

# Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR

S. Priebe, K. Bolze, H. Rudolf

Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

## Persisting Mental Sequelae of Harassment Because of an Application to Leave the GDR

In an exploratory study we examined 40 patients, who had been exposed to harassment in the GDR because of an official application to leave and who suffered from persisting mental sequelae of that experience. On an average more than six years after termination of the stress situation in the GDR, patients showed a moderate anxious-depressive syndrome and vegetative complaints. Diagnostic classification varied; depressive disorders, posttraumatic stress disorder, somatoform and anxiety disorders were most often diagnosed. 45 % of the patients stated that the symptoms were not mainly due to experiences during repression, and 43 % saw a mainly positive effect of that experience on their life. The relevance of the findings is discussed briefly.

## Zusammenfassung

In einer explorativen Studie wurden 40 Patienten untersucht, die nach der Stellung eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR Repressalien ausgesetzt waren und infolge dieser Belastungen unter anhaltenden psychischen Störungen litten. Im Schnitt mehr als 6 Jahre nach dem Ende der Belastungssituation klagten die Patienten vorrangig über eine gering- bis mäßiggradige ängstlich-depressive Symptomatik und über vegetative Beschwerden. Die diagnostische Klassifikation war uneinheitlich; vorrangig wurden depressive Erkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen und Angsterkrankungen diagnostiziert. 45 % der Patienten sahen kaum einen Zusammenhang ihrer jetzigen Beschwerden mit den früheren Repressalien, und 43 % meinten, die damaligen Erfahrungen hätten insgesamt eher einen positiven Einfluß auf ihr weiteres Leben gehabt. Die Bedeutung der Befunde wird kurz diskutiert.

## Einleitung

Politische Repression kann vor allem dann, wenn sie mit massiver Beeinträchtigung, Bespitzelung, Haft oder sogar Folter verbunden ist, ein traumatisches Erleben für die Betroffenen darstellen, das langandauernde psychische Störungen auslöst. Hierzu gibt es inzwischen eine umfangreiche internationale Literatur mit zahlreichen empirischen Belegen. Als häufigste Diagnosen für solche Folgestörungen werden die 1980 im DSM-III eingeführte posttraumatische Belastungsstörung, die im ICD-10 zusätzlich aufgenommene andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sowie depressive Erkrankungen und Angststörungen gestellt. Ausprägung und zeitlicher Verlauf der Störungen werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wozu auch das Ausmaß des traumatischen Erlebens gehört. Je geringer die Belastung eingestuft wird, desto seltener kommt es zu psychischen Folgestörungen, desto geringer sind sie ausgeprägt und desto eher klingen sie ab (1, 2, 4, 10, 17–19).

Explorative Studien und Einzelfalldarstellungen haben gezeigt, daß auch politisch bedingte Belastungen in der damaligen DDR bei einem Teil der Betroffenen zu psychischen Störungen geführt haben (20). In einer eigenen Studie

untersuchten wir 155 Übersiedler, die 1989 die DDR verließen und kurz nach ihrem Wechsel wegen einer psychischen Erkrankung einen Nervenarzt aufsuchten (21–23). Viele von ihnen waren in der damaligen DDR Belastungssituationen unterschiedlicher Art ausgesetzt gewesen. Die meisten Patienten litten unter einem diagnostisch nicht einheitlich zu klassifizierenden ängstlich-depressiven Syndrom mit ausgeprägten vegetativen Beschwerden. 2 ½ Jahre später waren die Patienten in der Regel sozial gut integriert und die Symptome weitgehend verschwunden. In einer weiteren Studie wurden 55 Personen untersucht, die aus politischen Gründen für mindestens 6 Wochen in der damaligen DDR inhaftiert waren und – im Durchschnitt mehr als 5 Jahre nach Haftentlassung – unter andauernden psychischen Folgestörungen litten (3, 25). Die Patienten klagten am häufigsten über Schlafstörungen, depressive Verstimmung, allgemeine Angst, Gereiztheit, Kontaktschwierigkeiten und Mattigkeit, wobei die diagnostische Einordnung wiederum variierte. Auf eine Frage, was sie während der Haft am meisten belastet habe, schilderten die Patienten neben ihrer Hilflosigkeit gegen Diskriminierung und den bekannten Schikanen einschließlich von Einzelhaft vor allem die ständige Ungewißheit darüber, was mit ihnen weiter geschehen würde. Die sicherlich harten Haftumstände waren für viele leichter zu ertragen als die anhaltende Unsicherheit und die ständig aufkommenden Befürchtungen, was sie angesichts der unberechenbaren Willkür der damaligen DDR-Justiz noch erwar-

Dieses Ergebnis, daß neben der Härte der Haftbedingungen vor allem die Unvorhersagbarkeit der weiteren Ereignisse als belastend geschildert wurde, führte uns zu der Annahme, daß auch andere politisch bedingte Belastungssituationen in der damaligen DDR, die nicht das objektive Ausmaß einer längeren Inhaftierung erreichten, zumindest dann zu psychischen Folgestörungen haben führen können, wenn sie mit einem hohen Grad von Ungewißheit und Unsicherheit für die Betroffenen verbunden waren. Eine solche Situation ergab sich häufig nach dem Stellen eines Ausreiseantrages (womit keine Reise im eigentlichen Sinne, sondern eine Übersiedlung in den Westen beantragt wurde). Seit 1972 konnten aus bestimmten Gründen Ausreiseanträge in der DDR legal gestellt werden. Die Folgen waren für die Betroffenen aber in keiner Weise absehbar. In einigen Fällen wurden die Anträge rasch genehmigt, und die Antragsteller konnten die DDR nach kurzer Zeit verlassen, ohne daß sie zwischenzeitlich erhebliche Benachteiligungen erfahren hätten. In anderen Fällen jedoch mußten die Betroffenen viele Jahre warten, und es konnte zu verschiedenen Repressalien in dieser Zeit kommen. Hierzu gehörten häufige und unangekündigte Verhöre – z. T. auch Inhaftierungen –, der Verlust eines adäquaten Arbeitsplatzes, das Vorenthalten einer höheren Ausbildung für die Kinder, weitere Benachteiligungen auch für Partner und Familienangehörige sowie eine intensive Bespitzelung am Arbeitsplatz und zu Hause. Und in der Regel gab es keinen Weg, um nach dem Stellen eines Ausreiseantrages halbwegs verlässlich klären zu können, welche Wartezeit bevorstünde und welche Repressalien zu erwarten seien.

In der vorliegenden Studie untersuchten wir deshalb Patienten, die in der damaligen DDR einen Ausreiseantrag gestellt hatten und unter andauernden psychischen Störungen litten, welche auf die nach Antragstellung erfahrenen Repressalien und Unsicherheiten zurückzuführen waren. Wir berichten über die Vorgeschichte, die Symptomatik und die diagnostische Einordnung der Störungen sowie über die Sichtweisen der Patienten.

### Methode

Die Patienten wurden 1992/3 in zwei Berliner Nervenarztpraxen befragt; beide liegen zentral, eine im ehemaligen West-, die andere im ehemaligen Ostteil der Stadt. Eingeschlossen wurden Patienten zwischen 25 und 60 Jahren, die einen Ausreiseantrag in der DDR gestellt hatten, die unter andauernden psychischen Störungen mit aktuellem Krankheitswert litten und deren Erkrankungen vom behandelnden Arzt und einem Forschungspsychiater als Folge der nach Antragstellung erfahrenen Repressalien eingeschätzt wurden. Voraussetzung war, daß die Symptomatik während der Belastungssituation oder unmittelbar danach auftrat bzw. sich richtungweisend verschlimmerte. Ausgeschlossen wurden Patienten, die im Rahmen dieser Repressalien für eine Gesamtdauer von mehr als einer Woche inhaftiert waren, bei denen die Störung – auch wenn ein Zusammenhang mit der früheren Belastungssituation zu vermuten war – erst nach einer Latenzzeit auftrat und die primär oder im Sinne einer Komorbidität eine Abhängigkeitserkrankung aufwiesen.

Vorgeschichte und aktuelle Lebenssituation der Patienten wurden in einem semistrukturierten Interview erfaßt, das auch offene Fragen zu früheren und jetzigen Beschwerden enthielt. Die Fremdbeurteilung der psychopathologischen Symptomatik erfolgte anhand der Hamilton-Depressionsskala

(HAMD) und der Hamilton-Angstskala (HAMA), die Selbsteinschätzung mittels der Von-Zerssen-Depressivitätsskala (DS), der die aktuelle Zustandsangst erfassenden Skalenform X1 des State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) und der Von-Zerssen-Beschwerdeliste (BL) (7). Um zudem die einzelnen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung zu beurteilen, wurde der entsprechende Fragebogen von Watson et al. in einer eigenen deutschen Übersetzung verwendet (28). Die diagnostische Klassifikation der Störungen erfolgte entsprechend ICD-10 (14).

Zur Beschreibung der subjektiven Sichtweisen wurde ein standardisiertes Interview verwendet. In diesem Interview wurde nach Belastungen während der Antragstellung, nach dem Einfluß der damaligen Erfahrungen auf das weitere Leben, nach dem Zusammenhang zwischen den Belastungen und jetzigen Beschwerden und nach später erlebter Unterstützung gefragt. Die freien Antworten wurden auf Tonband aufgezeichnet und nach a posteriori gebildeten Kategorien inhaltsanalytisch ausgewertet.

### Ergebnisse

#### Stichprobe und Vorgeschichte

Untersucht wurden 20 Frauen und 20 Männer im Alter zwischen 25 und 58 Jahren ( $\bar{x} = 39,5$ ). Acht Patienten hatten acht Schulklassen, 24 zehn Schulklassen und acht eine darüber hinausgehende Schulbildung absolviert. Drei Patienten waren ohne Berufsausbildung, 34 hatten eine Lehre oder Fachschule und drei ein Universitätsstudium abgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten 20 Patienten mit einem Partner, 29 hatten ein oder mehrere Kinder. 22 Patienten gingen einer Arbeit nach, zwei befanden sich in einer Umschulung, zwei waren berentet und 14 arbeitslos.

Auf die Frage, was sie in der DDR zur Stellung eines Ausreiseantrages motiviert habe (Mehrfachangaben möglich), nannten 70 % politische Gründe wie eine allgemeine Unzufriedenheit mit dem System oder die Einschränkung der Meinungsfreiheit. 50 % wollten mit Familienangehörigen oder ihren Partnern im Westen zusammenleben, und 25 % erhofften sich bessere berufliche Entfaltungs- und Aufstiegsmöglichkeiten. 20 % gaben an, sie hätten ihre Lebenssituation insgesamt verbessern wollen, und 8 % nannten den Wunsch, generell etwas Neues und anderes zu erleben. Die Länge des Zeitraumes, in dem die Patienten ihren Schritt vor der Antragstellung konkret überlegten, variierte sehr. Bei acht Patienten waren dies weniger als 4 Wochen, bei sechs mehr als 6 Jahre. Nach Antragstellung dauerte es zwischen 4 Monaten und 7,5 Jahren ( $\bar{x} = 2,7$  Jahre), bevor die Ausreise erlaubt wurde bzw. sich die Sache durch den Fall der Mauer erledigt hatte. 27 Patienten siedelten zwischen 1975 und 1988 in den Westen über, während 13 Patienten dies erst 1989 tun konnten. Die Übersiedlung lag zum Zeitpunkt der Befragung im Schnitt 6,2 Jahre zurück.

Während der Antragszeit sind 90 % der Patienten nach eigenen Angaben mehr oder minder intensiv überwacht worden. Dies konnte Verhöre auch von Bekannten und Kindern, unangekündigte Besuche von Stasi-Mitarbeitern zu Hause, eine Kontrolle der Briefpost und ein Abhören des Telefons beinhalten. 70 % erfuhren berufliche Einschränkungen mit Kündigung, erzwungenem Stellenwechsel oder einem Verbot, weiterhin im erlernten Beruf zu arbeiten. 40 % erlebten Belastungen, die ihre familiäre Situation betrafen, hierzu gehörten die Androhung von Behörden, ihr Kind werde ihnen bei Aufrechterhaltung des

Antrages oder vor der dann erfolgenden Ausreise weggenommen, und der Rückzug von Verwandten, die dadurch Nachteile für sich selbst vermeiden wollten. 15 % wurden verhaftet und kurzfristig in Arrest genommen, wobei zwei Patienten auch geschlagen wurden; bei einer Patientin wurde ein erwachsenes Kind inhaftiert.

Bei 85 % der Patienten entwickelten sich psychische Beschwerden kurz vor bzw. während der Antragstellung, bei 15 % unmittelbar nach Ende der Belastung. Als führende Symptome während der Antragszeit wurden am häufigsten Schlafstörungen (55 %), innere Unruhe (50 %), Gespanntheit (23 %), allgemeine Angst und Kopfschmerzen (jeweils 13 %) sowie Gereiztheit (10 %) angegeben. 38 % hatten deshalb bereits in der DDR Kontakt zu einem Allgemeinarzt oder Psychiater. Nach der Übersiedlung begaben sich alle Patienten in ambulante nervenärztliche Behandlung, 88 % bereits innerhalb der ersten 4 Wochen.

### Aktuelle Symptomatik und Diagnosen

In der Untersuchung wurden folgende Beschwerden von mehr als 10 % der Patienten selbst vorgebracht: Schlafstörungen (65 %), innere Unruhe (63 %), depressive Verstimmung (50 %), Kopfschmerzen (25 %), Gereiztheit (23 %), Rückenschmerzen (18 %), Appetitlosigkeit, Grübeln und Magen-/Darmbeschwerden (jeweils 15 %) sowie Angst- oder Panikzustände und Gespanntheit (jeweils 13 %).

In Tab. 1 sind diejenigen Beschwerden aufgelistet, die in der BL von mindestens 40 % der Patienten als mäßig oder stark ausgeprägt angegeben wurden.

Im Vordergrund sowohl der spontan vorgebrachten als auch der in der BL angegebenen Beschwerden standen unspezifische Symptome, zu denen einige – wie innere Unruhe, Schlafstörungen, Reizbarkeit und starkes Schwitzen – als Ausdruck eines erhöhten Arousals aufgefaßt werden können. Die Mittelwerte der Selbstbeurteilungsskalen betragen 15,7 ( $s = 9,1$ ) bei der DS, 52,3 ( $s = 11,2$ ) beim STAI und 33,1 ( $s = 13,0$ ) bei der BL. Hinsichtlich der Fremdbeurteilung waren die entsprechenden Werte 10,5 ( $s = 5,3$ ) auf der HAMD und 17,1 ( $s = 8,7$ ) auf der HAMA. Die Werte der einzelnen Skalen korrelierten recht hoch miteinander; die entsprechenden Koeffizienten (*Pearsons r*) lagen zwischen 0,58 und 0,91. Insgesamt entsprechen die Werte einem im Mittel gering bis mäßig ausgeprägten ängstlich-depressiven Syndrom bei deutlichen interindividuellen Schwankungen.

Die diagnostische Zuordnung der Störungen entsprechend ICD-10 war zuweilen schwierig und häufig unbefriedigend. In Tab. 2 sind die gestellten Diagnosen aufgeführt, wobei 15 Patienten zwei und vier Patienten drei Diagnosen im Sinne einer Komorbidität erhielten.

Zur Klassifikation der Störungen mußten unterschiedliche diagnostische Kategorien herangezogen werden, wobei am häufigsten depressive Erkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen und Angststörungen diagnostiziert wurden.

**Tab. 1** Beschwerden, die in der BL von mindestens 40 % der Patienten als mäßig oder stark ausgeprägt angegeben wurden.

	(%)
Grübeleien	88
innere Unruhe	83
Reizbarkeit	78
Müdigkeit	78
starkes Schwitzen	68
Schlaflosigkeit	65
übermäßiges Schlafbedürfnis	61
Schwächegefühl	58
Schweregefühl in den Beinen	55
Nacken- und Schulterschmerzen	50
Überempfindlichkeit gegen Wärme	50
Rückenschmerzen	48
Stiche in der Brust	43
Druck- und Völlegefühl	40
Übelkeit	40
Schwindelgefühl	40

**Tab. 2** Diagnosen nach ICD-10 (15 Patienten mit zwei und vier mit drei Diagnosen).

rezidivierende depressive Störung	16
anhaltende affektive Störung	8
phobische Störung	3
andere Angststörung	5
posttraumatische Belastungsstörung	12
Anpassungsstörung	6
somatoforme Störung	11
Eßstörung	1
Störung der Impulskontrolle	1

### Subjektive Sichtweisen

Die aufgezeichneten Interviews wurden unabhängig von zwei Ratern hinsichtlich der Nennung einzelner Inhaltskategorien ausgewertet. Die Konkordanz war hinreichend hoch ( $Kappa$  zwischen 0,61 und 1) und erlaubte eine weitere Datenanalyse auf der Basis eines der beiden Ratings.

Was war während der Wartezeit subjektiv besonders belastend? 48 % nannten auf diese Frage objektive Benachteiligungen und schikanöse Behandlungen durch Behörden. 38 % sprachen über die andauernde Ungewißheit und Unsicherheit und 23 % über ein gegenseitiges Mißtrauen in zwischenmenschlichen Beziehungen einschließlich des Rückzugs von Freunden und Verwandten. 13 % gaben an, Schuldgefühle denen gegenüber gehabt zu haben, die sie in der DDR zurücklassen würden. 10 % schließlich meinten, die berufliche Rückstufung und eine neue Tätigkeit unterhalb ihrer Qualifikation sei für sie besonders belastend gewesen.

Nur 14 % glaubten, die Belastungen und Erfahrungen während der Wartezeit hätten insgesamt keinen wesentlichen Einfluß auf ihr weiteres Leben gehabt. 43 % schilderten einen überwiegend negativen Einfluß und ebenfalls 43 % einen vorrangig positiven Effekt für ihr weiteres Leben. Als positiv bewerteten die Patienten z. B., daß sie durch die damaligen Erfahrungen als Person reifer geworden seien oder daß sie seither Freiräume und das in ihrem Leben Erreichte intensiver genießen könnten. 45 % sahen keinen oder einen nur sehr geringen Zusammenhang zwischen den damaligen Belastungen und den

heutigen Beschwerden. Auf die Frage, was ihnen später geholfen habe, antworteten 23 % explizit „nichts“. Im übrigen wurde berichtet, daß Gespräche mit Freunden und Familienangehörigen (54 %), objektive Unterstützung durch Behörden (34 %) und berufliche Bestätigung (29 %) geholfen hätten. 14 % meinten, sie hätten sich ganz allein geholfen, und 11 % nannten Gespräche mit einem Arzt. Die Patienten, die einen positiven Einfluß der damaligen Erfahrungen auf ihr weiteres Leben schilderten, und diejenigen, die keinen oder einen nur geringen Zusammenhang mit den jetzigen Beschwerden sahen, hatten sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Fremdbeurteilung weniger aktuelle psychopathologische Symptome als die jeweils anderen Patienten. Die Differenzen waren jedoch nur z. T. statistisch signifikant.

### Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde eine Gruppe von Patienten untersucht, die nach der Stellung eines Ausreiseantrages in der DDR politischen Repressalien ausgesetzt waren und in der Folgezeit – im Mittel seit mehr als 6 Jahren – unter andauernden psychischen Folgestörungen litten. Diese Gruppe ist in keiner Weise repräsentativ, und die Ergebnisse lassen demnach auch keine Aussagen z. B. über die relative Häufigkeit solcher Störungen bei Menschen zu, die damals Ähnliches erfahren haben. Zu vermuten ist, daß es zwar möglicherweise bei vielen derjenigen, die in der DDR im Zusammenhang mit einem Ausreiseantrag Repressalien erlitten, kurzzeitig auch zu psychischen Beschwerden gekommen ist, daß diese aber bei den weitaus meisten Betroffenen inzwischen längst abgeklungen sind. Hierfür sprechen die in der Einleitung erwähnten Befunde von 155 Übersiedlern, die initial nach dem Wechsel psychische Störungen mit einem in der Folge sehr günstigen Verlauf aufwiesen, und auch die Ergebnisse einer unselektierten Stichprobe von 512 Übersiedlern, von denen ebenfalls viele über anfängliche und dann rasch abklingende Beschwerden berichteten (11, 24). Offensichtlich war der Verlauf aber nicht bei allen Patienten so positiv, und bei einigen – wie denen in dieser Studie – ist es zu einer Chronifizierung der Beschwerden gekommen. Warum die Störungen bei diesen Patienten andauern, obwohl das Ausmaß der traumatischen Belastung „objektiv“ geringer einzuschätzen ist als bei für längere Zeit Inhaftierten oder bei anderen politisch Verfolgten (z. B. in Kambodscha) und warum ähnliche Beschwerden bei anderen Patienten eine sehr viel günstigere Entwicklung zeigten, läßt sich z. Z. nicht beantworten und könnte nur mit umfangreicheren und repräsentativen Untersuchungsansätzen geklärt werden.

Die spontan und auf Nachfragen geschilderten Beschwerden, die Werte auf den Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen der psychopathologischen Symptomatik und die Verteilung der Diagnosen ähneln den Befunden der ehemals politisch Inhaftierten mit andauernden Folgestörungen. Häufigkeit und Ausprägung der Symptome sind jedoch etwas geringer, was z. T. auch den geringeren Grad der früheren Belastung widerspiegeln mag. Die Art der Symptomatik erscheint somit zwar typisch, aber keineswegs spezifisch. Die Vermutung, daß die Beschwerden im Zusammenhang mit früheren Repressalien stehen, läßt sich nicht direkt aus dem Vorliegen bestimmter Symptome oder diagnostischer Kategorien ableiten – selbst wenn einige der Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung einen wesentlichen Hinweis hierfür darstellen (6) –, sondern muß in jedem einzelnen Fall angesichts der gesamten Anamnese inhaltlich überprüft werden und plausibel sein.

Obwohl in den letzten Jahren international eine Fülle von theoretischen und vor allem empirischen Arbeiten über posttraumatische Belastungsstörungen publiziert wurde, gibt es bisher kaum gesicherte Erkenntnisse darüber, welche psychologischen Prozesse bei der Entstehung posttraumatischer Störungen eine entscheidende Rolle spielen und wie der Zusammenhang zwischen traumatischer Belastung und nachfolgender Störung genau zu erklären ist. Dies gilt insbesondere für Störungen, die nicht auf ein umschriebenes, kurzdauerndes Ereignis (wie z. B. ein Gewaltverbrechen oder ein Unfall), sondern wie im Fall der vorliegenden Untersuchung auf eine über längere Zeit anhaltende Situation der Unsicherheit und Bedrohung zurückzuführen sind (5, 8, 9, 12, 13, 15, 16). Es ließe sich spekulieren, ob die erstmalige Auslösung einer ängstlich-depressiven und/oder vegetativen Symptomatik durch die Repressalien ähnliche spätere Reaktionen gleichsam gebahnt hat und die Patienten dadurch vulnerabler wurden, um in erneuten Stresssituationen wiederum mit den gleichen Beschwerden zu reagieren. Diese Stresssituationen könnten unspezifisch sein – z. B. waren 14 Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos – oder auch spezifischen interpersonellen oder sozialen Konstellationen entsprechen, wie sie in dieser Untersuchung nicht erfaßt wurden. Selbstverständlich ist nicht auszuschließen, daß wir den Einfluß der früheren Repressalien für die jetzige Symptomatik bei einigen Patienten überschätzt haben und daß eine entsprechende Vulnerabilität schon vorher bestand. Anamnestisch fanden sich jedoch keine Belege dafür, und die Patienten, die im Mittel bei der Antragstellung bereits 30 Jahre alt waren, hatten durchgehend frühere Belastungen und Schwellensituationen bewältigt, ohne ähnliche Beschwerden entwickelt zu haben. Die späteren Belastungen wie Arbeitslosigkeit und Alleinleben könnten auch als Zeichen eines Mangels an sozialer Unterstützung gewertet werden, der den Verlauf posttraumatischer Störungen ungünstig beeinflussen kann.

Die Frage, ob eine noch heute bestehende psychische Störung mit Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR im Zusammenhang steht, wird kaum zum Inhalt fachärztlicher Gutachten werden, denn sie hat für die Betroffenen keine finanziellen Konsequenzen. Die Patienten haben – im Gegensatz zu ehemals politisch Inhaftierten – keinen gesetzlichen Anspruch auf besondere Versorgungsleistungen wegen erlittener Gesundheitsschäden. Die Frage kann aber therapeutisch relevant sein, da eine angemessene und gezielte Berücksichtigung früherer traumatischer Erlebnisse in der Behandlung das Erkennen ihrer Bedeutung voraussetzt. Die in dieser Studie erhobenen Sichtweisen der Patienten weisen darauf hin, daß die früheren Erlebnisse auch dann bedeutsam sein können, wenn die Patienten selbst einen Zusammenhang mit ihren jetzigen Beschwerden nicht sehen und/oder den damaligen Geschehnissen insgesamt sogar einen positiven Einfluß auf ihr weiteres Leben zusprechen. Den Empfehlungen der Literatur entsprechend besteht in solchen Fällen eine erste Aufgabe der Therapie darin, den Zusammenhang zwischen früheren Erfahrungen und jetzigen Beschwerden auch im Erleben der Patienten herzustellen, auch wenn dies für die Betroffenen unangenehm und schmerzlich sein sollte (5, 12, 26, 27). Nach unseren eigenen therapeutischen Erfahrungen sollte dieser Schritt stets mit der Botschaft verbunden werden, daß die Symptomatik des Patienten nicht aufgrund eines individuellen Versagens oder einer pathologischen Abnormität entstanden sei, sondern vielmehr eine nachvollziehbare und verständliche Reaktion auf das Erlebte darstelle.

## Literatur

- 1 Allodi, F.: Assessment and treatment of torture victims: A critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179 (1991) 4–11
- 2 Baeyer, W. von, H. Häfner, K. P. Kisker: *Psychiatrie der Verfolgten: Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen*. Springer, Berlin 1964
- 3 Bauer, M., S. Priebe, B. Häring, K. Adamczak: Long-term mental sequelae of political imprisonment in East Germany. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181 (1993) 257–262
- 4 Boehnlein, J. K., J. D. Kinzie, R. Ben, J. Fleck: One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry* 142 (1985) 956–959
- 5 Boulanger, G.: A state of anarchy and a call to arms: The research and treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 20 (1990) 5–15
- 6 Brett, E. A., R. L. Spitzer, J. B. W. Williams: DSM-III-R criteria for post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 145 (1988) 1232–1236
- 7 CIPS: *Internationale Skalen der Psychiatrie*. Beltz, Weinheim 1986
- 8 Dreßing, H., M. Berger: Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts. *Nervenarzt* 62 (1991) 16–26
- 9 Gersons, B. P. R.: Patterns of post-traumatic stress disorder among police officers following shooting incidents; the two-dimensional model and some treatment implications. *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989) 247–257
- 10 Goldfield, A., R. F. Mollica, B. H. Pesavento, S. V. Faraone: The physical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association* 259 (1988) 2725–2729
- 11 Gunkel, S., S. Priebe: Psychische Beschwerden nach Migration. Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 42 (1992) 414–423
- 12 Horowitz, M. J.: *Stress response syndromes*. Jason Aronson, Northvale 1976
- 13 Horowitz, M. J., J. N. Wilner, N. Kaltreider, W. Alvarez: Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 85–92
- 14 *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien*, Weltgesundheitsorganisation. Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt. Huber, Bern 1991
- 15 Kolb, L. C.: A neuropsychological hypothesis explaining post-traumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987) 989–995
- 16 Kolk, B., O. Hart, van der: Piere Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989) 1530–1540
- 17 Matussek, P.: *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Springer, Berlin 1971
- 18 Mollica, R. F., G. Wyshak, J. P. Lavelle: The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987) 1567–1572
- 19 Peters, U. H.: Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 57 (1989) 169–191
- 20 Peters, U. H.: Über das Stasi-Verfolgten-Syndrom. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 59 (1991) 251–265
- 21 Priebe, S., M. Bauer, S. Rohrbeck, I. Steinhart, C. Wildgrube: Psychische Störungen bei Übersiedlern. I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung. *Psychiat. Prax.* 17 (1990) 180–183
- 22 Priebe, S., M. Bauer, S. Rohrbeck, C. Wildgrube: Psychische Störungen bei Übersiedlern. II. Verlauf über sechs Monate und Sichtweisen der Patienten. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 30–34
- 23 Priebe, S., M. Bauer, S. Rohrbeck, C. Wildgrube: Psychische Störungen bei Übersiedlern. III. Nachuntersuchung nach zweieinhalb Jahren. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 35–36
- 24 Priebe, S., S. Gunkel, M. Bauer: Beschwerden und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei Übersiedlern. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 133 (1991) 228–231
- 25 Priebe, S., H. Rudolf, M. Bauer, B. Häring: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 61 (1993) 55–61
- 26 Somnier, F. E., I. K. Genefke: Psychotherapie for victims of torture. *British Journal of Psychiatry* 149 (1986) 323–329
- 27 Veer, G. van der: *Counselling and therapy with refugees*. J. Wiley, Chichester 1992
- 28 Watson, C. G., M. P. Juba, V. Manifold, T. Kucala, P. E. D. Anderson: The PTSD Interview: Rationale, Description, Reliability, and Concurrent Validity of a DSM-III-Based Technique. *Journal of Clinical Psychology* 47 (1991) 179–188

---

 Priv.-Doz. Dr. med. S. Priebe

 Abteilung für Sozialpsychiatrie  
 Freie Universität Berlin  
 Platanenallee 19  
 14050 Berlin