

Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement – Konzept und Stand der Realisierung

1. Hintergrund

Im zivilen wie im militärischen Bereich lässt sich seit einigen Jahren ein wahrer Boom in der Etablierung von so genannten Traumazentren erkennen. Vermutlich ist es das Zusammenwirken von unterschiedlichen Ursachen, auf welche diese Entwicklung zurückgeführt werden kann.

Einen besonderen Impuls hat das Interesse an der Psychotraumatologie vor etwa 20 Jahren dadurch erfahren, dass die Posttraumatische Belastungsstörung (vergl. Tabelle 1) durch die Amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie (vergl. Saß et al., 2003) und die Weltgesundheitsorganisation (vergl. Dilling et al., 1991) als ein eigenes Störungsbild beschrieben wurde. Damit wurde diese Störung Gegenstand einer Fülle von Forschungsarbeiten und einer erhöhten Aufmerksamkeit durch die Öffentlichkeit.

Auch für den militärischen Bereich hat in den letzten Jahren die Forschung zu den psychischen Folgen von Einsatzbelastungen sehr an Umfang zugenommen. Zunehmend wird erkannt, dass psychische Störungen bei Soldaten in mindestens dem gleichen Ausmaß wie körperliche Störungen zu einer Minderung der Einsatzbereitschaft und Verwendbarkeit führen und in der Folge die Organisation und das gesamte soziale System erheblich belasten können.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Saß et al., 2003.

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- 1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltete.
 - 2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen ...
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- 1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können ...
 - 2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis ...
 - 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten) ...
 - 4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - 5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- 1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - 2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - 3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

- 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- 5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Belastungs-Folge-Störungen bei Soldaten bestehen allerdings einige Unsicherheiten. Bei vielen Studien bleibt unklar, ob die festgestellten Störungen tatsächlich mit dem Einsatz zu tun haben oder vielleicht auch oder ausschließlich das Ergebnis früherer Traumatisierungen sind. Neuere Analysen (z. B. Gahm et al., 2007) zeigen, dass bei Soldaten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression, welche professionelle Hilfe aufsuchen, neben den Einsatzerfahrungen auch frühere Traumata für die Entwicklung der Störung verantwortlich sind. In einer Psychotherapiestudie (Schnurr et al., 2007) lagen bei 285 Soldatinnen

mit Posttraumatischer Belastungsstörung nur bei 25 Prozent Traumen durch den Kampfeinsatz vor, aber bei 93 Prozent sexuelle Traumen, welche von 72 Prozent der Soldatinnen im Rahmen des Militärdienstes erlebt wurden.

Nach Yarvis (2008) kann das Vorhandensein von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Soldatinnen und Soldaten, die an Kampfeinsätzen, friedenserhaltenden Einsätzen oder Katastropheneinsätzen teilgenommen haben, auf etwa 10 bis 20 Prozent geschätzt werden. Entsprechend ließ sich auch bei etwa 17 Prozent von 1877 pensionierten Veteranen der kanadischen Streitkräfte das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung feststellen (Yarvis, 2008). Nach Yarvis (2008) lagen zusätzlich bei etwa 12 Prozent der Veteranen Störungen vor, bei denen nur zwei der drei Kriterien B, C und D der PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) erfüllt waren (vergl. Abbildung 1). Diese Störungen wurden „Subthreshold Post Traumatic Stress Disorder“ genannt, durch die ebenfalls starke Beeinträchtigungen gegeben sind. Würde man andere Störungen mit einbeziehen, die ebenfalls die Folge außergewöhnlicher Belastungen sein könnten, beispielsweise Depression, Angststörungen und Substanzmissbrauch, dann käme man auf eine noch deutlich größere Häufigkeit von Belastungs-Folgestörungen.

Die bei Yarvis (2008) angegebenen Häufigkeiten könnten allerdings auch eine Überschätzung darstellen. Die Untersuchung wurde bei pensionierten Soldaten gemacht und es ist unklar, wie groß unter diesen der Anteil ist, die gerade wegen des Vorhandenseins psychischer Störungen pensioniert wurden.

Überraschend niedrige Häufigkeiten von Belastungs-Folgestörungen fanden sich in einer Untersuchung von Hauffa et al. (2007) an 118 einsatzerfahrenen Soldaten der Deutschen Bundeswehr, die zwischen Januar und August 2005 in Afghanistan eingesetzt waren. 41 Prozent der Soldaten gaben traumatische Erfahrungen während ihres Einsatzes an, welcher von etwa 19 Prozent als das bislang schlimmste Erlebnis eingestuft wurde. Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen lagen jedoch deutlich seltener vor als bei amerikanischen Veteranen und teilweise sogar seltener als innerhalb der Normalbevölkerung. Das kann wohl kaum allein an der geringen Einsatzbelastung und an der guten Auswahl und Ausbildung der deutschen Soldaten liegen. Da die Untersuchung direkt bei der Truppe durchgeführt wurde, scheint nicht so unwahrscheinlich, dass bei den gemachten Angaben auch Ängste vor dienstlichen oder sozialen Nachteilen eine Rolle gespielt haben.

Insgesamt dürften die Häufigkeitsangaben betreffend Belastungs-Folgestörungen bei Soldatinnen und Soldaten somit sehr von der Art der untersuchten Störungen, von Merkmalen der untersuchten Personen und der Qualität der Untersuchungsmethoden abhängen. Unabhängig von den absolut zu erwartenden Häufigkeiten muss aber mit einem Ansteigen der Einsätze und somit mit einer Zunahme von Belastungs-Folgestörungen gerechnet werden. Dem wurde vom Österreichischen Bundesheer dadurch Rechnung getragen, dass Planstellen für den Bereich Psychotraumatologie und Stressmanagement geschaffen wurden.

2. Auftrag/Ziele

Implizite Aufträge erfolgten in Form von entsprechenden Stellenbesetzungen und Arbeitsplatzbeschreibungen. Explizite Aufträge in Form von Erlässen fehlen. So ist es die Aufgabe des Behandlungszentrums seine Aufgaben und Ziele vorläufig selbst zu definieren.

Das Zentrum für Stressmanagement und Psychotraumatologie am Sanitätszentrum West in Innsbruck hat die Aufgabe, für alle Angehörigen des Bundesheeres, welche im Rahmen ihrer Dienstausbildung durch besondere Belastungen unmittelbar oder mittelbar psychische Folgeschäden erlitten haben, eine optimale psychologische und psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen, mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden beruflichen, sozialen und emotionalen Rehabilitation.

Die Behandlung erfolgt unter möglichst konsequenter Nutzung der vorhandenen Ergebnisse der empirischen Forschung und einer systematischen Begleitevaluation und hat den innerhalb der Trägerorganisation des Österreichischen Bundesheeres auftretenden Bedarf möglichst effizient abzudecken.

3. Arbeitsplätze

Die Behandlungseinrichtung hat ihren Sitz in Innsbruck und untersteht dem Kommando des Sanitätszentrums West des Österreichischen Bundesheeres. Sie steht unter der Leitung eines Klinischen Psychologen, dem als Mitarbeiter ein weiterer Psychologe/eine Psychologin und zwei psychologische Fachkräfte zur Seite stehen. Beide PsychologInnen sind auch PsychotherapeutInnen mit einer verhaltenstherapeutischen Grundausbildung und umfassenden Weiterbildungen im Bereich der Behandlung psychotraumatischer

Störungen. Die psychologischen Fachkräfte haben eine nach einem Curriculum des Heerespsychologischen Dienstes des Österreichischen Bundesheeres durchgeführte Ausbildung absolviert und erhalten eine kontinuierliche Supervision und Weiterbildung.

4. Patienten/Klienten

4.1. Diagnostische Aufnahmekriterien

Am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement werden Personen behandelt, die an psychischen Zuständen leiden, die zeitlich und inhaltlich klar identifizierbaren belastenden Ereignissen oder Erfahrungen zuzuordnen sind. Unter diese Definition fallen nicht nur die „akute Belastungsstörung“ und die „Posttraumatische Belastungsstörung“ nach ICD(International Classification of Diseases)-10 (Dilling et al., 1991) und DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-IV (Saß et al., 2003), sondern auch „Anpassungsstörungen“ nach DSM-IV (Saß et al., 2003), „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ und „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ nach ICD-10 (Dilling et al., 1991). Auch andere Störungen, etwa Ängste, emotionale Störungen, Zwänge oder Süchte, wären in diesem Rahmen zu behandeln, dann wenn sie als Folge spezifischer identifizierbarer Belastungen angesehen werden können.

Ein Ausschluss wegen zusätzlicher Probleme – Komorbiditäten – erfolgt nicht grundsätzlich in Abhängigkeit von spezifischen Diagnosen. Hier sind die entscheidenden Kriterien, ob PatientInnen ausreichend motiviert sind, zu einem Behandlungserfolg beizutragen, ausreichend in der Lage sind, von einer Behandlung zu profitieren, und ob die Behandlung mit keiner Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit der PatientInnen verbunden ist. Zwar muss die Erfüllung dieser Kriterien bei bestimmten Problemen, etwa Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeiten oder auch körperlichen Erkrankungen, in Frage gestellt werden. Über einen Ausschluss von der Behandlung wäre allerdings nicht nach dem Bestehen spezifischer Diagnosen zu entscheiden, sondern von Fall zu Fall nach sorgfältiger Prüfung der Ressourcen der PatientInnen und der Möglichkeiten, die Behandlung innerhalb der gegebenen Rahmenbedingung an seine/ihre Bedürfnisse anzupassen.

4.2. Institutionale Aufnahmekriterien

Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement soll bevorzugt Angehörigen des Bundesheeres zur Verfügung stehen. In Zeiten, in denen nur eine geringfügige Auslastung gegeben ist, soll die Einrichtung allerdings auch anderen Personen offen stehen, bevorzugt Reservisten und Angehörigen anderer Einsatzorganisationen. Der Nutzen für die Behandlungseinrichtung würde dabei – abgesehen von den möglichen Einnahmen durch Behandlungsbeiträge – zumindest darin bestehen, dass vielfältigere praktische Erfahrungen gewonnen werden können und die Bildung ausreichend großer Behandlungsgruppen eher gewährleistet ist. Nach einem gestuften Vergabesystem für die verfügbaren Behandlungsplätze sollen für Bundesheerangehörige allerdings immer ausreichende Kapazitäten sichergestellt werden.

4.3. Motivationale Aufnahmekriterien

Die Behandlung kann grundsätzlich nur freiwillig erfolgen. Sie erfordert eine ausreichende Konsequenz und Bereitschaft, sich auch mit belastenden Erfahrungen auseinanderzusetzen. Im Sinne der möglichst effizienten Abdeckung des gegebenen Bedarfes sollten die Kapazitäten des Zentrums nicht durch unzureichend motivierte PatientInnen blockiert werden. Aus diesem Grund erfordert die Aufnahme einer Patientin/Klientin in die Behandlung auch die Unterzeichnung einer entsprechenden Bereitschaftserklärung.

5. Eingangsuntersuchungen

5.1. Psychologische Eingangsuntersuchung

Die Durchführung einer Eingangsuntersuchung am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement hat lediglich die Voraussetzung, dass durch einen Arzt oder Klinischen Psychologen des Österreichischen Bundesheeres ein Verdacht einer entsprechenden Behandlungsindikation und einer entsprechenden Behandlungsbereitschaft beim Betroffenen vorliegt. Eine Empfehlung oder Überweisung an die Einrichtung ist nicht an die Bedingung geknüpft, dass das Bestehen aller Behandlungsvoraussetzungen geprüft wurde. Dies ist somit auch nicht entscheidend für die Aufnahme an das Kompetenzzentrum. Die Entscheidung über die Aufnahme in eine Behandlung wäre erst nach eingehender Untersuchung möglichst behandlungsnah am Kompetenzzentrum fällig, in Abhängigkeit von den genannten diagnostischen, institutionalen und motivationalen Kriterien.

5.2. Ärztliche Eingangsuntersuchung

Eine Behandlung am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement sollte grundsätzlich nicht ohne Durchführung einer ärztlichen Untersuchung erfolgen. Von dieser wird vornehmlich die Beantwortung der Fragen erwartet, ob durch die vorgesehene psychotherapeutische Behandlung innerhalb des vorgesehenen Settings schädliche oder gefährliche Folgen zu erwarten wären und ob der Erfolg einer solchen Behandlung durch spezifische medizinische Probleme wesentlich beeinträchtigt werden kann. Diese Fragen wären in sinnvoller Weise einerseits durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt für Innere Medizin (z. B. betreffend Herz-Kreislaufkrankungen, andere allgemeinmedizinische Probleme, die besondere Vorsicht oder besondere Maßnahmen erfordern) und andererseits durch einen Facharzt für Psychiatrie (z. B. betreffend Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung, einer Exazerbation psychotischer Störungen, dissoziative Störungen, Beeinträchtigungen durch Substanzmissbrauch) abzuklären.

6. Behandlungssettings

6.1 Ambulantes Behandlungssetting:

Für KlientInnen/PatientInnen aus Großraum Innsbruck mit flexibel gestalteten Behandlungsplänen.

6.2 Tagesklinisches Behandlungssetting:

Ein tagesklinisches Behandlungssetting mit einer geblockten Intensivbehandlung wäre für alle auswärtigen PatientInnen/KlientInnen vorgesehen und grundsätzlich einem ambulanten Behandlungssetting vorzuziehen. Für die Organisation des Aufenthaltes der PatientInnen/KlientInnen wären die folgenden Modelle denkbar:

- a. Variante „Dienstauftrag“: Die Dienstbehörde erteilt einen Auftrag zur Durchführung einer Dienstreise nach Innsbruck mit Bezug einer amtlichen Unterkunft zur Durchführung der vom Dienstnehmer/der Dienstnehmerin als PatientIn/KlientIn beantragten und von einem Arzt verschriebenen und vom Leiter des Traumazentrums befürworteten Behandlung. Eine etwaiger Krankenstand des/der Betroffenen wäre durch den Arzt für die Dauer der Behandlung zu unterbrechen.
- b. Variante „stationär“: Auf Grundlage einer vom Leiter des Traumazentrums und von einem Arzt des Sanitätszentrums befürworteten Behandlung erfolgt eine stationäre Aufnahme am Militärspital, eventuell in

Belegbetten des Konsiliarpsychiaters, mit pauschal zu erteilenden therapeutisch erforderlichen Freigängen tagsüber, abends und zum Wochenende.

Die Behandlung im tagesklinischen Setting (Varianten „stationär“ oder „Dienstauftrag“) beinhaltet in Abhängigkeit von der Problemstellung einen ersten Behandlungsblock mit drei bis vier Wochen (Intensivbehandlung), nach etwa ein bis zwei Wochen Unterbrechung weitere ein bis zwei Wochen (erste Stützungsbehandlung) und nach weiteren drei bis fünf Wochen eine weitere Woche (zweite Stützungsbehandlung). Die Behandlungsdauer wird somit fünf bis sieben Behandlungswochen über einen Zeitraum von neun bis vierzehn Kalenderwochen umfassen.

Die Durchführung der Behandlung erfolgt nach vorgegebenen Wochenplänen, wobei innerhalb von einer Behandlungswoche folgende Behandlungen vorgesehen sind:

- Einzeltherapie, drei Einheiten, insgesamt 240 Minuten,
- Gruppentherapie, zwei Einheiten, insgesamt 240 Minuten,
- Biofeedback und Konfrontation in Einzelbehandlung, zwei Einheiten, insgesamt 120 bis 180 Minuten,
- Genussvolle Bewegung in Gruppen, zwei Einheiten, insgesamt 240 bis 360 Minuten,
- Genussvolle Freizeit in Gruppen, eine Einheit, 180 bis 360 Minuten.

7. Spezifische Behandlungsmethoden

Die Entscheidung für spezifische Behandlungsmethoden orientiert sich weitestgehend an der gegebenen empirischen Evidenz, nach der verhaltenstherapeutischen Methoden und „Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing“ (EMDR) der Vorzug zu geben ist (Bisson et al., 2007; NICE, 2005). Da sich nach einer Analyse von Therapiestudien bei Soldaten und Soldatinnen gewisse Vorteile des EMDR zeigten (Klingler, 2009), stellt diese Methode den wesentlichsten Behandlungsschwerpunkt dar, der in den psychotherapeutischen Einzelbehandlungen zu realisieren ist. Mit EMDR kann bei einfachen Posttraumatischen Belastungsstörungen nach acht bis zwölf Sitzungen mit mindestens 60 Prozent Remissionen (definiert als fehlende Diagnose) gerechnet werden.

In der Gruppenbehandlung sollen Ressourcen- und Bewältigungs-orientierte stützende Verfahren Anwendung finden, die in diesem Setting gegenüber den Trauma-fokussierenden Verfahren eindeutig zu bevorzugen sind (Klinger, 2009). Diese Behandlungen sollen durch eine Biofeedback-unterstützte Konfrontation ergänzt werden, zu deren Effizienz lediglich eine randomisierte Studie vorliegt, diese aber mit sehr ermutigenden Ergebnissen (Peniston & Kulkosky, 1991). Den Behandlungselementen „genussvolle Bewegung“ und „genussvolle Freizeit“, deren Wirksamkeit bei Trauma- und Belastungsstörungen noch nicht systematisch überprüft wurde, kommt in erster Linie eine tagesstrukturierende und ressourcenorientierende Funktion zu.

8. Begleitevaluation

Um die Behandlungsmethoden sukzessive verbessern zu können, ist eine systematische Begleitevaluation vorgesehen. Diese sollte möglichst gültige, verfälschungsfreie Ergebnisse liefern und

- a. von externen Untersuchern, wie Untersuchungsärzten, Praktikanten, durchgeführt werden,
- b. bevorzugt unter Anwendung von Selbstbeurteilungsverfahren erfolgen,
- c. auch objektive Daten einbeziehen, etwa Krankenstandstage, Medikamenteneinnahme, und katamnestische Ergebnisse aus schriftlichen oder fernmündlichen Befragungen sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Behandlung.

9. Stand der Realisierung

Bisher konnten am Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement erst wenige einzelne Klienten/Patienten als Notfälle behandelt werden – das allerdings mit einem erfreulichen Ergebnis. Die Aufnahme eines Vollbetriebes bedarf noch einer weiteren Abklärung organisatorischer und rechtlicher Fragen durch die Dienstbehörde.

10. Literatur

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S.: Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder, in: British Journal of Psychiatry 2007, 190, 97-104.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Bern, Hans Huber, 1991.

Gahm, G. A., Lucenko, B. E., Retzlaff, P. & Fukuda, S.: Relative impact of adverse events and screened symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among active duty soldiers seeking mental health care, in: Journal of Clinical Psychology 2007, 63(3), 199-211.

Klingler, O. J.: Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Soldaten und Soldatinnen – eine Untersuchung der empirischen Grundlagen, in: Zweites Österreichisches Symposium für Psychologie im Militär. Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie 4/2009, Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Wien 2009.

NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence): Post-traumatic stress disorder, National Clinical Practice Guideline, Number 26. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, London, Leicester 2005.

Peniston, E. G. & Kulkosky, P. J.: Alpha-theta brainwave neuro-feedback therapy for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder, in: Medical Psychotherapy 1991, 4, 47-60.

Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, Göttingen, Hogrefe, 2003.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K. et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women. A randomized controlled trial, in: Journal of the American Medical Association 2007, 297, 820-830.

Yarvis, J.: Subthreshold post traumatic stress disorder: A comparison of veterans with different levels of traumatic stress, Saarbücken, Verlag Dr. Müller, 2008.

11. Weitere Informationen

OR Dr. Oswald J. Klingler
Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement
Sanitätszentrum West
Köldererstraße 4
6020 Innsbruck

050201/6025475
oswald.klingler@chello.at