

Neuropsychiatrische Manifestationen bei Offizieren des militärfachlichen Dienstes

Eine vergleichende Untersuchung

Von W. Tress

Zusammenfassung

Nach einem Hinweis auf die besonderen psychosozialen Akzente der Laufbahn der OffMilFD werden in dieser vergleichenden Studie altersmäßig einander angegliche Gruppen von Offizieren des militärfachlichen Dienstes (OffMilFD), von Truppenoffizieren (Off) und Feldwebeln (Fw), alle Berufssoldaten, einander gegenübergestellt. Dabei erweisen sich die neurologischen Erkrankungen quantitativ und qualitativ über die 3 Gruppen gleich verteilt. Das psychopathologische Diagnosespektrum der OffMilFD hebt sich durch vermehrt depressive und psychosomatische Syndrome bei geringerer Anfälligkeit für Alkoholkrankheit signifikant von den Fw ab, um sich der Gruppe der Off anzugleichen.

Es wird das der Laufbahn der OffMilFD eigentümliche psychosoziale Spannungsfeld thesenhaft erörtert und exemplarisch belegt, wie es ähnlich weder für die Laufbahn der Off noch der Fw besteht.

Fragestellung

Dem Beschluß des Bundeskabinetts vom 28. 8. 1968 folgend erschien am 3. 4. 1969 das 8. Gesetz zur Änderung des Soldatengesetzes. Es eröffnet geeigneten Feldwebeln mit mittlerer Reife eine Laufbahn als Offizier bis zum Rang eines Hauptmanns (OffMilFD). Die Innovation stieß auf Skepsis und teilweise offene Ablehnung.

Um die emotionsgefärbten Meinungen auf eine objektive Grundlage zu stellen, erhob Puzicha (1974) von der Gruppe Wehrpsychologie im Bundeswehramt eine Repräsentativbefragung unter OffMilFD. Puzicha stellt dar, wie der soziale Aufstieg der Gruppe der OffMilFD zwischen Mannschaftsführern einerseits und Truppenoffizieren andererseits mit Rollenkonflikten und Statusunsicherheit einhergeht. Sie entstehen im Umgang der OffMilFD mit ihrer Herkunftsgruppe, den Feldwebeln; im Umgang mit nicht immer ressentimentfreien Vorgesetzten; im Umgang mit jüngeren ranghöheren Offizieren, die oftmals eine Hochschulausbildung vorzuweisen haben. Den Druck solcher sozio-emotionalen Stresssituationen versuchen die Konfliktträger durch folgende Mechanismen zu mildern: „Aus-dem-Felde-gehen“ (Versetzung, soziale Isolation), „Kom-

Neuropsychiatric Manifestations in Officers of the Military Technical Services

A Comparative Study

Summary

After pointing to the peculiar psychosocial accent of the career of an officer in the military technical service (OffMilFD), groups of officers from the OffMilFD, from the officers of the line (Off) and sergeants (Fw), all professional soldiers of approximately the same age, are compared with each other. It is found that neurological diseases are equally distributed quantitatively and qualitatively over all three groups. The spectrum of psychopathological diagnosis for the OffMilFD stands out significantly from those of the Fw through increased depressive and psychosomatic syndromes with less susceptibility to alcoholic disease and approximates the group of Off.

The peculiar psychosocial field of tension of the OffMilFD career is discussed hypothetically and examples are given of how it is similar neither to the career of the Off nor that of the Fw.

pensation“ (Abendabitur, extravagante Privataktivitäten, hohe Leistungserwartungen an Familienmitglieder) und „Rationalisierung“ („Der Chef ist nun mal eigenartig“). Wo derlei mißlang, fand Puzicha erhöhte emotionale Labilität. Überwiegend hinterließ die Befragung jedoch den erfreulichen Eindruck, daß entgegen den ersten pessimistischen Prophezeiungen die Integration der OffMilFD einen recht günstigen Verlauf genommen hatte.

Durch Puzichas sozialpsychologische Arbeit angeregt, gingen wir anhand unserer archivierten Krankengeschichten psychopathologischen Aspekten bei OffMilFD nach. Hierzu stellten wir dem Kollektiv der bei uns stationär behandelten OffMilFD 2 Kontrollgruppen aus Truppenoffizieren (Off) und Feldwebeln (Fw) zur Seite. Mit der Absicht einer Erkundungsstudie prüften wir vergleichend, unter welchen Aspekten Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen den OffMilFD und den beiden Kontrollgruppen auftauchten.

Patientengut und Methodik

In unserem Archiv fanden wir unter den Jahrgängen 1973 bis 1976 46 Krankengeschichten von OffMilFD. Im selben

Zeitraum betreuten wir 32 Truppenoffiziere vergleichbaren Alters. Aus der bei weitem höheren Anzahl von Feldwebeln wurde eine randomisierte Stichprobe erstellt. Die Altersverteilung der Gruppen zeigt ihre Vergleichbarkeit an (Tab. I).

Tab. I: Altersverteilung der Vergleichsgruppen.

	OffMilFD	Off	Fw
Durchschnittsalter	41,3 J	41,7 J	40,8 J
Standardabweichung	6,2 J	6,3 J	6,5 J

Die relativ niedrigen Fallzahlen und die variierende Information der Einzeldarstellungen gestatten für die statistische Verarbeitung nur wenige diagnostische Kategorien. Sie ergaben sich zwanglos bei Sichten der Fallberichte vor dem Hintergrund des WHO-Diagnose-Schemas, der sogenannten ICD (2), wie in Tab. II aufgeführt.

Tab. II: Diagnostische Aufteilung.

I. Neurologische Erkrankungen (ICD: 316,1)
II. Psychiatrische Erkrankungen
II.1. Psychotische Störungen, körperlich nicht begründbar (ICD: 295–299)
II.2. Nicht psychotische seelische Störungen
II.2.1. Depressive Syndrome (ICD: 300.4 u. a.)
II.2.2. Alkoholkrankheiten (ICD: 303.2)
II.3. Psychosomatische Erkrankungen (ICD: 305)

Im nächsten Schritt war zu prüfen, ob sich die 3 Laufbahnen (Off, OffMilFD, Fw) auf die 5 diagnostischen Kategorien so unterschiedlich verteilen, daß dies zu nur 5% Wahrscheinlichkeit (signifikant) oder zu nur 1% Wahrscheinlichkeit (sehr signifikant) als zufallsbedingt angesehen werden darf. Dazu gruppierten wir die Daten in einem Vierfelderprüfplan (OffMilFD gegen Off und gegen Fw für jede Kategorie) und ermittelten für jede dieser Verteilungen einen χ^2 -Wert, dem dann eine prozentuale Wahrscheinlichkeit für die Zufälligkeit der jeweiligen Datenkombination entspricht (3). Ein Beispiel zeigt der nächste Abschnitt.

Ergebnisse

Zahlenmäßige Verteilung

Tab. III: Diagnostische Kategorien.

	Off	OffMilFD	Fw
I. Neurolog. Erkrankungen	13	17	17
II. Psychiatr. Erkrankungen			
II.1. Psychot. Störungen, körperlich nicht begründbar	3	3	3
II.2. Nicht psychot. seel. Störungen			
II.2.1. Depressive Syndrome	10	14	8
II.2.2. Alkoholkrankheiten	4	3	16
II.3. Psychosomat. Erkrankungen	2	9	2
Gesamtzahl	32	46	46

Die numerische Besetzung der im Vorabschnitt aufgestellten diagnostischen Kategorien in der Gruppe der OffMilFD und den Kontrollgruppen ergibt sich aus Tab. III. Sie ist Grundlage der folgenden statistischen Berechnungen.

Interessiert uns beispielsweise, ob Off und OffMilFD sich in der Verteilung auf den neurologischen und psychiatrischen Sektoren unseres Fachgebietes überzufällig unterscheiden, so stellen wir das entsprechende Vierfelder-Quadrat auf (Tab. IV).

Tab. IV: Vierfelder-Quadrat.

	Off	OffMilFD	Summe
neurologisch	13	17	30
psychiatrisch	19	29	48
	32	46	78

Dieser Verteilung der Fallzahlen entspricht ein χ^2 -Wert von 0.0083, weit entfernt von jeder Schwelle der Überzufälligkeit. Somit nehmen wir an, daß die differierenden Zahlen neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder bei Off und OffMilFD ein Zufallsergebnis darstellen und keinen systematischen Unterschied ausdrücken.

Die einzelnen diagnostischen Gruppen

I. Neurologische Erkrankungen

Bezüglich der Häufigkeit der neurologischen Erkrankungen unterscheiden sich die 3 Untersuchungsgruppen nicht voneinander: OffMilFD und Fw: 37%; Off: 40,6%. Auch nosologisch treten keine aussagekräftigen Differenzen auf, wie sich aus Tab. V ergibt.

Tab. V: Verteilung der Patientengruppen auf verschiedene neurologische Diagnosen.

	Off	OffMilFD	Fw
Zerebrale Anfallsleiden	1	2	2
Hirn-Tumoren	—	2	—
Schädelhirntraumen	1	2	4
Multiple Sklerose	2	—	1
Meningo-Enzephalitiden	—	2	—
Zerebrovaskuläre Insuffizienz	1	2	3
Mb. Menière	—	—	1
Wirbelsäulensyndrome	2	4	4
Neurinome	1	—	—
Periphere Paresen	2	2	2
Neuralgien	3	1	—
Summe	13	17	17

II. Psychiatrische Erkrankungen

II.1. Psychotische Störungen, körperlich nicht begründbar

Manisch-depressive und schizophrene Episoden ereigneten sich unter den 3 Gruppen gleich häufig. Der relativ größeren Häufigkeit bei den Off kommt keine Bedeutung zu. Unsere Zahlen decken sich folglich mit dem international anerkannten Befund einer uniformen Morbidität endogener Psychosen für alle sozialen Schichtungen. Auch diesen Befund könnte man als Hinweis auf die Homogenität der Patientengruppen werten.

II.2. Nicht psychotische seelische Störungen

II.2.1. Depressive Syndrome

Die neurotischen und psychopathischen Entwicklungen haben wir in eine Kategorie gefaßt. In den Anamnesen und Befunden stießen wir nämlich auf eine fast monotone Gleichförmigkeit der stets depressiv getönten psychopathologischen Bilder. Anankastische, phobische, schizoide oder querulatorische Wesensattribute standen im Hintergrund. Ursache dafür mag die gründliche psychologische Selektion unter den Bewerbern für alle der 3 Laufbahnen (Berufssoldaten) sein. Zudem wären depressive Verstimmungen als Ausdruck der vielfach apostrophierten „Krise der Lebensmitte“ zu erwarten.

Die depressiven Syndrome kommen nun bei OffMilFD ähnlich häufig vor wie bei den Off (beachte die geringe Größe der Off-Gruppe). Gegenüber den Fw ergibt sich eine gesteigerte Häufigkeit der depressiven Syndrome bei beiden Offiziersgruppen (χ^2 -Wert = 2.01, wenn von den neurologischen Fällen abgesehen wird), ohne aber die Signifikanzzone zu erreichen.

II.2.2. Alkoholkrankheiten

Darunter faßten wir psychophysische Beeinträchtigungen zusammen, bei denen süchtiges Verhalten bereits Eigengesetzlichkeit (Kontrollverlust, ethische und intellektuelle Nivellierung) zeitigte. In den untersuchten Gruppen handelte es sich hierbei ausschließlich um Alkoholmißbrauch im Sinne der Definition der WHO. Hypnotika und Tranquilizer fanden sich begleitend, andere Drogen überhaupt nicht. Erwähnt sei, daß gelegentlicher Alkoholkonsum auch in den anderen Kategorien im gesellschaftsüblichen Rahmen vorhanden war.

Hinsichtlich der Alkoholkrankheiten unterschieden sich OffMilFD und Off nicht überzufällig, auch dann nicht, wenn wir von den neurologischen und endogen-psychotischen Bildern absehen. Dagegen darf man mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1% annehmen, daß die Morbidität der Alkoholkrankheit im Kollektiv der Fw größer ist als in denen der Offiziere.

II.3. Psychosomatische Erkrankungen

Psychosoziale Konflikte wählen bei Patienten dieser Kategorie primär den Körper zur Bühne, während im Bewußtsein kaum ambivalente, problembeladene Inhalte auftauchen. Nahezu kämpferisch verfechten solche Patienten die Somatogenese ihres Leidens, wie z. B. Ulcera ventriculi, generalisierte gastro-intestinale Irritationen, kardiophobisch-pektangiose Beschwerden, Asthma bronchiale u. a. Schon rein optisch ergibt sich in dieser Gruppe ein Gipfel bei den OffMilFD. Statistisch läßt er sich jedoch nur gegenüber den Fw sichern (Irrtumswahrscheinlichkeit unter 1%).

Neurosenpsychologisch liegt es nahe, neurotische Reaktionen und Entwicklungen (Kategorie II.2.1.) und psychosomatische Erkrankungen (Kategorie II.3.) auch einmal gemeinsam zu betrachten. Sie unterscheiden sich nämlich

nur in der Art und Weise, in der neurotisches Konfliktmaterial abgewehrt wird: Unter diesem Aspekt differieren die beiden Offiziersgruppen abermals nicht wesentlich voneinander, heben sich aber gegenüber den Fw akzentuiert ab (χ^2 -Wert = 10.124; Irrtumswahrscheinlichkeit nahezu 0,1%).

Diskussion

Die statistischen Resultate

Die Altersverteilung und die Häufigkeiten neurologischer Erkrankungen lassen den Vergleich der Stichproben auch in psychiatrischer Hinsicht gerechtfertigt erscheinen. Dahn weist auch das gleichmäßige Auftreten endogener Psychosen.

Das Hauptergebnis unserer Studie findet sich bei den psychiatrischen Manifestationen; hier heben sich die OffMilFD gegen ihre Herkunftsgruppe, die Fw, ab. Sie gleichen sich aus psychiatrischer Sicht weitgehend ihrer neuen Bezugsgruppe, den Offizieren, an, indem sie gehäuft an depressiven und relativ oft an psychosomatischen Syndromen erkranken. Die relativ niedrige Anfälligkeit der OffMilFD gegenüber Alkoholkrankheiten im Vergleich zu ihrer Herkunftsgruppe mag ein Effekt der psychologischen Selektion unter den erfolgreichen Bewerbern zum OffMilFD sein. Außerdem haben die Fw auf gleichem Altersniveau die Decke ihres sozio-ökonomischen Entfaltungsraumes erreicht und erfüllen routiniert ihre dienstlichen Obliegenheiten. So entspringt ihrer Lebenssituation weniger Ansporn, den harmlos erscheinenden Anfängen der Alkoholkrankheit zu wehren. Anders die OffMilFD; ihre Karriere erfordert, das Leistungsoptimum zu potenzieren. Nicht selten werden letzte psychische Energien mobilisiert und damit gerade depressiv-neurotische Erschöpfungszustände und psychosomatische Erkrankungen angebahnt. Wenn psychosomatische Bilder bei OffMilFD gegenüber den Fw statistisch signifikant, aber auch gegenüber der Gruppe der Off deutlich vermehrt auftauchen, so deckt sich diese ärztliche Erhebung mit den Fragebogenergebnissen von Puzicha: Status- und Rollenunsicherheit, die während ihres sozialen und militärischen Aufstiegs erhebliche Gefahren für Selbstbild und Identitätserleben hervorrufen, versuchen OffMilFD durch innerpsychische Mechanismen eingangs erwähnter Art zu entschärfen. Solche Strategien stehen dem psychodynamischen Vorgang der Verleugnung nahe, der seinerseits gerade psychosomatische Entwicklungen kennzeichnet: Dem psychophysischen Konflikt bleibt die Ebene des Bewußtseins verschlossen, womit den zerebralen Schaltstellen nurmehr die Körperperipherie zur Manifestation offensteht.

Psychodynamische Erwägungen und Fallbeispiele

Es wäre verlockend, jenen intrapsychischen Abläufen auf den Grund zu gehen, denen die angetroffenen psychopathologischen Befunde entsprangen. Die von unterschiedlich erfahrenen Kollegen erhobenen Anamnesen erlauben dieses nicht — trotz standardisierter und epikritischer Supervision. Bestimmte Eindrücke bleiben jedoch vom Studium

der Krankengeschichten und seien hier thesenhaft an das Ende gestellt. Sie sollen abschließend am Beispiel zweier Fallgeschichten verdeutlicht werden.

1. Die reaktiv-depressiven und psychosomatischen Bilder imponierten überwiegend als *neurotische Entwicklungen*, die oftmals in Begleitung zwanghaft-skrupulöser Persönlichkeitszüge hervortreten, gepaart mit alterstypischen Versagensgedanken und sinkender psychophysischer Spannkraft. Hierfür zeigen die OffMilFD wegen ihres labileren Selbstbildes erhöhte Anfälligkeit. — „Tauge ich auch wirklich zum Offizier?“, „Oft komme ich bei hochgestochenen Kasinogesprächen nicht ganz mit, mir wird mulmig.“ —

2. Einem *überfordernden Anspruchsniveau* wurden letzte Reserven der Persönlichkeit unökonomisch geopfert. In das pathologische Erfolgsstreben flossen unerledigte Kindheitskonflikte mit ein: Einige trachteten sich zu beweisen, endlich ihre broken-home-Situation überwunden zu haben, ohne das je akzeptieren zu können; andere versuchten, dem Schatten einer ehemals dominierenden Elternfigur zu entkommen, nur um das Problem in neuer Umgebung wieder und wieder in Szene zu setzen.

3. Infolge *chronifizierter unterschwelliger Selbstwertkrisen* erlebten sich die OffMilFD — mehr als Soldaten in anderen Laufbahnen — in einer Position, für die ihnen ein irrationaler Anteil ihrer Person die Berechtigung abspricht. Auch intensive und äußerlich erfolgreiche Anstrengungen bringen keinen Ausgleich. Die vermißten Statusattribute, wie mittelständiges Elternhaus, gehobener Bildungsgang und unlimitierte Laufbahn waren von den meisten schwer aufzuwiegen.

Die beiden nachstehenden Kasuistiken geben diese Hypothesen exemplarisch wieder.

Fall I:

Hpt. X, 45 J. In den Ostgebieten geboren, wuchs er geschwisterlos in kargen Verhältnissen auf. Der Vater war angelernter Arbeiter, mitunter ohne Beschäftigung. Volksschule. Der Abschluß einer Feinmechanikerlehre scheiterte an Kriegswirren; anschließend Gelegenheitsarbeiter bis zum Eintritt in den Bundesgrenzschutz 1951. Ab 1956 Bundeswehr mit ungebrochener Laufbahn: OffMilFD (Fernmeldetechniker) seit 1970, bei Vorgesetzten und Kameraden angesehen und beliebt. Ehe „normal“, 3 gesunde Kinder. — Vor 2 Jahren erhielt er den Auftrag, Unregelmäßigkeiten bei einer anderen Einheit aufzuklären. Auf dem Rückweg von einer diesbezüglichen Dienstreise ereilten ihn unbekannte Sensationen von Atemnot, kardialer Beklemmung, „Herzstiche“, Tremor aller Extremitäten, Todesangst. Die internistische Abklärung erbrachte keine auffälligen Befunde. Subjektive Wiederherstellung folgte einer vitalisierenden Badekur. Bei Wiederantritt seines Dienstes stand er vor unerledigten Aktenbergen, die der Vertreter (Oberstleutnant) sich hatte ansammeln lassen. In seiner perfektionistischen Dienstauffassung fühlte sich Hpt. X ausgenutzt und persönlich tief verletzt. Seither frustrane Bemühungen, die Einflußsphäre des Ranghöheren zu verlassen. In dieser Zeit mißlingt jede adäquate Selbstbehauptung, es kommt zu Libidoverlust, erneut zunehmenden paroxysmalen Tachykardien, Kardiophobie und Platzangst. Autofahren und Sport werden den Infarktängsten geopfert. Wegen seiner Beschwerden wurden fortlaufend Tranquillizer wechselnder Spezies und Dosierung rezeptiert.

Außer vegetativem Tremor, gesteigertem rotem Dermographismus und erhöhter Schweißbildung war der körperliche Befund altersentsprechend. — Kleiner, athletischer Mann, devotes Auftreten; im Kontakt beinahe zutraulich; Stimmung gleichmäßig gedrückt; leicht agitierte Psychomotorik; übergenaue Detailschilderung; Vermeiden aggressiver Themen; das Denken ist erfüllt von dem gefährdeten Gesundheitszustand.

Diagnose: Kardiophobische Entwicklung mit depressiven Einschlägen bei anankastischer Persönlichkeitsstruktur.

Fall II:

OL Y, 40 J. Die kindliche Entwicklung ist ganz vom despotischen Vater, Eisengießer, beherrscht. Umgesiedelter Reichsdeutscher; notdürftige Schulbildung während der Kriegsjahre; seitdem nachhaltige Minderwertigkeitsphantasien. Abgeschlossene Bäckerlehre, später Bundesgrenzschutz, dann Bundeswehr 1957. Dort fortlaufende Qualifizierung in Elektrotechnik, OffMilFD 1972; Zuspitzen der einzelgängerischen Haltung: keine Freunde, alle Schwierigkeiten sind autonom zu bewältigen; trotz guter Beurteilungen fühlt er sich den fachlichen Erfordernissen nicht gewachsen, unbefähigt, vermißt bei langjährigem intensivem Eigenstudium allgemeine und spezielle Grundlagenkenntnisse; überhöhter Ehrgeiz. Verheiratet, 2 Kinder. — Seit Beförderung zum OffMilFD progrediente Schmerzen in Nacken und Hinterkopf, in beide Arme ausstrahlend. Zur Zeit der stationären Aufnahme körperlich und seelisch tiefe Erschöpfung, wetterfühlend, schlafgestört. Analgetika und Hypnotika bleiben trotz hoher Dosierung wirkungslos.

Befund: Harte Myogelosen der Nackenmuskulatur und des oberen Trapeziusrandes, Kopf in allen Ebenen frei beweglich, körperlicher Status altersentsprechend, genauso wie die röntgenologische Darstellung der HWS, subdepressive Verstimmung, mißtrauende Grundhaltung.

Diagnose: Myogenes HWS-Syndrom, depressiver Erschöpfungszustand bei schizoider Persönlichkeit, beginnender Analgetika-Mißbrauch.

Nach den obigen Einzelschilderungen auf unsere Hypothesen zurückblickend ist zu betonen:

Die Anfälligkeit der OffMilFD für neurotisch-psychosomatische Syndrome rührt naturgemäß nur teilweise aus den individuellen Biographien her, in denen einseitiges überkompensierendes Erfolgsstreben seine pathogenen Wurzeln hat. Andererseits beschwört nämlich der lebensgeschichtlich späte Wechsel der sozio-professionellen Bezugsgruppe, der doch nicht uneingeschränkt vollzogen werden kann (Ausbildung, Hauptmannsgrenze), für den OffMilFD Belastungsmomente herauf, die latente neurotisch-psychopathische Dispositionen zur klinischen Dekompensation treiben.

Literatur

1. Degkwitz, R.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Springer Verlag, Berlin – Heidelberg – New York 1975.
2. Fröhlich, W. D., Becker, J.: Forschungsstatistik. Bouvier Verlag, Bonn 1972.
3. Puzicha, K.: Gemeinsamkeiten von Rollentheorie und Theorie der Statusinkonsistenz. Wehrpsychol. Mitt. 9, 4 (1974).

Ansch. d. Verf.: Stabsarzt Dr. med. Dipl.-Psych. W. Tress, Postfach 7460, 5400 Koblenz.