

Psychische Störungen bei Übersiedlern

I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung

S. Priebe, M. Bauer, S. Rohrbeck, I. Steinhart, C. Wildgrube

Psychiatric Disorders Among People Who Left East-Germany – I. History, Symptoms and Diagnostic Classification

155 people who had left East-Germany and sought psychiatric help within six weeks after their arrival in West Berlin, were examined. History, living situation and psychopathological symptoms were studied. The disorders were diagnosed according to ICD-9 and DSM-III-R.

85% of the patients reported that they had already suffered from similar complaints in East Germany. 50% stated they have had symptoms before they had made the decision to leave. On average, that decision had been taken 22 months before the actual leaving. Most often patients complained about sleep disturbance, nervousness, and headaches. According to ICD-9, 55% of the disorders were classified as reactive and 39% as neurotic or personality disorders. The most frequent diagnoses according to DSM-III-R were adjustment disorders (41%), major depression (21%), anxiety disorders (16%), and dysthymia (14%). Regardless of diagnosis most patients were found to have symptoms of anxiety and depression associated with vegetative complaints. There were no clear relationships between psychopathological symptoms and data of history or present living situation.

Zusammenfassung

155 Übersiedler aus der DDR, die innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Ankunft in West-Berlin eine Nervenarztpraxis aufsuchten, wurden bezüglich ihrer Vorgeschichte und der subjektiven und objektiven psychopathologischen Symptomatik untersucht. Die diagnostische Einordnung der Störungen erfolgte nach ICD-9 und DSM-III-R.

85% der Patienten berichteten, schon vor ihrer Übersiedlung psychische Beschwerden gehabt zu haben. 50% gaben an, die Beschwerden wären auch bereits vor der Entscheidung zur Übersiedlung aufgetreten, die dem tatsächlichen Verlassen der DDR um durchschnittlich 22 Monate vorausging. Als derzeitige Beschwerden wurden von den Patienten spontan vorwiegend Schlafstörungen, allgemeine Nervosität und Kopfschmerzen genannt. Nach ICD-9 wurden 55% der Störungen als reaktiv und 39% als neurotische oder Persönlichkeitsstörung eingeordnet. Entsprechend DSM-III-R wurden am häufigsten die Diagnosen einer Anpassungsstörung (41%), einer Major – Depression (21%), einer Angststörung (16%) und einer dysthymen Störung (14%) gestellt. Bei allen Diagnosegruppen wurde eine zumeist mit vegetativen Beschwerden verbundene ängstlich-depressive Symptomatik gefunden. Deutliche Zusammenhänge der psychopathologischen Symptomatik mit Merkmalen der Vorgeschichte oder der aktuellen Lebenssituation zeigten sich nicht.

Im Zusammenhang mit den politischen Veränderungen in Deutschland sind nach dem September 1989 jeden Monat mehr als 30000 Übersiedler aus der DDR in die Bundesrepublik und nach West-Berlin gekommen. Sogar in den Medien ist darüber diskutiert worden, ob sich bei diesen Menschen aufgrund von Adaptationsschwierigkeiten an die veränderten Lebensbedingungen besondere psychische Störungen entwickeln können. Diskutiert wird, ob es ein spezifisches „Übersiedlungssyndrom“ gibt, das schon bald nach der Ankunft im Westen psychiatrische Behandlung erforderlich macht, wobei jedoch der Begriff dieses Syndroms nicht genau definiert ist. In soziologisch ausgerichteten Studien sind allgemeine Integrationsprobleme und Reaktionsweisen von ehe-

maligen DDR-Bürgern untersucht worden (6, 7, 8). Empirische Arbeiten jedoch, in welchen psychiatrisch relevante Störungen bei Übersiedlern erfaßt und beschrieben wurden, sind kaum bekannt (3, 5).

In einer prospektiv angelegten Studie untersuchten wir ehemalige DDR-Bürger, bei denen sich bereits in den ersten Wochen nach der Übersiedlung psychische Störungen zeigten. In Nachuntersuchungen sollen dann auch der Verlauf der Störungen und mögliche Zusammenhänge dieser Verläufe mit den Lebensbedingungen und Einstellungen der Patienten erfaßt werden. Wir berichten an dieser Stelle über die Ergebnisse der anfänglichen Querschnittsuntersuchung. Es soll gezeigt werden, aufgrund welcher Symptome Übersiedler aus der DDR einen Psychiater aufsuchen, wie ihre psychischen Störungen diagnostisch einzuordnen sind und in

welchem zeitlichen Zusammenhang mit dem Verlassen der DDR bzw. der Ankunft im Westen sich diese entwickelt haben.

Methodik

Durchgeführt wurde unsere Untersuchung in einer speziellen West-Berliner Nervenarztpraxis*, die im Zentrum der Stadt gelegen ist. Diese Praxis besitzt einen außerordentlich hohen Bekanntheitsgrad unter Übersiedlern, so daß davon ausgegangen werden kann, daß sich die meisten ehemaligen DDR-Bürger, die nach West-Berlin kamen und glaubten, psychiatrischer Hilfe zu bedürfen, zunächst an diese Praxis wandten. In die Untersuchung aufgenommen werden sollten alle Patienten über 18 Jahre, die innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Übersiedlung in die Praxis kamen und eine psychische Störung mit aktuellem Krankheitswert aufwiesen. Der Untersuchungszeitraum begann am 13.11.1989 – also vier Tage nach Öffnung der Mauer – und dauerte bis zum 7.12.1989.

Alle Patienten wurden in der Praxis von einem Mitarbeiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie (bzw. der Abteilung für Klinische Psychiatrie) der Freien Universität Berlin untersucht. Das Vorliegen einer psychischen Störung wurde jeweils von zwei Psychiatern (einem der in der Praxis tätigen Ärzte und dem jeweiligen Untersucher) bestätigt. Eine diagnostische Einordnung nach ICD-9 und nach DSM-III-R (Achsen I, II und V) wurde von einem erfahrenen Forschungspsychiater vorgenommen (2, 4). Aufgrund von Vorerfahrungen über die bei der untersuchten Population zu erwartende Symptomatik wurden zur Fremdbeurteilung des psychopathologischen Befundes die Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) und die Hamilton-Angst-Skala (HAMA) verwendet. Zur Selbsteinschätzung wurden den Patienten die Depressivitäts-Skala (D-S), die die Zustandsangst betreffende Skalenform X1 des State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) und die Beschwerden-Liste (B-L) vorgelegt (1). Die berufliche Entwicklung, bisherige familiäre und partnerschaftliche Beziehungen und die psychiatrische und allgemein-medizinische Vorgeschichte wurden anhand eines teilstandardisierten Interviews erhoben, in dem auch Motive und Wege der Übersiedlung sowie die aktuellen Lebensbedingungen (Wohn- und Arbeitssituation, private Beziehungen) erfragt wurden.

Ergebnisse

Stichprobe

Von insgesamt 173 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, lehnten 18 eine Teilnahme an der Untersuchung ab. In die Studie aufgenommen wurden somit 155 Patienten mit einem Alter zwischen 18 und 60 Jahren ($\bar{x} = 30,9$; $s = 8,0$). 63% der Patienten waren Frauen, wohingegen der Anteil der Frauen an allen im entsprechenden Zeitraum nach West-Berlin gekommenen Übersiedlern nur 35% betrug. 70% hatten die 10. Schulklasse abgeschlossen, 12% besaßen eine darüber hinausgehende Schulbildung. Ohne abgeschlossene Berufsausbildung waren 11%, während 81% eine Lehre und 8% ein Studium absolviert hatten. 21% hatten vor ihrer Übersiedlung deutlich unter dem Niveau ihrer beruflichen Qualifikation gearbeitet, was in der Regel auf Benachteiligungen durch staatliche Organe nach der Stellung eines Ausreisearbeitsantrags zurückzuführen war. Das Durchschnittseinkommen vor der Übersiedlung betrug 965,- Mark der DDR. Die Entscheidung für das Verlassen der DDR fiel nach Angaben der Patienten zwischen wenigen Stunden und acht Jahren vor der tatsächlichen Übersiedlung. Im Durchschnitt betrug diese Zeit 22 Monate. Als häufigste Motive für die Übersiedlung wurden Reisefreiheit (89%), politische (77%) und familiäre

Gründe (57%), wirtschaftliche Überlegungen (52%) und berufliche Probleme (43%) genannt. 20% gaben an, die Initiative zur Übersiedlung sei eher von ihrem Partner als von ihnen selbst ausgegangen. 37% der Patienten waren gemeinsam mit ihrem Partner übergesiedelt, 9% hatten ihren Partner in der DDR gelassen. Bei 29% war der Partner bereits in West-Berlin. Ohne Partnerbeziehung waren zum Zeitpunkt der Übersiedlung 25%. 58% brachten ein oder mehrere Kinder mit. Zwischen der Ankunft in West-Berlin und dem Untersuchungszeitpunkt lagen durchschnittlich 17 Tage.

Psychiatrische Vorgeschichte

Nur 15% der Patienten gaben an, daß bei ihnen nach der Übersiedlung erstmals im Leben psychische Beschwerden aufgetreten seien. Die anderen 85% berichteten, auch schon zu irgendeinem früheren Zeitpunkt vor der Übersiedlung unter ähnlichen oder anderen psychischen Symptomen gelitten zu haben. 22% meinten, sie hätten zwar irgendwann früher im Laufe ihres Lebens Beschwerden gehabt, nicht aber unmittelbar vor der Übersiedlung. Bei den übrigen 63% hatte die Symptomatik nach eigenen Angaben auch schon unmittelbar vor dem Verlassen der DDR bestanden, bei 18% bereits länger als sechs Monate. Bezogen auf den Zeitpunkt der Entscheidung zur Übersiedlung, die dem tatsächlichen Wechsel in den Westen ja um bis zu acht Jahre vorausging, gab die Hälfte der Patienten an, sie hätten schon vorher Beschwerden gehabt, bei der anderen Hälfte haben sich diese erst im Zusammenhang mit dieser Entscheidung oder später entwickelt.

Symptomatik

Bei 21% der Patienten hatte die Symptomatik bereits in der DDR zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen geführt. Weitere 17% waren wegen ihrer psychischen Beschwerden von Allgemeinärzten behandelt worden. 30% berichteten, diese früheren Behandlungen seien wegen der gleichen Symptomatik erfolgt, die auch jetzt bestehe, 8% gaben an, damals hätten andere Symptome im Vordergrund gestanden. Bei 11% der Patienten fanden sich anamnestic Hinweise auf einen Medikamentenabusus, bei weiteren 15% auf einen Abusus oder eine Abhängigkeit von Alkohol.

Das entsprechend der Achse V des DSM-III-R (Global Assessment of Functioning Scale; GAF) bestimmte höchste Funktionsniveau im Jahr vor der Aussiedlung betrug im Durchschnitt 73,5, zum Zeitpunkt der Untersuchung 60,1 (Referenzbereich 0–90). Bei 12 Patienten war dieser GAF-Wert bei der Untersuchung unverändert im Vergleich zum höchsten Niveau im Jahr zuvor, bei 10 Patienten sogar günstiger. Diese Patienten berichteten, daß es ihnen nach der Übersiedlung besser gehe als vorher, aber doch nicht so gut, wie sie es erhofft hätten.

Welche Beschwerden von den Patienten spontan vorgebracht wurden ist in Tab. 1 aufgelistet. Dabei wurden nur solche Beschwerden berücksichtigt, die von zumindest 10% der Patienten angegeben wurden.

Am häufigsten wurden von den Patienten mit Schlafstörungen, allgemeiner Nervosität und Kopfschmerzen Beschwerden geäußert, die auch als psychovegetativ bezeichnet

* Der Praxis Dr. Löwe, Dr. Droll danken wir für die freundliche Unterstützung der Untersuchung.

Tab. 1 Spontan von den Patienten vorgebrachte Beschwerden (Nennungen \geq 10 Prozent)

Schlafstörungen	82%
allgemeine Nervosität	57%
Kopfschmerzen	47%
Traurigkeit	33%
Weinkrämpfe	30%
Aggressivität	27%
Schwitzen	25%
Erschöpfung	23%
Appetitlosigkeit	19%
Platzangst	18%
Zukunftsängste	17%
Gewichtsverlust	16%
Rückenschmerzen	16%
Zittern	15%
Magenbeschwerden	14%
Konzentrationsstörungen	14%
Herzrasen	14%
allgemeine Angst	10%

net werden können. In Ergänzung zum spontan vorgebrachten Beschwerdebild sind im folgenden die Symptome aufgeführt, welche in der B-L von zumindest 50% der Patienten als mäßig oder stark ausgeprägt angegeben wurden: innere Unruhe (94%), Grübeleien (90%), Reizbarkeit (90%), Müdigkeit (87%), Schlaflosigkeit (82%), Schwächegefühl (67%), starkes Schwitzen (62%), übermäßiges Schlafbedürfnis (61%), Kreuzschmerzen (58%), Überempfindlichkeit gegen Kälte (53%) sowie Schweregefühl in den Beinen und Zittern (jeweils 50%).

Diagnosen

Die nach ICD-9 und DSM-III-R gestellten psychiatrischen Hauptdiagnosen sind in Tab. 2 wiedergegeben.

Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Kriterien für die Diagnose einer psychogenen Reaktion nach ICD-9 und einer Anpassungsstörung nach DSM-III-R erhielten 56 Patienten (36%) beide Diagnosen. Zusätzlich zu den aufgeführten Hauptdiagnosen wurde nach ICD-9 bei 15 Patienten eine Zweitdiagnose gestellt. Vorwiegend wurde dabei eine den Magen-Darm-Trakt betreffende Funktionsstörung

psychischen Ursprungs (6 Patienten) und eine Mißbrauchsproblematik (5 Patienten) diagnostiziert. 22 Patienten erhielten zudem die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf der Achse II im DSM-III-R. Die häufigsten Störungen waren dabei eine histrionische und eine selbstunsichere Persönlichkeit (jeweils 6 Patienten).

Für die wesentlichen Diagnosegruppen nach ICD-9 und DSM-III-R sind die Mittelwerte der verwendeten Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen sowie das mittlere globale Funktionsniveau (GAF) zum Zeitpunkt der Untersuchung in Tab. 3 wiedergegeben.

Alle Gruppen zeigten eine zumindest gering bis mäßig ausgeprägte ängstlich-depressive Symptomatik. Deutliche und spezifische Unterschiede fanden sich kaum. So wiesen auch die Patienten, deren Erkrankung nach DSM-III-R als Angststörung diagnostiziert wurde, keine höheren Werte in den Angstskalen HAMA und STAI auf als etwa Patienten mit einer Major-Depression oder einer dysthymen Störung. HAMD und HAMA korrelierten recht hoch ($r = 0.77$), die Selbstbeurteilungsskalen etwas niedriger ($r = 0.48$ bis 0.68) miteinander. Die Korrelationen von Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen lagen zwischen 0.42 (HAMA bzw. HAMD und STAI) und 0.49 (HAMA und HB-L). Angesichts der zum Teil doch ausgeprägten psychopathologischen Symptome erschien das globale Funktionsniveau der Patienten recht hoch. Praktisch alle Patienten waren imstande, nach der Ankunft im Westen die zahlreichen notwendigen Behördengänge zu erledigen, auch wenn einige hierfür die Begleitung durch eine andere Person benötigten.

Bei einer diagnoseübergreifenden Betrachtung zeigen sich zwischen den von uns erhobenen Merkmalen der Vorgeschichte bzw. der jetzigen Lebenssituation einerseits und der Ausprägung der Symptomatik andererseits keine Zusammenhänge, welche in allen Skalen durchgehend mit statistischer Signifikanz deutlich geworden wären. Es findet sich lediglich eine Tendenz, daß die 39 Patienten (26%), die Verwandte ersten Grades in West-Berlin haben, günstigere Werte in den Beurteilungsskalen aufwiesen. Dieser Unterschied ist in allen Skalen gleichgerichtet, erreicht aber nur in der HAMD, der HAMA und der D-S das statistische Signifikanzniveau von 5%.

Tab. 2 Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen nach ICD-9 und DSM-III-R

ICD-9	n	DSM-III-R	n
Schizophrenie	1	Schizophrenie	1
endogene Depression	2	Major-Depression, Einzel Episode	25
Angstneurose	10	Major-Depression, rezidivierend	7
depressive Neurose	32	Angststörung	24
sonstige Neurose	12	dysthyme Störung	22
Persönlichkeitsstörung	6	somatoforme Störung	8
Tranquilizermißbrauch	1	primäre Insomnie	1
körperliche Funktionsstörung psychischen Ursprungs	4	Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung	4
kurzdauernde depressive Reaktion	3	Anpassungsstörung mit ängstlicher Gestimmtheit	13
länger dauernde depressive Reaktion	18	Anpassungsstörung mit gemischten emotionalen Merkmalen	36
Anpassungsstörung mit vorwiegend emotionaler Symptomatik	55	sonstige Anpassungsstörungen	10
sonstige Anpassungsstörungen	9	organisch bedingte Persönlichkeitsstörung	2
Persönlichkeitsveränderung nach Hirnschädigung	2	nicht näher bezeichnete depressive Störung	2

Tab. 3 Mittelwerte der verwendeten Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen einschließlich des aktuellen Funktionsniveaus für die Diagnosegruppen nach ICD-9 und DSM-III-R

	ICD-9			DSM-III-R					
	Neurosen/ Persönlich- keitsstör. n = 60	reaktive Störung n = 85	son- stige n = 10	Major- Depres. n = 32	Angst- störung n = 24	dysthyme Störung n = 22	somatof. Störung n = 8	Anpass- störung n = 63	son- stige n = 6
STAI-G	58.2	58.3	57.4	62.5	58.5	60.6	50.5	56.4	53.5
B-L	38.7	34.5	36.5	39.6	35.0	40.8	34.0	33.8	36.5
D-S	18.2	16.8	15.7	21.9	17.1	20.8	12.0	14.7	14.5
HAMD	14.8	13.6	12.9	18.4	12.9	14.9	11.3	12.3	12.3
HAMA	17.4	15.9	16.4	19.8	16.3	18.9	14.3	14.4	15.3
GAF	57.8	62.1	57.5	53.8	58.9	57.2	65.9	63.8	63.5

Diskussion

Bei 85% der Patienten waren bereits vor der Übersiedlung psychische Beschwerden aufgetreten, wengleich dies nur bei 38% zu einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung geführt hatte. Offen bleibt dabei allerdings, ob in der DDR die Schwelle, ein psychiatrisches Behandlungsangebot zu suchen und wahrzunehmen, vergleichbar ist mit der in der Bundesrepublik. Die im Zuge der Übersiedlung bei vielen Patienten verstärkte oder ausgelöste Symptomatik entspricht also meist einer bereits bekannten Reaktionsweise, was sich zum Teil auch in der diagnostischen Beurteilung widerspiegelt: 55% der Störungen wurden nach ICD-9 als psychogene Reaktion und 41% nach DSM-III-R als Anpassungsstörung beurteilt. Umgekehrt bedeutet dies, daß immerhin 45% bzw. 59% andere psychiatrische Diagnosen erhielten. Bei der Hälfte der Patienten haben sich die Störungen nach ihren Angaben erst nach der Entscheidung zur Übersiedlung entwickelt. Die Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die früher mit der Stellung eines Ausreiseartrages in der DDR verbunden waren, und die Unmöglichkeit, einen wesentlichen Entschluß der Lebensplanung unmittelbar zu realisieren, mögen dabei Belastungen gewesen sein, die Schlafstörungen, Depressivität und vegetative Beschwerden zur Folge hatten. Wenn man diese Phänomene als „Übersiedlungssyndrom“ definiert, so kann bei vielen Patienten das Vorliegen eines solchen Syndroms vermutet werden, das nach der erfolgreichen Durchführung der Übersiedlung zumindest vorerst und häufig sogar verstärkt fortbesteht. Versteht man unter einem „Übersiedlungssyndrom“ jedoch Störungen, die durch spezifische Anpassungsprobleme im Westen verursacht sind und bereits in den ersten Wochen nach der Übersiedlung auftreten, so kann eine solche Entwicklung nur bei wenigen der von uns untersuchten Patienten angenommen werden. Dieser Schluß sollte jedoch nicht dazu führen, die Belastungen, die die Übersiedlung unmittelbar für viele dieser Patienten mit sich gebracht hat, und das Ausmaß ihres Leidens zu unterschätzen.

Keine Aussagen erlaubt die vorliegende Untersuchung über die Häufigkeit der Störungen bezogen auf die Gesamtpopulation der Übersiedler, über den Einfluß von Selektionsfaktoren bereits in der DDR, die möglicherweise die Entscheidung zur Übersiedlung beeinflusst haben, und über sich langfristig nach der Übersiedlung entwickelnde Störungen. Über die subjektiven Sichtweisen der Patienten und den Verlauf der Störungen werden wir später berichten.

Literatur

- ¹ CIPS: Internationale Skalen der Psychiatrie. Beltz, Weinheim 1986
- ² DSM-III-R: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Beltz, Weinheim 1989
- ³ Friedrich, C.: Zur psychischen Situation von DDR-Zuwanderern. Deutschland Archiv 5 (1988) 526–533
- ⁴ ICD-9: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Springer, Berlin 1980
- ⁵ Katterbach, R.: Reale und neurotische Ängste bei Flüchtlingen und Umsiedlern aus der DDR. In: Rüger, U. (Hrsg.): Neurotische und reale Angst. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen (1984) 251–258
- ⁶ Pratsch, K., V. Ronge: So einer wartet nicht auf das Arbeitsamt. Die Integration der DDR-Übersiedler in die westdeutsche Gesellschaft. Deutschland Archiv 2 (1985) 158–169
- ⁷ Pratsch, K., V. Ronge: Ganz normale Bundesbürger? Zur Integration von DDR-Übersiedlern nach fünf Jahren im Westen. Deutschland Archiv 5 (1989) 904–912
- ⁸ Ronge, V.: Von drüben nach hüben. DDR-Bürger im Westen. Verlag 84 Hartmann + Petit, Wuppertal 1985

Dipl.-Psych. Dr. med. S. Priebe

Abteilung für Sozialpsychiatrie
Freie Universität Berlin
Platanenallee 19
D-1000 Berlin 19