

Wirksamkeitsnachweise der verhaltenstherapeutischen Psychoedukation bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen aus dem ehemaligen Jugoslawien

Evidence of effectiveness of behavioral psychoeducation in people with post-traumatic stress disorder from the former Yugoslavia

Amila Lazic

Kurzzusammenfassung

Erst seit einigen wenigen Jahren kristallisieren sich einige spezifische und zuvor unbekannte Effekte der Posttraumatischen Belastungsstörungen von Geflüchteten heraus und lassen den Schluss zu, dass nicht jede PTBS einer Kombination dreier Symptomcluster entstammt. Bislang sind unzählige Studien über die Wirksamkeit von therapeutischen Behandlungsmethoden gegen PTBS vorhanden, doch welche Methode lässt sich am besten für die besonderen Bedürfnisse von Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien anwenden? Welche Vorteile weist in diesem Rahmen die verhaltenstherapeutische Psychoedukation auf und wie flexibel lässt sie sich im therapeutischen Setting gestalten? Diese Fragestellungen sollen in Kürze genauer in Angriff genommen werden.

Schlüsselwörter

Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Posttraumatische Belastungsstörung, Wirksamkeit, Geflüchtete aus dem ehemaligen Jugoslawien

Abstract

It is only in the last few years that some specific and previously unknown aftermath effects of Post-Traumatic Stress Disorder in refugees revealed themselves, suggesting that not all PTSD stems from a combination of three symptom clusters. To date a myriad of studies on the efficacy of therapeutic treatments for PTSD are available. But which method is the most appropriate one to apply in the face of the unique needs of refugees from former Yugoslavia? What are the advantages of behavioral psychoeducation in this case and how flexible can it be in a therapeutic setting? In the following these questions will be addressed in more detail.

keywords

psychoeducation, behavioral therapy, post-traumatic stress disorder, efficacy, refugees from former Yugoslavia

1. Einführung

Wenn psychische Beschwerden bei Flüchtlingen nicht behandelt werden, besteht bekanntlich die Gefahr, dass diese chronischen Verläufe einnehmen (Agani et al., 2010). Ein Exempel hierfür ist nicht zuletzt der große Anteil der Bevölkerung aus Ex-Jugoslawien, welcher ein Kriegsverbrechen miterleben musste, gezwungen war zu flüchten und dessen Traumata bisweilen nur wenig berücksichtigt bzw. behandelt wurde (Ringdal et al., 2008). Dass jedoch das Unterdrücken von psychischen Beschwerden keine Lösung sein kann, zeigt sich ferner in Beobachtungen, die auf einen Anstieg der Beschwerden hinweisen. Die verstrichene Zeit alleine ist in diesem Fall daher kein Hilfsmittel (Heeke et al., 2017). Vielmehr drücken sich posttraumatische Störungen in vielen erdenklichen Formen aus (z.B. somatoforme Störungen oder soziale Probleme) und beeinträchtigen die Lebensqualität immens (Liedl et al., 2013). Eine Längsschnittanalyse zeigt beispielsweise, dass auch noch nach drei Jahren 24-30 Prozent der Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien komorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit Depressionen haben. Hingegen waren bei nur 4-6 Prozent alleinige PTBS feststellbar und 19 Prozent litten noch immer an Depressionen (Vuković et al., 2014). Aus dieser Studie geht hervor, dass ob der drei verstrichenen Jahre ungefähr 50 Prozent der Flüchtlinge psychisch litten. Es kann also nicht von einer Reduktion der Störungen die Rede sein, vielmehr können wir vermuten, dass die Symptome über die Zeitspanne hin angestiegen sind. Da sich Traumata im Übrigen auch auf nächste Generationen übertragen, scheint mir der Fokus auf dieses Themenspektrum besonders wichtig. Ich erinnere mich, wie ich als Kind mit meinen Eltern aufgrund des Bürgerkrieges flüchten musste. Von der Kindheit an bis zum Status Quo kam ich des Öfteren in Berührung mit ex-jugoslawischen Traumatisierten. Durch diese primären Kontakte konnte ich mir ein besseres Bild über den politischen Aspekt hinaus sowie eine klare Vorstellung über das Innenleben der Traumatisierten verschaffen.

Zuallererst verfolgt dieser Artikel die Intention, aus den unzähligen Forschungsbefunden eine Übersicht an Wirksamkeitsbefunden unterschiedlicher Therapiemethoden im Kontext der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien darzulegen. Nachdem ein Überblick geschaffen ist, sollen die Vorteile und Tätigkeitsbereiche der Psychoedukation dargelegt werden, um sie anschließend mit den zuvor erwähnten Therapiemethoden im Kontext der Behandlung von Flüchtlingen aus dem Jugoslawienkrieg zu vergleichen. Ziel ist es, für die besonderen Merkmale/spezifischen Eigenschaften (Art der Traumatisierung) von traumatisierten Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien zu sensibilisieren und in diesem Rahmen die Bedeutung der Ich-Stabilisierung zu betonen.

2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Neben den allgemein bekannten drei Symptomen der PTBS (s.u.) liegt seit 2018 eine erweiterte Definition vor, die auf die sogenannte komplexe PTBS Bezug nimmt (WHO, 2018). In dieser Darstellung wird die PTBS beschrieben als eine „extensive Reaktion, die typischerweise nach schweren und langanhaltenden Stressfaktoren“ entstehe (Reddemann & Wöller, 2019, S. 8). Zu diesen Stressfaktoren gehören etwa Folter, Sklaverei, aber auch häusliche Gewalt und wiederholter Kindesmissbrauch. Im

Einzelnen wird für die Diagnosestellung gefordert, dass (1) die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach den Kriterien der ICD-10 (intrusives Wiedererleben, Vermeidung/Betäubung, Übererregung) vorliegen müssen und (2) mindestens ein Symptom aus jedem der drei Bereiche der Selbstorganisation (a) Affekt, (b) negatives Selbstkonzept und (c) interpersonelle Probleme vorhanden sein muss (Cloitre et al., 2012, 2013).

Eine große Gemeinsamkeit der komplexen PTBS besteht mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei der ebenfalls traumatische Symptome wie Wut und größere Destruktivität im interpersonellen Bereich vorzufinden sind. So stellen Reddemann & Wöller beispielsweise fest, dass die Überschneidung zwischen beiden Diagnosekategorien etwa 55 % beträgt (Sack et al., 2011; Sack, Sachsse & Schellong, 2013; Sack, Sachsse, Overkamp & Dulz, 2013; Mettheß und Schüepf, 2013).

Ferner erfüllen 88,3% der Männer mit PTBS und 79% der Frauen mit PTBS (in den Vereinigten Staaten) die Diagnosekriterien mindestens einer anderen psychiatrischen Störung (Kessler et al., 1995). Nichtsdestotrotz ist der Begriff der Komorbidität im Kontext der komplexen PTBS ein irreführender Begriff, da er nahelegt, dass es sich um voneinander unabhängige Störungsbilder handelt, was jedoch nicht zutrifft (Sack 2004). Die verschiedenartigen Störungsbilder sind vielmehr ein *andersartiger Ausdruck einer komplexen Traumafolgepathologie* und erfordern gleichermaßen die Beachtung therapeutischer Konzepte zur Behandlung komplexer PTBS.

Im Kontext der Behandlung von Geflüchteten ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei aufgrund bspw. mehrerer Traumatisierungen und/oder Folter, sexueller Nötigung usw. um Komplexe PTBS handelt, die sich von allgemeiner PTBS unterscheiden. So ist die Komplexe PTBS neulich als eine unabhängig von der allgemeinen PTBS eingetragene, eigenständige Störung im (ICD-11) klassifiziert worden (WHO, 2018). Bekannterweise sind bei der allgemeinen PTBS die drei folgenden Symptomcluster gegenwärtig:

- 1) Wiedererleben des traumatischen Ereignisses im Hier und Jetzt
- 2) Vermeidung
- 3) Vegetative Übererregtheit

In einer komplexen PTBS sind die oben genannten drei Symptomcluster ebenso enthalten mit gleichzeitiger Ausweitung durch weitere drei hinzukommende Cluster, die das Ausmaß der Störung der Selbstregulation (*disturbances in self-organisation*) wiedergibt. Es handelt sich um 1) die Emotionsregulationsstörung (*affect dysregulation*), 2) ein negatives Selbstkonzept (*negative self-concept*) und 3) Beziehungsstörungen (*disturbance in relationships*).

Diese Störungen sind außerdem durch langanhaltenden, sich wiederholenden oder multiplen Formen von Traumatisierungen ausgelöst, wie etwa durch Deportation in Konzentrationslager, Völkermorde, sexuelle Nötigung in der Kindheit, Folter, Sklaverei und häusliche Gewalt schweren Ausmaßes (Karatzias et al., 2017). Zudem kann als weiteres Beispiel auch die Abwesenheit von emotionalen, psychologischen und sozialen Ressourcen bei langanhaltenden Notzeiten hinzugefügt werden (Cloitre et al., 2013).

2.1 Psychotherapeutische Behandlung von PTBS (Forschungsstand)

Ein wichtiger Befund ist, dass sich traumatherapeutische Techniken *allein* bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen nicht als effektiv erwiesen haben. Es gibt ferner Hinweise darauf, dass sie sich ohne hinreichende Stabilisierung und das Fehlen einer adäquaten Berücksichtigung der Beziehungsprobleme negativ auswirken können (Foa et al., 2014). Vielmehr ist ein Behandlungsangebot vonnöten, das sich an spezifische Probleme richtet (Seidler et al., 2015). Zu solchen spezifischen Problematiken können beispielsweise Bindungs- und Entwicklungspathologien gehören (Fonagy & Target, 2020). So hat sich zum Beispiel bei Bindungstraumatisierungen durch emotionale Vernachlässigung die Arbeit mit dem sogenannten *inneren Kind* als erfolgversprechend erwiesen, bei der erwachsene Persönlichkeitsanteile dem verletzten kindlichen Selbstanteil elterliche Zuwendung gewähren (Reddemann & Wöller, 2019). Diese Technik setzt ferner eine hinreichend funktionsfähige Emotionsregulierung voraus. Da psychodynamische Traumatherapie zudem offen für die Integration von weiteren verschiedenen Verfahrensmethoden der Therapieschulen, insbesondere der systemischen und behavioralen, und ferner für die neurobiologische Forschung ist, besitzt sie zweifelsfrei große Bedeutung für die Behandlung von komplexen Traumata (Seidler et al., 2015). Beispielsweise lassen sich einige Methoden antreffen welche in der *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)* bei Reddemann (2004), bei der *Mehrdimensionalen psychodynamischen Traumatherapie (MPTT)* nach Fischer (2000) und auch bei dem von Wöller (2013) beschriebenen psychodynamischen Konzept zur Behandlung traumatisierter Patient/innen mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung) in manualisierter Form dargestellt sind. Es lässt sich in all diesen Methoden die Berücksichtigung einer Harmonie zwischen dem jüngsten wissenschaftlichen Forschungsbefund der Psychobiologie (bezüglich der Traumata) beobachten. So ist beispielsweise die phasenorientierte Behandlung von Janet (1889) unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse entstanden. Hierbei wird in einer ersten Phase eine umfassende Ich-Stärkung (*Stabilisierung*) angestrebt, damit die zweite Phase folgen bzw. gelingen kann. In der zweiten Phase werden die traumatischen Erinnerungen unter geschützten therapeutischen Bedingungen wiederbelebt (*Traumaexposition* oder *Traumakonfrontation*). Hierbei besteht das Ziel darin, die erinnerte Tatsache in die Kontinuität des biografischen Zusammenhangs einzufügen. Als nächste und letzte Phase folgt ein Betrauern der vielfältigen Verluste und die Ermöglichung einer neuen Sinnfindung. So lässt sich ein Einklang zwischen dem Phasenmodell mit der *Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT)* von Reddemann erkennen. Sie verbindet die psychodynamische Beziehungsorientierung mit der Anwendung imaginativer Verfahren. Imagination wird in allen Phasen der Behandlung eingesetzt. Neueren Forschungsergebnissen zufolge solle die Vorstellung Ähnliches auslösen wie Handeln. Ferner ist zu erwähnen, dass die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei der Behandlung von PTBS am gründlichsten erforscht wurde. Viele Studien bestätigen, dass sie sich (genauer: Exposition und kognitive Umstrukturierung) bei der Reduzierung der Symptome von PTBS als effektivste Methode bewährt hat (Resick et al., 2002; Rothbaum & Schwartz, 2002). Allerdings fehlt es bis zum Status Quo an randomisiert kontrollierten (Langzeit-) Studien zur Effektivität kognitiv-behavioraler Verfahren – bezogen auf Folterüberlebende. Nichtsdestotrotz wird bei dem folterüberlebenden Patienten/innen die kognitive Verhaltenstherapie als *Methode der Wahl* gesehen, da einige Studien mit Vergewaltigungsopfern die Wirksamkeit der KVT unterstreichen (Resick et al., 2003). Die Behandlung des Traumas durch die kognitive

Verhaltenstherapie ähnelt in einigen Hinsichten der Behandlung anderer Störungsbilder wie beispielsweise Depressionen und Ängste.

3. Verhaltenstherapeutische Psychoedukation von PTBS

3.1 Definition, Prinzipien und einige Einsatzbereiche der Psychoedukation

Gegenwärtig wird die Psychoedukation in folgenden Bereichen angewendet (Bäumel et al., 2016, S. 17ff.):

- psychosomatische Medizin, Neurologie und andere somatische Fachgebiete,
- demenzielle Erkrankungen, Suchterkrankungen, schizophrene Erkrankungen,
- affektive Erkrankungen (z.B. unipolare Depression),
- Angst-, Zwangs- und PTBS,
- somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, u.v.m.

Obwohl die Psychoedukation solcherart facettenreich und vielseitig hervorsteicht, kann sie dennoch wie folgt definiert werden:

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, mehr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen. (Bäumel, Pitschel-Walz, 2008, S.3)

Obschon genügend bedeutsame Studien die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen thematisieren, können sie im Kontext der therapeutischen Behandlung von insbesondere geflüchteten Menschen zuweilen nur ein Randthema darstellen. Dies ist daher so, weil nicht wenige Geflüchtete wahrscheinlich häufiger eine *komplexe* Posttraumatischen Belastungsstörungen aufweisen (Reddemann & Wöller, 2019). So zeichnet sich eine problematische Besonderheit der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung beispielsweise darin aus, dass bisweilen eine fehlende Klassifikation als eigenständige Störung (im ICD-10 *und* DSM-5-Klassifikation) vorlag. Demzufolge sind Patientinnen und Patienten dieser Gruppe „diagnostisch immer noch namen- und heimatlos, und Therapeuten sind gezwungen, die zugehörigen Einzelsymptome unabhängig voneinander wie komorbide Störungsbilder zu kodieren“ (Reddemann & Wöller, 2019, S. 5). Nicht zuletzt übt dieser Zustand auch Einfluss auf den Therapieerfolg aus. Zudem wird die Therapie einzelner Symptome (wie z.B. einer einseitigen Behandlung der Angststörung oder der Depression) den Patient/innen nicht gerecht. So wird mit der Psychoedukation als eine effektive verhaltenstherapeutische Methode nicht zuletzt das Informieren der Patient/innen über die Zusammenhänge und die Beschaffenheit der komplexen PTBS beabsichtigt:

Psycho-education is similarly a broad intervention that can deliver a range of information and therapy material. [...] psychoeducation varies from offering simple and brief information 'about the normality of negative automatic thoughts' (Stuart et al. 2014), [...] and core processes involved in the clinical presentation such as the 'neuropsychology of trauma (how our bodies remember). (Dagnan, et al., 2018, S. 985)

Ferner ermöglicht es die Psychoedukation durch seine Flexibilität, die sich darin zeigt, dass sie Meditationen, achtsamkeitsbasierte Imaginationen, Thematisierung der Beziehungsmuster, Aufklärung über Intrusionen und psychosomatische Störungen, progressive Relaxation, etc. ein singularisierendes Vorgehen zu umgehen (Liedl et al., 2018).

Da zudem davon ausgegangen wird, dass die Störungsbilder der komplexen PTBS somatische, kognitive, affektive und verhaltensbezogene Folgen komplexer psychischer Traumatisierungen darstellen können, scheint das Aufklären der Patient/innen über somatische Beschwerden und kognitive Restrukturierung bzw. Aufdeckung negativer Kognitionsmuster mithilfe der Psychoedukation unentbehrlich, da sie die Zusammenhänge zwischen somatischen, kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Folgestörungen zum Vorschein bringt und sich nicht nur auf eine Ebene fokussiert. Dies ist von besonderem Wert, da zumal Prävalenzraten von Personen mit PTBS, die alleinig nebenher Rückenschmerzen aufweisen – de Canadian Community Health Survey zufolge bei 46 Prozent lag (Sareen et al., 2007).

3.1 Verhaltenspsychotherapeutische Psychoedukation bei allgemeiner PTBS

Viele Behandlungsmethoden für PTBS sind in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten entstanden. Gleichzeitig folgte dem Anstieg der Therapiemethoden die Entwicklung von Praxismanualen. Weiters besteht die Annahme, dass diese Manuale vollkommen seien, da sie sich auf die Forschungsergebnisse einer in diesem Kontext oft zitierten Metaanalyse zurückberuft (Van Etten & Taylor, 1998). Nichtsdestotrotz ist diese Annahme nicht stichfest, da diese Metaanalyse keine Studien nach 1997 liefert und die meisten Forschungen über PTBS-Behandlungen ab 1997 publiziert wurden. In einer Metaanalyse aus dem Jahre 2013 (Watts et al.) bei der 488 Studien bezüglich der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen im Kontext der Behandlung von PTBS analysiert wurden, stellte sich heraus, dass die Effektgröße für Psychotherapie größer ausfiel als für pharmakologische Behandlungen ($Z=2.76$, $P<.001$). Ferner fällt in dieser Metaanalyse auf, dass zu den meisten Forschungen, bei denen Therapiemethoden miteinander verglichen wurden, Kognitiv-Behaviorale-Therapien (CBT) zählen (72%). Diese Therapiemethode erwies sich als besonders wirksam ($g=1.26$). Der CBT folgte gemessen an den hohen Wirksamkeitsnachweisen Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR) ($g=1.01$). Zudem zeigte sich auch die resilienzbasierte Therapie als erfolgversprechend ($g=1.26$). Basierend auf einer klinischen Untersuchung zeigten ferner hypno- und psychodynamische Therapien moderate Effekte an.

Erwähnenswert ist, dass sich die Metaanalyse auch nach der Auftretenshäufigkeit der Methoden orientiert. So verlagert sich der Fokus beispielsweise eher auf Kognitiv-Behaviorale Therapiemethoden, weil sie in der Forschung weitaus öfter vorkommen, zusammen mit der EMDR am intensivsten erforscht werden und oft zitiert sind. Weiterhin ist bedeutsam, dass die unterschiedlichen

Merkmale der Kognitiv-Behavioralen Psychotherapie (cognitive restructuring, exposure oder blending) im Kontext der Wirksamkeit keinen Unterschied feststellen ließen (alle erwiesen sie sich als effektiv). Nichtsdestotrotz bedarf es zukünftig weiterer Forschungen, da die Autoren anmerken, dass viele weitere Interventionen nicht mitberücksichtigt werden konnten, weil sie nicht randomisiert waren (z.B. acceptance and commitment therapy, couple and family therapy). Ferner wurden nur über die Ergebnisse berichtet, die sich auf die Behandlung von Symptomen der PTBS bezogen und die Behandlung komorbider Symptome nicht berücksichtigten.

In einer differenzierten Untersuchung der gegen PTBS verschiedenen Wirksamkeit versprechenden Interventionen aus dem Jahre 2016 stach hervor, dass bei den untersuchten wirksamen Interventionen (Cognitive Therapy for PTSD, Narrative Exposure Therapy, Prolonged Exposure Therapy, Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP), Cognitive Processing Therapy) nicht zuletzt die Psychoedukation die *wichtigste Gemeinsamkeit* mit den derzeit verfügbaren, gestützten Psychotherapien für PTBS ausmacht. Dies erscheint bedeutsam im Kontext der Fragestellung, welche spezifischen Komponenten der Psychotherapien zu positiven Behandlungsergebnissen beitragen, da bisweilen angemerkt wird, dass „die zugrundeliegenden Wirkmechanismen [...] noch zu wenig erforscht [sind]“ (Schnyder et al., 2016, S. 3). Des Weiteren weisen die Autoren darauf hin, dass es bei der Behandlung gefolterter Flüchtlinge oder anderer Patient/innen, die komplexen Traumatisierungen erlitten haben der modifizierten Therapiemanuale bedarf.

Seit etwa 40 Jahren werden die Behandlungsmethoden für traumaüberlebende Patient/innen entwickelt und erweitert. In diesem Prozess der Entwicklung legte erstmals eine Publikation aus dem Jahre 2010 einen Meilenstein in der Forschung. Es handelt sich hierbei um einen praxisorientierten Leitfaden für PTBS der bei professioneller Umsetzung erstmalig deutliche Wirksamkeit der Traumatherapien präsentierte. Dem Entwurf dieses Leitfadens folgte ferner ein professionell geführtes *Literature Review*, bei der unterschiedliche Traumabehandlungen zu PTBS aus den Jahren 2002–2009 sorgfältig untersucht und nach ihrer Wirksamkeit aufgeteilt wurden. Als Ergebnis dieser Analyse, wurden Behandlungsmethoden, wie etwa Expositionstherapien und Kognitiv-Behaviorale Methoden wie etwa die *Cognitive Processing Therapy* stark empfohlen, andere wiederum als ungenügend eingestuft („yoga, acupuncture, mindfulness and massage“). Zwischen diesen beiden Aufteilungen wurden manche Behandlungsmethoden weder empfohlen noch deren Wirksamkeit abgestritten („no recommendation for or against“). Hierzu gehörten unter anderem hypnosebasierte Techniken, psychodynamische Methoden und die Progressive Relaxation (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010, S. 115-118).

Eine aktuellere Studie (Gentry et al., 2017) scheint diese Resultate zu bekräftigen. Sie gibt auf Basis der Untersuchung von Metaanalysen zu erkennen, dass bezüglich der Behandlung von PTBS vier gemeinsame Wirkmechanismen (four common elements/ four common active ingredients) eine beachtende Rolle zu spielen scheinen. Folgende Wirkungsmechanismen werden angeführt: „cognitive restructuring and psychoeducation, a deliberate and continually improving therapeutic relationship, relaxation and self-regulation and exposure via narrative of traumatic experiences“ (Gentry et al., 2017, S. 279).

Demnach sticht hierbei nicht zuletzt die verhaltenstherapeutische Psychoedukation mitsamt seinen bedeutsamen Bestandteilen wie Bindungsarbeit, progressive Relaxation sowie der Ich-Stabilisierung bzw. Stärkung der Selbstregulation offenkundig hervor.

3.2 Verhaltenstherapeutische Psychoedukation bei komplexer PTBS

Bis zum heutigen Zeitpunkt konnten viele verschiedene Metaanalysen und systemische Reviews die Wirksamkeit der diversen Behandlungsmethoden bei allgemeinen PTBS belegen (Barrera et al., 2013; Bisson & Andrews, 2007; Bisson et al., 2007; Callahan und Callahan 2008; Ehring et al., 2014; Peleikis & Dahl, 2005; Roberts et al., 2015; Sloan et al., 2013; Taylor & Harvey, 2009; Harvey & Taylor 2010; Watts et al., 2013). Insgesamt erwiesen sich traumafokussierte Psychotherapien wie etwa die Kognitiv-Behaviorale Therapie und EMDR als effektiv. Diese Behandlungsmethoden zeigten sich wirksam für viele Patient/innen mit PTBS, zu denen Vergewaltigungsopfer, Soldaten/innen, Patient/innen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden und Flüchtlinge zählen. Nichtsdestotrotz ließe sich die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethoden erhöhen, wenn eine gleichzeitige Behandlung der drei bereits erwähnten bei komplexen PTBS hinzukommenden Symptome mitberücksichtigt und behandelt werden würden (Karatzias et al., 2019). Daher sei bei der Behandlung von komplexen PTBS die Herstellung eines sicheren Bindungsmusters, das Aneignen von produktiven Umgangsstrategien für ihre sozialen Beziehungen (social skills) und emotionsregulativ fördernde Behandlungsmethoden bedeutend. Folglich bietet sich auch hier die Anwendung verhaltenstherapeutischer Psychoedukation an, da sich diese Erfordernisse mit ihr gut umsetzen lassen. Sie fokussiert sich nicht zuletzt auf den Aufbau von Ressourcen in sowohl psychisch-emotionaler als auch sozialer Ebene. Eine andere Möglichkeit, um die Wirksamkeit der Traumabehandlung bei komplexem PTBS zu erhöhen, besteht darin, den Fokus auf die Behandlung der Symptome zu richten, die mit dem PTBS gemeinsam aufgetreten sind. Diese Möglichkeit hat sich ebenfalls, um Beispiele zu nennen, bei PTBS mit Suchtstörungen (Mills et al., 2012), aber auch bei PTBS mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bewährt (Harned et al., 2014).

In einer aktuellen Systemischen Review (Karatzias et al., 2019) wird der Frage nachgegangen, welche Therapiemethoden bezüglich der Behandlung von komplexen PTBS sich als besonders wirksam erweisen. Gleichzeitig wird die Auswirkung der jeweiligen Therapiemethoden auf die Emotionsregulation, das negative Selbstkonzept und Beziehungsstörungen festgehalten, da sie wie bereits erwähnt für die komplexe PTBS kennzeichnend sind und ihre erfolgreiche Behandlung notwendig ist. So erzielten insgesamt betrachtet die Kognitiv-Behaviorale Therapie, die alleinige Expositionstherapie aber auch EMDR jede für sich im Einzelnen relativ ähnliche Resultate bei der Behandlung von PTBS-Symptomen, des negativem Selbstbildes und bei der Behandlung von Beziehungsstörungen. Während die Wirksamkeit der Kognitiv-Behavioralen Therapie mittelmäßig war, wurde sie nichtsdestotrotz bei der alleinigen Expositionstherapie aber auch bei EMDR zwischen schwach bis mittelmäßig verordnet. Die Autoren legen nahe, dass auch nicht-spezifische PTBS-Behandlungen wie etwa achtsamkeitsbasierte Methoden (mindfulness) und die Interpersonelle Psychotherapie bei der wirksamen Behandlung der PTBS und/oder Beziehungsstörungen alternative Optionen darstellen. Dies ist besonders im Kontext der verhaltenstherapeutischen Psychoedukation hervorzuheben, da die Achtsamkeitsförderung ihr grundlegender Bestandteil ist. Experimentelle

Forschungen bezüglich der Effektivität von Behandlungen bei jahrelang an komplexen PTBS Leidenden in den Kriegsländern ist bislang rar. Aus diesem Grunde seien allzu viele Wirksamkeitsnachweise auf Überlebende bezogen, die *nur* ein (monokausales) Trauma erlebten, das zudem nicht im Kontext eines Krieges entstand (Priebe et al., 2010).

In der vonseiten der Europäischen Kommission geförderten Studie *Treatment outcomes and costs at specialized centers for the treatment of PTSD after the war in former Yugoslavia*, die Stefan Priebe et al. (2010) leitete, wurden daher speziell ausgebildete Therapeuten in das ehemalige Jugoslawien geschickt, um die Kriegsüberlebenden mit multimodalen Therapien zu versorgen. Ziel der Studie war es außerdem zu ergründen, wie die Resultate der Behandlungen (in den jeweiligen Städten) ausfallen werden und wie viele Patient/innen nach der Behandlung in einem Zeitrahmen von 12 Monaten einen Rückfall zum PTBS erfahren würden. Die Ergebnisse waren wenig zufriedenstellend, da nur 55 der 380 (14%) Patient/innen, die nach 12 Monaten (ab dem Therapiezeitpunkt) befragt wurden kein PTBS mehr hatten, während 325 (86%) der Patient/innen noch an PTBS litten. Nichtsdestotrotz zeigten sich in allen Bezirken leichte Verbesserungen, außer in Rijeka Insgesamt gesehen erwiesen sich die Behandlungen bezüglich ihrer Effektivität jedoch als statistisch signifikant. Der Autor/innen (Priebe et al., 2010, S. 602ff.) geben zu erkennen, dass es sich um eine Beobachtungsstudie (observational study) handelt, die keine genauen Feststellungen bezüglich der Effektivität der Behandlungen erlaubt. Sie geben ferner zu bedenken, dass die Verwendung von praxisnahen Manualen möglicherweise zu besseren Resultaten führen würde. Eine weitere Limitation der Studie besteht darin, dass aus den unterschiedlichen Resultaten von den jeweiligen Bezirken nicht relevant sind, da beispielsweise die besten Ergebnisse zwar in Belgrad erzielt wurden und dennoch ein Jahr nach der Behandlung bei 63% der Patient/innen PTBS beobachtet wurde. Ferner war die Abbrecherquote in Belgrad hoch und die Therapien kürzer, verglichen mit den Therapien in den anderen Bezirken. Der Grund dafür, dass in den anderen Bezirken die Resultate dennoch schlechter ausfielen, liege möglicherweise an den Therapiemethoden, die durch fehlende praxisorientierte Manuale gekennzeichnet waren. Daher schlussfolgern der Autor/innen, dass es speziell angepasster, integrativer Therapiemethoden bedarf. Ferner werden lösungsorientierte und auf Ressourcen basierende Therapiemethoden empfohlen und die Verbesserung des sozialen Aspektes betont. Diese nachdrücklichen Empfehlungen sind bemerkenswert, da ihre Berücksichtigung erst acht Jahre später (wie bereits erwähnt) als eigenständige Störung im (ICD-11) klassifiziert wurde (WHO, 2018). Wie oben angeführt ist die komplexe PTBS mit drei weiteren Clustern gekennzeichnet, zu der die Emotionsregulationsstörung (affect dysregulation), das negatives Selbstkonzept (negative self-concept) und Beziehungsstörungen (disturbance in relationships) gehören. Daher erscheint es nicht abwegig, die Wiedererlangung von Bewältigungsstrategien im sozialen Aspekt zu unterstreichen und ressourcenorientierte Ansätze, die die Lebensqualität erhöhen, einzusetzen. Wie bereits mehrfach geschildert sind diese Ziele Kernelemente der verhaltenstherapeutischen Psychoedukation.

4. *Schluss*teil

Das Ziel dieses Artikels bestand darin, die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Psychoedukation im Kontext der Behandlung von Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien

genauer zu beleuchten. Dafür wurde zu Beginn weitere Behandlungsmöglichkeiten beziehungsweise anderweitige psychotherapeutischen Therapiemethoden im Kontext der Behandlung von Menschen mit PTBS dargelegt, um diese daraufhin mit der Psychoedukation zu vergleichen. Es war ein Hauptaugenmerk darzulegen, dass die verhaltenstherapeutische Psychoedukation nicht nur eine wirksame Therapiemethode darstellt, sondern auch den Vorteil besitzt, flexibel anwendbar zu sein. So ist vor Augen zu führen, in welchen der drei Stadien des Traumas (Reddemann et al., 2019) sich die Probanden befinden sowie welche eventuell weiteren, komorbiden Störungen noch vorhanden sind, um nicht mittels fehlender Ich-Stabilisierung die traumatischen Symptome im Gegenteil noch zu verschärfen. Da die Psychoedukation eben jene Ich-Stabilisierung zulässt, war beabsichtigt, ihre Bedeutung im Status Quo zu betonen.

5. Implikationen für zukünftige Studien

Zukünftige Studien sollten vermehrt den Fragestellungen nachgehen, was psychotherapeutische Forschung ist sowie worauf psychotherapeutische Forschungsarbeit sich primär adressieren sollte. Ferner ist die Frage der Methode, genauer; die Frage nach der Art der Durchführung einer Forschung unabdingbarer Gegenstand für weitere künftige psychotherapeutische Forschungsarbeit.

Forschende sollten zudem nicht aus den Augen verlieren, dass die psychotherapeutische Forschung ein soziales Konstrukt darstellt, das durch ihr Denk- sowie Wertesystem und nicht zuletzt durch ihre Beobachtung geformt ist. Daher ist zu empfehlen, dass in künftigen Forschungsarbeiten die Forschenden nicht nur darstellen, wie sie die Forschung durchgeführt haben, sondern auch mehr Raum integrieren, um darüber zu reflektieren, warum sie die Forschung durchführen. Daran anschließend ist außerdem nicht nur eine ergebnisorientierte, sondern auch eine prozessorientierte Herangehensweise zu empfehlen. Die Forschenden sollen sich nicht nur starr auf die Ergebnisse fokussieren, sondern aufmerksam über die gesamte Forschungstätigkeit hinweg sein, um besser verstehen zu können, wie und warum Psychotherapie funktioniert. Dazu gehört auch, den psychotherapeutischen Rahmen als einen dynamischen Prozess zu betrachten, der zu jeder Zeit phänomenologischen Charakter besitzt. Neben der Bewahrung der Einsicht, dass die Zuschreibung der Wirkung von psychotherapeutischen Methoden auf einzelne Methoden zu kurz kommen und einer reduktionistischen Vereinfachung anheimfallen würde, wäre es interessant zu erfahren, wie sich der Prozess im psychotherapeutischen Setting auf die jeweiligen Symptomcluster von PTBS auswirken. Hierzu wäre es beispielsweise möglich und hilfreich die Verbesserung (oder Verschlechterung) der Emotionsregulation zu analysieren. Mitunter bestünde der Vorteil, die jeweiligen psychotherapeutischen Behandlungen/Verfahren spezifischer einzusetzen. Nicht zuletzt soll erwähnt werden, dass die psychotherapeutischen Behandlungen in dieser Studie sich in erster Linie auf die Stabilisierung der Ich-Stabilität fokussiert. Die Stabilisierung des Ichs ist unabdingbar, um weitere therapeutische Behandlungen durchführen zu können. Forschungsarbeiten in der Zukunft sollten sich stärker diesem Tätigkeitsspektrum zuwenden, um zu weiteren aufschlussreichen Erkenntnissen zu gelangen.

Literatur

- Agani, F., Landau, J., & N. Agani. 2010. „Community-Building Before, During, and After Times of Trauma: The Application of the LINC Model of Community Resilience in Kosovo“. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 138–44.
- Barrera, TL., Mott, JM., Hofstein, RF., & EJ. Teng. 2013. „A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder.“ *Clin Psychol Rev*, 33, 24–32.
- Bäumli, J. & G. Pitschel-Walz. 2018. *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Bäumli, J., Behrendt, B., Henningsen, P., & G. Pitschel-Walz. 2016. *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Schattauer GmbH: Stuttgart.
- Bisson, J. & M. Andrew. 2007. „Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD).“ *Cochrane Database Syst Rev.*, 3, CD003388.
- Bisson, JI., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & S. Turner. 2007. „Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis.“ *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97–104.
- Callahan R. & J. Callahan. 2008. *Das Trauma heilen*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK.
- Cancel, A., Comte, M., Truillet, R., Boukezzi, S., Rousseau, P. F., Zendjijian, X. Y., Sage, T., Lazerges, P. E., Guedj, E., Khalfa, S., Azorin, J. M., Blin, O., & E. Fakra. 2015. „Childhood Neglect Predicts Disorganization in Schizophrenia through Grey Matter Decrease in Dorsolateral Prefrontal Cortex.“ *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(4), 244–56.
- Cloitre, M., Courtois, CA., Ford, JD., Green, BL., Alexander, P., Briere, J., Herman, JL., Lanius, R., Stolbach, BC., Spinazzola, J., Van der Kolk, BA., & O. Van der Hart. 2012. *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Abgerufen von https://istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf.
- Cloitre, M., Garvert, DW., Brewin. CR., Bryant, RA., & A. Maercker. 2013. „Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis.“ *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Dagnan, D., Jackson, I., & L. Eastlake. 2018. „A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities.“ *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 974–991.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N. et al. 2014. „Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse.“ *Clin Psychol Rev*, 34,645–657.
- Fischer, G. 2000. *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT*. Heidelberg: Asanger.
- Foa, EB., Hembree, EA., & BO. Rothbaum. 2014. *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau: Probst.
- Fonagy, P. & M. Target. 2020. *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.
- Gentry, J., Baranowsky, A., & R. Rhoton. 2017. „Trauma Competency: An Active Ingredients Approach to Treating Posttraumatic Stress Disorder.“ *Journal of Counseling & Development*, 95,279–287.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & M. M. Linehan. 2014. „A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD.“ *Behaviour Research and Therapy*, 55(C), 7e17.

- Harvey, S. T. & J. E. Taylor 2010. „A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents.“ *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517–535.
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & C. Knaevelsrud. 2017. „A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss“. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1583524.
- Janet, P. 1989. *L'Automatisme psychologique: Essay de psychologie experimentale sur les formes inferieures de l'activite humaine*. Paris: Felix Alcan.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., & M. Cloitre 2017. „Evidence of Distinct Profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the New ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ).“ *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187.
- Karatzias, Th., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & P. Hutton. 2019. „Psychological Interventions for ICD-11 Complex PTSD Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis.“ *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–75.
- Kessler, R. C. et al. 1995. „Social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment.“ *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.
- Liedl, A., Schäfer, U., & C. Knaevelsrud 2013. *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen – Manual für Einzel- und Gruppensetting* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Liedl, A., Schäfer, U., & C. Knaevelsrud. 2018. *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group. 2010. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Abgerufen von U.S. Department of Veterans Affairs: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-full-201011612.PDF
- Mattheß, H. & R. Schüepf. 2013. Dissoziative Störungen. In Sack/Sachsse/ Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*, 421–436. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Mills, KL., Teesson, M., Back, SE. et al. 2012. „Integrated Exposure-Based Therapy for Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence: A Randomized Controlled Trial.“ *JAMA*, 308(7), 690–699.
- Peleikis, DE. & AA. Dahl. 2005. „A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children.“ *Psychother Res* 15, 304–15.
- Priebe, S., Gavrilovic, J.J., Matanov, A., Franciskovic, T., Knezevic, G., Ljubotina, D., Mehmedbasic, A. B., & M. Schützwohl. 2010. „Treatment Outcomes and Costs at Specialized Centers for the Treatment of PTSD after the War in Former Yugoslavia.“ *Psychiatric Services*, 61(6), 598–604.
- Reddemann, L. 2004. *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.
- Reddemann, L. & W. Wöller. 2019. *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hofgrete Verlag GmbH & Co. KG.
- Reddemann, L., Joksimovic, L., Kaster, S. D., & C. Gerlach. 2019. *Trauma ist nicht alles*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.
- Resick, PA., Nishith, P., Weaver, TL., Astin, MC., & CA. Feuer. 2002. „A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims.“ *J. Consult. Clin. Psychol.* 70, 867–879.
- Resick, PA., Nishith, P., & MG. Griffin. 2003. „How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial.“ *CNS Spectr.*, 8(5), 340–55.
- Ringdal, G. I., Ringdal, K., & A. Simkus (2008). „War Experiences and War-Related Distress in Bosnia and Herzegovina Eight Years after War.“ *Croatian Medical Journal*, 49(1), 75–86.

- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & J. I. Bisson. 2015. „Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis.“ *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.
- Rothbaum, BO. & AC. Schwartz. 2002. „Exposure therapy for posttraumatic stress disorder.“ *Am J Psychother*, 56(1), 59–75.
- Sack, M. 2004. „Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.“ *Nervenarzt*, 75, 451–459.
- Sack, M., Sachsse, U., & B. Dulz. 2011. Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*, 197–202. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Sachsse, U., & J. Schellong. 2013. „Komplexe Traumafolgestörungen–Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung.“ *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 61–61.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., & B. Dulz. 2013. „Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.“ *Der Nervenarzt*, 5, 608–614.
- Sareen, J., Cox, BJ., Stein, MB. et al. 2007. „Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample.“ *Psychosom Med*, 69, 242–248.
- Seidler, G. H., Freyberger, H. F., & A. Maercker. 2015. *Handbuch der Psychotraumatologie* (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, Th., Foa, E. B., Gersons, B.P.R., Resick, P. A., Shapiro, F., & M. Cloitre. 2016. „Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam?“ *Praxis*, 105(7), 383–87.
- Sloan, DM., Feinstein, BA., Gallagher, MW., Beck, JG., & TM. Keane. 2013. „Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis.“ *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 176–83.
- Stuart, S., Graham, C. D., & S. Butler. 2014. „Doing more, feeling better: a behavioural approach to helping a woman overcome low mood and anxiety.“ *British Journal of Learning Disabilities*, 42, 328–335.
- Taylor, JE. & ST. Harvey. 2009. „Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis.“ *Aggression and Violent Behavior*, 14, 273–85.
- The Management of Post-Traumatic Stress Working Group. 2010. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for The Management of Post-Traumatic Stress*. 2. Aufl. Department of Veterans affairs; Department of Defense.
- Van Etten, M. L., & S. Taylor. 1998. „Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis.“ *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(3), 126–44.
- Vuković, IS., Jovanović, N., Kolarić, B., Vidović, V., & RF. Mollica. 2014. „Psychological and somatic health problems in Bosnian refugees: a three year follow up.“ *Psychiatria Danubina*, 26, 442–449.
- Watts, BV., Schnurr, PP., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, WB., & MJ. Friedman. 2013. „Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder.“ *J Clin Psychiatry*, 74(6), e541–50.
- World Health Organization (WHO). 2018. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision)*.
- Wöller, W. 2013. *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Angaben zur Autorin

Dipl.-Psych.ⁱⁿ Amila Lazic

Adresse: Innere Brucker Straße 11

91054 Erlangen, Deutschland

Tel.: +49 (0)

E-Mail:

Amila Lazic ist Psychotherapeutin in freier Praxis (Verhaltenstherapie) und Doktorandin der Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien.