (z. B. BDI-II: Beck Depressions-Inventar von Hautzinger, Keller & Kühner, 2006 oder ADS: Allgemeine Depressions-Skala von Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012) sowie grundsätzlich die Anwendung eines Alkoholscreenings wie des LAST (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test, Rumpf, Hapke und John, 2001).

Zur Erfassung von negativ verzerrten Selbstbildern benötigen wir im deutschsprachigen Raum Interviews und Screenings, die im englischsprachigen Raum mit dem WIMI-Interview sowie dem NSPS vorliegen. Das Waterloo Images and Memories Interview (WIMI) von Moscovitch (2011), untersucht von Moscovitch, Gavric, Merrifield, Bielak & Moscovitch (2011), ist ein Untersuchungsinstrument zur Ermittlung negativer Bilder und damit verbundener auto-

Strukturierte Diagnostik ist unverzichtbar.

biographischer Erinnerung in Angst triggernden Situationen, das bisher noch nicht in einer deutschen Version vorliegt. Die Negative Self-Portrait-Scale (NSPS) von Moscovitch

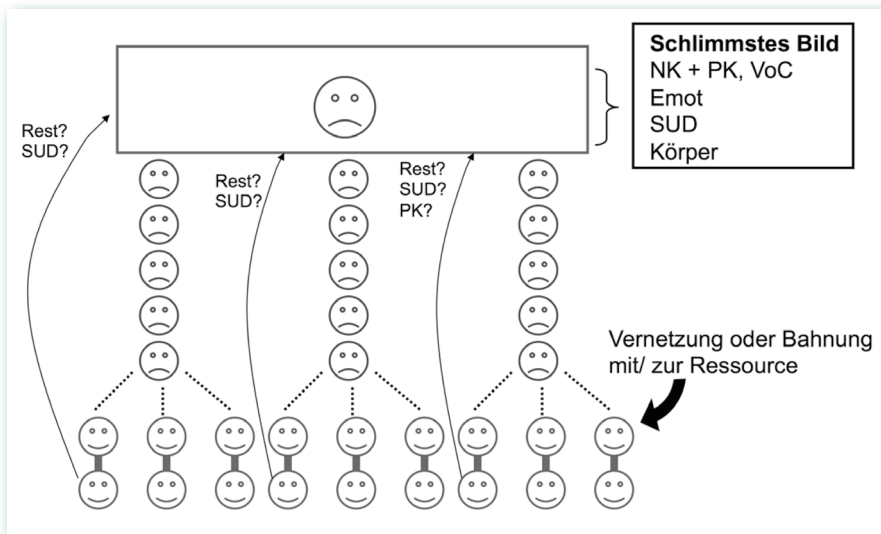


Abb. 2: AIP-Modell nach Shapiro

NK = negative Kognition, PK = positive Kognition, VoC = Validity of Cognition (Skala von 1 »ganz falsch« bis 7 »ganz richtig« nach Shapiro), Emot = Emotion beim Erinnern des schlimmsten Bildes, SUD = Subjective Units of Disturbance nach Wolpe, 1969 (Skala von 0 »neutral« bis 10 »maximal vorstellbare Belastung«), Körper: wo die Belastung genau spürbar ist.

& Huyder (2012) entsprang dem Anliegen der Autor/-innen, ein neues Messinstrument zu schaffen, das die Qualität der von den Betroffenen angenommenen negativen Selbstbilder aufdeckt. Sie liegt in einer ersten Arbeitsversion als deutsche Übersetzung vor (Negatives-Selbstbild-Skala, NSBS von Richter, 2018), deren Testgütekriterien in einer Arbeit an der Philipps-Universität Marburg in den kommenden Monaten ermittelt und publiziert werden sollen.

Die Störung muss zuverlässig bereits im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden, damit die Betroffenen nicht wertvolle Jahre verlieren, in denen sie wichtige Chancen verpassen. Hier werden Chavanon & Christiansen im neuen Lehrbuch zu EMDR bei Sozialen Angststörungen (Richter, in Vorbereitung) in einem Diagnostik-Unterkapitel wertvolle Hinweise aus der Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz an der Philipps-Universität Marburg geben.

Sack (2018) beschreibt den Unterschied in den Effektstärken von traumafokussierten Therapien mit

Cohen's $d = 1.5$ im Vergleich mit allgemeiner Wirksamkeit von Psychotherapie, indem er Margraf et al. (2008, zitiert nach Sack) für KVT und Shedler et al. (2011, zitiert nach Sack) für PDP mit Effektstärken von etwa $d = 0.75$ (Sack, 2018, S. 14) anführt. Das wirft die Frage auf, ob

nicht grundsätzlich traumafokussierte Psychotherapien angewandt werden sollten, speziell auch bei SAS. Daher beschreibe ich im Folgenden drei Störungsmodelle der Psychotherapiemethode EMDR nach Shapiro, die in Deutschland für die Behandlung von PTBS zugelassen ist.

Das historisch älteste EMDR-Störungsmodell, das AIP-Modell (für Adaptive Information Processing Model) nach Shapiro (1995), sagt voraus, dass belastende Erinnerungnetzwerke mit Ressourcennetzwerken vernetzt werden können, siehe Abbildung 2.

Das würde voraussagen, dass die Belastung durch ein negativ verzerrtes Selbstbild durch Stimulation mittels EMDR verringert würde, indem nicht verarbeitete Erinnerungnetzwerke mit Ressourcennetzwerken verbunden werden.

Neue Version des DIPS und des Mini-DIPS kostenfrei als Open-Access-Versionen verfügbar.²

Neue Störungsmodelle sind wegen der hohen Nonresponderquote erforderlich.

² <http://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/index-de.html>

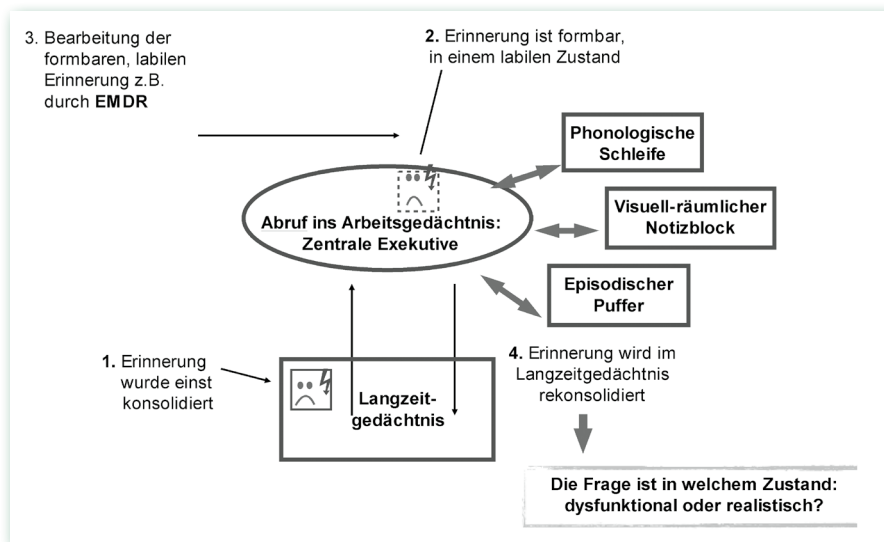


Abb. 3: Rekonsolidierungshypothese verbunden mit dem Modell des Arbeitsgedächtnisses nach Baddeley. Ansatzpunkt für die Behandlung z. B. mit EMDR (3.) ist der Abruf einer Erinnerung (2.) aus dem Langzeitgedächtnis (1.) ins Arbeitsgedächtnis zur Rekonsolidierung, bestenfalls nach einem durch erfolgreiche Psychotherapie erfolgten »Neu-Lernens«, wie von Rüegg (2009) beschrieben (4.).

lidiert werden im Sinne eines Neu-Lernens nach Rüegg (2009). Wie Rekonsolidierung modifiziert werden kann, zeigen Befunde der Hemmung von Rekonsolidierung einer erlernten Angstreaktion bei Ratten durch Antibiotikum-Spritzen, berichtet von Nader, Schafe & LeDoux (2000), oder der Blockierung von Rekonsolidierung mittels Injektion eines MAP-Kinase-Inhibitors in die Amygdala durch Doyère, Debiec, Monfils, Schafe & LeDoux (2007). Eine von mir zusammengefügte Kombination aus dem Arbeitsgedächtnismodell von Baddeley mit der Rekonsolidierungshypothese sieht folgendermaßen aus:

Gunter & Bodner (2008) veröffentlichten Ergebnisse ihrer Untersuchungen, die dafür sprachen, dass die wohltuende Wirkung von EMDR eher auf eine Taxierung des Arbeitsgedächtnisses zurückzuführen sei als auf eine Kommunikation zwischen den Hirnhemisphä-

ren (was immer wieder als möglicher Wirkmechanismus von EMDR vermutet wurde). Die Ergebnisse ihrer Untersuchung deuteten nämlich darauf hin, dass die Versuchspersonen von Stimulationen auch dann profitierten, wenn diese in Form von vertikalen (statt der beim EMDR klassischerweise vermittelten horizontalen) Augenbewegungen oder Konzentration auf einen akustischen Reiz erfolgten. Ihre Hypothese war, dass der Grund dafür in einer Ansteuerung der sogenannten Zentralexekutive im Arbeitsgedächtnismodell nach Baddeley liege, nicht im räumlich-visuellen Notizblock (s. Abb. 3). Zur genauen Begrifflichkeit des von Rüegg beschriebenen Neu-Lernens schlage ich **Neokonsolidierung** vor, um auszudrücken, dass die Rekonsolidierung nicht in alter, sondern in neuer Form nach einer Bearbeitung im Arbeitsgedächtnis erfolgte. Carni (2001) beschreibt eine solche Neokonsolidierung in der EMDR-Behandlung einer Pianistin

mit Auftrittsängsten. Die Patientin habe sich gekrümmt übers Klavier wahrgenommen mit schweren Händen in einer schwarzen Wolke, und es würde keine Kommunikation zwischen ihr und dem Publikum stattfinden (S. 20). Während des EMDR-Prozesses habe es einen Wechsel zu positiven Bildern gegeben, und das Bild der schwarzen Wolke sei umgeschlagen in das Bild einer Blase, die sie schützte, aus der heraus sie aber selbstbewusst kommunizieren konnte, wo sie sich wie in einem guten Zuhause fühlte, und ihre Arme und Hände fühlten sich leichter an.

Gemäß dem Arbeitsgedächtnismodell der EMDR-Behandlung gibt es eine neue multimodale Stimulationsmethode, die »Arbeitsgedächtnisbombe« nach Leenders & De Jongh (2017) genannt wird und bei der Patient/-innen nicht nur die Augen bewegen oder Töne hören oder vibrierende Sensoren in den Händen halten, sondern während des Abrufens belastender Erinnerungen

- Augenbewegungen machen,
- in einem bestimmten Rhythmus mit den Händen auf die Oberschenkel klatschen,
- »Tic Tac Tic Tac« vor sich hin sagen, um zusätzlich zum Abruf belastender Erinnerungen mehrere konkurrierende Aufgaben fürs Arbeitsgedächtnis zu generieren mit dem Ziel der Auflösung belastender Erinnerungen und Neokonsolidierung im Langzeitgedächtnis. Eine genaue Beschreibung der Methode für den deutschsprachigen Raum findet sich bei Richter (in Vorbereitung).

Bisher liegen mindestens vier Studien zu erfolgreicher Behandlung

von Prüfungsängsten mit Evidenzgrad IIb (Gosselin & Matthews, 1995; Maxfield & Melnyk, 2000; Enright, Baldo & Wykes, 2000; Cook-Vienot & Taylor, 2012), eine Einzelfallstudie über EMDR und MBSR bei einem sozial phobischen Patienten (Sun & Chiu, 2005) sowie vier EMDR-Studien bei Prüfungs- und Redeängsten vor, deren zum Teil angegebene Studienmängel noch bewertet werden müssen und beschrieben werden (Review dazu von Richter, Beham, Grahame & Monteiro in Vorbereitung).

Bezüglich des Phänomens der Erwartungsangst vor einer erneuten Demütigung bietet sich die konkretere Erfassung mittels des Begriffs »Flashforward« an (erstmalig geprägt durch Holmes, Crane, Fennell & Williams, 2007, zitiert nach Engelhardt, van den Hout, Janssen & van der Beek, 2010), dessen Qualitäten nach de Jongh (2014) folgendermaßen beschrieben werden:

- a) detaillierte, unbewegte Bilder (z. B. an der Tafel stehen und vom Lehrer gedemütigt werden, die ganze Klasse schaut zu und lacht),
- b) katastrophal,
- c) intrusiv und beunruhigend.

Quellen für Flashforwards sind

- vergangene Ereignisse: frühere Konfrontationen mit traumatischen Stressoren bzw. mit Situationen, die beinahe schiefgegangen sind;
- modellhafte Erfahrungen: Bezeugung eines entsprechenden Ereignisses;
- andere Quellen negativer Informationen: Fallgeschichten anderer Menschen, Bücher, Filme usw., deren Folgen Angst und Vermeidung sind. Der Begriff Flashforward umfasst mehr als das Gefühl der Erwartungsangst, nämlich ein Bild oder einen Film, Emotionen, Kognition und

Körpersensationen, also das, wovon Erwartungsangst besteht (bei SAS z. B. eine Situation, die beschä-

mend und demütigend ist). De Jongh (2014) geht davon aus, dass Flashforwards klassisch konditioniert werden: Der Flashforward (intrusives Bild der befürchteten Katastrophe) stellt dabei den unkonditionierten Stimulus (US) dar, der eine Reaktion auslöst (z. B. Scham und/oder Angst davor, ausgelacht oder gedemütigt zu werden, durch eine Prüfung durchzufallen). Gepaart mit einem ursprünglich neutralen Reiz wird daraus der konditionierte Stimulus (CS), in diesem Fall z. B. eine Interaktions- oder Leistungssituation, der eine konditionierte Angstreaktion (CR) zur Folge hat. Engelhardt et al. untersuchten die Wirkung von Augenbewegungen bei $N = 32$ Studierenden mit Flashforwards, und die Lebhaftigkeit der intrusiven Bilder war signifikant geringer in der Bedingung mit Augenbewegungen im Vergleich zur Bedingung, in der die Proband/-innen ausschließlich den Flashforward erinnerten, ohne eine Stimulation zu erhalten. Logie & de Jongh (2014, 2015) entwickelten die EMDR-Flashforward-Prozedur nach EMDR-Phase 6 (Körpertest), in der Patient/-innen mittels eines sogenannten Videoscans eine Konfrontation in sensu durchführen und überprüfen, ob sie sich nun der Situation stellen können, ohne dass die befürchtete Katastrophe eintritt. Bei erfolgreichem Videoscan erfolgt der Abschluss mit Phase 7.

Vorschlag für ein EMDR-Arbeitsblatt für die Behandlung Sozialer Angststörungen

Der Flashforward – ein umfassendes, multimodales Konzept der Erwartungsangst.

Wegen der vielversprechenden bisherigen Befunde bedarf es weiterer Forschung bezüglich der Wirksamkeit von EMDR bei Sozialer Angststörung, wie z. B. Phase IIa-Studien mit einer repräsentativen Stichprobe, nicht nur Studierenden, sowie eine multizentrische Studie. Daher wurde ein Arbeitsblatt für Forschung und Praxis entwickelt, das zum einen die o. g. Diagnoseinstrumente im Formlarkopf samt Cut-offs enthält als auch Raum zur Erfassung störungsspezifischer Targets wie negativ verzerrter Selbstbilder nach Hackmann et al. sowie Flashforwards nach Engelhardt et al. bzw. Logie & de Jongh. Es kann kostenlos im Internet heruntergeladen werden vom Researchgate-Profil der Autorin.

Social Anxiety Disorder: A Blind Spot in Psychotherapeutic Care – Consequences of social traumatization frequently overlooked

Abstract: *The Social Anxiety Disorder (SAD) diagnosis points up a number of shortcomings in psychotherapeutic care that affect this group of patients in particular, not least because the nature of their disorder prompts them to conceal their complaints for a long time. First, clinical diagnostics forgoing the use of structured interviews and tests is normally not accurate enough to identify these patients. Second, the therapies recommended for SAS in the evidence-based*

guidelines are ineffectual for many patients because the proportion of non-responders is high. Third, co-morbidity and chronification caused by the delayed onset of treatment complicate case definition in treatment and exacerbate patient stress. The social disadvantages these patients labour under as a result of poor qualifications, low income and life without a partner can be offset by early structured psychodiagnosics and research on promising trauma-therapy approaches such as EMDR. This can be expected to lower the number of non-responders.

Keywords: Social Anxiety Disorder, social phobia, test anxiety, EMDR, social traumatization

Zur Person



*Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter (*1967) ist niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und akkreditierte verhaltenstherapeutische und EMDR-Supervisorin (Psychotherapeutenkammern Hessen und Niedersachsen). Sie ist Mitbegründerin eines EMDR-Fortbildungszentrums in Marburg und des Traumanetzwerks Marburg.*

Kontaktadressen

*Dipl.-Psych. Anna-Konstantina Richter
Zentrum für psychologische Beratung
und
Training Richter & Kemeny Partnerschaft (ZpBT)
Biegenstr. 4
35037 Marburg
Tel.: 06421/6970950
Fax: 06421/6970951
richter@zpbt-marburg.de
www.richter-psychologie.de*

Literatur

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author. DOI 10.1176/appi.books.9780890425596.
- Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annu. Rev. Psychol.*, 63, 1–29. DOI 10.1146/annurev-psych-120710-100422.
- Carni, E. I. (2001). Mind & Body: Eye Movements and Memory. Piano & Keyboard, 19–20.
- Chavanon, M.-L. & Christiansen, H. (in Vorbereitung). SAS-Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In Richter, A.-K., EMDR bei Sozialen Angststörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cook-Vienot, R. & Taylor, R. J. (2012). Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Biofeedback/Stress Inoculation Training in Treating Test Anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 62–72. DOI 10.1891/1933-3196.6.2.62.
- De Jongh, A. (2014). Treatment of fears and phobias with EMDR. Keynote at the 15th European EMDR Conference in Edinburgh.
- Doyère, V., Debiec, J., Monfils, M. H., Schafe G. E. & LeDoux, J. E. (2007). Synapse-specific reconsolidation of distinct fear memories in the lateral amygdala. *Nature Neuroscience*, 10(4), 414–6. DOI 10.1038/nn1871.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Jansen, W. C. & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of »flashforwards.« *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 442–447. DOI 10.1016/j.brat.2010.01.003.
- Enright, M., Baldo, T. D. & Wykes, S. D. (2000). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Technique in the Treatment of Test Anxiety of College Students. *Journal of College Counseling*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5188741&site=ehost-live>. DOI 10.1002/j.2161-1882.2000.tb00162.x.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von: M. B. First, R. L. Spitzer, M. Gibbon, J. B. W. Williams, L. Benjamin (Version 3/96). Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T. (2009) Soziale Phobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 2* (3.. Auflage). Heidelberg: Springer. DOI 10.1007/978-3-540-79543-8_3.
- Ginzburg, D. M. & Stangier, U. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie der Sozialen Phobie. *Psychotherapie* 17, Heft 1.
- Gosselin, P. & Matthews, W. J. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Test Anxiety: A Study of the Effects of Expectancy and Eye Movement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(4), 331–337. DOI 10.1016/0005-7916(95)00038-0.
- Gunter, R. W. & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (2008), 913–931. DOI 10.1016/j.brat.2008.04.006.
- Hackmann, A., Clark, D. M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601–610. DOI 10.1016/S0005-7967(99)00161-8.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). Allgemeine Depressions-skala (ADS). 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services. Deutsche Bearbeitung von Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc.
- Heinrichs, N., Stangier, U., Gerlach, A. L., Wil-lutzki, U. & Fydrich, T. (2010). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung. (F. K. P. und P. der D. G. für P. (DGPs), Ed.) (1st ed.). Göttingen.
- Hoffmann, S. O. (2002). Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. Eine Übersicht mit einem ersten »Leitfaden« zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 18, 51–71. DOI 10.1007/s00451-002-0115-4.

Leenders, M. & De Jongh, A. (2017). De EMD-Knaller! EMDR Magazine, 5 (15), 40–42.

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... Leibing, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 759–767.
DOI 10.1176/appi.ajp.2013.12081125.

Leichsenring, F., Beutel, M. E., Salzer, S., Haselbacher, A. & Wiltink, J. (2015). Soziale Phobie. (M. E. Beutel, S. Doering, F. Leichsenring, & G. Reich, Eds.) (1st ed.). Göttingen: Hogrefe. DOI 10.1026/02322-000.

Logie, R. & de Jongh, A. (2015). The Flashforward Procedure. In M. Luber (Hrsg.), *EMDR Scripted Protocols and Summary sheets. Treating Anxiety, Obsessive-compulsive, and Mood-Related Conditions*, 81–90. New York: Springer Publishing Company.
DOI 10.1891/9780826131683.0003.

Logie, R. & de Jongh, A. (2014). The »Flashforward Procedure«: Confronting the Catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 25–32.
DOI 10.1891/1933-3196.8.1.25.

Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A. & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
DOI 10.1001/archpsyc.1996.01830020077009.

Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). DIPS Open Access: Diagnostic Interview for Mental Disorders. [DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen].
DOI 10.13154/rub.100.89.

Margraf, J. & Cwik, J. C. (2017). Mini-DIPS Open Access: Diagnostic Short-Interview for Mental Disorders. [Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen]. Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität.
DOI 10.13154/rub.102.91.

Maxfield, L. & Melnyk, W. T. (2000). Single Session Treatment of Test Anxiety with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *International Journal of Stress Management*, 7(2), 87–101.
DOI 10.1023/A:1009580101287.

McEvoy, P. M., Saulsman, L. M. & Rapee, R. M. (2018). *Imagery-Enhanced CBT for Social Anxiety Disorder* (1st ed.). New York: Guilford Press.

Michal, M., Kaufhold, J., Grabhorn, R., Krakow, K., Overbeck, G & Heidenreich, T. (2005). Depersonalization and Social Anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(9), 629–632.
DOI 10.1097/01.nmd.0000178038.87332.ec.

Moscovitch, D. A. (2011). Waterloo Images and Memories Interview (WIMI). Unpublished Interview. University of Waterloo, Canada.

Moscovitch, D. A. & Huyder, V. (2011). Negative Self-Protrayal Scale (NSPS). Measurement Instrument Database for the Social Science. Retrieved from www.midss.org.

Moscovitch, D. A., Gavric, D. L., Merrifield, C., Bielak, T. & Moscovitch, M. (2012). Retrieval properties of negative vs. positive mental images and autobiographical memories in social anxiety: outcomes with a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 505–517. DOI 10.1016/j.brat.2011.05.009.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
DOI 10.1037/10802-000.

Nader, K., Schafe, G. & Ledoux, J. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406, 722–726.
DOI 10.1038/35021052.

Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737–767.
DOI 10.1016/j.cpr.2004.06.004.

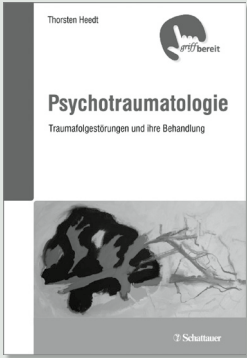
Richter, A.-K. (in Vorbereitung). *EMDR bei Sozialen Angststörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Richter, A.-K., Beham, F., Grahame, D. & Monteiro, A. M. (in Vorbereitung). *EMDR in the treatment of Social Anxiety Disorder and Test Anxiety. A review*.

Rief, W. (2018). *Angststörungen. Unveröffentlichte Vorlesungsfolien*. Marburg: Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie. Psychotherapie-Ambulanz Marburg PAM.

Rüegg, J. C. (2009). *Traumagedächtnis und Neurobiologie – Konsolidierung, Rekonsolidierung*.

www.klett-cotta.de/schattauer




Reihe griffbereit
2017, 334 Seiten, broschiert
€ 34,99 (D). ISBN 978-3-608-43246-6

Thorsten Heedt
Psychotraumatologie
Traumafolgestörungen
und ihre Behandlung

Das Kitteltaschenbuch für alle, die sich schon lange eine kompakte Übersicht des gegenwärtigen Praxiswissens auf dem Gebiet der Psychotraumatologie wünschen:

- Welche klinische Symptomatik ruft ein Trauma hervor?
- Welche psychotherapeutische Intervention ist adäquat?
- Welche Medikamente können eingesetzt werden?
- Wie vermittele ich dem Patienten das Wissen, das er braucht, und welches sind die ersten Schritte zur Überwindung des Traumas?
- Wie kann ich die Arbeit mit Traumapatienten noch effektiver gestalten?

Mit sicherer Hand fasst der Psychiater Thorsten Heedt zusammen, was Sie als Arzt, Psychologe und Psychotherapeut wissen müssen, um traumatisierte Patienten richtig einzuschätzen und sie angemessen zu behandeln. Das Buch bietet einen hervorragenden, leicht zu lesenden und schulenübergreifenden Überblick über die Psychotraumatologie – ein zuverlässiger Begleiter für den klinischen Alltag und die psychotraumatologische Praxis.

 **Schattauer**

- dierung, Extinktion. *Trauma & Gewalt*, 3(1), 6–17.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001). Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). 1st edition. Göttingen: Hogrefe.
- Sack, M. (2018). General working mechanism of trauma-focused therapies – some conclusions from research findings on EMDR. Keynote at the 19th European EMDR Conference in Strasbourg.
- Seidler, G. H. (1990). Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 261–266.
- Seidler, G. H. (1995/2001). *Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2009). *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Stangier, U., Clark, D.M., Ginzburg, D. M. & Ehlers, A. (2016). *Soziale Angststörung* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe. DOI 10.1026/02719-000.
- Sun, T.-F. & Chiu, N.-M. (2006). Synergism between mindfulness meditation training, and eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of social phobia. *Chang Gung Medical Journal*, 29(4), 1–4.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I. & Fredrikson, M. (2002). Cerebral Blood Flow during Anticipation of Public Speaking in Social Phobia: A PET Study. *Biol Psychiatry*, 52, 1113–1119. DOI 10.1016/S0006-3223(02)01396-3.
- Von Consruch, K., Stangier, U. & Heidenreich, T. (2016). *Skalen zu Sozialen Angststörung (SOZAS)*. 1st Edition. Göttingen: Hogrefe.
- Wild, J. & Clark, D. M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 433–443. DOI 10.1016/j.cbpra.2011.03.002.
- Wittchen, H.-U. & Beloch, E. (1996). The impact social phobia on quality of life. *International clinical psychopharmacology*, 11 Suppl 3, 15–23. DOI 10.1016/S0006-3223(97)87446-X.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. 1st edition. Göttingen: Hogrefe. DOI 10.1097/00004850-199606003-00004.
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33(7), 1211–1222. DOI 10.1017/S0033291703008158.

Mitteilung des Verlags an die Abonnenten der Zeitschrift TRAUMA & GEWALT

Die TRAUMA & GEWALT wird auch in Zukunft ihre hohen Qualitätsstandards halten.

Die normalen, alljährlichen Kostensteigerungen führen jedoch dazu, dass wir die Preise der Zeitschrift TRAUMA & GEWALT anpassen müssen. Die neuen Preise ab dem 1.1.2019 betragen:

Einzelheft EUR 28,00

Jahresabonnement EUR 98,00/CHF 114,00

Vorzugsabonnement für StudentInnen und TeilnehmerInnen einer fachbezogenen Weiterbildung
EUR 68,00/CHF 80,00

Wir danken allen Abonnenten, die der TRAUMA & GEWALT auch in Zukunft die Treue halten.

Ihr Verlag Klett-Cotta