

**S. Priebe, Doris Denis**

Abteilung für Sozialpsychiatrie,  
Freie Universität Berlin  
(Komm. Leiter: Prof. Dr. S. Priebe)

# Leiden bis heute – über die psychischen Folgen politischer Verfolgung in der DDR

## Politische Verfolgung in der DDR

Zahlreiche empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß politische Verfolgung, Inhaftierung und Repressalien bei den Betroffenen zu psychischen Folgestörungen führen können, die zum Teil mehrere Jahrzehnte oder das gesamte verbleibende Leben lang anhalten (9, 15, 17-19, 34). In Deutschland am bekanntesten sind wahrscheinlich die Arbeiten über psychische Erkrankungen bei Überlebenden der Konzentrationslager des Dritten Reiches (2, 23, 25). Die wissenschaftlich besten Untersuchungen sind über ehemals Inhaftierte von Lagern in Kambodscha publiziert worden (7, 12, 20, 24).

Auch in der jüngeren deutschen Vergangenheit waren Menschen politischer Haft und Repressalien ausgesetzt (14). Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Justiz waren zwischen 1945 und 1989 über 300000 Menschen aus politischen Gründen in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und der späteren DDR inhaftiert (10). Folgt man den Definitionen der Konvention der Vereinten Nationen gegen Folter aus dem Jahr 1984 (37), so entsprachen die Haftbedingungen und die Methoden, die bei Verhören eingesetzt wurden, sicherlich den Kriterien psychologischer Folter, zumindest in den Anfangsjahren häufig auch denen physischer Folter (26). Das Ausmaß der Belastung und Bedrohung war jedoch in der Regel geringer als bei den Überlebenden der Konzentrationslager im Dritten Reich oder den Lagerinsassen in Kambodscha.

### Schlüsselwörter

Politische Verfolgung, posttraumatische Belastungsstörung, Folgen traumatischen Erlebens, Langzeitverlauf

### Zusammenfassung

Ca. 300 000 Menschen wurden in der SBZ bzw. in der DDR zwischen 1945 und 1989 aus politischen Gründen inhaftiert. Die Haftbedingungen variierten und entsprachen zum Teil den Kriterien psychologischer, anfangs auch physischer Folter. In empirischen Studien wurden vor allem depressive und Angststörungen sowie somatoforme Störungen als Folgeerkrankungen nach Inhaftierung und anderen Repressalien diagnostiziert. Unterschiedliche Probleme, die gegenwärtig die Behandlung und Begutachtung der Betroffenen erschweren, werden abschließend dargestellt.

### Keywords

Political persecution, posttraumatic stress disorder, sequelae of trauma, long-term course

### Summary

Approx. 300,000 people were imprisoned for political reasons in the Soviet Occupation Zone or in the German Democratic Republic between 1945 and 1989. Features of imprisonment varied and included means of psychological torture, in the beginning physical torture too. In empirical studies, mainly depressive, anxiety, and somatoform disorders were diagnosed as sequelae of imprisonment and other political repression. Treatment and assessment of the patients is currently impaired by several problems which are finally presented.

Im folgenden soll bei der Darstellung der Haftbedingungen in der SBZ/DDR zwischen drei Phasen unterschieden werden. Dabei ist unbedingt darauf hinzuweisen, daß eine solche verkürzte Darstellung notwendigerweise pauschalisiert und nicht den tatsächlichen Unterschieden gerecht werden kann, die zwischen und sogar innerhalb einzelner Haftanstalten bestanden.

**1945-1953:** Zwischen 1945 und 1949 wurden politisch Inhaftierte in Speziallagern der Sowjetischen Besatzungszone interniert. Schlaf- und Essensentzug, tages- und nächtelange

Dauerverhöre, Einzelhaft, Steh- und Wasserkarzer und physische Mißhandlungen waren während der Untersuchungshaft die Regel. Die überbelegten Zellen oder Baracken, in denen die Lagerhäftlinge untergebracht wurden, waren verwahrlost, voller Ungeziefer und nur spärlich, wenn überhaupt, beheizt. Einige Gefangene wurden jahrelang isoliert. Neben der unzulänglichen Unterbringung zehrte die mangelhafte Verpflegung, die den Kalorienbedarf eines erwachsenen Menschen nicht annähernd deckte, an der Gesundheit der Inhaftierten. Erkrankungen wurden

gar nicht oder nur unzureichend medizinisch behandelt. Gelegentlich kam es zu Vergewaltigungen – keineswegs nur weiblicher Inhaftierter – durch die Aufseher. Bis 1949 verstarb etwa ein Drittel der Häftlinge unter diesen extremen Bedingungen. In den ersten Jahren nach der Gründung der DDR 1949 änderten sich die Haftbedingungen nur geringfügig.

**1954-1971:** Auch nach dem Juni-Aufstand 1953 blieben die Häftlinge weiterhin bis zu Beginn der siebziger Jahre äußerst belastenden Lebensbedingungen ausgesetzt. Dauerverhöre, Schlafentzug und lang andauernde Einzelhaft wurden eingesetzt, um Geständnisse zu erpressen. In den Verhören wechselten oft ein freundlicher und ein bedrohlicher Vernehmer, um den Inhaftierten zu verunsichern. Physische Mißhandlungen waren jedoch eher selten. Todesfälle als direkte Folge von Unterernährung und schlechten Hygienebedingungen gab es keine mehr. Viele ehemaligen Häftlinge litten jedoch aufgrund der unzureichenden Ernährung an Mangelkrankungen oder erkrankten infolge der harten Arbeitsbedingungen während der Haft.

**1972-1989:** Die Bedingungen in den Haftanstalten verbesserten sich wesentlich mit den Bemühungen der DDR-Staatsführung um internationale diplomatische Anerkennung zu Beginn der siebziger Jahren. Dennoch waren die Haftumstände auch in den siebziger und achtziger Jahren äußerst restriktiv und für die Inhaftierten sehr belastend. Die Methoden zur Einschüchterung der Inhaftierten waren weniger massiv, dafür subtiler. Politische Inhaftierung zwischen 1972 und 1989 ging mit einem hohen Maß an Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit einher. In den Verhören, die in der Regel nachts und wochenlang stattfanden, wurden die Häftlinge gezielt desinformiert und getäuscht. Es wurden ihnen Prügel, psychiatrische Behandlung, der Entzug von Besuchs- und Schreiberlaubnis, die unbefristete Verlängerung der Untersuchungshaft oder die Benachteiligung von Angehörigen angedroht. Die Häftlinge wurden mit Nummern angeredet, die der Lage ihrer Pritschen in den Zellen entsprachen. Nachts wurde das Licht in regelmäßigen Abständen an- und ausgeschaltet und dabei die vorgeschriebe-

ne Schlafposition (auf dem Rücken liegend mit unbedecktem, nach oben gerichtetem Gesicht) überprüft. Häufig mußte völlig unerwartet die Zelle oder sogar das Gefängnis gewechselt werden. Die Häftlinge blieben im ungewissen darüber, welche Schikanen sie noch erwarteten und was mit ihren Angehörigen passierte. Zensur von Briefen und Kontaktsperre machten es unmöglich, Angaben der Verhörer zu überprüfen und verlässliche Informationen über das Schicksal von Familienangehörigen und Freunden zu erhalten.

In mehreren empirischen Studien haben wir an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin psychische Auswirkungen politischer Verfolgung in der DDR untersucht (3, 5, 6, 13, 27-30, 33). Im folgenden werden die Ergebnisse von drei Studien vorgestellt, bei denen Menschen, die in der DDR inhaftiert waren, und Personen, die nach dem Stellen eines Ausreiseantrages politischen Repressalien ausgesetzt waren, untersucht wurden. Da die Ergebnisse dieser Studien im Detail an anderer Stelle publiziert wurden, beschränken wir uns hier auf einige wesentliche Befunde.

## Empirische Studien

### Psychische Störungen nach politischer Haft zwischen 1945 und 1972

In einer explorativen Studie (13) wurden ehemalige Häftlinge untersucht, die zwischen 1945 und 1971 aus politischen Gründen für im Mittel sechs Jahre (mindestens sechs Monate) inhaftiert waren und wie oben beschrieben nur minimale Verpflegung bekamen und psychische und häufig auch physische Folter erleiden mußten. Die 19 Frauen und 35 Männer, die befragt wurden, waren zwischen 48 und 75 Jahre alt. Ihre Haftentlassung lag im Durchschnitt 37 Jahre zurück.

Tabelle 1 zeigt, welche Beschwerden von mindestens 50% der Untersuchungsteilnehmer auf einer vorgegebenen Liste (38) mit mäßig oder stark ausgeprägt angegeben wurden. Depressive Symptome wie Grübeln, Traurigkeit, Erschöpfbarkeit, Müdigkeit und Energielosigkeit und Beschwerden wie

## Verschreibungsinformationen

**Risperdal® Lösung 1 mg/ml; Risperdal® 1 mg/2 mg/3 mg/4 mg**  
Verschreibungspflichtig

**Wirkstoff:** Risperidon. **Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält 1 mg Risperidon. 1 Filmtablette Risperdal® 1 mg/2 mg/3 mg/4 mg enthält 1 mg, 2 mg, 3 mg bzw. 4 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: Lösung: Benzoesäure, Weinsäure, Natriumhydroxid, gereinigtes Wasser. Risperdal® 1 mg/2 mg/3 mg/4 mg: Lactose, Maisstärke, Magnesiumstearat, Natrium-dodecylsulfat, Propylenglykol, Methylhydroxypropylcellulose, mikrokristalline Cellulose, hochdisperses Siliciumdioxid; Risperdal® 2 mg zusätzlich: Talkum, Farbstoffe (E 110, E 171); Risperdal® 3 mg zusätzlich: Talkum, Farbstoffe (E 104, E 171); Risperdal® 4 mg zusätzlich: Talkum, Farbstoffe (E 104, E 132, E 171). **Anwendungsgebiete:** Chronische schizophrene Psychosen einschl. Exazerbationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. Wirkst. o. sonst. Bestandt.; bestehende, nicht durch Arzneim. bed. Hyperprolaktinämie; Kinder u. Jugendliche. Nur unter bes. Vorsicht bei: Leber- und Niereninsuff.; vorbest. M. Parkinsonsche Erkrankung; anam. bek. Epilepsie; Prolaktin-abh. Tumore, z. B. Prolaktinome der Hypophyse; möglicherw. Prolaktin-abh. Tumore, z. B. epithel. Mamma-Tumore; schwere Herz-Kreisl.-Erkr.; pathol. Blutbildveränd.; bei Schwangersch: sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung. Nicht stillen. **Nebenwirkungen:** Häufig: Schlaflos., Agitat., Angstzust. Kopfschm. Seltener: Somnolenz, Schwäche, Benommenheit, Konz.-stör., Obstipat., Dyspepsie, Übelkeit/Erbr., Bauchschm., Sehstg., Priapismus, erek. Dysfunkt., Ejak.-stör., Störg d. Orgasm., Harninkont., Rhinitis, Hautausschlag u. and. allerg. Reaktionen. Gelegentl. niedriger RR mit Schwindel und beschleunigtem Herzschlag (z. T. reflekt. Tachyk.), bes. beim Wechs. v. Liegen z. Stehen, o. Hypertonie insbes. b. höh. Dos. am Therapieanfang. Daher bei bek. kardiovask. Erkrank. nur mit Vors. anwenden, langsame, vorsicht. Dosissteigerung besonders wichtig. Geleg. extrapyramidale Sympt. (EPS): Tremor, Rigidität, Hypersaliv., Bradykin., Akathisie, akute Dystonie. I.d.R. gering ausgepr. u. bei Dosisvermind. u./o. Behandl. mit Antiparkinsonmittel reversibel. Arzneimittel mit dopaminrez.-antag. Eigensch. werden mit Indukt. von tard. Dyskin. (rhythm., unwillkürf. Beweg. vorzugsweise Zunge u/o Gesicht) in Verbindung gebracht. EPS sind Risikofaktor für Entwickl. von in Einzelf. unter Risperidon beobachteten tard. Dysk. Bei Zeichen u. Sympt. der tard. Dysk. absetzen aller antipsychot. Arzneimittel erwägen. Einzelf. von mal. neurolept. Synd. mit Fieber, Muskelrigid., autonom Instabil., Bewußtseinsströb., erhöhte CPK-Werten. Außerd. in sehr selt. Einzelf. Hypothermie. Bei Auftreten d. gen. Sympt. alle Antipsychot. inkl. Risperdal® absetzen. Intensivmed. Maßn. erford. Dantrolen (3-10 mg/kg KG/Tag per inf.) in Komb. m. Bromocriptin (7.5-30 mg/die oral) in der Behandl. wirksam. Da das mal. neurolept. Synd. nicht selten als Katatonie fehlidiagnostiz. wird u. Neuroleptika-Gabe in diesem Fall lebensbedrohli. sein kann, ist die Diff.-diagn. entscheidend. Gewichtszunahme, Ödeme, Anstieg der Leberwerte beobachtet. Dosisabhängig erhöhte Prolaktinpiegel mit Galaktorrhoe, Gynäkomastie, Menstr.-stör. bis Amenorrhoe. Untersuch. an Gewebekulturen spr. dafür, daß Prolaktin das Wachstum von Zellen menschl. Brusttumoren stimulieren kann. Obwohl ein deutl. Zus.-hang zw. Neurol.-Gabe u. Brustkrebs in klin. o. epidem. Stud. nicht demonst. wurde, ist b. entspr. Vorgesch. Vorsicht angeraten. In Einzelf. Stör. des Wasserhaushaltes durch übermäß. Flüss.-aufn. o. Syndr. d. inapropriaten Sekret. von antidiuret. Hormon (SIADH). Einzelf. von Reg.-störg. der Körpertemp., Krampfanfall. Vereinzelt folg. Verdachtsfälle berichtet: Pruritus, Exanthem, Photosensitiv., Muskelschw., Panikreakt., mäßige Leukopenie u/o leichter Abf. Thromboz. Hinweis für Verkehrsteilnehmer: Risperdal® kann auch bei bestimmungsgem. Gebr. Reaktionsverm. so weit veränd., daß Fähigk. z. akt. Teiln. am Straßenverk., Bedienen von Masch. od. Arb. o. sich. Halt beeintr. ist. Dies gilt verstärkt zusammen mit Alkohol. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Risiko e. gleichz. Einnahme mit and. Arzneim. nicht systemat. unters. insbes. zw. mögl. Interakt. mit and. Arzneim., die das seroton. System beeinfl. o. mit Lithium nichts bek. (Bei Komb. and. Neurol. mit Lithium schwere neurotox. Symptome beob.) Wechselw. m. allen zentral wirks. Subst. mögl. Daher bei Begleitmed. Vorsicht geboten. Komb. m. Dopamin-Agon. (z. B. Levodopa) kann deren Wirk. vermind. Komb. m. Carbamazepin vermind. Plasmaspiegel d. akt. antipsychot. Frakt. von Risperdal®, wodurch Dosiserhöhd. notw. werden kann. Gleichart. Eff. auch b. Komb. m. and. Subst. mögl., die zu Enzymindukt. führen. Nach Absetzen dieser Subst. bzw. von Carbamazepin Dosis von Risperdal® erneut anpassen, d.h. senken. Bei gleichz. Einnahme von Risperdal® u. Phenothiazinen, trizykl. Antidepr. u. einigen Beta-Blockern sind durch gleichz. Angriff am Cytochrom P 450 erhöhte Risperidon-Plasmakonz. mögl., doch wird die antipsychot. wirks. Frakt. nicht klin. relev. veränd. Additive Wirk. m. Antihypertensiva mögl. Bei Einnahme mit and. hochgrad. Plasmaeiweiß-bind. Wirkst. keine klin. relev. Verdr. von Plasmaeiweißen. **Stand der Information:** 09/97.

JANSSEN-CILAG GmbH, 41457 Neuss



**Tab. 1** Beschwerden, die in der BL von mindestens 50% der ehemaligen politischen Häftlinge als mäßig oder stark ausgeprägt angegeben wurden (Studie 1)

	%
Reizbarkeit	72
Grübeleien	70
allgemeine Nervosität	69
Unruhe	69
Gelenkschmerzen	67
Gespanntheit	65
Kreuzschmerzen	61
Traurigkeit	59
Angstgefühl	59
Erschöpfbarkeit	57
Müdigkeit	57
Schlaflosigkeit	50
Energielosigkeit	50

Reizbarkeit, allgemeine Nervosität, Gespanntheit und Schlaflosigkeit, die als Ausdruck einer erhöhten Erregung interpretiert werden können, wurden vorrangig genannt.

29 Befragte wiesen keine psychiatrischen Erkrankungen auf. Bei 25 Personen wurden psychische Störungen mit Krankheitswert, vorrangig Angststörungen (N = 41) und depressive Erkrankungen (N = 21), diagnostiziert. 21 der erkrankten Untersuchungsteilnehmer berichteten, daß die Symptomatik sich während der Haft oder innerhalb des ersten Jahres nach der Haft entwickelt habe.

Ein Großteil der ehemaligen Häftlinge zeigte typische Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung, auch wenn nur ein Patient das Vollbild dieser Störung aufwies.

Nur wenige Merkmale korrelierten signifikant mit dem aktuellen Beschwerdegrad bzw. dem Vorhandensein einer psychischen Erkrankung. Diejenigen Untersuchungsteilnehmer, die sich nach der Haft beruflich weiterentwickeln konnten, gaben signifikant geringere Beschwerden an und litten weniger oft an einer psychischen Erkrankung. Darüber hinaus nennen ehemalige Inhaftierte tendenziell weniger Beschwerden, wenn sie neben den negativen auch von positiven Einflüssen der Hafterfahrung auf ihr weiteres Leben berichteten. Diese Untersuchungsteilnehmer beschrieben die Haftzeit auch als »Schule des Lebens« und verbanden damit Reifung und Lebenserfahrung. Rückblickend werteten sie auch die

Freundschaft und Solidarität unter den Häftlingen und die Veränderung eigener Werte durch die Haft als positive Erfahrungen für ihr weiteres Leben.

Die Zusammenhänge von besserer beruflicher Integration und von positiven Bewertungen der Hafterlebnisse mit geringeren aktuellen Beschwerden weisen vermutlich auf jeweils wechselseitige Kausalitäten hin: Wer weniger Beschwerden hat, kann beruflich erfolgreicher sein und ist möglicherweise auch eher bereit, den Hafterlebnissen positive Aspekte zuzuerkennen. Umgekehrt können sowohl eine gute berufliche Integration als auch eine kognitive Flexibilität, wie sie die Schilderung auch positiver Folgen der Haft anzeigt, zu einer besseren Bewältigung der posttraumatischen Symptomatik beitragen.

Direkt danach befragt, was ihnen geholfen habe, die Hafterfahrungen zu bewältigen, gaben 48% an, daß die Unterstützung durch den Partner, Verwandte und Freunde für die Verarbeitung der Hafterlebnisse hilfreich gewesen sei. 43% der Befragten sagten, daß ihnen nichts geholfen habe, die Hafterfahrungen zu bewältigen.

### Psychische Störungen nach politischer Haft zwischen 1972 und 1989

In einer weiteren Studie (33) wurden Personen untersucht, die während der oben beschriebenen dritten Phase politischer Justiz inhaftiert waren. Einschlußkriterium für die Teilnahme an dieser Untersuchung war, daß die ehemaligen Häftlinge an andauernden psychischen Störungen litten, die von einem Forschungspsychiater nach entsprechender Untersuchung auf die Haft zurückgeführt wurden. Die 16 Frauen und 39 Männer mit einem Alter zwischen 20 und 62 Jahren, die die Einschlußkriterien erfüllten, waren im Mittel 20 Monate inhaftiert gewesen (6 Wochen bis 12 Jahre).

Die Untersuchungsteilnehmer wurden danach gefragt, was sie am meisten während der Haftzeit belastet hat. An erster Stelle nannten sie die unterschiedlichen diskriminierenden und schikanösen Aspekte der konkreten Haftbedingungen. Neben diesen objektiven Schikanen waren vor allem die Ungewißheit über das weitere Schicksal

**Tab. 2** Diagnosen nach DSM-III-R (Studie 2)

	N
posttraumatische Belastungsstörung	12
n. n. bezeichnete Angststörung	6
generalisierte Angststörung	4
Panikstörung	4
Phobie	3
dysthyme Störung	15
n. n. bezeichnete depressive Störung	5
major depression	4
somatoforme Störung	11
Depersonalisationsstörung	1
atypische Psychose	1
Zwangsstörung	1
Alkoholmißbrauch	5
pathologisches Spielen	1

und die Unvorhersagbarkeit der weiteren Ereignisse äußerst belastend. Viele Betroffene berichteten, daß sie sogar eine längere Haftstrafe und noch härtere Bedingungen ertragen hätten, wenn sie nur gewußt hätten, was genau auf sie zugekommen wäre und auf was sie sich hätten einstellen müssen.

Etwa zwei Drittel der Befragten gaben an, vor der Haft keine psychischen Beschwerden gehabt zu haben. Andere Häftlinge berichteten, daß die Haft zu einer Verschlechterung von bereits vorhandenen psychischen Beschwerden geführt hatte. Diese Beschwerden, meist depressive Verstimmungen und allgemeine Ängste, waren in der Regel im Zusammenhang mit der Haft vorausgehenden politischen Repressalien wie Bespitzelungen und Bedrohungen aufgetreten. Andere Beschwerden wie Mißtrauen, Alpträume, Gereiztheit, Kontaktschwierigkeiten, Aggressivität und somatische Beschwerden wie z. B. Magenbeschwerden entwickelten sich auch bei diesen Patienten erst während der Haft oder in den ersten Monaten danach.

Bei der diagnostischen Einordnung der psychischen Störungen wurden insgesamt 16 verschiedene Diagnosen gestellt, wobei depressive Erkrankungen (N = 24), die posttraumatische Belastungsstörung (N = 12) und andere Angsterkrankungen (N = 17) überwogen. Tabelle 2 weist die diagnostizierten psychischen Störungen aus. Das Ausmaß der fremdeingeschätzten Sympto-

matik war zum Teil erheblich und entsprach im Mittel einer Symptomausprägung, wie sie auch bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten mit Depressionen und Angsterkrankungen gefunden wird.

Auffällig war, daß rund ein Viertel der Betroffenen selbst keinen oder nur einen geringen Zusammenhang zwischen den Hafterlebnissen und ihren jetzigen Beschwerden sah, obwohl dieser Zusammenhang für die Untersucher offensichtlich war. Diese Personen berichteten durchaus über die Belastungen in der Haft und räumten auch ein, daß es ihnen derzeit schlecht ginge – z. B. daß sie nachts regelmäßig schweißgebadet und von Alpträumen geplagt aufwachten –, meinten aber, diese beiden Dinge hätten nichts oder kaum etwas miteinander zu tun.

Auf die Frage, was den Untersuchungsteilnehmern geholfen habe, die belastenden Erlebnisse und Erinnerungen zu bewältigen, wurden an erster Stelle Gespräche mit dem Partner oder der Familie bzw. mit Freunden und Bekannten (24%), aber auch der Austausch mit ehemaligen Mithäftlingen (13%) und professionelle Hilfe (13%) genannt. 20% der Patienten erklärten explizit, daß ihnen nichts geholfen habe. Nur 6 Patienten nannten psychiatrische oder psychologische Behandlung als hilfreich, obwohl fast alle Betroffenen zu irgendeiner Zeit entsprechende Kontakte gehabt hatten.

Ein Fünftel der Befragten berichtete – trotz aller negativen Aspekte – auch in dieser Untersuchung von positiven Veränderungen in ihrem Leben durch die Hafterfahrungen. Sie fühlten sich allgemein reifer und selbstbewußter und gaben an, nach der Haftentlassung ein bewußteres Leben als vorher zu führen oder positive Dinge seither intensiver genießen zu können. So meinte ein Patient, daß er sich nie wieder über schlechtes Essen beklagen, über gutes aber immer dankbar freuen werde.

## Psychische Störungen nach anderen politischen Repressalien

Der o. g. Befund, daß nicht nur massive Schikanen, sondern vor allem Unsicherheit und Ungewißheit über das

Kommende als belastend erlebt wurden, war Anlaß für eine weitere Studie (30), in der wir gezielt Personen untersuchten, die solcher Ungewißheit ausgesetzt waren, ohne für längere Zeit inhaftiert gewesen zu sein. Diese Situation entstand für viele Menschen nach Stellung eines Ausreiseantrages. Von 1972 an konnten Ausreisearträge legal gestellt werden, waren aber mit unvorhersehbaren Folgen verbunden. Einige Antragsteller erhielten nach einer mehr oder minder langen Wartezeit die Ausreisegenehmigung, ohne in der Zwischenzeit erhebliche Nachteile erlitten zu haben. Bei anderen kam es zu Verhören, auch von Verwandten und Freunden, zu Bespitzelungen am Arbeitsplatz und in der Familie mit Kontrolle der Briefpost und Abhören des Telefons, zu unangekündigten Besuchen von Stasi-Mitarbeitern, zur Kündigung bzw. erzwungenem Stellenwechsel mit Verbot, weiter den erlernten Beruf auszuüben, sowie zur Verweigerung von Schul- und Ausbildungsplätzen für die Kinder bzw. sogar zur Androhung, Kinder zwangsweise in einem Heim unterzubringen. Die Entscheidungswege waren willkürlich und kaum berechenbar.

Wir untersuchten 20 Frauen und 20 Männer, die früher in der DDR einen Ausreiseartrag gestellt hatten, aber nicht inhaftiert waren und nun – im Schnitt mehr als 6 Jahre danach – immer noch unter andauernden psychischen Störungen leiden. Auch in dieser Studie war ein Einschlußkriterium, daß die jetzigen Beschwerden vom untersuchenden Psychiater auf die erlebten Belastungen zurückgeführt wurden.

Bei 85% der Patienten entwickelten sich psychische Beschwerden kurz vor bzw. während der Antragstellung, bei 15% unmittelbar nach der Belastung. Mehr als ein Drittel hatte deshalb bereits in der DDR Kontakt zu einem Allgemeinarzt oder Psychiater. Nach der Übersiedlung begaben sich alle Patienten in ambulante nervenärztliche Behandlung, der größte Teil davon schon in den ersten vier Wochen.

Sowohl bei den spontan berichteten als auch bei den auf einer vorgegebenen Liste (38) angegebenen aktuellen Beschwerden standen unspezifische Symptome im Vordergrund, von denen einige, wie innere Unruhe, Schlafstörungen,

Reizbarkeit und starkes Schwitzen, als Ausdruck einer erhöhten Erregung aufgefaßt werden können.

Die psychischen Störungen der Patienten wurden in erster Linie als depressive Erkrankungen (N = 24), posttraumatische Belastungsstörungen (N = 12), somatoforme Störungen (N = 11) und andere Angsterkrankungen (N = 8) klassifiziert. Insgesamt ähneln die Beschwerden und Diagnosen denen der ehemaligen politisch Inhaftierten mit andauernden Folgestörungen. Häufigkeit und Ausprägung der Symptome sind jedoch geringer.

Auch in dieser Untersuchung fiel auf, daß ein Teil der Patienten – hier sogar 45% – kaum einen Zusammenhang zwischen ihren jetzigen Beschwerden und den früheren Repressalien erkennen konnten, obwohl die Forschungspsychiater einen solchen festgestellt hatten.

Nach Ende der Repressalien haben auch diesen Untersuchungsteilnehmern vor allem Gespräche mit Familienangehörigen und Freunden (54%) geholfen, mit den belastenden Erfahrungen umzugehen. 23% erlebten nichts als hilfreich für die Bewältigung.

## Resümee

In den drei vorgestellten Studien wurden Personen untersucht, die in der DDR aus politischen Gründen Opfer staatlicher Repression waren. Diese Erfahrungen führten bei den Untersuchungsteilnehmern zu unterschiedlichen, meist chronifizierten psychiatrischen Störungen, insbesondere zu depressiven und somatoformen Erkrankungen sowie zu Angststörungen. Diese Variation der Diagnosen entspricht jedoch nicht ganz dem klinischen Eindruck der Untersucher. Häufig ergab sich der Eindruck eines durchaus typischen, wenn auch nicht spezifischen Syndroms, das sich in den Diagnosesystemen ICD und DSM aber nicht befriedigend klassifizieren ließ.

Die posttraumatische Belastungsstörung wurde nicht vorrangig diagnostiziert, auch wenn einzelne Symptome dieser Erkrankung nahezu regelhaft nachzuweisen waren. Offensichtlich ist das PTSD-Konzept nicht hinreichend, um Folgeerkrankungen politischer Verfolgung zu erfassen, und es scheint ab-

sehbar, daß in diesem Bereich eine Differenzierung oder erhebliche Modifikation des Konzepts erforderlich wird.

Die diagnostisch heterogen eingestuften Erkrankungen variieren auch in ihrem Verlauf erheblich, wobei sowohl längere Latenzzeiten als auch Chronifizierungen häufig sind. Insgesamt ähneln und entsprechen die Befunde unserer Untersuchungen weitgehend denen von Untersuchungen bei anderen Gruppen politisch Verfolgter (1, 15, 17, 19, 24, 32, 36).

Darauf hinzuweisen ist, daß wir bei unseren Studien Patienten mit psychotischen Störungen, mit primären Abhängigkeitserkrankungen und mit Psychosomatosen im engeren Sinne nicht in die Untersuchungen aufgenommen hatten. Es ist nicht auszuschließen, daß solche Erkrankungen zumindest im Einzelfall ebenfalls als Folge politischer Verfolgung auftreten können; eine systematische empirische Forschung, die entsprechende Zusammenhänge belegt hätte, gibt es bisher jedoch nicht. Beschrieben wurde, daß Menschen mit posttraumatischen Störungen vermehrt Suizide begehen oder Unfälle erleiden, wobei noch offen bleibt, inwieweit diese Ereignisse durch psychische Folgeerkrankungen wie die in unseren Studien beschriebenen vermittelt sind.

Zwischen 20 und 43% der von uns befragten Opfer staatlicher Repressionen gaben an, daß ihnen nichts geholfen habe, die Erfahrungen zu bewältigen. Nannten die Untersuchungsteilnehmer hilfreiche Aspekte, so waren es in erster Linie Gespräche mit Familienangehörigen und Freunden. Aber auch beruflicher Erfolg scheint mit weniger psychischen Beschwerden und Erkrankungen einherzugehen. Viele Befragte verbanden mit den Erfahrungen politischer Verfolgung auch positive Einflüsse auf ihr Leben.

Keine der geschilderten Studien – und auch keine andere der in Deutschland bisher zu diesem Thema durchgeführten Studien – erlaubt irgendeine repräsentative Aussage über die relative Häufigkeit der beschriebenen Störungen oder Einflußfaktoren für deren Verlauf. Die Chance, unmittelbar nach Ende der DDR eine solche Studie zumindest zu beginnen und damit die Problematik der psychischen Folgeerkrankungen politischer Verfolgung in

Deutschland auf hohem wissenschaftlichen Niveau zu erschließen, ist somit leider zum Teil vertan worden. Dies scheint um so bedauerlicher, als auch nach dem Ende des Dritten Reiches die wissenschaftliche Anerkennung und systematische Aufarbeitung der psychischen Folgeerkrankungen der Überlebenden der Konzentrationslager in Deutschland viel später als in anderen Ländern begann und nun ein ähnliches Versäumnis wiederholt wurde.

## Probleme der Behandlung und Begutachtung

Menschen, die politische Verfolgung erfahren haben und unter Beschwerden leiden, begeben sich häufig nicht in therapeutische Behandlung. Die Vermeidung von allem, was an die Erlebnisse erinnern könnte, ein typisches Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung, und ein genereller sozialer Rückzug, verhindern häufig, daß professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Bei Menschen, die politischen Repressalien in der DDR ausgesetzt waren, kann die Konsultation eines Arztes zusätzlich dadurch erschwert sein, daß auch einige Ärzte als informelle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit in der DDR gearbeitet haben. Auch wenn es sich dabei schätzungsweise um weniger als 3% der Ärzteschaft handelt, reicht allein die Tatsache der Bespitzelung durch diese Mediziner und der Bruch der Schweigepflicht aus, um ein grundlegendes Vertrauen in die Beziehung zu Ärzten zu erschüttern (35). Viele ehemalige Häftlinge sprechen aber auch aus Scham nicht über ihre Haft Erfahrungen, unter anderem weil sie befürchten, daß ihre Zuhörer nicht zwischen kriminellen und politischen Häftlingen in der DDR unterscheiden.

Begeben sich Opfer politischer Repression mit psychischen Störungen in Behandlung, garantiert dies nicht, daß sie dort über ihre Erfahrungen sprechen. Das erwähnte Vermeidungsverhalten oder die Scham über das Erlebte verhindern häufig, daß die traumatischen Erlebnisse thematisiert werden. Gerade wenn die Betroffenen selbst keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den früheren trauma-

**Zyprexa™ 5 mg, Zyprexa™ 7,5 mg, Zyprexa™ 10 mg.** Wirkstoff: Olanzapin. **Zusammensetzung:** 1 Zyprexa™ 5 mg Tablette enthält 5 mg Olanzapin. 1 Zyprexa™ 7,5 mg Tablette enthält 7,5 mg Olanzapin. 1 Zyprexa™ 10 mg Tablette enthält 10 mg Olanzapin. **Weitere Bestandteile:** Hydroxypropylcellulose, Lactose-Monohydrat, Methylhydroxypropylcellulose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Crospovidon, Karnaubawachs, Macrogol, Polysorbit 80, Titandioxid E 171, eßbare blaue Tinte (enthält den Farbstoff Indigocarmin E 132). **Anwendungsgebiete:** Zyprexa™ ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. Bei Patienten, die initial auf die Behandlung angesprochen haben, ist Zyprexa™ zur Aufrechterhaltung der klinischen Besserung wirksam. **Gegenanzeigen:** Zyprexa™ darf bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe nicht angewendet werden. Zyprexa™ darf nicht angewendet werden bei Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Schläfrigkeit, Gewichtszunahme. **Gelegentlich:** Schwindelgefühl, Zunahme des Appetits, periphere Ödeme, orthostatische Hypotonie und leichte, vorübergehende anticholinerge Effekte einschließlich Obstipation und Mundtrockenheit. Besonders in der Anfangszeit der Behandlung vorübergehende asymptomatische Erhöhungen der Lebertransaminasen ALT (GPT) und AST (GOT). Zum jetzigen Zeitpunkt kann nicht ausgeschlossen werden, daß in Ausnahmefällen extrapyramidale Bewegungsstörungen oder Spätdyskinesien auftreten. **Selten:** Lichtempfindlichkeitsreaktionen. **Andere Befunde:** Die Plasmaprolaktinspiegel waren gelegentlich erhöht, die damit zusammenhängenden klinischen Befunde (Gynäkomastie, Galaktorrhö und Brustvergrößerung) waren jedoch selten. Bei den meisten Patienten normalisierten sich die Prolaktinspiegel, ohne daß die Behandlung abgebrochen wurde. Selten wurden hohe Kreatinin-Phosphokinase-Werte beobachtet. Wie bei anderen Neuroleptika wurden gelegentlich asymptomatische Blutbildveränderungen beobachtet. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Da Olanzapin Schläfrigkeit verursachen kann, sollte der Patient vor dem Bedienen gefährlicher Maschinen gewarnt werden, dies gilt auch für das Autofahren. Da bei schwangeren Frauen keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen, sollte Zyprexa™ in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden. Darüber hinaus sollten Patientinnen ihr Kind nicht stillen, wenn sie Zyprexa™ einnehmen. **Vorsicht** bei Patienten mit niedrigen Leukozyten- und/oder Neutrophilenwerten, bei Patienten mit Knochenmarksdepression/-toxizität in der Anamnese, bedingt durch eine Begleiterkrankung, Strahlentherapie oder Chemotherapie, bei Patienten mit hypereosinophilen Zuständen oder einer myeloproliferativen Erkrankung. Bei Vorliegen von Prostatahypertrophie, paralytischem Ileus und Leberfunktionsstörungen wird bei der Verordnung zur Vorsicht geraten. **Vorsicht** bei Patienten mit Krampfanfällen in der Anamnese oder bei die Krampfschwelle verändernden Zuständen. **Dosierung:** Dosierung, Art und Dauer der Anwendung sowie weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Gebrauchs- und Fachinformation, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. **Verschreibungspflichtig.** **Handelsformen und Preise:** Zyprexa™ 5 mg: N2/28 Tbl. (DM 187,53), Zyprexa™ 7,5 mg: N3/56 Tbl. (DM 562,60), Zyprexa™ 10 mg: N1/7 Tbl. (DM 98,31), N2/28 Tbl. (DM 375,07), N3/56 Tbl. (DM 750,13). Krankenhauspäckungen. Lilly Deutschland GmbH, Gießen. Stand August 1996.

**Referenzen:** 1) Martin C European Psychiatry 1996; II (Suppl. 4): 252s. 2) Revicki D et al. Proceedings of the American Psychiatric Association Meeting (New York, May 4-9, 1996); NR425: 184. 3) Gemessen anhand der Quality of Life Scale (QLS); Heinrichs DW, Hanlon TE and Carpenter WT Jr. Schizophrenia Bulletin 1984; 10: 388-398.

tischen Erfahrungen sehen, kann es sein, daß die entscheidenden Erfahrungen auch in jahrelangen Behandlungen nicht angesprochen werden. Therapeuten müssen deshalb sensibilisiert sein für mögliche Anzeichen, die darauf hinweisen, daß es sich bei den psychischen Beschwerden der Patienten um Folgen traumatischer Ereignisse handelt. Hierfür ist ein entsprechender Informationsstand über die typische Symptomatik posttraumatischer psychischer Störungen erforderlich, der bei vielen Ärzten in Deutschland noch nicht gegeben ist.

Wurden die psychischen Symptome des Patienten als Folge eines Traumas erkannt, so stellt die Frage nach einer geeigneten Behandlungsmöglichkeit ein weiteres Problem dar. Behandlungsverfahren mit empirischem Wirksamkeitsnachweis gibt es bisher nämlich nur wenige (16), und spezifisch ausgebildete Therapeuten sind bisher selten.

Die gesetzlichen Grundlagen in Deutschland machen es möglich, daß ehemalige politisch Inhaftierte in der DDR einen Anspruch auf besondere Versorgungsleistungen wegen erlittener Gesundheitsschäden geltend machen können. Nur 1% der Personen, die den bestehenden Gesetzen gemäß strafrechtlich rehabilitiert wurden, haben bisher eine Anerkennung psychischer Störungen infolge politischer Inhaftierung erhalten (8). Das krankheitsbedingte Vermeiden von Situationen, in denen die Betroffenen mit Erinnerungen an die damaligen Hafterlebnisse konfrontiert sind, verhindert häufig, daß ehemalige politisch Inhaftierte mit Folgestörungen Entschädigungsanträge stellen. Aber auch die mangelnde Problemkenntnis der gutachterlich tätigen psychiatrischen Sachverständigen kann dazu führen, daß Anträge auf Entschädigung ungerechtfertigterweise abgelehnt werden.

Obwohl das Bundesarbeitsministerium inzwischen neue Richtlinien für die ärztliche Gutachterfähigkeit zu den Folgen psychischer Traumata herausgegeben hat (11) und Leitlinien zur Begutachtung erschienen sind (4), verneinen begutachtende Psychiater vielfach Zusammenhänge zwischen Hafterfahrungen und psychischen Störungen und bezeichnen andere Faktoren in oft kritikwürdiger Weise als entscheidend für die anhaltenden Symptome. Durch sol-

che inadäquaten Gutachten geschieht den ehemaligen politisch Inhaftierten aus der DDR ein zweites Mal Unrecht.

In den vergangenen Jahren wurde einiges unternommen, um auf die oben genannten Probleme von Behandlung und Begutachtung aufmerksam zu machen. In Halle (21), Dresden (22) und Berlin (13, 30, 33) wurden empirische Studien zu psychischen Auswirkungen politischer Inhaftierung und anderen Repressalien in der DDR durchgeführt. Fachpublikationen, Beiträge in der Tagespresse und eine kostenlose Informationsbroschüre entstanden im Rahmen einer von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Aufklärungsinitiative (31). Mit diesem Projekt wurde versucht, die Situation ehemaliger politischer Häftlinge in der DDR indirekt durch Informationsarbeit zu verbessern. In spezifischen Fortbildungsveranstaltungen wurden insbesondere Versorgungsamtsmitarbeiter und Juristen auf die inadäquate Entschädigungs- und Begutachtungspraxis aufmerksam gemacht und Therapeuten über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten posttraumatischer Störungen informiert. Mittlerweile wurden, wenn auch nur in Berlin, spezifische Beratungsstellen für ehemalige politisch Inhaftierte und Betroffene anderer politischer Repressalien in der DDR eingerichtet.

#### LITERATUR

1. Allodi FA. Assessment and treatment of torture victims: A critical review. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 4-11.
2. Baeyer von W, Häfner H, Kisker KP. *Psychiatrie der Verfolgten*. Berlin, New York: Springer 1964.
3. Bauer M, Priebe S. Psychopathology and long-term adjustment after crises in refugees from East Germany. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40: 165-76.
4. Bauer M, Priebe S. Zur Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR. *Nervenarzt* 1995; 66: 388-96.
5. Bauer M, Priebe S, Häring B, Adamczak K. Long-term mental sequelae of political imprisonment in East-Germany. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 257-62.
6. Bauer M, Priebe S, Kürten I et al. Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: Part I. Prolonged stress, psychopathology, and hypothalamic-pituitary-thyroid axis activity. *Psychiatry Res* 1994; 51: 61-73.
7. Boehnlein JK, Kinzie JD, Ben R, Fleck J. One year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 956-9.

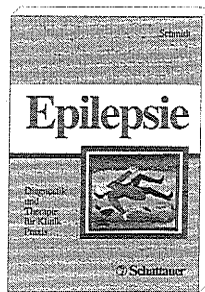
8. Boetzel CE. Spätfolgen der Lagerhaft für die Gesundheit. Dokumentation des 5. Bautzen-Forums der Friedrich-Ebert-Stiftung. Leipzig: Friedrich-Ebert-Stiftung 1994.
9. Buchwald D, Klacsanzky G, Manson SM. Psychiatric disorders among recently arrived Eastern Europeans seen through a US refugee counseling service. *Int J Soc Psychiatry* 1993; 39: 221-7.
10. Bundesministerium der Justiz (Hrsg). *Im Namen des Volkes. Katalog der gleichnamigen Ausstellung*. Leipzig: Forum 1994.
11. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg). *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachterfähigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit 1996.
12. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 413-20.
13. Denis D, Eslam J, Priebe S. Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der Sowjetischen Besatzungszone und der ehemaligen DDR von 1945 bis 1972. *Fortschr Neurol Psychiat* 1997; 65: 524-30.
14. Denis D, Kuhn M. Politische Verfolgung in der sowjetischen Besatzungszone und der Deutschen Demokratischen Republik. In: *Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Inhaftierung in der DDR*. Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg). Darmstadt: Steinkopff 1996; 13-22.
15. Eaton WW, Sigal JJ, Weinfeld M. Impairment in Holocaust survivors after 33 years. Data from unbiased community sample. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 773-7.
16. Ebbinghaus R, Bauer M, Priebe S. Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung – eine Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 1996; 64: 433-44.
17. Eitinger L. The concentration camp syndrome and its late sequelae. In: *Survivors, victims, and perpetrators. Essays on the Holocaust*. Dimsdale JE (Hrsg). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Cooperation 1980; 127-62.
18. Goldfield A, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. The physical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. *JAMA* 1988; 259: 2725-9.
19. Gorst-Unworth C, Van Velsen C, Turner S. Prospective pilot study of survivors of torture and organized violence: examining the existential dilemma. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 263-4.
20. Kinzie JD, Fredrickson RH, Ben R et al. Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 645-50.
21. Lukas R, Fikentscher E, Konzag T. *Verarbeitung und Bewältigung politischer Inhaftierung – die Halle-Studie*. In: *Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Inhaftierung in der DDR*. Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg). Darmstadt: Steinkopff 1996; 57-69.
22. Maercker A, Schützwohl M. Posttraumatische Belastungen bei ehemaligen politischen Inhaftierten der DDR: Symptomatik, verursachende und aufrechterhaltende Fakto-

- ren – die Dresden-Studie. In: Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Inhaftierung in der DDR. Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg). Darmstadt: Steinkopff 1996; 45-57.
23. Matussek P. Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin, New York: Springer 1971.
  24. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psycho-social impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry 1987; 144: 1567-72.
  25. Paul F, Herberg HJ. Psychische Spätfolgen nach politischer Verfolgung. Basel, New York: Karger 1963.
  26. Priebe S, Bauer M. Inclusion of psychological torture in PTSD criterion A (Letter to the Editor). Am J Psychiatry 1995; 152: 1691-2.
  27. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Steinhart I, Wildgrube C. Psychische Störungen bei Übersiedlern. I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung. Psychiatr Prax 1990; 17: 180-3.
  28. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C. Psychische Störungen bei Übersiedlern. II. Verlauf über sechs Monate und Sichtweisen der Patienten. Psychiatr Prax 1993; 20: 30-4.
  29. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C. Psychische Störungen bei Übersiedlern. III. Nachuntersuchung nach zweieinhalb Jahren. Psychiatr Prax 1993; 20: 35-6.
  30. Priebe S, Bolze K, Rudolf H. Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreisearrestes in der DDR. Fortschr Neurol Psychiat 1994; 62: 433-7.
  31. Priebe S, Denis D, Bauer M. Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR. Darmstadt: Steinkopff 1996.
  32. Priebe S, Esmaili S. Longterm mental sequelae of torture in Iran – who seeks treatment. J Nerv Ment Dis 1997; 185: 74-7.
  33. Priebe S, Rudolf H, Bauer M, Häring B. Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. Fortschr Neurol Psychiat 1993; 61: 55-61.
  34. Rasmussen OV, Lunde I. Evaluation and investigation of 200 torture victims. Dan Med Bull 1980; 27: 241-3.
  35. Süß S. Die Rolle der Psychiatrie bei politischer Haft in der DDR. In: Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Inhaftierung in der DDR. Priebe S, Denis D, Bauer M (Hrsg). Darmstadt: Steinkopff 1996; 23-35.
  36. Turner S, Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture. A descriptive model. Br J Psychiatry 1990; 157: 475-80.
  37. UNO-Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. 12. 84, in Kraft seit 26. 6. 1987.
  38. Zerssen D von. Die Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz 1976.

Korrespondenzadresse:  
 Dipl.-Psych. Doris Denis  
 Abteilung für Sozialpsychiatrie  
 Freie Universität Berlin  
 Platanenallee 19, 14050 Berlin  
 Tel. 0 30/84 45 84 01, Fax 0 30/84 45 83 89

# NEUERSCHEINUNGEN

Schattauer



Schmidt  
**Epilepsie**  
 Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis

1997. 144 Seiten, 19 Abbildungen, 31 Tabellen, kart.  
 DM 59,-/öS 431,-/sFr 54,-

Das vorliegende Praxismanual ist die optimale Hilfe für all jene, die in Kontakt mit Patienten kommen, die unter Anfällen leiden. In übersichtlich strukturierter Form wird ein pragmatischer Zugang zu Diagnose und Therapie epileptischer Anfälle und Epilepsien gegeben.

Das Buch beleuchtet nicht nur die medizinischen Aspekte, sondern gibt auch Ratschläge für den Umgang des Anfallspatienten mit seinem Alltag zum Beispiel in Schule, Sport und Beruf.



Striebel  
**Therapie chronischer Schmerzen**  
 Ein praktischer Leitfaden

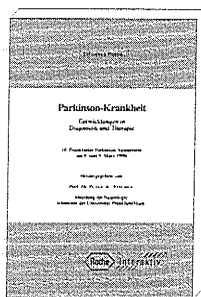
2. Auflage 1997. 168 Seiten,  
 23 Abbildungen, 9 Tabellen, kart.  
 DM 39,-/öS 288,-/sFr 36,-

Ein praxisnaher Leitfaden mit einem einführenden Teil über die Physiologie des Schmerzes und die wichtigsten zur Verfügung stehenden Analgetika.

Schwerpunkte des Buches:

- ▶ Diagnostik von Schmerzen
- ▶ Therapie und Begleitmedikation bei chronischen malignen Schmerzen nach den Empfehlungen der WHO
- ▶ Lokal- und Regionalanästhesieverfahren
- ▶ Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen
- ▶ Häufige gutartige Schmerzsyndrome
- ▶ Neurochirurgische Maßnahmen

Mit neuem Therapiekonzepten, neuen medikamentösen Therapiemaßnahmen und relevanten Entwicklungen.



Fischer (Hrsg.)  
**Parkinson-Krankheit**  
 Entwicklungen in Diagnostik und Therapie

10. Frankfurter Parkinson-Symposium  
 am 8. und 9. März 1996  
 Editiones Roche

1997. 354 Seiten, kart.  
 DM 69,-/öS 504,-/sFr 63,-

Das vorliegende Buch resümiert die Entwicklung der Parkinson-Forschung in den letzten 20 Jahren und zeigt den derzeitigen Stand der Erkenntnisse über Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie der Erkrankung auf. Aktuelle biochemische und neurogenetische Forschungsansätze werden dargestellt. Im klinischen Teil fassen die Autoren die umfangreichen Erfahrungen während der Langzeitbeobachtung von Parkinson-Kranken zusammen und analysieren sie in ihrer Bedeutung für Diagnostik und Therapie.

Zusammenfassend stellt das Buch vielversprechende medikamentöse Behandlungsverfahren wie die COMT-Hemmung und die Verwendung neuer Dopamin-Agonisten ebenso wie die Fortschritte in der operativen Parkinson-Therapie dar.

Inhalt und Preisänderungen vorbehalten