

Enge Lebensbeziehungen und Verlauf psychischer Erkrankungen bei Übersiedlern

von St. Gunkel, St. Priebe und M. Bauer
Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Berichtet werden empirische Befunde zur Bedeutung enger Lebensbeziehungen für den Verlauf psychischer Erkrankungen bei 94 Übersiedlern, die im Zuge der Maueröffnung aus der damaligen DDR nach West Berlin umgezogen waren und unter psychiatrischen Erkrankungen litten. Die zumeist ängstlich-depressive und mit vegetativen Beschwerden einhergehende Symptomatik reduzierte sich über den Untersuchungszeitraum hinweg erheblich (Nachbefragungen nach 6 Monaten und 2 1/2 Jahren). Zwischen der Familiensituation und der Symptomausprägung ergaben sich mäßiggradige Zusammenhänge. Während die Existenz eines Beziehungspartners keinen einheitlichen Einfluß auf die Besserung hatte, korrelierten eine negative Veränderung der Paarbeziehung seit Übersiedlung, sowie vermehrte eheliche Streitigkeiten mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf. Das Zusammenleben mit Kindern war mit stärkeren Symptomen, insbesondere sechs Monate nach der Übersiedlung, verbunden und scheint, einen zusätzlichen Belastungsfaktor im letztlich erfolgreichen Anpassungsprozeß darzustellen.

In this study we investigated empirically the association between close relationships and the course of psychiatric disorders in 94 persons who moved from the GDR to West Berlin in 1989 and showed psychiatric disorders after their arrival. The patients mostly suffered from anxious and depressive symptoms accompanied by vegetative complaints. Symptoms were clearly reduced within the follow-up period (follow-up interviews after 6 months and 2 1/2 years). There were moderate correlations between family situation and the degree of symptoms. The mere existence of a partnership was not found to influence improvement. Negative change of partnership, and more quarreling was associated with a more unfavorable course of illness. Living with children was correlated with more symptoms – particularly six months after migration – and may be an additional stress factor for successful adaptation.

Einleitung

Die politischen und sozialen Veränderungen in den damaligen Ostblockstaaten führten im Jahre 1989 zur Lockerung der Grenzen zu den westeuropäischen Ländern und zu einer umfangreichen Migrationsbewegung aus der DDR in die Bundesrepublik Deutschland und nach West Berlin. Nachdem am 9. November 1989 die Mauer gefallen war, siedelten z.B. an einem Tag dieses Monats mehr als 10.000 Bürger aus der DDR nach West Berlin über.

Sicher waren die Motive derer, die nach der Grenzöffnung in den Westen kamen, unterschiedlich. So waren nicht alle Übersiedler in gleicher Weise staatlichen Repressionen ausgesetzt gewesen. Manche hatten aufgrund von Ausreisearbeit oder hatten aus politischen Gründen, z.B. wegen sog. Republikflucht, Haftstrafen verbüßt (Priebe, Rudolf, Bauer & Häring, 1993c). Oftmals spielten bei dem Entschluß, die DDR zu verlassen, auch ökonomische Überlegungen und Hoffnungen auf ein insge-

samt freieres Leben, insbesondere die Möglichkeit zu uneingeschränktem Reisen, eine Rolle.

Empirische Befunde weisen darauf hin, daß psychische Störungen, die sich nach der Übersiedlung zeigten, nicht allein durch die mit der Migration selbst verbundenen Schwierigkeiten bedingt waren, sondern oftmals auf Belastungen vor der Übersiedlung zurückgingen. Die Ergebnisse dieser Studien (Priebe, Rudolf, Bauer & Häring, 1993c; Bauer, Priebe, Häring & Adamczak, 1993) deuten an, daß sich gesundheitliche Beschwerden durch die Bedingungen der Übersiedlung und der Zeit danach vorübergehend häufig verstärkten und damit die Integration negativ beeinflussen konnten. Die festgestellten psychischen Folgeerscheinungen waren in der Mehrzahl depressive und ängstliche Symptome in Verbindung mit nervöser Unruhe bzw. vegetativen Beschwerden (vgl. Priebe, Bauer, Rohrbeck, Steinhart & Wildgrube, 1990; Priebe, Häring & Bauer, 1992; Peters, 1991; Gunkel & Priebe, 1992; Schwarzer, Hahn & Jerusalem, 1993).

Häufig kamen DDR-Bürger mit einem festen Beziehungspartner bzw. Kindern in den Westen. In Anbetracht von Arbeitslosigkeit oder Unterbringung in Massenquartieren konnte sich in vielen der übergesiedelten Familien die anfängliche Freude über die gewonnene Freiheit allerdings schnell trüben. In einer kurz nach Maueröffnung durchgeführten schriftlichen Befragung (Gunkel & Priebe, 1992) äußerten sich Übersiedler aber trotz ausgesprochen defizitärer sozialer Bedingungen insgesamt recht zufrieden mit der erreichten Integration und Lebenssituation. Offenbar überwog in den ersten Monaten nach Übersiedlung ein ungebrochener Optimismus in Verbindung mit einem

relativ geringen und wohl auch realistischen Anspruchsniveau.

Unter Bezugnahme auf die sog. „stress buffering“-Hypothese (Cobb, 1976; Caplan, 1974; Dean & Lin, 1977; Gore, 1984; Cohen & Wills, 1985) wird angenommen, daß konsistente und enge interpersonelle Beziehungen als Quelle sozialer Unterstützung fungieren und einen Schutz vor krisenbedingten psychischen Störungen, aber auch eine Hilfe bei deren Überwindung darstellen können. Stützende Sozialbeziehungen können das Auftreten psychischer Krisen, z.B. infolge von Migration, nicht gänzlich verhindern; zu vermuten ist jedoch, daß familiäre Beziehungen die pathogene Wirkung von Stress vermindern und eine befriedigende Anpassung unter externer Belastung fördern können.

Empirisch bestätigt ist einerseits der positive Zusammenhang zwischen verfügbarem „social support“ und reduziertem Erkrankungsrisiko durch zahlreiche Arbeiten (Hirsch, 1980; Surtees, 1980; Kadushin, Boulanger & Martin, 1981; Lieberman, 1982; Flaherty, Gaviglia, Black, Altman & Mitchell, 1983; Hendin & Haas-Pollinger, 1984; Keane, Scott, Chavoya, Lamparski & Fairbank, 1985; Murphy, 1988; Solomon, Mikulin & Waysman, 1991), wobei allerdings nur selten Migranten untersucht wurden (Flaherty, Kohn, Golgin, Gaviglia & Birz, 1986). Weitere Studien zeigen, daß im Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Störungen infolge externer Belastungen die Existenz einer Partnerbeziehung ein protektiver Faktor sein kann (Lin, Simeone, Ensel & Kuo, 1979; Card, 1987; Madakasira & O'Brien, 1987; Brown, Bhrolchain & Harris, 1975).

Andererseits konnte in Studien zum „expressed emotions“-Konzept (EE), welche den Verlauf schwerer psychi-

scher Erkrankungen, vor allem schizophrener Psychosen, im Zusammenhang mit dem Verhalten naher Angehöriger untersucht, gezeigt werden, daß von engen familiären Beziehungen auch negative Einflüsse ausgehen können (Vaughn & Leff; 1976; Koenigsberg & Handley, 1986).

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer umfangreichen Längsschnittstudie, in die Personen einbezogen wurden, die Ende 1989 aus der DDR nach West Berlin gekommen waren und dort wegen psychischer Probleme ärztlich behandelt wurden (Priebe, Bauer, Rohrbeck, Steinhart & Wildgrube, 1990; Priebe, Bauer, Rohrbeck & Wildgrube, 1993a,b), und befaßt sich mit der Frage, welchen Einfluß enge familiäre Lebensbeziehungen – d.h. das Zusammenleben mit Kindern bzw. einem Partner – auf den Verlauf psychischer Erkrankungen nach der Übersiedlung aus der DDR hatten. Dabei sollte die Annahme geprüft werden, daß sich psychische Störungen bei Übersiedlern, die mit Kindern herüberkamen bzw. nach der Ankunft konsistent mit einem Partner lebten, stärker reduzierten als bei Patienten, die ohne die „holding environment“ einer Familie bzw. Partnerschaft lebten. Insbesondere wollten wir klären, ob eine negative Veränderung der Partnerschaft nach der Migration mit einem ungünstigeren Verlauf der psychopathologischen Symptomatik verbunden ist.

Methode

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt von der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin. Untersucht wurden Personen, die unmittelbar vor oder kurz nach dem 9. November 1989 aus der DDR nach West Berlin übersiedelt waren und

sich binnen sechs Wochen in einer ausgewählten West Berliner Nervenarztpraxis in psychiatrische Behandlung begeben hatten. Einbezogen wurden Patienten über 18 Jahre, die nach Einschätzung von zwei Psychiatern eine psychiatrische Störung aufwiesen, wobei lediglich Patienten mit einer schizophrenen oder bipolaren Psychose sowie mit einer primär organischen bzw. Suchterkrankung ausgeschlossen wurden. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig und mit keinerlei Vorteilen für die Teilnehmer verbunden.

Sämtliche Interviews wurden von einem Forschungspsychiater durchgeführt, der in keiner Weise in die Behandlung involviert war. Die Erstbefragung erfolgte direkt nach dem Erstkontakt, die beiden Follow-up Interviews nach sechs Monaten bzw. zweieinhalb Jahren.

Erfaßt wurden in einem semi-strukturierten Gespräch die Vorgeschichte und die gegenwärtige Lebenssituation. Psychopathologische Symptome wurden mittels verschiedener psychiatrischer Skalen beurteilt, u.a. der Hamilton Depressions Skala (HAMD) und der Hamilton Angst Skala (HAMA) (CIPS, 1977). Die diagnostische Klassifikation erfolgte auf der Basis des DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Patienten, die bei der ersten Nachbefragung mit einem Partner lebten, beurteilten die Qualität dieser Beziehung mittels eines Partnerschaftsfragebogens (PFB; Hahlweg, Schindler, Revensdorf & Bregelmann, 1984). Wir stützten uns bei der Auswertung des PFBs auf die beiden Subskalen „Streitverhalten“ (10 Items, z.B. Konflikte, Kritisieren, Beschuldigen) und „Gemeinsamkeiten/Kommunikation“ (10 Items, z.B. offene Aussprachen, Erfahrungsaustausch, gemeinsame Pläne) sowie auf das globale Zufriedenheits-Item

„Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?“. Im Rahmen der beiden Nachbefragungen wurde auch nach qualitativen Veränderungen der Beziehung mit dem (Ehe-) Partner seit der Übersiedlung gefragt.

Ergebnisse

Untersuchungssample und Vorgeschichte

Ausgewertet wurden in der Studie Ergebnisse von 94 Personen (56 Frauen, 38 Männer), deren Alter zwischen 19 und 60 Jahren schwankte ($M = 30,6$; $s = 7,7$). 11% hatten einen Universitätsabschluß erreicht, 80% verfügten über eine andere Ausbildung und 9% hatten keine bzw. noch keine schulische Qualifikation.

Die Entscheidung zum Verlassen der DDR hatten die Patienten zwischen einigen Tagen und 12 Jahren ($M = 22$ Monate, $s = 20,8$) vor der tatsächlichen Übersiedlung getroffen. 18% der befragten Patienten hatten in der DDR aus politischen Gründen Haftstrafen verbüßt. Die Haftdauer variierte zwischen vier und 160 Monaten und betrug im Durchschnitt 34,7 Monate ($s = 38,5$). Ebenfalls 18% berichteten, aufgrund staatlicher Repressionen in ihrer beruflichen Tätigkeit herabgestuft worden zu sein.

Der überwiegende Teil (80%) gab an, daß die nach der Migration festgestellten gesundheitlichen Beschwerden bereits in der DDR aufgetreten waren. Bei 68% dieser Patienten bestanden die Symptome auch unmittelbar vor der Übersiedlung und bei 17% durchgängig seit mindestens sechs Monaten.

In der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Interview, bei dem sechs Monate später alle 94 Patienten erneut befragt wurden, hatten 86% zwischenzeitlich mindestens einen weiteren Kontakt zu einem niedergelassenen Psychia-

ter gehabt. 44% berichteten in der ersten Nachbefragung, über eine angemessene Wohnung zu verfügen, und 40% waren mit ihrer beruflichen Situation zufrieden.

Die 50 Patienten (30 Frauen, 20 Männer), die 2 1/2 Jahre nach der Übersiedlung nochmals befragt werden konnten, unterschieden sich hinsichtlich der beim ersten Interview erfaßten klinischen und soziodemographischen Variablen nicht signifikant von den 44 Patienten, die nicht mehr erreicht oder nicht zur erneuten Teilnahme gewonnen werden konnten. Im Zeitraum zwischen den beiden Nachbefragungen konsultierten lediglich zwei Patienten einen Nervenarzt, und ein Patient war für sechs Wochen in einer psychiatrischen Klinik gewesen. Nach 2 1/2 Jahren gaben jeweils 87% an, eine zufriedenstellende Wohnung bzw. adäquate Beschäftigung zu haben.

Symptomatik

Tabelle 1 zeigt, daß sich die Häufigkeiten der zu den drei Untersuchungsterminen spontan genannten Beschwerden kontinuierlich und deutlich reduzierten. Auch die Summenwerte der psychiatrischen Skalen zeigten eine statistisch signifikante Verbesserung zwischen der Erstbefragung und der Follow-up Untersuchung nach zweieinhalb Jahren.

Klinisch-diagnostisch betrachtet dominierten Syndrome mit depressiven und ängstlichen Symptomen sowie vegetativen Beschwerden. Im einzelnen ergaben sich gemäß DSM-III-R folgende Diagnosen (17 Patienten erhielten zwei Diagnosen): Anpassungsstörungen ($n = 41$), Major Depression ($n = 16$), andere depressive Erkrankungen ($n = 13$), posttraumatische Belastungsstörung (PTSD; $n = 13$), andere Angsterkrankungen und

Tabelle 1: Häufigkeiten von Beschwerden, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung bzw. bei den beiden Nachbefragungen von den Patienten spontan berichtet wurden

	Erst- befragung (N = 94) %	Follow-up (6 Monate) (N = 94) %	Follow-up (2 1/2 Jahre) (N = 50) %	Signifikanz- niveau P
				(McNemar χ^2 -Test)
Schlafstörungen	81	21	12	< .001*
Nervosität	55	30	6	< .001
Kopfschmerzen	53	27	12	< .001
Traurigkeit	32	27	12	< .10
wiederholtes Weinen	31	0	0	< .001
Schwitzen	29	11	6	< .001
Aggressivität	27	5	0	< .001
Erschöpfung	26	6	0	< .001
Herzklopfen	21	7	2	< .001
				(t-Test)
HAMD	13,4 ± 4,9	7,6 ± 6,7	2,7 ± 4,0	< .001 (t = 12,86)
HAMA	15,9 ± 5,7	9,8 ± 7,5	3,4 ± 4,4	< .001 (t = 14,69)

*) Vergleich von Erstbefragung und zweiter Nachbefragung nach 2 1/2 Jahren (jeweils zweiseitiger Test, n = 50)

Phobien (n = 16), somatoforme Störungen (n = 7), andere Erkrankungen (n = 5).

Partnerschaft

Während der ersten sechs Monate nach der Übersiedlung lebten 67% der Patienten durchgehend mit dem gleichen Partner, während 26% in dieser Periode keinen festen Partner hatten. Bei den restlichen sieben Patienten waren insofern Änderungen eingetreten, als sechs Patienten, die zum Zeitpunkt der ersten Befragung partnerlos waren, zwischenzeitlich in einer Partnerschaft lebten und ein Patient sich von seinem damaligen Partner getrennt hatte.

Zur Beantwortung der Frage, ob sich Patienten mit bzw. ohne kontinuierlich bestehende Partnerschaft hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptoma-

tik signifikant unterscheiden, wurden 63 Patienten, die nach sechs Monaten angaben, durchgehend mit einem Partner gelebt zu haben, mit 24 Patienten verglichen, die seit der Übersiedlung allein lebten. Die verbleibenden sieben Fälle mit wechselnden Partnerschaften blieben für diese Analyse ausgeschlossen. Als Kriteriumsvariablen fungierten die beiden klinischen Skalen zur Erfassung der manifesten psychopathologischen Symptomatik und der Anteil derjenigen Patienten, die spontan über noch bestehende Symptome berichteten. Eine entsprechende Gegenüberstellung für die zweite Nachbefragung entfiel aus methodischen Gründen: nach 2 1/2 Jahren lebten zwar 35 von 50 Patienten durchgehend mit dem gleichen Partner wie bei der Ankunft in Berlin zusammen, aber nur drei Übersiedler blieben

durchgehend allein, während sich bei 12 Personen die Beziehungssituation zwischenzeitlich geändert hatte.

Der statistische Vergleich ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilgruppen. Offenbar hatte das Bestehen einer engen Paarbeziehung keinen eindeutigen uniformen Einfluß auf den Rückgang der psychopathologischen Symptome im ersten halben Jahr nach der Migration.

Qualität und Veränderung der Partnerschaft

Alle Patienten, die zum Zeitpunkt der ersten Nachbefragung eine feste Partnerschaft hatten (n = 60), beurteilten die Qualität ihrer Partnerschaft mittels PFB. Die Skalenwerte des PFB zeigten geringe, wenn auch zum Teil statistisch signifikante Korrelationen mit der fremdeingeschätzten psychopathologischen Symptomatik (bis maximal $r = .36$, $p < .01$)¹ und deren Verlauf (bis maximal $r = .31$, $p < .05$)². Patienten, die ihre Partnerschaft positiver einschätzten, d.h. weniger Streit und mehr Zufriedenheit bzw. Gemeinsamkeiten feststellten, hatten zu allen Zeitpunkten eine etwas weniger ausgeprägte Symptomatik und wiesen auch im Verlauf eine etwas stärkere Reduktion der Symptome (v.a.

¹ Dieser Koeffizient ergab sich zwischen Ausprägungen auf der Skala „Streitverhalten“ des Partnerschaftsfragebogens (PFB) und den globalen Angstwerten (HAMA) im ersten follow-up nach sechs Monaten (einseitiger Test; n = 59).

² Ein entsprechend enger Zusammenhang wurde ermittelt zwischen Werten auf der PFB-Skala „Gemeinsamkeiten/Kommunikation“ und den zwischen Erstkontakt und 2 1/2-Jahres-Nachbefragung eingetretenen Besserungen manifester Ängstlichkeit (HAMA; einseitiger Test mit n = 33).

Angst) auf, wobei die oben genannten Zusammenhänge, wenn man die Korrelationskoeffizienten für die Teilgruppe der Frauen betrachtet, mit $r = .42$ ($p < .01$, $n = 37$) bzw. $r = .45$ ($p < .05$, $n = 19$) sogar noch stärker waren.

Ein deutlicherer Zusammenhang zeigte sich zwischen der Qualität der Partnerschaft und dem Ausmaß psychopathologischer Symptome, wenn als Kriterium die Antwort auf die in beiden Nachuntersuchungen gestellte Frage nach Änderungen in der Beziehung herangezogen wurde. 38% derjenigen, die innerhalb der ersten sechs Monate mit dem gleichen Partner gelebt hatten bzw. 43% der Patienten, die noch nach 2 1/2 Jahren den gleichen Partner hatten, berichteten in einer oder in beiden Nachbefragungen über eine negative Veränderung ihrer Beziehung. Der Anteil derjenigen, die eine negative Entwicklung schilderten, war unter Patienten mit (38%) und ohne Kinder (41%) nahezu gleich.

Die Tabelle 2 zeigt, daß Patienten, die über eine Verschlechterung ihrer Partnerschaft berichteten, zu allen Meßzeitpunkten mehr psychische Beeinträchtigungen aufwiesen als jene Übersiedler, in deren Partnerschaften keine zusätzlichen Probleme aufgetaucht waren. Bezogen auf den zeitlichen Verlauf ist zu erkennen, daß sich im ersten halben Jahr alle drei psychopathologischen Indikatorvariablen bei den Personen ohne nennenswerte Partnerschaftsprobleme deutlicher reduzierten als bei den Patienten mit einer Verschlechterung der Partnerschaft. Nach Einschätzungen des Psychiaters waren Patienten der erstgenannten Teilgruppe zum Zeitpunkt der zweiten Nachbefragung nahezu symptomfrei. Lediglich bei einem Viertel von ihnen war nach 2 1/2 Jahren noch mindestens ein Symptom vorhanden, während

Tabelle 2: Vergleich von Patienten, die in ihrer Partnerschaft eine negative Veränderung feststellten, mit Patienten ohne eine solche Veränderung: Mittelwerte der Hamilton Depressions Skala (HAMD) und der Hamilton Angst Skala (HAMA) sowie Häufigkeit von Patienten, welche spontan über aktuelle Beschwerden berichteten

		Patienten mit einer negativen Veränderung der Partnerschaft	Patienten ohne negative Veränderung der Partnerschaft	Signifikanzniveau P (t- bzw. χ^2 -Test)
Erstbefragung	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 24)	(N = 38)	
	HAMD	100%	100%	NS
	HAMA	15,2 ± 4,2 17,4 ± 6,1	12,2 ± 5,0 14,8 ± 6,1	< .05 (t = 2,54)** < .10 (t = 1,67)
Follow-up nach 6 Monaten	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 24)	(N = 38)	
	HAMD	92%	58%	< .01 ($\chi^2 = 8,14$)
	HAMA	11,4 ± 7,2 13,5 ± 8,3	4,9 ± 5,9 6,9 ± 6,9	< .001 (t = 3,71) < .01 (t = 3,27)
Follow-up nach 2 1/2 Jahren	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 15)	(N = 19)	
	HAMD	63%	25%	< .05 ($\chi^2 = 5,14$)
	HAMA	4,5 ± 5,1 5,7 ± 5,7	1,1 ± 1,9 1,5 ± 2,3	< .05 (t = 2,53) < .05 (t = 2,80)

⁺) Patienten, die mindestens ein aktuelles Symptom nannten

^{**) alle Vergleiche erfolgten zweiseitig}

dies bei 63% der Patienten mit aufgetretenen Partnerschaftsproblemen der Fall war.

Zusammenleben mit Kindern

54% der untersuchten 94 Patienten lebten mit einem oder mehreren Kindern zusammen. Dabei handelte es sich um 63% jener Patienten, die zum Zeitpunkt der ersten Befragung einen Partner hatten und 35% derer, die zu diesem Zeitpunkt ohne Partner waren.

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte der beiden klinischen Ratingskalen und den unter Symptomen leidenden Personenanteil für Patienten mit bzw. ohne Kinder im

zeitlichen Verlauf. Während zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung zwischen den beiden Teilgruppen keine signifikanten Unterschiede in den psychopathologischen Symptomen bestanden, gaben sechs Monate später Patienten mit Kindern deutlich häufiger als kinderlose Patienten an, unter Symptomen zu leiden und wiesen auch signifikant höhere Werte auf den beiden klinischen Skalen auf. Nach 2 1/2 Jahren allerdings waren diese Unterschiede nicht mehr so deutlich vorhanden. Die Tatsache, daß Patienten mit Kindern – wie geschildert – einen ungünstigeren Verlauf zeigten, war unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Partnerschaft bestand oder nicht.

Tabelle 3: Vergleich von Patienten mit und ohne Kinder: Mittelwerte der Hamilton Depressions Skala (HAMD) und der Hamilton Angst Skala (HAMA) sowie Häufigkeit von Patienten, welche spontan über aktuelle Beschwerden berichteten

		Patienten mit Kindern	Patienten ohne Kinder	Signifikanzniveau P (t- bzw. χ^2 -Test)
Erstbefragung	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 51)	(N = 43)	
	HAMD	100%	100%	NS
	HAMA	13,9 ± 5,3 16,5 ± 6,3	12,8 ± 4,3 15,1 ± 4,7	NS NS
Follow-up nach 6 Monaten	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 51)	(N = 43)	
	HAMD	84%	67%	= .05 ($\chi^2 = 3,7$)**
	HAMA	9,3 ± 7,1 11,5 ± 8,2	5,6 ± 5,5 7,8 ± 6,2	< .01 (t = 2,79) < .05 (t = 2,53)
Follow-up nach 2 1/2 Jahren	Anteil von Patienten mit Beschwerden ⁺	(N = 28)	(N = 22)	
	HAMD	43%	41%	NS
	HAMA	3,2 ± 4,6 3,2 ± 4,4	2,1 ± 3,0 3,6 ± 4,5	NS NS

⁺) Patienten, die mindestens ein aktuelles Symptom nannten

^{**) alle Vergleiche erfolgten zweiseitig}

Diskussion

Die im Zusammenhang mit der Übersiedlung aufgetretenen psychischen Erkrankungen mit zum Teil ausgeprägten ängstlichen und depressiven Symptomen besserten sich in der hier untersuchten Patientengruppe im Verlaufe des ersten halben Jahres deutlich und waren nach zweieinhalb Jahren nahezu vollständig verschwunden. Am Ende des Untersuchungszeitraums bestanden hinsichtlich des gesundheitlichen Wohlbefindens kaum Unterschiede zur Normalbevölkerung. Zu dieser Besserung kam es, ohne daß die Patien-

ten durch gezielte medizinische oder soziale Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt worden wären.

Das Untersuchungssample war hinsichtlich der formalen psychiatrischen Diagnose sowie verschiedener soziodemographischer Variablen heterogen. Ausgesprochen homogen hingegen war die untersuchte Stichprobe bezüglich vielfältiger Ausgangs- und Lebensbedingungen im Verlaufe der ersten Monate nach der Übersiedlung bzw. auch bzgl. der Bedingungen des Wohnortwechsels selbst. Denn alle Patienten waren aus einer ähnlichen Herkunftssituation unter gleichen historischen Bedin-

gungen nach West Berlin umgezogen; alle wechselten in identischer Weise unmittelbar von einem Gesellschaftssystem in ein anderes und erlebten im Nachuntersuchungszeitraum dieselbe Umbruchssituation in Deutschland.

Patienten mit Kindern wiesen sechs Monate nach der Übersiedlung noch deutlich mehr Symptome auf als kinderlose Patienten. Viele hatten sich von der Übersiedlung einen Start in ein freieres Leben erhofft. Möglicherweise haben viele, die mit Kindern kamen, recht bald feststellen müssen, daß das Elterndasein auch im Westen mit zahlreichen Alltagsproblemen und Verpflichtungen verbunden ist. Dies mag zuweilen eine enttäuschende und eine bereits vorhandene z.B. depressive Symptomatik verstärkende Erfahrung gewesen sein. Hinzu kamen objektive Schwierigkeiten. So gab es in West Berlin wenig Kindergartenplätze, und auch die Wohnungssuche gestaltete sich für Personen mit Kindern besonders kompliziert.

Da sich innerhalb von zweieinhalb Jahren psychopathologische Symptome bei Übersiedlern mit und ohne Kinder in ähnlichem Ausmaß reduzierten, ist anzunehmen, daß Personen mit Kindern letztlich – wie allen anderen auch – eine befriedigende Anpassung an die westlichen Gegebenheiten gelang.

Patienten mit und ohne Partner differierten nicht signifikant hinsichtlich der Ausprägung psychopathologischer Symptome unmittelbar nach der Übersiedlung oder sechs Monate später. Während die Existenz einer engen Partnerschaft in der Summe keinen maßgeblichen Einfluß auf die Besserung psychischer Störungen nach Migration zu haben scheint und positive, bzw. negative Effekte sich offenbar ausgleichen, deuten die Befunde darauf hin, daß die Qualität der Partnerschaft doch von Einfluß ist.

Zwar erwiesen sich die gefundenen Zusammenhänge zwischen Kommunikationsverhalten und aktueller psychopathologischer Symptomatik im Ausmaß als gering; doch konnte gezeigt werden, daß Patienten, die im PFB ihre Partnerschaft insgesamt glücklicher beurteilten bzw. weniger Streit feststellten, gleichzeitig auch weniger stark unter psychischen Symptomen litten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Befunden von Noda, Noda und Clark (1990) bei japanischen Einwanderinnen in Kanada. Der einzige Faktor, der dort einen Zusammenhang zum Grad der Anpassung aufwies, war die Qualität der Kommunikation mit dem Partner. Im Rahmen der PTSD-Forschung wurden ebenfalls negative Korrelationen zwischen der Qualität sozialer Unterstützung und der Prävalenz (Frye & Stockton, 1982) bzw. dem Schweregrad posttraumatischer Belastungsstörungen (Escobar, Randolph, Puente, Spiwak, Asamen, Hill & Hough, 1983) gefunden. Unsere Befunde stehen insofern im Einklang mit der EE-Forschung, als die für die Bestimmung der „expressed emotions“ wesentlichen kritischen Bemerkungen auf der Konstruktebene der Skala Streitverhalten aus dem PFB entsprechen.

Ein deutlicherer Zusammenhang zwischen der Qualität der Partnerschaft und den psychopathologischen Symptomen wurde gefunden, wenn einfache – dichotom erhobene – Einschätzungen der Patienten über negative Veränderungen der Partnerschaft mit Ausprägungen klinischer Skalen betrachtet wurden.

Obwohl nicht analysiert wurde, was im Einzelfall als negative Veränderung betrachtet wurde und welche Faktoren als Ursache für Verschlechterungen der Beziehung angesehen wurden, zeigen die Befunde, daß eine gleichbleibend

stabile Partnerschaft mit einer kontinuierlichen Abnahme belastungsbedingter psychischer Beschwerden korreliert, während eine verminderte Abnahme von Symptomen mit Störungen in der Partnerbeziehung verbunden ist. Die Richtung der Beeinflussung ist vermutlich wechselseitig, d.h. daß persistierende psychische Beschwerden sich negativ auf die partnerschaftliche Beziehung auswirken und daß umgekehrt eine negative Beziehungsveränderung einen ungünstigen Faktor für den Erkrankungsverlauf darstellt.

Einerseits darf angenommen werden, daß die stützende Funktion einer engen Partnerbeziehung durch interpersonelle Konflikte und wechselseitige Kritik innerhalb der Partnerschaft gemindert wird. Eine dadurch hervorgerufene mehrfache Belastung kann den Integrationsprozeß stören, d.h. eine erfolgreiche Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten erschweren und eine rasche Besserung aufgetretener Symptome verhindern bzw. das Entstehen von Beschwerden begünstigen.

Andererseits können die im Zusammenhang mit der Übersiedlung verstärkt aufgetretenen psychopathologischen Symptome für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung dargestellt haben. Dies mag dazu geführt haben, daß partnerschaftliche Spannungen entstanden bzw. innerfamiliäre Konflikte verschärft wurden, was schließlich eine negative Veränderung der Partnerschaft bewirkte.

Ob die Partnerschaften nun im Einzelfall bereits vor der Übersiedlung in der DDR unzufriedenstellend gewesen waren oder nicht, ist post hoc nicht zu beantworten. Denkbar ist, daß manche Paarbeziehungen als dyadische Bündnisgemeinschaft eine Hilfe darstellten, um einem externen Druck in der DDR

zu widerstehen oder sogar um gemeinsam das Ziel der Übersiedlung leichter realisieren zu können. Der plötzliche Wegfall dieser gemeinsamen Aufgabe nach der Migration könnte eine Verunsicherung erzeugt haben, wenn die Partner nicht in der Lage waren, sich innerhalb der Partnerschaft neu zu orientieren.

Für die Interpretation der Befunde einschränkend sei darauf hingewiesen, daß Unzufriedenheitsurteile psychiatrischer Patienten mit disparaten Aspekten in deutlichem Zusammenhang stehen mit dem Ausmaß augenblicklicher psychopathologischer Symptomatik (Levois, Nguyen & Attkinsson, 1981; Lebow, 1983; Gruyters & Priebe, 1992; Simpson, Hyde & Faragher, 1989). Insofern könnten die hier berichteten Sichtweisen der Patienten über die Qualität ihrer Partnerschaft bzw. über Veränderungen der Beziehung zumindest teilweise durch die aktuelle psychische Verfassung bedingt gewesen sein. In diesem Falle wären Zufriedenheitseinschätzungen und psychopathologische Symptome Epiphänomene ein und desselben kognitiven Prozesses.

Für die Forschung über soziale Unterstützung und den Langzeitverlauf von psychischen Erkrankungen nach Migration lassen sich aus der Arbeit einige Schlußfolgerungen ziehen. Kinder können, unabhängig davon, ob die Eltern partnerschaftliche Probleme haben, einen zusätzlichen Belastungsfaktor nach Migration darstellen. Die Qualität einer Partnerbeziehung ist offenbar für Ausprägung und Verlauf psychischer Störungen nach Migration von größerer Bedeutung als ihre bloße Existenz. Zudem können qualitative Veränderungen der Partnerschaft als prognostisch relevante Einflußgröße über eine simple globale Frage valide erfaßt wer-

den. Abschließend ist zu bedenken, daß die vorliegende Studie in einer historisch einmaligen Situation durchgeführt wurde und die Generalisierbarkeit der Befunde daher fraglich bleibt.

LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association, APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third revised edition (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA.
- Bauer, M., Priebe, S., Häring, B. & Adamczak, K. (1993). Long-term mental sequelae of political imprisonment in East Germany. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 257-262.
- Brown, G. W., Bhrolchain, M. N. & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Caplan, J. (1974). *Social support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Card, J. J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 6-17.
- CIPS, Collegium Internationale Psychiatricum Scalarum (1977). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Berlin: CIPS.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Dean, A. & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support: Problems and prospect for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.
- Escobar, J. I., Randolph, E. T., Puente, G., Spiwak, F., Asamen, J. K., Hill, M. & Hough, R. L. (1983). Post-traumatic stress disorder in Hispanic Vietnam veterans: Clinical phenomenology and sociocultural characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 585-596.
- Flaherty, J. A., Kohn, R., Golgin, A., Gaviria, M. & Birz, S. (1986). Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to the United States. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 149-158.
- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., Black, E. M., Altman, E. & Mitchell, T. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 473-476.
- Frye, J. S. & Stockton, R. A. (1982). Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Viet Nam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139, 52-56.
- Gore, S. (1984). Stress-buffering functions of social support: A appraisal and clarification of research models. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Editors), *Stressful life events and their contexts* (pp. 202-222). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1992). Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 60, 140-145.
- Gunkel, S. & Priebe, S. (1992). Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42, 414-423.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revensdorf, D. & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich marital therapy study. In K. Hahlweg & N. Jacobson (Editors), *Marital interaction* (pp. 3-26). New York: Guilford.
- Hendin, H. & Haas-Pollinger, A. (1984). *Wounds of war: The psychological aftermath of combat in Vietnam*. New York: Basic Books.
- Hirsch, B. J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8, 159-172.
- Kadushin, C., Boulanger, G. & Martin, J. (1981). *Legacies of Vietnam. Volume 4: Long-term stress reactions – some causes, consequences and naturally occurring support systems*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Keane, T. M., Scott, W. O., Chavoya, G. A., Lamparski, D. M. & Fairbank, J. A. (1985). Social support in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder: A comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 95-102.
- Koenigsberg, H. W. & Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1361-1373.
- Lebow, J. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6, 211-236.
- Levois, M., Nguyen, T. & Attkinsson, C. (1981). Artifact in satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4, 139-150.
- Lieberman, M. A. (1982). The effects of social support on response to stress. In L. Goldberger (Editor), *Handbook of stress*. New York: Free Press.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful events and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Madakasira, S. & O'Brien, K. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.
- Murphy, S. A. (1988). Mediating effects of intrapersonal and social support on mental health 1 and 3 years after a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 1, 155-172.
- Noda, F., Noda, M. & Clark, C. (1990). Family factors affecting adjustment in Japanese immigrant housewives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 689-692.
- Peters, U. H. (1991). Über das Stasi-Verfolgten-Syndrom. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 59, 251-265.
- Priebe, S., Bauer, M., Rohrbeck, S., Steinhart, I. & Wildgrube, C. (1990). Psychische Störungen bei Übersiedlern. I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung. *Psychiatrische Praxis*, 17, 180-183.
- Priebe, S., Bauer, M., Rohrbeck, S. & Wildgrube, C. (1993a). Psychische Störungen bei Übersiedlern. II. Verlauf über sechs Monate und Sichtweisen der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 20, 30-34.
- Priebe, S., Bauer, M., Rohrbeck, S. & Wildgrube, C. (1993b). Psychische Störungen bei Übersiedlern. III. Nachuntersuchung nach zweieinhalb Jahren. *Psychiatrische Praxis*, 20, 35-36.
- Priebe, S., Häring, B. & Bauer, M. (1992). Response syndrome to political stress: Symptoms and therapeutic approach within emergency situations. In J. B. van Luyn, C. A. T. Rijnders, H. H. P. Vergouwen & A. Wunderink (Editors), *Emergency psychiatry today* (pp. 143-145). Amsterdam: Elsevier.
- Priebe, S., Rudolf, H., Bauer, M. & Häring, B. (1993c). Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 61, 55-61.
- Schwarzer, R., Hahn, A. & Jerusalem, M. (1993). Negative affect in East German migrants: Longitudinal effects of unemployment and social support. *Anxiety Stress and Coping*, 6, 57-69.
- Simpson, C. J., Hyde, C. E. & Faragher, E. B. (1989). The chronically mentally ill in community facilities: A study of quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 154, 77-82.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Waysman, M. (1991). Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: The role of life events and social resources. *Journal of Community Psychology*, 19, 231-236.
- Surtees, P. G. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry*, 15, 71-80.
- Vaughn, C. E. & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Korrespondenzanschrift:
Dipl.-Psych. S. Gunkel
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der
Landeshauptstadt Hannover
(Nervenlinik Langenhagen)
Rohdehof 3
D-30853 Langenhagen