

Persönliche PDF-Datei für Ursula Gast

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dissoziation und Trauma Intrusionen als Indikator für dissoziatives Funktionieren nach Trauma

DOI 10.1055/s-0043-111280

Psychotherapie im Dialog 2017; 18 (3): 44–48

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2017 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1438-7026

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags





Ursula Gast

Dissoziation und Trauma

Intrusionen als Indikator für dissoziatives Funktionieren nach Trauma

Dissoziation bei Trauma kann eine Aufspaltung der Gesamtpersönlichkeit zur Folge haben. Bei chronischen Traumatisierungen im Kindesalter ist dieses Risiko besonders hoch. Später kann es zu einem umfassenden dissoziativen Funktionieren kommen, das sich in Form komplexer Intrusionen und entsprechender Negativ-Symptomatik äußert. Das Erkennen dieses Symptomkomplexes ist bedeutsam, da er einen wichtigen Indikator für schwere dissoziative Störungen darstellt.

Trauma polarisiert

Zwischen Wahrnehmung und Verleugnung

Dissoziative Störungen treten häufig in der Nachwirkung traumatischer Erlebnisse auf und präsentieren sich in einer charakteristischen Dynamik: „Viele der Symptome, einschließlich Gefühle der Beschämung und Verwirrtheit über das Auftreten der Symptome oder dem Wunsch, sie zu verbergen, werden durch die Nähe zum Trauma beeinflusst“ (Falkai u. Wittchen 2015, S.397). Eine solche Dynamik wurde bereits von Judith Hermann (2006) in ihrem Klassiker „Narben der Gewalt“ beschrieben, als „Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen“.

Traumadynamik Diese Traumadynamik wirkt nicht nur im Patienten, sondern auch auf die therapeutische Beziehung und auf das klinische Umfeld. Es gibt kaum eine Erkrankung, die so viele polarisierte Debatten im klinischen Alltag auslösen wie die „Dissoziative Identitätsstörung“ (DIS, in der ICD-10 noch als „Multiple Persönlichkeitsstörung“-MPS bezeichnet). Die Diagnose stößt oft auf eine professionelle Skepsis, die der wissenschaftlichen Faktenlage nicht gerecht wird (Brand et al. 2016).

Innerfamiliäre Traumata Bei DIS und ihrer Subform zeigen sich die höchsten Prävalenzangaben zu sexuellen und körperlichen Traumatisierungen. Diese finden häufig im nahen familiären Umfeld statt, bisweilen auch durch organisierte Täter, z. B. kinderpornografische oder satanistische Gruppierungen (Putnam et al 1986, Dalenberg et al 2012, Gast u. Wirtz 2016, S.24ff.). Diese Befunde erklären, warum mit dem Störungsbild eine hohe Abwehr transportiert wird. Sich diese Traumadynamik als störungsinhärentes Problem bewusst zu machen, kann zur Versachlichung beitragen.

Die Akzeptanz der Diagnose ist Voraussetzung für den Profit durch therapeutische Möglichkeiten bei DIS/MPS.

Von den Gründungsvätern bis heute

Dissoziation der Persönlichkeit

Die Tatsache, dass Menschen eine gesplante Persönlichkeit aufweisen können, wurde zunächst an solchen Fällen entdeckt, die sehr spektakuläre Dissoziationen aufwiesen. Die damaligen Fallbeschreibungen von extremer Dissoziation waren Sigmund Freud

und Pierre Janet bekannt und flossen in deren Theorien mit ein.

Was dissoziiert? Mit dem Erstarken der Psychotraumatologie in den 1970er Jahren kam es zu einer Neubestimmung auf die Dissoziationsforschung von Janet. Die Diagnose der dissoziativen Störungen wurde in die psychiatrischen Manuale aufgenommen. Allerdings haben sich die Beschreibungen von der ursprünglichen Idee Janets entfernt, mit Dissoziation sei die Spaltung der Persönlichkeit gemeint. Dies führte zu einer zunehmenden definitorischen Unschärfe. Erst die Arbeitsgruppe um Nijenhuis et al. (2011) brachte mit dem Wiederanknüpfen an Janet eine neue Orientierung.

Modell der strukturellen Dissoziation

Unter Einbeziehung neurobiologischer Erkenntnisse zu Persönlichkeit und Bewusstsein entwickelten die Autoren (ebd.) das Modell der strukturellen Dissoziation und boten eine Neuordnung traumabezogener Diagnosen an, die sich an der Komplexität der Aufspaltung der Persönlichkeit orientiert. Dieses Modell rundet die Wiederentdeckung des Dissoziationskonzepts ab, da es die damaligen Theorien mit den neuen Erkenntnissen der Hirnforschung untermauert.

Empirische Forschung

Prospektive Studie

Eine Studie (McFie et al. 1999) an Vorschulkindern belegt, dass traumatisierte Kinder sowohl zu Beginn der Messung als auch beim 2. Messpunkt nach 1 Jahr mehr dissoziative Prozesse zeigen als nicht traumatisierte Kinder. Zudem stieg der Grad an Dissoziation bei traumatisierten Kindern zwischen Messpunkt 1 und 2 an, während

er bei nicht traumatisierten Kindern zurückging. Die Ergebnisse wurden von den Autoren dahingehend interpretiert, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Dissoziation durch physiologische Reifung abnimmt, während traumatisierte Kinder dissoziative Mechanismen offensichtlich als Coping-Strategie „brauchten“. Hier finden sich Bestätigungen in späteren Studien (Hulette et al. 2011, Trickett et al. 2011). Die Schwere der Dissoziation im Erwachsenenalter hängt mit dem Alter und dem Beginn der Traumatisierung zusammen – es bestätigt sich somit die besondere Vulnerabilität im frühen Kindesalter.

Traumatisierte Kinder kommen in ihrem Alltag in einer traumatogenen Umwelt offensichtlich besser zurecht, wenn sie traumatische Erfahrungen konsequent ausblenden.

Prävalenz belastender Lebensereignisse

In Stichproben von hochdissoziativen Patienten ist die Prävalenz von traumatischen Erfahrungen besonders hoch. Dalenberg et al. (2012) veröffentlichten eine methodisch gut recherchierte Übersicht über Studien. Die Ergebnisse zeigen, dass der durchschnittliche Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation bei $r = .32$ liegt, bei sexuellem Missbrauch konnte eine Korrelation von $r = .31$, bei physischem Missbrauch von $r = .27$ errechnet werden. Der Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und dissoziativem Erleben stellt sich also als durchweg konsistent und hinsichtlich der Stärke moderat dar.

Prävalenz dissoziativer Identitätsstörung

Im DSM-5 wird für die USA eine Häufigkeit von 1,5% in der Allgemeinbevölkerung angegeben, entsprechend höher sind die Zahlen bei klinischen Populationen in den USA, Europa und Asien (Gast u. Wabnitz 2017). In Deutschland wurden 6% von DIS oder Subform in der allgemeinspsychiatrischen Population einer Universitätsklinik mit Sektorversorgung gefunden (Gast et al. 2001).

Entstehungsmechanismen

Peritraumatische Dissoziation In extremem Stress traumatischer Erfahrungen kommt es im Rahmen einer Notfallreaktion zu einem Verlust der normalerweise integrativen Funktionen des Gehirns. Durch eine Veränderung der Wahrnehmung und der Informationsverarbeitung wird eine innerliche Distanz zum Traumageschehen und zur eigenen emotionalen Reaktion erzeugt. Die peritraumatische Dissoziation ist zunächst eine Schutzreaktion des Körpers, beinhaltet jedoch gleichzeitig einen Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer Traumafolgestörung.

Permanenter Stress Insbesondere, wenn diese Notfallreaktionen sehr oft – möglicherweise täglich – ausgelöst und die dahinterliegenden biologischen Stresssysteme (Überlebenssysteme bei massiver Bedrohung) ständig aufgerufen werden, kann sich dieser Schutzmechanismus als Lösungsmöglichkeit auch bei geringerem Stress „einschleifen“ und verselbstständigen. Traumatisierte Menschen wechseln dann zwischen dem Wiedererleben des traumatischen Geschehens und einem innerlichen Abgeschnittensein vom Trauma und dem damit verbundenen emotionalen Erleben. Je nach Schwere, Häufigkeit der traumatischen Erfahrung und altersbedingten Entwicklungsstand kann dieses Wechseln unterschiedlich schwere Ausprägungen haben.

Modell der strukturellen Dissoziation

Auf Basis der Traumagenese entwickelten Nijenhuis et al. (2011) das Modell der strukturellen Dissoziation, wonach die Dissoziation der Persönlichkeit das Kernmerkmal des Traumas darstellt. Dissoziation stellt dabei zunächst eine Anpassungsleistung dar, gleichzeitig aber auch eine Behinderung der Anpassungsfähigkeiten. Die Dissoziation der Persönlichkeit vollzieht sich dabei nicht willkürlich oder zufällig, sondern an entwicklungsgeschichtlich vorgegebenen Sollbruchstellen, entlang der „Spalten“ zwischen verschiedenen biologischen Systemen. Es kommt zu einer Aufspaltung in

einen „anscheinend normalen“ Persönlichkeitsanteil (ANP) und einen emotionalen Persönlichkeitsanteil (EP).

Die Dissoziation oder Aufspaltung vollzieht sich, wenn das Individuum nicht über die Fähigkeit verfügt, belastende Lebensereignisse teilweise oder in Gänze zu integrieren.

Primäre strukturelle Dissoziation Eine besonders empfindliche Sollbruchstelle befindet sich dabei zwischen den beiden psychobiologischen Systemen, die der Alltagsbewältigung dienen und die bei Gefahr aktiviert werden – also jenen, die für das Überleben der Art und dem individuellen Überleben dienen. Während der ANP das emotionale System für das Überleben der Art und für die Alltagsbewältigung umfasst, beinhaltet der EP das emotionale Verteidigungssystem für das Überleben eines massiv bedrohten Individuums. Bei dieser Form der Aufspaltung sprechen die Autoren von „primärer struktureller Dissoziation“, die für die Anpassungsstörung und einfache PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) charakteristisch ist. Es kommt bei diesen beiden Diagnosen also zu einer Abspaltung des emotionalen Persönlichkeitsanteils, der das biologisch vorgegebene Verteidigungssystem in sich trägt.

Sekundäre strukturelle Dissoziation

Bei komplexeren Formen der PTSD (die der Diagnosekategorie „Nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen“ oder „Andere näher bezeichnete dissoziative Störungen“ zugeordnet sind) ist zusätzlich auch der emotionale Persönlichkeitsanteil in sich strukturell dissoziiert, was Nijenhuis et al. als „sekundäre strukturelle Dissoziation“ bezeichnen. Es liegt dabei eine mangelnde Integration der Verteidigungssysteme und anderer emotionaler Systeme vor, ausgelöst durch ein größeres Ausmaß an Traumatisierung als bei einfacher PTSD. Diese Subsysteme umfassen Besorgnis, Flucht, Freezing, Analgesie, Kampf und Unterwerfung mit Anästhesie. Bei der sekundären Dissoziation treten also verschiedene EPs auf: So beinhaltet eine EP



Abb. 1 Patientenzeichnung: subjektives Erleben von Dissoziation in einer traumatischen Situation.

das Fluchtsystem, eine andere das Freezing-Verhalten, eine weitere Kampfimpulse und eine vierte Unterwerfung mit Analgesie. Das Bild von Frau N. beschreibt das subjektive Erleben von Dissoziation der Persönlichkeit in der traumatischen Situation (♣ **Abb. 1**).

Tertiäre strukturelle Dissoziation Bei der tertiären Form wiederum liegt nicht nur eine Fragmentierung des emotionalen Persönlichkeitsanteils, sondern auch des „anscheinend normalen“ Alltagsanteils vor. Tertiäre strukturelle Dissoziation tritt in der Regel nicht während des Traumas auf, sondern dann, wenn spezielle unausweichliche Aspekte im Alltag mit dem vergangenen Trauma assoziiert werden, d. h. zu konditionierten Stimuli werden, die die traumatischen Erinnerungen aktivieren. Typische Subsysteme der ANP umfassen Bindung an den Nachwuchs, Berufstätigkeit sowie einen emotional tauben, depersonalisierten und vermeidenden Anteil der Alltagsbewältigung. Entsprechend finden sich bei DIS-Patienten in den verschiedenen Alltagsanteilen sehr charakteristische Aufteilungen: Eine ANP organisiert – in meist depersonalisiertem Zustand – den Alltag, eine andere ANP regelt die Kinderversorgung (Bindung an den Nachwuchs), eine dritte den beruflichen Alltag, eine weitere lebt sexuelle Bedürfnisse aus etc.

Diagnostische Einordnung

Oft unerkannt Die Tatsache, dass im wissenschaftlichen Diskurs der Grundgedanke der Dissoziation als „Dissoziation der Persönlichkeit“ verlorengegangen, hatte u. a. zur

Infobox 1

ICD-11-Vorschlag

Komplexe dissoziative intrusive Störung von Nijenhuis et al. (2014)

Dissoziation der Gesamtpersönlichkeit bei Trauma:

- ▶ Vorhandensein von 2 oder mehr nicht oder unvollständig integrierten Subsystemen (dissoziierten Anteilen) der Gesamtpersönlichkeit.
- ▶ Jeder Anteil beinhaltet ein eigenes Muster von Erfahrungen, Wahrnehmungen, Vorstellungen sowie Beziehungen zu sich, zum eigenen Körper und zur Umgebung.
- ▶ Ein Teil der Persönlichkeit ist dominant, erlebt aber anhaltende und wiederkehrende Intrusionen von einem oder mehreren anderen Anteilen in Form von dissoziativen Intrusionen (moderat):
 - ▷ kognitiv: sich aufdrängende Gedanken, die als nicht zur Person dazugehörig erlebt werden
 - ▷ affektiv: intrusive Gefühle wie Angst, Ärger oder Scham
 - ▷ Wahrnehmung: z. B. ängstliche, ärgerliche, verletzende oder befehlende Stimmen oder visuelle Wahrnehmungen
 - ▷ sensorische Empfindungen: sich angefasst fühlen, Schmerz, veränderte Körpergröße
 - ▷ motorisch: z. B. unfreiwillige Bewegungen; Handlungen, die als nicht zu sich dazugehörig erlebt werden
- ▶ Akustische Halluzinationen sind häufig, doch typischerweise zeigt sich die gesamte o. g. Bandbreite.
- ▶ Klinische Konstellation von ständigen oder wiederholten mäßig starken dissoziativen Symptomen kognitiver, emotionaler, verhaltensmäßiger, sensorischer oder motorischer Art mit positiver (intrusiver) oder negativer (funktionseinbüßender) Qualität.

Infobox 2

Interventionsbeispiel

Patient (P): „Mischen Sie sich gefälligst nicht in unsere Familienangelegenheiten ein!“
 Therapeut (Th): „Oh, Entschuldigung, natürlich kann ich mich nicht ungefragt in Ihre Angelegenheiten einmischen – da haben Sie vollkommen recht. Nur – wir hatten ja gerade vereinbart, die biografische Anamnese zu erstellen, weil das hilfreich sein könnte, um Ihre Symptome besser zu verstehen. Und da gehört es natürlich dazu, dass ich Sie zu Ihren Eltern befrage.“
 P: „Mit mir haben Sie das nicht vereinbart!“
 Th: „Nicht mit Ihnen? Wie darf ich das verstehen? Sie sind nicht Frau M.?“
 P: „Sehe ich so aus?“
 Th: „Nun ja, eigentlich schon, aber vielleicht nicht ganz, Sie sind sehr viel energischer...“
 P: „Allerdings! So ein Gejammer gibt's bei mir nicht...“

Folge, dass wichtige Symptombereiche im Spektrum der Dissoziation übersehen wurden, die insbesondere bei schweren Fällen mit sekundärer und tertiärer Dissoziation auftreten. Dell (2006) erkannte anhand von Item-Analysen die Bedeutung der Intrusionen als Indikator für umfassendes dissoziatives Funktionieren.

ICD-11-Vorschlag Im ICD-11-Vorschlag von Nijenhuis et al. (2014) wird die Bedeutung der Intrusionen noch sehr viel weit-

reichender betont und eine hierfür eigens benannte Diagnosekategorie vorgeschlagen (♣ **Infobox 1**). Ähnlich wie bei der DIS gehen die Autoren davon aus, dass es 2 oder mehr nicht oder unvollständig integrierte Subsysteme (dissoziierte Anteile) der Gesamtpersönlichkeit gibt, jedoch ein Teil der Persönlichkeit dominant ist. Dieser erlebt anhaltendes, wiederkehrendes, störendes Einwirken von einem oder mehreren anderen Anteilen in Form von Intrusionen verschiedenster Qualität.



Abb. 2 Patientenzeichnung: dissoziatives Funktionieren.



Abb. 3 Patientenzeichnung: während der Dissoziation ausgeführte Essanfälle und Selbstverletzungen, die als nicht zu sich gehörig erlebt werden.



Abb. 4 Patientenzeichnung: Negativsymptomatik bei Dissoziation.

Negativsymptomatik Daneben gibt es ebenso die Negativsymptomatik in Form von Funktionseinbußen wie dissoziative Amnesie, sensorische Anästhesie, Analgesie, Schwierigkeiten den Körper zu bewegen etc. Die Störung zeichnet sich also durch ein durchgehendes dissoziatives Funktionieren mit andauernden moderaten Intrusionen und Negativsymptomen aus. Die Bilder von Frau N. drücken eine entsprechende Symptomatik aus (• **Abb. 2–4**). Bei der DIS (im ICD-11-Vorschlag) kommt es ebenfalls zu komplexen Intrusionen. Zudem gibt es keinen stabilen dominanten Persönlichkeitsanteil, sondern mindestens 2, die abwechselnd die Kontrolle übernehmen.

Klinische Implikationen

Behandlungsplan anpassen Liegt komplexes dissoziatives Funktionieren mit entsprechender intrusiver und negativer Symptomatik vor, sollte der Behandlungsplan entsprechend angepasst werden. Wichtige therapeutische Schritte wie der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung oder Etab-

lierung von Sicherheit und Selbstkontrolle können oft nicht nachhaltig umgesetzt werden, ohne die hinter den Intrusionen und Negativsymptomen wirkenden Anteile der Persönlichkeit mit einzubeziehen.

Vertrauenswürdiger Therapeut Thematisch beziehen sich Intrusionen zu Beginn einer Therapie häufig auf die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten: innere Warnungen oder Drohungen können in moderater Form auftreten als quälender Gedanke oder als Denk- und Sprechblockade. Das Vertrauensproblem kann sich jedoch auch als mehr oder weniger lautes Stimmenhören äußern.

Klinische Ausprägung

Je nach Schwere der Dissoziation zeigt sich dies unterschiedlich: Die Stimme kann in einen dominanten, d.h. durchweg stabilen Alltagsanteil hinein wirken bzw. stören. Dies wäre bei der sekundären strukturellen Dissoziation der Fall. Im Falle weiterer intrusiver Phänomene kann im Sinne des ICD-11-Vorschlags die Diagnose einer komplexen dissoziativen intrusiven Störung gestellt

werden. Die Stimme kann aber auch – wie bei der DIS – zu einem tertiär abgespaltenen Anteil gehören, der im Alltag Kontrolle über das Individuum übernehmen und möglicherweise auch direkt zum Therapeuten sprechen kann: So kann die sonst depressiv und zurückhaltend wirkende Patientin den Therapeuten plötzlich skeptisch oder feindselig anstarren und ihn bei Fragen zur biografischen Anamnese brüsk zurückweisen (• **Infobox 2**). Die Patientin erlebt sich nun als eine andere Person und stellt sich so dar.

Späte Diagnose Dieses offenkundige Dissoziieren und direkte Präsentieren der anderen Persönlichkeitsanteile ist zu Beginn der Therapie allerdings selten. Die Anteile machen sich zunächst eher indirekt durch die Intrusionen bemerkbar. Entsprechend imponieren viele DIS-Patienten zunächst eher wie eine komplexe dissoziative intrusive Störung – erst im weiteren Verlauf der Behandlung kann eine DIS sicher diagnostiziert werden. Der therapeutische Ansatz beinhaltet jedoch in beiden Fällen das systematische Einbeziehen der Intrusionen.

**Fazit**

Beim Auftreten von Intrusionen sollte der Patient hinsichtlich des Symptommusters und einer damit korrespondierenden Negativsymptomatik befragt werden. Dadurch lassen sich komplexe dissoziative intrusive Störungen und dissoziative Identitätsstörungen zuverlässiger erkennen. Das aktive Einbeziehen von Intrusionen und Negativsymptomen ist wichtiger Bestandteil einer traumafokussierten Therapie. Oft können nur so wichtige Schritte (Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, Etablieren von Sicherheit, Exploration der traumatischen Erfahrungen) gemacht werden.

Literatur

- Brand BL, Sar V, Stavropoulos P et al. Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about Dissociative Identity Disorder. *Harv Rev Psy* 2016; 24: 257–270
- Dalenberg CJ, Bethany L, Brand BL et al. Evaluation of the Evidence for the Trauma and Fantasy Models of Dissociation. *Psychol Bull* 2012; 138: 550–588
- Dell PF. The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) – A comprehensive measure of pathological dissociation. *J Traum Diss* 2006; 7: 77–106
- Falkai P, Wittchen HU, Hrsg. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe; 2015
- Gast U, Wabnitz P. *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2017
- Gast U, Wirtz G, Hrsg. *Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen. Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016
- Gast U, Rodewald F, Nickel V et al. Dissociation in German psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 249–257
- Hermann JL. *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann; 2006
- Hulette AC, Freyd JJ, Fisher PA. Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse Neg* 2011; 35: 123
- Macfie J, Toth SL, Rogosch FA, et al. Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Devel Psy* 1999; 35: 460
- Nijenhuis ERS, van der Hart O, Steele K. Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U, Hrsg. *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart: Thieme; 2011: 47–62
- Nijenhuis ERS, Moreira-Almeida A, Lewis-Fernandez R, Moskowitz A. Proposals and evidence for the ICD-11 classification of Dissociative Disorders. Madrid: World Congress of Psychiatry; 14.–18. September 2014
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder. A review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 285–293
- Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Devel Psychopath* 2011; 23: 453

**Ursula Gast**

PD Dr. Ursula Gast
Heidelücker Weg 9
24986 Mittelangeln
Ursula_Gast@web.de

Dr. med., Privatdozentin,
Ärztin für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie –Psychoanalytikerin; ehemals

Leiterin der Psychotherapie-Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover und Chefarztin in Bielefeld, jetzt in eigener Praxis bei Flensburg tätig; Mitglied der Leitlinien-Steuergruppe zur Behandlung Posttraumatischer Störungen.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-111280>