

Wichtige Hinweise für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgestörungen in Aufenthaltserrechtlichen Verfahren enthält ein Expertengutachten, aus dem folgender Auszug stammt:

Expertengutachten zur Frage gesundheitlicher Folgen politischer Repression in der SBZ/DDR am Beispiel politischer Haft im Auftrag der Konferenz der Landesbeauftragten für die Unterlagen des Sicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik.

Prof. Dr. Harald J. Freyberger

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität in Greifswald

Prof. Dr. Jörg Frommer

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Magdeburg

Prof. Dr. med. Maercker

Psychologisches Institut der Universität in Zürich

Dr. phil. R. Stein

Deutsches Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

1.1 Diagnostik und Klassifikation der Folgen von Traumatisierung

Die Bedeutung von traumatisierenden Erlebnissen und Erfahrungen für die Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wurde in der klinischen Psychiatrie, der psychosomatischen Medizin und klinischen Psychologie erst im Zuge entsprechender Forschungsbemühungen in den 1970er und 1980er Jahren, zumindest in der wissenschaftlichen Fachwelt, akzeptiert. Obgleich bereits umfassende Erfahrungen mit Holocaust-Opfern vorlagen (vgl. von Baeyer et. al., 1964) war es im wesentlichen die US-amerikanische Forschung zu den Folgen der Kriege in Korea und Vietnam, die entsprechende Forschungsbemühungen voranbrachten. Erst 1980 wurde in das US-amerikanische Diagnosenmanual DSM-III die posttraumatische Belastungsstörung aufgenommen, die hierdurch als klassifizierbare psychische Störung erstmals einen akzeptierten Eingang in die Fachöffentlichkeit fand. In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) wurde die posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde, in den 1990er Jahren integriert und mit folgenden weiteren diagnostischen Kriterien versehen:

1. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Bedrohung durch aufdringliche Nachhaller-

innerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

2. Umstände, die der Belastung ähneln und mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
3. Entweder liegt eine teilweise odervollständige Unfähigkeit vor, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder es finden sich anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung, wie etwa Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit.
4. Die Kriterien treten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder am Ende einer Belastungsperiode auf.

Für die Interpretation dieses zuletzt genannten diagnostischen Kriteriums ist bedeutsam, dass in der Literatur zahlreiche Einzelfälle publiziert wurden, die darauf hinweisen, dass traumabedingte Störungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen auch mit jahre- bis z. T. jahrzehntelanger Latenz auftreten können. Die Relevanz von sog. »Brückensymptomen«, d.h. symptomatologischen Merkmalen, die bereits zwischen der Traumatisierung und der Manifestation der Erkrankung bestanden haben, ist dabei über Jahrzehnte deutlich überschätzt worden, da sog. »Brückensymptome« häufig fehlen und sich die Latenzzeiten z. T. dadurch erklären lassen, dass es zum Ausbruch der Erkrankung erst im Zusammenhang mit Ereignissen kommt, durch die das ursprüngliche Trauma reaktualisiert wird.

Weniger auf Grund empirischer sondern vielmehr vor dem Hintergrund quantitativer Forschungsergebnisse wurde zusätzlich in der ICD-10 eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung aufgenommen, die eine mögliche Verlaufsform der posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt. Diese dem Wesen nach chronisch verlaufende Persönlichkeitsänderung ist durch eine feindliche oder mißtrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung kann dieser Störung vorausgegangen sein, sie kann allerdings auch als direkte Folge eines Traumas entstehen.

Die erst spät einsetzende Etablierung dieser beiden Krankheitsbilder in der Fachöffentlichkeit erklärt zumindest teilweise das Phänomen, dass Traumatisierungen in bestimmten medizinischen oder in anderer Weise versorgungsrelevanten Bereichen in ihrer Bedeutung teilweise unterschätzt wurden. Dabei wurde noch in den 1970er Jahren in der Fachöffentlichkeit eine Diskussion geführt, in der von namhaften Experten bezweifelt wurde, ob Traumatisierungen bei zuvor vergleichsweise gesunden Personen tatsächlich zu langfristig relevanten psychischen Störungen führen können. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die posttraumatische Belastungsstörung in Folge bestimm-

ter Charakteristika ihrer Symptomatik mit einem unzureichenden Inanspruchnahmeverhalten therapeutischer Hilfen bei den Betroffenen verbunden ist. Wie aus dem zweiten diagnostischen Kriterium (s.o.) hervorgeht, vermeiden die Betroffenen innere oder äußere Stimuli, die mit dem Trauma in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen, um nicht mit dem Wiedererleben u.a. traumaassoziiertes Angstsymptome konfrontiert zu werden. Jede Thematisierung traumabezogener Inhalte im Rahmen von Beratungen oder Therapien kann potentiell zu einer derartigen Symptominduktion führen, so dass sich hieraus zumindest partiell das schlechte Inanspruchnahmeverhalten erklärt: Wie die größeren Studien zeigen, sind die Folgen von Realtraumatisierung nicht nur mit dem Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen assoziiert, sondern Realtraumatisierungen gehören auch zu den kardinalen Risikofaktoren für andere schwere psychische Störungen. In der Forschung konnte gezeigt werden, dass sich das Risiko für das Auftreten u.a. folgender behandlungsbedürftiger psychischer Störungen nach Traumatisierungen erhöht:

- Angststörungen, vor allem Panikstörungen (anfallsweise auftretende, z. T. situativ ungebundene Angstanfälle) und Agoraphobien (angstassoziiertes Vermeidungsverhalten beim Verlassen einer schützenden Umgebung). So wurden in verschiedenen Stichproben von Angstpatienten Häufigkeitsraten zwischen etwa 16% und 50% vorangegangener Traumatisierungen gefunden (zusammenfassend Arnold u. Joraschky, 2000).
- Depressive Episoden und anhaltende depressive Störungen. In mehreren Allgemeinbevölkerungsstudien wurden Traumatisierungen als ein Risikofaktor identifiziert, der das Auftreten späterer depressiver Symptomatik um etwa den Faktor 2 erhöht (zusammenfassend Joraschky u. Egle, 2000).
- Alle Formen von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit. Hier zeigen sowohl klinische als auch Allgemeinbevölkerungsstudien, dass vorangehende Traumatisierung das Risiko späteren kritischen Substanzkonsums um das 2.5-3.5fache erhöht (zusammenfassend Krausz et. al., 2000).
- Somatisierungsstörungen (Auftreten vielfältiger körperlicher Symptomatik ohne pathologischen somatischen Befund; vgl. zusammenfassend Egle u. Nickel, 2000).

Unabhängig von diesen im direkten Gefolge einer Realtraumatisierung wahrscheinlichen Störungen treten diese Erkrankungen überzufällig häufig auch komorbide, d.h. zusätzlich im Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung auf (siehe unten).

1.2. Epidemiologie und Risikofaktorenmodelle

Inzwischen wurde die Bedeutung von Traumatisierungen, die damit verbundenen Risikofaktoren und der Verlauf posttraumatischer und anderer resultierender psychischer Störungen in zahlreichen empirischen Studien umfassend untersucht. Dabei zeigte sich in kurzfristigen Studien, aber auch in

einigen Langzeitstudien, dass bestimmte Risikofaktoren zu einer späteren Störungsmanifestation beitragen. Zu diesen — prämorbidem — Risikofaktoren gehören

- das prämorbid Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen,
- bereits früher erlebte Traumata,
- ein höheres Risiko von etwa drei zu eins zu Ungunsten der Frauen gegenüber den Männern zu erkranken,
- ein bestimmtes Risikolebensalter (Jugendliche und ältere Erwachsene) sowie
- ein niedriger Bildungsstand,
- eine unzureichende soziale Vernetzung mit anderen Personen, zu denen enge emotionale Bindungen bestehen und
- ein prinzipiell eher passives Bewältigungsverhalten auch gegenüber anderen Belastungen.

Darüber hinaus sind bestimmte Charakteristika der Traumatisierung selbst als sog. Ereignisfaktoren zu gewichten, die das spätere Risiko einer Erkrankung mit bedingen. In Kurzzeitstudien wurde dabei vor allem der Schweregrad der Traumatisierung bzw. die sogenannte sequentielle Traumatisierung, d.h. die Folge mehrerer traumatisierender Ereignisse gegenüber einem Einzelereignis als Ereignisfaktor herausgearbeitet. Weiterhin werden als Ereignisfaktoren genannt: der körperliche Verletzungsgrad bzw. der Perversionsgrad entsprechender Handlungen und die daraus resultierenden psychosozialen Folgen. Auch das Ausmaß bleibender körperlicher Schädigung erwies sich als prädiktiver Faktor. Weiterhin führte peritraumatisch das Erleben von völligem Kontrollverlust (»Ich kann nichts mehr für mich tun, ich bin völlig hilflos ausgeliefert«) zu stärkerer posttraumatischer Psychopathologie. Generell gilt, dass Traumatisierungen interpersoneller Art zu häufigeren und intensiveren Störungen führen als nicht-interpersonelle Traumatisierungen.

In einer Vielzahl epidemiologischer Studien konnte auch bei kritischer Bewertung herausgearbeitet werden, dass das mittlere Risiko für einen Betroffenen, nach einem Trauma im weitesten Sinne an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken bei etwa 30% liegt. Unterschiedlichen Ereignissen lassen sich dabei zumindest in Kurzzeitstudien unterschiedliche Störungswahrscheinlichkeiten zuweisen. So liegt etwa die mittlere Erkrankungswahrscheinlichkeit nach einem schweren Verkehrsunfall übereinstimmend in den Studien zwischen 5 und 10%, während das Risiko nach Vergewaltigung bei 50% bis sogar 80% liegt.

Für den mittel- bis langfristigen Verlauf posttraumatischer Belastungsstörungen ist ausschlaggebend, dass etwa 50% der Betroffenen, die initial eine posttraumatische Belastungsstörung ausbilden, wieder remittieren und 50% dieser Gruppe chronisch mit langfristigen Verläufen erkranken. Vor allem diese langfristigen Verläufe sind mit einem hohen Risiko für die Betroffenen assoziiert, weitere komorbide psychische Erkrankungen vor allem aus den Bereichen Angststörungen,

affektiver Störungen und Suchterkrankungen zu entwickeln (siehe oben). Als wichtigsten Prädiktor für eine längerfristige Erkrankung haben verschiedene Arbeitsgruppen dabei die Akuität der initialen psychischen Belastungsreaktion und hier insbesondere das Ausmaß des sogenannten dissoziativen Erlebens herausgearbeitet. Hierunter wird ein Syndrom verstanden, das durch psychische Spaltungs- und Desintegrationsprozesse gekennzeichnet ist, die es dem Betroffenen ermöglichen, die unmittelbare traumatische Erfahrung emotional und kognitiv nicht als überschwemmend zu erleben. Viele Betroffene berichten unter anderem, dass sich im Zuge einer interpersonellen Traumatisierung dabei ihre Körperwahrnehmung abschaltet, sie schmerz- und berührungsempfindlich werden bzw. sich Aspekte ihrer Körperwahrnehmung oder der Wahrnehmung der Außenwelt qualitativ verändern. Im Gegensatz zu dieser peritraumatischen Dissoziation ist die posttraumatische Dissoziation durch das Vergessen, Verdrängen oder Verleugnen bestimmter Erinnerungsaspekte des Traumas gekennzeichnet [sogenannte dissoziative Amnesie]. Für die Beurteilung des Langzeitverlaufs posttraumatischer Belastungsstörungen ist zusätzlich bedeutsam, dass die Störung hohe Übergangswahrscheinlichkeiten in andere psychische Störungen und hier insbesondere depressive Störungen und Angsterkrankungen zeigt und dass das Risiko der Betroffenen zur Ausbildung komorbider, d.h. weiterer psychischer Störungen u.a. auch aus dem Bereich Störungen durch psychotrope Substanzen um das 2.5—3.5fache gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist.

Ein lange in der Forschung vernachlässigter Bereich betrifft das deutlich erhöhte Risiko von traumatisierten Menschen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden, später körperliche Symptome und Erkrankungen auszubilden. Sowohl in größeren Studien an Vietnam-Veteranen (vgl. u.a. Beckham et al., 1998, 2000] als auch an Holocaust-Überlebenden (Freyberger u. Freyberger, 1997; bisher unveröffentlicht) konnte gezeigt werden, dass sich das spätere Risiko der Ausbildung körperlicher Erkrankungen u.a. aus dem kardiovaskulären Bereich um ein vielfaches erhöht. Diese Befunde werden vor dem Hintergrund verständlich, dass traumabedingte psychische Störungen einerseits über ein erhöhtes, möglicherweise dauerhaftes Stresspotential und andererseits über ein geringeres angemessenes Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Behandlungen das somatische Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erhöhen (Ahrens und Freyberger, 2002).

In verschiedenen Studien ließen sich auch sogenannte Schutzfaktoren herausarbeiten, durch die sich remittierte von nicht remittierten Stichproben unterscheiden ließen. Diese Schutzfaktoren beinhalten zum einen aktive Bewältigungsmechanismen, also die Frage, wie gut es dem Betroffenen gelingt, sich aus seiner passiven Opferrolle zu lösen und aktiv das Erlebnis zu bewältigen (z.B. indem sie sich willentlich an das Geschehene erinnern, mit anderen offen und häufig über ihr Erleben damals kommunizieren etc.). Zum anderen scheint die Gesamtprognose abhängig von sozialer Unterstützung, d. h. von der Quantität und der Qualität der Beziehungspersonen im sozialen Netz-

werk zu sein. Ein weiterer Schutzfaktor wird als sogenannter Kohärenzsinn bezeichnet. Hierunter ist zu verstehen, wie gut es einem Betroffenen gelingt, im Rahmen des Bewältigungsprozesses das Trauma als einen kohärenten Vorgang zu erleben, den er selbst in einen angemessenen Sinnzusammenhang einbetten kann (z.B. »Das Geschehene hat mich gelehrt, was im Leben wirklich wichtig und bedeutungsvoll ist.«).

.....

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die empirische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat gezeigt, dass politische Repression auf unterschiedlichen Ebenen in Abhängigkeit von bestimmten Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren zu ausgeprägten gesundheitlichen Schäden körperlicher und psychischer Art führen kann. Bei der Beurteilung, Begutachtung, Behandlung und Prognosenstellung jedes Einzelfalles sollten als ein entscheidender fachlicher Standard detailliert die Zusammenhänge dieser Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren überprüft werden, um zu wissenschaftlich fundierten Aussagen zu gelangen. Das Konzept der sog. »Brückensymptome«, das aus der wissenschaftlichen Kontroverse um die prinzipielle Relevanz von Traumatisierungen in den 1950er und 1960er Jahren stammt und niemals nach empirischen Kriterien überprüft worden ist, erscheint dabei nach den neueren Forschungsergebnissen substantiell in seiner Bedeutung überschätzt zu werden.

Mit dem Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung und den sich daraus ergebenden Implikationen für die Entstehung und Aufrechterhaltung traumabedingter psychischer Störungen liegt zumindest im Bereich psychischer Störungen ein handhabbares Erkrankungsmodell vor, das hinreichend wissenschaftlich abgesichert ist. Es bleibt aber einerseits darauf hinzuweisen, dass latente oder manifeste Traumatisierung auch einen wesentlichen Risikofaktor für andere psychische und einige somatische Störungen, wie etwa bestimmte Störungen des Herz-Kreislauf-Systems darstellt. Andererseits gilt es zu beachten, dass nicht nur situative oder sequentielle Traumatisierungen zu schweren gesundheitlichen Folgeschäden führen können, sondern auch langandauernde, durchaus unterschwellige Repressalien, sog. Zersetzungsmaßnahmen oder Aufenthalte in den sog. Jugendwerkhöfen oder sog. Jugendheimen. Für diesen zuletzt genannten Bereich liegen allerdings nur wenige empirische Studien vor, so dass der Forschungsbedarf als hoch einzuschätzen ist. Schließlich bleibt festzustellen, dass auch ein erheblicher Forschungsbedarf im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen latenter und manifester Traumatisierung und weiteren körperlichen Erkrankungen besteht. Für die Klärung derartiger Fragen erscheinen epidemiologische Studien in der Allgemeinbevölkerung sinnvoll zu sein.

Die Anzahl der durch politische Repression in der DDR latent oder manifest psychisch beeinträchtigten bzw. gestörten Personen ist auf wenigstens 300.000 zu schätzen, wobei zwischen psychischer Traumatisierung durch politische Haft, durch Verhöre und manifeste Repressalien ohne Haft und alltägliche Repressalien zu differenzieren ist. Bei einer konservativen Schätzung ist damit zu rechnen, dass wenigstens 100.000 Personen eine manifeste psychische Störung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychischen Störung entwickelt haben und die Anzahl traumabedingter chronifizierter psychischer Erkrankungen auf wenigstens 50.000 zu schätzen ist. Wie die hierzu vorliegenden Ergebnisse empirischer Untersuchungen zeigen, sind die psychischen Folgen der politischen Repression in eindeutiger Weise über Jahre bis Jahr-zehnte prospektiv zu verfolgen und stellen eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit dar. Gesundheitspolitisch wie sozialrechtlich ist dabei von Relevanz, dass nur eine vergleichsweise geringe Zahl von Betroffenen eine angemessene Beratung und Therapie aufgesucht sowie eine Anerkennung gesundheitlicher Folgeschäden erreicht hat. Aus verschiedenen, offensichtlich keineswegs rationalen Gründen, werden dabei in der überwiegenden Anzahl der Fälle die Anträge abgelehnt oder in ihren Ansprüchen reduziert. Maercker (1998) weist auf ein weiteres Problem der Untersuchung von ehemals politisch Inhaftierten in der DDR hin. Zu ihren Lebenswegen gehöre oftmals, dass sie ein mangelndes Verständnis für ihre Schicksale beklagen. Viele von ihnen sind über die neuen politischen Verhältnisse nach der Wende enttäuscht. Die Hoffnung auf Gerechtigkeit und die Verurteilung der Täter sei nicht zuletzt durch die Niederschlagung der meisten Strafverfahren gegen Täter der DDR-Zeit enttäuscht worden. In Analogie zu dem Schicksal vieler Holocaust-Opfer wird deshalb in der Literatur wohl nicht zu unrecht von einer Retraumatisierung der schon Geschädigten durch die ernüchternden neuen Verhältnisse nach der Wende gesprochen (Pross, 1996; Freyberger u. Freyberger, 1999?). Zu diesen allgemeinen psychischen Beeinträchtigungen der Betroffenen kommen noch die nachgewiesenen spezifischen traumabedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen, wie der häufig erhöhte Mitteilungsdrang und die emotionale Mitreaktion beim Berichten. Wenn wir heute davon ausgehen können, dass zum Langzeitverlauf traumabedingter Störungen Kohärenz für die Betroffenen (s. Abschnitt 1) und funktionierende soziale Netzwerke positiv beitragen, so ist mit einer gewissen Evidenz zu schlußfolgern, dass eine im weitesten Sinne des Wortes offene gesellschaftliche Atmosphäre zu einer Reintegration und Remission der Traumatisierten beitragen kann. Hierzu gehören z.B. eine für diese Fragestellungen offene Atmosphäre in Ämtern und Behörden, spezifische Kompetenz und Empathie bei den Gutachtern, zentrale, in den Versorgungsangelegenheiten moderierende Ansprechpartner und die Überwindung von Defiziten der bestehenden Rehabilitierungsgesetze.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum die Betroffenen verschiedenen öffentlichen Institutionen, wie etwa Versorgungsämtern, mit großer Skepsis begegnen und tendenziell eher bereit sind, sich im Selbsthilfebereich zu engagieren oder als Ansprechpartner die Landesbeauftragten zu

akzeptieren. Die dargestellten Kommunikationsschwierigkeiten der Betroffenen verweisen auf die Notwendigkeit eines adäquaten Umgangs mit ihnen; der durch die Institutionen der Landesbeauftragten gewährleistet werden kann.

Folgt man den Erfahrungen mit der Begutachtung von Holocaust-Opfern (Freyberger u. Freyberger, 1997, bisher unveröffentlicht), so ist davon auszugehen, dass ein großer Teil der von den politischen Repressalien in der SBZ/DDR Betroffener erst mit einer erheblichen zeitlichen Latenz Anträge auf Beschädigtenversorgung stellen wird. Es wird geschätzt, dass 20—50% der Anträge mit einer zeitlichen Latenz von mehr als 20 Jahren gestellt werden, obgleich eine manifeste traumaassoziierte psychische Symptomatik durchgehend besteht oder bestanden hat. Für viele Betroffene stellt dabei die Skepsis gegenüber staatlichen Institutionen und die Notwendigkeit einer inneren Distanzierung von den traumatisierenden Ereignissen einen zumindest temporären Hinderungsgrund dar. Dieser Tatbestand ist unseres Erachtens ein entscheidendes Argument für die zeitliche Entfristung von Entschädigungsleistungen.

Empirisch kaum abschätzbar ist die Zahl der durch latente politische Repression in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigten Personen sowie die Zahl der durch die Traumatisierung ihrer Eltern psychisch beeinträchtigten Personen in der zweiten und dritten Generation. Ergebnisse im Zusammenhang mit der Holocaust-Forschung machen zumindest sehr wahrscheinlich, dass die Kinder politisch Verfolgter mit einer höheren Vulnerabilität im Hinblick auf psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten zu rechnen haben. Unbekannt ist bisher auch, in welchem Umfang die Folgen politischer Repression in der DDR darüber hinaus psychosoziale Schäden in den Herkunfts- und Gegenwartsfamilien der Betroffenen hervorgerufen haben.

Literaturauswahl:

Egle, U. und SO. Hoffmann: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen, Schattauer Verlag, 2002, hierin:

Arnold, S., P. Joraschky: Angsterkrankungen

Egle, UT., R. Nickel: Somatoforme Schmerzstörung

Joraschky, P., UT. Egle: Depression

Krausz, M, M. Lucht, H. Freyberger: Suchterkrankungen