

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
(Direktorin: Prof. Dr. med. E. Fikentscher):



Ehemalige Psychotherapiepatienten in der Umbruchsituation

Eine Katamnesestudie an ehemaligen Patienten aus pädagogischen Berufen und einer Vergleichsgruppe unter besonderer Berücksichtigung des möglichen Einflusses ideologischer Faktoren auf das psychosoziale Befinden vor und nach dem Systemumbruch

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Henrike Wolf
geboren am 09.02. 1970 in Dessau

Gutachter:

1. Prof. Dr. Erdmuthe Fikentscher
2. Prof. Dr. Heinz Hennig
3. Prof. Dr. Hermann-Josef Gertz

verteidigt am 6.05.1999

Kurzreferat

Die vorliegende Arbeit untersucht die Bedeutung ideologischer Einflußfaktoren auf das psychosoziale Befinden vor und nach dem politischen Umbruch in Ostdeutschland im Rahmen einer Katamneseuntersuchung an ehemaligen Psychotherapiepatienten, die vor 1989 eine stationäre Psychotherapie absolvierten.

Einleitende Überlegungen gelten der besonderen Rolle der Pädagogen als Erzieher und Ideologievermittler im sozialistischen Staat, Lebens- und Anpassungsformen der Menschen in der DDR sowie möglichen Auswirkungen der Umbruchsituation auf ostdeutsche Befindlichkeiten. Des Weiteren werden verschiedene Konzepte zur psychosomatischen Symptomentstehung dargestellt.

Ausgehend von diesen Überlegungen wird vermutet, daß vor 1989 psychopathogenetisch bedeutsame systembedingte Konflikte bei Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen häufiger waren als bei vergleichbaren Psychotherapiepatienten aus ideologieneutralen Berufen. Gleichzeitig wird ein psychisch destabilisierender Einfluß der Umbruchsituation auf ehemalige Psychotherapiepatienten angenommen. In den Unterhypothesen werden mögliche be- und entlastende Umstände differenziert: Ehemals staatsloyal eingestellte Personen müßten stärker durch den Systemumbruch belastet sein als Oppositionelle oder Personen, die unter systembedingten Belastungen litten.

Die Methodik stützt sich auf ein halbstandardisiertes Interview und standardisierte Instrumente zur Persönlichkeits- und Symptomdiagnostik (MMPI, Gießen-Test, BFB-B, SCL-90). Die qualitative Analyse der Einzelfälle erfolgte mit Hilfe eines fokussierenden Verfahrens unter Verwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD).

Es konnte gezeigt werden, daß zum Therapiezeitpunkt systembedingte Konflikte nur in einer Minderheit der Fälle auftraten. Entgegen den Erwartungen fand sich keine Häufung ideologischer Konfliktsituationen in der Pädagogengruppe. Ideologische Konfliktsituationen spielten im Rahmen der Gesamtdynamik bei der Auslösung der Symptome eine untergeordnete Rolle. Die Hypothese, daß in der DDR staatsloyal eingestellte Individuen durch den Umbruch stärker belastet sind, fand sich nicht bestätigt. Das Katamneseergebnis unterstreicht, daß die Mehrzahl der untersuchten ehemaligen Psychotherapiepatienten keine erneute Destabilisierung erfahren hat und den Anforderungen der Umbruchsituation in kompetenter Weise begegnete. Insbesondere für die Pädagogengruppe deutet sich an, daß die mit der Umbruchsituation entstandenen größeren Freiheiten bei der Tätigkeits- und Berufswahl einen eher günstigen Einfluß auf das Gesamtbefinden ehemaliger Psychotherapiepatienten haben.

Wolf, Henrike: Ehemalige Psychotherapiepatienten in der Umbruchsituation. Eine Katamnese studie an ehemaligen Patienten aus pädagogischen Berufen und einer Vergleichsgruppe unter besonderer Berücksichtigung des möglichen Einflusses ideologischer Faktoren auf das psychische Befinden vor und nach dem Systemumbruch. Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 83 Seiten, 1998

Abkürzungen

P	"Pädagogen", bezieht sich auf die Untersuchungsgruppe ehemaliger Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen, also Lehrer und Erzieher, die dem DDR-Ministerium für Volksbildung unterstellt waren
N (auch "Vgl.-Gruppe")	"Nichtpädagogen", Vergleichsgruppe ehemaliger Psychotherapiepatienten aus nicht pädagogischen Berufen, überwiegend Ingenieure mit Fach- und Hochschulabschluß
Abb.	Abbildung
BFB	Beschwerdefragebogen nach Höck und Hess
Fall-Nr.	Fallnummer, 1 bis 14 kennzeichnen die Nichtpädagogengruppe, 15-28 die Pädagogengruppe
FDJ	Freie Deutsche Jugend
GT	Gießen Test
K	Zeitpunkt 3: Katamneseuntersuchung
L	Lehrer
m	männlich
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MW	Mittelwert
ns	nicht signifikant
NVA	Nationale Volksarmee
Pat.	Patient(en)
Ptp.	Psychotherapiepatienten
SCL	Symptom Check List
SD	Standardabweichung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
sog.	sogenannt
T ₁	Zeitpunkt 1: Beginn der stationären Psychotherapie
T ₂	Zeitpunkt 2: Ende der stationären Psychotherapie
Tab.	Tabelle
w	weiblich

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Versuch einer Charakterisierung der DDR: Lebensformen im "real-sozialistischen" Staat	2
1.2 Besonderheiten der Situation der Pädagogen in der DDR	6
1.3 Charakterisierung der Umbruchsituation und ihrer möglichen psychischen Auswirkungen	9
1.4 Modelle zur Symptomentstehung und der Begriff der Anpassung	11
2 Fragestellung und Hypothesen	12
2.1 Fragestellung	12
2.2 Hypothesen	12
3 Untersuchung	13
3.1 Patienten	13
3.1.1 Einschlußkriterien für die Untersuchung	13
3.1.2 Beschreibung der Ausgangspopulationen	14
3.1.3 Rekrutierung der Untersuchungsgruppen	14
3.1.4 Untersuchungszeitraum	15
3.1.5 Beschreibung der Untersuchungsgruppen	16
3.2 Angewendete Verfahren	17
3.2.1 Auswertung der Krankenakten	18
3.2.2 Halbstandardisiertes Interview	19
3.2.3 Fragebogentests und Vergleich von Testergebnissen	20
3.2.4 Nachbesprechungen mit einem erfahrenem Psychotherapeuten: psychodynamische Fokussierung und qualitative Bewertungen	22
3.2.5 Statistische Auswertung der Ergebnisse	25
4 Ergebnisse	26
4.1 Vergleich der Diagnosen	26
4.2 Chronizität zum Zeitpunkt der Therapie	27
4.3 Ergebnisse aus Fragebogentests	27
4.3.1 BFB	27
4.3.2 SCL	29
4.3.3 Gießen-Test	30
4.3.4 MMPI	31
4.4 Beschreibung der psychosozialen Situation der Untersuchten zum Zeitpunkt der Katamnese	34
4.4.1 Familienstand und partnerschaftliche Situation	34
4.4.2 Berufliche Veränderungen	35
4.4.3 Einschneidende gesundheitliche Veränderungen	36
4.4.4 Sozialer Trend im Katamnesezeitraum	37
4.5 Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich psychosozialer Auslösebedingungen und intrapsychischer Konfliktmuster	38
4.5.1 Anpassung und Widerstand in der DDR	38
4.5.2 Hinweise auf ideologische Belastungsmomente und deren Bewertung	38
4.5.3 Auslösesituationen zum Therapiezeitpunkt (T)	40
4.5.4 Auslösesituationen im Katamnesezeitraum (K)	41
4.5.5 Umgang mit der Umbruchsituation	41
4.5.6 Konfliktmuster	42
4.5.7 Subjektive Bewertung der zurückliegenden Psychotherapie	43
5 Diskussion	44
6 Schlußfolgerung	60
7 Zusammenfassung	61
8 Literaturverzeichnis	63
9 Anhang	70
9.1 Fokusdiagnosen	70
9.2 Dokumentationsbogen	77
9.3 Halbstandardisiertes Interview	78
9.4 Zusätzliche Informationen zu den verwendeten Fragebögen	79
10 Thesen	81

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Bedeutung ideologischer Einflußfaktoren auf das psychische Befinden von Psychotherapiepatienten vor und nach dem politischen Umbruch in Ostdeutschland. Die Untersuchung baut auf folgende Grundannahmen und Überlegungen auf:

1. Der Staat der DDR begründete seine Existenz mit der Allgemeingültigkeit einer als einzig wahr angesehenen Ideologie. Vermutlich verlangte das sich daraus ergebende repressive gesellschaftliche Milieu vom Einzelnen Anpassungsleistungen, die sich von jenen in vergleichbaren Ländern mit demokratischer Staatsform in Art und Ausmaß unterscheiden.
2. Menschen aus pädagogischen Berufen waren diesem Staat formal besonders nahe. Sie fungierten nicht nur als Vermittler von Wissen, sondern auch als Erzieher und Ideologieträger. Lehrer und Erzieher wurden aufgrund dieser Funktion in der DDR häufiger als andere Menschen bezüglich ihrer politischen Einstellung und persönlichen Überzeugungen hinterfragt und überwacht. Es ist daher zu vermuten, daß sie in einem Submilieu wirkten, das totalitären Tendenzen in besonderem Maße ausgesetzt war. Dieses Submilieu könnte eine Quelle psychisch und körperlich destabilisierender Konflikte und Belastungen gewesen sein.
3. Mit dem politischen Umbruch 1989 kam es relativ abrupt zum Zusammenbruch des DDR-Staatsgefüges. Damit entfielen zum einen die autoritär-einengenden Strukturen, zum anderen aber auch die schutzgebenden, versorgenden Seiten des DDR-Staatssystems. Diese veränderte Situation in Ostdeutschland stellt hohe Anforderungen an die dort lebenden Menschen. Sie birgt Risiken und Gefahren, bietet aber gleichzeitig mehr Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung. Die allgemein durch die Umbruchsituation gesteigerten Belastungen könnten, insbesondere auf bereits in der Vergangenheit psychisch labile Individuen, destabilisierend wirken.
4. Psychische Strukturen, die als Mittel der Anpassung in der DDR funktional waren, ragen in die Zukunft hinein und könnten einen adäquaten Umgang mit der Gegenwart verhindern. Spezifische Betrachtungen lassen daher die Annahme zu, daß je nach der Art der Anpassung an das alte System das Erleben und der Umgang mit der Umbruchsituation individuell variieren. Dabei ist zunächst die Vermutung naheliegend, daß ehemals staatsloyal eingestellte Individuen stärker unter dem Verlust des alten Systems leiden und durch die Umbruchsituation stärker belastet sind als ehemals Oppositionelle oder Menschen, die in der DDR unter systembedingten Belastungen zu leiden hatten.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen werden in der vorliegenden Arbeit ehemalige Psychotherapiepatienten (Ptp.) aus pädagogischen Berufen, die vor 1989 eine stationäre Psychotherapie absolvierten, katamnestic untersucht und mit anderen ehemaligen Psychotherapiepatienten, die in "ideologieneutralen" Berufen tätig waren, verglichen.

Dabei stellen sich insbesondere folgende Fragen:

1. Welche Auslösesituationen für psychische Erkrankungen bestanden bei Psychotherapiepatienten vor 1989, wenn man die Krankengeschichten im Hinblick auf den Einfluß systemspezifischer Belastungen bzw. Konflikte neu bewertet?
2. Waren systemspezifische Einflüsse bei Pädagogen häufiger als bei anderen Ptp.?
3. Wie geht es diesen ehemals psychisch destabilisierten Menschen nach dem Zusammenbruch des DDR-Systems?

In den folgenden Kapiteln werden die Grundannahmen dieser Arbeit anhand der bekannten Literatur dargestellt und präzise Fragestellungen und Hypothesen für die Untersuchung abgeleitet.

1.1 Versuch einer Charakterisierung der DDR: Lebensformen im "real-sozialistischen" Staat

Der Rückblick auf die DDR gelingt selbst in der wissenschaftlichen Literatur nicht ohne Emotionalität und Verzerrungen durch zu große Nähe oder zu große Distanz (vgl. z.B. *Schröder und Schröder 1991, Maaz 1990, Moser 1993*). Versuche verschiedener Autoren, die in der DDR lebten, spiegeln immer auch ihre jeweiligen subjektiven Erfahrungen und Einstellungen wider. Dagegen fließen für denjenigen, der die DDR als eine fremde Kultur von außen betrachtet und analysiert, in die Wahrnehmung und Bewertung automatisch Vergleiche zur eigenen gesellschaftlichen Normalität - zum Beispiel zu den westeuropäischen Industrienationen - ein. Bedenkt man ferner, daß im Prozeß von Identitätsbildung und Sozialisation diffizile intrapsychische Anpassungsprozesse an das umgebende soziale Umfeld stattfinden, so erscheint es plausibel, daß ein objektives Bezugsmaß für die Bewertung von Gesellschaften nicht existieren kann: Infolge der lebenslangen Einfügung in eine umgebende Gesellschaft und die Internalisierung ihrer Normen entsteht eine gewisse Blindheit gegenüber der eigenen Kultur und eine kulturell geprägte Subjektivität gegenüber jeder fremden Gesellschaft (*Horney 1977*).

Nachdem das Dilemma einer solchen Betrachtung benannt wurde, soll an dieser Stelle trotzdem versucht werden, die DDR unter Bezugnahme auf die vorhandene Literatur hinsichtlich allgemeiner und spezifischer Wesensmerkmale zu beschreiben. Spezielle Beachtung verdienen dabei Einstellungen, Identifikationsmuster und Lebensformen der Menschen, die in der DDR lebten.

Die Begründung der Existenz eines Staates auf der Basis einer als allgemeingültig angesehenen Ideologie strebt einen Wertemonismus innerhalb der Gesellschaft an, der von verschiedenen Autoren als ein wesentliches Kriterium zur Charakterisierung totalitärer Gesellschaften angesehen wird (*Brunner 1976, Waelder 1967*). Ein solcher Wertemonismus existierte in der DDR in Form der marxistisch-leninistischen Ideologie, mit deren Hilfe die Existenzbegründung und der Überlegenheitsanspruch des sozialistischen Staates hergeleitet wurde. Diese Ideologie war in allen Lebensbereichen gegenwärtig, ihr Absolutheitsanspruch, welcher der Aufrechterhaltung der Staatsmacht diente, engte die

Freiheit des Individuums bis zur Verfolgung Andersdenkender ein und führte zur Errichtung von Feindbildern.

Waelder (1967) beschäftigt sich in der Arbeit "Grundzüge des Totalitarismus" mit den psychischen Auswirkungen totalitärer Systeme und beschreibt typische Anpassungsmechanismen der Menschen im totalitären Staat. Er unterscheidet zwei Formen der Autokratie - autoritäre und totalitäre Systeme. Den Unterschied zwischen beiden sieht er im Ausmaß der von den Herrschenden beanspruchten Autorität und der Art ihrer Vollstreckung. Während die Regierung des totalitären Staates ständig bestrebt sei, "die geheimsten Gedanken der Untertanen zu erforschen", und "jeden als Feind" behandelt, "der nicht völlig zu ihr zu stehen scheint", interessiert sich im Falle autoritärer Strukturen der Staat nicht dafür, "was die Menschen denken, sofern sie die Gesetze beachten" (S.853).

Der totalitäre Staat zwingt die Menschen zu öffentlichen Beifallsbekundungen und überprüfe sie dahingehend, ob sie sich zu den Werten und Zielen der Ideologie bekennen. Der Ausweg aus dem Dilemma der Gedankenüberwachung besteht nach *Waelder* darin, die herrschende Philosophie anzunehmen und zu lernen, an sie zu glauben: "Wenn einmal der herrschende Glaube angenommen ist, kann man die geforderten Rituale mit voller Überzeugung vollziehen. Es besteht keine Gefahr mehr, sich zu verraten; das Leben wird wieder einfach". Diese von *Waelder* beschriebenen Anpassungsmechanismen entsprechen psychoanalytisch einer Identifikation mit dem Angreifer.

Ogleich die DDR anhand der eben beschriebenen Merkmale zunächst als ein im Ansatz totalitärer Staat charakterisiert werden könnte, muß doch bedacht werden, daß totalitäre Mechanismen in der DDR nicht ungehindert in allen Lebensbereichen wirkten (*Schröder 1990, Fritze 1996*). Die Schaffung individueller Freiräume in Form von Nischen, die Distanzierung, bewußte Ablehnung und Opposition erlaubten, dürfte in der Realität totalitärer Gesellschaften einen mindestens ebenso bedeutenden Anpassungs- und Bewältigungsmechanismus darstellen, wie die von *Waelder* beschriebenen Identifikationsprozesse. Insbesondere, wenn man in die Betrachtung historische Dimensionen mit einbezieht, läßt sich feststellen, daß gegen Ende der DDR die Machtpotenz der Ideologie zunehmend zerfiel und diese schließlich nur noch verbal zur Begründung der Herrschaftslegitimation aufrechterhalten wurde (*Fikentscher und Bahrke 1994*). Betrachtet man die DDR-Gesellschaft fernab ihrer unterschiedlich bewerteten totalitären Merkmale, so verbleiben ausgeprägt autoritäre Züge, die im hierarchisch-belehrenden Charakter, der die Umgangsformen in der DDR auch außerhalb des ideologischen Bereichs prägte, ihren Ausdruck finden (*Böhme 1993, Schröder 1990, Schröder und Schröder 1991*).

Die Auswirkungen des theoretischen Absolutheitsanspruches der Ideologie im autoritär geprägten Staat beschreibt der Leipziger Psychologe *Schröder (1990)*. Er stellt fest, daß in der DDR ein "schizoformes Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft" bestand, welches durch das Auseinanderfallen von ideologischen Postulaten und realer Alltagserfahrung bedingt gewesen sei. Der typische Lebensgang sei verplant und vorbestimmt gewesen. Zwar frustrierte dieses Gefühl chronischen Eingeengtseins Bedürfnisse

nach Selbstentfaltung und persönlicher Wirksamkeit, bot aber auch durch die umfassende und frühzeitige Festgelegtheit ein großes Maß an Sicherheit.

Wenn auch gegenteilige Annahmen aus der Literatur bekannt sind (*Fritze 1997*), so liegt es doch zunächst nahe, davon auszugehen, daß der seinem Charakter nach autoritäre und totalitäre Staat seinen Untertanen Anpassungsleistungen abverlangte, die über diejenigen in westlichen Demokratien hinausgehen. Verschiedene Autoren unternahmen den Versuch, spezifische Lebensformen, Anpassungs- und Identifikationsmuster der Menschen in der DDR zu charakterisieren (*Schröder 1990, Müller 1995, Maaz 1990, Geier 1993, Kösser 1993*).

Nach *Schröder (1990)* lassen sich unter dem Gesichtspunkt von Anpassung und Widerstand innerhalb einer einengenden zentralistischen Machtstruktur in der DDR formal nur wenige Reaktionsmuster unterscheiden. Er beschrieb drei Personengruppen:

1. " Normative Konformisten", die als überzeugte Funktionsträger und echt Identifizierte bis zuletzt Erklärungen und Rechtfertigungen zugunsten des sozialistischen Staates fanden. Ihr Anteil in der Gesellschaft nahm ständig ab.
2. Deutlich positionierte "Non- oder Gegenkonformisten", die mit Aktionen oder kritischen Werken hervortraten, zum Teil als Reaktion auf frustrierende Erlebnisse. Nur eine kleine Minderheit gehörte dieser Gruppe an.
3. " Opportune Konformisten", die normativ erschienen und lernten, mit den Machtstrukturen umzugehen. Sie leisteten "elastischen" Widerstand, nutzten zum Teil die bestehenden Verhältnisse für eigene Vorteile -materiell und aus Karrieregesichtspunkten-, richteten sich ein und bildeten zugleich ein "massives Kritikpotential in zumeist privaten Freiräumen". Zu diesem letzten Typ dürfte die Mehrheit der DDR-Bürger gehört haben. Schröder geht davon aus, daß in dieser Gruppe "eine Identifikation mit den herrschenden ideologische Werten (...) immer weniger und sehr passager"(...) stattfand (S.166-167).

Auf der Grundlage von Überlegungen, die den beruflich-gesellschaftlichen Status, die politische Haltung und das Verhältnis zur DDR und zum Sozialismus berücksichtigen, unterscheidet *Müller (1995)* vier Gruppen in der DDR, die unterschiedliche Identitäten entwickelten:

1. "Nomenklatura" (ca. 5%)
2. "Macher" (25-28%)

Dies waren Menschen in beruflich verantwortlichen Positionen, die den Mittelbau der DDR-Gesellschaft ausmachten (insbesondere Intelligenz- und Angestelltenberufe) mit positiver Einstellung zum Sozialismus und Verbundenheit mit der DDR.

3. "Durchschnittsbürger" (ca. 65%)

Sie bildeten eine eher unpolitische Identität aus und waren passiv integriert.

Vermutlich existierte ein breites Spektrum zwischen Unterstützung, Anpassung, Gleichgültigkeit und Ablehnung.

4. "Oppositionelle" (ca. 3-5%)

Der hallische Psychoanalytiker *Maaz (1990)* beschreibt im Gegensatz zu Schröder und Müller in seiner kontrovers diskutierten Analyse des repressiven SED-Regimes den

typischen DDR-Bürger als charakterlich deformiert. Die notwendige Anpassung an das repressive Staatssystem führte seiner Meinung nach durch die Unterdrückung natürlicher Grundbedürfnisse zu einem Mangelsyndrom, das durch Spannung, Gereiztheit, Unzufriedenheit und Angst charakterisiert ist. Durch die Unterdrückung spontaner Gefühlsäußerungen sei ein chronischer Gefühlsstau entstanden. Er beschreibt unterschiedliche soziale Rollen, die selbst Ausdruck und Mittel der Kompensation des Mangelsyndroms sind. Bei der Beschreibung einer jeden dieser sozialen Gruppen benennt Maaz dysfunktionale Mechanismen, die dem spezifischen Rollenverhalten zugrunde liegen. Er unterscheidet:

1. "Die Machthaber", zu denen die Spitze der Partei, des Stasi und der Regierung gehörte. Sie lebten abgeschottet, geschützt und bewacht.
2. "Die Karrieristen" seien zwanghaft strukturierte Menschen gewesen, die durch Anstrengung und Leistung ihren inneren Mangel wettmachen wollten.
3. "Die Mitläufer". So bezeichnet Maaz die soziale Rolle der "gehemmten Charaktere". Sie sei charakterisiert durch "Anpassung an den Willen der Mächtigen, um endlich relative Ruhe und Entspannung zu finden".
4. "Die Dissidenten" kennzeichne "unbewußter Protest", der meist "durch Intellektualität getarnt" gewesen sei und "durch überzeugende Sachargumente rationalisiert" worden sei. "In der Analyse der Motive für das oppositionelle Verhalten wurde das aggressive Potential des Widerspruchs gegen die Eltern oft erkennbar."
5. "Die Ausreisenden und Flüchtenden", die verschiedenartige Motive zum Verlassen des Landes hatten. Als psychologische Hintergründe benennt Maaz unter anderem das "Agieren mit dem Antrag, um eigene Probleme abzuwehren" und den äußeren Wohlstand der BRD als "hervorragende Projektionsfläche für alle scheinbaren Wünsche und Hoffnungen". In dieser Gruppe sei stets unterdrückte Aggressivität im Spiel gewesen.
6. "Die Utopisten" seien ein kleiner, nicht formierter Kreis von Intellektuellen gewesen, die christliche, humanistische und sozialistische Ideale durch alle Anfeindungen hindurch hochhielten. Sie waren mutige Individualisten, die ein hohes Sozialprestige genäßen. Jedoch sei der Hintergrund ihrer Aktivitäten häufig ein "innerer Zwang zur aufrechten Haltung, zur Ehrlichkeit, Offenheit und Anständigkeit, und zwar nicht aus einer freien und reifen Entscheidung, sondern als Fortführung entweder eines elterlichen Auftrages oder auch im unbewußten Protest gegen die Unaufrichtigkeit und Verlogenheit im Elternhaus" gewesen (Maaz 1990, S. 121-127).

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit erschien die Einteilung von Schröder (1990) am geeignetsten, da sie in nur drei Kategorien in sehr pragmatischer Weise Nähe und Distanz zum Staat charakterisiert. Gleichzeitig können anhand dieser Gruppierung einfache Anpassungsmechanismen abgebildet werden: identifikatorische Anpassung mit innerer Zustimmung (Identifikation), Opportunismus mit innerer Ablehnung und äußerer Zustimmung, Opposition mit innerer und äußerer Ablehnung.

1.2 Besonderheiten der Situation der Pädagogen in der DDR

Wenn auch die DDR-Staatsmacht in der Realität durch das militärische Potential der Besatzungsmacht gesichert wurde, so leitete sich doch die Legitimation des sozialistischen Staates aus der marxistisch-leninistischen Ideologie ab. Der Vermittlung und Verbreitung dieser Ideologie kam insbesondere im Bereich des Bildungswesens eine große Bedeutung zu, die auch in strukturellen Besonderheiten ihren Ausdruck fand (*Dümcke und Vilmar 1995*).

Pädagogen in der DDR unterstanden einem "Bildungs- und Erziehungsauftrag", der wie folgt formuliert wurde:

"Es gilt, allseitig entwickelte sozialistische Persönlichkeiten zu formen, die sich durch hohe Lern- und Arbeitsbereitschaft und Leistungsfähigkeit für die sozialistische Gesellschaft auszeichnen." (*Staatsbürgerkunde Klasse 10, 1988*)

Das marxistische Verständnis der Persönlichkeitsstruktur beinhaltete die "Akzeptanz eines Persönlichkeitsbildes, in dessen Zentrum die ideologischen Überzeugungen standen, welche inhaltlich auf einen dogmatisch verstandenen Marxismus-Leninismus ausgerichtet waren. (...) Aufgabe des 'wissenschaftlichen und parteilichen Unterrichts' (so die damals gängige Formulierung) war es, mit der Vermittlung und Aneignung wissenschaftlicher Fakten, Zusammenhänge, Gesetze bei Schülern zur Herausbildung der marxistisch-leninistischen Weltanschauung beizutragen. (...) Damit waren Mechanismen vorausgedachter Schablonen vorgegeben, die den Unterricht zum 'Hauptfeld kommunistischer Erziehung' machen sollten" (*Hausten 1993, S. 503*). Diese besondere Funktion des sozialistischen Bildungswesens, nämlich neben der Wissensvermittlung auch im Sinne der marxistischen Ideologie erzieherisch wirksam zu werden, führte einerseits zu einer starken Ideologisierung der Lehrstoffe, andererseits wurden Lehrer und Erzieher auch stärker als andere Berufsgruppen bezüglich ihrer politischen Haltung hinterfragt und kontrolliert (*Hausten 1993, Vollmann 1995*). Die Pädagogenstätigkeit in der DDR wies infolge der Rolle dieser Berufsgruppe als Ideologievermittler einige Besonderheiten auf: So waren Pädagogen, selbst wenn sie nicht Mitglied der SED waren, dazu verpflichtet, einmal monatlich an einer SED-internen ideologischen Schulung, dem sogenannten "Parteilehrjahr" teilzunehmen. Klassenleiter waren dafür verantwortlich, militärischen Nachwuchs für die NVA zu werben. Über den Erfolg mußten sie monatlich vor dem Schulleiter Rechenschaft ablegen. Für Pädagogen existierten Sonderregelungen, die in der Verfassung verankerte Grundrechte, wie zum Beispiel das - sicher auch für andere in der Praxis fragwürdige - Recht auf freie Wahlen einschränkten: Wenn ein Pädagoge nicht zur Wahl ging, so war das laut Lehrerdienstordnung ein Kündigungsgrund (*Vollmann 1995*).

Bei der Unterrichtsgestaltung waren Lehrer in der DDR sehr stark an systematische Vorgaben für die Stoffvermittlung gebunden (*Hausten 1993*). Materialien für die Unterrichtsvorbereitung ("Unterrichtshilfen") schrieben den Stoff und sogar den Stundenablauf für jedes Fach in sehr detaillierter Weise vor. Über ihre "Leistungen" mußten Lehrer regelmäßig Rechenschaft ablegen, nicht selten wurde dabei die Lehrerleistung am Klassendurchschnitt der Schülernoten gemessen (*Vollmann 1995*).

Klassenlehrer mußten zwei Mal monatlich außerunterrichtliche, z.T. vorgegebene thematische Veranstaltungen im Rahmen der Pionierorganisation bzw. der FDJ mit den Schülern durchführen.

Die Existenz spezieller Verfügungen im DDR-Bildungswesen band Pädagogen zudem in besonderem Maße an ihren Beruf, sie hatten keine attraktiven Aufstiegschancen und potentiell keine Veränderungsmöglichkeiten. Diese Tatsache wurde von DDR-Pädagogen auch als "Leibeigenschaft des Volksbildungswesens" reflektiert und formuliert (*Schröder 1990*).

Dümcke und Vilmar (1995) gelangen zu der noch extremeren Einschätzung, daß das Bildungswesen der DDR, welches "politisch, organisatorisch und ideologisch besonders zentralistisch geleitet" wurde, "strukturell und im Selbstverständnis vieler leitender Kader" (...) "ein paramilitärisches Bataillon an der erzieherischen Front" gewesen sei. Viele Pädagogen, die "mit Engagement und Aufopferung ihre Arbeit machten und teilweise unsäglich an der gesellschaftlichen Schizophrenie zwischen Meta-Realität und Realität litten", seien "formalrechtlich nur Soldaten" gewesen. Einschränkend wird jedoch festgestellt, daß "in den -vor allem- naturwissenschaftlichen Unterrichtsfächern und zu großen Teilen auch im Deutschunterricht neben einer mehr oder weniger greifenden ideologischen Verformung die Lehrinhalte ein hohes Niveau hatten" (S. 335).

Die Schulpsychologin *Vollmann (1995)* erklärte den "Zwiespalt der Lehrer" in der DDR wie folgt: "Lehrer litten, weil eigene Erfahrungen, Gefühle, Wertvorstellungen ständig in Frage gestellt wurden bzw. auch als verdächtig beurteilt wurden" (S.229). "Das von den Lehrern als richtig, wichtig Erkannte, durften sie nicht einfach vermitteln. Lehrer haben gelitten unter pausenloser politischer Agitation, die sie als Zeitverschwendung ansahen, unter der ständigen Kontrolle, die ihnen nicht gerecht wurde" (S.229). Nach *Vollmann* führte jeder Bewältigungsversuch des Dilemmas der Lehrer in den Zwiespalt zwischen Widerstand und Anpassung. Als zwei typische Anpassungsstrategien unter Lehrern in der DDR benennt sie: 1. keinen Risikoprotest eingehen ("die Faust in der Tasche ballen"), 2. Rationalisierung ("...die Ideen des Sozialismus sind doch nicht alle schlecht") (S.230).

Es ist zu vermuten, daß Pädagogen in der DDR aufgrund des Zwanges, sich regelmäßig öffentlich zu den Zielen des Staates bekennen zu müssen, in krankmachende Konflikte gerieten, denen sie aufgrund der rigiden, kontrollierenden Struktur des DDR-Bildungswesens nur schwer entinnen konnten. Dieser Eindruck wird gestützt durch die Tatsache, daß pädagogische Berufe seit den siebziger Jahren zu den Berufen mit den höchsten Krankheits- und Berufsunfähigkeitsraten zählten. Das Problem der Pädagogenmorbidity wurde in den achtziger Jahren zu einer bildungspolitischen Größe, welches interdisziplinär beforscht und einzudämmen versucht wurde (*Schröder 1990*). Psychoneurotische und psychosomatische Störungen waren bei Lehrern und Erziehern besonders häufig, was unter Ärzten und Psychotherapeuten zu der vielzitierten Einschätzung führte, daß Lehrer in der DDR "kein Beruf, sondern eine Diagnose" sei. Unter stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten waren Pädagogen um ein Vielfaches häufiger vertreten als es entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Pädagogen klagten häufig über psychosomatische Beschwerden

und Erschöpfungssymptome und begaben sich oft erst in chronifizierten Krankheitsstadien in Behandlung (*Fikentscher 1986*). Es ist bekannt, daß neurotische Beschwerden bei Pädagogen proportional mit der Anzahl der Dienstjahre zunahmen, so daß ein krankmachender Einfluß des beruflichen Umfeldes naheliegt (*Buhr 1979*).

In einer Anfang der achtziger Jahre durchgeführten katamnesticen Untersuchung an der Psychotherapieabteilung der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Halle, die Patienten aus pädagogischen Berufen mit anderen Psychotherapiepatienten vergleicht, lassen sich die wichtigsten Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: Pädagogen fühlten sich im Vergleich zu anderen Psychotherapiepatienten zu Beginn ihrer Therapie durch psychische und körperliche Beschwerden stärker belastet, klagten häufiger über äußere Belastungen, insbesondere Zeitdruck, gaben aber weniger häufig als andere Psychotherapiepatienten aktuelle Konflikte an. Im Katamnesezeitraum rezidierten die neurotischen Beschwerden bei Pädagogen häufiger. Ebenfalls häufiger als in der Vergleichsgruppe traten neue somatische Beschwerden im Katamnesezeitraum auf. Es fand sich eine deutlich höhere Langzeitarbeitsunfähigkeit bei Pädagogen, und sie äußerten häufiger den Wunsch nach Berufs- und Tätigkeitswechsel. Bei $\frac{3}{4}$ fand sich im Therapiezeitraum eine Neigung zu einer hohen Leistungshaltung und übersteigertem Pflichtbewußtsein. Sechs Prozent Invalidisierung und Berufsunfähigkeit in der Gruppe der untersuchten Pädagogen stand 1% in der Vergleichsgruppe gegenüber. Pädagogen betrachteten sich häufiger als beruflich überfordert. 16% der untersuchten Pädagogen sahen die mangelnden Veränderungsmöglichkeiten ihrer Lebens- und insbesondere Arbeitsumstände als einen negativen Einflußfaktor auf ihren psychischen Gesundheitstzustand an (*Fikentscher 1986*).

Es liegt auf der Hand, daß systemspezifische Einflußfaktoren unter den damaligen Bedingungen nicht genauer beleuchtet werden konnten. Mit dem Umbruch bot sich anhand einer erneuten Katamnese studie die Möglichkeit, zu untersuchen, wie ehemalige Patienten aus pädagogischen Berufen auf den Zusammenbruch des Systems reagieren. Theoretisch sind sowohl be- als auch entlastende Auswirkungen denkbar. Es ist zu vermuten, daß das Erleben und Verarbeiten dieser gravierenden Veränderungen, abhängig von früheren Anpassungs- und Identifikationsmustern gegenüber dem System, individuell variieren.

1.3 Charakterisierung der Umbruchsituation und ihrer möglichen psychischen Auswirkungen

Die im Herbst 1989 eingeleitete Umbruchsituation führte relativ abrupt zum Zusammenbruch des DDR-Staatssystems. Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Betrachtungsweisen und Erklärungsansätze herrscht in der Literatur Einigkeit über die enormen Belastungen für die Menschen in Ostdeutschland, welche durch den Systemzusammenbruch und die Wiedervereinigung entstanden sind. *Schröder (1990)* schätzt ein, daß die Umbruchsituation anhand der Konzepte der Streßforschung den Rang eines "nicht-normativen kritischen Lebensereignisses" einnimmt, welches an den Einzelnen Anforderungen stellt, die zusätzlich zu den Entwicklungsaufgaben einzelner Lebensetappen zu bewältigen sind; ebenso könnte man aus der Sicht der medizinischen und klinischen Psychologie von einer "populationsumgreifenden Orientierungskrise" der Menschen sprechen. Das emotionale Erleben der Umbruchsituation durch die Ostdeutschen wurde vielfach mit negativen Attributen wie "Demütigung und Erniedrigung" (*Simon 1992, Stratemann 1992*), "Verlust" von Sicherheit, Vertrauen, Orientierung und Arbeit (*Busse und Schierwagen 1990, Berger 1993, Müller 1993*) sowie "Verunsicherung und Angst" (*Maaz 1993, Marz 1992, Becker et al. 1992*) beschrieben. *Roberts (1991)* bezeichnete die früheren DDR-Bürger als "emigrants in their own country" und beschreibt hiermit das Ausmaß der Sozialisationsanforderungen, dem die Ostdeutschen innerhalb weniger Monate ausgesetzt waren.

Die Veränderungen im Zuge der Umbruchsituation lassen sich am ehesten anhand der Entwicklung des ostdeutschen Arbeitsmarktes quantifizieren: Zwischen Herbst 1989 und 1994 reduzierte sich die Zahl der Beschäftigten von 9,5 auf 6 Millionen (*Brinkmann und Wiedemann 1994*). Rund zwei Fünftel der Arbeitsplätze wurden abgebaut (*Berger 1993*). Zwei Drittel der Arbeitslosen sind Frauen (*Engelbrech 1994*). Nur 31% der Erwerbstätigen arbeiteten 1992 weiterhin in ihren alten Betrieben (*Berger und Schulz 1994*).

Negative gesundheitliche Auswirkungen der Umbruchsituation wurden wiederholt vermutet. Soziologische und psychologische Ansätze betonen die Gefahr von Sinn- und Identitätskrisen (*Müller 1995*), die unter anderem durch die Freisetzung des Subjekts aus normativen Bindungen, die Dekonstruktion der identitätsstiftenden gemeinsamen Vergangenheit, der Verunsicherung durch biographische Brüche und die Pluralisierung der Lebenswelten bedingt sind. Für das Individuum entsteht eine Situation "riskanter Chancen" (*Keupp 1988*), deren Chancen im Aufbrechen normativer Muster, im Sich-Ausprobieren und im Bestreiten unbekannter Wege liegen und deren Risiko aus einem möglichen Scheitern besteht (*Steinke und Hajek 1994*).

Aus psychoanalytischer Sicht lassen sich ungünstige Auswirkungen des Umbruchs insbesondere aus dem Verlust autoritär stützender Aspekte des alten Systems herleiten: *Mentzos (1984)* beschrieb die Folgen des Verfalls von Institutionen im Zusammenhang mit psychosozialen Abwehrprozessen. Durch die Auflösung institutionalisierter psychosozialer Abwehrkonstellationen käme es - zumindest in einer Übergangsphase - unvermeidlich zu

Störungen des seelischen Gleichgewichtes. Besonders betroffen seien die ehemals Untergebenen, die mit der neu gewonnenen Freiheit zunächst nichts anzufangen wüßten. *Möhring (1992)* beschreibt aus der Sicht der Ethnopschoanalyse die psychosomatische Grundstörung als eine Störung, die durch die "Überidentifizierung mit sozialen Stereotypen bei Verzicht auf individuelle Entwicklungsschritte" gekennzeichnet ist und sich vor dem Hintergrund einer gestörten Selbstentwicklung ausbildet.

Oettingen und Seligmann (1990) haben die Wiedervereinigung als ein experimentelles Hilflosigkeitsparadigma bezeichnet und darauf bezugnehmend postuliert, daß psychovegetative Symptome und besonders depressive Kognitionen bei Menschen in Ostdeutschland zunehmen müßten. *Schröder (1992)* sieht ostdeutsche Menschen durch den Umbruch in einen "andauernden psychoenergetischer Bereitstellungs Zustand mit eingeschränkter Erholungsfähigkeit" im Sinne des chronischen Streßsyndroms versetzt. Die Auflösung bzw. der Umbau bergender Lebensräume und der gleichzeitige Aufbruch repressiver Lebensstrukturen stelle die Menschen vor Aufgaben, deren Bewältigung bis in den psychophysischen Bereich von Gesundheit und Krankheit hinein ernsthafte Folgen haben könnte.

Möglicherweise sind erhöhte Angst- und unspezifische psychosomatische Erschöpfungssymptome, wie sie in einigen Untersuchungen bei Ostdeutschen im Vergleich zu Westdeutschen gefunden wurden, Ausdruck der geschilderten Verunsicherung (*Hänsgen 1992, Oettingen und Seligman 1990, Wittchen 1994*).

1.4 Modelle zur Symptomentstehung und der Begriff der Anpassung

Das Krankheitsmodell der Psychoanalyse geht davon aus, daß es unter dem Einfluß äußerer Veränderungen, welche für die innere Bedürfniswelt den Charakter erheblicher Versagung oder Versuchung besitzen, zum Zusammenbruch der bestehenden Balance kommt. Das Symptom entsteht letztendlich als Kompromißbildung aus gegensätzlichen Regungen. Voraussetzung für diesen Prozeß ist, daß das Funktionsniveau der Persönlichkeit soweit ausgereift ist, daß die frühen Beziehungskonflikte internalisiert werden konnten. Aus diesen internalisierten frühen Beziehungskonflikten resultieren unbewußte Konflikte zwischen Trieb- und Bedürfnisregungen auf der einen Seite und dem steuernden Ich unter dem Einfluß von Über-Ich und Ich-Ideal auf der anderen Seite. Nach dem Konzept der Psychoanalyse wird die Krankheitsdisposition durch die Abwehr von Bedürfnis- und Affektspannungen, die sich aus schmerzlichen Beziehungserfahrungen ableiten, sowie unbewußter Über-Ich und Ich-Ideal-Forderungen geprägt. Infolge dieser Verdrängungsprozesse entstehen neurotische Einengungen des Erlebens und Verhaltens sowie intrapsychische Spannungen, welche die innere Balance belasten (*Rudolf 1993, Hoffmann und Hochapfel 1992*).

Dem psychoanalytischen Konzept über die auslösenden Versuchungs- und Versagungssituationen ist im psychologisch-psychiatrischen Bereich die Lebensereignisforschung gegenüberzustellen, die sich mit der Frage befaßt, ob eine Häufung lebensverändernder Ereignisse im Erwachsenenalter krankheitsauslösend wirken kann. Belastungsumstände in Kindheit und Jugend werden dabei bewußt ausgeklammert. Die Lebensereignisforschung betont die Bedeutung übermäßiger Anpassungsleistungen und sieht diese in einem kausalen Zusammenhang mit einem höheren Krankheitsrisiko (*Dohrenwend und Dohrenwend 1974, Holmes und Rahe 1967*).

Während sich das frühe Freudsche Modell der Neurose in den Begriffen pathogener Anpassung an Erlebnisse aus der äußeren Realität definieren läßt, spielten Überlegungen über die Bedeutung äußerer Umstände in späteren Phasen des Freudschen Werkes eine untergeordnete Rolle (*Joffe und Sandler 1967*). Jedoch wurde das Abwehrkonzept seit Freud von verschiedenen Autoren überarbeitet und dabei wieder enger mit dem Anpassungsbegriff verknüpft (*Hartmann 1964, Hoffer 1954*), so daß Abwehrmechanismen im modernen psychoanalytischen Verständnis als spezielle Formen allgemeinerer Anpassungsmechanismen angesehen werden (*Joffe und Sandler 1967*). In der vorliegenden Arbeit wird ein Grundverständnis vertreten, welches Realitätsanpassung als eine biologisch-prädisponierte Folge eines allgemeineren Regulations- und Kontrollprinzips betrachtet.

2 Fragestellung und Hypothesen

2.1 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit untersucht folgende Fragen:

A Vergleich von ehemaligen Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen und einer Vergleichsgruppe

1. Wie unterscheiden sich Pädagogen- und Vergleichsgruppe vor dem Umbruch hinsichtlich ihrer

- a) Symptomatik
- b) Persönlichkeit
- c) Konflikte und psychosozialen Auslösesituationen
- d) Anpassungsstrategien?

2. Wie unterscheiden sich Pädagogen- und Vergleichsgruppe nach dem Umbruch hinsichtlich ihrer

- a) Symptomatik
- b) Persönlichkeit
- c) Konflikte und psychosozialen Auslösesituationen
- d) Anpassungsstrategien?

B Psychotherapiepatienten in der Umbruchsituation

Wie hat sich die Umbruchsituation in Ostdeutschland auf das Befinden ehemaliger Psychotherapiepatienten ausgewirkt?

2.2 Hypothesen

Die sich aus der Fragestellung und der Literaturbesprechung ergebenden Hypothesen sind:

Hypothese 1:

Zum Therapiezeitpunkt finden sich systembedingte, psychopathogenetisch bedeutsame Konfliktsituationen bei Pädagogen häufiger als in anderen Berufsgruppen.

Unterhypothese 1:

Solche Patienten, die zum Therapiezeitpunkt unter systembedingten Belastungen litten, sind durch den Systemumbruch entlastet.

Hypothese 2:

Die Umbruchsituation in Ostdeutschland destabilisiert Menschen, die in der Vergangenheit psychisch labil waren, erneut.

Unterhypothese 2:

Individuen, die positiv mit der DDR identifiziert waren, gehen belasteter aus der Umbruchsituation hervor als andere.

3 Untersuchung

In der vorliegenden Arbeit werden im Rahmen einer Katamnesestudie zwei unterschiedliche Gruppen ehemaliger Psychotherapiepatienten (Ptp.), die vor 1989 in der DDR stationär psychotherapeutisch behandelt wurden, in Bezug auf symptomauslösende Bedingungen in der DDR und in der Umbruchsituation untersucht und hinsichtlich ihrer Symptomatik, Persönlichkeitsstruktur und Konfliktmuster verglichen. Der Untersuchungsansatz dieser Arbeit schließt empirisch-quantifizierende und individuell-biographische Verfahren ein. Entsprechend der Fragestellung werden ehemalige Ptp. aus pädagogischen Berufen und ehemalige Ptp. aus nichtpädagogischen, ideologiefernen Berufen vergleichend untersucht.

3.1 Patienten

3.1.1 Einschlusskriterien für die Untersuchung

Es wurden ehemalige Patienten der Psychotherapie-Abteilung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle untersucht, die zwischen 1983 und 1989 stationär psychotherapeutisch behandelt wurden und die durch ihre Tätigkeit zum Therapiezeitpunkt einer der beiden folgenden Gruppen zugeordnet werden konnten:

1. Pädagogengruppe

Eingeschlossen wurden Lehrer der Ober- und Unterstufe, Erzieher, Hortnerinnen und Kindergärtnerinnen. Die Tätigkeit in diesen Berufen erforderte in der DDR im allgemeinen einen Fach- bzw. Hochschulabschluß. Alle genannten Berufsgruppen unterstanden dem Ministerium für Volksbildung der DDR. Sie werden im folgenden als "Pädagogen" (P) bezeichnet.

2. Vergleichsgruppe ("Nichtpädagogen")

In diese Gruppe wurden Patienten aus nichtpädagogischen und möglichst "ideologieneutralen" Berufen eingeschlossen, die einen Fach- oder Hochschulabschluß erforderten. Folgende Berufsgruppen wurden berücksichtigt: Ingenieure, Ökonomen, Chemiker, Ärzte und Zahnärzte, Pharmazeuten, Technologen, Musiker, Designer, Agrarwissenschaftler und Psychologen. Sie werden nachfolgend in dieser Arbeit auch als "Nichtpädagogen" (N) bezeichnet.

An der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Halle wurde in dem für die Untersuchung relevanten Zeitraum eine psychoanalytisch-orientierte Gruppentherapie durchgeführt, die verhaltenstherapeutische Elemente, Autogenes Training, Physio-, Gestaltungs- und kommunikative Bewegungstherapie einschloß. Die durchschnittliche Dauer der Therapie betrug 8 Wochen.

Die Vorauswahl der Untersuchungsteilnehmer erfolgte auf Grundlage der Eintragungen im Aufnahmebuch der entsprechenden Jahrgänge. Das Aufnahmebuch enthält handschriftlich die persönlichen Daten der aufgenommenen Patienten, einschließlich ihrer

Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnung und Angaben über den Zweck und die Dauer des Aufenthaltes. Patienten, die nur zu einer Vordiagnostik oder zu einem Gutachten stationär aufgenommen worden waren und Patienten, welche die Therapie nach weniger als 2 Wochen abgebrochen hatten, wurden bei der Vorauswahl nicht berücksichtigt. Da über den Bildungsweg keine Eintragungen im Aufnahmebuch vorlagen, konnte als Kriterium der Zuordnung zu den Vergleichsgruppen nur die Tätigkeits- bzw. Berufsbezeichnung genutzt werden.

Anschließend wurden die Akten der vorausgewählten Patienten aus dem Archiv der Klinik angefordert, die Einschlusskriterien nochmals überprüft und die Adressen ermittelt. Auf diese Weise konnten 49 ehemalige Patienten der Pädagogengruppe und 47 der Vergleichsgruppe zugeordnet werden.

3.1.2 Beschreibung der Ausgangspopulationen

In Tabelle 1 wird die Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, beschrieben.

	Nichtpädagogen (n=47)	Pädagogen (n=49)
Alter zu T ₁ (Altersspanne)	36 (20 - 56)	38 (23 - 55)
Geschlechtsverteilung (m:w)	22:25	10:39
Frauenanteil	53%	80%
durchschnittlicher Abstand zur Therapie	8 Jahre	8,5 Jahre

Tabelle 1 Beschreibung der Ausgangspopulation

3.1.3 Rekrutierung der Untersuchungsgruppen

Alle so ausgewählten Patienten wurden zwischen Mai 1993 und November 1994 angeschrieben und um ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Von den vorausgewählten Nichtpädagogen gaben 16 ihr Einverständnis zur Teilnahme. Bis Ende November 1994 kamen 14 Untersuchungstermine zustande.

Da die ehemalige Pädagogenklientel der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik im Zeitraum von 1993 bis 1995 Gegenstand einer breiteren Katamnesestudie war (*Wittwar 1998*), ergab sich für die Rekrutierung zweier vergleichbarer Untersuchungsgruppen folgendes Vorgehen: Die optimale Vergleichsgruppe für die 14 "Nichtpädagogen", die sich an der Untersuchung beteiligt hatten, wurde durch *pair matching* aus einer Gruppe von 34 "Pädagogen", die nach gleichen Methoden untersucht wurden, gebildet. Dabei wurde die weitgehende Übereinstimmung der Alters- und Geschlechtsstruktur zum Therapiezeitpunkt angestrebt. Idealerweise sollte demzufolge ein 45-jähriger "Pädagoge", der 1986 zur Therapie kam, einem 45-jährigen "Nichtpädagogen", der ebenfalls 1986 behandelt wurde, zugeordnet werden. Entsprechend der Klientel war dies nur in Annäherung möglich. Das Endergebnis der Paarung stellt den optimalen Kompromiß dar. Schwierigkeiten ergaben sich hierbei insbesondere durch die unterschiedliche Geschlechtsverteilung in den beiden Ausgangs-

populationen. Drei Paare stimmen im Geschlecht nicht überein. Die folgende Abbildung verdeutlicht das Zustandekommen der Untersuchungsgruppen. In Tabelle 2 wird das Endergebnis der Parallelisierung der Einzelfälle dargestellt.

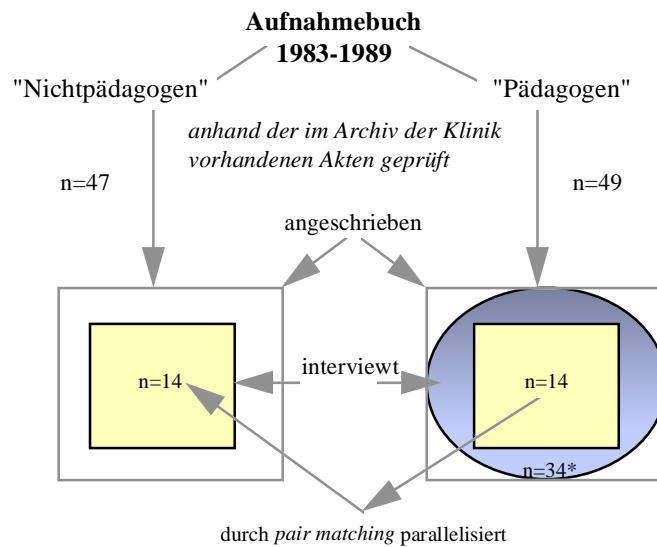


Abbildung 1 Zustandekommen der Untersuchungsgruppen

* - vgl. Wittwar 1998

Nichtpädagogen				Pädagogen			
Nr.	geb.	Ther.	m/w	Nr.	geb.	Ther.	m/w
1	1930	1986	m	15	1928	1983	m
2*	1932	1983	m	16*	1931	1984	w
3	1935	1983	w	17	1935	1984	w
4	1936	1989	w	18	1936	1989	w
5	1937	1985	m	19	1938	1984	m
6	1939	1989	w	20	1939	1985	w
7*	1940	1983	m	21*	1940	1986	w
8	1940	1986	m	22	1941	1984	m
9	1941	1989	w	23	1941	1988	w
10	1942	1983	m	24	1943	1984	m
11	1948	1989	w	25	1947	1989	w
12	1955	1984	w	26	1954	1985	w
13*	1958	1989	w	27*	1957	1985	m
14	1960	1984	w	28	1964	1989	w

Tabelle 2 Parallelisierung der Untersuchungsgruppen

* Paar stimmt im Geschlecht nicht überein.

Die verwendete Numerierung gilt für die gesamte Arbeit und kann zur Identifizierung von Einzelfällen herangezogen werden.

3.1.4 Untersuchungszeitraum

Die Nachuntersuchung der Untersuchungsteilnehmer begann Anfang Juli 1993 und endete Ende November 1994.

3.1.5 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Aus Tabelle 3 geht die Alters- und Geschlechtsverteilung der Untersuchungsgruppen hervor.

	Pädagogen	Nichtpädagogen
Geschlechtsverteilung (m:w)	5:9	6:8
Durchschnittsalter zu T ₁	43	43
Altersspanne	25 -55	24-56
Durchschnittlicher Abstand zur Therapie	9 Jahre	8 Jahre

Tabelle 3 Beschreibung der Untersuchungsgruppen bezüglich Alter und Geschlecht

Die genaue Altersverteilung in den untersuchten Gruppen wird in Tabelle 4 dargestellt.

Geburtsjahrgang	Pädagogen	Nichtpädagogen	Gesamtgruppe
bis 1937	5	4	9
1938 - 1945	5	6	11
1946 - 1953	1	1	2
1954 - 1962	3	3	6

Tabelle 4 Altersverteilung in den Untersuchungsgruppen

Mehr als zwei Drittel der Patienten wurden vor 1945 geboren. Ein Drittel wurde vor 1937 geboren und hat somit die Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland, also bereits eine andere Form totalitärer Herrschaft, bewußt miterlebt.

Beschwerdebilder

Die untersuchten Patienten litten zum Therapiezeitpunkt an unterschiedlichen neurotischen Störungen. Am häufigsten waren depressive, gefolgt von neurasthenischen, angstneurotischen und funktionellen (somatoformen) Beschwerdebildern. Hinsichtlich der damals üblichen Unterscheidung in primäre und sekundäre neurotische Fehlentwicklungen wurden überwiegend primäre neurotische Fehlentwicklungen diagnostiziert. Üblich war es auch, in den Diagnosen die vorherrschenden Persönlichkeitszüge zu benennen. Persönlichkeitsstörungen wurden in den damaligen Diagnosen jedoch nicht erwähnt. Die retrospektiv erstellten ICD-10-Diagnosen für den Therapiezeitraum werden im Ergebnisteil dieser Arbeit dargestellt, um eine Zuordnung zu gegenwärtigen Diagnoseauffassungen zu ermöglichen.

Drei Patienten der Vergleichsgruppe hatten sich vor der hier betrachteten stationären Behandlung bereits ein- oder mehrfach in stationärer Psychotherapie befunden (Fall-Nr. 7; 9;12). Das war bei keinem der untersuchten Pädagogen der Fall.

Bildungsweg und berufliche Tätigkeit

Der Bildungsweg und die berufliche Tätigkeit wird für alle Untersuchungsteilnehmer in der folgenden Tabelle dargestellt.

Pädagogengruppe		
Nr.	Bildungsweg	Beruf, Tätigkeit zum Zeitpunkt der Therapie
15	8. Klasse, ABF, Universität	Oberstufenlehrer (Geographie), stellvertretender Direktor
16	10. Klasse, Sonderausbildung	Berufsschullehrerin (Deutsch/Geschichte)
17	8. Klasse, Lehre (Friseur), Fernstudium	Berufsschullehrerin (Deutsch)
18	8. Klasse, Lehre, Schnellkurs	Erzieherin
19	8. Klasse, Lehre, Spezial-Abitur, HSA	Oberstufenlehrer (Mathematik, Physik)
20	8. Klasse, Lehrerausbildung (Grundstufe)	Unterstufenlehrerin
21	Abitur, HSA	Oberstufenlehrerin (Chemie, Physik), Pionierleiterin
22	Abitur, Lehre, Fernstudium	Heimerzieher, Parteisekretär
23	10. Klasse, FSA zur Unterstufenlehrerin	Erzieherin
24	Abitur, HSA	Oberstufenlehrer (Mathematik, Physik), FDJ-Sekretär
25	Abitur, HSA (Deutsch/ Englisch)	Lehrerin im Hochschuldienst (Englisch)
26	10. Klasse, FSA	Hilfsschullehrerin
27	Abitur, HSA	Diplomsportlehrer, Trainer
28	Abitur, HSA	Pädagogikstudentin/ -absolventin, Staatsbürgerkunde/ Geschichte)

Vergleichsgruppe		
Nr.	Bildungsweg	Beruf, Tätigkeit zum Zeitpunkt der Therapie
1	Abitur, HSA	Chemiker, wissenschaftlicher Mitarbeiter
2	10. Klasse, Lehre, FSA, HSA	Chemiker, Betriebsleiter (mittlerer Chemiebetrieb)
3	8. Klasse, Lehre, Weiterbildung	Abteilungsleiterin an einer Hochschule
4	8. Klasse, Lehre, diverse Weiterbildung	Industriekauffrau, Abteilungsleiterin, "Brigadeökonom"
5	8. Klasse, Weiterbildung, FSA	Fertigungstechnologe (Landmaschinenbau)
6	10. Klasse, FSA	Staatswissenschaftlerin, stellvertr. Abteilungsleiterin
7	Abitur, HSA	Chemiker, wiss. Mitarbeiter in einer Forschungsabteilung
8	Lehre, Abitur, FSA	Ingenieur (Vermessungswesen), wiss.-techn. Mitarbeiter
9	Abitur, HSA	Praktische Ärztin (Poliklinik)
10	10. Klasse, FSA	Chemiker, Laborleiter
11	Lehre mit Abitur, HSA	Chemikerin, Mitarb. für Information und Dokumentation
12	10. Klasse, Lehre, FSA	Finanzökonomin, Abteilungsleiterin ("Naherholung")
13	Abitur, FSA	Elektronik-Ingenieur, Forschungsingenieur
14	Abitur, HSA	Pharmaziestudentin/ -absolventin

Tabelle 5 Bildungsweg, Beruf und Tätigkeit der untersuchten Patienten zum Zeitpunkt der Therapie

In der Tabelle verwendete Abkürzungen:

FSA - Fachschulabschluß (in der Regel 3-jähriges Studium nach dem Erwerb der mittleren Reife)

HSA - Hochschulabschluß, wiss.-techn. - wissenschaftlich-technisch, ABF - "Arbeiter- und Bauernfakultät"

3.2 Angewendete Verfahren

Die Fragestellung dieser Arbeit erfordert es, die seelische Befindlichkeit und Persönlichkeit der Untersuchungsteilnehmer, ihre Lebenssituation und psychodynamische Zusammenhänge möglichst genau zu erfassen.

Die Datenerhebung stützt sich auf folgende Verfahren:

- Auswertung der Krankenakten vom Therapiezeitraum

- Halbstandardisiertes Interview
- Fragebogentests.

Die Auswertung der gewonnenen Informationen stützt sich auf:

- Nachbesprechungen mit einem erfahrenem Psychotherapeuten
- die statistische Auswertung des Datenmaterials.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über das Studiendesign.

	vor Oktober 1989		1993/94
	Beginn der stationären Psychotherapie T₁	Ende der stationären Psychotherapie T₂	Zeitpunkt der Katamnese K
	<i>Aktenaufzeichnungen</i>		
	<i>halbstandardisiertes Interview</i>		
<i>Persönlichkeits-tests</i>	MMPI (470-F-Test)	MMPI (470-F-Test)	MMPI (deutsche Kurzform für Handauswertung)
<i>Beschwerdefragebögen</i>	BFB-B		Gießen-Test (Selbsteinschätzung) BFB-B (Selbsteinschätzung) SCL-90-R (Selbsteinschätzung)

Abbildung 2 Studiendesign

MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory, BFB- Beschwerdefragebogen nach Höck und Hess., SCL90-R - Symptom Check List (revised), ausführliche Beschreibung der Tests siehe Kap. 3.2.3

3.2.1 Auswertung der Krankenakten

Folgende Materialien aus den Akten wurden für die Auswertung herangezogen:

- das Aufnahmeprotokoll
- handschriftliche Aufzeichnungen der Therapeuten aus Erst- und Einzelgesprächen
- Verlaufseintragungen
- der ausführliche Lebenslauf der Patienten, der nach Gesichtspunkten der biographischen Anamnese aufgebaut ist
- der Epikrisenbericht
- Testergebnisse aus dem BFB und dem 470-F-Test.

Folgende Daten und Informationen wurden den Akten entnommen:

- soziodemographische Daten
- Symptomatik aus Selbst- und Fremdeinschätzungen sowie Fragebogentests
- Angaben über die Dauer der Beschwerden
- Diagnosen, Therapieergebnis und Prognose
- Persönlichkeitsmerkmale

- Lebenssituation zum Therapiezeitpunkt
- biographische Daten
- psychodynamische Überlegungen der damaligen Therapeuten.

Besondere Beachtung beim Lesen der Akten galt möglichen systemspezifischen Belastungsmomenten, die sich vermutlich in den Akten nur andeuten ließen.

Die verwendeten Materialien aus den Akten, die einen umfassenden Überblick über die Symptomatik, Persönlichkeit und die Lebenssituation der Untersuchungsteilnehmer zum Therapiezeitpunkt ermöglichen, wurden zur retrospektiven Erstellung von ICD-10-Diagnosen und zur Erfassung der Psychodynamik in Fokusdiagnosen herangezogen. Das Aktenstudium diente gleichzeitig der Vorbereitung auf das halbstandardisierte Interview.

3.2.2 Halbstandardisiertes Interview

Das halbstandardisierte Interview wurde von der Autorin dieser Arbeit in Anlehnung an allgemeine Kriterien der psychoanalytisch-orientierten Anamnese entwickelt (*Dührssen 1986*). Es ist das Kernstück dieser Untersuchung und wichtigstes Instrument zur Erfassung der Gesamtsituation des Untersuchungsteilnehmers zum Katamnesezeitpunkt.

In einem ca. 90-minütigem Gespräch wurden

- das Befinden seit Abschluß der Therapie, einschließlich "harter" Kriterien wie Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalte
- die aktuelle Lebenssituation des Untersuchungsteilnehmers und eventuelle Veränderungen seit Abschluß der Therapie

sowie

- Erfahrungen mit dem Leben in der DDR, der Umbruchsituation und im wiedervereinigten Deutschland

erfragt.

Beachtung galt insbesondere der Erfassung und Bewertung solcher (systemspezifischer) Belastungen, die zum Therapiezeitpunkt nicht zur Sprache kamen bzw. zum Schutz der Patienten keinen Eingang in das Aktenmaterial fanden.

Eine Übersicht über die genaue Strukturierung des Interviews befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Die Interviews wurden von der Autorin dieser Arbeit durchgeführt. Sie erfolgten nach Möglichkeit in der früheren Behandlungseinrichtung. Je sechs Patienten jeder Gruppe wurden auf eigenen Wunsch zu Hause interviewt. Der Gesprächsablauf wurde während des Interviews durch handschriftliche Notizen dokumentiert. Situative Eindrücke sowie der Gesamteindruck über die Persönlichkeit und Konfliktverarbeitung des Untersuchungsteilnehmers wurden im Anschluß an das Gespräch notiert. Die Ergebnisse des Interviews und der Aktenauswertung wurden zu einem späteren Zeitpunkt mit einem erfahrenem Psychotherapeuten diskutiert und psychodynamische Foci formuliert.

3.2.3 Fragebogentests und Vergleich von Testergebnissen

Die folgenden Tests kamen bei der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz.

Beschwerdefragebögen

- **SCL-90-R** (Derogatis 1976)
- **Beschwerdefragebogen (BFB-B)** (Höck und Hess 1975)

Persönlichkeitstests

- **Gießen-Test** (Beckmann und Richter 1972)
 - **MMPI** (Hathaway und McKinley 1967, Gehring und Blaser 1982, Zeller und Höck 1972)
-

Tabelle 6 Verwendete Testinstrumente

Abbildung 2 gibt einen Überblick darüber, zu welchen Zeitpunkten die verwendeten Tests bei der vorliegenden Untersuchung eingesetzt wurden.

MMPI und BFB-Werte zum Zeitpunkt der Therapie wurden den Akten entnommen. Sie wurden zum Therapiezeitpunkt als diagnostische Instrumente und zur Verlaufsdokumentation (MMPI) eingesetzt, so daß sie zum quantitativen Vergleich zwischen Therapie- und Katamnesezeitpunkt herangezogen werden können. Die SCL-90-R und der Gießen-Test wurden verwendet, um die Möglichkeiten der Einschätzung des Befindens zum Katamnesezeitpunkt um zwei in der Psychotherapieforschung häufig verwendete Instrumente zu bereichern. Sie eignen sich außerdem gut zum quantitativen Vergleich der interviewten Gruppen zum Katamnesezeitpunkt und zur Charakterisierung von Untergruppen.

Zur Nachuntersuchung wurden die Untersuchungsteilnehmer im Anschluß an das Interview gebeten, die vier Tests auszufüllen. Alle Testergebnisse wurden bei der qualitativen Beurteilung des Befindens des Untersuchungsteilnehmers mit herangezogen. Zusätzliche Informationen zu den verwendeten Testinstrumenten befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Die SCL-90-R

Die Skala enthält 90 Items und dient zur Selbstbeurteilung von Patienten hinsichtlich verschiedener belastender psychischer und somatischer Symptome. Der Ausprägungsgrad der Symptome wird auf einer 5-Punkte-Skala in den Kategorien: überhaupt nicht (0) - ein wenig (1) - ziemlich (2) - stark (3) - sehr stark (4) erfaßt. Die Items ermöglichen die Feststellung von Durchschnittswerten zu insgesamt 9 Symptomkomplexen. Außerdem kann ein individuelles Symptomprofil mit zusätzlichen Erläuterungen erstellt werden.

Als zeitlicher Bezugsrahmen für die Beurteilung der Beschwerden wurden in der vorliegenden Untersuchung die letzten 4 Wochen vor dem Katamneseinterview festgelegt.

Der Beschwerdefragebogen nach Höck und Hess

Der von Höck und Hess (1975) entwickelte Beschwerdefragebogen ist ein einfaches Neurose-Screening-Instrument. Er enthält 66 Items zu neuroserelevanten Beschwerden,

davon 43 zu somatischen und 23 zu psychischen Auffälligkeiten. In der Abteilung für Psychotherapie der Klinik und Poliklinik für Neurologie und Psychiatrie der Universität Halle wurde zwischen 1983 und 1990 routinemäßig eine skalierte Form des BFB verwendet (BFB-B), bei der die Items in den Ausprägungsgraden "nicht-mäßig-deutlich - stark" erfaßt werden. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden die Untersuchungsteilnehmer zum Katamnesezeitpunkt gebeten, diesen Test erneut auszufüllen. Die quantitative Auswertung des BFB erfolgt durch einfache Auszählung der somatischen und psychischen Symptome unter Berücksichtigung des Ausprägungsgrades (0-nicht, 1-mäßig, 2-deutlich, 3-stark). Entsprechend der erreichten Scores kann in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Probanden eine Zuordnung zu einer der folgenden drei Gruppen vorgenommen werden:

- "ohne Neurose" (ON)
- "fraglich neurotisch" (FN)
- "mit großer Wahrscheinlichkeit neurotisch" (WN)

Der Gießen-Test (GT)

Der Gießen-Test (*Beckmann und Richter 1972*) ist ein standardisierter Persönlichkeitstest. Die Testpersonen äußern sich zu 40 Fragen über ihre innere Verfassung, ihr Verhalten und darüber, wie sie ihre sozialen Beziehungen wahrnehmen. Hierzu benutzen sie eine polar angeordnete 7-Punkte-Skala. Die sechs Standardskalen erfassen über Gruppen von Items eine Reihe von intraindividuellen und psychosozialen Merkmalskomplexen, die in Relation zu einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung, die als Standard gilt, gesetzt werden. Die genaue Zusammensetzung der Standardskalen des GT wird im Anhang dieser Arbeit dargestellt.

Das MMPI

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, *Hathaway und McKinley 1967*) ist ein multidimensionales Persönlichkeitsmeßinstrument. Es wurde als vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung entwickelt. In der Originalversion enthält es 566 Items. Die Testpersonen äußern sich im alternativen Antwortformat mit "trifft zu" bzw. "trifft nicht zu". Die Auswertung erfolgt in 10 psychiatrischen Kategorien, zusätzlich existieren 3 Validitätsskalen.

Bei der vorliegenden Untersuchung kamen zwei unterschiedliche Bearbeitungen des MMPI zum Einsatz.

Der in den Akten enthaltenen 470-F-Test wurde in Anlehnung an das MMPI-Saarbrücken für die DDR unter Eliminierung von insgesamt 91 für die DDR "gesellschaftlich irrelevanten Test-Items" (*Stephan et al. 1971*) sowie 15 Wiederholungen entwickelt. Eine Adaptation des 470-F-Tests an die ungekürzte Ausgangsform wurde auf statistischem Wege herbeigeführt.

Aufgrund des erheblichen Zeitaufwandes für das Ausfüllen und die Auswertung dieses Tests wurde zur Nachuntersuchung die deutsche MMPI-Kurzform für Handauswertung benutzt (*Gehring und Blaser 1982*). Durch die Umrechnung in T-Werte ist ein statistischer Vergleich der Ergebnisse beider Tests möglich (*Stephan et al. 1971*,

Zeller und Höck 1972). Damit wird ein objektiver Vergleich zwischen Therapiezeitraum und Katamnese ermöglicht.

Im Therapiezeitraum wurde der 470-F-Test jeweils am Anfang und Ende der stationären Therapie eingesetzt, so daß für die statistische Auswertung drei Vergleichspunkte - Beginn der Therapie (T₁), Ende der Therapie (T₂) und Nachuntersuchung (K) - vorliegen.

3.2.4 Nachbesprechungen mit einem erfahrenem Psychotherapeuten: psychodynamische Fokussierung und qualitative Bewertungen

Die Gesamtheit der Informationen über jeden einzelnen Patienten - Eindrücke und Fakten aus der Akte, dem Interview sowie die Testergebnisse - mußten im Prozeß der Auswertung auf das wirklich Wichtige "zentriert" dargestellt werden. Das geschah in Nachbesprechungen mit einem erfahrenem Psychotherapeuten in zwei Arbeitsschritten:

1. Fokusformulierungen
2. Bewertungen bezüglich qualitativer Kategorien

Fokusdiagnosen

Im Kontext der Fragestellungen dieser Arbeit erscheint eine monoaxiale symptomorientierte Diagnostikdarstellung nicht ausreichend. Um mögliche Zusammenhänge zwischen Symptomatik und psychosozialer Situation der Untersuchten zu verdeutlichen, wurden deshalb "Fokusdiagnosen" erstellt. In Anlehnung an Lachauer (1992) verbinden die Fokusformulierungen ein aktuelles Hauptproblem, zum Beispiel ein bestimmtes Symptom, mit einer Aussage über dessen unbewußten Hintergrund. Zur Darstellung der Symptomebene wurden die ICD-10-Diagnosen (WHO 1993), die für den Zeitpunkt der Therapie retrospektiv erstellt wurden, herangezogen. Im Prozeß der Fokussierung wurde unter Berücksichtigung der konkreten Auslösesituation und aller bekannten biographischen Aspekte versucht, relativ invariante Muster der persönlichen Konflikte zu erfassen. Anhand der Kriterien der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD 1996) ließen sich diese Konfliktmuster in systematisierter Weise vergleichend gegenüberstellen. Die Fokusdiagnose enthält außerdem eine Beschreibung der psychosozialen Auslösesituation zum Therapiezeitpunkt. Hier werden konflikthafte Lebensbereiche aufgeführt und dysfunktionelle Einstellungen und Verhaltensweisen, die zur Zuspitzung der Konfliktsituationen führten, dargestellt. Somit entspricht die Darstellung einer Trias von Symptom, Konflikt und Konfliktfeld wie in Abbildung 3 dargestellt.

Die dem gegenübergestellte Formulierung für den Zeitpunkt der Katamnese bewertet die zum Therapiezeitpunkt relevanten Konfliktsituationen neu. Dabei wurden Veränderungen der Lebenssituation seit dem Ende der Therapie und deren Konflikthaftigkeit beleuchtet. Eventuelle Wiederholungsarrangements und neu hinzugekommene Auslöser wurden berücksichtigt und abgebildet (Abbildung 3).

In Tabelle A im Anhang sind diese Fokusdiagnosen für alle Untersuchungsteilnehmer dargestellt. Abbildung 4 erläutert das Darstellungsprinzip.

"Fokusdiagnose"**Abbildung 3 Trias von Symptom, Konflikt und Konfliktfeld*****Operationalisierte psychodynamische Diagnostik-OPD (Arbeitskreis OPD)***

An dieser Stelle scheinen noch einige erklärende Bemerkungen zur OPD angebracht. Sie wurde in den letzten Jahren von einer Gruppe deutscher Psychotherapeuten und Psychosomatiker vor dem Hintergrund der Unzufriedenheit mit dem Stand der psychoanalytischen Diagnostik auf der einen Seite und den ausschließlich phänomenologischen Klassifikationssystemen der ICD-10 und DSM IV auf der anderen Seite entwickelt (Arbeitskreis OPD 1996). Die OPD konstituiert sich aus vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse: 1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung, 2. Beziehung, 3. Konflikt, 4. Struktur, 5. Psychische und psychosomatische Störungen.

In der vorliegenden Arbeit werden zwei Achsen der OPD verwendet, Achse 3 (Konflikt) und Achse 5 (Psychische und psychosomatische Störungen). Die OPD-Achse 3 erlaubt die Abgrenzung innerer, unbewußter *Konflikte* von äußeren Belastungen oder inneren konflikthaften *Belastungen*, die dem Betroffenen bewußt sind. Acht "zeitlich überdauernde Konflikte" werden "konflikthaften äußeren Lebensbelastungen" gegenübergestellt.

Da für die Diagnostik auf der OPD-Achse 4 (Struktur) eine besondere Interviewtechnik erforderlich ist, wurde sie in der vorliegenden Arbeit nicht angewandt. In den Fällen, in denen ein strukturelles Defizit schon anhand der Akteninformationen und Eindrücke aus dem Interview offensichtlich war, wurde das Vermerk "strukturelles Defizit bestimmend" den Konfliktdiagnosen vorangestellt.

Kategoriale Zuordnungen

Neben quantitativen Testergebnissen und soziodemographischen Basisdaten wurden in der vorliegenden Arbeit zusätzlich qualitative Kategorien herangezogen. Diese wurden wie folgt definiert:

Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation

Die Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation zum Zeitpunkt der Katamnese erfolgt im Interview und wird in den Kategorien "gut" - "eher gut als schlecht" - "eher schlecht als gut" - "eher schlecht" angegeben.

Fremdeinschätzung des Therapieergebnisses zum Zeitpunkt der Katamnese

Hier wurde versucht, die Symptomatik und in geringerem Maße auch strukturelle Veränderungen im Vergleich zum Therapiezeitpunkt zu bewerten. Das Fremdurteil stützt sich auf Angaben zur Symptomatik aus den Akten und dem Interview, auf das Selbsturteil des Untersuchten im Interview und auf quantitative Vergleiche anhand der Testergebnisse. Bewertungskategorien sind in Anlehnung an Rüger (1976) "voll behoben" - "bis auf geringe Reste behoben" - "Besserung" - "keine Änderung" - "Verschlechterung".

Sozialer Trend

Zur Beurteilung der Entwicklung der sozioökonomischen Situation der Untersuchten wurde eine Fremdeinschätzung hinsichtlich des sozialen Trends vorgenommen. Bei der Beurteilung dieser Kategorie, die in den Abstufungen "Aufstieg" - "gleiche soziale Situation" - "Abstieg" erfolgte, wurden die im Interview vorgenommene Selbsteinschätzung der finanziellen Situation, der berufliche Status des Untersuchten sowie die berufliche Situation des Ehepartners berücksichtigt.

Staatsnähe

Da die Art der Anpassung an bzw. des Widerstandes gegen die in der DDR bestehenden Staatsbedingungen entsprechend der Hypothesen erfaßt werden muß, erfolgte eine Kategorisierung der Untersuchungsteilnehmer entsprechend ihrer zu vermutenden Staatsnähe zum Zeitpunkt der Therapie nach den von Schröder vorgeschlagenen Kategorien (Schröder 1990). Die Zuordnung zu einer der drei Kategorien (normative Konformisten, opportune Konformisten, Non- oder Gegenkonformisten) wurde unter Einbeziehung der Aussagen der Patienten im Interview, bekannter biographischer Daten und eventuell vorhandener Akteninformationen vorgenommen.

Pat.-Nr.	Geschlecht	Bildungsabschluß, Beruf	OPD-Konfliktebene	Fremdeinschätzung des Therapieergebnisses
2, m,*32, 83/51, HSA (Chemie), NK				b
F 48.0 Neurasthenie		ICD-10-Diagnosen		
F 40.2 spezifische (isolierte) Phobie (Akrophobie)		F 60.81		
Therapiezeitraum		Selbst- vs Objektwert (a)		Katamnesezeitraum
* Frustration des inneren Anspruchs, die gesetzten, aber nicht erfüllbaren Parteinormen umzusetzen * übersteigertes Leistungsstreben mit Neigung zu emotionaler Selbstüberforderung im Leistungsbereich * defizitäre emotionale Bindungen		* narzißtisch getriebener politischer Kampf um Anerkennung der eigenen Leistungen * Desiderat gegen jede Meinungsänderung * emotionales Defizit in der Ehe, dominante 'Fürsorge' gegenüber dem erwachsenem Sohn		psychosoziale Auslösesituationen, Entwicklung/Bewertung der Konfliktfelder

Abbildung 4 Darstellungsprinzip in den Fokusdiagnosen

Erklärung der in der Tabelle verwendeten Abkürzungen: m - männlich, w - weiblich, * - geboren (Geburtsjahr), FSA - Fachschulabschluß, HSA - Hochschulabschluß, WB - Weiterbildung, US - Unterstufenlehrer, OS - Oberstufenlehrer, HiS - Hilfsschullehrer, Ez - Erzieher, LiHSD - Lehrer im Hochschuldienst, Pl - Pionierleiter, BS - Berufsschullehrer, De - Deutsch, Geo - Geografie, Ge - Geschichte, Ph - Physik, Sp - Sport, Ing - Ingenieur, Ök - Ökonomie, Techn - Technologie, Geod - Geodäsie, Pharm - Pharmazie, vobe - voll behoben, baR - bis auf Reste behoben, b - gebessert, kÄ - keine Änderung, vsl - verschlechtert

In der horizontal zweigeteilten Tabelle stehen auf der linken Seite die Angaben, die sich auf den Therapiezeitpunkt beziehen, die Angaben auf der rechten Seite beziehen sich auf den Katamnesezeitpunkt. Die Diagnostik in der Fokusdiagnose erfolgt in zwei Ebenen, einer symptomatischen - verkörpert durch die ICD-10-Diagnosen in Zeile 2 der Tabelle - und einer Konfliktebene - dargestellt durch die Zeilen 3 und 4. In Zeile 3 wird zuerst der maßgebliche OPD-Konflikt und gegebenenfalls noch ein zweiter bedeutender Konflikt angegeben. In Fällen, in denen ein strukturelles Defizit so deutlich ausgeprägt war, daß es für bestimmend gehalten wurde, wird diese Einschätzung an den Anfang gestellt. In Zeile 4 werden auf der linken Seite die psychosozialen Auslösesituationen oder "Konfliktfelder", das heißt Lebensbereiche, in denen ein intrapsychischer Konflikt ausgetragen wird, aufgeführt und bezüglich psychodynamischer Aspekte näher beleuchtet. Die psychosozialen Auslösesituationen werden in der Reihenfolge ihrer vermuteten psychodynamischen Brisanz angegeben. In der rechten Spalte werden die zum Zeitpunkt der Therapie aufgeführten Konfliktfelder bezüglich ihrer weiteren Präsenz und Relevanz dargestellt und bewertet. Wenn sich in der Zwischenzeit neue Auslöser ergaben oder Verschiebungen des Konfliktfeldes auftraten, so werden diese ebenfalls aufgeführt.

3.2.5 Statistische Auswertung der Ergebnisse

Die Erfassung und statistische Auswertung des Datenmaterials erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms SPSS für Windows (Release 6.1.2). Für Signifikanzberechnungen wurden der Mann-Whitney- U-Test für unabhängige Stichproben (Gruppen- und Untergruppenvergleiche bezüglich einer Variablen) und der Wilcoxon-Rangtest für gepaarte Stichproben (Vergleich zwischen T₁, T₂ und K) eingesetzt (Bortz 1993). Als Konfidenzintervall wurde p ≤ 5% festgelegt. Die Effektgröße wurde nicht berücksichtigt. Alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse basieren auf dieser Festlegung.

4 Ergebnisse

4.1 Vergleich der Diagnosen

Unter Verwendung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 Kapitel V (F) wurden retrospektiv für den Zeitpunkt T₁ (Beginn der stationären Psychotherapie) in der Pädagogengruppe insgesamt 24 und in der Vergleichsgruppe 32 Diagnosen gestellt. Davon entfielen zur Katamneseuntersuchung (K) 9 Diagnosen in der Pädagogengruppe und 13 in der Vergleichsgruppe, fünf Pädagogen und zwei Nichtpädagogen erhielten zu K keine Diagnose. Diagnoseverschiebungen traten in zwei Fällen in der Pädagogengruppe und in zwei Fällen in der Vergleichsgruppe auf. Aus Tabelle A im Anhang gehen die Diagnosen zu T und K für jeden einzelnen Untersuchungsteilnehmer hervor.

In einem Fall kam es zu einer Symptomverschiebung von einer Panikstörung auf dem Boden einer schweren Borderline-Persönlichkeit zu einer spezifischen Phobie (Höhenangst, Fall-Nr. 12). In einem anderen Fall mit Symptomverschiebung trat mit dem Abklingen einer längeren depressiven Reaktion bei ausgeprägt zyklotyper Veranlagung erstmals ein Bronchialasthma auf (Fall-Nr. 3). Eine Lehrerin, die zum Therapiezeitpunkt an einer neurasthenischen Symptomatik litt, berichtete zu K über neu aufgetretene, leichte ich-dystone Zwangssymptome, welche die Diagnose F 42.2 (Zwangsgedanken und -handlungen gemischt) rechtfertigten (Fall-Nr. 21). Zusätzlich zur Grunderkrankung wurde bei einer anderen Lehrerin zur Katamneseuntersuchung eine Anpassungsstörung (Fall-Nr. 25) diagnostiziert. Die Zahl der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen blieb zwischen beiden Zeitpunkten erwartungsgemäß konstant.

Diagnosegruppe	Zur Therapie (T)		Zur Katamnese (K)	
	Pädagogen	Vgl.-Gruppe	Pädagogen	Vgl.-Gruppe
Depressive Erkrankungen F 32,33, 34.1	4	4	1	2
Anpassungsstörung F 43	2	2	1	0
Angststörungen F 40, 41	3	5	2	3
Neurasthenie F 48.0	2	3	0	2
Somatiforme Störungen F 45	5	5	2	1
<u>Sonstige</u>				
Zyklothymia		1		1
Zwangskrankheit	1		2	
Migräne	1		1	
Substanzmißbrauch		1		
Selbstbeschädigung/ -vergiftung		2		
Asthma		0		1
Persönlichkeitsstörungen F 60	6	9	6	9

Tabelle 7 ICD-10-Diagnosen zu T₁ und K

Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich nicht wesentlich bezüglich ihres Diagnosespektrums zu T und K (Tabelle 7). Aussagen über den Schweregrad der -zu K in vielen Fällen gemilderten- Symptomatik sind anhand der Gegenüberstellung der

Diagnosen in den Untersuchungsgruppen nicht möglich. Hierzu sei auf die in den folgenden Abschnitten dargestellten Ergebnisse aus Fragebogentests verwiesen (Kapitel 4.3).

4.2 Chronizität zum Zeitpunkt der Therapie

Die aus den Eintragungen in den Krankenakten zu entnehmende Dauer der Beschwerden zum Therapiezeitpunkt betrug im Mittel 7,5 Jahre und reichte von 6 Monaten bis zu 30 Jahren. In der Pädagogengruppe bestanden die Beschwerden im Mittel seit 8,5 Jahren, in der Vergleichsgruppe seit 6 Jahren (ns).

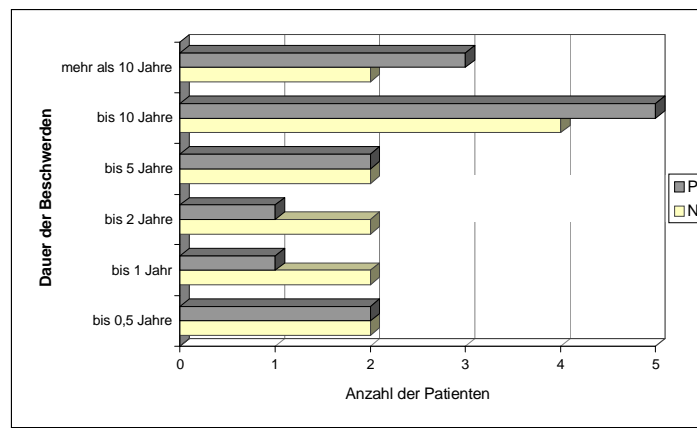


Abbildung 5 Vergleich der Untersuchungsgruppen bezüglich der Dauer der Beschwerden

4.3 Ergebnisse aus Fragebogentests

4.3.1 BFB

Abbildung 6 stellt die BFB-Gesamtwerte eines jeden Untersuchungsteilnehmers zu Beginn der Therapie und zum Zeitpunkt der Katamnese gegenüber. Es liegen für beide Zeitpunkte 28 vollständige Datensätze vor. Mit Ausnahme einer Patientin aus der Pädagogengruppe (Fall-Nr. 16) war bei allen Untersuchten im Vergleich zum Beginn der Therapie eine überwiegend deutliche Verringerung der Beschwerdescores im BFB zu verzeichnen.

Zum Katamnesezeitpunkt gaben die untersuchten Pädagogen im Mittel 57% weniger psychische und 46 % weniger somatische Symptome an als zu Beginn ihrer stationären Psychotherapie. Die Nichtpädagogen berichteten im Mittel über 65% weniger Beschwerden im psychischen und 40% weniger Beschwerden im somatischen Bereich. Die Verringerung der symptomatischen Scores im BFB ist in beiden Gruppen statistisch signifikant. Im Besserungsmaß unterscheiden sich beide Gruppen nicht voneinander (BFB-P: $p=0,9267$; BFB-S: $p=0,1606$).

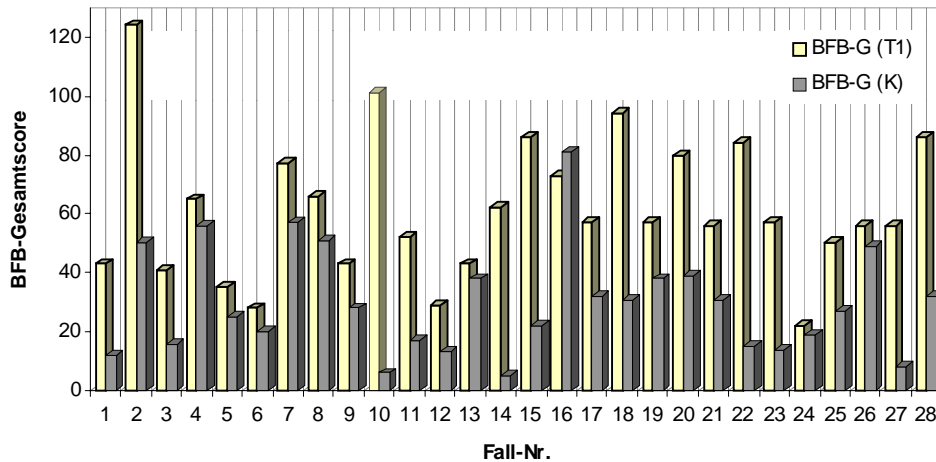


Abbildung 6 BFB-Gesamtwerte-Scores der Untersuchungsteilnehmer zu T₁ und K
 Die Fall-Nummern 1 bis 14 kennzeichnen die Nichtpädagogen, Fall-Nummern 15 bis 28 die Pädagogen.

Skala	Gruppe	Zeitpunkt T1		Zeitpunkt K		Signifikanzniveau
		MW T1	SD T1	MW K	SD K	
BFB- S	P	37,3	13,8	20,7	12,4	2-Tailed P = 0,0029
	N	30,4	23,3	17,4	13,5	2-Tailed P = 0,0057
BFB-P	P	28,8	12,7	11,2	7,4	2-Tailed P = 0,0021
	N	25,3	9,3	9,2	6,6	2-Tailed P = 0,0010

Tabelle 8 Beschwerdescores im BFB zu Beginn der Therapie und zum Katamnesezeitpunkt
 BFB-S = Subskala für (psycho-)somatische Beschwerden, BFB-P= Subskala für psychische Beschwerden

	psychische Beschwerden	somatische Beschwerden
Pädagogen	57%	46%
Vgl.-Gruppe	65%	40%
<i>Gesamtgruppe</i>	<i>62%</i>	<i>43%</i>

Tabelle 9 Prozentuale Besserungsraten (Vergleich zwischen T₁ und K) auf den Symptomskalen des BFB in Prozent (Selbsteinschätzung)

Vergleich der Gruppen zu Therapie und Katamnese

Zum Therapiezeitpunkt wiesen die Pädagogen auf beiden Subskalen des BFB höhere Beschwerdescores auf als die Nichtpädagogen (ns) (Tab. 8). Im Bereich der somatischen Beschwerden waren diese Unterschiede tendenziell am deutlichsten ausgeprägt (p=0,11). Zu K waren die beschriebenen Unterschiede nicht mehr vorhanden.

BFB-Kategorien

Neben der rein quantitativen Auswertung erlaubt der BFB in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Betroffenen die qualitative Zuordnung zu den Gruppen "WN" (wahrscheinlich neurotisch), "FN" (fraglich neurotisch) und "ON" (ohne Neurose). Die untersuchten Patienten ließen sich zum Therapie- und Katamnesezeitpunkt folgenden diagnostischen Kategorien zuordnen:

	T1		Fall-Nr.	K		Fall-Nr.
	Pädagogen	Vgl.-Gruppe		Pädagogen	Vgl.-Gruppe	
"WN"	13	10	alle übrigen	2	4	2,4,7,8,16,26
"FN"	0	3	9,12,13	2	1	13,20,19
"ON"	1	1	6,24	10	9	alle übrigen

Tabelle 10 Kategoriale Zuordnung der Untersuchten mit dem BFB zum Zeitpunkt T₁ und K

Aus Tabelle 10 wird ersichtlich, daß zwischen den Gruppen weder zu T₁ noch zu K wesentliche Unterschiede hinsichtlich der kategorialen Zuordnung mit dem BFB vorzufinden sind. Zu K waren noch zwei Pädagogen und vier Nichtpädagogen der Kategorie "wahrscheinlich neurotisch" zuzuordnen.

4.3.2 SCL

Die nur vom Katamnesezeitpunkt vorliegenden Ergebnisse der Selbstbeurteilung ihrer Beschwerden durch die Untersuchungsteilnehmer mit dem SCL ergeben ein Mittelwertprofil, welches für beide Untersuchungsgruppen auf allen Skalen geringfügig über den Normwerten liegt. Das Symptomprofil (Abb.7) spricht für ein ähnliches Symptompektrum in der Pädagogen- und Vergleichsgruppe. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede (U-Test) fanden sich nicht.

	Som	Zwa	Uns	Dep	Ang	Agg	Pho	Par	Psy	GSI	PST	PSDI
Normwert MW	0,36	0,39	0,29	0,36	0,3	0,3	0,13	0,34	0,14	0,31	19,29	1,32
Pädagogen MW	0,68	0,93	0,72	0,91	0,79	0,65	0,5	0,71	0,34	0,7	37,1	1,6
Median	0,67	0,6	0,67	0,62	0,4	0,5	0,28	0,67	0,3	0,6	39	1,4
SD	0,4	0,8	0,5	0,8	0,8	0,7	0,9	0,7	0,3	0,5	13,7	0,7
Vgl.-Gruppe MW	0,76	0,88	0,75	0,71	0,7	0,72	0,43	0,67	0,23	0,65	39,8	1,4
Median	0,5	0,7	0,55	0,61	0,6	0,33	0,14	0,5	0,1	0,51	37	1,2
SD	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,8	0,6	0,6	0,2	0,7	18,8	0,4

Tabelle 11 Ergebnisse der Selbsteinschätzung mit dem SCL

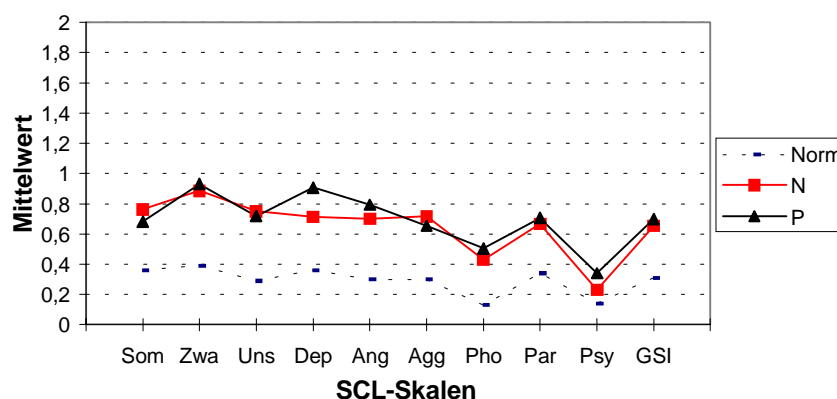


Abbildung 7 Symptomprofile mit dem SCL zu K
(Erläuterung der Skalen im Anhang)

4.3.3 Gießen-Test

Die Ergebnisse des GT, die einen Vergleich der Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Katamnese ermöglichen, sind in Tabelle 12 und Abbildung 8 dargestellt. Es ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

		NR-PR	DO-GE	UK-ZH	HM-DE	DU-RE	PO-IP
Normwerte: Ost 35-60 (erhoben 1994, Brähler 1998)	MW	27,7	26,6	26,6	24,1	22,4	20,4
	SD	5,5	4,7	4,9	5,4	5,3	5,5
Pädagogen	MW	27,8	26,4	29,3	25,3	18,6	18,7
	SD	6,9	5,3	3,9	4	7,6	6
Vgl.-Gruppe	MW	27,5	23,7	25,2	27,5	22,7	18,9
	SD	2,9	6,8	5,1	5,7	6,7	5,4

Tabelle 12 Vergleich von Pädagogen- und Vergleichsgruppe mit dem Gießen-Test (K) (Standardskalen)

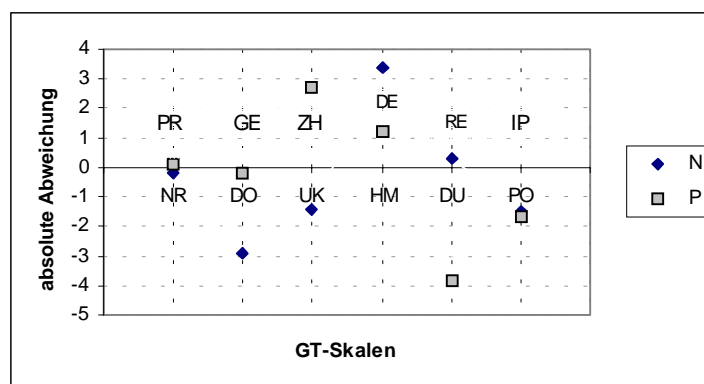


Abbildung 8 Gießen-Test, Absolute Abweichung der Mittelwerte in Pädagogen- und Vergleichsgruppe vo einer Stichprobe der ostdeutschen Normalbevölkerung
(Erläuterung der Skalen im Anhang)

Tendenziell unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen auf den Skalen UK-ZH (Pädagogen sind zwanghafter, Nichtpädagogen eher unterkontrolliert, $p=0,06$), DO-GE (Nichtpädagogen sind dominanter) und DU-RE (Pädagogen sind durchlässiger). Im Vergleich zur ostdeutschen Normalbevölkerung beschrieben sich beide Gruppen als depressiver, aber auch als sozial potenter.

Gießen-Test-Einzelitems

Das Antwortverhalten von Pädagogen- und Nichtpädagogen auf einzelne Items des GT ermöglicht eine zusätzliche vergleichende Betrachtung.

Die untersuchten Pädagogen hielten sich für phantasievoller als die Nichtpädagogen, sie gaben an, daß es ihnen leichter fällt, eng mit anderen zusammenzuarbeiten und glaubten von sich, daß sie im Vergleich zu anderen leicht bei einer Sache bleiben können. Im Gegensatz zu den Pädagogen meinten die untersuchten Nichtpädagogen, daß sie es eher schwer hätten, bei einer Sache zu bleiben. In Tabelle 13 werden signifikante und tendenzielle Gruppenunterschiede im Antwortverhalten auf einzelne Items dargestellt.

	Wortlaut des Items	Pädagogen		Vgl.-Gruppe		U-Test
		MW	SD	MW	SD	
Item 26	<i>Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel / eher wenig Phantasie</i>	-1,46	1,5	-0,39	1,55	p=0,0414
Item 28	<i>Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer / eher leicht, eng mit anderen zusammenzuarbeiten.</i>	2	0,91	0,69	1,6	p=0,0168
Item 38	<i>Ich habe den Eindruck, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht / eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.</i>	-1,23	0,83	0,77	1,5	p=0,0013
Item 8	<i>Ich halte mich für sehr wenig / besonders ängstlich.</i>	0,08	1,5	1,15	1,68	p=0,074
Item 12	<i>Ich glaube, ich meide eher / suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen</i>	1,62	1,38	0,31	1,93	p=0,079

Tabelle 13 GT Einzelitems, in denen sich Pädagogen und Nichtpädagogen in ihrem Antwortverhalten signifikant unterscheiden.

negative Werte = links von /, positive Werte = rechts von /

4.3.4 MMPI

Die folgenden Tabellen vergleichen Pädagogen- und Vergleichsgruppe anhand der Testergebnisse im MMPI, die von T₁, T₂ und K vorliegen.

		L	F	K	HD	D	HY	PP	MF	PA	PT	SC	MA	SI
P	MW	48,4	55,1	53,5	66	67,1	69,6	60,2	54,6	54,9	67,6	67,3	56,1	55,9
	Med	49	57	55	65,5	68	70	61	54,5	57	68,5	71	55	54,5
	SD	9,1	6,8	7,9	7,1	14,8	8	11,4	7,8	8,6	15	16	8,6	13,1
N	MW	46,3	60,7	49,9	54,5	66,5	64	59,2	53,6	54,2	66,8	58,9	53,2	59,1
	Med	45	59	51	52	69	64	59	51	54	65	57	51	58
	SD	9,5	20,8	8,5	9,8	11,1	8,5	7,6	8,3	8,5	8,3	9,3	12,4	14,1
U-Test		ns	ns	ns	p=0,003	ns	p=0,05	ns	ns	ns	Ns	p=0,06	ns	ns

Tabelle 14 MMPI, Pädagogen- und Vergleichsgruppe zu T₁

		L	F	K	HD	D	HY	PP	MF	PA	PT	SC	MA	SI
P	MW	46,6	50,9	49,4	53,9	56,9	62,7	57,9	55,8	54,2	58,9	55,9	53	51,9
	Med	47	49,5	47	54	55	63,5	59,5	53,0	55	60	54,5	53,5	50
	SD	7,6	9,1	8,7	7,1	13,6	9,1	11	7,6	10,3	14,8	12,5	15,7	13,7
N	MW	44,6	47,1	50,4	52,4	59,1	60	56,3	53,5	51,4	58,9	52,1	53,5	53,6
	Med	43,5	48	50,5	50	60,5	61,5	56,5	51,5	49	60	53	54	55
	SD	10,8	5,2	10,8	14,4	11,5	12,7	8,3	5,5	7,5	9,5	4,3	11,1	8,6
U-Test		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tabelle 15 MMPI, Pädagogen- und Vergleichsgruppe zu T₂

		L	F	K	HD	D	HY	PP	MF	PA	PT	SC	MA	SI
L	MW	49,8	47,5	52,9	57,7	52,1	57,6	53,3	49,5	50,2	50,6	48,2	48,5	49,4
	Med	50	47	53	57	49	56	53	51	50	53	47,5	46	47
	SD	9,9	6,7	6,8	5,9	9,6	5,3	6,6	6,6	4,2	7,5	6,2	7,7	7,4
N	MW	46,8	48,8	53,8	57,2	54,3	59,2	54,4	51,8	49,8	51,8	53,6	51,3	50,1
	Med	46	49	52	56	54	54	53	51	48	52,5	52	52,5	49
	SD	7	4,6	6,3	10,3	10,1	8,3	6,9	5,8	6,2	11,1	9,7	8,2	4
U-Test		ns	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Tabelle 16 MMPI, Pädagogen- und Vergleichsgruppe zur Katamnese

Die Erläuterung der Skalen des MMPI erfolgt im Anhang

Mit Ausnahme der SI-Skala finden sich in der Pädagogengruppe zu *Therapiebeginn* (T_1) auf allen Symptomskalen höhere Mittelwerte als in der Vergleichsgruppe. Auf der HD- und HY-Skala des MMPI sind diese Unterschiede statistisch signifikant.

Das gruppencharakteristische MMPI-Profil zu T_2 verdeutlicht, daß in beiden Gruppen ein gleichsinniger Therapieeffekt zu verzeichnen ist. Es finden sich keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede mehr. Die Besserungsrate, die vereinfacht anhand einer Zusatzskala des 470-F-Tests (Globalneurosewert, Hess et al. 1976) dargestellt werden kann, ist in beiden Gruppen statistisch signifikant (P: $p = 0,002$; N: $p = 0,03$). Bezüglich des Ausmaßes der Besserung unterscheiden sich die Gruppen nicht wesentlich voneinander ($p=0,3$).

Zu K ist eine anhaltende, im Katamnesezeitraum weiter zunehmende, statistisch signifikante Verringerung der Skalenwerte im Vergleich zu T_1 und T_2 zu verzeichnen.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Veränderung der MMPI-Skalenwerte (T-Werte) zwischen T_1 und K . Während die L sich zu T_1 noch durch signifikant höhere Skalenwerte ($p<0,05$, U-Test) von den N abheben, bestehen zu K keine signifikanten Gruppenunterschiede mehr. Die zu T_1 noch im pathologischen Bereich liegenden Mittelwerte haben sich an die Normwerte angeglichen. In beiden Gruppen deutet sich ein "psychosomatisches V" an (höchste/erhöhte T-Werte auf der HD und HY-Skala).

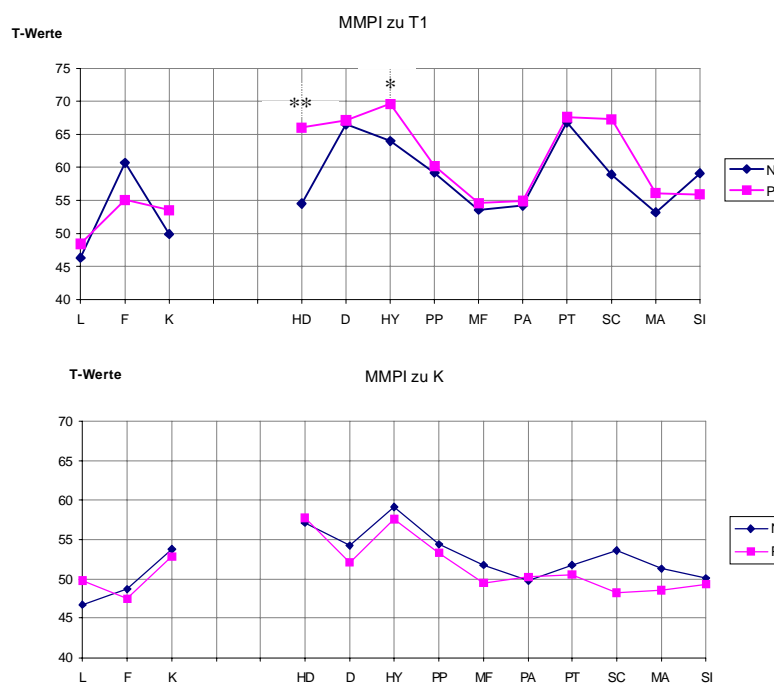


Abbildung 9 T-Werte im MMPI zu Therapiebeginn (T_1) und zur Katamneseuntersuchung (K). Gegenüberstellung der Pädagogen- und Vergleichsgruppe. Auf der HD und HY sind die Unterschiede zu T_1 signifikant ((*): $p<0,05$, (**): $p>0,01$; U-Test). Zu K bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Selbst- und Fremdeinschätzung des Befindens zur Katamneseuntersuchung

Die überwiegende Mehrzahl der untersuchten ehemaligen Patienten - elf aus der Pädagogen- und zehn aus der Vergleichsgruppe - schätzten im Interview zur Nachuntersuchung ihren Gesundheitszustand als "eher gut" und "gut" ein (Abbildung 10). Die Patienten mit den Fall-Nummern 4,5,16 und 24 bezeichneten ihren Gesundheitszustand als "eher schlecht", die Patienten 7, 13 und 17 als "schlecht".

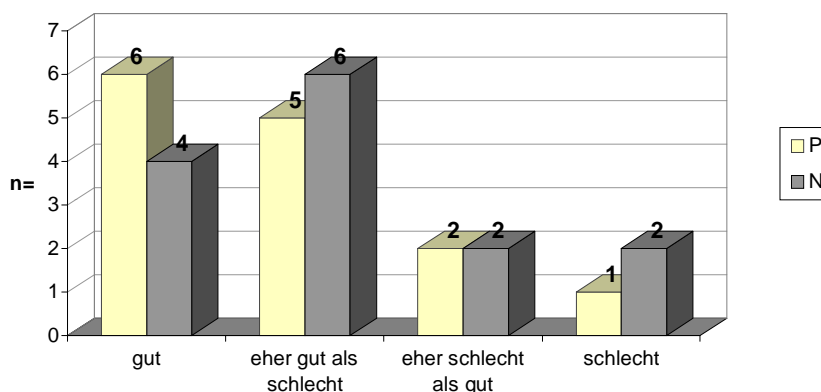


Abbildung 10 Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation

Die globale Fremdeinschätzung des Befindens zu K, die in Form eines Veränderungsmaßes erfolgte, bezog sich auf den Zeitraum der Therapie. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die globale Einschätzung des Langzeittherapieergebnisses (Katamneseergebnis), die sich überwiegend an symptomatischen Gesichtspunkten orientiert, aber auch strukturelle Veränderungen berücksichtigt.

Katamneseergebnis	Ges. n=	Pädagogen n=	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
"voll behoben"	1	1	0	27
"bis auf Reste behoben"	8	4	4	1,3,6,14,15,19,23,28
"gebessert"	14	7	7	2,5,8,9,10,11,12,18,20,21,22,24, 25,26
"keine Änderung"	4	2	2	4,7,16,17
"Verschlechterung"	1	0	1	13

Tabelle 17 Globale Fremdeinschätzung des Katamneseergebnisses im Vergleich zur Therapie,
Ges. = Gesamtgruppe

Auch in dieser Einschätzung unterscheiden sich beide untersuchten Gruppen nicht wesentlich voneinander. Bei der überwiegenden Mehrheit der untersuchten Patienten (circa 3/4 der Patienten) - zwölf in der Pädagogengruppe und elf in der Vergleichsgruppe- fand sich im Vergleich zu T₁ eine Besserung, Besserung bis auf Reste oder ein vollständiges Abklingen der Symptome.

4.4 Beschreibung der psychosozialen Situation der Untersuchten zum Zeitpunkt der Katamnese

Um Aussagen über mit der Umbruchsituation einhergehende Belastungen treffen zu können, werden im folgenden Veränderungen in allen wichtigen Lebensbereichen, die seit dem Ende der Therapie im Leben der Betroffenen eingetreten sind, dargestellt. Auch von der Umbruchsituation unabhängige Bereiche werden berücksichtigt.

4.4.1 Familienstand und partnerschaftliche Situation

Mit einer Ausnahme waren zu T₁ alle Patienten der Pädagogengruppe verheiratet. In der Vergleichsgruppe waren elf Patienten verheiratet.

Die folgende Tabelle beschreibt Konstanz und Veränderungen des Familienstandes seit der Therapie.

1. ohne Änderung davon blieben	Pädagogen n=	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
ledig	1	0	25
verheiratet	8	10	alle übrigen
geschieden	0	2	13, 14
verwitwet	0	1	<u>3</u>
2. mit Änderung davon			
Scheidung	3	1	<u>7,23,24,26</u>
Scheidung und Wiederheirat	1	0	18
verwitwet	1	0	16

Tabelle 18 Änderungen des Familienstandes in den Untersuchungsgruppen im Katamnesezeitraum
fett - Patienten mit unbefriedigendem Katamneseergebnis,
unterstrichen - Pat. mit voll behobener und bis auf Reste gebesserter Symptomatik

Tabelle 18 zeigt, daß formale Änderungen des Familienstandes bei den untersuchten Pädagogen in fünf Fällen eintraten und damit häufiger waren als in der Vergleichsgruppe. Betrachtet man die tatsächliche partnerschaftliche Situation, so ergibt sich folgendes Bild:

1. ohne Änderung davon blieben	Pädagogen n=	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
in fester Partnerschaft	10	10	alle übrigen
ohne feste Dauerbeziehung	0	2	13, 14
2. Änderung			
jetzt ohne feste Dauerbeziehung	4	2	<u>3,7,16,23,24,26</u>

Tabelle 19 Veränderungen der partnerschaftlichen Situation in den Untersuchungsgruppen,
fett - Patienten mit unbefriedigendem Katamneseergebnis,
unterstrichen - Pat. mit voll behobener und bis auf Reste gebesserter Symptomatik

In beiden untersuchten Gruppen befanden sich zur Nachuntersuchung zehn Patienten weiterhin in fester Partnerschaft, je vier Patienten lebten nicht in einer Dauerbeziehung. Vier Pädagogen und Nichtpädagogen, die zum Therapiezeitpunkt einen festen Partner hatten, lebten zur Nachuntersuchung allein (Fall-Nr. 3: Verlassenwerden vom damaligen Partner, Fall-Nr. 16: Tod der Ehemanns, Fall-Nummern 7, 23, 24, 26: Scheidung). Diese

Veränderungen gingen in beiden Gruppen zu gleichen Teilen entweder mit einem sehr guten oder mit einem unbefriedigendem Katamneseergebnis einher.

4.4.2 Berufliche Veränderungen

Die folgende Tabelle vergleicht die Untersuchungsgruppen in Bezug auf Veränderungen, die sich im Bereich der beruflichen Tätigkeit seit Abschluß der Therapie ergeben haben. Hinsichtlich der Art und Bezeichnung der Tätigkeit traten in der Pädagogengruppe in elf Fällen, in der Vergleichsgruppe in allen Fällen, Veränderungen ein (Tabelle 20).

Pädagogen		
Nr	Beruf, Tätigkeit zum Zeitpunkt der Therapie	Tätigkeit zum Zeitpunkt der Katamnese
15	Oberstufenlehrer (Geographie), stellvertretender Direktor	Rentner
16	Berufsschullehrerin (Deutsch/Geschichte)	Rentnerin
17	Berufsschullehrerin (Deutsch)	Altersübergang*
18	Erzieherin	Vorruhestand
19	Oberstufenlehrer (Mathematik, Physik)	gleiche Tätigkeit an einer anderen Schule
20	Unterstufenlehrerin	Rentnerin
21	Oberstufenlehrerin (Chemie, Physik), Pionierleiterin	Mitarbeiterin im Redaktionsbüro einer Handelsmesse
22	Heimerzieher, Parteisekretär	Angestellter in einem Kopierladen
24	Oberstufenlehrer (Mathematik, Physik), FDJ-Sekretär	Personaldirektor
27	Diplomsportlehrer, Trainer	angestellter Mitarbeiter eines Ministeriums, plant Selbständigkeit
28	Pädagogikstudentin/ -absolventin (Staatsbürgerkunde, Geschichte)	persönliche Referentin in einem großen Wirtschaftsunternehmen
Vgl.-Gruppe		
Nr.	Beruf, Tätigkeit zum Zeitpunkt der Therapie	Tätigkeit zum Zeitpunkt der Katamnese
1	Chemiker, wissenschaftlicher Mitarbeiter	Arbeitslosigkeit/ Rente
2	Chemiker, Betriebsleiter	Altersübergang*
3	Abteilungsleiterin an einer Hochschule (Ökonomie)	Altersübergang/ Rente
4	Industriekauffrau, Abteilungsleiterin, "Brigadeökonom"	Altersübergang
5	Fertigungstechnologe (Landmaschinenbau)	Altersübergang
6	Staatswissenschaftlerin, stellv. Abteilungsleiterin	Verwaltungsleiterin beim Landratsamt, gleicher Aufgabenbereich
7	Chemiker, wiss. Mitarbeiter in einer Forschungsabteilung	zunächst arbeitslos, inzwischen erwerbsunfähig aufgrund schwerer körperlicher Erkrankung
8	Ingenieur (Vermessungswesen) wiss.-techn. Mitarbeiter der Wasserwirtschaft	selbständiges Vermessungsbüro
9	Praktische Ärztin (Poliklinik)	invalidisiert, teilzeitbeschäftigt (Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle)
10	Chemiker, Laborleiter	Inhaber einer Erotik-Boutique
11	Chemikerin, Mitarbeiterin für Information und Dokumentation	arbeitslos, zur Zeit Umschulung
12	Finanzökonomin, Abteilungsleiterin ("Naherholung")	Zeitungsbotin, Kellnerin, teilzeitbeschäftigt
13	Elektronik-Ingenieur, Forschungsingenieur	arbeitslos
14	Pharmaziestudentin, -absolventin	selbständige Apothekerin

Tabelle 20 Berufliche Veränderungen seit der Therapie

(Nicht dargestellt sind die drei Fälle, in denen noch dieselbe Tätigkeit am gleichen Ort ausgeübt wird, vgl. Tab. 5, Kap. 3), fett: keine Änderung/Verschlechterung, unterstrichen: bis auf Reste gebessert, voll behoben; *

Altersübergang: Vorruhestandsregelung für die ostdeutschen Bundesländer

Nur noch vier Patienten aus der Pädagogengruppe und drei Patienten aus der Vergleichsgruppe übten eine Tätigkeit aus, die ihrem erlernten Beruf entspricht. Lediglich drei Pädagogen übten noch dieselbe Tätigkeit am gleichen Ort aus, in der Vergleichsgruppe war dies bei keinem ehemaligen Patienten der Fall.

Änderung der Erwerbstätigkeit

Zum Therapiezeitpunkt waren 13 Patienten jeder Gruppe als Angestellte erwerbstätig. Die zwei Ausnahmen standen als Studenten jeweils kurz vor der Abschlußprüfung und befanden sich im Übergang in ihr Berufsleben als Angestellte.

Zum Zeitpunkt der Katamnese waren neun Patienten aus der Vergleichsgruppe und fünf Patienten aus der Pädagogengruppe nicht mehr erwerbstätig. Die seit der stationären Psychotherapie eingetretenen Änderungen in der Erwerbstätigkeit zeigt die folgende Tabelle.

keine Änderung	Pädagogen n=	Fall-Nr.	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
angestellt	7	19,21,22,23,25,26,27	2	6,12
Änderung				
jetzt verbeamtet	1	24	0	-
jetzt angestellt	1	28	0	-
jetzt selbständig	0	-	3	8,10,14
jetzt Altersübergang	2	17,18	5	1,2,3,4,5
jetzt Rente	3	15,16, 20	2	7,9
jetzt arbeitslos	0	-	2	11,13

Tabelle 21 Veränderungen der Erwerbstätigkeit seit der Therapie

4.4.3 Einschneidende gesundheitliche Veränderungen

Einschneidende gesundheitliche Veränderungen seit Abschluß der stationären Psychotherapie fanden sich bei einem Patienten aus der Pädagogen- und zwei Patienten der Vergleichsgruppe. Sie sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Fall-Nr. 7	Beinamputation nach Femoralisverschuß
Fall-Nr. 3	Asthma 1990/91 erforderte Krankenhaus- und Kuraufenthalt, subjektiv als psychisches Problem gewertet, inzwischen stabilisiert
Fall-Nr. 16	Erblindung nach Zentralarterienverschuß

Tabelle 22 Einschneidende gesundheitliche Veränderungen seit der Therapie

Außer den genannten Patienten hatte sich keiner im letzten Jahr vor der Katamneseuntersuchung einer Krankenhausbehandlung unterzogen. In wenigen Einzelfällen fanden sich kurzzeitige, vor allem somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeits-schreibungen im letzten Jahr vor der Katamneseuntersuchung. Deutliche Unterschiede zwischen beiden untersuchten Gruppen ließen sich nicht feststellen.

4.4.4 Sozialer Trend im Katamnesezeitraum

In beiden untersuchten Gruppen blieb der soziale Status im Katamnesezeitraum in etwa der Hälfte der Fälle konstant. Veränderungen des sozialen Status in Richtung Auf- oder Abstieg sind in der Vergleichsgruppe relativ gleichverteilt und tendieren in der Pädagogengruppe leicht in Richtung eines sozialen Aufstieges.

Sozialer Trend	Pädagogen n=	Fall-Nr.	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
Aufstieg	5	19,24, <u>26</u> ,27,28	2	<u>8</u> ,14
Konstanz	7	15,18,20,21,22,23,25	9	1,3, <u>4</u> ,5,6,9,10,11,12
Abstieg	2	<u>16</u> , <u>17</u>	3	<u>2</u> , <u>7</u> , <u>13</u> ,

Tabelle 23 Einschätzung des sozialen Trends seit Ende der Therapie

unterstrichene Patienten = Pat. mit unbefriedigendem Langzeitergebnis bzw. zu K weiterhin der Kategorie "WN" im BFB zuzuordnen

Alle Patienten, die im Vergleich zum Therapiezeitraum sozial abgestiegen waren, erzielten ein unbefriedigendes Katamneseergebnis. Umgekehrt finden sich auch in der Gruppe mit sozialem Aufstieg zwei Patienten, die zur Nachuntersuchung im BFB weiterhin als "wahrscheinlich neurotisch" imponierten (Fall-Nr. 8; 26: globale Einschätzung des Katamneseergebnisses: "Besserung"). Betrachtet man das unmittelbare Therapieergebnis (Zeitraum T_1 bis T_2), so zeigt sich, daß die Patienten, die im Katamnesezeitraum sozial abgestiegen waren, bereits im Therapiezeitraum eine - im Vergleich zu den Untersuchten mit Konstanz oder Besserung des sozioökonomischen Status - schlechtere Beeinflußbarkeit erhöhter Skalenwerte im MMPI aufwiesen. Die folgende Abbildung verdeutlicht dieses Phänomen anhand des Globalneurosewertes, einer Zusatzskala des MMPI (Hess et al. 1976).

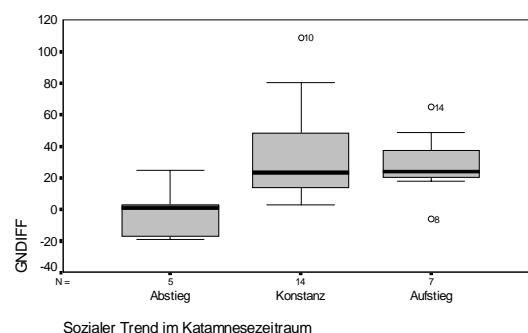


Abbildung 11 Boxplots, Veränderung der Globalneurose-Wertes (GNdiff) im Therapiezeitraum (T_1 - T_2) in Abhängigkeit vom sozialen Trend im Katamnesezeitraum (Gesamtgruppe)

Patienten mit sozialem Abstieg zeigten während der Therapie eine schlechtere Beeinflußbarkeit des GN (geringe GN-Differenz, $p=0,016$ (U-Test: Gruppe Abstieg vs. Gruppe Konstanz))

Erklärung der graphischen Darstellung in Boxplots:

Die untere und obere Grenze der Box repräsentieren das untere und obere Quartil. Die Länge der Box entspricht dem Interquartilbereich, so daß eine Box die mittleren 50% der Werte einer Gruppe enthält. Die Linie in der Box gibt die Lage des Medians wieder. Je länger die Box ist, desto stärker streuen die Beobachtungswerte. Die von der Box weggehenden Linien (whiskers) reichen jeweils bis zum letzten Wert, der weniger als einen Interquartilbereich außerhalb der Box liegt. Mit O (outlier=Ausreißer) werden Punkte bezeichnet, die außerhalb dieses Bereichs, aber weniger als das 1,5-fache des Interquartilbereichs außerhalb der Box liegen. Ein * bezeichnet Punkte, die mehr als das 1,5-fache des Interquartilbereichs außerhalb der Box liegen, sog. Extremwerte.

4.5 Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich psychosozialer Auslösebedingungen und intrapsychischer Konfliktmuster

Da detaillierte Einzelfalldarstellungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, erfolgt die Beschreibung der relevanten Auslösebedingungen für jeden einzelnen Untersuchungsteilnehmer in tabellarischer Form im Anhang (Tabelle A). Die folgenden Darstellungen greifen auf diese Auflistung der Fokusdiagnosen zurück.

4.5.1 Anpassung und Widerstand in der DDR

Anhand der Aussagen im Interview und von Hinweisen, die sich im Aktenmaterial fanden, wurden die Untersuchten den von *Schröder (1990)* beschriebenen Kategorien der normativen Konformisten, opportunen Konformisten und Non- bzw. Gegenkonformisten zugeordnet. Die folgende Abbildung vergleicht die Untersuchungsgruppen bezüglich dieser Zuordnung.

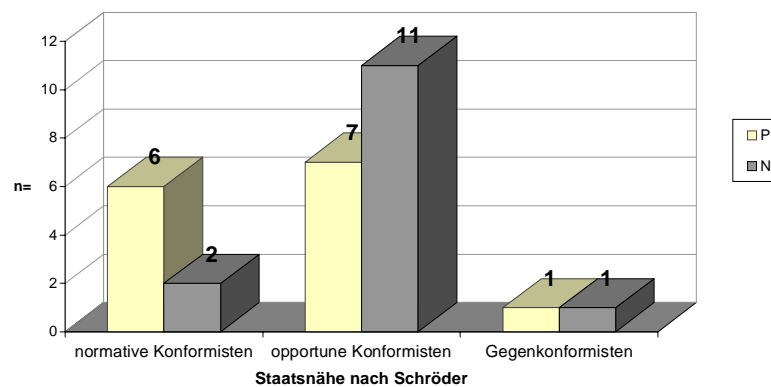


Abbildung 12 Vergleich der Untersuchungsgruppen bezüglich der Kategorien Anpassung und Widerstand gegenüber dem DDR-Staatssystem

Sechs Pädagogen im Vergleich zu nur zwei Nichtpädagogen wurden als normativ konform eingestuft. Alle acht Patienten mit normativ konformistischen Anpassungsmustern erzielten ein gutes Katamneseergebnis: Die Fremdeinschätzung des Befindens zur Nachuntersuchung fiel ausnahmslos in die Kategorien "Besserung" bzw. "Besserung bis auf Reste". Das Ausmaß der angegebenen Beschwerden im BFB klassifizierte nur noch einen Patienten dieser Gruppe als "wahrscheinlich neurotisch".

4.5.2 Hinweise auf ideologische Belastungsmomente und deren Bewertung

Hinweise im Aktenmaterial

Im Aktenmaterial fanden sich von Seiten der Therapeuten keine Hinweise auf systemspezifische Belastungen. In Selbstdarstellungen der Patienten, insbesondere in den ausführlichen Lebensläufen, die sich in den Akten befinden, wurden in einigen Fällen sowohl von Patienten aus der Pädagogen-, als auch aus der Vergleichsgruppe system-

bedingte Belastungen erwähnt. Quantitativ und qualitativ ließen sich bezüglich dieser Darstellungen keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen ausmachen.

Fall-Nr. 7	"Für den Dreck, der die gesellschaftliche Zukunft meiner Tochter darstellt, lohnt es sich nicht zu arbeiten und zu leben". benennt als symptomauslösenden Konflikt unter anderem "die grundsätzliche Ablehnung der Verfahrensweise der staatlichen Leitung, der Parteileitung und der Gewerkschaftsleitung im Betrieb".
Fall-Nr. 8	"Durch meine elterliche Erziehung, wie auch durch Lehrer und Dozenten an den weiteren Ausbildungsstätten war in mir der Entschluß gereift, Mitglied der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands zu werden, in deren Reihen ich dann auch 1967 aufgenommen wurde."
Fall-Nr. 17	detaillierte Schilderung ihrer Unzufriedenheit im Lehrerberuf Sie führt diese auf eine neue Verordnung zurück, nach der die Maurer-Lehrlinge vom Fach Deutsch als Prüfungsfach befreit wurden, woraufhin diese "weder das Fach noch die Lehrerin" ernst nähmen
Fall-Nr. 22	ausführliche Beschreibung seiner Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Parteisekretär, Überlastungsgefühl in dieser Funktion, übergeordnete Parteistelle hatte sein Gesuch, aus diesem Amt entlassen zu werden, abgelehnt, daraufhin kam es zu einem nicht vollendeten Suizidversuch.

Tabelle 24 Beispiele für ideologiebezogene Informationen aus dem Aktenmaterial (Selbstdarstellung der Patienten)

Aussagen aus dem Interview

Auf die Frage: "Wie sehen Sie aus der heutigen Sicht Ihr Leben in der ehemaligen DDR?" gab es im wesentlichen drei Reaktionsmuster. Eine Minderheit der Befragten reagierte mit Unverständnis und Ablehnung auf die Frage (Fall-Nr. 4, 5). Eine zweite Gruppe nahm die Frage mehr oder weniger gleichgültig an, wirkte unpolitisch und eher unkritisch im Umgang mit der eigenen Vergangenheit in der DDR. Der Rest der Befragten nahm die Frage interessiert entgegen und schien eigene Lebenserfahrungen im DDR-Staatssystem aktiv zu reflektieren. Sowohl in der Pädagogen- als auch in der Vergleichsgruppe fanden sich Äußerungen, die auf einen unkritischen, unreflektierten Umgang mit der DDR hinweisen. Bei der Interviewerin entstand der Eindruck, daß die untersuchten Pädagogen insgesamt überlegter und kritischer mit der Frage nach ihrer Vergangenheit in der DDR umgingen als die Nichtpädagogen.

Die Mehrheit der Befragten, die ihre Vergangenheit in der DDR aktiv reflektierten und politisch interessiert wirkten, schilderten ihre Einstellung zum DDR-System als einen schrittweisen Prozeß mit zunehmender Desidentifikation; bei den meisten klang eine partielle Loyalität zur DDR bis zum Schluß an. Nur eine Minderheit der Untersuchten schien die DDR als politisch-repressives System erlebt zu haben (nur die zwei Gegenkonformisten: Fall-Nr. 7 und 17 sowie die Patientin mit Fall-Nr. 9). Kein Untersuchungsteilnehmer berichtete, selbst Opfer repressiver staatlicher Maßnahmen wie Stasi-Verfolgung, Inhaftierung und ungerechtfertigter disziplinarischer Maßnahmen geworden zu sein.

Fremdeinschätzung

Die folgende Tabelle ist ein Auszug aus Tabelle A im Anhang. Sie faßt die Fälle zusammen, in denen sich in der Beschreibung der psychosozialen Auslösesituation zum Therapiezeitpunkt ideologiespezifische Auslöser fanden. Nur in einem Fall wurde die beschriebene Auslösesituation für so relevant gehalten, daß sie als Konfliktfeld an der ersten Stelle erschien (Fall-Nr. 25). Die unbewußte Konfliktproblematik wird an dieser Stelle nicht aufgeführt.

Nr.	Pädagogen
15	2(2)Belastung mit parteipolitischen Funktionen, gegen deren Übernahme er sich zu wehren nicht in der Lage war
17	3(3)Opposition und schließlich aktive Rebellion gegen das bestehende Staatssystem (kompensiert Mangelerleben)
20	3(3)allmähliche Auflösung der ideologischen Beheimatung in der sozialistischen Gedankenwelt
22	2(2)Kompensationsversuch durch Leistungsstreben auf organisatorisch-formaler Ebene (Parteisekretär) führt zu Überforderungssituation
24	3(3)Parteiaustritt aus Karrieregründen, Tätigkeit als FDJ-Sekretär befriedigt aber nicht den bestehenden Geltungsanspruch
25	1(1)Symptomatik bricht nach Rückkehr aus England aus, als ein zweiter, einjähriger England-Aufenthalt bevorsteht (beim ersten war ihr die DDR-systembedingte Einengung erlebbar geworden)
Nr.	Vgl.-Gruppe
2	2 (3)Frustration des inneren Anspruchs, die gesetzten, aber nicht erfüllbaren Parteinormen umzusetzen
6	3 (3)Belastung durch von ihr als sinnlos erlebte politisch-bürokratische Aufgaben
7	3(3)Impulsdurchbrüche (Parteibuch auf den Tisch geknallt), in besonnenen Phasen intellektuell-begründete Systemkritik
9	3(3)prägender Einfluß einer, durch KGB-Haft des Vaters bedingten, ängstlich-vermeidenden Familienatmosphäre
14	2(2)Denunziation nach Eheschließung mit einem Ausländer

Tabelle 25 Auslösesituationen auf dem Gebiet der Ideologie in den Untersuchungsgruppen
fett - ohne Besserung/Vsl, unterstrichen - bis auf Reste, voll behoben, in Klammern totale Anzahl der genannten Konfliktfelder (nach Relevanz geordnet), Beispiel: 2(3) bedeutet, daß die ideologische Konfliktsituation in ihrer Bedeutsamkeit an 2. Stelle von insgesamt 3 gefundenen Auslösern stand

4.5.3 Auslösesituationen zum Therapiezeitpunkt (T)

Die im Einzelfall beschriebenen Auslösesituationen wurden in Nachbesprechungen geordnet und sind in Tab. A im Anhang dargestellt. Ordnet man die psychosozialen Auslöser den Bereichen Beruf, Partnerschaft, Familie- und Sozialverhalten, Krankheitsbewältigung sowie Ideologie zu, so ergibt sich für T folgendes Bild (Tab. 26).

	Beruf	Partnerschaft	Familie/Sozialverhalten	Krankheitsbewältigung	"ideologisch"
Pädagogen	12	9	5	1	6
Vgl.-Gruppe	11	6	6	0	5

Tabelle 26 Häufigkeit verschiedener Konfliktfelder in den Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Therapie

4.5.4 Auslösesituationen im Katamnesezeitraum (K)

In Tab. A im Anhang werden die zu T relevanten psychosozialen Auslöser denen zu K im Einzelfall detailliert gegenübergestellt. Nur in wenigen Fällen fanden sich Auslöser in einem anderen Lebensbereich ("Konfliktfeld"). Die folgende Tabelle entstand in Auswertung der eben genannten Tabelle und bewertet die Dynamik konflikthafter Lebensbereiche im Katamnesezeitraum.

Bei den Patienten der Pädagogengruppe wurden 33, bei denen der Vergleichsgruppe 26 Konfliktfelder formuliert. Somit ist eine direkte quantitative Gegenüberstellung nicht möglich. Es wird jedoch deutlich, daß die überwiegende Mehrzahl der Konfliktfelder sich zur Nachuntersuchung gemildert bzw. aufgelöst hatte. Neue Auslösesituationen fanden sich bei vier Patienten. Verschärfungen bekannter psychosozialer Konfliktsituationen traten bei vier Patienten auf. In zwei Fällen verschärften sich gleich zwei Konflikte.

	Auflösung	Milderung	unverändert	Verschiebung	Verschärfung	neues Konfliktfeld
Pädagogen	13	8	4	1	5	2
Vgl.-Gruppe	7	13	2	1	1	2

Tabelle 27 Dynamik der Konfliktfelder im Katamnesezeitraum

4.5.5 Umgang mit der Umbruchsituation

Die "Wende" war für alle Interviewten ein besonderes Ereignis. Viele Befragte assoziierten im Gespräch mit diesem Wort zunächst die Euphorie in den Tagen nach dem Fall der Mauer und sprachen über ihre Freude und Erleichterung, "endlich reisen zu dürfen". Vier ehemalige Patienten (zwei Pädagogen, zwei Nichtpädagogen) berichteten über ein gewachsenes politisches Interesse in der Umbruchsituation, welches mit eigenen politischen Aktivitäten einherging.

Fall-Nr.	
17	Engagement in der Bürgerbewegung schon vor Oktober 1989, enttäuscht über Ausgang der Revolution, fühlt sich "jetzt von Supergaunern regiert"
9	Interesse an der Aufarbeitung der DDR-Vergangenheit (insbesondere Staatsicherheitsdienst) nach vorausgegangener KGB-Haft des eigenen Vaters
25	zunächst Freude über demokratische Verhältnisse am Arbeitsplatz und aktives Engagement bei der Umgestaltung, später Konfrontation mit dem als ungerecht erlebten Vorwurf, sie habe in der DDR als SED-Mitglied Andersdenkende unterdrückt, Unterlegenheit im Rivalitätskampf am Arbeitsplatz, drohende Kündigung
13	anhaltende schwere depressive Verstimmung im Vordergrund, kurzzeitige Symptomverbesserung und mehr Interesse an sozialen Aktivitäten in der Zeit der Montagsdemonstrationen

Tabelle 28 Beispiele für den Umgang mit der Umbruchsituation

Die mit den Märzahlen 1990, der Währungsunion und der Wiedervereinigung eingeleitete Phase der Umbruchsituation wurde von den Interviewten mit weniger Zustimmung kommentiert. Obwohl die Mehrheit der Patienten in beiden Untersuchungsgruppen die Wiedervereinigung begrüßte, wurden auch Ablehnung gegen das wiedervereinigte

Deutschland (Fall-Nr. 17; 5) bzw. Verunsicherung und Ängste der neuen Situation gegenüber im Interview ausgedrückt (Fall-Nr. 17; 5; 1; 25).

Der in einem bereits zitierten Fall anklingende Kampf um die Durchsetzung existentieller persönlicher Interessen (Arbeitsplatz, Fall-Nr. 25) war im Zuge des Umbruchs noch in einem weiteren Fall erforderlich (Rentenansprüche, Fall-Nr. 2). Gleichzeitig betonen andere Interviewte den Herausforderungscharakter der Umbruchsituation, den sie für eine Umorientierung im beruflichen und privaten Bereich nutzen konnten (Fall-Nr. 27; 10; 8; 3).

4.5.6 Konfliktmuster

Tabelle 29 zeigt in beiden Vergleichsgruppen eine geschlechtsspezifische Polarisierung - bei Frauen überwiegen als Konfliktmuster Abhängigkeit-Autonomie und Versorgung-Autarkie, bei Männern Selbstwert- und Autoritätskonflikte. Eine spezifische Konflikthäufung ist beim Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen dagegen nicht zu erkennen.

OPD-Konflikt	Pädagogen n=	Vgl.-Gruppe n=	Fall-Nr.
1-Abhängigkeit vs. Autonomie	5	3	9,13,14,17,21, 22 ,23,26
2-Unterwerfung vs. Kontrolle	2	2 (1)	1,5,(7),15 , 25
3-Versorgung vs. Autarkie	3	0	16,18,20
4-Selbst- vs. Objektwert	2 (1)	3 (2)	2,4,(7),10,(12),17,(19),24
5-Über-Ich-Schuld-Konflikt	0	1	11
6-Ödipal-sexueller Konflikt	0	(2)	(10),(13)
7-Identitätskonflikt	2 (2)	0	(21), (22) , 27 ,28
8-Fehlende Konfliktwahrnehmung	0	1	8
9-Äußere konflikthafte Situation	0	2	3,6
Strukturelles Defizit bestimmend	0	2	7,12

Tabelle 29 OPD-Konflikt Diagnosen für den Zeitpunkt der Therapie;
fettgedruckte Fallzahlen=Männer, in Klammern=Zweitnennung

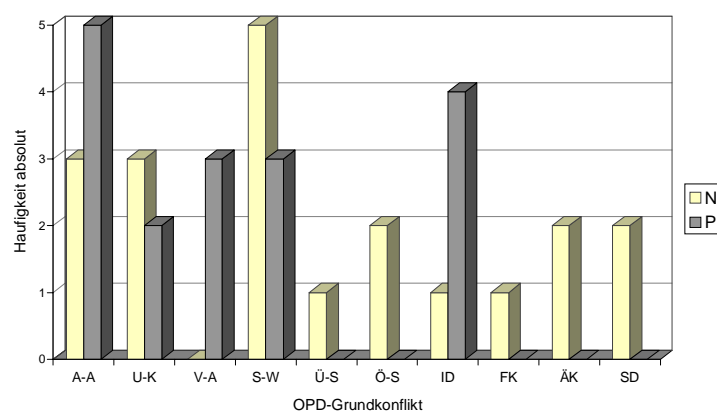


Abbildung 13 OPD-Konflikt Diagnosen (Therapiezeitpunkt, Erst- und Zweitnennungen).

In Abbildung 13 verwendete Abkürzungen: A-A = Abhängigkeit-Autonomie, U-K = Unterwerfung vs. Kontrolle, V-A = Versorgung vs. Autarkie, S-W = Selbst- vs. Objektwert, Ü-S=Über-Ich- und Schuldkonflikt, Ö-S = Ödipal-sexueller Konflikt, ID=Identitätskonflikt, FK=Fehlende Konfliktwahrnehmung, ÄK=äußere konflikthafte Belastung, SD=strukturelles Defizit bestimmend

Äußere Belastung versus innerer Konflikt, Vergleich von Therapie und Katamnese

In der folgenden Tabelle sind die OPD-Konflikttypen für Therapie- und Katamnesezeitraum getrennt aufgezeigt. Es handelt sich bei der überwiegenden Mehrzahl um zeitlich überdauernde, intrapsychische Konfliktmuster, die bis zum Katamnesezeitpunkt unverändert bestanden.

	zeitlich-überdauernde, intrapsychische Konflikte, OPD-Konflikte 1 bis 8 (absolute Häufigkeit)	äußere konflikthafte Lebenssituation OPD-Konflikt 9 (absolute Häufigkeit)	
		<i>Therapiezeitraum</i>	<i>Katamnesezeitraum</i>
Pädagogen	17	0	1
Vgl.-Gruppe	16	2	0

Tabelle 30 Gegenüberstellung intrapsychischer Konflikte und äußerer konflikthafter Lebenssituationen anhand der OPD zu T und K

4.5.7 Subjektive Bewertung der zurückliegenden Psychotherapie

Es wurden keine standardisierten Verfahren verwendet, um die Bewertung der zurückliegenden Psychotherapie durch die Untersuchungsteilnehmer differenziert zu erfassen. Auf die Frage: "Was hat Ihnen die Psychotherapie gegeben?" ließ die überwiegende Mehrheit der Interviewten Zufriedenheit über die zurückliegende Therapie erkennen. Aus den Äußerungen vieler Patienten wurde deutlich, daß während der Therapie gewonnene Einsichten und Erfahrungen weiterhin gegenwärtig und bedeutsam für sie waren. Einige erwähnten auch, daß sie z.B. das Autogene Training und andere Entspannungsverfahren, die sie während der Therapie erlernt hatten, immer noch regelmäßig durchführten. Unter der Einschränkung, daß die Bereitschaft, an der Katamneseuntersuchung teilzunehmen wahrscheinlich eine gewisse Grundzufriedenheit mit der zurückliegenden Therapie einschließt, äußerte nur ein Patient Kritik an der erfolgten Behandlung. Er führte seine Beschwerden zum Therapiezeitpunkt im Nachhinein auf eine nicht erkannte chronische Appendizitis zurück.

Anhand der im Gespräch gewonnenen Informationen ließen sich zwischen Pädagogen- und Vergleichsgruppe keine Unterschiede in der subjektiven Bewertung der zurückliegenden Psychotherapie ausmachen.

5 Diskussion

Methodenkritische Bemerkungen

In dieser Arbeit wurde versucht, zwei repräsentative Gruppen ehemaliger Psychotherapiepatienten (Ptp.), die unterschiedlichen Berufsgruppen angehören, zu vergleichen. Bei der Rekrutierung der Gruppen ergaben sich jedoch Selektionseffekte, die sich insbesondere in einem höheren Alter der tatsächlich untersuchten Patienten im Vergleich zum Alter aller ursprünglich eingeschlossenen Personen niederschlagen. Des Weiteren kam es zu einer Verzerrung der berufstypischen Geschlechtsverhältnisse. Zugunsten der Parallelisierung, und somit Vergleichbarkeit der beiden Gruppen, mußte der Anspruch auf Repräsentativität partiell aufgegeben werden. Dieses Manko kann jedoch dadurch kompensiert werden, daß aus einer anderen Untersuchung, die bewußt zeitgleich und mit gleichen Methoden an der ehemaligen Pädagogenklientel derselben Klinik durchgeführt wurde, Ergebnisse vorliegen, die für die Gesamtgruppe der Patienten aus pädagogischen Berufen repräsentativ sind und somit in der Diskussion der Ergebnisse vergleichend herangezogen werden können (*Wittwar 1998*). Somit kann der Anspruch, daß qualitative Verlaufsmittelungen am Einzelfall des Vergleiches mit allgemeinen Gesetzmäßigkeiten des Gruppenverlaufes bedürfen, zumindest für die untersuchte Pädagogengruppe, gewahrt werden.

Da die detaillierte Darstellung der 28 Einzelfälle den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, ist eine übersichtsartige Einzelfallbetrachtung gewählt worden. Die Diskussion geht bei der Schilderung der Ergebnisse auf Typisches und individuelle Besonderheiten ein.

Bei kritischer Betrachtung dieser Arbeit, deren methodischer Ansatz in der Konfliktforschung zu einem großen Teil auf psychoanalytischen Konzepten beruht, könnte der Einwand erhoben werden, daß unter dem Blickwinkel der Psychoanalyse innere Konflikte gegenüber äußeren überbewertet werden. Dies ist einerseits nicht von der Hand zu weisen, da die Psychoanalyse intrapsychischen Aspekten und dem Unbewußten eine Bedeutung zuerkennt, die in anderen Wissenschaften ausgespart bleibt. Andererseits wirkt die in dieser Arbeit verwendete Einschätzungsform (OPD) einer einseitigen Betrachtung insofern entgegen, als in der OPD äußere Konflikte als eine zusätzliche Kategorie mit gleicher Wertigkeit den inneren Konflikten gegenübergestellt werden.

An dieser Stelle sei noch auf ein grundlegendes Problem bei der Beurteilung des Psychotherapieergebnisses über einen längeren Zeitraum verwiesen: Vom ursprünglichen therapeutischen Agens unabhängige psychosozialen Einflußvariablen nehmen mit der Zeitdauer stark zu. Dies gilt um so mehr in Zeiten starker sozialer Veränderungen. Damit wird es immer schwerer zu beurteilen, ob "zufällige" Lebensveränderungen Ausdruck einer günstigeren Lebensbewältigung sind, oder ob sich diese Veränderungen eher ursächlich auf den weiteren Verlauf auswirken (*Rüger 1991*).

Diagnosen

In der nosologischen Diskussion der letzten Jahre ist ein Trend zur Bevorzugung rein deskriptiver Begriffe gegenüber kausal definierten zu verzeichnen. Dies findet seinen

Niederschlag darin, daß das auf Freud zurückgehende Neurosenkonzept sowohl im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der APA (DSM, *American Psychiatric Association 1987*) als auch in der International Classification of Diseases der WHO (ICD-10, *WHO 1993*) fallengelassen und durch den rein beschreibenden Begriff der *neurotischen Störungen* ersetzt wurde. Aufgrund der häufig multisymptomatischen Phänomenologie der Neurosen werden Mehrfachdiagnosen mit zunehmender Operationalisierung und unter Verwendung deskriptiver Kriterien wahrscheinlicher, was sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung widerspiegelt. Andererseits erscheint die Operationalisierung der Diagnostik in Anbetracht der verwirrenden Fülle uneinheitlich verwendeter Bezeichnungen notwendig (*Tölle 1996*).

In der vorliegenden Untersuchung sind neurotische Störungen, depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen in der Pädagogen- und Vergleichsgruppe sowohl zum Therapiezeitpunkt (T) als auch zur Katamneseuntersuchung (K) häufig gestellte Diagnosen. Offensichtliche Unterschiede zwischen Pädagogen- und Vergleichsgruppe sind nicht auszumachen. Dies bietet einen guten Ausgangspunkt für den weiteren Vergleich der Gruppen auf nichtsymptomatischer Ebene. Fehler durch unterschiedliche diagnostische Gewohnheiten wurden in der vorliegenden Arbeit dadurch minimiert, daß die Diagnosen anhand der ICD-10-Kriterien neu formuliert wurden. *Fikentscher (1986)* fand ein häufigeres Vorkommen neurasthenischer, psychosomatischer und funktioneller Beschwerden bei Pädagogen im Vergleich zu anderen Psychotherapiepatienten. Es liegt auf der Hand, daß bei stärkerer Beachtung ätiopathogenetischer Konzepte in vielen Fällen die Diagnose der Neurasthenie naheliegend ist. Erschöpfungssyndrome führen jedoch die Betroffenen oft erst dann in die Therapie, wenn die Symptomatik sich soweit zugespitzt hat, daß nach phänomenologischen Gesichtspunkten die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sind. Begleitsymptome erreichen oft ein solches Ausmaß, daß zusätzlich die Diagnose einer somatoformen Störung gerechtfertigt ist. Pathologische Reaktionen auf chronische emotionale Belastungen, wie sie in Sozialberufen häufig anzutreffen sind, fanden unter dem Begriff Burnout-Syndrom Eingang in die Literatur (*Maslach 1976*). Dieses Syndrom wird von verschiedenen Autoren in einen engen Zusammenhang mit dem Lehrerberuf gebracht (*Capel 1987, Kyriacou und 1977, Coates 1976, Blase 1982, Schonfield 1989, Salo 1996*). *Pierce et al. (1990)* nennen drei Charakteristika des Burnout-Syndroms bei Lehrern: 1. Erschöpfung und Müdigkeit, 2. die Tendenz, eine negative, zynische Einstellung gegenüber Schülern zu entwickeln, 3. die Neigung zu einem negativem Selbstbild und aufkommende Insuffizienzgefühle im Beruf.

Die Vielzahl von Berichten über psychische Auffälligkeiten von Lehrern und Erziehern in der internationalen Fachliteratur zeigt, daß es vorschnell wäre, die Häufung bestimmter neurotischer Symptome in diesen Berufsgruppen lediglich auf die spezifische Situation in der DDR zurückzuführen. Erste Berichte über psychische Auffälligkeiten bei Pädagogen stammen bereits aus den 30er Jahren (*Hicks 1933*, zitiert bei *Coates 1976, Schohaus 1933, 1937*). Diese Tatsache verdeutlicht zum einen die Relevanz berufsspezifischer Stressoren des Lehrerberufes, wirft aber überdies auch die Frage nach

spezifischen und eventuell ungünstigen Merkmalen der typischen prämorbidem Persönlichkeit in pädagogischen Berufen auf.

Chronizität der Beschwerden

Folgt man *Rudolf (1993)*, so leiden Psychotherapiepatienten bei Behandlungsbeginn im Mittel 8 Jahre an ihren Beschwerden. Mit 6 bzw. 9,8 Jahren liegt die Chronizität der hier untersuchten Patienten im zu erwartenden Bereich. Die bei früheren Untersuchungen gefundene längere Beschwerdedauer von Pädagogen im Vergleich zu anderen Psychotherapiepatienten (*Fikentscher 1986*) wird durch die vorliegende Untersuchung tendenziell bestätigt, ist jedoch nicht statistisch zu sichern.

Ergebnisse aus Fragebogentests

In beiden Untersuchungsgruppen fanden sich zu T₁ pathologisch erhöhte Skalenwerte im BFB als Ausdruck körperlicher und psychischer Beschwerden. Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchten war anhand der BFB-Ergebnisse der Kategorie "wahrscheinlich neurotisch" zuzuordnen. Dies ist nicht überraschend und unterstreicht, daß sich vorrangig Patienten mit schweren somatoformen und psychoneurotischen Symptomen in die stationäre Psychotherapie begaben. Die erhöhten T-Werte auf den MMPI-Skalen D und PT in beiden Gruppen sprechen für Symptome wie innere Gespanntheit, Ängstlichkeit, Depressivität und Selbstunsicherheit, Zwanghaftigkeit und übermäßige Besorgtheit (*Gehring und Blaser 1993*).

Die quantitativen Ergebnisse aus dem MMPI weisen darauf hin, daß zu Beginn der stationären Behandlung Unterschiede zwischen Pädagogen und Nichtpädagogen in Bezug auf den Ausprägungsgrad der Symptome vorlagen. Die signifikant höheren HD- und HY-Werte in der Pädagogengruppe lassen diese Patienten als klagsamer, besorgter und erschöpfbarer erscheinen als die Nichtpädagogen (*Gehring und Blaser 1993*). Betrachtet man das MMPI-Gruppenprofil der Pädagogengruppe, so finden sich die höchsten T-Werte auf den Skalen HD, HY, PT (Mittelwerte zwischen 66 und 70), was für eine hohe Anzahl körperlicher Beschwerden als Ausdruck psychischer Probleme, die unter Umständen erst unter Streß manifest werden (HY), hohe Klagsamkeit, übermäßige Sorgen über die eigene Gesundheit bei mangelnder Einsicht in die emotionale Basis der Symptome (HD) sowie unbegründete Ängste, Zwanghaftigkeit, Überbesorgtheit und Konzentrationsschwierigkeiten (PT) spricht. Tendenziell höhere Beschwerdescores der untersuchten Pädagogen im Bereich psychosomatischer Beschwerden im BFB unterstützen die Vermutung, daß Pädagogen stärker zur Somatisierung neigen als andere Ptp.. Dieses Ergebnis ist in Übereinstimmung mit bei früheren Untersuchungen festgestellten Charakteristika von Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen (*Fikentscher 1986, Buhr 1979*).

Die zu T gefundenen Unterschiede zwischen Pädagogen- und Vergleichsgruppe waren zur Nachuntersuchung nicht mehr auszumachen. Die Gleichheit der untersuchten Gruppen zu K wird zusätzlich durch die Ergebnisse im BFB und SCL-90R bestätigt. Vor dem Hintergrund der höheren Beschwerdescores in der Pädagogengruppe zum Therapiezeitpunkt könnte dieses Ergebnis für eine eher entlastende Wirkung der Umbruchsituation in dieser Gruppe sprechen. In früheren Katamnesestudien, die unter

konstanten gesellschaftlichen Bedingungen durchgeführt wurden, zeigte sich, daß Pädagogen im Katamnesezeitraum häufiger als andere Ptp. zu rezidivierenden Beschwerden und Symptomzunahme neigten (*Fikentscher 1986*). In der Diskussion der Einzelfälle wird auf mögliche entlastende Momente der Umbruchsituation weiter eingegangen. Andere Erklärungsmöglichkeiten für den vergleichsweise starken Rückgang der Symptome bei den untersuchten Pädagogen, wie zum Beispiel Therapieeffekte bzw. ein differenziertes Ansprechen auf Psychotherapie, sollten jedoch bedacht werden. So wurde z.B. eine gute Psychotherapiemotivation bei Patienten mit hohen PT-Werten im MMPI beschrieben (*Schmaling und Jones 1996*).

Es ist denkbar, daß die zu T_1 aufgezeigten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen noch deutlich stärker zutage treten würden, hätte man nicht durch die Parallelisierung der Gruppen den in der Realität vorhandenen Alters- und Chronizitätsvorsprung von Pädagogen gegenüber anderen Psychotherapiepatienten teilweise ausgeschaltet.

Neben den beschriebenen Unterschieden im Querschnitt verdeutlichen die Testergebnisse eine in beiden Gruppen gleichsinnige und signifikante Abnahme symptomatischer Scores, sowohl im Verlauf der Therapie (T_1 - T_2), als auch im Katamnesezeitraum (T_2 -K). Interessant ist, daß im MMPI, der zu Beginn und Ende der Therapie vorliegt, die Verringerung der Werte - mit Ausnahme der HD-Skala - in beiden untersuchten Gruppen nach Abschluß der Therapie weiter anhielt. Dies spricht insgesamt für ein stabiles Therapieergebnis, welches sich tendenziell während der Katamneseperiode noch stabilisierte bzw. verbesserte. *Rüger (1991)* konnte dieses Phänomen, eine anhaltende Angleichung an die Normwerte im Katamnesezeitraum bei stationär behandelten Psychotherapiepatienten, auch anhand des Gießen-Tests nachweisen.

Das Katamneseergebnis der vorliegenden Untersuchung läßt sich quantitativ mit den Ergebnissen anderer katamnestischer Untersuchungen von Psychotherapiepatienten vergleichen: In der Berliner Psychotherapiestudie (*Rudolf 1991*) betragen die selbsteingeschätzten Besserungsraten der stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten 43% im Bereich somatischer Symptome und 30% im Bereich psychischer Beschwerden. Vergleichbare Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung (Selbsteinschätzung mit dem BFB) liegen sogar noch darüber. Die Hypothese, daß die Umbruchsituation ehemalige Psychotherapiepatienten destabilisiert, kann anhand der quantitativen Ergebnisse dieser Untersuchung insofern nicht bestätigt werden.

Die Tatsache, daß sowohl in der Pädagogen- als auch in der Vergleichsgruppe ein erneuter Wiederanstieg des Hypochondriewertes im MMPI zu verzeichnen war (HD, Ausdruck hoher Klagsamkeit; Schmerzen und andere Beschwerden, meist ohne organische Ursache), der in der Vergleichsgruppe sogar über das Ausgangsniveau zu T_1 hinausging (ns), könnte jedoch Ausdruck einer Reaktion auf allgemeine Belastungen im Zuge der Umbruchsituation sein. Das gleichzeitige Auftreten dieses Phänomens in beiden Untersuchungsgruppen deutet auf ein ähnliches Reaktionsmuster beider Gruppen hin.

In der Literatur ist im Zusammenhang mit der Umbruchsituation die Häufung psychosomatischer Beschwerden hypothetisiert und beschrieben worden (*Winkelmann 1992, Schröder 1992, Wernert 1994*). *Winkelmann (1992)* wies anhand von Einzelfällen in

einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung auf die Häufung dieser Beschwerden bei Kindern aus Familien, die vom Umbruch stark betroffen sind, hin. *Schröder (1992)* verwies insbesondere auf demoskopische Untersuchungen unmittelbar nach der sogenannten Wende, die eine Häufung von Herzbeschwerden, Schlafstörungen und Leber- und Gallenbeschwerden bei Ostdeutschen gegenüber Westdeutschen erbrachten. *Becker et al. (1991)* fanden Hinweise für eine höhere generalisierte Angstbereitschaft bei Ostdeutschen in der Zeit des Umbruchs. *Wernert (1994)* stellte fest, daß Psychotherapiepatienten zwischen 1989 und 1991 häufiger eine körperliche Mitverursachung ihrer Beschwerden annahmen als Psychotherapiepatienten zwischen 1985 und 1986. Des Weiteren fand sie eine Häufung von Herzbeschwerden, Rücken- und Magenschmerzen bei Psychotherapiepatienten, die in der Zeit des Umbruchs stationär behandelt wurden. Diese Aussagen relativieren sich in ihrer Bedeutung für die Umbruchsituation, wenn man davon ausgeht, daß in verschiedenen Untersuchungen der Jahre 1990 bis 1992 der Nachweis negativer Auswirkungen der Umbruchsituation auf den psychischen Gesundheitszustand der Ostdeutschen nicht befriedigend gelang (*Dehlinger und Ortmann 1992, Dahlbert 1993, Baier 1992*). Im Vergleich zu Westdeutschen, die von den Folgen der Umbruchsituation weit weniger betroffen sind, imponierten die Ostdeutschen in verschiedenen Untersuchungen sogar als insgesamt psychisch gesünder. Lediglich bezüglich unspezifischer psychosomatischer Symptome, wie Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Erschöpfung waren erhöhte Prävalenzen in Ostdeutschland nachweisbar (*Wittchen et al. 1994*). Bislang ist die Frage nach gesundheitlichen Auswirkungen der Umbruchsituation nicht abschließend zu beurteilen. Die Publikation zusammenfassender Forschungsarbeiten zu diesem Thema ist zu erwarten.

Persönlichkeitsmerkmale

Obleich das MMPI als Persönlichkeitsmeßinstrument entwickelt wurde, lassen sich anhand der Ergebnisse des MMPI nicht unbedingt Aussagen über konstante Persönlichkeitseigenschaften treffen. Zu T sind die erhöhten Skalenwerte im Gruppenmittel Ausdruck chronischer oder akuter Dekompensation. Sie entsprechen also überwiegend symptomatischen Veränderungen. Zudem wäre es heikel, aus einem Mittelwertprofil solch kleiner Populationen gruppentypische Charakterisierungen abzuleiten. In jedem Einzelfall erwies sich das MMPI-Profil jedoch als wertvolles Hilfsmittel für die Diagnostik und erlaubte Rückschlüsse auf individuelle Reaktionsmuster in Streßsituationen und die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur. Zu K spricht die Höhe der Symptomskalen des MMPI in beiden Gruppen für eine Rückläufigkeit der Symptomatik. Hier ähneln sich die Symptomprofile im MMPI in erstaunlichem Maße: In beiden Gruppen deutet sich ein psychosomatisches V an (hohe Werte der HD und HY, gefolgt von der D-Skala), was für eine Reaktionsbereitschaft spricht, auf psychische Belastungen verstärkt mit körperlichen Symptomen zu reagieren.

Der Gießen-Test, der nur zu K vorliegt, ist ein geeigneteres Instrument für die Erfassung von Persönlichkeitsunterschieden zwischen Pädagogen und Nichtpädagogen, da er insbesondere psychosoziale Einstellungen erfragt und somit eher in der Lage ist, gruppen- und berufsspezifische Unterschiede abzubilden. Die Untersuchungsgruppen

unterscheiden sich in ihrer Depressivität, sozialen Potenz und Resonanz nicht voneinander. Im Vergleich zu einer Normstichprobe aus der ostdeutschen Bevölkerung weisen sowohl Pädagogen als auch Nichtpädagogen erhöhte Depressivitätsscores im GT auf (*Brähler 1998*). Dies scheint ein allgemeines Merkmal von Psychotherapiepatienten zu sein und findet sich in anderen Katamnese Studien mit dem GT bestätigt (*Rüger 1976*). Die Tatsache, daß beide Untersuchungsgruppen sich gleichermaßen als sozial potenter als die Normstichprobe aus der ostdeutschen Bevölkerung (*Brähler 1998*) beschreiben, spricht insgesamt für die Stabilität der untersuchten ehemaligen Patienten in der Umbruchsituation. Die statistisch nicht signifikanten, aber tendenziell vorhandenen Unterschiede zwischen Pädagogen und Nichtpädagogen auf den anderen GT-Skalen sind keinesfalls Ausdruck pathologischer Abweichungen der einen oder anderen Gruppe. *Schauenburg et al (1993)* fanden beim Vergleich ost- und westdeutscher Studierender mit dem GT, daß es signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Studienrichtungen gab, die eine höhere Korrelation zwischen Persönlichkeit und Berufswahl nahelegen, als zum Beispiel zwischen Persönlichkeit und dem Aufwachsen in Ost- oder Westdeutschland. Im Zusammenhang mit der Diskussion um mögliche prädisponierende Persönlichkeitszüge von Menschen, die den pädagogische Berufe wählen, erscheint insbesondere die beobachtete höhere Zwanghaftigkeit in der Pädagogengruppe beachtenswert. Die Selbstdarstellung der in dieser Arbeit untersuchten Pädagogen als überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch und stetig stimmt mit dem Bild der typischen "Lehrerpersönlichkeit", wie es immer wieder in der Literatur beschrieben wurde, überein (*Fikentscher 1986, Fikentscher und Enke 1988, Grassel 1967, Schohaus 1937, 1954*).

Katamneseergebnis- Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation, Krankenschreibung, Krankenhausaufenthalte

Erneut ergeben sich zu K keine Hinweise für gravierende Gruppenunterschiede. Der Anteil der Patienten, die Ihren Zustand als eher gut und gut einschätzten, liegt in beiden Untersuchungsgruppen im Bereich von $\frac{3}{4}$. Das spricht für eine hohe Gesundheitszufriedenheit in der Umbruchsituation. Untermuert wird dieser Eindruck durch das äußerst geringe Ausmaß von Arbeitsunfähigkeit in beiden Gruppen. Einschränkend muß jedoch berücksichtigt werden, daß die Hälfte der Untersuchten zur Nachuntersuchung nicht mehr erwerbstätig war, so daß im Krankheitsfall Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wahrscheinlich auch seltener notwendig waren. *Dehlinger (1992)* fand eine etwa gleiche subjektive Gesundheitszufriedenheit in Ost- und Westdeutschland unmittelbar vor der Wiedervereinigung.

Katamneseergebnis-Fremdeinschätzung

Die Fremdeinschätzung der Symptomatik zum Katamnesezeitpunkt erfolgte auf der Basis eines Veränderungsmaßes in den von *Rüger (1976)* vorgeschlagenen Kategorien (vgl. Kap. 3.2.4). Die vergleichende Betrachtung von Pädagogen- und Vergleichsgruppe anhand dieser globalen Einschätzung zeigt bezüglich des Katamneseergebnisses keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Wenn sie auch in anderen Kategorien als die Selbsteinschätzung der untersuchten Patienten erfolgte, so ist doch eine Parallele zwischen

Selbst- und Fremdeinschätzung des Befindens zu ziehen und erkennbar, daß beide Wertungen auch im Einzelfall eine große Übereinstimmung zeigen. Im Vergleich zu *Rüger (1976)*, der bei 21 Patienten fünf bis sieben Jahre nach Abschluß einer ambulanten Gruppentherapie in 14 Fällen eine vollständige Besserung oder Besserung bis auf geringe Reste, in drei Fällen eine einfache Besserung und in je zwei Fällen keine Änderung bzw. eine Verschlechterung fand, fällt bei der vorliegenden Untersuchung eine Verschiebung in Richtung einer nur einfachen Besserung auf. Im Vergleich zu *Rüger*, der seine Kriterien stärker an psychodynamischen und strukturellen Veränderungen orientierte, wurden in der vorliegenden Untersuchung vorrangig symptomatische Aspekte bewertet. Quantitativ ist das Therapieergebnis auch mit Ergebnissen von *Dührssen (1962)* vergleichbar, die in ihrer Katamnesestudie von 1004 Patienten fünf Jahre nach Abschluß einer stationären Psychotherapie bei 45,5% der Untersuchten eine sehr gute und gute Besserung, bei 39% eine befriedigende, genügende oder kaum vorhandene Besserung und bei 13,5 % keine Besserung verzeichnete. Die globale Wirkquote von Psychotherapien wird am häufigsten in der Größenordnung von Zweidrittelbesserungen angegeben (*Rudolf 1991, Grawe 1990*). Metaanalysen, in denen die Wirksamkeit unterschiedlicher Psychotherapien evaluiert wurde, kamen zu dem Ergebnis, daß fast alle Psychotherapien ähnliche Erfolgsquoten erzielten (Dodo-Verdikt oder Äquivalenzparadox der Psychotherapie, *Luborsky et al. 1975*). Differenzierte Darstellungen über die Effektivität von Psychotherapien wurden in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Psychotherapieergebnisforschung vielfältig diskutiert (vgl. *Tschuschke 1994*). Anhand der ermittelten Besserungsraten in der vorliegenden Untersuchung zeichnet sich ein Einfluß der Umbruchsituation auf das Katamneseergebnis weder in positiver noch in negativer Richtung ab.

Psychosoziale Situation der Untersuchten zur Nachuntersuchung

Die Beschreibung der psychosozialen Situation zeigt, in wie starkem Maße die Untersuchten Veränderungen im Katamnesezeitraum ausgesetzt waren.

Betrachtet man die berufliche Situation der Untersuchten, so fällt zunächst ins Auge, daß der überwiegende Teil in diesem Lebensbereich Veränderungen erlebte, die ohne die Umbruchsituation nicht möglich gewesen wären und zum Therapiezeitpunkt nicht erwartet werden konnten. Lediglich zwei der Untersuchten (Fall-Nr. 1 und 2) wären zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als Altersrentner aus dem Berufsleben ausgeschieden, hätte die DDR fortbestanden. Für alle anderen wäre im Sinne der Vorbestimmtheit des Lebensweges in der DDR keine gravierende Änderung ihrer beruflichen Tätigkeit zu erwarten gewesen.

Tatsächlich arbeitete nur noch eine Minderheit der Untersuchten beider Gruppen in ihrem ursprünglichen Beruf. Bei näherer Betrachtung waren selbst diese Patienten extremen äußeren Veränderungen ausgesetzt. Erwähnt seien der Ingenieur für Geodäsie, der zur Nachuntersuchung ein selbständiges Vermessungsbüro unterhielt oder die "stellvertretende Abteilungsleiterin beim Rat des Kreises", die als "Verwaltungsleiterin beim Landratsamt" den gleichen Aufgabenbereich unter neuer Gesetzgebung betreute. Je fünf Patienten aus beiden Untersuchungsgruppen fielen in die Altersübergangsregelung

und befanden sich zur Nachuntersuchung im Vorruhestand bzw. in Rente. Die Mehrheit dieser Patienten war mit ihrem Leben als "Frührentner" relativ zufrieden und gestaltete es aktiv.

Der Belastung durch Umstrukturierung im Tätigkeitsbereich mit drohender Arbeitslosigkeit und erhöhten Anforderungen an Flexibilität und Mobilität steht in vielen Fällen eine Entlastung durch die Möglichkeit, aus dem Beruf auszusteigen, gegenüber. Dies wird insbesondere in der Pädagogengruppe deutlich. Auch wenn der Wechsel von der Pädagogentätigkeit in den Altersübergang bzw. in Berufstätigkeiten wie Sachbearbeiterin oder die Tätigkeit in einem Kopierladen zunächst als Abstieg oder Rückzug erscheint, so sind dies doch in Einzelfällen positive Lösungen, die nicht mit subjektiv empfundenem Statusverlust einhergehen müssen. Von einigen Patienten wurden Invalidisierung und Teilberufsunfähigkeit unmittelbar im Anschluß an die Therapie als Möglichkeit genutzt, ganz oder teilweise aus dem Beruf auszusteigen (Fall-Nr. 9: Ärztin, Fall-Nr. 15; 21: Lehrer). Besonders die jüngeren Untersuchungsteilnehmer, für die keine Altersübergangsregelung in Frage kam, waren mit drohender Arbeitslosigkeit konfrontiert. Ein Chemieingenieur (Fall-Nr. 10) entschied sich, als die Schließung seines Betriebes bevorstand, eine Erotik-Boutique zu eröffnen; ein Diplomsportlehrer mit sehr gutem Therapieerfolg (Fall-Nr. 27), der nach seiner Psychotherapie an einem theoretischen Institut tätig war, wechselte, nachdem feststand, daß das Institut "abgewickelt" wird, zunächst in eine Stelle als Angestellter bei einem Ministerium (Jugendarbeit) und erwog zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, ein Gesundheitsstudio mit anspruchsvollem Konzept aufzubauen. In drei Fällen ist das Ausscheiden aus dem Beruf sehr deutlich mit körperlichen und psychischen Symptomen verknüpft (Fall-Nr. 12: Arbeit als Zeitungsbotin und Kellnerin aufgrund phobischer Symptomatik, Fall-Nr. 13: Langzeitarbeitslosigkeit, anhaltende, z.T. schwere depressive Symptomatik mit Hemmung und Abwehr sozialer Kontakte, Fall-Nr. 7: Impulsdurchbrüche und Alkoholabusus führten 1990 zur Kündigung, inzwischen erwerbsunfähig aufgrund schwerer körperlicher Erkrankung). Daß Arbeitslosigkeit auch eine positive Herausforderung sein kann, zeigt das Beispiel der Patientin mit Fall-Nr.11: Die betroffene Chemikerin nutzte ihre Arbeitslosigkeit für eine persönlich als sinnvoll betrachtete Weiterbildung und erwog, sich im Zuge ihrer anstehenden Neubewerbungen in entfernten Orten aus der für sie unbefriedigenden Ehesituation zu lösen.

Im allgemeinen wird im Bereich von Partnerschaft und Beruf eine "geringe Klebrigkeit der Libido" (*Freud*) oder "größere Flexibilität" (*Dührssen*) als prognostisch günstiges Kriterium betrachtet. *Rüger (1976)* fand in einer Nachuntersuchung von 21 Patienten nach ambulanter psychoanalytischer Gruppentherapie, daß keiner der Patienten mit relativ unbefriedigendem Behandlungsergebnis nennenswerte Veränderungen in einem dieser beiden Bereiche zeigte.

In der vorliegenden Untersuchung finden sich unter den vier Patienten mit Ehescheidung seit der Therapie zwei mit sehr gutem und zwei mit sehr unbefriedigendem Therapieergebnis. Bei der Betrachtung dieser Fälle wird deutlich, daß Ehescheidung nicht in jedem Falle ein Verlusterlebnis darstellen muß, und zwar insbesondere dann, wenn der Betroffene selbst eine aktive Rolle bei der Trennung übernahm. So löste zum Beispiel in

einem Fall mit günstigem Katamneseergebnis (Pat. 23) die Betroffene eine unbefriedigenden Ehesituation (übereilte, falsche Partnerwahl - Heirat aufgrund von Schwangerschaft) durch Ehescheidung und Ortswechsel mit gleichzeitiger Orientierung auf eine neue Partnerschaft aktiv auf. In einem anderen Fall (Pat. 7) entschloß sich die Partnerin aufgrund erschöpfter Kompensationsmöglichkeiten gegenüber den unkontrollierten Impulsdurchbrüchen des Betroffenen zur Trennung, was zunächst zu einer weiteren Labilisierung des Patienten führte.

Insgesamt läßt sich feststellen, daß Expansivität und Aktivität mit Erprobung neuer Möglichkeiten nach der Therapie auch und besonders unter den erhöhten Anforderungen der Umbruchsituation eine positive Weiterentwicklung zu fördern scheinen, Rückzug und Passivität dagegen wirken sich nachteilig auf die weitere Entwicklung aus. Dieser Eindruck deckt sich mit Beobachtungen aus früheren Studien in konstanten gesellschaftlichen Verhältnissen (Rüger 1976).

Sozialer Trend im Katamnesezeitraum

Der etwas günstigere soziale Trend in der Pädagogengruppe spricht zum einen für die Flexibilität und psychische Stabilität dieser Patienten. Vor dem Hintergrund einer vergleichsweise sicheren Arbeitssituation für Pädagogen ist der soziale Aufwärtstrend in dieser Gruppe hauptsächlich durch jetzt besser verdienende Aussteiger aus dem Lehrerberuf bedingt (z.B. Personaldirektor, vergleiche Tabelle 20, Seite 35).

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialem Abstieg und einem schlechtem Therapieergebnis; bei vier der fünf Patienten mit sozialem Abstieg war als Katamneseergebnis keine Änderung bzw. eine Verschlechterung der Symptomatik eingeschätzt worden. Alle sozial abgestiegenen Patienten fielen in die Gruppe der Patienten mit unbefriedigendem Langzeitergebnis. Eine gegenseitige Beeinflussung von unveränderter Symptomatik und sozialen Konsequenzen der Umbruchsituation, wie Arbeitslosigkeit, drohende Arbeitslosigkeit und erhöhte Anforderungen an die individuelle Durchsetzungsfähigkeit, ist anzunehmen. Das Antizipationsstadium von Arbeitslosigkeit, vor allem das erste Stadium der allgemeinen Arbeitsplatzunsicherheit mit dem wechselnden Erleben von Hoffnung, Herausforderung und Einflußlosigkeit, bewirkt pathogenetisch besonders nachteilige Zustände (Kasl 1968, 1970, Dauer und Hennig 1994, Misselwitz 1992a). Es wäre jedoch sicher nicht richtig, die Verschlechterung der Symptomatik bei den betroffenen Patienten monokausal auf durch den Umbruch bedingte Verschlechterungen der Lebens- und Arbeitssituation zurückzuführen. Dies zeigt sich schon bei der Betrachtung quantitativer Ergebnisse dieser Arbeit: Bereits im Therapiezeitraum zeigten die Patienten, die später sozial abstiegen, eine schlechtere Beeinflußbarkeit erhöhter MMPI-Skalenwerte. Somit scheint dem unmittelbarem Therapieergebnis und intraindividuellen Merkmalen für den Langzeiterfolg eine kausaler Bedeutung zuzukommen als äußeren, zufälligen Einflüssen durch die Umbruchsituation.

Leben in der DDR zwischen Anpassung und Widerstand

In der Polarität von Anpassung und Widerstand in der DDR reicht das Spektrum in beiden untersuchten Gruppen vom Extrem der fast totalen Identifikation bis zu offener

Ablehnung und Opposition. Sowohl in der Pädagogen- als auch in der Vergleichsgruppe wurde die größte Gruppe von opportunen Konformisten gebildet. In der Pädagogengruppe waren häufiger staatsloyale Einstellungen als in der Vergleichsgruppe anzutreffen. Dieser Befund bestätigt sich durch die Untersuchungen von Wittwar (1998) an der gesamten Pädagogenklientel der Einrichtung, in denen er unter Pädagogen 45 % normativ konformistische Individuen fand. Es deutet sich somit an, daß Pädagogen häufig staatskonform eingestellt waren. Andererseits ist es vorstellbar, daß normativ konformistische Individuen schneller als andere in Konflikt mit unrealistischen äußeren Anforderungen gerieten. Zusätzlich sind Verzerrungen in der Selbstdarstellung der untersuchten Pädagogen denkbar. Sich im Nachhinein als überzeugten Kommunisten darzustellen, könnte ein Mechanismus sein, mit aufkommenden Schuldzuweisungen bezüglich des eigenen Stillhaltens angesichts offensichtlicher Mißstände in der Vergangenheit umzugehen. Pädagogen dürften diesem Rechtfertigungszwang stärker ausgesetzt sein, da sie mit ihrem Beruf per se als Staatsträger, Erzieher und Ideologievermittler wirkten. Bei genauer Betrachtung der Einzelfälle erscheint die Zuordnung zur Gruppe NK jedoch auch anhand biographischer und psychologischer Merkmale plausibel. Pädagogen kamen häufig aus staatsloyal eingestellten, zum Teil von kommunistischen Idealen geprägten Familien.

Die Analyse der Einzelfälle zeigt, daß *normative Konformität* im Pädagogenberuf, aber auch in anderen Berufszweigen, keinesfalls eine besonders widerspruchssarme Variante der Anpassung darstellte. Normative Konformität war mit unterschiedlich weitreichender Loyalität gegenüber dem Staat verbunden. Das Engagement im System war häufig moralisch motiviert. Gerade diese moralische Anbindung ("Treue") und ihre Verschmelzung mit der Ideologie des sozialistischen Staates führte im Alltag zwangsläufig zu Widersprüchen. Bei diesen Individuen bestand eine Art Doppelbindung, die eine bewußte Abgrenzung oder gar Widerstand gegen den Staat unmöglich machte bzw. extrem erschwerte.

Hierfür finden sich Beispiele in den Untersuchungsgruppen. Verwiesen sei an dieser Stelle auf den Patienten (Nr. 2), der bei seiner Tätigkeit als Betriebsleiter in den Konflikt zwischen dem inneren Anspruch, die Parteinormen zu erfüllen und äußeren Mangelzuständen, die dies unmöglich machten, geriet. Das Beispiel der Englischlehrerin (Nr. 25), bei der es bei einem einjährigen Engländeraufenthalt erstmals zum Ausbruch phobischer Symptome kam, die sich nach ihrer Rückkehr in die DDR verstärkten, verdient in diesem Zusammenhang ebenfalls Beachtung. Es ist zu vermuten, daß ihr zu diesem Zeitpunkt die innere Ablehnung des Systems noch nicht voll bewußt war und sie aufkommende Fluchtideen nicht zulassen konnte. Durch die Verstärkung der phobischen Symptomatik nach ihrer Rückkehr wurde ein zweiter, zur Diskussion stehender Engländeraufenthalt unmöglich.

Parallelen zu den geschilderten Konflikten finden sich in der psychoanalytischen Literatur. So beschrieb z.B. Simon (1993) ihr politisches Grundgefühl als eine tief ambivalente Identifikation mit einem antifaschistischen Über-Ich ("nach-faschistische Moral" als "moralischer Urgrund") und ihrem Freiheitsdrang. Dieser "moralische Rigorismus mit

seiner Mischung aus eingepflanzten Schuldgefühlen" mußte zwangsläufig irgendwann mit der Realität kollidieren.

Opportune Konformität ging einher mit klarer innerer Ablehnung des Systems bei bewußter, äußerer Anpassung an das System unter Ausnutzung von Vorteilen und Vergünstigungen. Von daher könnte sie als die gesündere Variante angesehen werden. Auch in dieser Gruppe finden sich Beispiele für Konflikte auf dem Gebiet der Ideologie: Im Fall der Patientin Nr. 6 entsprach dieser Konflikt einer einfachen äußeren Mehrbelastung durch politisch-bürokratische Aufgaben, in einem anderen Fall (Nr. 24) wurde übertriebenes und enttäushtes Geltungsstreben als relevanter Auslöser gefunden.

Es fand sich je ein *Gegenkonformist* in der Pädagogen- und Vergleichsgruppe (Nr. 7, Nr. 17). Beide ragen nicht nur aufgrund ihrer entschiedenen Ablehnung des Systems aus der Gesamtgruppe heraus. Bei genauer Analyse hängt die extreme Einstellung zum Staat bei beiden eng mit dysfunktionalen Einstellungen und Reaktionsmustern zusammen. Für diese Individuen scheint am ehesten zuzutreffen, was *Dührssen (1986)* als "neurotische Ideologiebildung zum kompensatorischen Ausgleich erworbener neurotischer Behinderungen" beschrieb. Beide erzielten ein unbefriedigendes Katamneseergebnis.

In vielen Fällen wurde deutlich, daß die Identifikation mit dem DDR-Staat einem Entwicklungsprozeß mit zunehmender Desidentifikation unterlag. Somit erfassen die drei hier gewählten Kategorien auch unterschiedliche (Zeit-)Abschnitte eines Kontinuums. Bedeutsam für das Ausgangsniveau der Systemidentifikation sind selbstverständlich Einstellungen, die durch die familiäre Erziehung vermittelt wurden. So förderte zum Beispiel ein von Angst und Systemablehnung geprägtes Familienklima in Fall 9 eine überängstliche Anpassung an das System.

Entsprechend der Hypothesen war zu vermuten, daß gerade Individuen mit einer normativ konformistischen Einstellung unter dem Umbruch leiden. Schon bei oberflächlicher Betrachtung kann diese Hypothese nicht aufrechterhalten werden - alle als normativ konformistisch Eingeordneten erzielten ein gutes Katamneseergebnis. Es liegt auf der Hand, daß für diese Personen mit dem Wegfall des DDR-Systems die Quelle eines krankmachenden Ambivalenzkonfliktes (Über-Ich, Ich-Ideal, Moral) quasi von selbst entfiel und daß dadurch eine erhebliche Entlastung eingetreten ist. Einerseits zeigten diese ehemals DDR-staatsloyal eingestellten Menschen keine wesentlich anderen Reaktionsmuster als andere in der Umbruchsituation, andererseits fiel auf, daß gerade normativ konforme Individuen das alte Identifikationsobjekt DDR schnell mit neuen, jetzt kapitalistischen Idealen besetzen. Dabei deutet sich die Gefahr erneuter Überforderung durch eine Überidentifikation, die zur Hörigkeit zwingt, an. Zum Beispiel berichtete der ehemalige Erzieher (Fall-Nr. 22), der noch vor 10 Jahren als Parteisekretär konfliktreich mit der DDR-Staatsideologie verwoben war, jetzt mit leuchtenden Augen von seinem 14-Stunden-Arbeitstag als kleiner Angestellter in einem privatem Kopierbetrieb. Er lobte die ausfüllende Arbeit, die ihm vom Müßiggang früherer Zeiten verschone und kommentierte den neuen Zeitgeist mit den Worten: "Ja, klar ich bin Kommunist gewesen..., aber jetzt habe ich keine Zeit mehr für kommunistische Ideale, jetzt muß ich mich um Geld und Versicherungen kümmern".

Selbstberichtete ideologische Belastungen

Es war zu vermuten, daß von Seiten der Therapeuten kaum Hinweise auf ideologisch-bedingte, DDR-systemspezifische Belastungen in den Akten auftauchen würden. Diese konnten zum Schutz der Patienten, aber auch zur Sicherheit der Therapeuten, nicht erwähnt werden (*Misselwitz 1992b*). Ausdruck großen Vertrauens (oder mangelnder Vorsicht) sind daher die in Lebensläufen der Patienten dargestellten Kritiken an gesellschaftlichen Zuständen und politischen Entscheidungen. In einer Minderheit der Fälle berichteten die Patienten über ideologisch-bedingte Ärgernisse. Die Art der Darstellungen scheinen eher Ausdruck individueller Mechanismen des Umgangs mit dem DDR-Staatssystem zu sein und gaben oft wertvolle Hinweise für die Einordnung der Patienten bezüglich ihrer Anpassungsformen an das politische System. Extrembeispiel sind die Darstellungen des Patienten mit Fall-Nr. 7 (gegenkonform, Diagnose: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus), der seine Unzufriedenheit mit dem DDR-Staatssystem frei zum Ausdruck brachte. Hier wird der Zusammenhang zwischen der Art und Schwere seiner psychischen Störung und extremem, potentiell selbstschädigendem non-konformen Verhalten in der Gesellschaft deutlich. Der betroffene Patient schien zwar in besonnenen Phasen zu intellektuell-begründeter Systemkritik fähig, es kam jedoch auch immer wieder zu Affektdurchbrüchen im familiären und beruflichem Umfeld (u.a. Austritt aus der SED 1980 aus Protest gegen die Art der Berichterstattung über die Ereignisse in Polen, "... Parteibuch auf den Tisch geknallt"). Auch eine zweite als gegenkonform eingeschätzte Patientin drückte in ihrer Biographie ihren Unmut über eine konkrete politische Verfügung aus, durch die sie sich bei ihrer Arbeit benachteiligt fühlte (Fall-Nr. 16).

Einen typischen ideologiebedingten Konflikt beschrieb ein Erzieher (Fall-Nr. 22, normativ konform) in seiner Akte. Er hatte, da er sich in seiner Tätigkeit als Parteisekretär überlastet fühlte, darum gebeten, von dieser Funktion enthoben zu werden. Nachdem sein diesbezüglicher Antrag von einer übergeordneten Parteistelle abgelehnt wurde, kam es zu einem nicht vollendeten Suizidversuch.

Dagegen scheint der phrasenhafte Stil im Lebenslauf des Patienten mit der Fall-Nr. 8 Ausdruck bewußten Anpassungsverhaltens zu sein (vgl. S. 38). Er hatte seine stationäre Psychotherapie in einer Zeit zunehmender Verunsicherung durch die Ausreise eines engen Freundes in die Bundesrepublik begonnen, als er - nach Aussagen im Katamneseinterview - bereits für sich bilanziert hatte, daß diese Partei nicht mehr die seine war, Austrittsabsichten jedoch aus Vorsicht und Angst nicht realisierte.

In beiden Gruppen finden sich Äußerungen, die auf einen unreflektierten, unpolitischen Umgang mit der DDR hinweisen. Für diese Individuen scheint ein funktionelles Sich-Einfügen in das Staatssystem, eine typische, wenig spannungsbelastete "Bewältigungsform" zu sein.

Auslösesituationen

Bezüglich der Auslösesituationen für die klinische Symptomatik wurde bei Pädagogen zum Therapiezeitpunkt eine Häufung system- oder ideologiespezifischer Konfliktsituationen erwartet. Solche Situationen fanden sich in der vorliegenden Untersuchung

sowohl in der Pädagogen- als auch in der Vergleichsgruppe in etwa gleicher Häufigkeit. Insgesamt waren systembedingte Schwierigkeiten als Konfliktfeld seltener und innerhalb der Gesamtdynamik als weniger gewichtig einzuschätzen als etwa Partnerschafts- oder Berufskonflikte.

Die Häufung von Partner- und Berufskonflikten unter Psychotherapiepatienten ist ein aus der Literatur bekanntes Phänomen (*Müller 1972*). Arbeiten, in denen eine direkte Gegenüberstellung solcher Konfliktebenen wie Partnerschaft und Beruf und ideologierelevanter Konfliktfelder erfolgte, sind aus der Literatur jedoch nicht bekannt. *Dührssen (1986)* verweist darauf, daß es relativ wenig klinisches Wissen darüber gibt, wie häufig der zentrale Konflikt von Psychotherapiepatienten in der derzeitigen oder früheren Gruppenzugehörigkeit wurzelt.

Wernert (1994) untersuchte die Klientel einer psychotherapeutischen Einrichtung in Leipzig vor und nach der sogenannten Wende und fand, daß in beiden Zeiträumen Partnerkonflikte vor den Berufskonflikten die auslösenden Situationen anführten. Häufige Nennungen von Berufskonflikten, wie sie im Rahmen des Umbruchs zu erwarten gewesen wären, fanden sich nicht. Sie konstatiert, daß die vielfach auch entlastende Wirkung der Veränderungen für das Berufsleben nicht unterschätzt werden sollte.

Beachtung verdient die Tatsache, daß Konflikte, die sich auf dem Gebiet der Ideologie abspielten, auf ganz unterschiedliche psychische Mechanismen zurückzuführen waren. Bei der Betrachtung der Einzelfälle dieser Arbeit wird, selbst in Fällen mit nachvollziehbaren "äußeren" Belastungen durch systembedingte Umstände der Zusammenhang solcher Belastungen mit inneren Mustern deutlich. In zwei Fällen, in denen als auslösender Faktor die Belastung mit parteipolitischen Funktionen eine Rolle spielte, war dies zum Beispiel durch "Nicht-Nein-Sagen-Können" bzw. kompensatorisches Geltungsstreben bedingt. *Moser (1993)* sieht das "für die DDR typische Streben nach Sonderfunktionen" in der Natur des repressiven Systems begründet und führt dieses Verhalten auf das Fehlen autonomiefördernder Betätigungen mit ihren narzißtischen Bestätigungen zurück. Der daraus erwachsende Bedarf an Wichtigkeit konnte nicht über den Verbrauch an Waren und Dienstleistungen reguliert werden und hätte somit zu einer Zuteilung von Wichtigkeit über die Schaffung staatlicher und substaatlicher Funktionen, Privilegien und der Sonderdefinition von Rollen geführt. Als weitere psychische Mechanismen, die bei den hier untersuchten 28 Patienten zu Konflikten im ideologischen Bereich führten, können Ich-Ideal-Realitätskonflikte, strukturelle Defizite mit mangelnder Impulskontrolle und auch der prägende Einfluß des Familienklimas beschrieben werden.

Die Betrachtung der Konfliktdynamik im Katamnesezeitraum zeigt, daß die Symptomverbesserung in den Untersuchungsgruppen mit einer Auflösung oder Entschärfung vieler Konfliktsituationen, die zum Therapiezeitpunkt relevant waren, einherging. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit psychoanalytischen Grundannahmen und muß nicht ausführlicher diskutiert werden.

Einfluß der Umbruchsituation

Vermutungen über die möglichen Auswirkungen der Umbruchsituation auf das Befinden der Menschen in Ostdeutschland basierten häufig auf der Annahme, daß der Wegfall bewährter Strukturen und Werte ("schützende Rahmenbedingungen") psychisch destabilisierend wirkt. Die Beobachtung, daß seit 1989 häufiger Patienten mit strukturellen Störungen in die psychotherapeutische Behandlung kamen, unterstützt diese Annahme (Kozag und Fikentscher 1993, Misselwitz 1992b). In der Untersuchungsgruppe der vorliegenden Arbeit befanden sich zwei Patienten mit einem deutlichen Strukturdefizit. Da in diesen Fällen am ehesten eine Labilisierung zu erwarten gewesen wäre, sollen sie an dieser Stelle nochmals näher beleuchtet werden: Bei dem ehemaligen Chemiker mit der Fall-Nr. 7 haben gesundheitliche Einschränkungen einen haltgebenden Rahmen nach dem Wegfall der DDR "neu geschaffen": Der Betroffene hatte in der Zwischenzeit aufgrund seiner Unzuverlässigkeit seine Arbeit verloren, die ihm unter den schützenden Bedingungen in der DDR -nicht zuletzt aufgrund der Initiative seiner Kollegen für ihn- trotz häufiger Ausfallzeiten erhalten geblieben war. Nachdem sich auch noch seine Partnerin von ihm trennte, durchlebte er nach seinen eigenen Worten eine "Phase der totalen Dekompensation", in der er mit Alkohol und Beruhigungsmitteln gegen die "unerträglichen Angstzustände" anzugehen versuchte. Sein täglicher Zigarettenkonsum steigerte sich auf bis zu 60 Zigaretten, er ernährte sich schlecht. In dieser Zeit erlitt er einen Femoralarterienverschluß, mit dem er sich erst mit einigen Tagen Verzögerung in die ärztliche Behandlung begab. Es folgte ein langer Krankenhausaufenthalt und mehrere operative Eingriffe bis zur endgültigen Amputation des betroffenen Beines. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung lebte der Betroffene von seiner Erwerbsunfähigkeitsrente in einer betreuten 1-Zimmer-Wohnung. Er berichtete, daß mit dem Eintreten seiner somatischen Erkrankung die Angstzustände zurückgegangen seien. Er trinke fast gar keinen Alkohol mehr, auch den Beigebrauch von Beruhigungsmedikamenten verneinte er. Die existentielle Erkrankung, die bleibende Körperbehinderung und die eingeschränkten Wohn- und Finanzverhältnisse haben in diesem Fall einen begrenzenden Rahmen geschaffen, der - trotz der großen Unzufriedenheit des Betroffenen mit der entstandenen Lebenssituation - auf die psychische Struktur stützend wirkte.

In diesem Einzelfall führte somit ein mehr oder weniger zufälliges, passiv herbeigeführtes Ereignis dazu, daß erneut ein begrenzender, haltgebender Rahmen entstand. In dem anderen Fall mit strukturellem Defizit zeigte sich allerdings, daß stützende Strukturen auch in der neuen Situation von den Betroffenen aktiv arrangiert werden können. Die Patientin Nr. 12 war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in zwei Halbtags-tätigkeiten tätig und versorgte den Haushalt, zu dem ihr Ehemann und der in der Zwischenzeit geborene Sohn gehörten. Die Symptomatik hatte sich von diffusen Ängsten hin zu einer isolierten Phobie (Höhenangst) verschoben und somit "organisiert".

Die Mehrheit der Untersuchten begegnete den allgemeinen Belastungen der Umbruchsituation in erstaunlich kompetenter Weise. Nur wenige Patienten brachten im Interview eine Verschlechterung ihres Befindens in einen direkten Zusammenhang mit der "Wende" (Fall-Nr. 17: "Irgendwie habe ich diese komische Revolution nicht verkraftet",

Fall 25: Rivalitätskampf am Arbeitsplatz mit drohender Kündigung, in diesem Zusammenhang erneute Verstärkung phobischer Symptome). Die im Interview geschilderten Problembereiche in der jetzigen Lebenssituation knüpften relativ häufig an Ereignisse und Konstellationen an, die sich schon zum Therapiezeitpunkt als konflikthaft erwiesen. Dies deutet auf ein durch die Therapie beeinflusstes Bewußtsein für intrapsychische Probleme hin: Die untersuchten Patienten neigten in der Regel nicht zu oberflächlichen Schuldzuweisungen an die Situation, sondern suchten Fehler in erster Instanz bei sich selbst. Interessant ist hierbei ein Vergleich mit einer Untersuchung, die nahezu zeitgleich an Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik der Universität Halle, die einen verhaltenstherapeutischen Therapieansatz verfolgt, durchgeführt wurde. Bei dieser Untersuchung schätzten 85% der Patienten mit neurotischen Krankheitsbildern ein, daß ihre Gesundheitsschwierigkeiten durch die "Wende" bedingt waren (*Arenz 1995*).

Auch anhand der im Prozeß der Fokussierung getroffenen Fremdeinschätzungen ließ sich in der vorliegenden Untersuchung kein unmittelbar neuer krankmachender Einfluß der Umbruchsituation nachweisen.

Konzag und Fikentscher (1993) fanden in einer Untersuchung von Psychotherapiepatienten, die sich in der Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs in die Behandlung begaben, häufig einen engen, unmittelbaren psychodynamischen Zusammenhang zwischen den Auswirkungen des Zusammenbruches des repressiv-versorgenden Staates und dem Auftreten psychogener Erkrankungen und ihrer Verstärkung. Dies scheint zunächst im Widerspruch zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zu stehen. Dem ist jedoch nicht so, weil in der Arbeit von *Konzag und Fikentscher (1993)* größtenteils Patienten mit strukturellen Defiziten untersucht wurden, die erst in der Zeit des Umbruchs psychotherapiebedürftig wurden. Im Gegensatz dazu litt die Mehrheit der in der vorliegenden Arbeit Untersuchten an psychoneurotischen Störungen, die ein relativ hohes Strukturniveau voraussetzen.

Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit findet sich die Hypothese, daß ehemalige Psychotherapiepatienten durch die Umbruchsituation erneut destabilisiert werden, nicht bestätigt. Darauf verweist zum einen die Analyse der Einzelfälle. Hier zeigte sich, daß in den Fällen mit einem ungünstigen Katamneseergebnis kein unmittelbarer Zusammenhang mit dem Umbruch deutlich wurde. Häufig fand sich neben zeitlich überdauernden intrapsychischen dysfunktionellen Mustern auch eine Fortsetzung der Konfliktthematik im psychosozialen Umfeld, also z.B. ein zeitlich überdauernder Partnerschaftskonflikt. Zum anderen sprechen die quantitativen Ergebnisse, wie zum Beispiel die anhaltende, im Katamnesezeitraum sogar noch weiter zunehmende Verringerung symptomatischer Scores und der nachgewiesene deutliche Rückgang psychischer und somatischer Beschwerden für die Stabilität der Untersuchten in der Umbruchsituation. In vielen Fällen mit gutem Therapieergebnis zeigt sich, daß ehemalige Psychotherapiepatienten die Chancen und Freiheiten der Umbruchsituation aktiv und kompetent für sich nutzen können. Ein günstiger Einfluß der zurückliegenden Psychotherapie auf die Bewältigung der Umbruchsituation ist zu vermuten, kann aber im Rahmen der Fragestellung und Methoden in dieser Arbeit nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Konfliktmuster

Die anhand der OPD-Klassifikation diagnostizierten Konflikte lassen weder bezüglich der Zuordnung zur Pädagogen- bzw. Vergleichsgruppe, noch hinsichtlich der verschiedenen Anpassungsformen an das DDR-Staatssystem eine Spezifität erkennen. Dagegen fällt trotz der kleinen Fallzahlen ins Auge, daß eventuell geschlechtsspezifische Differenzen bestehen. Bei Frauen überwiegen in der vorliegenden Arbeit Konfliktmuster, die um Abhängigkeit und Autonomie sowie Versorgung und Autarkie kreisen, bei Männern wurden am häufigsten Selbstwertkonflikte diagnostiziert. In einer katamnestischen Untersuchung der gesamten Pädagogenklientel der Jahre 1983 bis 1989 an derselben Einrichtung (*Wittwar 1998*) fanden sich anhand der OPD am häufigsten Konflikte, die um Abhängigkeit vs. Autonomie, Versorgung vs. Autarkie und Selbst vs. Objektwert kreisten. Identitätskonflikte spielten in der Gesamtpopulation der Pädagogen eine untergeordnete Rolle.

Sowohl in der Pädagogen- als auch in der Vergleichsgruppe fanden sich überwiegend zeitlich überdauernde intrapsychische Konfliktmuster, dagegen spielten äußere Belastungen zu beiden Untersuchungszeitpunkten eine untergeordnete Rolle. Dies spricht, zusammen mit allen vorangestellten Ergebnissen, für die Relevanz intrapsychischer Faktoren bei der Symptomentstehung in den untersuchten Fällen.

6 Schlußfolgerung

Die in dieser Arbeit aufgestellte Hypothese, daß ehemalige Psychotherapiepatienten durch die Umbruchsituation in Ostdeutschland destabilisiert werden, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden. Im Gegensatz zu dieser Hypothese, welche - bezogen auf die allgemeine Situation der Menschen in Ostdeutschland - eine verbreitete und in den Medien vielfach aufgegriffene Vermutung widerspiegelt, war bei der Mehrheit der in dieser Arbeit Untersuchten eine stabile Verbesserung des psychischen Befindens seit dem Ende der stationären Psychotherapie nachzuweisen. Diese Befindensverbesserung blieb auch unter dem Einfluß der Umbruchsituation, die in den meisten Fällen im beruflichen, und auch im privatem Bereich, deutliche Veränderungen mit sich brachte, bestehen.

Ideologiespezifische Einflüsse erwiesen sich im Rahmen der Gesamtdynamik bei der Symptomentstehung und -auslösung als von eher untergeordneter Bedeutung. Es zeigte sich, daß auf ideologischem Gebiet ausgetragene Konflikte auch Ausdruck neurotischer Ideologiebildung sein können.

Für diese auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheinenden Ergebnisse sollten die folgenden Möglichkeiten als Ursachen bedacht und gegebenenfalls weiter untersucht werden:

1. Es ist naheliegend, daß durch die Umbruchsituation Menschen mit ganz anderen Persönlichkeits- und Störungsmustern auffällig werden als unter den "geordneten Bedingungen" in der DDR. Hierfür spricht die Beobachtung, daß sich jetzt häufiger als vor 1989 Patienten mit strukturellen Defiziten in der Klientel psychotherapeutischer Einrichtungen finden.
2. Die in der vorliegenden Arbeit Untersuchten hatten bereits eine psychotherapeutische Behandlung erfahren als sie mit den gravierenden Veränderungen der Umbruchsituation konfrontiert wurden. Dies könnte die Bewältigung eventuell neuentstandener Schwierigkeiten positiv beeinflußt haben.
3. Es ist wahrscheinlich, daß die Umbruchsituation nicht nur belastende Momente mit sich brachte, sondern daß sich die neuentstandenen Freiräume und Chancen in vielen Fällen begünstigend auf die Aktivierung persönlicher Ressourcen ausgewirkt haben.

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Bedeutung ideologischer Einflußfaktoren auf das psychosoziale Befinden von Psychotherapiepatienten (Ptp.) vor und nach dem politischen Umbruch in Ostdeutschland im Rahmen einer Katamneseuntersuchung an ehemaligen Ptp., die vor 1989 eine stationäre Psychotherapie absolvierten.

Einleitende Überlegungen gelten der besonderen Rolle der Pädagogen als Erzieher und Ideologievermittler im sozialistischen Staat, Lebens- und Anpassungsformen der Menschen in der DDR sowie möglichen Auswirkungen der Umbruchsituation auf ostdeutsche Befindlichkeiten. Verschiedene Konzepte zur psychosomatischen Symptomentstehung werden kurz dargestellt.

Ausgehend von Ergebnissen aus Untersuchungen an Ptp. aus pädagogischen Berufen vor 1989, in denen gezeigt wurde, daß Pädagogen einerseits überproportional häufig stationäre Psychotherapien in Anspruch nahmen, zum anderen aber auch in Bezug auf die Symptomatik einige Besonderheiten gegenüber anderen Ptp. aufwiesen, wird zunächst der Frage nachgegangen, welche Unterschiede in Bezug auf die Symptomatik, Persönlichkeitszüge, Konflikte, psychosoziale Auslöser sowie Anpassungsmuster zwischen einer Gruppe ehemaliger Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen und anderen Psychotherapiepatienten auszumachen sind. Darauf aufbauend wird die Hypothese aufgestellt, daß vor 1989 bei Pädagogen häufiger als bei anderen Ptp. systembedingte Konfliktsituationen auftraten, die bei der Auslösung und Aufrechterhaltung der psychogenen Symptome von Bedeutung waren.

Eine weitere Fragestellung wendet sich dem möglichen Einfluß der Umbruchsituation auf ehemalige Ptp. zu. Dabei wird die Hypothese formuliert, daß Menschen, bei denen in der Vergangenheit Psychotherapiebedürftigkeit bestand, erneut destabilisiert werden. In Unterhypothesen wird ein möglicher Zusammenhang zwischen früheren Identifikations- und Anpassungsmustern hergestellt: Es wird vermutet, daß ehemals positiv mit der DDR identifizierte jetzt durch den Wegfall normativer Strukturen stärker an der Umbruchsituation leiden. Ehemals oppositionell eingestellte und Individuen, die vor 1989 unter systembedingten Belastungen litten, müßten dagegen durch den Systemumbruch entlastet sein.

Die Methodik stützt sich auf ein halbstandardisiertes Interview, das in Anlehnung an allgemeine Kriterien der psychoanalytisch-orientierten Anamnese entwickelt wurde. Zusätzlich wurden Fragebogentests herangezogen. Als Instrumente zur Persönlichkeitsdiagnostik dienten das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) und der Gießen-Test (GT), als Beschwerdefragebögen kamen der Beschwerdefragebogen nach Höck und Hess (BFB-B) sowie die Symptoms Check List (SCL-90) zum Einsatz. Die Auswertung der Interviews führte zur Formulierung von Fokusdiagnosen, die eine bestimmte Symptomatik mit deren möglichen Auslösern und einer Aussage über deren intrapsychischen Hintergrund verknüpfen. Die Darstellung der intrapsychischen Konflikte erfolgte anhand der Kriterien der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

(OPD). Zur Einschätzung individueller Anpassungsmuster an das DDR-Staatssystem wurde auf die von Schröder (1990) vorgeschlagenen Kriterien zurückgegriffen.

Es konnte gezeigt werden, daß zum Therapiezeitpunkt systembedingte Konflikte nur in einer Minderheit der Fälle auftraten. Entgegen den Erwartungen fand sich keine Häufung ideologischer Konfliktsituationen in der Pädagogengruppe. Die Bedeutsamkeit ideologischer Konfliktsituationen ist im Rahmen der Gesamtdynamik bei der Auslösung der Symptome als eher gering einzuschätzen. Die in den Unterhypothesen formulierten Vermutungen, daß ehemals staatsloyale Personen durch den Umbruch stärker belastet sind und ehemals oppositionell Eingestellte stärker entlastet sind als andere, fanden sich nicht bestätigt.

Das Katamneseergebnis unterstreicht, daß die Mehrheit der untersuchten ehemaligen Ptp. durch die Umbruchsituation keine erneute Destabilisierung erfahren hat und den Anforderungen der Umbruchsituation in kompetenter Weise begegnete.

Im Gegensatz zu der Hypothese, daß die Umbruchsituation allgemein destabilisierend auf ehemalige Ptp. wirkt, deutet sich insbesondere für die Pädagogengruppe an, daß die mit der Umbruchsituation entstandenen größeren Freiheiten bei der Tätigkeits- und Berufswahl einen eher begünstigenden Einfluß auf den Verlauf neurotischer Erkrankungen haben. Es ist denkbar, daß die zurückliegende Psychotherapie bei den Untersuchten die Bewältigung der Umbruchsituation positiv beeinflußt hat.

8 Literaturverzeichnis

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. rev., Washington DC, 1987
2. Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 1. Aufl., Huber, Bern, Göttingen, Toronto (usw), 1996
3. Arenz D: Wertewandel und Verunsicherung - Einige Aspekte zur Wendeproblematik in den neuen Bundesländern. Verhaltenstherapie 5 (1995) 149 - 153
4. Baier S: Mit Empirie gegen Vorurteile: Den "typischen Ossi" gibt es nicht. Rep Psychol 17 (1992) 10-12
5. Becker P, Hänsgen KD, Lindinger E: Ostdeutsche und Westdeutsche im Spiegel dreier Fragebogentests. Trierer Psychologische Berichte 18 Heft 3 (1991)
6. Becker U, Becker H, Ruhland W: Zwischen Angstgefühl und Aufbruch. Das Lebensgefühl der Deutschen in Ost und West nach der Wiedervereinigung, Econ, Düsseldorf, Wien, New York, usw., 1992, S. 98
7. Beckmann D, Brähler E, Richter HE: Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik, Handbuch, 4., überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung, Huber, Bern, Stuttgart, Toronto, 1990
8. Beckmann D, Richter HE: Der Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Huber, Bern, 1972
9. Berger PA: Sozialstrukturelle Umbruchsdynamiken. Anpassungen und dynamische Differenzierungen in Ostdeutschland. Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaften 23-91(1993) 205-230
10. Berger H, Schulz A: Veränderung der Erwerbssituation in ostdeutschen Privathaushalten und Befindlichkeiten der Menschen. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament B 16 (1994) 3-15
11. Blase J: A Social-Psychological Grounded Theory of Teacher Stress and Burnout. Educ Admin Q 18 (4) (1982) 93 - 113
12. Böhme I: Jugendbande oder der mißbrauchte Idealismus. Kursbuch 111 (1993) 13-24
13. Bortz J: Statistik für Sozialwissenschaftler. 4., vollst. überarbeitete Aufl. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1993
14. Brähler E, Schumacher J, Brähler Ch: Erste gesamtdeutsche Normierung des Gießen-Tests. Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie (eingereicht)
15. Brinkmann C, Wiedemann E: Zu den psychosozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament B 16 (1994) 16-28

16. Brunner, G: Abkehr vom Totalitarismus? Wandlungen im Herrschaftssystem osteuropäischer Staaten. In Funke M (Hrsg): Totalitarismus. Ein Studienreader zur Herrschaftsanalyse moderner Diktaturen. Droste, Düsseldorf, 1976, S.129-146
17. Buhr J: Ein Pädagogenscreening - physische, psychische und soziale Aspekte, D Gesund Wesen 34 (1979) 612-616
18. Busse S, Schierwagen C: Vertrauen im Alltag der DDR: Verlust und Wiedergewinn. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 1. Beiheft (1990) 153-162
19. Capel SA: The Incidence Of And Influences On Stress And Burnout In Secondary School Teachers. Br J Educ Psychol 57 (1987) 279-288
20. Collegium Internationale Psychiatriae (CIPS): Internationale Skalen für Psychiatrie. 4., überarb. und erw. Aufl., Göttingen, Beltz-Test, 1996
21. Coates TJ, Thoresen CE: Teacher Anxiety. A Review With Recommendations. Review of Educational Research 46- 2 (1976) 159 - 184
22. Dahlbert C: Psychisches Wohlbefinden und Persönlichkeit in Ost und West: Vergleich von Sozialisationswirkungen in der früheren DDR und der alten BRD. Z Sozialisationsforsch Erziehungssoziol 13 (1993) 82-94
23. Dauer S, Hennig H: Macht Arbeitslosigkeit krank? Erfahrungen mit arbeitslosen Patienten einer groß- und einer kleinstädtischen Praxis in Sachsen-Anhalt. Psychomed 6 (1994) 107-111
24. Dehlinger E, Ortmann K: Gesundheitszufriedenheit in der Bundesrepublik Deutschland und der ehemaligen DDR-ein Vergleich. Gesundheitswesen 54 (1992) 88-94
25. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90. Self Report Symptom Inventory. In: Guy W (Ed.): ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland 1976, S. 313-331
26. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS: Social And Cultural Influences On Psychopathology. Annu Rev Psychol 25 (1974) 417-452
27. Dührssen A: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, 2. Aufl., Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, 1986
28. Dührssen A: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 32 (1962) 161-180
29. Dümcke W, Vilmar F: Kritische Würdigung der "sozialistischen Errungenschaften". In: Kolonialisierung der DDR: Kritische Analysen und Alternativen des Einigungsprozesses, Dümcke W, Vilmar F (Hrsg) Agenda-Verlag, Münster 1995

30. Engelbrech G: Frauenarbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Folgen und Auswege. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament B6 (1994) 22-32
31. Fikentscher E, Bahrke U: Vorherrschende psychische Bewältigungsformen in der DDR. In: Kerz-Rühling I, Plänklers T: Zu den psychischen Folgen des Totalitarismus nach dem Zusammenbruch des ehemaligen Ostblocks. Eine empirisch-komparative Studie an Gymnasial- bzw. Oberschullehrern in Rußland, Polen, Tschechien, Ungarn, Ost- und Westdeutschland. Projektantrag, 1994
32. Fikentscher E: Psychonervale Störungen bei Pädagogen - Ein psychotherapeutisch-psychohygienischer Beitrag zur Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation, med. Diss. B, Universität Halle, 1986
33. Fikentscher E, Enke H: Untersuchungen zu Ursachen psychonervaler Störungen bei Pädagogen - Eine faktorenanalytische Betrachtung von Einschätzungen des Vorgesetztenverhaltens und der pädagogischen Tätigkeit. Z gesamte Hyg 34-7 (1988) 427-431
34. Fritze L: Die Gegenwart des Vergangenen. Über das Weiterleben der DDR nach ihrem Ende. 1. Aufl. Böhlau , Köln, Weimar, Wien , 1997
35. Gehring A, Blaser P: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), deutsche Kurzform Handauswertung. 1. Aufl. Huber, Bern, 1982
36. Gehring A, Blaser P: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), deutsche Kurzform Handauswertung. 2., korrigierte Aufl. Huber, Bern, 1993
37. Geier W: Menschen im Zeitbruch. Teil 2. Kultursoziologie 2. Jahrgang Heft 2 (1993) 105-117
38. Grassel H: Die Erforschung der Lehrerpersönlichkeit als zentrales Problem. Pädagogik 3. Beiheft (1967) 57-67
39. Grawe K, Caspar F, Ambühl H: Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. Z klin Psychol 19-4 (1990) 294-315
40. Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. 3. Aufl., Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto (usw.), 1994
41. Hänsgen KD, Kasielke E, Schmidt LR, Schwenkmezger P: Ostdeutsche und Westdeutsche im Vergleich: Emotionalität und objektive Persönlichkeitsvariablen. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 40 (1992) 346-363
42. Hartmann H: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. 4. Aufl., Klett, Stuttgart, 1972
43. Hathaway SR, McKinley JC: Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for Administration and Scoring. Psychological Cooperation, New York, 1967

44. Hausten HJ: Zum Verhältnis von pädagogischer Theorie und Praxis in der Allgemeinbildung der ehemaligen DDR. Pädagogik und Schulalltag 48-5 (1993) 501-508
45. Hess H, Höck K, Küstner A: Entwicklung einer Skala des 470-F-Testes zur Erfassung des Globalneurosewertes (GN). Probleme und Ergebnisse der Psychologie 57 (1976) 25 -35
46. Höck K, Hess H: Der Beschwerdefragebogen (BFB): Ein Siebtestverfahren zur Neurosendiagnostik für Ärzte und Psychologen. 1. Aufl., Dt. Verl. d. Wiss., 1975
47. Hoffer W: Defensive Process and Defensive Organization: Their Place in Psycho-Analytic Technique. Int J Psycho-Anal 35 (1954) 194
48. Hoffmann SO, Hochapfel G: Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. 4., erw. Aufl., unveränd. Nachdr. Schattauer, Stuttgart, New York, 1992
49. Holmes TH, Rahe RH: The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 11 (1967) 213-218
50. Horney K: Neue Wege der Psychoanalyse. 2. Aufl. Kindler, München, 1977, S.138-155
51. Joffe WG, Sandler J: Kommentare zur psychoanalytischen Anpassungspsychologie mit besonderem Bezug zur Rolle der Affekte und der Repräsentanzenwelt. Psyche 10-11 (1967) 729-744
52. Kasl SV, Cobb S, Brooks GW: Changes in Serum Uric Acid and Cholesterol Levels in Men Undergoing Job Loss. JAMA 206 (1968) 1500-1507
53. Kasl SV, Cobb S: Blood Pressure Changes In Men Undergoing Job Loss: A Preliminary Report. Psychosom Med 32 (1970) 19-38
54. Keupp H: Riskante Chancen: Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Asanger, Heidelberg, 1988
55. Konzag T, Fikentscher E: Halt und Verlust - der Einfluß des Gesellschaftssystems auf Patientenschicksale. Erste Ergebnisse einer Vergleichsstudie von Psychotherapiepatienten in Ost- (Halle) und Westdeutschland (Düsseldorf). Psychologische Beiträge 35-1 (1993) 26-29
56. Kösser U: Zur Paradoxie gegenwärtiger Identitätsverunsicherungen. Kultursoziologie 2. Jahrgang Heft 4 (1993) 67-78
57. Kyriacou C, Sutcliffe J: Teacher Stress: A Review. Educational Review 29- 4 (1977) 299-306
58. Lachauer R: Der Fokus in der Psychotherapie: Fokalansätze und ihre Anwendung in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München, 1992
59. Leuschner, G: Belastungsbedingungen im Lehrerberuf, Z ges Hyg 25 Heft 1 (1979) 18-21

60. Luborsky L, Singer B, Luborsky L: Comparative Studies Of Psychotherapies. Is It True That "Everyone Has Won And All Must Have Prizes"? Arch Gen Psychiatry 32-8 (1975) 995-1008
61. Maaz HJ: Das gestürzte Volk. Die unglückliche Einheit. Vollständige Taschenbuchausgabe, Knauer, München, 1993, S. 37-38
62. Maaz J: Der Gefühlsstau. Ein Psychogramm der DDR. 1. Aufl. Argon, Berlin, 1990, S.121-127
63. Marz L: Dispositionskosten des Transformationsprozesses. Werden mentale Orientierungsnöte zum wirtschaftlichen Problem? Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitschrift Das Parlament B 18-19 (1992) 3-11
64. Maslach C: Burned-Out. Hum Behav 5-9 (1976) 16-22
65. Mentzos S: Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M., 1984
66. Misselwitz I: Arbeitslosigkeit und Vergangenheitsbewältigung in der ehemaligen DDR: Zwei Fallstudien aus der sozialpsychiatrischen Praxis. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg): Systemumbruch in der Ex-DDR. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1992
67. Misselwitz I: Gedanken zur Situation der Psychotherapie in den fünf neuen Bundesländern. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 20 (1992) 313-320
68. Möhring P: Psychosomatische Grundstörung aus ethnopschoanalytischer Sicht. Forum Psychoanal 8-2 (1992) 147-160
69. Moser T: Politik und seelischer Untergrund. Aufsätze und Vorträge, 1. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1993
70. Müller B: Der Mythos vom faulen Ossi. Deutsch-deutsche Vorurteile und die Erfahrungen mit der Marktwirtschaft in drei Ostberliner Betrieben. Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 23-91 (1993) 267
71. Müller I: Die Bedeutung sozialer Faktoren und der Persönlichkeitsstruktur in der Pathogenese neurotischer Entwicklungen bei leitenden Kadern. Psychiat Neurol med Psychol Leipzig 24- 4 (1972) 216-228
72. Müller ML: Identitätsprobleme der Menschen in der DDR seit 1989/90. In: Kolonialisierung der DDR. Kritische Analysen und Alternativen des Einigungsprozesses. Dümcke W, Vilmar F (Hrsg) Agenda, Münster, 1995
73. Oettingen G, Seligman MEP: Pessimism And Behavioural Signs Of Depression In East Versus West Berlin. Eur J Soc Psychol 20 (1990) 207-220
74. Pierce CMB, Molloy GN: Psychological and Biographical Differences between Secondary School Teachers Experiencing High and Low Levels Of Burnout. Br J Educ Psychol 60 (1990) 37 - 51

75. Roberts GK: 'Emigrants in Their Own Country': German Reunification And Its Political Consequences. *Parliamentary Affairs. A Journal of Comparative Politics* 44-3 (1991) 371-388
76. Rudolf G: Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis psychoanalytischer Therapien (unter Mitarbeit von T. Grande und U. Porsch). Springer, Berlin, Heidelberg, 1991
77. Rudolf G: Psychotherapeutische Medizin: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 1. Aufl., Enke, Stuttgart, 1993
78. Rüger U: 7-Jahreskatamnese nach Abschluß analytischer Gruppenpsychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 47 (1991) 361-375
79. Rüger U: Ergebnisse einer katamnestischen Nachuntersuchung an 21 Patienten fünf Jahre nach Abschluß einer ambulanten Gruppentherapie. Eine methodenkritische Studie. *Gr Ther Gr Dy* 10 (1976) 313-330
80. Salo K: Teacher-Stress Processes: How Can They Be Explained? *Scandinavian Journal of Educational Research* 39-3 (1995) 205-222
81. Schauenburg H, Kuda M, Rüggeberg J, Palussek R: Selbstbilder und ideale Selbstbilder im Gießen-Test bei Studierenden in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 43-12 (1993) 439-445
82. Schmalings KB, Jones JF: MMPI Profiles of Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *J Psychosom Res* 40-1 (1996) 67-74
83. Schohaus W: Schatten über der Schule: Eine kritische Betrachtung. Mit einer Sammlung von 82 Schulbekenntnissen. 1. Aufl., Schweizer Spiegel Verlag, Zürich, 1933
84. Schohaus W: Seele und Beruf des Lehrers, Frauenfeld, 1937
85. Schohaus W: Über die inneren Nöte des Lehrers, Schola, 1954
86. Schonfield I S: Psychological Distress in a Sample of Teachers. *J Psychol* 124-3 (1989) 321-338
87. Schröder C, Schröder H: Verhinderte Menschlichkeit - das Exempel "DDR". In: *Merkur - Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken* 45. Jg. Heft 2 (1991) 161-167
88. Schröder H: Gesundheitspsychologische Probleme im sozialen Umbruch. In: Kieselbach T, Voigt P (Hrsg) *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR*. Dt. Studien Verlag, Weinheim, 1992, S. 95-100
89. Schröder H: Identität, Individualität und psychische Befindlichkeit des DDR-Bürgers im Umbruch. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 1. Beiheft (1990) 163-176
90. Simon A: Ich und sie. Versuch, mir und anderen meine ostdeutsche Moral zu erklären. In: *Kursbuch* 111 (1993) 25-34

91. Simon A: Zweifache und zweiseitige Verdrängung - Schamlosigkeit und Scham. In: Rauschenbach B (Hrsg.). 1992, *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. Zur Psychoanalyse deutscher Wenden*, Aufbau, Berlin, S. 248-249
92. Staatsbürgerkunde Kl. 10, 2. Aufl., Volk und Wissen, Berlin, 1988, S. 151
93. Steinke I, Hajek G: Identitätsmuster und psychosoziale Berfindlichkeiten von Jugendlichen nach der Wende im Osten Deutschlands. *Psychomed* 6 (1994) 112-118
94. Stephan A, Hess H, Höck K: Adaptation und Reduzierung des MMPI-Saarbrücken. *Psychiat Neurol med Psychol* 23 (1971) 695-702
95. Stratemann I: Psychologische Bedingungen des wirtschaftlichen Aufschwungs in den neuen Bundesländern. *Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament* B 44 (1992) 39-47
96. Tölle R: *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*. 11., überarb. und erg. Aufl, Springer, Berlin, 1996
97. Tschuschke V, Kächele H, Hölzer, M: Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39 (1994) 281-197
98. Vollmann H: "Lehrer im Zwiespalt", Vortrag anlässlich der 31. Sitzung der Enquete-Kommision des Deutschen Bundestages. In: *Deutscher Bundestag (Hrsg) Bd. III, 1, 1995*
99. Waelder R: Grundzüge des Totalitarismus, *Psyche* XII (1967) 853-868
100. Wernert S: Statistische Auswertung von Patientendaten der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig unter Berücksichtigung der soziokulturellen Veränderungen im Zeitraum von 1985 - 1991. Medizinische Dissertation. Leipzig 1994
101. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling H (Hrsg), 2., korr. Aufl., Bern, Göttingen Toronto usw., Huber, Bern, 1993
102. Winkelmann B: Manifestation psychischer Storungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 41(1992) 354-355
103. Wittchen HU, Lachner G, Perkonigg A, Hoeltz J: Sind psychische Störungen in den neuen Bundesländern häufiger? *Verhaltenstherapie* 4-2 (1994) 96-103
104. Wittwar R: unveröffentlichte Medizinische Dissertation, Universtät Halle, 1998
105. Zeller G, Höck K: Der 470 F-Test. Normierung eines adaptierten und reduzierten MMPI-Saarbrücken, in Seidel D, Höck K und Katzenstein UP (Hrsg), *Kongreßmaterialien zum 7. Kongreß der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie*, Berlin, 1973, S. 54 - 62

9 Anhang

9.1 Fokusdiagnosen (Tabelle A)

Erläuterung des Darstellungsprinzips: siehe Seite 25

1, m,*30, 86/56, HSA (Chemie), OK		baR
F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems	keine Diagnosen	
Unterwerfung vs Kontrolle (g)		
1. Überlastungsgefühl bei Computerisierung aufgrund von Unflexibilität bei zwanghafter Persönlichkeitsstruktur 2. Beauftragung mit einem Verantwortungsbereich, über den objektiv nicht ausreichend Kontrolle ausgeübt werden konnte	1. Überlastungsgefühl durch Arbeitslosigkeit/ Berentung weggefallen 2. Freude an Tätigkeiten ohne Leistungsanforderung und Verantwortung	
2, m,*32, 83/51, HSA (Chemie), NK		b
F 48.0 Neurasthenie F 40.2 spezifische (isolierte) Phobie (Akrophobie) F 60.81 narzißtische Persönlichkeitsstörung	F 48.0	
Selbst- vs Objektwert (a)		
1. übersteigertes berufliches Geltungsstreben mit Neigung zu chronischer Selbstüberforderung im Leistungsbereich 2. Frustration des inneren Anspruchs, die gesetzten, aber nicht erfüllbaren Parteinormen umzusetzen 3. defizitäre emotionale Bindungen	1. narzißtisch getönter politisch-juristischer Kampf um Anerkennung der früheren beruflichen Leistungen 2. Desidentifikation mit Sozialismus und Auflehnung gegen jetzige politische Macht- und Meinungsbildung 3. emotionales Defizit in der Ehe, dominante 'Fürsorge' gegenüber dem erwachsenem Sohn	
3, w,*35, 83/48, Lehre und WB (Ök), NK		baR
F 43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion F 34.0 Zylothymia Zustand nach X 61 vorsätzliche Selbstvergiftung durch Sedativa	Asthma seit 1991/92 F 34.0	
Konfliktvolle äußere Lebenssituation		
1. berufliche Degradierung einer konstitutionell überaktiven Frau mit überbegehriger beruflicher Leistungshaltung	1. nach Ende der Berufstätigkeit aktive Lebensgestaltung, Reisen, Freizeit, Partner, Ausbau sozialer Kontakte durch Vermietung von Räumen	
4, w, *36, 89/53, Industriekauffrau, OK		kÄ
F 41.0 Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst) F 60.9 nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung	F 41.0 F 60.9	
Selbst- vs Objektwert (a)		
1. Die längere Erkrankung einer Kollegin ermöglicht ihr die Übernahme eines größeren Tätigkeitsbereiches. Dekompensation, als sie auf ihre alte Stelle zurückgestuft wird	1. Aufhebung des Problems durch Beendigung der Berufstätigkeit 2. "aufopferungsvolle" Betreuung des schwerkranken Ehemannes seit 1991	

5, m, *37, 85/48, FSA (Ing, Techn), OK		b
F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems	F 45.3	
F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung	F 60.5	
Kontrolle vs Unterwerfung (p)		
1. berufliche Überforderung nach unangemessenem beruflichen Aufstieg	1. gleicher Konflikt, durch berufliche Entlastung sowie sekundären Krankheitsgewinn gemildert 2. sekundärer Krankheitsgewinn im familiären Umfeld (Schonhaltung, Meidung)	
6, w, *39, 89/50, FSA (Staat und Recht), OK		baR
F 48.0 Neurasthenie	keine	
F 43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (Trauerreaktion)		
Konfliktvolle äußere Lebenssituation		
1. Verlust des Vaters 2. gestiegene Anforderungen im Beruf bei Neigung zu Selbstüberforderung 3. Belastung durch von ihr als sinnlos erlebte politisch-bürokratische Aufgaben	1. inzwischen verarbeitet 2. besteht weiterhin, aber Entlastung im privaten Bereich durch Ehemann, der Versorgung übernommen hat 3. weggefallen	
7, m,* 40, 83/43, HSA (Chemie), GK		kÄ
F 41.1 generalisierte Angststörung, kompensiert durch: F 19.1 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, schädlicher Gebrauch F 60.30 emotional instabile Persönlichkeit, impulsiver Typus	F 41.1 in gemilderter Form und gegenwärtig ohne schädlichen Substanzgebrauch F 60.30	
Strukturelles Defizit bestimmend! Selbst- vs Objektwert (g), Unterwerfung vs Kontrolle (a)		
1. Zunahme der Isolation und Ablehnung in Ehe (1) und Betrieb (2) durch Häufung aggressiver Durchbrüche 2. politisch-ideologisch oppositionelles Verhalten, z.T. mit unbesonnenen Aktionen ("...Parteibuch auf den Tisch geknallt") (3)	1. Ehe (1): nach Scheidung und Beinamputation haltgebender Rahmen durch "betreutes Wohnen", Betrieb (2): Berentung, medizinische Betreuung und Unterstützung durch eine ehemalige Kollegin	
8, m, *40, 86/46, FSA (Ing, Geod), OK		b
F 48.0 Neurasthenie	F 48.0	
F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung mit schizoiden Zügen	F 60.5 mit schizoiden Zügen	
Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung		
1. verlusthafte Veränderung der Lebensumstände - Kinder verlassen das Haus - notwendig gewordener Tätigkeitswechsel - Wegzug von Freunden (Ausreise in die BRD) - Tod der Mutter	1. selbständige Tätigkeit ohne soziale Kontakte entsprechend seiner Persönlichkeitseigenschaften	

9, f, * 41, 89/48, HSA (Medizin), OK		b
F 32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		
F 60.6 ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	F 60.6 mit subdepressiven Symptomen	
Abhängigkeit vs Autonomie (p)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. lebenslanges Ausweichen vor beruflichen und sozialen Herausforderungen 2. Verlust emotionaler Zuwendung: <ul style="list-style-type: none"> – durch Ablösung der Kinder, – durch Kollegen, die sie wegen ihres Vermeidungsverhaltens als unzuverlässig erlebten 3. prägender Einfluß einer, durch KGB-Haft des Vaters bedingten, ängstlich-vermeidenden Familienatmosphäre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entlastung durch Invalidisierung, 2. Kompensation ihrer emotionalen Defizite durch Tätigkeit in Beratungsstelle, Telefongespräche mit Bekannten und kirchliches Engagement 3. früher aus Angst verleugnete Systemgegnerschaft wird im Nachhinein bewußt -entsprechendes politisches Interesse (Stasi-Aufarbeitung) 	

10, m, *42, 83/41, FSA (Chemie), OK		b
F 45.30 somatoforme Funktionsstörung im kardiovaskulären System	körperliche und psychische Schwierigkeiten negiert	
F 44.5 dissoziative Krampfanfälle		
F 52.2 Versagen genitaler Reaktionen (Erektionsstörung)	F 60.81	
F 60.81 narzißtische Persönlichkeitsstörung		
Selbst- vs Objektwert (g), (p*/a*), Ödipal-sexueller Konflikt (p)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. berufliche Degradierung mit Verlust einer leitenden Stellung 2. genitale Beziehungsunfähigkeit mit erektiler Impotenz und masochistischer Partnerwahl bei persistierender Mutterbindung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. klischeehaftes Potenzgehabe durch Betreiben der einzigen Erotikboutique in seinem Stadtkreis nach dem Niederkonkurrieren von Rivalen 2. resignatives Sich-Einrichten in ein unbefriedigendes Ehearrangement 	

11, w, *48, 89/41, HSA (Chemie), OK		b
F 34.1 Dysthymia	F 34.1	
F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung	F 60.5	
Über-Ich- und Schuldkonflikt (g)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. chronischer Ehekonflikt mildert als externale Entlastung die Über-Ich-Problematik 2. Symptomdruck steigt ohne erkennbare Auslöser, z.B. Decidophobie beim Einkaufen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. partielle innere Neuorientierung im zwischenmenschlichen Bereich und berufliche Verantwortungsabgabe 	

12, w, *55, 84/24, FSA (Ök), OK		b
F 41.1 generalisierte Angststörung	F 40.2 spezifische Phobie	
F 60.31 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus	F 60.31	
Z 91.5 Selbstbeschädigung (suizidale Krise)		
strukturelles Defizit bestimmend! Selbst- vs Objektwert (g)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fehlgeburt und Versagensgefühle bei der Erziehung der Tochter bestärkt die innere Spaltung ("gute Männer", "schlechte Frauen") 2. allgemeiner Mißerfolg im Beruf 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tochter hat Haus verlassen, Geburt eines jetzt 8-jährigen Sohnes 2. Berufswechsel in zwei Halbtags-tätigkeiten 	

13, w, *58, 89/31, FSA (Ing), OK		Vsl
F 33.2 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F 33.2	
Abhängigkeit vs Autonomie (g), Ödipal-sexueller Konflikt (p)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Scheitern der Ehe 2. primär instabile weibliche Rollenidentifikation wird durch Fehlgeburten, Hysterektomie und Ehescheidung zur fixierten Unfähigkeit der Übernahme der weiblichen Rolle und Partnerschaftsfähigkeit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. depressiv-zwanghafter, teilweise präpsychotischer Modus der Abwehr von sozialen und sexuellen Kontaktwünschen 	
14, w, *60, 84/24, HSA (Pharm), OK		baR
F 32.1 mittelgradige depressive Episode F 60.7 abhängige Persönlichkeitsstörung	F 60.7	
Abhängigkeit vs Autonomie (g)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. mißlungener Versuch, sich über eine überstürzte Eheschließung aus dem Elternhaus zu lösen 2. Denunziation aufgrund der Eheschließung mit einem Ausländer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. keine Dauerpartnerschaft, weiterhin enge Bindung an Familie, die beruflich selbständige Situation unterstützt 2. entfallen 	
15, m, *28, 83/55, HSA,Geo/ Direktor, NK		baR
F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	keine Diagnose	
Unterwerfung vs Kontrolle (p)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. chronische Überforderungssituation als stellvertretender Direktor nach Stellenwechsel, bei depressiv-zwanghafter Persönlichkeit mit mangelndem Durchsetzungsvermögen 2. Belastung mit parteipolitischen Funktionen, gegen deren Übernahme er sich zu wehren nicht in der Lage war 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entlastung durch Teilberufsunfähigkeit, später Berufsunfähigkeit und jetzt Rente 2. Entlastung durch politischen Umbruch 	
16, w, *31, 84/53, Sonderausbildung, BSL (D, Ge),OK		kÄ
F 41.1 generalisierte Angststörung	F 41.1	
Versorgung vs Autarkie (a)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. altersbedingte Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit, bisher ungebrochene Helferrolle wird dadurch in Frage gestellt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. statt Nähe in Helferposition schafft Sehbehinderung Hilfsbedürftigkeit 2. soziale Isolierung durch Verlust des beruflichen Kontaktfeldes und Tod des Ehemannes 	
17, w, *35, 84/49, Fernstudium, BSL (D), GK		kÄ
F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F 60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung	F 33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F 60.4	
Abhängigkeit vs Autonomie (p), Selbst vs Objektwert (g)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Unzufriedenheit im Beruf durch unzureichende Anpassung an reale Gegebenheiten (überhöhtes Ich-Ideal) 2. emotional unbefriedigende Ehebeziehung 3. Opposition und schließlich aktive Rebellion gegen das bestehende Staatssystem 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstwertverlust, da Entzug der realen Leistungsebene durch Tätigkeitsverlust 2. besteht fort 3. Wegfall eines klaren "Kampfzieles", Enttäuschung über den Zerfall der Bürgerbewegung 	

18, w, *36, 89/53, Schnellkurs, Ez, OK		b
F 32.1 mittelgradige depressive Episode		
F 45.1 undifferenzierte Somatisierungstörung	F 45.1 (gemildert)	
<i>Versorgung vs Autarkie (p), Über-Ich u. Schuldkonflikt (p)</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. "Kurschatten"-Episode verstärkt das resignative Grundgefühl, mit einem ungeliebten und sie einschränkenden Mann am Leben vorbeigelebt zu haben 2. Trennungsgedanken führen zu Schuldgefühlsangst 3. Kontakthunger wird durch die sich verselbständigende Tochter und die von ihr betreuten Schüler nur noch unzureichend befriedigt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. findet in jetziger Partnerschaft sowohl Geborgenheit als auch eigene Entfaltungsmöglichkeiten 2. Befreiungsgefühl, als Ehemann (1986) stirbt 3. emotionale Bindung auch an Enkel, keine Berufstätigkeit mehr 	
19, m, *38, 84/46, Sonderstudium, OS (Ph), NK		baR
F 45.30 somatoforme Funktionsstörung im kardiovaskulären System		
	keine Diagnose	
<i>Selbst- vs Objektwert (g)</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Abwertung durch Kündigung 2. Versagensgefühl, da sein berufliches Vermögen (aufgrund zwanghafter Züge) seinem ehrgeizigen Geltungsanspruch nicht entsprach 	<ol style="list-style-type: none"> 1. den beruflichen und persönlichen Fähigkeiten adäquate Tätigkeit als Klassenlehrer 2. Verlagerung des Geltungsanspruchs auf die sozial erfolgreiche, wesentlich jüngere Ehefrau (narzißtische Partizipation)) 	
20, w, *39, 85/46, Sonderausbildung, US, OK		b
Migräne		
F 32.1 mittelgradige depressive Episode	Migräne	
F 45.1 undifferenzierte Somatisierungstörung	F 45.1	
<i>Versorgung vs Autarkie (p)</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zuwendungsdefizit und Pendelerziehung in der Herkunftsfamilie wird durch die Partnerschaft auszugleichen versucht und zugleich neurotisch verhindert, chronischer Ehe- und Sexualkonflikt 2. Abhängigkeit vom emotionalen Austausch mit Kindern im schulischen Bereich 3. allmähliche Auflösung der ideologischen Beheimatung in der sozialistischen Gedankenwelt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ehearrangement 2. Verlagerung auf Enkel 3. jetzt Beheimatung in der Kirche gefunden 	
21, w, *40, 86/46, HSA, OS/PI, NK		b
F 48.0 Neurasthenie		
F 60.4 histrionische Persönlichkeitsstörung	F 42.2 Zwangsgedanken u. -handlungen, gemischt	
	F 60.4	
<i>Abhängigkeit vs Autonomie (p), Identitätskonflikt</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. wählt entgegen den eigenen beruflichen Interessen den Lehrerberuf 2. auch in der Kompromißlösung als Pionierleiterin zu wenig Anerkennung und Konflikte mit Schulleiter 3. lehnt Ehemann, von dem sie sich abhängig fühlt, innerlich ab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. und 2. allgemeine Stabilisierung durch angemessene Berufstätigkeit 3. Ehearrangement und Zwangssymptome 	

22, m, *41,84/43, FSA, Ez, NK		b
F 32.1 mittelgradige depressive Episode F 60.1 schizoide Persönlichkeitsstörung	F 60.1	
Abhängigkeit vs Autonomie (a), Identitätskonflikt		
1. Versagensgefühl durch mangelnde Kontaktfähigkeit bei falscher Berufswahl 2. Kompensationsversuch durch Leistungsstreben auf organisatorisch-formaler Ebene (Parteisekretär) führt zu Überforderungssituation	1. und 2. durch jetzige Tätigkeit und Lebenssituation, die Vermeidung emotionalen Kontakts ermöglicht, entlastet	
23, w, *41, 88/47, FSA, Ez, OK		baR
F 48.0 Neurasthenie	keine Diagnose	
Abhängigkeit vs Autonomie (p)		
1. chronischer Ehekonflikt bei übereilter, falscher Partnerwahl (Heirat aufgrund von Schwangerschaft) 2. Verlusterfahrungen: a) Verlust der geliebten Tochter, die in den Westen ausreiste, was 1988 "nie wiedersehen" bedeutete b) Tod der Mutter, zu der ein ambivalentes Verhältnis bestand 3. Kränkung durch das Gefühl, als Lehrerin versagt zu haben und Unzufriedenheit mit Erzieher Tätigkeit	1. Entlastung durch Ehescheidung und Ortswechsel, Orientierung auf neue Partnerschaft 2. lebbare emotionale Nähe zur Tochter durch Nachzug 3. berufliche Identitätsfindung als Erzieherin	
24, m, *43, 84/41, HSA, L, OK		baR
F 45.1 undifferenzierte Somatisierungstörung F 60.81 narzißtische Persönlichkeitsstörung	F 45.1 F 60.81	
Selbst- vs Objektwert (a)		
1. Freund und Vorgesetzter, mit dem er sich identifizierte, verstarb an Herzinfarkt - chronisch-latente Unzufriedenheit mit Beruf wird bewußt 2. chronischer Ehekonflikt, wertet Ehefrau ab und besteht unflexibel auf Dominanz 3. Parteieintritt aus Karrieregründen, Tätigkeit als FDJ-Sekretär befriedigt aber nicht den bestehenden Geltungsanspruch	1. die Tätigkeit als Personalchef befriedigt sowohl Geltungsanspruch als auch das Bedürfnis nach Regelmäßigkeit 2. nach Scheidung (86) jetzt erneutes Verlassenwerden durch zweite Partnerin 3. stellt sich gesellschaftskritisch (PDS-nah) dar, bei tatsächlichem, vollständigem Arrangement mit den gegenwärtigen marktwirtschaftlichen Bedingungen	
25, w, *47, 42/89, HSA, LiHSD (D,E), NK		b
F 40.0 Agoraphobie	F 40.0 F 43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion	
Unterwerfung vs Kontrolle (p) äußere konflikthafte Lebenssituation		
1. Symptomatik bricht nach Rückkehr aus England aus, als ein zweiter, einjähriger England-Aufenthalt bevorsteht (beim ersten war ihr die DDR-systembedingte Einengung erlebbar geworden)	1. persönlich mitvollzogene Beendigung der systembedingten Einengung 2. Unterlegenheitsempfinden im Rivalitätskonflikt um den Arbeitsplatz (Vorwurf, sie habe Andersdenkende unterdrückt), damit existentielle Bedrohung und Persistieren der Beschwerden	

26, w, *54, 85/31, FSA, HiS, OK		b
F 45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung	entfallen	
F 42.2 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt	F 42.2	
F 60.7 abhängige Persönlichkeitsstörung	F 60.7	
F 60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung	F 60.5	
Abhängigkeit vs Autonomie (g)		
1. Auszug aus Elternhaus in erste eigene Wohnung	1. persistierende, enge Bindung an Eltern mit täglichen Kontakten	
2. nach mehreren scheiternden Partnerschaften kollusive Ehebindung mit anklammernden, vereinnahmenden Ansprüchen	2. Scheidung; kontrollierendes, einengendes Verhalten gegenüber dem Sohn (gleich früheren Partnern)	
27, m, *57, 85/28, HSA, L (Sp/Trainer), OK		vobe
F 42.31 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion	keine Diagnose	
Identitätskonflikt		
1. Scheitern des festumrissenen, verinnerlichten Berufsbildes	1. angemessene Suche nach beruflicher Verwirklichung	
28, w, *64, 89/25, OS, NK		baR
F 43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion	keine Diagnose	
Identitätskonflikt, Abhängigkeit vs Autonomie (g)		
1. Arbeitsstörung zum Abschluß des Studiums bei überhöhtem Ehrgeiz und nur unzureichender Identifikation mit dem Berufsbild	1. Berufswechsel, arbeitet mit Zufriedenheit als persönliche Referentin	
2. unabgelöste Elternbindung	2. Ablösung fortgeschritten, in den beruflichen Beziehungen wiederholt Vaterübertragungen	
3. unselbständige, abhängige Beziehung zum Partner	3. selbstbewußte Weiblichkeit, gewachsene Befähigung zur Partnerschaft	

Tabelle A Fokusdiagnosen, Erklärung des Darstellungsprinzips und der Abkürzungen: siehe Kapitel 3, Abbildung 4

9.2 Dokumentationsbogen

I. Basisdokumentation	
Geschlecht	
Geburtsjahr	
Familienstand	
Nationalität	
Lebenssituation	in fester Partnerschaft/ nicht in fester Partnerschaft
Größe des Haushaltes	Erwachsene/Kinder
Höchster Abschluß	Hauptschule/Realschule/ mittlere Reife/ Abitur
Berufsabschluß	Lehre /Meister /Fachschule /FHS/Universität/ohne
Derzeitige Berufstätigkeit	einf./mittl. Angestellte/rBeamte /höhere/r Angestellte/r/ Beamte/r/selbständig /Hausfrau/ Hausmann /Rentner/in
Erwerbstätigkeit:	voll erwerbstätig/teilzeitbeschäftigt /nicht erwerbstätig /arbeitslos
Haupteinkommensquelle	Arbeitstätigkeit/Rente/Arbeitslosengeld/-hilfe, /Unterhalt durch Ehegatten/Sozialhilfe
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	(in Wochen)
Wohnsituation	Untermiete /Wohnung /Haus /WG /Wohnheim
II. Aus der Akte erhebbar	
Therapiejahr	
Dauer der Therapie	in Wochen
Chronizität der Beschwerden	in Jahren
Anzahl stationärer psychotherapeutischer Vorbehandlungen	
Symptomatik und ICD-9-Diagnose	
ICD-10-Diagnose (psychische Erkrankungen)	
organische Zusatzerkrankungen	
psychosoziale Auslösesituation	
Therapieergebnis (entsprechend Einschätzung in der Epikrise):	voll behoben /bis auf geringe Reste behoben /Besserung /keine Änderung /Verschlechterung
Testergebnisse	BFB-B/MMPI (470-F-Test)
III. Informationen aus dem Interview	
Alte Symptomatik:	
a) seit Ende der Therapie:	
b) z.Zt.:	
Neu hinzugekommene psychische Symptome:	
a) seit Ende der Therapie:	
b) z.Zt.	
Beurteilung der Symptomatik im Vergleich zu Therapiebeginn:	voll behoben /bis auf geringe Reste behoben /Besserung /keine Änderung /Verschlechterung
Diagnose nach ICD-10-Kriterien:	
sonstige Krankheit: ICD-Nr.:	
Jetzige Lebenssituation und eventuelle Veränderungen seit der Therapie	
psychosoziale (Auslöse-) Situation	
OPD-Konfliktdiagnose	
Bewertung der Konfliktodynamik:	neuer Konflikt/Konfliktverschärfung/Konflikt unverändert /Konfliktverschiebung/ Milderung /Auflösung des Konflikts
Staatsnähe nach Schröder	normativ konform/opportun konform/gegenkonform
Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Situation	gut /eher gut als schlecht /eher schlecht als gut /schlecht
Testergebnisse	BFB /MMPI (Kurzform für Handauswertung) /SCL90R/GT

9.3 Halbstandardisiertes Interview

1. Symptomatik

Wie geht es Ihnen jetzt, und wie haben sich Ihre Beschwerden seit dem Ende der Therapie entwickelt?

- a) Sind Symptome von damals bestehen geblieben? Welche?
- b) Sind Symptome von damals wieder aufgetreten? Welche?
- c) Sind neue Symptome hinzugekommen? Welche?
- d) Wann sind die Symptome aufgetreten? Was geschah noch zu dieser Zeit?
Glauben Sie, daß bestimmte andere Ereignisse in Ihrem Leben eine Auswirkung darauf hatten?
- e) Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Symptome gehäuft auftreten?
- h) Haben sich Ihre Beschwerden im Vergleich zum Ende der Therapie verbessert, verschlechtert oder sind sie gleichgeblieben?
- i) Wie belastend sind diese Symptome?
- l) Was können Sie dagegen tun?

2. Konfliktfeld

Wo, in welchen Lebensbereichen, sehen Sie derzeit Schwierigkeiten?

- a) Welche Veränderungen gab es für Sie seit Therapieende in Ihrer beruflichen Tätigkeit?
Was waren die Gründe für diese Veränderungen?
Wie sind Sie im allgemeinen mit Ihrer Berufswahl zufrieden?
Wie sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden?

- b) Gibt es Probleme bei Ihrer Arbeit
im Umgang mit Vorgesetzten
im Umgang mit den Schülern
im Umgang mit Kollegen
im Umgang mit den Eltern der Schüler
durch zu hohe oder veränderte Anforderungen?

In welcher Weise hat sich die Therapie auf Ihre Berufstätigkeit ausgewirkt?

Wie hat sich die Wende darauf ausgewirkt?

- c) Mußten oder müssen Sie befürchten, daß Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren?
- d) Waren Sie über längere Zeit arbeitslos?
Wie haben Sie das verkraftet?
- e) Mußten Sie sich einer fachlichen oder politischen Evaluierung unterziehen?
Wie war das für Sie?
- f) Gab es in Ihrem Familienleben/ in Ihrer Partnerschaft seit Therapieende einschneidende Veränderungen?

Gab es Verluste für Sie? (Tod, Trennung, haben Kinder den Haushalt verlassen)

Gab es eine schwere Auseinandersetzung/ Spannungen in Ihrer Familie oder Partnerschaft?

Wie haben Sie das jeweils verkraftet?

Wie sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?

Wie hat sich Ihre Partnerschaft seitdem entwickelt?

3. Gesundheit und Krankheit

- a) Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?
- b) Sind Sie in den letzten Jahren ernsthaft krank gewesen?
- c) Wie häufig erfolgten ärztliche Konsultationen?
- d) Ist ein naher Angehöriger ernsthaft krank gewesen?

4. Einstellungen

- a) Wie sehen Sie aus der heutigen Sicht Ihr Leben in der ehemaligen DDR?
Wie aktiv haben Sie damals in gesellschaftlichen Gremien (Partei, FDJ,

Gewerkschaft etc.) mitgewirkt? Geschah dies aus Überzeugung?

Wie denken Sie heute darüber?

Glauben Sie, daß Sie aufgrund Ihrer Einstellung eher benachteiligt oder bevorzugt wurden?

b) Wie haben Sie die Wende im Oktober 1989 erlebt?

Haben Sie sich an den Demonstrationen beteiligt?

Gab es durch die Wende starke Veränderungen in Ihrem Leben? (z. B. Aufstieg oder Abstieg im Berufsleben)

Wie haben Sie das empfunden?

c) Wie ist Ihre Einstellung zum wiedervereinigten Deutschland?

Engagieren Sie sich gesellschaftlich?

Viele sehnen sich ja auch nach bestimmten Dingen aus der DDR zurück. Wie ist das bei Ihnen?

5. Einstellung zur Therapie

a) Was hat Ihnen die Therapie gegeben?

b) Können Sie sich heute vorstellen, unter bestimmten Umständen wieder eine stationäre Psychotherapie in Anspruch zu nehmen?

9.4 Zusätzliche Informationen zu den verwendeten Fragebögen

Die SCL-90-R

Die 9 Symptomkomplexe der SCL-90-R setzen sich wie folgt zusammen (Derogatis, Lipman and Covi 1976):

1. Somatisierung (somatization) 12 Items (1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58)
 2. Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive) 10 Items (3,9,10,28,38,45,46,51,55,65)
 3. Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity) 9 Items (6,21,34,36,37,41,61,69,73)
 4. Depressivität (depression) 13 Items (5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79)
 5. Ängstlichkeit (anxiety) 10 Items (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86)
 6. Aggressivität und Feindseligkeit (anger-hostility) 6 Items (11,24,63,67,74,81)
 7. Phobische Angst (phobic anxiety) 7 Items (13,25,47,50,70,75,82)
 8. Paranoides Denken (paranoid ideation) 6 Items (8,18,43,68,76,83)
 9. Psychotizismus (psychoticism) 10 Items (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90)
- Zusätzliche Items ohne faktorielle Zuordnung sind die Nr. 19, 44,59,60,64, 66 und 89.

Als Gesamtkennwerte für die Skalen dienen:

1. General Symptomatic Index (GSI - Score 10, entspricht dem Gesamtmittelwert aller Skalen)
2. Positive Symptom Total (PST - Score 11, Anzahl der positiven Items)
3. Positive Symptom Distress Index (PSDI - Score 12, Ausprägung der Symptome)

Die entsprechenden Gleichungen lauten:

GSI = Summe der Antworten auf alle Items / 90

PST = Anzahl der Items, auf die eine "positive" (1,2,3 oder 4) Antwort gegeben wurde

PSDI = Summe der Antworten auf alle Items / PST

Als zeitlicher Bezugsrahmen für die Beurteilung der Beschwerden wurden in der vorliegenden Untersuchung die letzten 4 Wochen vor dem Katamneseinterview festgelegt.

Abbildung A Zusammensetzung der SCL-Symptomenkomplexe (Quelle: CIPS 1996)

Der Gießen-Test (GT)

Die 6 Standardskalen des GT sind im einzelnen:

1. Soziale Resonanz <i>negativ sozial resonant (NR)</i> unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen desinteressiert	<i>positiv sozial resonant (PR)</i> anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt, durchsetzungsfähig, an schönem Aussehen interessiert
2. Dominanz <i>Dominant (DO)</i> häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, begabt zum Schauspielern, schwierig in enger Kooperation, ungeduldig	<i>Gefügig (GE)</i> selten in Auseinandersetzungen verstrickt, fügsam, gern sich unterordnend, unbegabt zum Schauspielern, unschwierig in enger Kooperation, geduldig
3. Kontrolle <i>Unterkontrolliert (UK)</i> unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, bequem, eher pseudologisch, unstetig, fähig zum Ausgelassensein	<i>Zwanghaft (ZH)</i> begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanantisch, stetig, unfähig zum Ausgelassensein
4. Grundstimmung <i>Hypomanisch (HM)</i> selten bedrückt, wenig zur Selbstreflexion neigend, wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend, eher unabhängig	<i>Depressiv (DE)</i> häufig bedrückt, stark zur Selbstreflexion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend, eher abhängig
5. Durchlässigkeit <i>Durchlässig (DU)</i> aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, Liebesbedürfnisse offen ausdrückend, eher vertrauensselig, in der Liebe intensiv erlebnisfähig	<i>Retentiv (RE)</i> verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, Liebesbedürfnis zurückhaltend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig
6. Soziale Potenz <i>Sozial potent (PO)</i> gesellig, im heterosexuellen Kontakt unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zu Dauerbindung, phantasiereich	<i>Sozial impotent (IP)</i> ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen, wenig hingabefähig, kaum fähig zu Dauerbindung, phantasiarm

Abbildung B Zusammensetzung der 6 Standardskalen des GT (Quelle: Beckmann et al. 1990)

Das MMPI

Skalenbezeichnung		Grobinterpretation
L	(lies)	<i>gibt die Anzahl der "Lügen" an</i>
F	(validity)	<i>Aussage über die Validität des Gesamttests, bei hohem F wurde der Test nicht ernst genommen</i>
K	(correction)	<i>Korrekturfaktor, Maß der Einstellung zum Test (z.B. Abwehr)</i>
HS/HD	(hypochondriasis)	<i>übertriebene (hypochondrische) Beschwerden, Schmerzen, Störungen (meist) ohne organische Ursache</i>
D	(depression)	<i>Depression, Mutlosigkeit, Verzagtheit, subjektive Erschöpfung</i>
HY	(conversion hysteria)	<i>konversionshysterische Symptome, Lähmungen, Krämpfe u.a.</i>
PD	(psychopathic deviate)	<i>sozial auffällig, antisozial, hypomoralisch, gemütschwach, haltlos u.a.</i>
MF	(masculinity/femininity)	<i>geschlechtsbezogene Interessenverteilung, hohe MF-Werte bedeuten eine Abweichung in Richtung des anderen Geschlechts</i>
PA	(paranoia)	<i>Argwohn, Überempfindlichkeit, Verfolgungsideen u.a.</i>
PT	(psychasthenia)	<i>Phobien, Zwangsverhalten, psychasthenische, depressive Tendenzen</i>
SC	(schizophrenia)	<i>bizarres, ungewöhnliches (schizoides) Denken und Verhalten</i>
MA	(hypomania)	<i>tatkräftig, ehrgeizig oder Überproduktivität im Denken und Handeln</i>
SI	(social introversion)	<i>Tendenz, sich vom sozialen Kontakt mit anderen zurückzuziehen</i>

Abbildung C Die Standardskalen des MMPI (verändert nach Gehring und Blaser 1993)

10 Thesen

1. Die vorliegende Arbeit untersucht das Befinden ehemaliger Psychotherapiepatienten unter den Bedingungen der Umbruchsituation in Ostdeutschland. Spezielle Aufmerksamkeit gilt dabei der möglichen pathogenetischen Bedeutung systembedingter und ideologiespezifischer Einflußfaktoren bei der Auslösung und Aufrechterhaltung neurotischer Erkrankungen.
2. Der Staat der DDR begründete seine Existenz mit der marxistisch-leninistischen Ideologie. Dieser Ideologie und ihrer Vermittlung kam eine zentrale Rolle innerhalb des Staatssystems zu. Ihr Absolutheitsanspruch diente zur Aufrechterhaltung der Staatsmacht und bedingte ein repressives gesellschaftliche Milieu, welches vermutlich vom Einzelnen Anpassungsleistungen verlangte, die sich von jenen in vergleichbaren demokratischen Ländern unterscheiden.
3. Menschen aus pädagogischen Berufen waren dem DDR-Staat formal besonders nahe. Neben der Vermittlung von Wissen gehörte zu ihren Aufgaben, im Sinne der marxistisch-leninistischen Ideologie erzieherisch wirksam zu werden. Pädagogen zählten in der DDR zu den Berufsgruppen mit den höchsten Krankheits- und Berufsunfähigkeitsraten, die zu einem großen Teil durch neurotische Erkrankungen bedingt waren. Unter stationären Psychotherapiepatienten waren Pädagogen um ein Vielfaches häufiger vertreten als es ihrem Anteil in der Bevölkerung entsprach. Ob zusätzlich zu den allgemeinen Belastungsbedingungen der Lehr- und Erziehungstätigkeit auch systemspezifische Belastungen zu diesem Phänomen beitrugen, konnte unter den repressiven Bedingungen in der DDR nicht untersucht werden.
4. Die im Herbst 1989 eingeleitete Umbruchsituation führte relativ abrupt zum Zusammenbruch des DDR-Staatssystems. Die veränderte Situation hat extreme Belastungen für die Menschen in Ostdeutschland heraufbeschworen. Ein krankmachender Einfluß der allgemein gesteigerten Belastungen im Zuge der Umbruchsituation wurde vielfach vermutet.
5. Anpassungsmechanismen, die in der DDR funktional waren, könnten einen adäquaten Umgang mit dem neuen System behindern. Spezifische Betrachtungen lassen daher die Vermutung zu, daß das Erleben und der Umgang mit der Umbruchsituation in Abhängigkeit von der Art der Anpassung an das alte System variiert. Dabei ist es zunächst naheliegend, zu vermuten, daß ehemals staatskonforme Personen stärker unter dem Umbruch leiden als ehemals Oppositionelle oder Menschen, die in der Vergangenheit systembedingten Belastungen ausgesetzt waren.
6. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine katamnestiche Untersuchung an 14 ehemaligen Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen und 14 Vergleichspersonen, die in nichtpädagogischen und ideologieneutralen Berufen tätig waren ("Nichtpädagogen"). Alle 28 untersuchten ehemaligen Patienten absolvierten vor 1989

eine stationäre Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Halle.

7. Die Fragestellung dieser Arbeit zielt auf mögliche Unterschiede zwischen Pädagogen und Nichtpädagogen in Bezug auf die Symptomatik, Persönlichkeit, Konflikte, Belastungen und Auslösesituationen sowie Anpassungsstrategien zum Zeitpunkt der Therapie und der Nachuntersuchung. In den Hypothesen wird vermutet, daß sich in der Pädagogengruppe zum Therapiezeitpunkt häufiger als in der Vergleichsgruppe systembedingte Konfliktsituationen von psychopathogenetischer Bedeutung finden (**H1**). Des Weiteren wird ein allgemein destabilisierender Einfluß der Umbruchsituation auf ehemalige Psychotherapiepatienten hypothetisch angenommen (**H2**). In Unterhypothesen wird postuliert, daß Individuen, die in der DDR staatskonform eingestellt waren, jetzt stärker durch den Umbruch belastet sind (**UH 1**) als ehemals Oppositionelle oder Individuen, die in der DDR unter systembedingten Belastungen zu leiden hatten (**UH 2**).
8. Das Kernstück der Katamneseuntersuchung ist ein an psychoanalytischen Kriterien orientiertes halbstandardisiertes Interview. Als standardisierte Verfahren kommen der Beschwerdefragebogen (BFB), die Symptom Check List (SCL) sowie Standardinstrumente zur Persönlichkeitsdiagnostik (MMPI, Gießen-Test) zum Einsatz. Zusätzliche Informationen wurden dem Aktenmaterial entnommen.
9. Nachbesprechungen mit einem psychoanalytischen Psychotherapeuten führten zur Formulierung von Fokusdiagnosen, die neben der Symptom- und Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) eine Beschreibung der psychosozialen Auslöser enthalten. Das frühere Anpassungsverhalten in der DDR wurde in den Kategorien "normativ konform", "opportun konform" sowie "non- oder gegenkonform" erfaßt. Die globale Fremdeinschätzung des Katamneseergebnisses erfolgte in den Abstufungen: "voll behoben", "bis auf Reste behoben", "Besserung", "keine Änderung" und "Verschlechterung".
10. Fragebogentests zum Therapiezeitpunkt weisen auf eine vergleichsweise gesteigerte psychosomatische Reaktionsbereitschaft in Streßsituationen, hohe Klagsamkeit, Überbesorgtheit und Erschöpfung der untersuchten Pädagogen hin, während zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in Bezug auf die Symptomatik keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen auszumachen waren. Hinsichtlich ihrer Persönlichkeitseigenschaften beschrieben sich die untersuchten Pädagogen im Gegensatz zur Vergleichsgruppe als überordentlich, übereifrig, eher wahrheitsfanatisch und stetig, was in tendenziell höheren Werten auf der Skala "Zwanghaftigkeit" seinen Ausdruck fand. Diese Befunde bestätigen die Ergebnisse früherer Untersuchungen an Psychotherapiepatienten aus pädagogischen Berufen.
11. Bezüglich der zum Therapiezeitpunkt relevanten intrapsychischen Konflikte und Auslösesituationen bestanden keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Auslöser auf dem Gebiet der Ideologie und systembedingte Belastungen fanden sich in beiden Gruppen nur in einer Minderheit der Fälle. Solche ideologisch geprägten Auslöse-

situationen wurden in den meisten Fällen als weniger psychodynamisch relevant eingeschätzt als zum Beispiel Partnerschafts- oder Berufskonflikte. **Hypothese 1** konnte somit nicht bestätigt werden: Intrapsychische, zeitlich überdauernde Konfliktmuster überwogen gegenüber äußeren Belastungen. In den Fällen, in denen vordergründig ideologische Konflikte bestanden, erwiesen diese sich bei näherer Betrachtung eher als Ausdruck neurotischer Mechanismen, die auf dem Gebiet der Ideologie ausgetragen wurden.

12. Betrachtet man die Lebensumstände der Untersuchten, so zeigt sich, daß eine Mehrheit der Untersuchten in beiden Gruppen, insbesondere auf dem Gebiet der Berufstätigkeit, gravierende Veränderungen erlebte, die ohne die Umbruchsituation nicht denkbar gewesen wären.
13. Eine Reihe von Befunden spricht gegen die Vermutung, daß die Umbruchsituation die untersuchten ehemaligen Psychotherapiepatienten erneut destabilisiert (**H2**): Nur bei einer Patientin (Vergleichsgruppe) wurde zur Nachuntersuchung eine "Verschlechterung" eingeschätzt, bei je zwei Patienten aus jeder Gruppe fand sich "keine Änderung" des Befindens. Die qualitative Analyse der Einzelfälle zeigt, daß das unbefriedigende Katamneseergebnis in diesen Fällen nicht unmittelbar auf Einflüsse der Umbruchsituation zurückgeführt werden kann.
14. Ca. 2/3 der Untersuchten in beiden Gruppen wiesen zur Nachuntersuchung eine deutliche Besserung auf, bei vier Patienten der Vergleichsgruppe und fünf Patienten der Pädagogengruppe hatte sich die Symptomatik bis auf geringe Reste bzw. vollständig zurückgebildet. In der Gesamtgruppe der Untersuchten bildeten sich im Katamnesezeitraum selbstberichtete psychische Symptome um 62 % und somatische Symptome um 43% zurück.
15. In beiden Gruppen überwogen als Anpassungsform in der DDR opportunkonformistische Mechanismen. Sechs Pädagogen, im Vergleich zu nur zwei Nichtpädagogen, waren normativ konform, je ein Patient aus jeder Gruppe war gegenkonform. Im Widerspruch zu den Hypothesen gingen normativ konforme Individuen nicht belasteter aus der Umbruchsituation hervor als andere (**UH 1**). Dagegen erzielten beide Gegenkonformisten ein unbefriedigendes Katamneseergebnis, so daß auch diese Hypothese (**UH 2**) nicht bestätigt werden kann.
16. Das Katamneseergebnis unterstreicht, daß ehemalige Psychotherapiepatienten die Anforderungen der Umbruchsituation aktiv bewältigen können. Im Widerspruch zu den Hypothesen zeichnet sich die Möglichkeit entlastender Einflüsse der Umbruchsituation in Einzelfällen, z.B. durch den Wegfall staatlicher Bevormundung bei der Berufswahl, ab. Ein positiver Einfluß der zurückliegenden Psychotherapie auf das Bewältigungsrepertoire in der Umbruchsituation ist naheliegend.

Lebenslauf

Name: Henrike Wolf
geboren: 9. Februar 1970 in Dessau

Bildungsweg:

1976-1988 Schulbildung in Gräfenhainichen, Frankleben
und Merseburg

1988 Abitur an der Ernst-Haeckel-Oberschule
Merseburg

1988-1989 einjähriges Krankenpflegepraktikum an der
Frauenklinik der Universität Halle

1989 - 1996 Medizinstudium an der Universität Halle

1995 - 1996 einjähriger Studienaufenthalt in Dublin (PJ)

März 1996 Staatsexamen und Erteilung der vorläufigen
ärztlichen Approbation

Ärztliche Tätigkeit:

1.5.1996 - 30.10.1997 Ärztin im Praktikum an der Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie der Universität
Leipzig

1.11.1997 Approbation als Ärztin

seit 1.11.1997 Assistenzärztin an der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie der Universität Leipzig

Datum

Unterschrift

Ich erkläre hiermit, daß ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, daß ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder anderer Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Bisherige Publikationen mit Hinweisen auf Ergebnisse dieser Arbeit:

Posterbeitrag zu den Mitteldeutschen Psychiatrietagen: "Befinden ehemaliger Psychotherapiepatienten in der Umbruchsituation", Halle April 1997

Halle, den

Unterschrift

Danksagung

Frau Prof. Fikentscher danke ich für die Überlassung des interessanten Themas, das an frühere Arbeiten an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik anknüpft, sowie für das sorgfältige Lesen des Manuskripts und die sehr hilfreichen Anmerkungen.

Herrn Dr. Ulrich Bahrke danke ich für die gute Betreuung bei der Erstellung der Arbeit und die vielen Stunden intensiver und stets motivierender Zusammenarbeit bei der Analyse der Einzelfälle.

Frau Dr. Bandemer-Greulich danke ich für die Beratung in statistischen Fragen.

Mein Dank gilt allen ehemaligen Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, die an der Untersuchung teilnahmen, für ihre Bereitschaft und Offenheit, mit der sie mir in den Gesprächen begegneten und damit zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen.

Allen Freunden und meinen Eltern, die mir mit Anregungen und Kritik in der letzten Zeit hilfreich zur Seite standen, danke ich für ihre Unterstützung.