

e-Journal Philosophie der Psychologie	<b>DIE POSTTRAUMATISCHE VERBITTERUNGSSTÖRUNG, EINE PATHOLOGISCHE VERARBEITUNG VON KRÄNKUNGEN von Michael Linden (Berlin) <sup>1</sup></b>
---	---

### Diagnostik der PTED (Posttraumatic Embitterment Disorder)

*Katastrophen-, Verlust- und Kränkungserebnisse können zu psychischen Erkrankungen führen. Die ICD-10 [WHO, 1992] unterteilt im Kapitel F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) die reaktiven psychischen Störungen in die Kategorien der akuten Belastungsreaktion (F 43.0), der posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1) und der Anpassungsstörungen (F 43.2), sowie im Kapitel F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.1). Obwohl es sich um häufige Erkrankungen handelt, sind sie dennoch vergleichsweise unscharf definierte Kategorien und sie sollen zudem nur dann diagnostiziert werden, wenn nicht die Kriterien für eine andere Achse-I-Störung erfüllt werden, was sie zu einer diagnostischen Restkategorie macht [Fabrega et al., 1987; Bronisch und Hecht, 1989; Snyder et al., 1990; Pollock, 1992; Van der Kolk et al., 1994, 1996; Amiel-Lebigre et al., 1995; Despland et al., 1995; Spurrell und McFarlane, 1995; Strain et al., 1998; O'Brien, 1998; Fischer und Riedesser, 1999; Simon, 2000; Paykel, 2001; Fava et al., 2001].*

*Einzig die Posttraumatische Belastungsstörung ist in den vergangenen Jahren zu einer eigenständigen Kategorie geworden [Maercker, 1997; Fischer und Riedesser, 1999]. Dazu hat wesentlich beigetragen, dass sie nicht nur über eine spezielle Charakteristik des auslösenden Ereignisses definiert wurde ("eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" [WHO 1992]) sondern zugleich auch über eine charakteristische Psychopathologie i.S. von Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidung und Angst.*

Im klinischen Alltag ist die Tendenz zu beobachten, die diagnostisch klar definierte Kategorie der posttraumatischen Belastungsstörung auch auf Störungen auszuweiten, die nicht aus der Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, sondern mit einer lebensüblichen Belastung hervorgegangen sind, obwohl hierfür eigentlich die Kategorie der Anpassungsstörungen vorgesehen ist. Dies zeigt, dass es in der Praxis die Notwendigkeit einer weiteren differentialdiagnostischen Differenzierung und Präzisierung der Anpassungsstörungen gibt.

Eine derartige Subkategorie der Anpassungsstörungen stellt die Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED) dar, die nach einschneidenden, wenn auch nicht außergewöhnlichen Lebensereignissen auftreten kann, wie beispielsweise einer Kündigung oder Scheidung. Charakteristische Auslöser sind Kränkungsereignisse, die zentrale Grundannahmen des Betroffenen verletzen. Das resultierende psychopathologische Syndrom ist analog zur PTSD gekennzeichnet durch Intrusionen, Hyperarousal, Herabgestimmtheit und Vermeidung. Im Unterschied zur PTSD ist der Leitaffekt jedoch nicht Angst sondern Verbitterung und Aggression gegen sich selbst und die Umwelt [Linden, 2003; Linden et al., 2004a].

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden leitet die Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité und der Rehabilitationsklinik Seehof, Teltow/Berlin

Tab. 1:

Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Verbitterungsstörung in Anlehnung an ICD-10

A.

Die folgenden drei Kriterien müssen erfüllt sein:

Die Betroffenen haben

1. ein einschneidendes persönliches Ereignis erlebt bzw. eine einschneidende persönliche Erfahrung gemacht, die sie äußerst gekränkt, herabgewürdigt oder verbittert hat.
2. Das kritische Lebensereignis wird als ungerecht erlebt mit dem Gefühl, dass das Schicksal oder der Verursacher nicht fair mit ihnen umgegangen ist.
3. Das Ereignis ist den Betroffenen bewusst und hat ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend negativ verändert.

B.

Von den folgenden drei Kriterien müssen mindestens zwei vorliegen:

Die Betroffenen erleben

1. rezidivierend sich aufdrängende und belastende Erinnerungen,
2. Gedanken oder Träume an das kritische Lebensereignis und / oder zeigen heftige emotionale Reaktionen, wenn sie an das Ereignis erinnert werden.
3. Die ausgeprägte affektive Reaktion wird von den Patienten häufig als Verbitterungsgefühl wahrgenommen.

C.

Von den folgenden acht Kriterien müssen mindestens 4 erfüllt werden:

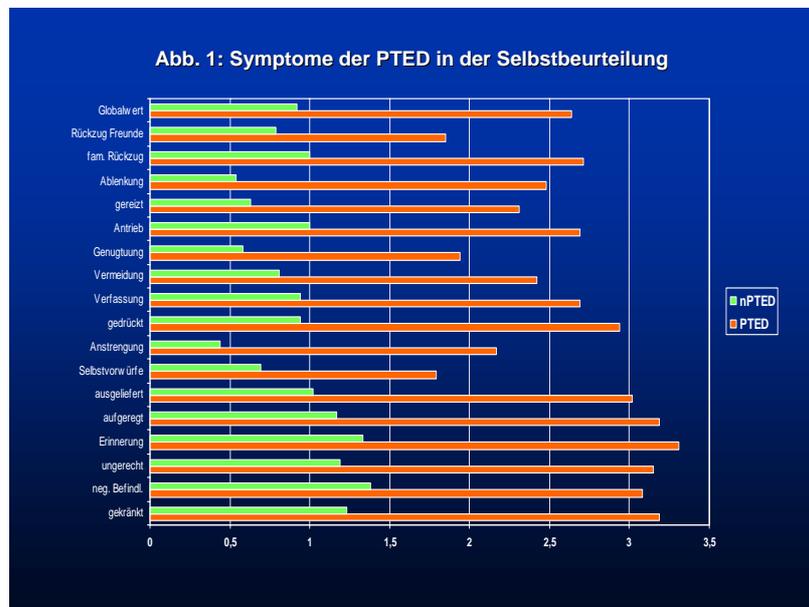
1. tatsächliche oder mögliche Meidung von Orten oder Personen, die an das kritische Lebensereignis erinnern
2. Beeinträchtigung familiärer Aktivitäten
3. Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten
4. Beeinträchtigung von Hobbys, Freizeitaktivitäten und sozialen Aktivitäten
5. erhebliche Selbstvorwürfe, Ärger auf sich selbst
6. häufig gedrückte Grundstimmung
7. häufig gereizte Grundstimmung
8. bei Ablenkung kurzfristig normale Stimmungslage möglich

D.

Die beiden folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Dieses Verhalten und Erleben bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
2. Dieses Verhalten und Erleben bestand seit mindestens 6 Monaten

Die Abbildung 1 zeigt Daten aus einer Untersuchung zur Art und Häufigkeit vorherrschender Beschwerden von PTED-Patienten im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe. Das Beschwerdebild ist sehr vielgestaltig und schließt neben dem Leitaffekt der Verbitterung auch Fremd- und Selbstaggression, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit, phobisches Vermeiden ereignisbezogener Situationen und Personen sowie Rückzug aus sozialen Verpflichtungen mit ein.

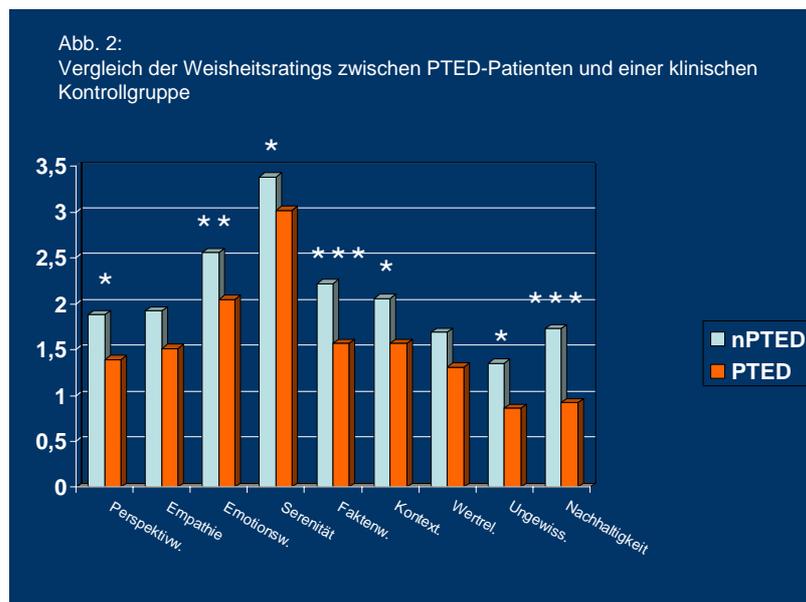


Während nach ICD-10 Anpassungsstörungen vorübergehender Natur sind und sich in der Regel nach sechs Monaten zurückgebildet haben sollten, gilt dies in der klinischen Realität für viele reaktive Störungen eindeutig nicht. Insbesondere die PTED kann zu langfristiger Chronifizierung führen mit schwerer Beeinträchtigung der sozialen Anpassung, Lebensführung und Lebensqualität.

### Ätiologie der PTED

Nach den bisherigen klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen treten Posttraumatische Verbitterungsstörungen nach Kränkungserebnissen auf. In Anlehnung an Konzepte der kognitiven Psychotherapie ist ein Kennzeichen solcher außergewöhnlichen, wenn auch durchaus lebensstypischen Erlebnisse wie Kündigung, berufliche Herabwürdigung, Scheidung oder Verlust eines nahen Menschen, dass eine grobe Verletzung zentraler Grundannahmen und Wertvorstellungen [Beck et al., 1979, Basoglu et al., 1997] vorliegt. Ein Beispiel wäre eine Frau, die die Grundannahme hat, dass die Familie das Wichtigste im Leben ist. Sie hat dementsprechend ihre eigene berufliche Entwicklung aufgegeben, um dem Mann das Studium zu ermöglichen, sich für die Kinder und den Mann "aufgeopfert", um schließlich auf rücksichtslose Weise gegen eine jüngere Frau ausgetauscht zu werden, wobei die Kinder es zudem noch vorziehen, mit dem Vater zu leben. Gleiches könnte z.B. geschehen bei großer Bedeutung des Berufs, unbegrenztem Einsatz für die Firma und dann einer Kündigung noch vor allen anderen Mitarbeitern. Grundannahmen, die einen Menschen in einem Lebensbereich besonders erfolgreich machen, machen ihn auch potentiell verwundbar.

Neben diesem inhaltlichen Schlüssel-Schloß-Problem scheint ein weiterer wichtiger pathogenetischer Faktor ein sogenannter "Mangel an Weisheit" zu sein. Die Weisheitspsychologie ist eine neue Forschungsrichtung, die im Rahmen der Psychologie der Lebensspanne entwickelt wurde [Erikson, 1976; Baltes und Smith, 1990a,b; Staudinger et al., 1992, 1997; Staudinger und Baltes, 1996; Sternberg, 1998; Böhmig-Krumhaar et al., 2002]. Weisheit ist definiert als "Expertise im Umgang mit schwierigen Fragen des Lebens, wie z.B. Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und der Lebensdeutung" und stellt eine psychologische Fähigkeit dar, die hilft, komplexe und letztlich nicht eindeutig lösbare Lebensprobleme zu verarbeiten bzw. zu ertragen. Sie ist operationalisiert als ein mehrdimensionales Konstrukt und umfaßt die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, zur Empathie, zur Emotionsakzeptanz, zur Serenität, Faktenwissen, zum Kontextualismus, zur Wertrelativierung, zur Ungewißheitstoleranz oder zur Nachhaltigkeitsperspektive. Diese Fähigkeiten sind bei Menschen, die einschneidenden Lebensbelastungen ausgesetzt waren, in besonderer Weise gefordert, bei Patienten mit posttraumatischen Verbitterungsstörungen aber offenbar nicht hinreichend gegeben. Es ergibt sich aus dem klinischen Eindruck und ersten empirischen Daten der Eindruck, dass Patienten mit einer posttraumatischen Verbitterungsstörung Defizite in der Aktivierung weisheitsbezogener Leistungen aufweisen (Abb. 2.). Weisheit kann einem rigiden, dogmatischen, einseitigen, emotionsgesteuerten und unflexiblen Denken, welches Verbitterung und selbstzerstörerische Resignation wahrscheinlicher macht, gegenübergestellt werden.



### Therapieansätze

Die Therapie überdauernder Anpassungsstörungen und Posttraumatischer Verbitterungsstörungen kann erhebliche Probleme aufwerfen. Insbesondere der Leitaffect der Verbitterung führt oft zu einer Ablehnung therapeutischer Hilfsangebote ("die Welt kann ruhig sehen, was mir angetan wurde"). Eine Therapie wird schließlich auch erschwert durch eine fatalistisch anmutende resignativ-aggressive Grundhaltung der Patienten, die Verarbeitungs- und Änderungsprozesse sowie den Aufbau neuer Lebensperspektiven blockiert und eine Therapiemotivation erschwert.

Erste Therapieansätze wurden im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt (Linden 2003, Schippan et al 2004). Die Patienten müssen in die Lage versetzt werden, das kritische Lebensereignis und die damit verbundene Kränkung und Herabwürdigung zu verarbeiten, sich davon innerlich zu distanzieren sowie neue Lebensperspektiven aufzubauen. Hierzu kann auf bewährte kognitive Strategien der Einstellungsänderung und Problemlösung zurückgegriffen werden [Linden und Hautzinger, 1996]. Dazu gehören kognitive Verfahren wie z.B. Reframing oder kognitives Neubenennen, um Neuinterpretationen, eine Reintegration des Erlebten sowie Änderungen des inneren Bewertungssystems anzustoßen. Aber auch Methoden wie Exposition, Wiederaufbau von Sozialkontakten und die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen kommen zum Einsatz, um Vermeidungsverhalten und Rückzug aufzuhalten und Realitätsprüfungen zu unterstützen.

Einen neuen und speziell auf die PTED abgestellten Behandlungsansatz stellen Interventionen im Sinne einer "Weisheitstherapie" dar, die sich an der bereits angesprochenen Weisheitsforschung orientieren [Baltes und Smith, 1990; Staudinger et al., 1992; Böhmig-Krumhaar et al., 2002, Schippan et al 2004]. Es werden "weisheitsaktivierende" Problemlösestrategien vermittelt, die es dem Patienten ermöglichen, mit neuen Perspektiven, mehr Distanz, wechselnden Referenzsystemen und unter Berücksichtigung verschiedener Metaaspekte über sein Problem differenzierter nachzudenken und zu urteilen und eine Verarbeitung anzustoßen. Hierbei werden dem Patienten beispielsweise komplexe und unlösbare Lebensprobleme vorgegeben (z.B. ein Mann lässt seine Frau mit Schulden sitzen) und die Patienten angeleitet, dieses Problem aus verschiedenen Perspektiven (Mann oder Frau, heute oder am Lebensende, externer Kommentar eines Pfarrers, Psychologen, einer lebenserfahrenen Großmutter) zu kommentieren und dabei Fähigkeiten des Perspektivwechsels, der Wertrelativierung u.a. einzuüben

### **Der Stellenwert der PTED und Weisheitstherapie**

Um Mißverständnissen bezüglich des PTED-Konzepts wie der Weisheitstherapie vorzubeugen ist darauf hinzuweisen, dass sich die Krankheitswertigkeit der PTED nicht aus dem Auslöseereignis sondern der pathologischen Reaktion ableitet, d.h. der Art und Schwere der Psychopathologie und der daraus resultierenden Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Tod, Scheidung, Kündigung usw. gehören zum menschlichen Leben. Der Mensch verfügt über die Fähigkeit zur psychologischen Widerstandsfähigkeit (Resilience), die es ihm ermöglicht, solche belastenden Ereignisse zu verarbeiten [Staudinger et al., 1999]. Erst wenn es zu bleibenden psychopathologischen Normabweichungen kommt, ist von Krankheit zu sprechen. Dies ist ähnlich wie beispielsweise in der Chirurgie, wo die Art der Fraktur krankheitsdefinierend ist und nicht, ob der Patient einen Skiunfall erlitten hat oder auf einer Banane ausgerutscht ist. Auch scheinbar bagatellhafte Erlebnisse können unter bestimmten Rahmenbedingungen zu dramatischen Konsequenzen führen, in der Chirurgie wie in der Psychopathologie. Dies bedeutet, dass die Funktionsstörung und nicht der Auslöser diagnostisch wegweisend sind.

Gleiches gilt auch für die Therapie. Es geht bei der Weisheitstherapie nicht um eine Lebensberatung und Unterstützung bei der Bewältigung eines Lebenskonflikts. Es geht um die Besserung der Psychopathologie. Dies geschieht auch nicht durch die Erarbeitung von Konfliktlösungen, sondern durch die Förderung psychologischer Funktionen, die erforderlich sind, um eine Konfliktlösung erreichen zu können. Die Weisheitstherapie vermeidet daher auch weitgehend, direkt am Thema des Konflikts zu arbeiten. Stattdessen werden Weisheitsstrategien an Modellproblemen eingeübt. Auch bezüglich der Therapie gilt also, dass die Funktion und nicht

der Inhalt das Therapieziel ist, was auch grundsätzlich als Unterschied zwischen Therapie und Beratung gelten kann.

Zum Schluß ist darauf hinzuweisen, dass sowohl das Konzept der PTED wie die Weisheitstherapie wissenschaftliche Neuentwicklungen sind. Die hier vorgestellten diagnostischen wie therapeutischen Ansätze müssen daher als vorläufige Entwürfe verstanden werden. Sie basieren auf der klinischen Erfahrung und ersten wissenschaftlichen Untersuchungen. Es wird weiterer Forschung bedürfen, um endgültige Empfehlungen geben zu können.

## Literatur

- Amiel-Lebigre F, Kovess V, Labarte S, Chevalier A: Symptom distress and frequency of life events. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol* 1995;33:263-268.
- Baltes PB, Smith J: Towards a psychology of wisdom and its ontogenesis; in Sternberg RJ (ed): *Wisdom: Its nature, origins and development*. Cambridge University Press, New York, 1990a, pp87-120.
- Baltes PB, Smith J: Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. *Ztschr für Entwicklungspsychol und Pädagog Psychol* 1990b;22:95-135.
- Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gok S: Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychol Med* 1997;27:1421-1433.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw B, Emery G: *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford, 1979.
- Böhlig-Krumhaar SA, Staudinger UM, Baltes PB: Mehr Toleranz tut Not: Lässt sich wert-relativierendes Wissen und Urteilen mit Hilfe einer wissensaktivierenden Gedächtnisstrategie verbessern? *Ztschr für Entwicklungspsychol* 2002;34(1):30-43.
- Bronisch T, Hecht H: Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J of Affect Dis* 1989;17:229-236.
- Despland JN, Monod L, Ferrero F: Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiat* 1995;36:454-460.
- Erikson EH: *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt, Suhrkamp, 1976.
- Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC: Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch of Gen Psychiat* 1987;44: 567-572.
- Fava GA, Mangelli L, Ruini C: Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychothe and Psychosom* 2001;70:171-175.
- Fischer G, Riedesser P (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Reinhardt, 1999.
- Linden M: The Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychother and Psychosom* 2003;72(4):195-202.
- Linden M, Hautzinger M (Hrsg.): *Verhaltenstherapie*. Berlin, Springer, 1996.
- Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R: Die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Nervenarzt* 2004;75:51-57.
- Maercker A (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Springer, 1997.
- O'Brien LS (ed): *Traumatic events and mental health*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- Paykel ES: Stress and affective disorders in humans. *Seminars in Clin Neuropsychiat* 2001;6:4-11.
- Pollock D: Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: adjustment disorder among medical inpatients. *Soc Sci and Med* 1992;35:25-35.
- Schippan B, Baumann K, Linden M: *Weisheitstherapie. Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung*. *Verhaltenstherapie*, im Druck 2004
- Simon GE: Long-term prognosis of depression in primary care. *Bull of the World Health Organ* 2000;78:439-445.
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D: Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiat* 1990;12:159-165.
- Spurrell MT, McFarlane AC: Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic. The role of intrusion and avoidance. *Brit J of Med Psychol* 1995;68:333-340.

- Staudinger UM, Baltes PB: Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung. Psychol Rundschau 1996; 47:1-21.
- Staudinger UM, Smith J, Baltes PB: Wisdom-Related Knowledge in a Life Review Task: Age Differences and the Role of Professional Specialization. Psychology and Aging 1992; Vol.7, No.2:271-281.
- Staudinger UM, Lopez D, Baltes PB: The psychometric location of wisdom-related performance: Intelligence, personality, and more? Personal and Soc Psychol Bull 1997;23:1200-1214.
- Staudinger UM, Freund AM, Linden M, Maas I: Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age; in: Baltes PB, Mayer KU (eds): The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- Sternberg RJ: A balance theory of wisdom. Rev Gen Psychol 1998;2:347-365.
- Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A, Schleifer SS: Adjustment disorder. A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. Gen Hosp Psychiat 1998;20:139-149.
- Van der Kolk BA, Herron N, Hostetler A: The history of trauma in psychiatry. Psychiat Clin of North America 1994;17:583-600.
- Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds): Traumatic stress. New York, Guilford, 1996.
- WHO: International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Geneva, WHO, 1992.

\*

**Erstpublikation in: Psychoneuro 2005; 31 (1): 21-24.**

**Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber.**