

# Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED)

## Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen

**P**sychische Reaktionen auf belastende Lebensereignisse sind schon immer Gegenstand wissenschaftlichen Interesses in Psychologie und Psychiatrie gewesen [24, 25, 14] und haben auch in internationalen Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 oder DSM-IV ihren Niederschlag gefunden. Das ICD-10 beschreibt unter dem Kapitel F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) drei Kategorien reaktiver psychischer Störungen, die akute Belastungsreaktion (F 43.0), die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) und die Anpassungsstörungen (F 43.2), sowie im Kapitel F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.1).

In den letzten Jahren hat insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) vermehrt Aufmerksamkeit erfahren [12, 10]. Sie ist definiert als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ [26] und ist charakterisiert durch die Hauptsymptome Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidung. Es ist mittlerweile die Tendenz zu beobachten, diese diagnostisch klar definierte Kategorie der posttraumatischen Belastungsstörung auch auf Störungen auszuweiten, die aus der Konfrontation mit weniger schwe-

ren Ereignissen hervorgegangen sind, obwohl hierfür eigentlich die Kategorie der Anpassungsstörungen vorgesehen ist. Auslösende Ereignisse dieser Art können z. B. tiefgreifende Konflikte am Arbeitsplatz („Mobbing“), Arbeitslosigkeit, der Tod eines Angehörigen, Scheidung, schwere Krankheit oder Trennungs- und Verlusterlebnisse sein. Obwohl es eine umfangreiche Literatur zu psychischen Reaktionen auf solche nicht direkt lebensbedrohlichen Ereignisse gibt mit Evidenz für eine hohe Prävalenz [22, 25, 4, 13, 20, 9], so wird doch die Diagnose einer Anpassungsstörung eher selten gestellt. Auch in epidemiologischen Studien zu psychischen Störungen werden diese Erkrankungen regelhaft nicht berücksichtigt [17]. Ein Grund hierfür ist das Fehlen eines präzisen Diagnosealgorithmus und auch das Konzept, dass Belastungsreaktionen sich spätestens nach einem halben Jahr zurückgebildet haben sollten und bei fortbestehender Symptomatik von einer sonstigen Störung auszugehen ist. Anpassungsstörungen stellen daher eher eine diagnostische Restkategorie dar [8, 21, 6, 16, 7, 23]. Wenn die Kriterien für andere Störungen erfüllt sind, dann gilt auch beim Vorliegen eindeutiger Belastungsereignisse, dass die Phänomenologie diagnostisch größeres Gewicht hat als der Auslöser.

Wie die wissenschaftliche Bearbeitung der PTSD inzwischen aber gezeigt hat, gibt

es jedoch auch psychische Störungen, die nach Kontextbedingungen (lebensbedrohliches außergewöhnliches Ereignis), Zeitverlauf (Störungsbeginn in eindeutigen Zusammenhang mit dem Ereignis) und eben auch Psychopathologie (Intrusionen, Vermeidung spezifischer Orte) diagnostisch nur dann adäquat eingeordnet werden können, wenn Psychopathologie und Auslöser gemeinsam berücksichtigt werden. Im Folgenden soll analog zur PTSD eine weitere Störung dieser Art beschrieben werden, die „posttraumatische Verbitterungsstörung“ (posttraumatic embitterment disorder *PTED*) [11].

### Die posttraumatische Verbitterungsstörung

Nach dem Zusammenbruch der DDR und den sozialen Umwälzungen in Ostdeutschland mussten mindestens 10% der Bevölkerung einschneidende negative biographische Brüche verarbeiten und etwa ein Drittel der Bevölkerung sieht sich als Verlierer [18]. Während unmittelbar nach der Wende keine erhöhte Inzidenz psychischer Störungen zu beobachten waren [1], stellten sich in den folgenden Jahren zunehmend Patienten vor, die über beeindruckende psychische Beschwerden klagten, die sie als direkte Folge von berufli-

Die Studie wurde gefördert durch Forschungszuwendungen der BfA gem. § 31 SGB VI.

Tabelle 1

**Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung****A Kernkriterien**

1. Es ist ein einmaliges schwerwiegendes negatives Lebensereignis zu identifizieren, in dessen Folge sich die psychische Störung entwickelt hat
2. Dem Patienten ist dieses Lebensereignis bewusst, und er sieht seinen Zustand als direkte und anhaltende Konsequenz aus dem Ereignis
3. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als „ungerecht“
4. Wenn das kritische Ereignis angesprochen wird, reagiert der Patient mit Verbitterung und emotionaler Erregung
5. Der Patient berichtet wiederholte intrusive Erinnerungen an das Ereignis; teilweise ist es ihm sogar wichtig, nicht zu vergessen
6. Die emotionale Schwingungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt. Der Patient zeigt normalen Affekt, wenn er abgelenkt wird oder kann beim Gedanken an Rache lächeln
7. Es trat keine manifeste psychische Störung im Jahr vor dem kritischen Lebensereignis auf; der gegenwärtige Zustand ist kein Rezidiv einer vorbestehenden psychischen Erkrankung

**B Zusatzsymptome**

1. Der Patient nimmt sich als Opfer und hilflos wahr und sieht sich nicht in der Lage, das Ereignis oder seine Ursache zu bewältigen
2. Der Patient macht sich selbst Vorwürfe, das Ereignis nicht verhindert zu haben oder nicht damit umgehen zu können
3. Der Patient meint, dass es ihm „egal“ sei, wie es ihm gehe und dass er nicht wisse, ob er die Wunde heilen lassen wolle
4. Der Patient kann Suizidgedanken äußern
5. Die emotionale Grundstimmung ist dysphorisch-aggressiv-depressiv getönt und erinnert prima vista an eine Depression mit somatischem Syndrom (sog. endogene Depression)
6. Patienten können eine Reihe unspezifischer somatischer Beschwerden zeigen, z. B. Schlafstörungen, Appetitverlust oder Schmerzen
7. Der Patient berichtet über eine phobische Symptomatik, die eng mit dem Ort oder Urheber des kritischen Ereignisses verbunden ist
8. Der Antrieb ist reduziert und wirkt blockiert. Der Patient erlebt sich weniger als antriebsgehemmt, sondern eher im Sinne einer Antriebsverharrung als antriebsunwillig

chen oder privaten Veränderungen bzw. biographischen Brüchen in Folge der Wende erlebten. Dieses gehäufte Auftreten einer schon immer vorhandenen pathologischen Reaktion auf einschneidende Lebensereignisse hat ermöglicht, einen charakteristischen psychopathologischen und ätiologischen Reaktionstyp zu erkennen und zu beschreiben.

Auslöser ist ein außergewöhnliches, wenn auch lebensübliches negatives Lebensereignis, wie z. B. eine Kündigung, das einschneidende negative Konsequenzen für den Betroffenen hat und regelhaft mit einer persönlichen Kränkung und einer Verletzung zentraler Lebenswerte bzw. sog. kognitiver Grundannahmen einhergeht. In der Folge entwickeln die Betroffenen einen ausgeprägten und langanhaltenden Verbitterungsaffekt, weshalb von

einer posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED) gesprochen werden kann. Es besteht eine Parallelität zur PTSD insofern, als charakteristische Symptome Intrusionen und auch die Vermeidung von Situationen oder Objekten sind, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen. Es finden sich emotionale Entgleisungen bei Erinnerung an das kritische Ereignis, Suizidalität, dauerhafte Herabgestimmtheit, Antriebsverlust und häufig auch Aggressionsphantasien (■ **Tabelle 1**). Ein wichtiger Unterschied zur Depression ist die erhaltene affektive Modulation. Die Patienten sind bei Ablenkung oder auch, wenn Rachephantasien angestoßen werden, zu einem holothymen und positiven Affekt in der Lage.

Verbitterung ist eine Emotion eigener Qualität, die von Depressivität, Hoffnungs-

losigkeit oder Ärger unterschieden werden kann, obwohl sie durchaus auch gemeinsam auftreten können [2, 5]. Obwohl Verbitterung eine eindrucksvollere und vor allem auch zerstörerischere Emotion ist als Depression oder Angst, gibt es bislang nur wenig Forschung darüber. Sie findet in einschlägigen Psychopathologie-manualen keine Erwähnung [3]. Pirhacova beschreibt Verbitterung als Folge sozialer Ungerechtigkeit [15]. Zemperl und Frese beobachteten diese Emotion als Reaktion auf längere Phasen der Arbeitslosigkeit [27]. Baures beschreibt Verbitterung und Hass im Zusammenhang mit extremen Traumata [5]. Von Znoj wurde eine Skala entwickelt (Berner Verbitterungsfragebogen) zur Erfassung dieser Emotion bei Krebskranken [28].

Die posttraumatische Verbitterungsstörung kann trotz partieller Symptomüberschneidungen als eine spezifische Form einer Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.2) angesehen werden. Allerdings passt diese diagnostische Kategorie nur bedingt, da sich über die Zeit hin in der Regel keine Rückbildungstendenz erkennen lässt, sondern eher eine Progredienz, so wie es auch bei vielen PTSD-Patienten der Fall ist. Diagnostisch kann die posttraumatische Verbitterungsstörung daher auch den andauernden Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung (F 62.1) zugeordnet werden, obwohl damit das ätiologisch wie psychopathologisch Charakteristische dieser Störung nicht erfasst wird. Die Verbitterungsstörung kann differenzialdiagnostisch Abgrenzungsprobleme zu anderen affektiven Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Angststörungen machen. Die posttraumatische Verbitterungsstörung kann bei manchen Patienten wegen der Herabgestimmtheit und Antriebshemmung auf den ersten Blick wie eine endogene vital gestörte Depression anmuten. Im Gegensatz zu Depressionen ist jedoch die Modulationsfähigkeit der Stimmung erhalten. Zusätzlich finden sich als Symptome, die untypisch für eine Depression sind, Intrusionen und wiederholte Rückerinnerungen an das Ereignis mit Wiedererleben negativer Emotionen. Ähnlich wie bei der PTSD oder manchmal auch der Agoraphobie findet sich ein phobisches Vermeidungsverhalten. Der Unterschied ist allerdings, dass

kein lebensbedrohliches oder angstauslösendes Ereignis am Anfang der pathologischen Entwicklung steht, sondern ein durchaus lebensübliches, wenn auch subjektiv kränkendes Ereignis, auf das eine prolongierte Verbitterung folgt.

Verbitterungsstörungen können nach unterschiedlichsten Lebensereignissen entstehen wie zum Beispiel Kündigung, Mobbing oder Trennung. Solche Lebensbelastungen kommen prinzipiell zu allen Zeiten vor, jedoch scheinen gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Umwälzungen in Folge der Wende mit einer erhöhten Inzidenz derartiger Belastungsstörungen einherzugehen, da durch sie bei einer größeren Zahl von Menschen zentrale Lebensentwürfe infrage gestellt und verletzt werden.

Im Folgenden soll zur Illustration ein Fallbeispiel geschildert und anschließend das Ergebnis einer ersten empirischen Untersuchung zur posttraumatischen Verbitterungsstörung berichtet werden.

## Falldarstellung

Eine 49-jährige Patientin wurde unter der Diagnose einer depressiven Episode zur stationären Rehabilitationsbehandlung aufgenommen, nachdem sie 12 Monate zuvor unerwartet aus „betrieblichen Gründen“ als langjährige Küchenleiterin eines Seniorenheimes gekündigt worden war und ihr von Vorgesetzten nachträglich „erhebliche Arbeitsmängel“ unterstellt worden waren, um die Kündigung formell zu rechtfertigen. Anamnestisch gab es bis zu diesem kritischen Lebensereignis keinen Anhalt für psychische Beeinträchtigungen; eher war die Patientin eine sehr engagierte und konstant tüchtige Mitarbeiterin, die ein gutes Verhältnis zu Vorgesetzten und Mitarbeitern hatte.

Nach der Kündigung entwickelte die Patientin innerhalb weniger Tage eine anhaltende psychische Störung mit erheblicher Behinderung im Alltagsleben. Symptome waren rezidivierende Stimmungseinbrüche mit heftigem Weinen, Verbitterung, Ärger, Wut, Selbstvorwürfen, Hoffnungslosigkeit, Resignation sowie sozialem Rückzug, begleitet von somatischen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Libidoverlust, Gewichtsabnahme, Erschöpfung und diffusen Schmerzen. Au-

## Zusammenfassung · Summary

Nervenarzt 2004 · 75:51–57  
DOI 10.1007/s00115-003-1632-0  
© Springer-Verlag 2003

M. Linden · B. Schippan · K. Baumann · R. Spielberg

### Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen

#### Zusammenfassung

Anpassungsstörungen stellen eine heterogene Gruppe psychischer Störungen dar. Obwohl sie im klinischen Alltag eine große Rolle spielen, schwer zu behandeln sind und häufig zu Chronifizierung und erheblichen Beeinträchtigungen führen, sind die diagnostischen Kriterien vergleichsweise unscharf und wissenschaftliche Studien nur begrenzt verfügbar. In der klinischen Praxis hat sich ein Subtyp der Anpassungsstörungen abgrenzen lassen, der durch das Leitsymptom der anhaltenden Verbitterung nach einschneidenden, wenn auch nicht außergewöhnlichen Lebensereignissen sowie funktional durch Verletzung zentraler Grundannahmen zu beschreiben ist und als „posttraumatische Verbitterungsstörung (posttraumatic embitterment disorder PTED)“ bezeichnet werden kann.

Es wird die Kasuistik einer Patientin und Ergebnisse einer Pilotuntersuchung an 21 Patienten berichtet. Die kritischen Lebensereignisse bestanden in 38% in Arbeitsplatzverlusten, gefolgt mit 24% von Arbeitsplatzkonflikten, 14% Tod von

Angehörigen oder Freunden, 14% familiären Konflikten und 10% sonstigen Ereignissen. Bei der Erinnerung an das kritische Lebensereignis geben die Patienten vor allem Gefühle von Verbitterung (85,7%), Traurigkeit (81,0%), Ärger (76,2%) und Hilflosigkeit (75,0%) an. Wenn die Patienten mit standardisierten Interviews untersucht werden, dann erfüllen sie die Kriterien unterschiedlichster Störungen wie GAD (38,1%), Depression (33,3%) und Dysthymie (33,3%), Agoraphobie (28,6%) oder Panik (19,0%). 81% der Patienten gaben an, Orte bzw. Personen zu vermeiden, die sie an das kritische Lebensereignis erinnern. 70% der Patienten berichteten über Einschränkungen in beruflichen Aktivitäten, 65% in Freizeitaktivitäten und 57,1% in familiären Aktivitäten.

#### Schlüsselwörter

Posttraumatische Verbitterungsstörung · PTED · Verbitterung · Anpassungsstörung · Negative Lebensereignisse

### Post-traumatic embitterment disorder: a subform of adaptation disorders

#### Summary

Adaptation disorders are a heterogeneous group of mental disorders. Although they play a major role in clinical practice, are difficult to treat, and often lead to chronicity and disability, diagnostic algorithms are vague and scientific research is rare. Clinical practice has shown a subtype of adaptation disorder that is characterized primarily by lasting embitterment after exceptional though normal life events which violate basic beliefs. This disorder can be called post-traumatic embitterment disorder (PTED). A case vignette and results of a pilot study are reported. Critical life events were found to be job loss in 38%, conflicts at work in 24%, death of a loved one in 14%, familial strain in 14%, and other events in 10%. When reminded of the critical event, pa-

tients report feelings of embitterment (85.7%), sadness (81.0%), anger (76.2%), or helplessness (75.0%). When standardized assessments are made, they fulfill criteria of various comorbid disorders such as GAD (38.1%), depression (33.3%) and dysthymia (33.3%), agoraphobia (28.6%), or panic (19.0%). Of the patients, 81% said they avoid places which remind them of the critical events. Impairments were suffered in work (70%), leisure (65%), and familial relations (57.1%).

#### Keywords

Post-traumatic embitterment disorder · Embitterment · Adaptation disorder · Negative life events

ßerdem entwickelte die Patientin seit dem kritischen Lebensereignis ein phobisch anmutendes Vermeidungsverhalten, was die räumliche Nähe zu ihrer alten Arbeitsstelle, Kontakt zu ehemaligen Kollegen sowie direkte Erinnerungen an das Kündigungsereignis betraf. Die Patientin lehnte zudem auch jegliche Hilfsangebote und therapeutische Zuwendung ab („Ich möchte nur in Ruhe gelassen werden und mich vor der hartherzigen Welt verkriechen“). Sie machte sich zugleich auch selbst heftige Vorwürfe, weil sie so dumm war, all die Jahre treu zu arbeiten, sich ausbeuten zu lassen und auch noch den eigenen Nachfolger auszubilden. Gleichzeitig berichtete sie über anhaltende quälende Rachege Gedanken gegenüber der Chefin („sie sollte auch mal so leiden wie ich“, „ich könnte sie umbringen“).

Im Gegensatz zu einer Depression zeigten sich die Stimmungsbeeinträchtigungen jedoch deutlich stimulusbezogen. Beim Ansprechen der Arbeitsplatzproblematik reagierte die Patientin mit einer emotionalen Entgleisung, bitterer Enttäuschung, Verletztheit und aggressiver Empörung. Andererseits zeigte die Patientin bei Ablenkung z. B. durch Mitpatienten phasenweise auch einen ausgeglichenen, ja sogar fröhlichen Affekt mit guter Schwingungsfähigkeit. Beim Gedanken an Rache gegenüber der ehemaligen Chefin schämte sie sich zwar dafür, grinste aber dennoch dabei über das ganze Gesicht.

Das Besondere an dem kritischen Lebensereignis ist, dass die 49-jährige Patientin für sie unerwartet nach jahrzehntelanger Tätigkeit in einem Seniorenheim (zuletzt als Küchenleiterin) schriftlich gekündigt und ihre Stelle einem jüngeren Mitarbeiter übertragen wurde, den sie selbst ausgebildet und gefördert hatte. Trotz ihres jahrelangen Dienstes lehnte ihre Vorgesetzte ein klärendes Gespräch über die Kündigung ab und wertete zudem ihre bisherige jahrelange Arbeit mit dem Vorwurf von „Arbeitsmängeln“ ab. Dieser Vorwurf musste nach einem Arbeitsgerichtsprozess zwar zurückgenommen und der Patientin eine Abfindung gezahlt werden, ihre Stelle konnte sie aber nicht wieder antreten.

Zur prämorbidem Persönlichkeit ist festzustellen, dass die Patientin sich über viele Jahre im Seniorenheim mit großem

Engagement und Überstunden von einer Stationshilfe zur Küchenleiterin emporgearbeitet hatte. Sie galt als zuverlässig, belastbar und hilfsbereit, und es bestand ein gutes Verhältnis zu Mitarbeitern und Vorgesetzten. Sie hatte bereits früh im Leben gelernt, sich durch „ehrliche, harte Arbeit und viel Fleiß“ zu behaupten und andere Menschen nach ihren Möglichkeiten zu unterstützen. Sie bezeichnete sich selbst als gutmütigen, freundlichen und geselligen Charakter, der oft zu vertrauensselig sei, sich für das Wohl anderer einsetze und gelegentlich auch ausgenutzt werde. Sie habe oft ihrem Beruf Familienaktivitäten, andere Interessen und Sozialkontakte untergeordnet.

Auf diesem Hintergrund stellen die Kündigung und vor allem die formalen Rahmenbedingungen für die Patientin eine schwere Kränkung dar, die ihr ganzes bisheriges Lebenswerk infrage stellen. Sie meinte, sie habe sich über Jahre für das Seniorenheim aufgeopfert, keine Überstunden und Mehrbelastungen gescheut und sich insbesondere immer für das „gute Miteinander“ der Kollegen eingesetzt. Sie habe Jungköche gefördert und nach besten Kräften ausgebildet. Jetzt verliere sie ihre Stelle an den eigenen „Nachwuchs“, da Jungköche wirtschaftlich besser einzusetzen seien, während ihre eigene jahrelange Arbeit „ohne Ausbildung“ herabgewürdigt werde. Auf dem Hintergrund einer Selbstunsicherheit und Verletzlichkeit wegen der fehlenden Ausbildung fühlte sie sich durch die herabwürdigenden Äußerungen der Vorgesetzten und das passive Verhalten des Nachfolgers wie ihrer anderen Mitarbeiter in dieser Situation gedemütigt und zutiefst enttäuscht („man entsorgt mich wie ein Stück wertlosen Müll und verbreitet Unwahrheiten“).

Die sozialen Konsequenzen sind einschneidend. Sie kümmerte sich nicht mehr um eine neue Anstellung, verlangte quasi als Kompensation der ungerechten gesellschaftlichen Verhältnisse eine Frühberentung, zog sich völlig aus dem sozialen Leben zurück und beschäftigte sich fast nur noch mit ihren Haustieren. Seit der Kündigung hatte sie sich völlig in den häuslichen Bereich zurückgezogen, grübelte viele Stunden am Tag mit heftigen Affekten von Groll, Bitterkeit und Verzweiflung, weinte häufig, hegte Lebensüberdrußge-

danken, lehnte Hilfsangebote von Freunden ab und vernachlässigte ihr Äußeres. Insbesondere vermied sie vehement den Kontakt zu ehemaligen Arbeitskollegen („die haben mich im Stich gelassen“) und die räumliche Nähe zum Seniorenheim („wenn ich nur daran denke, kommt alles an Erinnerungen mit Bitterkeit hoch und ich verliere völlig die Fassung“).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Erklärung für diese eindrucksvolle psychische Reaktion der Zusammenhang zwischen dem subjektiv belastenden kritischen Lebensereignis (Kündigung) und der damit einhergehenden erheblichen Verletzung basaler Grundüberzeugungen und lebensgeschichtlich entwickelter Ideale ist. Die Patientin erlebt eigene Grundüberzeugungen vom Nutzen rechtschaffener Arbeit, uneingeschränkter Solidarität und Zurückstecken eigener Bedürfnisse zugunsten der Gemeinschaft durch die unerwartete Kündigung als entwertet und erlebt ihre langjährigen Lebensentwürfe („wir sind alle für einander da“) als herabgewürdigt und nicht mehr gültig.

## Ergebnisse einer Pilotuntersuchung

Wie bereits dargelegt haben Patienten mit einer posttraumatischen Verbitterungsstörung die Tendenz sich zu verkriechen und Hilfe abzulehnen. Sie lassen sich von Hausärzten krankschreiben, ohne jedoch gezielte Hilfestellungen zu akzeptieren. Daher kommen eine Reihe dieser Patienten erstmals dann in spezifische Behandlung, wenn sie aufgrund langzeitiger Krankschreibung über den medizinischen Dienst der Krankenkassen, teilweise sogar gegen den erklärten eigenen Willen, in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen werden. Im Folgenden wird eine erste empirische Untersuchung an Patienten der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik der Rehabilitationsklinik Seehof der BfA in Teltow/Berlin berichtet. Diese Klinik bekommt einen Großteil ihrer Patienten aus den neuen Bundesländern zugewiesen.

## Population und Erhebungsinstrumente

Es wurden 20 Patientinnen und ein Patient, bei denen nach klinischer Einschät-



zung die Diagnose einer posttraumatischen Verbitterungsstörung gestellt wurde, in eine erste empirische Untersuchung eingeschlossen. Die Patienten waren unter den unterschiedlichsten Diagnosen zu einer voll- oder teilstationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung in die Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik eingewiesen worden. Das Alter lag zwischen 36 und 60 Jahren. Die Untersuchung zur Entwicklung und Ausprägung der Störung erfolgte mit einem halbstandardisierten Interview. Die Diagnosestellung im Rahmen der Studie erfolgte mittels des MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, German Version 4.4) [19].

## Ergebnisse

Die Patienten berichteten alle von mindestens einem einschneidenden, kritischen Lebensereignis, das sie subjektiv äußerst gekränkt, aufgeregt oder verbittert habe. Alle befragten Patienten sahen dieses Ereignis als direkt ursächlich für ihre aktuelle gestörte psychische Befindlichkeit an. Kritische Auslöserereignisse waren in 38% Arbeitsplatzverluste, gefolgt mit 24% von Arbeitsplatzkonflikten, 14% Tod von Angehörigen oder Freunden, 14% familiären Konflikten und 10% sonstigen Ereignissen.

Im Interview gaben 90,5% der untersuchten Patienten an, das kritische Lebensereignis als ungerecht und unfair erlebt zu haben, 90,5% sahen keine Möglichkeit, den Verursacher zur Rechenschaft zu ziehen und 76,2% fühlten sich dem Ereignis oder dem Verursacher gegenüber hilflos ausgeliefert. 81% der verbitterten Patienten berichteten, dass ihre Grundstimmung seit dem kritischen Lebensereignis häufig gedrückt ist. 61,9% erlebten sich darüber hinaus häufig als gereizt. Alle Patienten gaben an, bei Ablenkung auch eine normale Stimmung erleben zu können. 42,9% der befragten Patienten bejahten eine resignative Grundhaltung seit dem kritischen Lebensereignis und äußerten das Gefühl, dass es keinen Sinn mehr mache sich anzustrengen. Befragt nach dem aktuellen psychischen Erleben äußern die Patienten als im Vordergrund stehende Emotionen Verbitterung, Traurigkeit, Ärger und Hilflosigkeit (Abb. 1).

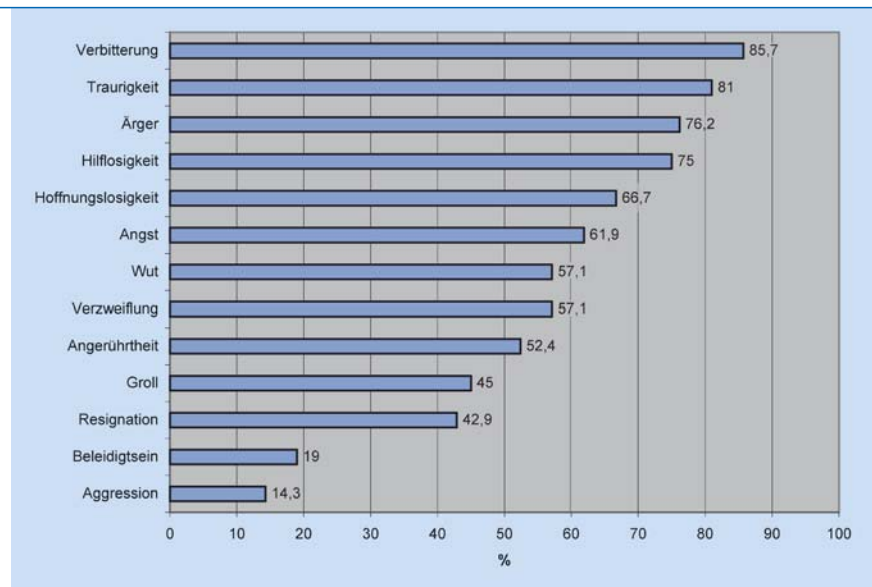


Abb. 1 ▲ Emotionsspektrum bei Gedanken an das kritische Lebensereignis

81% der Patienten gaben an, Orte bzw. Personen zu vermeiden, die sie an das kritische Lebensereignis erinnern. 70% der Patienten berichteten über Einschränkungen in beruflichen Aktivitäten, 65% in Freizeitaktivitäten und 57,1% in familiären Aktivitäten.

Im standardisierten klinischen Interview fand sich eine umfangreiche psychische Komorbidität (Abb. 2). Im Vordergrund standen Angsterkrankungen und depressive Störungen. Obwohl die Patienten auch über multiple somatoforme Symptome klagten, konnte aufgrund der Ausschlusskriterien des MINI (Alter über 30 Jahre, viele körperliche Beschwerden über mehrere Jahre, Beginn der Beschwerden vor dem 30. Lebensjahr, starke Beeinträchtigungen im Alltagsleben) keine Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt werden.

## Diskussion

So wie die posttraumatische Stresserkrankung zu einer fruchtbaren Forschung und vor allem auch der Entwicklung entsprechender Behandlungsmöglichkeiten geführt hat, so wird auch mit der Abgrenzung der posttraumatischen Verbitterungsstörung [11] die Hoffnung verbunden, dadurch den Betroffenen therapeutisch besser helfen zu können. Wie das Fallbeispiel zeigt, sind diese Patienten schwer zu behandeln. Sie begeben sich nicht ohne weiteres selbst in Be-

handlung, sondern weisen Hilfsangebote manchmal sogar entschieden zurück. Deswegen sieht man sie weniger in psychiatrischen Kliniken als vielmehr in Begutachtungsverfahren oder in Rehabilitationskliniken, wohin sie nach langer Arbeitsunfähigkeit über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingewiesen werden.

Wenn man nach der Krankheitswertigkeit dieser Zustände fragt, dann gilt ähnlich wie bei den Angsterkrankungen oder Depressionen, dass auch Verbitterung ein dimensionales Phänomen ist und eine Krankheitswertigkeit dann gegeben ist, wenn eine Mindestschwere vorliegt, wenn wesentliche Zusatzsymptome hinzutreten und vor allem wenn die Erfüllung von Alltagsaufgaben nicht mehr möglich ist. Alle diese Kriterien sind bei den von uns behandelten Patienten fraglos erfüllt. Die Prognose ist eher schlecht. Entgegen den Kriterien für Anpassungsstörungen zeigen sie wenig Tendenz zur Spontanremission, sondern stattdessen eher zu einer Chronifizierung mit zunehmender Lebenseinengung. Die posttraumatischen Verbitterungsstörungen sind Erkrankungen, die mit großem subjektiven Leid und einschneidenden negativen sozialmedizinischen Konsequenzen einhergehen. Insofern wird die Diagnose wie die Krankheitswertigkeit nicht über das Ereignis, sondern über die Art, die Schwere und den Verlauf der Psychopathologie festgestellt.

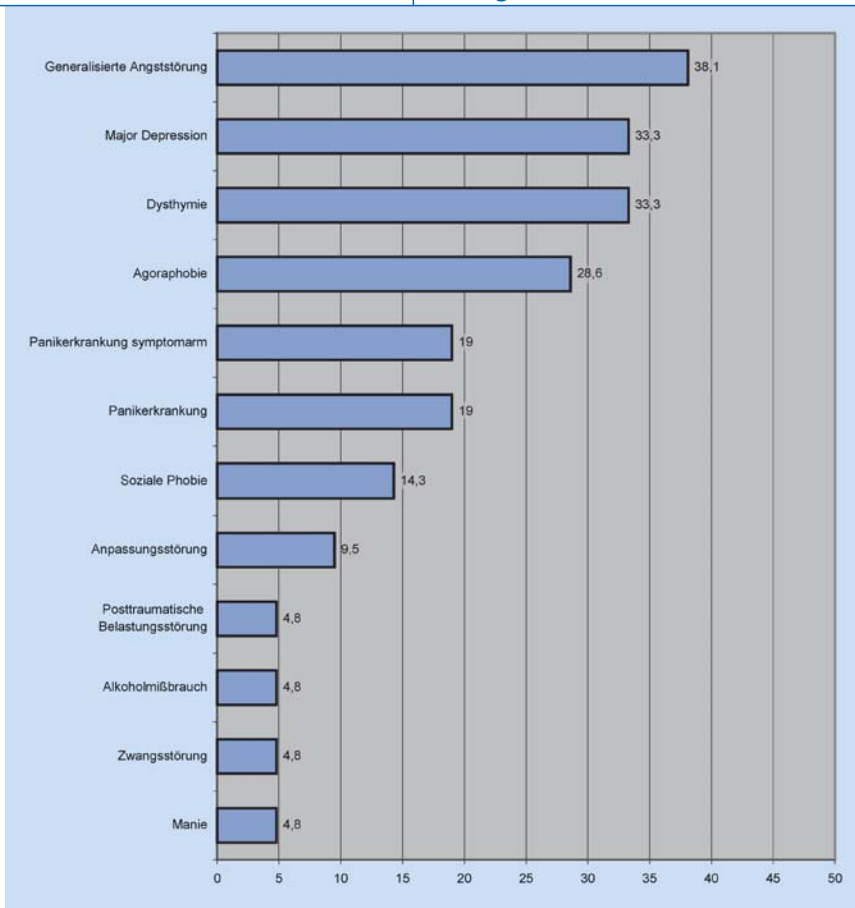


Abb. 2 ▲ Psychische Komorbidität

Allerdings ist die Berücksichtigung des Auslöseereignisses für die diagnostische Charakterisierung unverzichtbar, da nur auf diese Art die Entwicklung und die Art der Symptomatologie verstanden werden kann und vor allem eine Therapie ohne Bezug zum Auslöser nicht denkbar ist. Die Auslöser sind nicht alltägliche aber dennoch durchaus lebensübliche Ereignisse. Die Frage stellt sich daher, ob es richtig ist, von einem psychischen „Trauma“ zu sprechen. Aus der Sicht der Betroffenen ist dies ohne Zweifel so, da sie den Beginn ihres Leidens auf den Tag und die Stunde festlegen und auch inhaltlich sich als „verletzt“, d. h. traumatisiert erleben. Auch aus klinischen und wissenschaftlichen Überlegungen erscheint der Begriff „Trauma“ angezeigt, da er deutlich macht, dass es hierbei um mehr geht als eine eher unspezifische Beziehung zwischen Belastung einerseits und psychischer Reaktion andererseits, so wie es für das Auslöserkonzept bei depressiven Erkrankungen gilt. Bei der posttraumatischen Verbitterungsstörung besteht ein inhaltlich spezifischer

Zusammenhang zwischen der Art des Ereignisses und der Psychopathologie, wie z. B. dem Inhalt der Intrusionen oder der Art der phobischen Reaktionen. Während bei der PTSD Todesangst und Panik als ätiologisch spezifisch anzusehen sind, ist die posttraumatische Verbitterungsstörung eine Erkrankung, an der die potenzielle Malignität von Information erkennbar wird. Insofern stellt sie auch für die gesamte psychopathologische Diskussion ein interessantes Konzept von grundsätzlicher Bedeutung dar.

Durch die vorgelegte Pilotuntersuchung werden erste klinische Daten über diese Störung vorgelegt. Die untersuchten Patienten können keine Repräsentativität für sich beanspruchen, da sie aus einer Rehabilitationsklinik stammen und zu wesentlichen Teilen aus Ostdeutschland kommen. Sie können dennoch einen Eindruck von den Entstehungsbedingungen und der Symptomatik geben und die differenzialdiagnostischen Probleme verdeutlichen. Es gibt eine Reihe von Aspekten, die weiterer empirischer Forschung

bedürfen: Die Qualität und diagnostische Erfassung des Leitaffektes der „Verbitterung“ ist zu präzisieren. Die Art des kritischen Ereignisses ist weiter zu untersuchen. Hierbei ist vor allem die von der PTSD her bekannte Unterscheidung zwischen singular-situativen und sequenziell-kumulativen Ereignissen von Interesse. Es ist nach Risikofaktoren für die Entwicklung einer Verbitterungsstörung zu fragen. Wenn auch zu verlangen ist, dass keine prämorbid psychische Erkrankung vorliegt, die die aktuelle Symptomatik erklären könnte, so zeigt der Hinweis auf die Verletzung zentraler Grundannahmen doch, dass in der Entwicklung dieser Störung möglicherweise Persönlichkeitsakzentuierungen von Bedeutung sind, die die Fähigkeit von Individuen zur Bewältigung komplizierter Lebenssituationen reduzieren. Damit stellt sich dann auch die Frage, was an der posttraumatischen Symptomatik im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsveränderung als primär oder sekundär anzusehen ist. Schließlich bedarf es diagnostischer wie epidemiologischer Untersuchungen durch andere Arbeitsgruppen, in anderen Settings und möglicherweise auch in speziellen Populationen. Wegen der ausgeprägten aggressiven und Wiedergutmachungsphantasien ist z. B. an sozialgerichtliche Begutachtungsfälle oder an forensische Populationen zu denken.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Verbitterungsstörung nicht um eine neue menschliche Erfahrung handelt. Aristoteles beschreibt in der Nickomanischen Ethik:

„Verbittert ist der schwer zu Versöhnende, der lange den Zorn festhält; er verschließt die Erregung in seinem Innern und hört damit erst auf, wenn er Vergeltung geübt hat. Denn geübte Vergeltung beschwichtigt die Erregung, indem sie das Gefühl des Schmerzes durch ein Gefühl der Befriedigung ersetzt. Geschieht das nicht, so wirkt der Druck weiter. Denn da die Erregung nicht offen heraustritt, so kann einem solchen auch keiner gut zureden; innerlich aber die Erregung zu verarbeiten, dazu braucht es Zeit. Diese Art von Menschen ist sich selbst und den vertrautesten Freunden die schwerste Last.“

## Korrespondierender Autor

Prof. Dr. M. Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Campus Benjamin Franklin und der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik, Rehabilitationsklinik Seehof der BfA, Lichtenfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin  
E-Mail: linden@zedat.fu-berlin.de

## Literatur

- Achberger M, Linden M, Benkert O (1999) Psychological distress and psychiatric disorders in primary health care patients in East and West Germany 1 year after the fall of the Berlin wall. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol* 34:195–201
- Alexander J (1966) The psychology of bitterness. *Int J Psychoanal* 41:514–520
- AMDP (Hrsg) (1995) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen, Hogrefe
- Amiel-Lebigre F, Kovess V, Labarte S, Chevalier A (1995) Symptom distress and frequency of life events. *Soc Psychiat and Psychiat Epidemiol* 33:263–268
- Baures MM (1996) Letting go bitterness and hate. *J Humanistic Psychol* 36:75–90
- Bronisch T, Hecht H (1989) Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Dis* 17:229–236
- Despland JN, Monod L, Ferrero F (1995) Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiat* 36:454–460
- Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC (1997) Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch Gen Psychiat* 44:567–572
- Fava GA, Mangelli L, Ruin C (2001) Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychothe Psychosom* 70:171–175
- Fischer G, Riedesser P (Hrsg) (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Linden M (2003) The Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychother Psychosom* 72:195–202
- Maerker A (Hrsg) (1997) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer, Berlin
- O'Brien LS (ed) (1998) Traumatic events and mental health. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Paykel ES (2001) Stress and affective disorders in humans. *Seminars in Clin Neuropsychiat* 6:4–11
- Pirhacova I (1997) Perceived social injustice and negative affective states. *Studia Psychologica* 39:133–136
- Pollock D (1992) Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: adjustment disorder among medical inpatients. *Soc Sci Med* 35:25–35
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiat* 45:977–986
- Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg) (1994) Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen. Juventa Verlag, Weinheim
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiat* 59:22–33
- Simon GE (2000) Long-term prognosis of depression in primary care. *Bull World Health Organ* 78:439–445
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D (1990) Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiat* 12:159–165
- Spurrell MT, McFarlane AC (1995) Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic. The role of intrusion and avoidance. *Br J Med Psychol* 68:333–340
- Strain JJ, Smith GC, Hammer et al. (1998) Adjustment disorder. A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiat* 20:139–149
- Van der Kolk BA, Herron N, Hostetler A (1994) The history of trauma in psychiatry. *Psychiat Clin North Am* 17:583–600
- Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) (1996) Traumatic stress. Guilford, New York
- WHO (1992) International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, p. 169. Geneva, WHO
- Zemperl J, Frese M (1997) Arbeitslose: Selbstverwaltung überwindet die Lethargie. *Psychol Heute* 24:36–41
- Znoj H (2002) Der Berner Verbitterungsfragebogen, unveröffentlichter Fragebogen, Bern

## Alzheimer- und Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung - Neue Möglichkeit der Unterscheidung

Forscher der Neurologischen und der Psychiatrischen Klinik des Bereichs Humanmedizin der Universität Göttingen und der Psychiatrischen Klinik Erlangen haben ein neues Verfahren entwickelt, um die Alzheimer-Erkrankung von der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung zu unterscheiden. Die Arbeitsgruppen fanden heraus, dass bei beiden Patientengruppen sog. beta-Amyloid-Peptide (Ass-Peptide) im Nervenwasser in unterschiedlicher Weise verändert sind. Die Forscher setzten ein Nachweisverfahren ein, mit dem neben den bereits bekannten Ass-Peptiden 1–40 und 1–42 weitere Ass-Peptide nachgewiesen werden konnten. Das neue Verfahren beruht auf der Verwendung eines harnstoff-basierten Gelsystems, das die Auftrennung von Ass-Peptiden ermöglicht, auch wenn diese sich nur in einer einzigen Aminosäure unterscheiden. Mit diesem Verfahren zeigte sich, dass sowohl bei Alzheimer- als auch bei Creutzfeldt-Jakob-Demenz besonders deutlich das Ass-Peptid 1–42 erniedrigt ist, aber beide Demenzerkrankungen durch Unterschiede im Ass-Peptidmuster unterschieden werden können. Dafür kann der Quotient aus Ass1–39 und Ass1–42 eingesetzt werden, der eine effektive Trennung zwischen beiden Patientengruppen ermöglicht. Die Studie wurde in der Zeitschrift "Annals of Neurology" publiziert.

Weitere Informationen:

Priv.-Doz. Dr. Markus Otto (E-mail: motto@gwdg.de), Universität Göttingen

Quelle: Universität Göttingen