

Aus der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation  
der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin

## **DISSERTATION**

# **Diagnostische Kriterien und Entwicklung eines diagnostischen Interviews für die Posttraumatische Verbitterungsstörung**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

Vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Barbara Lieberei, geb. Schippan,  
aus Berlin

Gutachter:       1. Prof. Dr. M. Linden

                      2. Prof. Dr. med. H. J. Freyberger

                      3. Prof. Dr. med. A. Heinz

Datum der Promotion: 19.09.2008

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieses Projektes beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Michael Linden, der mir die Teilnahme am Projekt ermöglicht hat und mir stets mit umfassender Unterstützung, intensiven wissenschaftlichen Diskussionen, Ermutigung sowie viel Geduld und Zeit für Fragen zur Seite stand.

Bei meinem Ehemann Walter und meinen Eltern möchte ich mich für die rückhaltlose Unterstützung und Zuversicht während der Arbeit an der Promotion bedanken.

Und ich danke natürlich den Mitgliedern der Forschungsgruppe Dr. Kai Baumann, Christine Kühn, Max Rotter und Dr. Rüdiger Spielberg, die mich fachlich, praktisch und motivational unterstützt haben und in allen Phasen der Projektarbeit mit Hilfsbereitschaft und Humor für eine großartige Arbeitsatmosphäre gesorgt haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	8
<b>1.1 Einführung</b>	8
<b>1.2 Stressreaktionen und kritische Lebensereignisse</b>	10
1.2.1 Frühe Konzepte zum Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und psychischen Erkrankungen	10
1.2.2 Definitionen und Ansätze der Life Event Forschung	11
1.2.3 Moderatorvariablen kritischer Lebensereignisse	14
1.2.4 Messung kritischer Lebensereignisse	16
<b>1.3 Posttraumatische Belastungsstörungen</b>	17
1.3.1 Definition, Klassifikation und Symptomatologie von Posttraumatischen Belastungsstörungen	17
1.3.2 Epidemiologie von Posttraumatischen Belastungsstörungen	22
<b>1.4 Anpassungsstörungen</b>	23
1.4.1 Definition, Klassifikation und Symptomatologie von Anpassungsstörungen	23
1.4.2 Epidemiologie von Anpassungsstörungen	27
1.4.3 Psychologische Korrelate und differentialdiagnostische Probleme von Anpassungsstörungen	27
1.4.3.1 Depression	27
1.4.3.2 Angst	29
1.4.3.3 Behinderung (Impairment)	31
1.4.3.4 Störung des Sozialverhaltens	31
1.4.3.5 Besorgnis	32
1.4.3.6 Intrusionen	32
1.4.4 Bedeutung von Anpassungsstörungen in Forschung und Praxis	32
<b>1.5 Verbitterungsaffekte in der Folge kritischer         Lebensereignisse</b>	33
<b>1.6 Die Posttraumatische Verbitterungsstörung als Subtyp         einer Anpassungsstörung</b>	37
1.6.1 Beschreibung des Störungsbildes der Posttraumatischen Verbitterungsstörung	37

1.6.2	Zwei Falldarstellungen einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung	38
1.6.3	Klinische Diagnosekriterien für die Posttraumatische Verbitterungsstörung	43
<b>2.</b>	<b>Fragestellung</b>	45
<b>3.</b>	<b>Methode</b>	46
3.1	<b>Vorarbeiten</b>	46
3.2	<b>Hauptuntersuchung</b>	47
3.2.1	Therapieeinschluss	48
3.2.2	Allgemeine Diagnostik	48
3.2.3	Datenerhebung mit dem halbstrukturierten Studieninterview zur PTED	48
3.2.4	Charakteristika der Untersuchungsgruppe (Index- und Kontrollgruppe)	50
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b>	52
4.1	<b>Analyse spezifischer Symptomatik der PTED-Gruppe</b>	52
4.1.1	Auslöseereignisse	52
4.1.2	Dauer der Störung	53
4.1.3	Klagen, Emotionen und Psychopathologie	53
4.1.4	Diagnosen nach MINI	55
4.2	<b>Berechnung verschiedener diagnostischer Algorithmen</b>	56
4.3	<b>Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten</b>	61
4.3.1	Analyse der drei klinisch verbitterten Patienten, die nach entwickeltem Algorithmus nicht die Kriterien einer PTED erfüllen	62
4.3.2	Analyse der vier klinisch unverbitterten Patienten, die nach entwickeltem Algorithmus die Kriterien einer PTED erfüllen	64
4.3.3	Schlussfolgerungen aus der Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten	67
4.4	<b>Anpassung des diagnostischen Interviews</b>	69
4.5	<b>Anpassung der diagnostischen Merkmale und Kriterien</b>	71

<b>5. Diskussion</b>	73
5.1 Bewertung der Ergebnisse	73
5.2 Ausblick	76
<b>6. Zusammenfassung</b>	77
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	80
<b>8. Anhang</b>	86
8.1 Studienform des klinischen halbstrukturierten Interviews zur Posttraumatischen Verbitterungsstörung	86

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	ICD-10 Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung	18
Tabelle 2	Stichprobencharakteristika von PTED-Gruppe und Kontrollgruppe	51
Tabelle 3	Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 1	57
Tabelle 4	Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 2	58
Tabelle 5	Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 3	58
Tabelle 6	Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 4	59
Tabelle 7	Diagnostischer Algorithmus für PTED	60
Tabelle 8	Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch diagnostischen Algorithmus	61
Tabelle 9	Diagnostisches Interview für PTED	70
Tabelle 10	Diagnostische Kriterien für die Posttraumatische Verbitterungsstörung in Anlehnung an ICD-10	72

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Kritische Lebensereignisse bei der PTED-Gruppe	52
Abb. 2	Dauer der Störung bei der PTED-Gruppe	53
Abb. 3	Psychopathologie bei der PTED-Gruppe	54
Abb. 4	Spektrum vorherrschender Gefühle bei der PTED-Gruppe nach Selbstauskunft	54
Abb. 5	Prozentuale Diagnosehäufigkeiten akuter Diagnosen nach MINI Neuropsychiatric Interview bei PTED-Gruppe und Kontrollgruppe	56

# 1. Einleitung

## 1.1 Einführung

Die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen in der Folge einschneidender Lebensereignisse nimmt in der klinischen Arbeit mit Patienten im psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungssetting ambulant und stationär breiten Raum ein. Obwohl der Zusammenhang zwischen belastenden und traumatisierenden Ereignissen und Lebensumständen und der Entwicklung oft erheblicher und anhaltender psychischer und auch somatischer Störungsbilder inzwischen schon seit Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Forschung ist, zeigen in den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 (WHO, 1992) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) die dort beschriebenen Störungsbilder der Belastungs- und Anpassungsstörungen unscharfe diagnostische Algorithmen, die vor allem eine Klassifikation länger anhaltender und spezifischer Anpassungsstörungen erschweren. Eine Ausnahme bildet hier die Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), wo ein klar definiertes auslösendes Ereignis und ebenso ein präzise definiertes psychopathologisches Erscheinungsbild das Störungsbild auszeichnet.

Im klinischen Alltag des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik in der Peripherie von Berlin mit überwiegend ostdeutschen Patienten, fielen etwa 10 Jahre nach der Wiedervereinigung vermehrt Patienten auf, die unter erheblichen psychischen Beeinträchtigungen litten, die sie im Kontext biographischen Scheiterns erlebten und auf „die Wende“ attribuierten. Diese Gruppe von Patienten zeichnete sich dadurch aus, dass sie trotz unterschiedlicher auslösender Ereignisse und Biographien eine ähnliche Psychopathologie zeigten mit anhaltendem Verbitterungserleben sowie erheblichen sozialmedizinischen Folgen (lange Arbeitsunfähigkeit, Rentenbegehren) und sich die Behandlung dieser Patientensubgruppe als extrem schwierig erwies. Bei genauerer Beobachtung in Form von Einzelfalluntersuchungen wurde deutlich, dass sich die spezifische Psychopathologie nicht nur bei Patienten findet die sich als „Wendeopfer“ erleben, sondern ebenso bei Patienten, die in anderem Kontext kränkenden, verletzenden und herabwürdigenden Erfahrungen ausgesetzt waren. Aus diesen

Beobachtungen resultierten erste gezielte Untersuchungen dieses Störungsbildes und diese spezifische Form einer Anpassungsstörung wurde unter dem Begriff der Posttraumatischen Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED) erstmals beschrieben (Linden, 2003). Es folgte eine weitere intensive Forschungstätigkeit zu diesem Störungsbild durch die Forschungsgruppe um Prof. Linden mit mehreren weiteren Untersuchungen und Veröffentlichungen zu unterschiedlichen Teilaspekten dieser Störung wie Erscheinungsbild, Psychopathologie, Epidemiologie und spezifische Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Linden et al. 2004, Schippan et al., 2004, Linden et al. 2006, Lieberei & Linden 2007, Linden et al. 2007), wozu auch diese Dissertation zum Thema Diagnostik und Entwicklung eines diagnostischen Instrumentes zählt.

Die Posttraumatische Verbitterungsstörung beschreibt Patienten, die unter spezifischen langanhaltenden und schwer behandelbaren psychischen Beeinträchtigungen nach einschneidenden, wenn auch nicht außergewöhnlichen persönlichen Lebensereignissen leiden. Als Leitsymptom findet sich bei diesen Patienten klinisch ein ausgeprägter und langanhaltender Verbitterungsaffekt in Verbindung mit umschriebenen weiteren psychopathologischen Symptomen, die ein charakteristisches Krankheitsbild ergeben. Diese spezifische Form einer Anpassungsstörung konnte klinisch deutlich von anderen affektiven Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Angststörungen abgegrenzt werden, obwohl sich charakteristische Symptomüberschneidungen fanden. Verbitterungsstörungen können in Folge einer großen Zahl unterschiedlicher Lebensereignisse wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Mobbing, Trennung u.a. auftreten, wobei der gemeinsame Nenner dieser Lebensbelastungen am ehesten die Verletzung zentraler Grundannahmen und Wertvorstellungen ist.

Verbitterungsstörungen gehen erfahrungsgemäß mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten einher, zeigen nur selten eine Tendenz zur Spontanremission und enden nicht selten mit deutlicher Lebenseinengung und Invalidisierung. Daher ergibt sich die Notwendigkeit, dieser spezifischen Form einer Anpassungsstörung ein klares diagnostisches Profil zu geben, diagnostische Algorithmen zu definieren sowie ein diagnostisches Messinstrument zu entwickeln, um die Posttraumatische Verbitterungsstörung von anderen Störungen abgrenzen zu können. Auch erscheint eine valide diagnostische Abgrenzbarkeit sinnvoll, da es sich bei Patienten mit einer

Verbitterungsstörung um eine therapeutisch äußerst schwierige Klientel handelt, die nach bisherigen Erfahrungen mit herkömmlichen Strategien zur Depressions-, Angst- oder Traumabehandlung nicht zufrieden stellend therapierbar ist, so dass spezifische Therapieverfahren (Schippan et al., 2004) nach differenzierter Diagnosestellung zur Anwendung kommen können.

Die hier vorliegende Arbeit zur Diagnostik der Posttraumatischen Verbitterungsstörung entspringt der mehrjährigen klinischen Erfahrung im Umgang mit dieser spezifischen Klientel sowie Ergebnissen aus einer ersten Studie zur Diagnostik und Phänomenologie dieser Störung. Es werden unter Bezug auf die klinische Phänomenologie und Psychopathologie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung diagnostische Kriterien und Algorithmen für dieses Störungsbild abgeleitet und es wird hieraus ein praxistaugliches diagnostisches Interview entwickelt, um Patienten mit entsprechenden Störungsbildern valide im klinischen Alltag und Forschungsprojekten identifizieren und somit gezielt behandeln zu können.

## **1.2 Stressreaktionen und kritische Lebensereignisse**

Im ersten Abschnitt werden einige frühe Konzepte zu belastenden und traumatisierenden Lebensereignissen und deren Folgen im Kontext historischer Entwicklungen umrissen.

In den drei folgenden Abschnitten werden Definitionen und unterschiedliche Forschungsansätze der Life Event Forschung dargestellt und Moderatorvariablen kritischer Lebensereignisse beleuchtet sowie deren Messung und die dabei entstehenden Probleme.

### **1.2.1 Frühe Konzepte zum Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und psychischen Erkrankungen**

Die Beobachtung, dass extreme Ereignisse extreme psychische Reaktionen verursachen, ist schon alt. Schon immer haben die Menschen gewusst, dass zum Beispiel die Konfrontation mit überwältigendem Schrecken zu störenden Erinnerungen, Erregungszuständen und Vermeidungen führen kann. Dies war ein zentraler Gegenstand der Literatur von der Zeit Homers (Shay 1994) bis heute.

Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts gibt es eine Reihe systematischer Beobachtungen zu den Folgen von schweren psychischen Belastungen. Damit verbunden wurden theoretische Ansätze zum Verständnis der posttraumatischen Auswirkungen entwickelt. Als erster verwendete Oppenheim (1889) den Begriff der „traumatischen Neurose“, das Konzept das auch bei Charcot (1886) zu finden ist. Oppenheim beschrieb Desorientiertheit, Probleme zu sprechen sowie Schlafstörungen in der Folge von Eisenbahn- und Arbeitsunfällen. Auch Janet (1889) wies bereits auf die Bedeutung psychischer Traumata für Erinnerungsstörungen und andere mentale Symptome hin.

Ein großer Teil der Forschung auf dem Gebiet der Folgen kritischer Lebensereignisse fokussierte auf psychische und körperliche Reaktionen nach Extrembelastungen, woraus sich die Forschungstradition zu posttraumatischen Belastungsstörungen ableitete. Im Gefolge der beiden Weltkriege wurde eine Reihe von Bezeichnungen für Störungen nach traumatischen Kriegereignissen geprägt wie Kriegs- oder Gefechtsneurose, Granatenschock („shell shock“), Kriegszittern und Kampfesmüdigkeit. Nach dem 2. Weltkrieg zeigte sich, dass auch andere traumatische Erlebnisse sehr ähnliche psychische Symptome verursacht hatten. Die Überlebenden aus Konzentrationslagern zeigten diese Symptome (Maercker, 1997). Später entdeckte man auch, dass Opfer von sexueller Gewalt ein vergleichbares psychisches Störungsbild aufwiesen (Herman, 1993).

Zu einer intensiven Zunahme der Forschung im Bereich psychischer Traumatisierungen kam es jedoch erst, nachdem aus dem Krieg in Vietnam eine zunehmende Zahl junger wehrpflichtiger Männer zurückkam, die vorher psychisch unauffällig waren und nun schwere psychische Veränderungen zeigten (z.B. Figley 1978, Kulka et als 1990). In der Folge wurde 1980 die Diagnose der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ in das DSM-III aufgenommen.

### **1.2.2 Definitionen und Ansätze der Life Event Forschung**

Parallel zur Forschung über Folgen von Extrembelastungen entstand die Forschungstradition der Life Event Forschung, die sich mit der Belastung eines Menschen durch lebensverändernde Ereignisse und deren Auswirkungen beschäftigt und somit nicht nur die Folgen von Extrembelastungen und höchst bedrohlichen Traumata untersucht, sondern sich mit verschiedensten einschneidenden Lebensereignissen und deren Folgen für das Individuum beschäftigt.

Jeder individuelle Lebenslauf ist geprägt durch eine kaum übersehbare Fülle von Ereignissen, die mehr oder minder gravierend in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen, die unterschiedlich dramatisch verlaufen und dem Betroffenen Umorientierungen in seinem Handeln und Denken sowie seinen Überzeugungen und Verpflichtungen abverlangen. Viele einschneidende Lebensereignisse sind nur aus dem historisch-epochalen Kontext erklärbar, innerhalb dessen sie eintreten. Auftreten und Auswirkung einschneidender Lebensereignisse beschäftigt somit viele unterschiedliche Disziplinen wie Psychologen, Psychiater, Soziologen, Historiker, Wirtschaftswissenschaftler, Politologen u.v.m.

Die Life-Event-Forschung ist als Forschungsgegenstand der Psychologie vor allem im Rahmen der Stressforschung entstanden. Der Schwerpunkt dieser Disziplin liegt in der standardisierten Erfassung der objektiven Belastung eines Menschen durch lebensverändernde Ereignisse und deren Auswirkungen.

Gemäß den unterschiedlichen Vorannahmen über kritische Lebensereignisse der verschiedenen Forschungsrichtungen divergieren deren Definitionen in einigen Punkten. Petermann (1995) beschreibt kritische Lebensereignisse als günstige oder ungünstige Bündel sozialer Umstände, die psychologisch bedeutsam sind und sich in vielen Fällen durch ihre Effekte (Stress, Krankheit) nachweisen lassen. Eine weit gefasstere Definition von Filipp (1995) beschreibt kritische Lebensereignisse als im Leben einer Person auftretende Ereignisse, die durch Veränderungen der (sozialen) Lebenssituation gekennzeichnet sind und die mit entsprechenden Anpassungsleistungen durch die Person beantwortet werden müssen. Holmes und Rahe (1967) sehen stressreiche Lebensereignisse als Ereignisse, deren Eintritt entweder eine bedeutsame Veränderung im aktuellen Lebensmuster des Individuums erfordert oder auf eine solche hindeutet. Antonovsky und Kats (1967) ziehen den Begriff „Lebenskrise“ dem Ausdruck „stressreiches Ereignis“ vor, um deren Fokus auf objektiv beschreibbare Erfahrungen zu unterstreichen. Eine solche Lebenskrise ist gemäß den Autoren „eine Erfahrung, die entweder Leid aufbürdet oder eine Rollentransformation erfordert“.

Nach Filipp (1995) sind zwei unterschiedliche Forschungstraditionen der Life-Event-Forschung zu unterscheiden:

Die *klinisch-psychologische Perspektive* analysiert belastende Lebensereignisse, welche vor dem Entstehen eines psychischen Problems aufgetreten sind und deshalb als Ursache der Störung anzusehen sind. Die zugrunde liegende Prämisse dieser Forschungsrichtung ist, dass mit dem Konzept der kritischen Lebensereignisse ein neuer Ansatz zur Erforschung der psychosozialen Ursachen von körperlichen und psychischen Erkrankungen bzw. Störungen gegeben ist. Ausgangshypothese ist hierbei, dass die Konfrontation mit einer Vielzahl von kritischen Lebensereignissen innerhalb eines bestimmten Zeitraums pathogene Effekte besitzt und so als krankheitsauslösend und/oder krankheitsverursachend anzusehen ist. Zumeist implizit wird damit die Annahme verbunden, dass die Anpassungsfähigkeit des Menschen an veränderte Lebensumstände und die Fähigkeit, damit einhergehende Belastungen zu verarbeiten, nur begrenzt sind. Tritt also innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine entsprechende Kumulation von kritischen Lebensereignissen auf, so muss dies zum Zusammenbruch des Organismus mit körperlichen und psychischen Korrelaten führen (Filipp, 1995).

Grundlage dieser Sichtweise ist Selyes Stressmodell von 1956, welches besagt, dass Stress auf unspezifische Veränderungen innerhalb eines biologischen Systems zurückzuführen ist und durch Reize und deren Folgen ausgelöst wird. Starke und wiederkehrende Veränderungen bewirken dabei eine Störung des Gleichgewichts des Systems, was zu einer körperlichen Reaktion führt, die aus drei typischen Phasen besteht: Auf eine erste Alarmreaktion folgt bei länger andauernder Störung eine Anpassungsphase (Widerstandsstadium), die anschließend in eine Erschöpfung beziehungsweise Erkrankung des Systems übergeht (Erschöpfungsstadium). Selye nannte diese charakteristische Reaktion auf Stressoren „Allgemeines Adaptationssyndrom“ (AAS) (Stroebe & Stroebe, 1998).

Dieser Auffassung folgend nimmt die klinisch-psychologische Life-Event-Forschung an, dass jedes Lebensereignis an sich als stressreich und belastend empfunden werden und zu einer Neuorganisation des Verhaltenssystems führen kann. Meist wird dabei der lebensgeschichtliche Kontext nicht mit einbezogen, sondern es werden nur kurze Zeiträume der Lebensspanne untersucht. Der Mensch wird vorrangig als passives Opfer der Lebensereignisse gesehen, die er erfährt und weniger als Person, die sich ihre Umwelt aktiv gestaltet und unterschiedliche Möglichkeiten der Reaktion auf solche Erlebnisse hat. Aus dieser Art von Forschung können lediglich korrelative

Zusammenhänge ermittelt werden. Ursache-Wirkungszusammenhänge zwischen kritischen Lebensereignissen und deren psychische Auswirkungen sind nicht möglich.

Die *entwicklungspsychologische Perspektive*, die als Forschungsperspektive eine weit jüngere Tradition besitzt, schreibt dagegen kritischen Lebensereignissen nicht automatisch eine krankheitserzeugende Wirkung zu. Sie werden eher als notwendige Voraussetzung für den entwicklungsbedingten Wandel des Menschen über die Lebensspanne hinweg angesehen und können somit auch potentiell zu persönlichem „Wachstum“ beitragen.

Anpassungsreaktionen werden über längere Zeiträume hinweg beobachtet und eingebettet in den sozio- und biokulturellen Kontext des Individuums. Life-Event-Forscher dieser Richtung gehen nicht von einer universellen Anpassungsreaktion für alle Menschen aus, sondern davon, dass es je nach Alter oder Bewältigungsgeschichte früherer Lebensereignisse zu unterschiedlichen Anpassungsreaktionen kommt, weshalb die Bedeutung von Lebensereignissen im individuellen Lebenslauf im Mittelpunkt steht (Filipp, 1995).

### **1.2.3 Moderatorvariablen kritischer Lebensereignisse**

Kritische Lebensereignisse wirken sich gemäß der entwicklungspsychologischen Perspektive (z.B. Filipp, 1995) nicht in allen Situationen und bei allen Personen in gleicher Weise aus. So spielen bestimmte Personen- und Situationsmerkmale bei der Art und Weise, wie potentiell stressreiche Ereignisse interpretiert werden und wie mit ihnen umgegangen wird, eine Rolle als Moderatorvariablen. Hierzu gehören z.B. Personenmerkmale wie Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand, aber auch individuelle Variablen wie Toleranz gegenüber Veränderungen, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl oder Zukunftsperspektive.

Für individuelle Unterschiede bei der Reaktion auf belastende Ereignisse ist das Konzept des Coping ebenfalls von Bedeutung. „Coping“ wird einmal verwendet als Sammelbegriff für all jene Reaktionen einer Person, die sie bei Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen oder belastenden Situation zeigt (z.B. Silver & Wortmann 1980). Ähnlich verstehen Lazarus & Launier (1978) diesen Begriff als kennzeichnend für die Summe aller problemlösenden Anstrengungen einer Person, die sich in einer für sie bedeutsamen, gleichwohl ihre individuellen Anpassungskapazitäten überfordernden

Lage befindet. Die Auswirkungen solcher Erfahrungen variieren in Abhängigkeit davon, wie das Individuum mit dem Ereignis fertig wird.

Zwei Dimensionen des Coping können identifiziert werden. Das problemorientierte Coping umfasst direkte Handlungen, die zur Lösung eines Problems führen, oder die Suche nach Informationen, die für die Lösung wichtig sein können. Beim emotionsorientierten Coping werden Anstrengungen unternommen, um die negativen emotionalen Reaktionen auf Stress abzubauen, indem beispielsweise Ablenkung, Entspannung oder Unterstützung gesucht wird. Beide Copingstrategien können in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation wirkungsvolle Bewältigungsstrategien sein (Davison & Neale, 1998).

Die Wahrnehmung und Einschätzung kritischer Lebensereignisse kann auch durch Merkmale des sozioökologischen Kontextes wie etwa die herrschenden sozialen Normen mit bedingt werden. Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen stellen eine beeinflussende Variable bei der Belastungsbewältigung dar. Im Allgemeinen können historisch-epochale Umstände wie etwa Kriege oder Wirtschaftskrisen Auslöser kritischer Lebensereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit) sein. Auch der sozioökonomische Status spielt als Moderatorvariable eine Rolle, da Angehörige unterer Schichten stärker durch Ereignisse belastet zu sein scheinen als Angehörige höherer Schichten.

Neben Merkmalen der Person und Situation spielen bestimmte Merkmale des Ereignisses selbst eine Rolle dabei, inwieweit sich kritische Lebensereignisse auswirken können. Objektive Ereignismerkmale werden als unabhängig von subjektiven Einschätzungen gesehen. Dazu gehören zeitliche Merkmale, die Lokalisierung des Ereignisses im Lebensraum (z.B. beruflich, familiär, ökonomisch) und dessen Grad der Universalität. Je nach dem wie wahrscheinlich eine Person bestimmte Ereignisse erlebt, können diese in epochalnormiert (z.B. Krieg, ökonomische Krisen), altersnormiert (z.B. Heirat, Schulanfang) und nicht-normativ (z.B. Scheidung, Tod des Partners) unterteilt werden.

Neben den objektiven Merkmalen von Ereignissen gibt es objektivierte Parameter, die durch intersubjektive Konsensbildung (z.B. durch Expertenratings) oder auf Grundlage einer theoretischen Satzung festgelegt werden. Dazu gehören etwa Belastungsbeziehungsweise Bedrohlichkeitswerte, die Ereignissen zugeschrieben werden, aber

auch die Einschätzung nach Erwünschtheit oder Unerwünschtheit beziehungsweise Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit eines Lebensereignisses. Solche Einschätzungen sind nicht leicht zu treffen und sind auch bei Beurteilung durch mehrere „Experten“ umstritten (Filipp, 1995).

Für einige Stress- und Life-Event-Forscher (z.B. Lazarus, 1995; Filipp, 1995) sind subjektive Ereignisparameter zentral für die Untersuchung dieses Themas.

So postuliert Lazarus in seinem interaktionistischen Stressmodell, dass das Ausmaß des Stressempfindens von der Einschätzung des Verhältnisses zwischen Anforderungen der Situation und den eigenen Möglichkeiten, mit der Situation umzugehen abhängig ist. Stress ist dann vorhanden, wenn eine Situation so beurteilt wird, dass sie die adaptiven Möglichkeiten einer Person übersteigt. Zentral werden dabei die Vorgänge der kognitiven Bewertung der Situation und deren Bewältigung gesehen. Das Ausmaß, in dem eine bestimmte Situation oder ein Lebensereignis als stressig beziehungsweise „kritisch“ empfunden wird, ist demnach abhängig von der Kombination aus der so genannten „primären Bewertung“, der Einschätzung der Situation als Herausforderung, Schädigung, Verlust oder Bedrohung und der „sekundären Bewertung“. Letztere beinhaltet eine Fülle komplexer bewusster und unbewusster Einschätzungsprozesse, welches Bewältigungsverhalten am sinnvollsten ist. Nach diesen ersten beiden Bewertungsphasen folgt die Neubewertung der Situation, denn die ursprüngliche Einschätzung kann sich ändern, wenn neue Informationen über die Situation, beziehungsweise über die eigenen Verhaltensmöglichkeiten erlangt werden (Lazarus, 1995).

#### **1.2.4 Messung kritischer Lebensereignisse**

Kritische Lebensereignisse werden typischerweise durch Inventare von Ereignissen operationalisiert, die die Probanden hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit einschätzen sollen. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Ereignislisten, bei denen es häufig zu Überschneidungen hinsichtlich der Items kommt, welche sich aber trotzdem in bestimmten Punkten unterscheiden.

Die erste Ereignisliste, die überhaupt erstellt wurde, ist die „Social Readjustment Rating Scale (SRRS)“ von Holmes und Rahe (1967), die subjektive und objektive, erwünschte und unerwünschte sowie positive und negative Ereignisse enthält. Personen stufen das jeweilig erlebte Ereignis nach Intensität und nach der benötigten Zeit der Anpassung

ein. Dieser Skala liegt die Definition zugrunde, dass jede Veränderung, sei sie positiv (z.B. Heirat) oder negativ (z.B. Entlassung) eine Belastung bedeutet. Problematisch sei ferner, dass die Items nicht systematisch alle wesentlichen Belastungen abdecken (Davison & Neale, 1998).

Obwohl die SRSS immer wieder für methodische Unzulänglichkeiten kritisiert wurde, hatte sie wesentlichen Einfluss im Bereich der klinischen Life-Event-Forschung als strukturierte Auflistung stressauslösender Lebensereignisse und Methode der Stressquantifizierung. In der Folge wurde eine Vielzahl von Interviews, Ereignislisten und Selbstauskunft-Fragebögen entwickelt. Aktuell sind die bekanntesten und gebräuchlichsten Messinstrumente zur Erfassung kritischer Lebensereignisse das „Interview for Recent Life Events“ (Paykel, 1983) und die „Life Events and Difficulties Schedule“ (Brown & Harris, 1978).

Ein Hauptproblem der Life-Event-Forschung ist der Nachweis kausaler Beziehungen zwischen kritischen Lebensereignissen und bestimmten intraindividuellen Veränderungen, sowie die Aufteilung der Prozesse in abhängige und unabhängige Variablen. So sind nur Kovariationen von Lebensereignissen mit anderen Variablen (z.B. Depression) beobachtbar, welche hauptsächlich über retrospektive Studien erfasst werden. Retrospektive Erfassungen bieten eine Anzahl von Vorteilen, aber auch Nachteile. Vorteilhaft ist die Möglichkeit der Erfassung auch langer zurückliegender Zeiträume und die Möglichkeit der Erfassung subjektiver Bewertungen und individueller Bewältigungswege. Bei der Retrospektion ist aber auch immer damit zu rechnen, dass Ereignisse verzerrt erinnert oder Aspekte vergessen werden. Dabei ist auch immer eine Minderung der internen Validität durch nicht kontrollierte Drittvariablen möglich. Aus diesem Grund sind Längsschnittstudien sinnvoller, da diese exaktere Aussagen über die Kausalitätsrichtung zulassen (Hultsch & Cornelius, 1995).

### **1.3 Posttraumatische Belastungsstörungen**

#### **1.3.1 Definition, Klassifikation und Symptomatologie von Posttraumatischen Belastungsstörungen**

Im Jahr 1980 hat die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft die Posttraumatische Belastungsstörung in ihr Krankheitsklassifikationssystem (DSM-III) aufgenommen, um dem inzwischen gewonnenen Wissen Rechnung zu tragen. Seit den frühen 90er Jahren

ist die Diagnose auch im Internationalen Krankheitsklassifikationssystem (ICD-10) der WHO (1992) vertreten, wobei fünf Hauptkriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben werden:

**ICD-10 Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1)**

A: Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

B: Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.

C: Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.

D: Entweder 1 oder 2:

- 1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
- 2) Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: Schlafstörungen, Reizbarkeit/Wutausbrüche, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit.

E: Die Kriterien B, C, D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. In einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.

Tabelle 1 : ICD-10 Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung

Das erste der fünf Hauptkriterien ist das sog. Traumakriterium. Die vielen unterschiedlichen traumatischen Ereignisse, auf die die oben dargestellten Definitionen zutreffen, lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammenstellen bzw. einteilen. Bewährt haben sich Einteilungen nach *menschlich verursachten vs. zufälligen Traumen* und *kurz- vs. langfristigen Traumen* (Maercker, 1997). Zu den *menschlich verursachten Traumen* (Engl. „man made disasters“) zählen sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit, kriminelle und familiäre Gewalt, Vergewaltigungen,

Kriegserlebnisse, zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme), Folter und politische Inhaftierung sowie Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungslagerhaft). Zu den *zufälligen Traumen* zählen Katastrophen sowie berufsbedingte und Unfalltraumen, so z.B. Naturkatastrophen, technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen), berufsbedingte Katastrophen und Traumen (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr), Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück) sowie Verkehrsunfälle.

Außerdem werden *kurzdauernde traumatische Ereignisse* („Typ-I-Traumen“, „Monotraumata“) wie Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen oder kriminelle Gewalttaten wie Überfälle oder Schusswechsel abgegrenzt von *längerdauernden wiederholten Traumen* („Typ-II-Traumen“, „Multitraumata“) wie Geiselhaft, mehrfacher Folter, Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft oder wiederholter sexueller oder körperlicher Gewalt.

Die Typ-I-Traumen sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, die Typ-II-Traumen durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens.

Es spricht einiges dafür, dass das klassische Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung mit der typischen Symptomtrias von Intrusionen, Vermeidung und Überregung eher mit einem Monotrauma einhergeht und komplexere posttraumatische Störungsbilder typische Folge von Multi- oder chronischen Traumata sind (Maercker & Rosner, 2006).

Psychische Veränderungen bei komplexeren posttraumatischen Störungsbildern gehen über das klassische Bild der PTSD hinaus. Beschrieben werden Störungen der Affektregulation, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, Schwierigkeiten im Bereich der Beziehungsgestaltung, Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins einschließlich dissoziativem Verhalten, Persönlichkeitsveränderungen sowie Veränderungen der Bedeutungssysteme. Für diese beschriebenen längerfristigen Symptome wurden in der Fachliteratur mehrere Begriffe geprägt:

- Andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung (ICD-10, 1992)
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Herman, 1992)
- Störungen durch Extrembelastungen (Disorders of Extreme Stress: van der Kolk et al., 1996, Meichenbaum, 1994)
- Victimisierungssyndrom nach Ochberg (1993)

Im ICD-10 steht für eine komplexe posttraumatische Störung annäherungsweise die Diagnose „*Andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung (F62.0)*“, wofür jedoch noch keine wissenschaftlichen Studien vorliegen. Dieses Störungsbild berücksichtigt auch Aspekte interaktioneller Veränderungen nach einer Traumatisierung. Hier sind insbesondere zu nennen eine feindliche und misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein, Entfremdung. Bezüglich des Kriteriums der Traumatisierung wird eine so extreme Belastung gefordert, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreicht. Als Beispiele werden genannt: Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, langjährige Geiselhaft oder Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr. Die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung kann einer PTSD zeitlich folgen, kann aber auch ohne diese auftreten.

Die *komplexe Posttraumatische Belastungsstörung* nach Herman (1992) fasst die Symptomatik von Personen zusammen, die zusätzlich zur Symptomatik der PTSD nach ICD-10 weitergehende Veränderungen erleben; das beschriebene Störungsbild findet sich häufig bei Typ-II-Traumatisierten. Zusätzliche Symptome in diesem Zusammenhang sind vor allen Dingen Veränderungen in der Affekt- und Impulsregulation, ausgeprägte dissoziative Tendenzen, ein deutlich beeinträchtigtes Identitätsgefühl, ausgeprägte interaktionelle Störungen, eine Revictimisierungsneigung sowie ein depressiv getönter allgemeiner Sinnverlust. Darüber hinaus neigen die betreffenden Patienten dazu, stark mit somatischen Symptomen zu reagieren.

Das letztgenannte Kriterium der PTSD (Zeitkriterium) in DSM-IV und ICD-10 weist darauf hin, dass die zeitlich unmittelbaren Folgen nach einem traumatischen Ereignis nicht als posttraumatische Belastungsstörungen aufgefasst werden. Sie werden hingegen als „akute Belastungsreaktion“ (ICD-10: F43.0) oder „akute Belastungsstörung“ (DSM IV: 308.3) diagnostiziert.

Seit der Erstbeschreibung der PTSD wurden viele Studien zur Kohärenz des Störungsbildes durchgeführt. Die Frage der Kohärenz des Störungsbildes erschien

wichtig, um abgesicherte Aussagen darüber machen zu können, ob die psychischen Folgen von Traumen sich von anderen, lange bekannten Störungsbildern wie Depressionen oder den verschiedenen Angststörungen unterscheiden. Außerdem sollte mit diesen Untersuchungen abgesichert werden, dass die Störung diagnostisch zuverlässig erfassbar ist und alle wesentlichen Merkmale und Symptome berücksichtigt sind (Maercker, 1997). Bei der Untersuchung großer Gruppen von Betroffenen wurde übereinstimmend festgestellt, dass Symptome aus den drei Symptomgruppen (Intrusionen, Vermeidung und Überregung) bei den verschiedensten Traumaarten gefunden werden, unabhängig davon, ob bei den Betroffenen ein Trauma durch Naturkatastrophen, Kriminalität, Vergewaltigung oder ein anderes traumatisches Ereignis ausgelöst wurde (Davidson & Foa, 1993).

Somit kann die PTSD als ein differenziert beschriebenes und gut untersuchtes Störungsbild angesehen werden, wo weniger das auslösende Ereignis als im Kern die typische Reaktion und damit Psychopathologie die Störung beschreibt und ausmacht.

Von einigen Autoren wird das wohl häufiger beobachtbare Vorgehen in der klinischen Praxis kritisiert, dass das Vorhandensein eines Traumas zu einer automatischen Vergabe der Diagnose PTSD führt, auch wenn die geforderten Symptomkomplexe nicht vorliegen (z.B. Okon, 2002). Genauso wird immer wieder kontrovers diskutiert, ob auch weniger lebensbedrohliche aber schwerwiegende Ereignisse wie z.B. partnerschaftliche Trennungen oder Arbeitsplatzverluste als Trauma bezeichnet werden und als Auslöser für Posttraumatische Belastungsstörungen oder PTSD-ähnliche Störungen wirksam werden können (z.B. Okon, 2002; Maercker & Rosner, 2006).

Auch wenn das beschriebene Konzept der PTSD fest im klinischen Alltag implementiert ist, hat es in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs an wissenschaftlichen Untersuchungen und Entwicklungen bezüglich Ätiologie, Diagnostik und vor allem therapeutischen Ansätzen erfahren. Aktuell kommt es zu einer Ausdifferenzierung des Gebietes der Traumafolgestörungen und differenzierten Untersuchungen zu Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren einer PTSD (Maercker & Rosner, 2006). Neurobiologische Befunde zeigen tiefere Einblicke in die Entstehung und Behandelbarkeit posttraumatischer Störungen, was auch eine Differenzierung und Optimierung der unterschiedlichen Therapieansätze erlaubt.

### **1.3.2 Epidemiologie von Posttraumatischen Belastungsstörungen**

Die Verbreitung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) hängt von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse ab. Ein Teil der Traumen variiert in verschiedenen Weltregionen in ihrer Häufigkeit. Es gibt Regionen mit häufigeren Naturkatastrophen und Länder, in denen Gewalt und Folterung politischer Gegner an der Tagesordnung sind (Maercker, 1997).

Bei den Angaben zur PTSD muss man zwischen älteren Zahlen und neueren (ab den 90er Jahren) unterscheiden. Die Prävalenzraten neuerer Studien liegen deutlich höher als die der früheren Untersuchungen. Unterschiede zwischen den älteren und neueren epidemiologischen Studien werden hauptsächlich auf die Senkung der Dunkelziffer durch eine vertrauenswürdige Befragungsmethode zurückgeführt (Maercker, 1997).

Eine größere Untersuchung in den USA (National Comorbidity Study; Kessler et al. 1995) fand eine Lebenszeitprävalenz von 7,8% mit einem starken Geschlechterunterschied (bei Frauen 10,4%, bei Männern 5,0%). Eine Untersuchung aus Deutschland (Perkonig & Wittchen, 1997) beschränkte sich auf Jugendliche und junge Erwachsene (14-24 Jahre). Sie fand eine Lebenszeitprävalenz von 2,2% bei Frauen und 0,4% bei Männern.

Laut AWMF-Leitlinien ist die Häufigkeit von PTSD abhängig von der Art des Traumas (Flatten et al. 2004):

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs- und Vertreibungsoffer
- Ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 15% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 2% und 7%. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.

## **1.4 Anpassungsstörungen**

### **1.4.1 Definition, Klassifikation und Symptomatologie von Anpassungsstörungen**

Anpassungsstörungen sind definiert als Zustände subjektiven Leidens und emotionaler Störung, die sich gewöhnlich beeinträchtigend auf die soziale Funktionsfähigkeit und berufliche oder schulische Leistung auswirken, und in der Phase des Anpassungs- und Bewältigungsprozesses nach einer bedeutsamen Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis auftreten, wozu auch das Vorliegen oder die Möglichkeit einer ernsthaften somatischen Erkrankung zählen kann. Das Leiden geht über das aufgrund der Belastung zu erwartende Maß hinaus. Es ist das Vorliegen einer entsprechenden Vulnerabilität anzunehmen, denn nicht jeder entwickelt auf eine entsprechende Belastung hin eine Anpassungsstörung.

Der Stressor kann die Integrität des individuellen sozialen Netzwerkes – durch Erfahrungen von Verlust oder Trennung – oder des weiter gefassten Systems sozialen Rückhalts und sozialer Werte – beispielsweise durch Wechsel des kulturellen Kontextes im Rahmen von Flucht oder Emigration, aber auch durch den Umsturz politischer Systeme – beeinträchtigt haben. Es kann sowohl lediglich das Individuum alleine betroffen sein, als auch eine Gruppe oder Gemeinschaft, der er oder sie angehört. Ebenso kann auch mehr als ein psychosozialer Belastungsfaktor vorliegen.

Der Beginn der Störung wird üblicherweise innerhalb eines Monats nach Beginn der Belastung beobachtet, das DSM-IV (APA, 1994) erlaubt einen Verzug von 3 Monaten. Die Störung darf nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauern. Das ICD-10 (WHO, 1992) nimmt lediglich die längere depressive Reaktion (F43.21) hiervon aus. Im DSM-IV wird hingegen grundsätzlich eingeräumt, dass die Symptome jedoch auch länger als 6 Monate andauern können, wenn sie als Reaktion auf eine chronische Belastung oder auf eine Belastung mit lang anhaltenden Folgen auftreten.

Es wird häufig davon ausgegangen, dass Anpassungsstörungen auch ohne weitere gezielte Behandlung spätestens nach etwa einem halben Jahr abklingen (Spontanremission). Dies ist auch oft der Fall. Allerdings gibt es aber auch Patienten, bei denen die Anpassungsstörung einen chronischen Verlauf nimmt, z.B. weil die Folgen des Ereignisses weiter anhalten. Dies kann z.B. dann relevant sein, wenn es

sich bei der Belastung um den Verlust des Arbeitsplatzes, eine Scheidung oder den Todesfall eines sehr nahe stehenden Menschen handelt und sich daraus anhaltende finanzielle und/oder emotionale Schwierigkeiten ergeben. Das DSM-IV berücksichtigt diese Tatsache, indem es eine Unterscheidung von akuten und chronischen Varianten der Störung als Zusatzcodierung vorsieht, welche durch den Zusatz dieses Attributes zur Bezeichnung ausgedrückt wird.

Es können Symptome und Verhaltensstörungen vorkommen wie sie ansonsten bei anderen spezifischen Achse-I-Störungen wie affektiven Störungen, neurotischen Störungen, Belastungsstörungen, somatoformen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens beobachtet werden, jedoch werden jeweils die Kriterien der einzelnen Störungen nicht erfüllt, denn keines der Symptome reicht hinsichtlich des Schweregrades oder des Vorherrschens aus, als dass es eine spezifischere Diagnose rechtfertigen würde. Die Symptome können vielmehr in Art und Schwere variieren.

Die Diagnose einer Anpassungsstörung sollte außerdem nicht gestellt werden, wenn die Symptome in einer "einfachen Trauer" bestehen. Die Abgrenzung gegenüber "normalen" Trauerreaktionen erfolgt im ICD-10 lediglich darüber, dass es sich bei einer Trauerreaktion dann um eine Anpassungsstörung handele, wenn sie in Art oder Inhalt abnorm sei. Ansonsten geht auch jede normale Trauer mit einer intensiven Beschäftigung mit dem Verlust der geliebten Person sowie mit Symptomen, welche denen einer Depression ähneln, einher. Dazu gehören unter anderem eine gedrückte oder traurige Stimmung, Schlafstörungen, Interessenverlust und Schuldgefühle oder Selbstanklagen. Außerdem kann ein sozialer Rückzug stattfinden. Bei einer als pathologisch einzustufenden Trauer kann es sich jedoch außer um eine Anpassungsstörung auch um eine depressive Störung handeln.

Der Hauptunterschied zur Posttraumatischen Belastungsstörung liegt in der Art und Schwere des Traumas. Dort muss das belastende Ereignis oder die belastende Situation eine außergewöhnliche Bedrohung darstellen oder ein katastrophenartiges Ausmaß aufweisen. Häufig handelt es sich um Situationen akuter Lebensbedrohung. Ein solches Ereignis würde bei fast jedem eine tiefe Verstörung auslösen. Dennoch entwickelt nicht jeder in einem solchen Falle eine PTSD. Des weiteren tritt die PTSD meist erst mit einer Verzögerung nach einer Latenz von Wochen oder Monaten auf. Ansonsten sind die Symptome ähnlich gelagert wie bei Anpassungsstörungen, aber

ausgeprägter. Es lassen sich daher Parallelen zwischen beiden Störungsbildern feststellen.

Je nach vorherrschendem Erscheinungsbild der Symptome der vorliegenden Anpassungsstörung erfolgt im DSM-IV (APA, 1994) die weitere Differenzierung in folgende Subtypen (in eckigen Klammern die Subtypen des ICD-10 (WHO, 1994)):

- *Mit depressiver Stimmung (309.0):*  
Vorherrschende Symptome: depressive Stimmung, Weinerlichkeit oder Gefühle von Hoffnungslosigkeit
- *[ Kurze depressive Reaktion (F 43.20):*  
Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert. ]
- *[ Längere depressive Reaktion (F 43.21):*  
Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der zwei Jahre aber nicht überschreitet. ]
- *Mit Angst (309.24):*  
Vorherrschende Symptome: Nervosität, Sorgen oder Ängstlichkeit oder bei Kindern auch Trennungsangst von einer wesentlichen Bezugsperson
- *[ Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F 43.23):*  
Die Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten, wie etwa Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Die Symptome für Angst und Depression können die Kriterien für "Angst und depressive Störung, gemischt" (F 41.2) oder andere gemischte Angststörungen (F 43.3) erfüllen, sind aber nicht so dominierend, dass andere spezifischere depressive oder Angststörungen diagnostiziert werden können. Diese Kategorie sollte auch für Reaktionen im Kindesalter verwendet werden, bei denen regressives Verhalten wie Bettnässen oder Daumenlutschen zusätzlich vorliegen. ]
- *Mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt (309.28):*  
Im Vordergrund steht eine Kombination von Depression und Angst.

- [ Angst und depressive Reaktion gemischt (F 43.22):*

Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden, das Ausmaß ist jedoch geringer als bei "Angst und depressive Störung, gemischt" (F 41.2) oder anderen gemischten Angststörungen (F 41.3). ]
- Mit Störungen des Sozialverhaltens (309.3):*

Die vorherrschende Symptomatik ist eine Störung des Sozialverhaltens, bei der es zur Verletzung von Rechten Anderer kommt oder von wesentlichen altersgemäßen sozialen Normen und Regeln (z.B. Schuleschwänzen, Vandalismus, rücksichtsloses Fahren, Schlägereien, Missachtung von rechtlichen Verpflichtungen).
- [ Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F 43.24):*

Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, z.B. kann sich eine Trauerreaktion in der Adoleszenz in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern.]
- Mit emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, gemischt (309.4):*

Es liegen sowohl emotionale Symptome (z.B. Depression, Angst) als auch eine Störung des Sozialverhaltens vor.
- [ Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F 43.25):*

Sowohl emotionale Symptome als auch Störungen des Sozialverhaltens sind bestimmende Symptome. ]
- Unspezifisch (309.9):*

Unangepasste Reaktionen (z.B. körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug oder Störungen im Arbeits- oder Schulbereich) auf psychosoziale Belastungsfaktoren, die sich nicht als eine der spezifischen Subtypen der Anpassungsstörung klassifizieren lassen.
- [ Mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen (F 43.28) ]*

## **1.4.2 Epidemiologie von Anpassungsstörungen**

Zwar liegen keine genauen Daten zur Prävalenz der Anpassungsstörung in der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland vor, sie scheint jedoch in der Allgemeinmedizin recht verbreitet zu sein. Sie ist z.B. die am häufigsten gestellte psychiatrische Diagnose bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen (Gastpar et al., 1996). Eine deutsche Untersuchung von internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten zeigte, dass bei der untersuchten Stichprobe von den psychogenen Störungen, abgesehen von den organischen Psychosyndromen, Anpassungsstörungen bei 9,8% der Patienten im Vordergrund standen (Arolt et al., 1995).

Ein großer Teil von Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken leidet unter Erkrankungen aus der Klasse der Anpassungsstörungen. Beispielsweise betrug nach der Jahresstatistik der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund für das Jahr 1999 der Anteil an Patienten, die unter einer Störung aus der Gruppe der Belastungs- und Anpassungsstörungen litt, 28%. Auch in den Folgejahren fanden sich ähnliche Zahlen für diese Diagnosegruppe (2003 25%, 2004 25,9%, 2005 26,4%, 2006 26% und 2007 29,9%).

In psychiatrischen Beratungszentren schwankt die Häufigkeit von Anpassungsstörungen, definiert nach DSM-III-R, zwischen 5 und 21%, wie eine Metastudie über die Untersuchungen zwischen 1974 und November 1992 gezeigt hat (Despland et al., 1995). Eine weitere multizentrische Studie mit Daten von 7 Universitätskliniken in den USA, Kanada und Australien erbrachte bei 12,0% der Patienten eine Anpassungsstörung, diagnostiziert nach DSM-III-R-Kriterien, welches bei 7,8% die alleinige Diagnose darstellte, während die restlichen 4,2% Komorbiditäten mit anderen Achse-I- und Achse-II-Störungen aufwiesen (Strain et al., 1998).

## **1.4.3 Psychologische Korrelate und differentialdiagnostische Probleme von Anpassungsstörungen**

### 1.4.3.1 Depression:

Depressive Symptome dominieren das Störungsbild bei Anpassungsstörungen. Mezzich et al. (1989) fanden, dass ungefähr die Hälfte aller Patienten mit

Anpassungsstörungen anhand strukturierter klinischer Ratings dem Subtyp "Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung" (DSM-IV 309.0) zugeordnet werden konnte. Fabrega et al. (1987) berichteten, dass depressive Verstimmung das bei Patienten mit Anpassungsstörung am häufigsten vorkommende Symptom war, welches in 76% aller Fälle vorlag. Bei Andreasen und Wasek (1980) wiesen sogar 87% der erwachsenen Patienten mit Anpassungsstörungen depressive Symptome auf.

Despland (1995) gesteht der depressiven Verstimmung aufgrund ihrer Bedeutsamkeit gar den Rang eines "Kernstücks" der Anpassungsstörung zu.

Die Schwere der Depression scheint jedoch bei Anpassungsstörungen geringer zu sein als bei anderen depressiven Störungen. Es konnte ein zunehmender Schweregrad der depressiven Symptomatik von Anpassungsstörungen über Dysthymie bis hin zur Major Depression festgestellt werden (Spalletta et al., 1996).

Kovacs et al. (1995) beobachteten im Rahmen einer Untersuchung zu Anpassungsstörungen bei Kindern mit neu diagnostiziertem insulinpflichtigem Diabetes mellitus als Hauptsymptome der Patienten mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung sich traurig oder ungeliebt zu fühlen (76%), Suizidgedanken (53%), Pessimismus (47%) und herabgesetzte Fähigkeit, Freude zu empfinden (47%).

Kovacs et al. (1994) hatten im Rahmen ihrer prospektiven kontrollierten Studie zu Anpassungsstörungen des Kindes- und Jugendalters zuvor für den Subtyp der Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung etwas anders gelagerte fünf Hauptsymptome festgestellt. Hier traten sogar in 95% der Fälle Gefühle von Traurigkeit oder Ungeliebtsein auf, wiederum gefolgt von Suizidgedanken in 58% der Fälle und einer verminderten Fähigkeit, Freude zu empfinden, in 42% der Fälle. Als weitere Symptome wurden jedoch Selbstabwertung (42%) und Reizbarkeit (32%) beobachtet.

DSM-III-R führt als diagnostische Kriterien für Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung neben eben dieser depressiven Stimmung Symptome wie Weinerlichkeit und Gefühle von Hoffnungslosigkeit auf.

Unter den depressiven Symptomen wurden am häufigsten eine dysphorische Stimmung (bei 67,5% der Erwachsenen und bei 41,2% der Jugendlichen mit einer Anpassungsstörung), Schlafstörungen oder übermäßiges Schlafen (bei 52,2% der Erwachsenen und 21,6% der Jugendlichen), Weinanfälle (bei 42,9% der Erwachsenen und bei 23,6% der Jugendlichen), Appetits- oder Gewichtsveränderungen (bei 37,4% der Erwachsenen und 19,1% der Jugendlichen) sowie Suizidgedanken (bei 35,5% der

Erwachsenen und 29,1% der Jugendlichen) und ausgeführte Suizidversuche (bei 17,2% der Erwachsenen und 24,6% der Jugendlichen) beobachtet (Andreasen & Wasek, 1980).

Einer Untersuchung von Fabrega et al. (1987) zufolge zeigten 53% der Patienten mit einer Anpassungsstörung Schlaflosigkeit, 29% Anzeichen von Suizidalität sowie 29% einen Rückzug von sozialen Aktivitäten.

Die Suizidalität scheint insbesondere bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ausgeprägt zu sein. So wiesen dies unter den von Kovacs et al. (1995) untersuchten Kindern mit der Neu-Diagnose eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus immerhin 53% der Kinder mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung und gar 60% der Kinder mit einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt auf. Zusammen genommen machten in dieser Untersuchung diese beiden Subtypen ca. 94% alle Fälle von Anpassungsstörungen aus. McGrath (1989, zitiert nach Newcorn & Strain, 1992) fand, dass 58% der Fälle von eingelieferten absichtlich selbstinduzierten Vergiftungen eines Krankenhauses über den Zeitraum eines Jahres bei retrospektiver Betrachtung die Kriterien für eine Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung erfüllten. Der weitaus größte Anteil dieser Patienten war zwischen 15 und 24 Jahre alt. Ebenso ist der Anteil von Anpassungsstörungen an vollendeten Suiziden vergleichsweise hoch. In einer Untersuchung von Runeson (1989, zitiert nach Newcorn & Strain, 1992) litten 14% der 15-29-Jährigen vor ihrem Tod unter einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung. Eine andere Studie fand bei 9% der suizidierten 10-29-Jährigen die Kriterien einer Anpassungsstörung erfüllt (Fowler et al., 1986, zitiert nach Newcorn & Strain, 1992).

#### 1.4.3.2 Angst:

Das Symptom Angst kennzeichnet in besonderer Weise den Subtyp der Anpassungsstörung mit Angst (DSM-IV 309.24), welcher im ICD-10 der Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F 43.23) entspricht. In der Untersuchung von Despland (1995) stellte dieser Subtyp einen Anteil von 19% aller Anpassungsstörungen. Des weiteren findet sich Angst als bedeutsames Symptom auch bei dem Subtyp der Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (DSM-IV 309.28), welcher bei derselben Untersuchung 29% der Fälle von Anpassungsstörungen ausmachte (Despland, 1995). In der Studie

von Strain et al. (1998) stellten diese beiden Subtypen 12,9% und 30,3% der Anpassungsstörungen.

DSM-III-R führt als diagnostische Kriterien für Anpassungsstörung mit ängstlicher Stimmung Symptome wie Nervosität, Sorgen und Ängstlichkeit auf.

Bei Betrachtung der Gesamtheit der Anpassungsstörungen und nicht nur ausgewählter Subtypen fanden Fabrega et al. (1987) allgemeine Angst bei 33,9% der Patienten mit Anpassungsstörungen, Panikattacken bei 8,7% und situationale Angst bei 7,9%. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass sich diese Ergebnisse nicht signifikant unterscheiden von den als "nicht krank" klassifizierten Patienten, welche in demselben Diagnostik- und Evaluations-Zentrum der psychiatrischen Klinik untersucht wurden.

Insbesondere bei Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit schweren somatischen Erkrankungen scheint Angst ein häufiges Symptom zu sein. So beobachteten Derogatis et al. (1983, zitiert nach Schatzberg, 1990), dass bei mehr als zwei Drittel aller Krebspatienten, bei denen psychiatrische Störungen festzustellen waren – dies war bei 47% aller untersuchten Krebspatienten der Fall –, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion vorlag. Reaktive Angst wird oft beobachtet in Verbindung mit depressiven Symptomen und tritt bei Krebspatienten typischerweise zu Krisenzeitpunkten oder in Übergangsphasen im Verlauf der Krankheit oder der Therapie auf, wie z.B. dem Zeitpunkt der Diagnose, während man auf eine neue Behandlung wartet oder in fortgeschrittenen oder terminalen Phasen der Krankheit. Die mit fortgeschrittener Erkrankung assoziierte Angst spiegelt die Ungewissheit des Patienten bezüglich seiner Zukunft, der Effektivität der Behandlung oder Ängsten, welche aus einer beeinträchtigten respiratorischen Funktion oder chronischen unkontrollierbaren Schmerzen resultieren, wider (Schatzberg, 1990).

Es wird zum Teil noch als ungeklärte Frage angesehen, ob Anpassungsstörungen mit ängstlicher Stimmung möglicherweise nichts anderes sind als eine schwächere Form einer spezifischen Angststörung (Despland, 1995), wenn auch die Verbindung mit einem vorausgegangenem stressreichen Ereignis gefordert wird. So wird dieser Subtyp der Anpassungsstörungen häufig der Generalisierten Angsterkrankung gegenübergestellt, für welche seit der Ausgabe des DSM-III-R ein Kriterium der Mindestdauer von 6 Monaten eingeführt wurde. Es wird davon ausgegangen, dass in den Fällen, in denen dieses Kriterium nicht erfüllt wird, statt dessen die Diagnose einer

Anpassungsstörung mit ängstlicher Stimmung gestellt werden könnte (Schatzberg, 1990, Bourin et al., 1996).

#### 1.4.3.3 Behinderung (Impairment):

Als Konsequenz aus der Symptomatik zeigt sich bei Anpassungsstörungen eine gewisse Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Dies wirkt sich wiederum sowohl auf interpersonelle, soziale wie berufliche Aspekte aus. Es erfolgt eine wesentliche Beeinträchtigung und Blockierung familiärer und beruflicher Aktivitäten. Dies kann sich beispielsweise äußern in einem Rückzug aus gemeinsamen familiären Unternehmungen, aber auch aus sozialen Kontakten generell. Ebenso können sexuelle Kontakte betroffen sein. Des Weiteren kann bei beruflichen Problemen oft eine Weigerung bzw. Lähmung, die Situation zu klären, Lösungen zu suchen oder anzunehmen, bis hin zu einer rigorosen Ablehnung von Stellenangeboten, beobachtet werden.

Dieses Kriterium wird vom DSM-IV für Anpassungsstörungen gefordert. Im ICD-10 fehlt es jedoch.

#### 1.4.3.4 Störung des Sozialverhaltens:

Bezüglich dieses Symptoms unterscheiden sich jugendliche Patienten mit Anpassungsstörungen deutlich von erwachsenen Patienten. Tritt die Störung in der Adoleszenz auf, findet sich ein gestörtes Sozialverhalten in deutlich ausgeprägterem Maße. So berichten Andreasen & Wasek (1980), dass bei ihrer Untersuchung 77% der Jugendlichen und lediglich 25% der Erwachsenen mit einer Anpassungsstörung eine Störung im Sozialverhalten zeigten. Eine solche besteht vor allem in der Verletzung von Rechten Anderer oder von sozialen Normen und Regeln. Ebenso kommen Kurzschlussreaktionen und ein sich Abreagieren vor (Andreasen & Hoenk, 1982). Bei den Jugendlichen dominierten unter den Symptomen gestörten Sozialverhaltens der Gebrauch illegaler Drogen (37,2%), Schwänzen (35,7%), chronische Verletzung von Regeln (34,2%), eine niedrigere akademische Leistung als erwartet (33,2%), Wutanfälle (30,2%) sowie Weglaufen (26,6%). Die Erwachsenen zeigen hier ebenfalls am häufigsten den Gebrauch illegaler Drogen (10,8%), gefolgt von Wutausbrüchen (8,9%), wöchentlichen Alkoholintoxikationen (5,4%) und herabgesetzte berufliche Leistung (5,4%).

Möglicherweise hat die stärkere Ausprägung bei Jugendlichen ihre Ursache darin, dass sich die emotionale Instabilität bei jüngeren, besser angepassten Patienten eher in Form von gewalttätigem Verhalten, Impulsivität oder Substanzmissbrauch äußert (Despland, 1995). Auch kann sich bei Jugendlichen eine Trauerreaktion in aggressivem oder dissozialem Verhalten manifestieren.

#### 1.4.3.5 Besorgnis:

In den DSM-IV-Kriterien ist Besorgnis bzw. Sorgen als ein Merkmal des Subtypes "Anpassungsstörungen mit Angst" aufgeführt. Zusammen mit den "Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt" dürfte dieses Symptom somit in ca. 50% der Fälle von Anpassungsstörungen auftreten. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass viele Fälle, die früher noch als Generalisierte Angsterkrankung eingestuft worden wären, seit der Einführung des 6-Monats-Kriteriums für diese Störung, an diesem Kriterium scheitern und statt dessen wahrscheinlich am ehesten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst erhalten (Bourin et al., 1997 und Schatzberg, 1990). Für Generalisierte Angsterkrankung ist wiederum das besonders ausgeprägte Sorgenverhalten in Form von Grübelgedanken charakteristisch.

#### 1.4.3.6 Intrusionen:

Das Phänomen der sich immer wieder in das Bewusstsein drängenden Gedanken und Erinnerungen an das belastende Lebensereignis ist für Anpassungsstörungen ebenso kennzeichnend wie für die Posttraumatische Belastungsstörung. Es wird allerdings in der Literatur wenig hervorgehoben. Intrusionen können auch in Form von wiederkehrenden belastenden Träumen oder regelrechten Flash-back-Erlebnissen auftreten. Typisch ist auch, dass die Konfrontation mit Hinweisreizen als psychisch belastend erlebt wird und sogar physiologische Reaktionen hervorrufen kann. Die Folge ist die Entwicklung von Vermeidungsverhalten.

Durch die immer wiederkehrenden Intrusionen scheint der Patient sich gewissermaßen im Kreis zu drehen, gelähmt, und in seinen negativen Gefühlen verhaftet.

### **1.4.4 Bedeutung von Anpassungsstörungen in Forschung und Praxis**

Anpassungsstörungen werden von vielen Autoren (z.B. Fabrega et al. 1987, Snyder et al. 1990, Bronisch und Hecht 1989, Pollock 1992, Despland et al. 1995, Strain et al. 1998) als eine unklar abgegrenzte, relativ unspezifische Restkategorie der

Klassifikationssysteme für psychische Störungen bewertet. Tatsächlich lässt das Konzept dieser Störung aufgrund der möglichen Symptomvielfalt, wie sie in den Subtypen manifestiert ist, einiges an Klarheit und Einheitlichkeit vermissen. Die Forschung hat sich diesem Gebiet daher auch vergleichsweise zurückhaltend gewidmet. Dennoch ist die Bedeutung dieser Störung für die psychiatrische Praxis nicht zu unterschätzen. Der Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen, zu denen beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung oder Verlust des Partners oder auch ein Zusammenbruch von Wertsystemen gezählt werden können, bringt es mit sich, dass diese Störung in besonderem Maße zeitlichen und regionalen Epidemien unterliegt. Entsprechend hat diese Störung in Deutschland in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung insbesondere in den neuen Bundesländern an Bedeutung stark zugenommen. Darüber hinaus werden in ansteigendem Maße chronifizierte Verläufe beobachtet, so dass eine symptomlindernde begleitende Behandlung bis zum spontanen Abklingen der Störung nach wenigen Monaten häufig nicht mehr ausreichend erscheint. Leider mangelt es derzeit jedoch an gut erforschten Behandlungskonzepten für Anpassungsstörungen. Der Bedarf an kontrollierter Wirksamkeitsprüfung zu spezifischen Behandlungskonzepten bei Anpassungsstörungen ist folglich hoch.

### **1.5 Verbitterungsaffekte in der Folge kritischer Lebensereignisse**

Eine spezifische Form von klinisch beobachtbaren Reaktionen in der Folge kritischer Lebensereignisse ist ein anhaltender und ausgeprägter Verbitterungsaffekt.

Passagere Gefühle von Verbitterung nach ungerechten, enttäuschenden und/oder kränkenden Ereignissen scheinen zunächst einmal eine allgemein menschliche und verbreitete Erfahrung ohne Krankheitswert zu sein. Aber auch prolongiertes Verbitterungsempfinden wird z.B. in verschiedenen Literaturgenres unterschiedlicher Epochen beschrieben, wo es zumeist als lebensverändernd, belastend für Betroffenen und seine Umwelt und mit schwerwiegenden Konsequenzen bis hin zur zerstörerischen psychischen Entwicklung beschrieben wird. Frühe detaillierte Beschreibungen von Verbitterungserleben finden sich z.B. bei Aristoteles in der Nikomachischen Ethik (Sussemihl, 1912): „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.“

Auch in der Romanliteratur finden sich bedeutende Werke, deren Protagonisten nach enttäuschenden und ungerechten Erfahrungen in tiefe Verbitterung fallen, was teils zerstörerische Folgen hat. Hier wäre exemplarisch Heinrich von Kleists „Michael Kohlhaas“ zu erwähnen. Die historische Vorlage für Michael Kohlhaas ist eine Chronik aus dem 16. Jahrhundert: Hans Hans Kohlhaase war ein „nicht unbegüterter Kaufmann zu Cölln an der Spree“. Ihm wurden 1532 auf der Straße von Wittenberg nach Leipzig auf Befehl des Junkers Günther von Zaschwitz zwei Pferde gestohlen. Daraus entwickelte sich ein langjähriger Rechtsstreit, der für Kohlhaase zu keinem Erfolg führte. Die Fehde eskalierte. Aus Rache steckte Kohlhaase die Stadt Wittenberg an drei Stellen an und beraubte einen Münztransport des brandenburgischen Kurfürsten Joachim II. Die erbeuteten Silbermünzen versenkte er als Vergeltung für erlittenes Unrecht im heutigen Kohlhasenbrück unter einer Brücke im Wasser. Deshalb wurde er am 22.03.1544 vor dem Berliner Georgentor gerädert. Diese Vorlage gestaltete Kleist zu einer Novelle, in der der ungerecht behandelte und am gültigen Rechtssystem zunehmend zweifelnde Protagonist in recht grausamer und wenig versöhnlicher Manier Rache nimmt durch offene Rebellion, Brandschatzungen und Überfälle, woran auch er letztendlich scheitert und hingerichtet wird. Dass es um eine pathologische Reaktion ging ist daran zu ersehen, dass er das dem Kurfürsten geraubte Silber nicht behält sondern im Fluss versenkt.

Sucht man in einem Wörterbuch nach der Bedeutung des Wortes „Verbitterung“, findet man beispielsweise im Großen Wörterbuch der deutschen Sprache des Duden (1995, S. 3632) folgende Erklärung:

„verbittern = bitter werden, machen:

1. vergällen: jmdm. das Leben vergällen
2. mit bleibendem Groll, bes. über das eigene Schicksal od. über eine als unrecht, verletzend o.ä. empfundene Behandlung (...)“.

Im Online-Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm (2003) wird Verbitterung als dauernder Zustand, als eine Charaktereigenschaft gekennzeichnet, während Erbitterung eher eine vorübergehende Gemütsregung der Erzürrnung sei.

„Verbittertsein“ wird im Bedeutungswörterbuch des Dudens (1970, S.711) als misshmutige Stimmung definiert, welche durch Enttäuschung oder Unglück hervorgerufen wurde und von der man sich nicht befreien kann. Für das Prädikat „verbittert“ steht folgende Begriffsbestimmung: „durch eine unverdiente beleidigende, verletzende Äußerung oder Behandlung verbittert machen: dass seine Arbeit nie richtig gewürdigt wurde, hat ihn sehr verbittert“ bzw. „trotstlos, bitter machen: Krankheit und Enttäuschung verbitterten die letzten Jahre.“

Schaad (2002) hat die Bedeutungen von Verbitterung aus der Alltagssprache in substantivischen Worten kategorisiert und in Gruppen gegliedert. Folgende Gefühlsvarianten sind nach Schaad zu finden:

- Befangenheit, Angst, Furcht, Misstrauen
- Verzweifelung, Verachtung, Verdruss, Ärger, Zorn, Wut, Antipathie, Empörung, Hass, Feindseligkeit, Boshaftigkeit, Unanständigkeit, Aggressivität, Misshmut, Schadenfreude, Spott, Rache, Geringschätzung, Hochmut, Geiz, Neid, Misshgunst, Rauheit, Härte, Sadismus, Strenge
- Trauer, Niedergeschlagenheit, Melancholie, Kummer, Schwersmut, Beklemmung, Klaghaftigkeit, Depression, Verschlossenheit, Jammer, Pessimismus, Unmut, Bedrücktheit, Unlust, Überdruss, Hoffnungslosigkeit, Langeweile, Unzufriedenheit, Heimweh, Nostalgie, Enttäuschung, Gleichgültigkeit
- Besessenheit, Verstiegenheit, Eigensinn, Sturheit, Verbohrtheit, Eigenwilligkeit, Rechthaberei, Distanzlosigkeit, Rigidität, Fanatismus

Die Alltagssprache dokumentiert damit Varianten und universale Charakteristika der Ausdrucksmöglichkeiten für Verbitterung, deren Bedeutungsumfang sowohl Gefühle, kognitive Elemente (Einstellungen) als auch Verhaltensweisen betrifft.

Schaad spricht von einem „gefühlsrespektiven Verhaltenskomplex“ der Verbitterung. Dabei ist das Phänomen „Verbitterung“ der direkten Beobachtung meist nicht zugänglich und muss indirekt erschlossen werden aus einer Anzahl von Indikatoren, beispielsweise aus Verhaltensweisen, und deren Interaktionen. Aus erfassten Handlungen oder Eindrücken schließt man auf eine gegebenenfalls dahinter liegende

Verbitterung. Daher ist Verbitterung ein hypothetisches Konstrukt, eine begriffliche Annahme über die psychologische Struktur von Erlebens- und Verhaltensweisen (Schaad, 2002).

Verbitterung ist eine Emotion eigener Qualität, die klar von Depressivität, Hoffnungslosigkeit oder Ärger unterschieden werden kann, obwohl sie durchaus auch gemeinsam auftreten können (Alexander, 1966, Baures, 1996). 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 Psychopathologiematerialien nicht einmal Erwähnung (AMDP 1995).

Auch in der wissenschaftlichen Literatur wird der Verbitterungsaffekt kaum beschrieben. Er findet sich als Folge von Erlebnissen sozialer Ungerechtigkeit (Pirhacova, 1997), lang andauernder Arbeitslosigkeit (Zemperl & Frese, 1997) und schwerwiegenden Lebensereignissen im Rahmen einer Extremtraumatisierung (Baures, 1996). Tausch (1992) postuliert, dass der seelische Vorgang des Vergebens eine wesentliche Rolle bei der Minderung von Bitterkeitsaffekten spielt.

Znoj (2002) entwickelte im Kontext seiner Arbeit mit Krebspatienten eine Verbitterungsskala und einen Fragebogen zum Verbitterungserleben (Berner Verbitterungsfragebogen, unveröffentlicht).

Alexander (1966) beschreibt die Phänomenologie der Verbitterung aus psychoanalytischer Sicht. Er meint, dass Verbitterungserleben Patienten nur selten in ärztliche Behandlung bringt, da dieser Affekt weniger als Störung als eher als unangenehmes Gefühl erlebt wird, das durch äußere Realitäten gerechtfertigt erscheint und dadurch als passend, angemessen und nicht krankheitswertig eingeschätzt wird. Es wird Ärger über die erlittene Misslichkeit erlebt und Betroffene tendieren dazu, Wiedergutmachung einzufordern. Gefühle von Verbitterung vor allem in geringerem Ausmaß sind nach Alexander eine universelle Erfahrung, die keine klinischen und soziologischen Probleme bereiten bis das quantitative Ausmaß von Verbitterung groß wird. Intensive Gefühle von Verbitterung sind immer assoziiert mit einer brennenden Empfindung von Unfairness und dem drängenden Gefühl dass einem ohne triftigen Grund Unrecht angetan wurde.

In der klinischen Beobachtung stellt sich Verbitterung als komplexe, eindrückliche und sehr vitale Emotion dar. Sie erwächst zumeist aus Gefühlen und Gedanken der

Ungerechtigkeit, Herabwürdigung, Enttäuschung und Benachteiligung zusammen mit dem Impuls, zurückzuschlagen bzw. Rache zu üben.

Betroffene können sich gedanklich nicht vom auslösenden kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher lösen und tragen durch die ständige kognitive Wiederholung des Erlebnisses zu einer Verfestigung ihres Zustandes bei. Dieses Verhalten erinnert an Intrusionen, die charakteristisch für die PTSD sind. Der Unterschied zwischen beiden Störungen besteht jedoch darin, dass Gefühle der Verbitterung gleichzeitig verletzen und belohnen, was das ständige Wiederholen der Gedanken an das kritische Lebensereignis erklärt. In Verbitterung schwingen selbstwertstabilisierende Rachedgedanken mit, die nicht selten zu Verletzungs- bzw. Tötungsphantasien gegenüber dem Verursacher führen. Da sich Betroffene für solche Gedanken schämen und diese häufig verleugnen, findet man klinisch eher Äußerungen von Genugtuung und fehlendem Mitleid beim Gedanken, dass dem vermeintlichen Verursacher etwas ähnlich Schlimmes zustoßen könnte. Der Gedanke an Rache ist häufig in der Lage, auf das tief verzweifelte Gesicht eines Verbitterten in Sekunden ein Lächeln zu zaubern. Steht keine verantwortliche und greifbare Person oder Instanz zur Verfügung, richtet sich häufig die Aggression gegen die eigene Person. In diesen Fällen suchen die Betroffenen die Schuld für das Ereignis bei sich oder fühlen sich inkompetent, weil sie das Ereignis nicht verhindern oder vermeiden konnten. Das Gefühl „versagt“ und „es nicht anders verdient“ zu haben hält Verbitterungserleben aufrecht. Hilfsangebote werden als Beweise für eine weitere persönliche Niederlage erlebt und zurückgewiesen.

## **1.6 Die Posttraumatische Verbitterungsstörung als Subtyp einer Anpassungsstörung**

### **1.6.1 Beschreibung des Störungsbildes der Posttraumatischen Verbitterungsstörung**

Im klinischen Alltag findet man eine abgrenzbare Form von Anpassungsstörungen mit vorherrschendem Verbitterungsaffekt, die weder durch die jetzige Definition einer Anpassungsstörung noch durch die Vergabe einer anderen Achse I-Diagnose hinreichend präzise abgedeckt werden kann. Diese Störungen können auf den ersten Blick wie eine endogene Depression wirken. Allerdings ist im Gegensatz zur Depression die affektive Modulation ungestört. Tatsächlich liegt jedoch ein prolongiertes Verbitterungssyndrom infolge einer Psychotraumatisierung vor. Die auftretenden Affekte

sind Hilflosigkeit, Enttäuschung, Ärger, Beleidigtsein, Selbstaggression, Vorwürfllichkeit gegen sich und andere. Dabei ist die Modulationsfähigkeit der Stimmung erhalten. Der Patient hadert mit dem Schicksal; es kommt zu einer Blockade und z.T. zur Ablehnung von Hilfsangeboten. Rückzug aus Sozialbeziehungen und dem beruflichen Leben sind eine weitere Folge. Alle Plätze und Personen, die mit dem traumatischen Ereignis zu tun haben, werden vermieden, was vordergründig wie eine Phobie erscheinen kann. Im Gegensatz zur Phobie und zur PTSD kommt es dabei nicht zum Symptombild des vegetativen Hyperarousals, sondern eher zu Verzweiflung und Wut. Das beschriebene Syndrom ist als spezifische Anpassungsstörung und längerdauernde abnorme Erlebnisreaktion einzuordnen. Die jetzige Definition der Anpassungsstörung ist aber weder hinsichtlich der beschriebenen Affektkonstellation noch hinsichtlich des postulierten Sechs-Monats-Kriteriums mit dem hier geschilderten Bild kompatibel. Solche Patienten stellen sich nicht selten mit der Vordiagnose einer Depression oder Phobie vor.

### **1.6.2 Zwei Falldarstellungen einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung**

Zur Verdeutlichung des Störungsbildes der Posttraumatischen Verbitterungsstörung folgen zwei Falldarstellungen von Patienten des Reha-Zentrums Seehof in Teltow, die sich dort zur stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung befanden:

#### Falldarstellung 1 (weibliche Patientin, 42 Jahre alt):

Es handelt sich um eine 42-jährige Patientin, die auf Anraten ihrer ambulanten Nervenärztin unter der Einweisungsdiagnose einer depressiven Entwicklung zur stationären Rehabilitationsbehandlung kommt.

Bei stationärer Aufnahme sehen wir eine attraktive und modisch gekleidete Frau, die mit tiefen Augenringen, eingefallenen Wangen und leiderfülltem Gesichtsausdruck erheblich vorgealtert aussieht. Zunächst beschreibt sie eine Symptomatik, die an eine depressive Episode mit deutlichem somatischen Syndrom erinnert. Die Stimmung in den Therapiegesprächen erscheint überwiegend niedergeschlagen–verzweifelt mit heftigen Affekten von Verbitterung, Groll, Beschämung und Wut bei der Erwähnung einer subjektiv äußerst belastenden Eheproblematik mit Trennung seit 2 Jahren. Bei Ablenkung durch andere Themen oder Mitpatienten kann sie jedoch auch phasenweise einen ausgeglichenen, ja sogar fröhlichen Affekt mit guter Schwingungsfähigkeit zeigen.

Biographisch berichtet die Patientin über eine unauffällige Geburt und frühkindliche Entwicklung sowie erfolgreiche Schulausbildung und Wunschstudium ohne Anhalt für neurotische Entwicklung oder psychische Beeinträchtigungen. Kindheit und Jugend werden als sehr harmonisch und behütet beschrieben; das Familienleben und die Beschäftigung mit den Kindern habe stets im Mittelpunkt der Altfamilie gestanden. Die Patientin ist bereits seit der Schulzeit mit ihrem Ehemann liiert und habe ihn früh geheiratet; für beide Partner sei es die erste intime einzige Beziehung gewesen. Auch für die Patientin habe die Familie sowie eine harmonische und innige Partnerschaft stets im Mittelpunkt gestanden und sie habe stets den Familienaktivitäten andere Interessen und Sozialkontakte untergeordnet. Obwohl sie bis auf kurze Unterbrechungen seit Studienende in Teilzeit berufstätig war, habe sie auch ihre berufliche Entwicklung zugunsten der Familie sehr in den Hintergrund gestellt („wenn ich Karriere mache und mich für anderes engagiere, bleibt ja keine Zeit mehr“). Die Ehe sei in den ersten 15 Jahren sehr eng und symbiotisch verlaufen, da die begrenzte Zeit gemeinsam für Kindererziehung und Hausbau in Anspruch genommen wurde und auch der Ehemann eigene Hobbys und Geselligkeiten zurückgestellt habe.

Vor zwei Jahren habe der Ehemann eine neue, karriereträchtigere Stelle angenommen, für die er sich zeitlich sehr engagiert habe. Die Patientin habe ihn noch erheblich mehr unterstützt und entlastet, um ihm den weiteren beruflichen Aufstieg zu erleichtern. Nach einigen Wochen habe er zunehmend eigene Hobbys und Unternehmungen mit den neuen Kollegen wahrnehmen wollen, worauf die Patientin mit Unverständnis und Gekränktheit reagierte. Wenige Monate nach dem Arbeitsplatzwechsel fand sie dann zufällig einen sehr gefühlsbetonten Brief ihres Ehemannes an eine Arbeitskollegin, aus dem hervorging, dass er eine sexuelle Beziehung mit dieser (deutlich jüngeren) Arbeitskollegin begonnen habe und zu ihr ein enges Vertrauensverhältnis empfinde. Nach heftigen Konflikten mit der Patientin gab ihr Ehemann zu, sich in diese Arbeitskollegin verliebt zu haben, jedoch bislang ohne Absicht seine Ehe aufgeben zu wollen. Andererseits könne er sich einen Beziehungsabbruch zu der Kollegin auch nicht vorstellen und brauche „Bedenkzeit“ und eine „Trennung auf Zeit“.

Für die Patientin sei in diesem Moment „die Welt zusammengebrochen“. Sie sei bitter enttäuscht, verletzt und empört, wie ihr Ehemann einen solchen Verrat an ihrer Ehe üben und ihr so eine Demütigung antun könne („nach allem, was ich für unsere Familie getan habe“). Als besonders ungerecht erlebe sie, dass ihr Ehemann gegenüber der

Kollegin Gefühle äußere, sich von ihr verstanden fühle und sich mit ihr beschäftige, während sie als Ehefrau seit Jahren alles für ihn tue und sich nur wenig wertgeschätzt fühle. Dies erlebe sie als unerwartete, vernichtende Demütigung und Herabwürdigung, was sie in der Folge „völlig aus der Bahn geworfen“ habe.

Seit dem Auffinden des Briefes ca. 20 Monate vor stationärer Aufnahme sei ihr Ehemann aus dem gemeinsamen Haushalt in eine eigene Wohnung gezogen, wo jetzt auch seine Arbeitskollegin und neue Partnerin lebe. Eine Scheidung wolle er noch herauszögern, um „den Kindern und der Familie nicht so weh zu tun“.

Die Patientin grübele seit dem Ereignis viele Stunden am Tag mit heftigen Affekten von Groll, Bitterkeit und Verzweiflung, weine häufig, könne sich nur schwer konzentrieren, leide unter Appetitlosigkeit und erheblicher Gewichtsabnahme sowie ausgeprägten Stimmungseinbrüchen insbesondere in Gegenwart des Ehemannes, der mehrfach in der Woche die gemeinsamen Kinder besuchen komme.

Im Zusammensein oder telefonischen Kontakt mit ihrem Ehemann stelle sie ihn nahezu täglich zur Rede, könne ihm nichts verzeihen, provoziere bewusst Konflikteskalationen und fühle sich danach noch verbitterter und gedemütigter („wenn ich ihn nur ansehe, kommt alles an Erinnerungen mit Bitterkeit hoch und ich verliere völlig die Fassung...“). Sie mache sich einerseits selbst heftige Vorwürfe („war ich ihm nicht gut genug?“) und habe andererseits heftige quälende Rachegeanken gegenüber dem Ehemann und seiner Arbeitskollegin und neuen Partnerin. Sie habe daran gedacht, selbst Ehebruch zu begehen, obwohl dies völlig ihren Prinzipien zuwider laufe, ihren Ehemann vor allen Arbeitskollegen mit Enthüllungen zu blamieren oder einen „knallharten Scheidungskrieg“ zu beginnen, der ihn lebenslang strafe. Wenn sie in der Öffentlichkeit Frauen sehe, die ihrer Vermutung nach der Arbeitskollegin ähneln, gerate sie in heftige emotionale Ausnahmezustände mit Gedanken an den Ehemann und seine Geliebte und gerate daraufhin so in Wut, dass sie daran denke, die unbekannte Frau körperlich zu attackieren. Mehrfach habe sie in solcher Situation dann ihren Ehemann verbal oder körperlich angegriffen (z.B. geohrfeigt), wenn er anwesend war. Sie habe sich seither auch gänzlich aus sozialen Kontakten herausgezogen, da sie sich vor den wenigen Freunden schäme, dass ihr eigener Ehemann ihr diese Schmach angetan habe, wo sie sonst das Bild einer heilen Familie vermittelt haben.

Die Patientin lehnt im stationären Setting der psychosomatischen Rehabilitationsklinik zunächst jegliche Hilfsangebote sowie auch Kontakte zu Mitpatienten und Aktivitätsaufbau ab („es erscheint so ungerecht – er hat mich so verletzt und jetzt soll *ich* eine Behandlung machen und *mich* gar noch verändern!“) und zieht sich demonstrativ aus Therapieangeboten auf ihr Zimmer zurück. Die ärztliche Psychotherapeutin wird einerseits zu ständigen Interventionsgesprächen bei krisenhaften emotionalen Ausnahmezuständen gedrängt; andererseits wertet die Patientin jegliche strukturierte therapeutische Herangehensweisen und auch die Therapeutin ab („so was soll Ihnen erst einmal passieren, da können Sie gar nicht mitreden oder mir gar helfen...“). Es kommt nur schleppend und kleinschrittig eine kognitiv orientierte Behandlung in Gang, auch räumlicher Abstand vom familiären Umfeld durch das stationäre Setting bessert die ausgeprägte Psychopathologie nicht. Die Patientin betont, dass sie sich eigentlich keinen Weg vorstellen könne ihrem Ehemann je zu vergeben und sich besser zu fühlen, weil eine Besserung ihres Zustandes ja für sie ein Eingeständnis wäre, dass „alles nicht so schlimm“ sei und ihr Ehemann „ungeschoren und ohne Reue davon kommt“. Sie bricht die Behandlung ab, nachdem ihr Ehemann ein auf ihren ausdrücklichen Wunsch anberaumtes Paargespräch im Beisein der Therapeutin telefonisch absagt.

#### Falldarstellung 2 (männlicher Patient, 57 Jahre alt)

Der 57-jährige Patient wurde unter der Verdachtsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zur stationären Rehabilitationsbehandlung aufgenommen, nachdem er seit 18 Monaten krankgeschrieben war vom Nervenarzt wegen eines anhaltenden desolaten psychischen Zustandes mit rezidivierender Suizidalität. Der Patient gibt an, die Rehabilitationsmaßnahme nicht freiwillig anzutreten, sondern sich vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse gedrängt zu sehen und kein Therapieanliegen zu haben. An seinem desolaten Zustand könne man „eh nichts ändern“, außer „man könne das Rad der Zeit zurückdrehen“ oder „das kapitalistische System hochjagen“.

Zögernd berichtet er dann doch seine Geschichte, die zu seinem jetzigen Zustand geführt hat: Er sei in der ehemaligen DDR ein sehr engagierter und erfolgreicher Funktionär in einem hohen sozialen politischen Amt gewesen und habe es als seine Lebensaufgabe gesehen, besonders die Schwachen und Bedürftigen zu fördern und sich für sie einzusetzen. Seine eigene Biographie sei geprägt von „harter, ehrlicher

Arbeit“, Solidarität mit den Prinzipien der DDR und „dem Willen alles zu schaffen was man sich vornimmt“. Er selbst sei als einfacher Arbeiter auf einem eher indirekten Weg in die Politik gekommen, mit vielen zeitaufwändigen Ausbildungen. Sein Weg sei durch sein hohes Engagement und seine ebenso hohen moralischen Wertvorstellungen gezeichnet gewesen und er könne auf eine beachtliche Karriere zurückblicken. Obwohl mitten im politischen Geschehen der Zeit involviert, habe ihn die Wende 1989 völlig unvorbereitet ereilt („keiner von uns im Amt hat geglaubt, dass es soweit kommen könne...“). Bereits nach wenigen Monaten sei seine Institution aufgelöst worden und er habe seine vielen Mitarbeiter noch entlassen müssen, bevor er selbst arbeitslos wurde. Wende und Wiedervereinigung hätten sein „ganzes Leben auf den Kopf gestellt“. Alles woran er geglaubt und wofür er gekämpft habe, sei in wenigen Monaten „untergegangen“ und werde von der Öffentlichkeit „in den Dreck gezogen“. Einige seiner ehemaligen Mitstreiter hätten sich kurz vor der Wiedervereinigung umgebracht, andere wieder würden „ihr Fähnlein nach dem Wind richten“ und hätten sich „rasch mit dem Kapitalismus liiert“. Er habe sich trotz vieler Zweifel und Hadern mit dem neuen politischen System aber in den nächsten Jahren bemüht, wieder beruflich Fuß zu fassen. Er sei kurzzeitig mit vielen Unterbrechungen als Dozent in der Erwachsenenbildung nach einer Maßnahme vom Arbeitsamt tätig gewesen. Vor fünf Jahren sei sein Vertrag als Dozent nicht mehr verlängert worden, mit der Begründung er sei „nicht tragbar“ wegen seiner politischen Vergangenheit in der DDR. Das habe ihn „bis ins Innerste“ getroffen, da er sich auch dort versucht habe zu engagieren, seine Werte zu vertreten und auf die Menschen zuzugehen. Seither sei er arbeitslos, erhalte inzwischen Sozialhilfe, habe Dutzende von Bewerbungen geschrieben und nur Absagen bekommen, spätestens wenn seine frühere Berufstätigkeit in der DDR Thema wurde. Er und seine Familie, die in der DDR gut gelebt hätten („wir hatten alles was wir brauchten, die Zukunft sah sicher aus...“), stünden am Rande des finanziellen Ruins. Er schildert die Zeit nach der Wiedervereinigung und vor allem die letzten 5 Jahre seit der Arbeitslosigkeit als eine „Zeit der Ohnmacht, der Herabwürdigung, des tiefen Grolls und des Untergangs“. Vor vier Jahren sei dann noch ein gerichtlicher Prozess eröffnet worden, wo er sich zu Unrecht wegen finanzieller Unregelmäßigkeiten aus seinem ehemaligen Amt in der DDR verantworten musste. Er sei zwar freigesprochen worden, jedoch habe dieser Prozess viel Medienecho bewirkt und er werde von Nachbarn und auch vielen Freunden seither gemieden und teils auch in der Öffentlichkeit beschimpft. Dieser Umstand habe für ihn „das Fass endgültig zum Überlaufen gebracht“.

Er verbringe die Tage seither fast nur noch vor dem Fernseher und lese intensiv die Tagespresse auf der Suche nach neuen Ungerechtigkeiten und rege sich dabei themenbezogen stundenlang über die „kapitalistische Politik“ auf, wo herabwürdigende Prozesse geführt werden, „die Armen und Ehrlichen noch mehr ausgebeutet werden“ und es „keine Solidarität“ mehr gebe. Er steigere sich dabei einerseits in Wutanfälle mit regelrechten „Hasstiraden“, andererseits überkomme ihn dann auch heftige Wehmut und Hilflosigkeit bei dem Gedanken an sein früheres „geordnetes und beglückendes“ Leben in der DDR. Er fange dann heftig an zu weinen und denke auch an Suizid. Er vernachlässige seine Familie, sei reizbar, leide unter ausgeprägten Schlafstörungen, liege die Nacht über wach und grüble darüber nach, wie es soweit habe kommen können. Er habe nur noch wenig Freunde, die seine Lage verstünden und sich ebenfalls kompromisslos die DDR zurückwünschen.

Bei Aufnahme wirkt der Patient dysphorisch, zynisch-resigniert und latent aggressiv. Er fragt zunächst die ärztliche Psychotherapeutin, ob sie denn aus dem Westen käme, denn dann „könnte man die Sache mit Therapie gleich vergessen, denn dazu gehört politisches Verständnis für meine Lage“. Im Verlauf der Behandlung zeigt der Patient durchaus auch eine humorvolle, großzügige Seite und berichtet warm und liebevoll über seine Familie; dabei ist ein ausgeglichener Affekt zu sehen.

Als Erklärungsmodell für diese zwei eindrucksvollen psychischen Reaktionen bietet sich der Zusammenhang zwischen den subjektiv belastenden kritischen Lebensereignissen (Ehebruch/Trennung im ersten Fall, Arbeitslosigkeit und soziale Ächtung in der Folge der Wende im zweiten Fall) und der damit einhergehenden erheblichen Verletzung basaler Grundüberzeugungen und lebensgeschichtlich entwickelter Ideale an. Die Patienten erleben eigene Grundüberzeugungen durch die kritischen und umwälzenden Lebensereignisse als entwertet und sehen ihre langjährigen Lebensentwürfe als herabgewürdigt und nicht mehr gültig.

### **1.6.3 Klinische Diagnosekriterien für die Posttraumatische Verbitterungsstörung**

Der in den beiden Kasuistiken beschriebene spezifische Reaktionstyp, der in der Folge außergewöhnlicher, aber durchaus lebensüblicher Belastungen entsteht und der durch Verbitterung, Rückzug, Entwicklung einer multiformen psychischen Symptomatik, Chronizität und sozialmedizinisch erheblichen Negativfolgen zu charakterisieren ist, lässt sich durch die vorliegenden Klassifikationssysteme nicht hinreichend erfassen.

Auf der Basis eigener klinischer Erfahrung haben wir in der Arbeitsgruppe um Prof. Linden diese Form einer Störung als „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED)“ bezeichnet und dafür aus der klinischen Erfahrung diagnostische Kriterien abgeleitet (Linden 2003, Linden et al. 2004), wobei zwischen Kernkriterien und Zusatzsymptomen unterschieden wird:

#### 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.

## **2. Fragestellung**

Auf dem Hintergrund der vorliegenden Literatur und der klinischen Alltagserfahrung ist festzustellen, dass die Klassifikation der reaktiven Störungen, posttraumatischen Störungen und Anpassungsstörungen trotz einer langen Forschungstradition weiterhin unbefriedigend ist.

Dies gilt insbesondere für einen spezifischen Reaktionstyp, der in der Folge außergewöhnlicher, wenn auch lebensüblicher Belastungen entsteht, durch anhaltende Verbitterung, Rückzug, Entwicklung einer multiformen Symptomatik, Chronizität und sozialmedizinisch erhebliche Negativfolgen zu charakterisieren ist und der durch die vorliegenden Klassifikationssysteme nicht hinreichend zu erfassen ist. Auf der Basis klinischer Beobachtung und Erfahrung wurde diese Störung als „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED)“ bezeichnet und klinische Kriterien für dieses spezifische Störungsbild beschrieben (Linden 2003).

Die vorliegende Untersuchung hat folgende Ziele:

(a) Es soll geklärt werden, ob sich das klinisch beschriebene Syndrom der „Posttraumatischen Verbitterungsstörung“ (PTED) empirisch untermauern lässt. Dazu ist zu zeigen, dass sich entsprechend klinisch definierte Patienten von Patienten mit anderen psychischen Störungen, d.h. insbesondere depressiven Erkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und anderen reaktiven Störungen abgrenzen lassen. Es ist die besondere Psychopathologie zu belegen und zu klären, welche Symptomkonstellation am besten erlaubt, Patienten mit einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung von anderen Störungen zu differenzieren.

(b) Es sollen diagnostische Algorithmen entwickelt werden, nach denen das klinisch definierte Störungsbild bestmöglich operationalisiert und abgebildet werden kann.

(c) Aus den diagnostischen Algorithmen für die Posttraumatische Verbitterungsstörung soll ein valides strukturiertes diagnostisches Interview für die PTED entwickelt werden, das die Abgrenzung dieses spezifischen Störungsbildes erlaubt.

### **3. Methode**

#### **3.1 Vorarbeiten**

Vor Beginn der Hauptuntersuchung wurde in einer Pilotphase eine erste Untersuchung an 21 Patienten der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik durchgeführt, die klinisch das Bild einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung zeigten und einer Untersuchung diesbezüglich zugestimmt hatten. Das Ziel hierbei war die Überprüfung und Modifikation von Abläufen, Materialien und Messinstrumenten für die Hauptstudie.

Bezüglich des Störungsbildes der Posttraumatischen Verbitterungsstörung wurden bereits Kernkriterien und Zusatzsymptome beschrieben (Linden 2003). Aus diesen klinischen Kriterien wurde als Untersuchungsinstrument für die Hauptstudie zunächst die Vorform eines halbstrukturierten Patienteninterviews entwickelt, das die einzelnen postulierten Kriterien und typische psychopathologische Auffälligkeiten für die PTED strukturiert erfragt.

Wir wählten eine halbstrukturierte Interviewform als Untersuchungsverfahren, da sich insbesondere durch den Einsatz strukturierter und standardisierter Interviews die Zuverlässigkeit (Reliabilität) und indirekt auch die Validität klinischer Diagnosen deutlich verbessern lässt. Im Bereich der Forschung gehören strukturierte und standardisierte Interviews zum festen Methodenrepertoire (Strauß, Caspar & Hohagen, 2006).

Durch einen hohen Strukturierungs- bzw. Standardisierungsgrad des diagnostischen Vorgehens wird insbesondere die Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Beurteilern erhöht. Beispiele für gängige strukturierte Interviews sind z.B. das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen für DSM-IV (DIPS) und das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I und II (SKID-I/II). Ein Beispiel für

eine gängiges standardisiertes Interview ist das Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Die Reliabilität der wichtigsten im deutschen Sprachraum vorliegenden Verfahren zur standardisierten Befunderhebung wurden mehrfach empirisch gesichert (Hiller et al., 1990; Wittchen et al. 1991).

Die neu entwickelte Vorform des halbstrukturierten Interviews für PTED zur Verwendung für die Symptomerfassung in der Hauptstudie wurde in ersten Testläufen mit Patienten unterschiedlicher psychischer Störungsbilder sowie auch mit den 21 Patienten mit PTED-typischer Symptomatik der Pilotphase durchgeführt. Das Interview wurde von Projektmitarbeitern verschiedener Berufsgruppen durchgeführt (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Dokumentationsassistenten); anschließend wurden Abweichungen und Probleme in der Befragung der Patienten sowie die Beurteilung von Patientenaussagen diskutiert, um einheitliche Standards auch bei verschiedenen Untersuchern zu ermöglichen. Dabei wurden die Inhalte der einzelnen Fragen des Interviews sowie der Fragestil auf Verständlichkeit und Konkretheit geprüft und nochmals geringfügig modifiziert. Die dabei entwickelte Studienform des halbstrukturierten Interviews zur PTED findet sich im Anhang 1. Diese Studienform des halbstrukturierten Interviews wurde dann in der Hauptstudie verwendet und diente als Basis für die Entwicklung des diagnostischen Interviews für PTED.

Anhang 1: Studienform des halbstrukturierten Interviews zur PTED

### **3.2 Hauptuntersuchung**

In der Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund in Teltow bei Berlin wurden 50 stationäre und teilstationäre Patienten mit dem klinischen Bild einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED) mit einer klinischen Kontrollstichprobe von 50 Patienten mit anderen psychischen Störungen verglichen, die klinisch nicht die Kriterien einer PTED erfüllten. Die Untersuchung wurde im Zeitraum von 2002 bis 2004 durchgeführt. Die Durchführung dieses Forschungsprogramms wurde ermöglicht durch eine Forschungszuwendung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI / Förderkennzeichen: 8011-106-31/31.51.0.

### **3.2.1 Therapieeinschluss**

In internen Weiterbildungen wurden alle Bezugstherapeuten der Rehabilitationsklinik Seehof über das Konzept der Posttraumatischen Verbitterungsstörung soweit geschult, dass sie in die Lage versetzt wurden, Patienten mit klinischen Kriterien für eine PTED oder ähnlicher Symptomatik zu identifizieren und dies den Projektmitarbeitern mitzuteilen. Mit diesen ausgewählten Patienten führte die Autorin dieser Arbeit ein durchschnittlich 20-30minütiges freies Interview durch, in dem die aktuelle Symptomatik, spezifische PTED-Kriterien und Angaben zur Vorgeschichte im offenen Dialog erfragt wurden und der psychopathologische Befund erhoben wurde. Entsprechend dem klinischen Eindruck im Vorgespräch den postulierten Kriterien für eine PTED erklärten sich Patienten zur freiwilligen Teilnahme bereit, erfolgte der Einschluss in die Indexgruppe. Parallel dazu wurden Patienten mit anderen psychischen Störungen aber ohne typische PTED-Symptomatik für die Kontrollgruppe gesucht und eingeschlossen. Es wurde jeweils der als nächstes aufgenommene Patient gleichen Geschlechts und Alters ausgewählt. Diese Patienten wurden ebenfalls von der Autorin dieser Arbeit in einem 20-30minütigen freien Interview untersucht um auszuschließen, dass sie die PTED-Kriterien erfüllen.

### **3.2.2 Allgemeine Diagnostik**

Alle an der Untersuchung teilnehmenden Patienten wurden im nächsten Schritt von einer weiteren Projektmitarbeiterin (Dokumentationsassistentin) untersucht, die gegenüber der Gruppenzuweisung blind war. Zur Anwendung kamen die Symptomcheckliste, SCL-90-R, (Franke, 1995), das Multidimensional Neuropsychiatric Interview, MINI, (Shehan et al., 1998), die Impact of Event Scale, IES-R, (Horowitz et al., 1979, deutsch: Maercker & Schützwohl, 1998), der Berner Verbitterungsfragebogen (Znoj, 2002) sowie ein von der Projektgruppe entwickelter PTED-Selbstbeurteilungsfragebogen (Linden et al. 2007).

### **3.2.3 Datenerhebung mit dem halbstrukturierten Studieninterview zur PTED**

Mit allen Patienten wurde auch das halbstrukturierte Interview zur PTED in der Studienform (Anhang 1) durchgeführt. Den Patienten wurden dazu in einem ca. halbstündigen Einzelkontakt von einer Projektmitarbeiterin (Dokumentationsassistentin), die gegenüber der Gruppenzuweisung blind war, die Fragen vorgelesen und sie wurden um Einschätzung gebeten. Die Plausibilität der Antworten konnte durch präzisierende

Nachfragen der Projektmitarbeiterin geprüft werden; ebenso konnten die Patienten Verständnisfragen äußern und Erläuterungen erhalten.

Zu Beginn des Interviews wird der Patient gefragt, ob ihm in den vergangenen Jahren ein einschneidendes Lebensereignis widerfahren ist, das ihn in besonderer Weise gekränkt oder verbittert hat. Hier hat der Patient auch die Möglichkeit, mehrere Ereignisse zu benennen, die jeweils mit Jahreszahl vom Interviewer erfasst werden. In der darauf folgenden Frage wird der Patient gebeten, daraus das für ihn subjektiv bedeutsamste Ereignis in Bezug auf seine aktuelle psychische Befindlichkeit zu benennen. Dieses wird vom Interviewer notiert und es wird in den Folgefragen darauf als „kritisches Lebensereignis“ Bezug genommen. In einer dritten Frage wird der Patient gefragt, ob er durch dieses kritische Lebensereignis seine psychische Befindlichkeit deutlich und bis jetzt anhaltend negativ verändert erlebt.

Wurden die Fragen 1 und/oder 3 des Interviews negativ von den Patienten beantwortet, also gaben sie an, kein einschneidendes kritisches Lebensereignis erinnern zu können, das sie gekränkt oder verbittert hätte, oder dass dies nicht zu einer anhaltenden psychischen Beeinträchtigung geführt hätte, wurde die Befragung an dieser Stelle beendet. In diesen Fällen wurde dann davon ausgegangen, dass entscheidende Kernkriterien für die PTED nicht erfüllt sind und die weitere Interviewbefragung bezogen auf ein kritisches Lebensereignis nicht zielführend ist.

Die weiteren Fragen des halbstrukturierten Interviews in der Studienform explorieren bezogen auf das kritische Lebensereignis das Vorhandensein wesentlicher Symptome und Kriterien wie Ungerechtigkeits- und Hilflosigkeitserleben, intrusive Rückerinnerungen, starke emotionale Auslenkbarkeit beim Ansprechen des Ereignisses, Rachegefühle, Selbstvorwürfe, Veränderungen der Grundstimmung, unauffällige emotionale Schwingungsfähigkeit, Resignationstendenz, phobisches Meidungsverhalten sowie Beeinträchtigung in der Ausführung von Alltagsaktivitäten und –anforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Daneben wird das emotionale Spektrum der Reaktion beim Ansprechen des kritischen Ereignisses differenziert erfasst, indem das Vorhandensein 14 negativ getönter Gefühlsqualitäten bezogen auf das Ereignis erfragt wird. Ebenso wird eine Reihe von unspezifischen somatischen Beschwerden ähnlich dem somatischen Syndrom bei der Depression erfragt. Weitere entscheidende Fragen beziehen sich auf mögliche psychische

Vorerkrankungen vor dem kritischen Lebensereignis und auf die bisherige Dauer der psychischen Beeinträchtigung durch das auslösende Ereignis.

### **3.2.4 Charakteristika der Untersuchungsgruppe (Index- und Kontrollgruppe)**

Es wurden insgesamt 100 Patienten des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund in die Untersuchung eingeschlossen. Im Untersuchungszeitraum wurden etwa 1300 stationäre und teilstationäre Patienten in die Klinik aufgenommen und gescreent auf außergewöhnliches Verbitterungserleben. Bei 88 Patienten ergab sich klinisch der Verdacht auf eine Verbitterungssymptomatik. Sie wurden im freien Interview durch die Autorin dieser Arbeit bezüglich einer Verbitterungssymptomatik gezielt befragt. 50 dieser 88 Patienten konnten nach klinischer Beurteilung als PTED-Fälle diagnostiziert werden und bildeten die Indexgruppe. Zur Parallelisierung der Stichprobe wurde nach der Zuweisung eines Patienten zur Indexgruppe jeweils der nächst aufgenommene Patient gleichen Geschlechts und gleichen Alters ( $\pm 5$  Jahre) der Kontrollgruppe zugewiesen, wenn er in einem freien Interview keine PTED-typische Symptomatik zeigte und an der Studienteilnahme interessiert war. Somit umfasste die Kontrollgruppe ebenfalls 50 Patienten, die unter anderen psychischen Erkrankungen aus dem Behandlungsspektrum einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik litten. Durchschnittliches Alter und Geschlecht waren wegen der Paarung in beiden Gruppen gleich verteilt (49 Jahre, 60% Frauen).

Die Vorgespräche und Studieneinschlüsse wurden in der Regel in der ersten bis zweiten Behandlungswoche des meist 6-wöchigen Klinikaufenthaltes durchgeführt. Es wurden sowohl stationäre wie auch teilstationäre Patienten eingeschlossen.

Tabelle 2 zeigt einige Charakteristika der beiden Versuchsgruppen.

	<b>PTED-Gruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
N	50	50
Alter: M	49,7	49,4
Alter: min./max.	30/61	34/61
AU in Wochen	37,9	11,3
Rentenverfahren in %	25,8	3,2
SCL-90-R GSI Aufnahme	1,13	0,74
SCL-90-R GSI Entlassung	1,01	0,39
SCL-90-R PST Aufnahme	52,2	39,3
SCL-90-R PST Entlassung	50,2	25,9
SCL-90-R PSDI Aufnahme	1,86	1,57
SCL-90-R PSDI Entlassung	1,71	1,23

Tabelle 2: Stichprobencharakteristika von PTED-Gruppe und Kontrollgruppe

Die Patienten der Indexgruppe (PTED-Patienten) sind bei Aufnahme in die Klinik durchschnittlich dreimal länger arbeitsunfähig als die Kontrollgruppe und haben erheblich häufiger einen Rentenantrag gestellt.

Des Weiteren werden 3 Summenmaße aus der Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke, 1995) erfasst. Die Symptomcheckliste ist ein Selbsteinschätzungsverfahren zur Feststellung der aktuellen Symptombelastung. GSI (global severity index) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung. PSDI (positive symptom distress index) erfasst die Intensität der Antworten und PST (positive symptom total) erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Tabelle zeigt eine bei Aufnahme und Entlassung deutlich höhere Symptombelastung der PTED-Patienten, die sich zudem durch den Klinikaufenthalt bis zur Entlassung, anders als bei der Kontrollgruppe, nahezu nicht verbessert.

Zusammenfassend zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Patientengruppen derart, dass die PTED-Patienten psychopathologisch und sozialmedizinisch deutlich stärker beeinträchtigt sind als die Kontrollpatienten.

## 4. Ergebnisse

Mit beiden Patientengruppen (PTED-Indexgruppe n=50 und Kontrollgruppe n=50) wurde das auf der Basis von klinischen Überlegungen erstellte halbstrukturierte Interview zur PTED in der Studienform durchgeführt und die Antworten analysiert.

### 4.1 Analyse spezifischer Symptomatik der PTED-Gruppe

#### 4.1.1 Auslöseereignisse

Abbildung 1 zeigt die von den PTED-Patienten berichteten, subjektiv auslösenden Lebensereignisse, die im halbstrukturierten Studieninterview erfragt wurden.

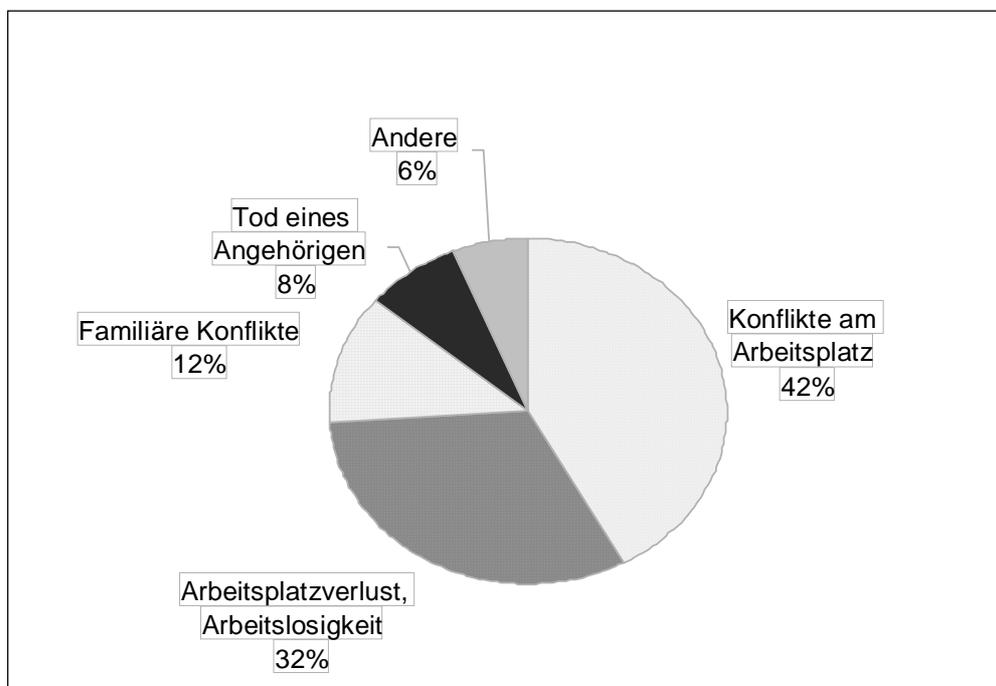


Abb. 1: Kritische Lebensereignisse bei der PTED-Gruppe

Fast die Hälfte der berichteten kritischen Lebensereignisse beziehen sich auf Arbeitsplatzprobleme wie Konflikte oder „Mobbing“. Zählt man den Verlust der Arbeit (Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit) noch dazu, dann beziehen sich dreiviertel aller Auslöseereignisse auf den Bereich Arbeit. Der zweitwichtigste Lebensbereich ist die Familie, z. B. Trennung, Scheidung, Tod eines Kindes und nur selten andere Ereignisse wie z.B. Vermögensverlust durch Hochwasser oder Insolvenz.

#### 4.1.2 Dauer der Störung

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die von den PTED-Patienten angegebenen Zeiträume, über die sie sich durch die PTED-Symptomatik bislang beeinträchtigt fühlen.

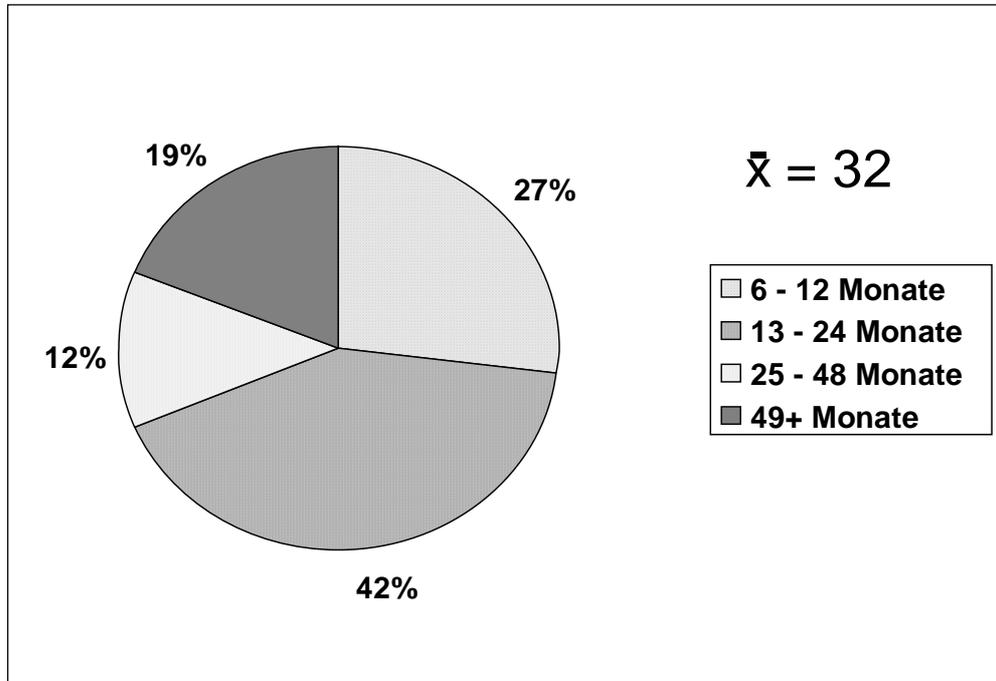


Abb. 2: Dauer der Störung bei der PTED-Gruppe

Die akute Störung dauert zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt bereits 32 Monate. In etwa einem Drittel der Fälle (31 %) dauert die Störung länger als zwei Jahre, in 5 Fällen (10 %) 5 Jahre und länger (bis 144 Monate).

#### 4.1.3 Klagen, Emotionen und Psychopathologie

Die befragten PTED-Patienten geben im halbstrukturierten Studieninterview ein breites Spektrum an psychischen Symptomen an. Vorherrschende Symptome waren gedrückte Stimmung, Unruhe und Antriebshemmung, Interessenverlust, Früherwachen und Libidoverlust (Abb.3).

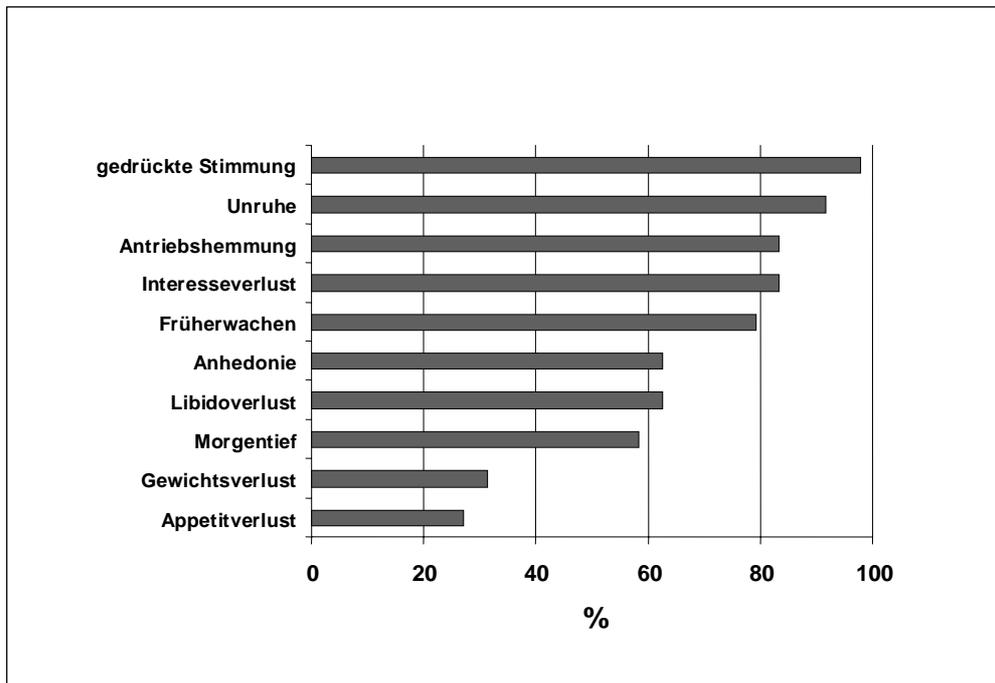


Abb. 3: Psychopathologie bei der PTED-Gruppe

Es wird darüber hinaus ein breites Spektrum weiterer negativer Gefühlszustände genannt (Abb. 4); im Vordergrund stehen Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit bei über 90% der Befragten, gefolgt von Ärger, Traurigkeit, Demütigung, Hoffnungslosigkeit, Groll usw.

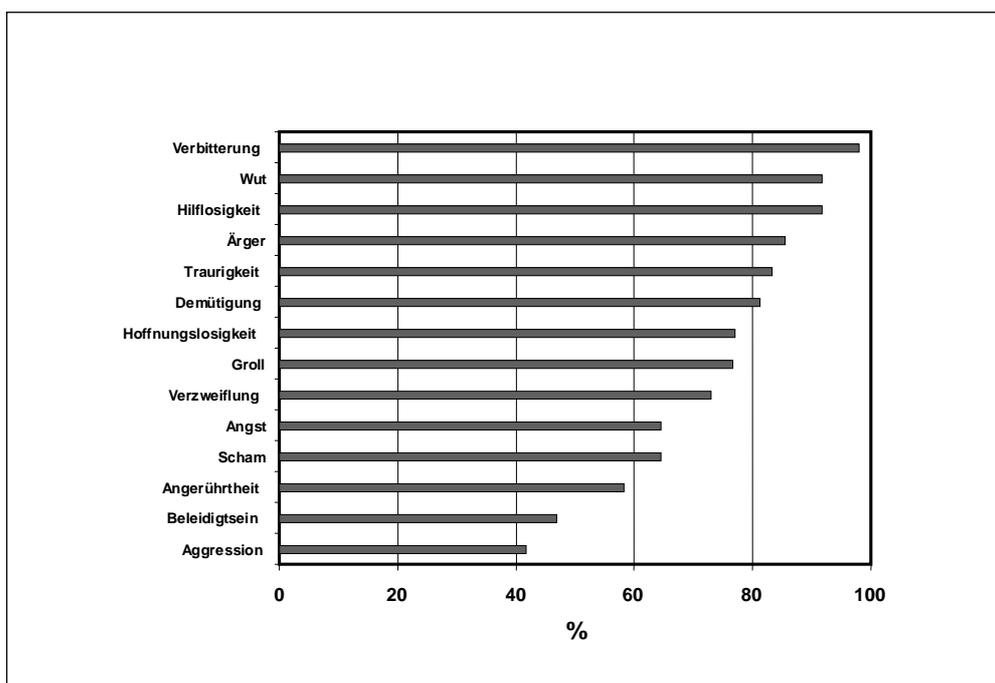


Abb. 4: Spektrum vorherrschender Gefühle bei der PTED-Gruppe nach Selbstauskunft

#### **4.1.4 Diagnosen nach MINI**

Abbildung 5 zeigt die Diagnosen für Patienten mit PTED und für die Kontrollgruppe nach dem MINI Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998). Das Verfahren erlaubt mehrfache Diagnosen. Die Befragung mit dem MINI ergab, dass Patienten mit PTED zugleich die diagnostischen Kriterien verschiedener anderer psychischer Störungen erfüllen.

Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen und Anpassungsstörungen. Somatisierung bzw. Hypochondrie und PTSD werden kaum genannt. Auch die Persönlichkeitsstörungen liegen mit 16 Prozent bei PTED relativ niedrig. Deutliche Unterschiede zwischen PTED-Gruppe und Kontrollgruppe zeigen sich bei Anpassungsstörungen, Major Depression, Dysthymie und GAD, die bei PTED-Patienten deutlich häufiger genannt werden.

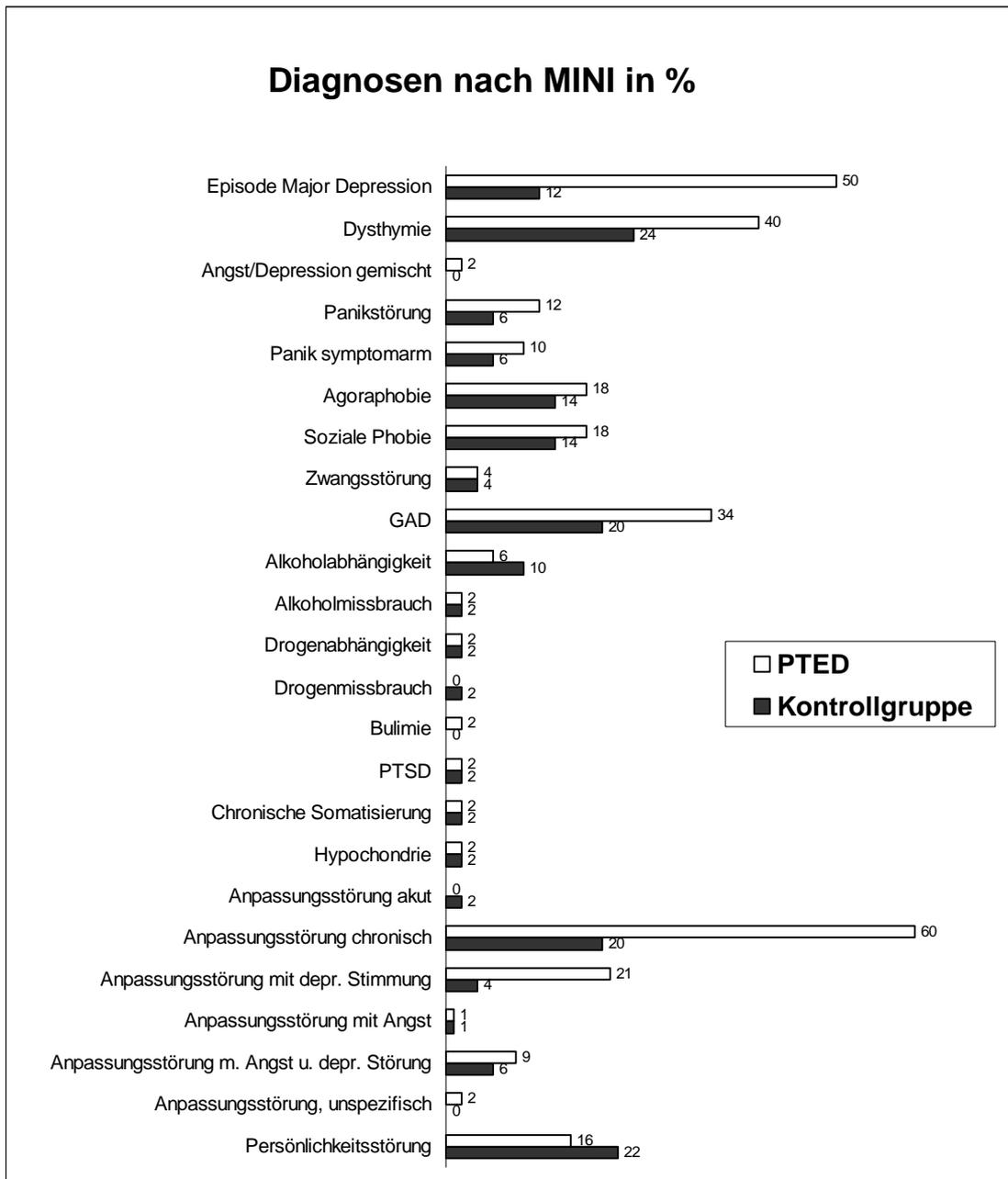


Abb. 5: Prozentuale Diagnosehäufigkeiten akuter Diagnosen nach MINI Neuropsychiatric Interview bei der PTED-Gruppe und Kontrollgruppe

#### 4.2 Berechnung verschiedener diagnostischer Algorithmen

Im Vergleich der Antworten beider Gruppen (PTED-Indexgruppe und Kontrollgruppe) war empirisch zu klären, welche Merkmalskombination auf dem Boden des halbstrukturierten Studieninterviews die beste Gruppentrennung ermöglicht. Hierzu wurden klinisch sinnvolle Fragenkombinationen des halbstrukturierten Studieninterviews bezüglich einer möglichst hohen Sensitivität und Spezifität berechnet.

Im Folgenden werden exemplarisch einige der Berechnungen angeführt bezüglich günstiger Fragekombinationen mit möglichst hoher Trennschärfe. Hierbei wurden die Fragen aus dem halbstrukturierten Studieninterview zur PTED (Anhang 1) miteinander kombiniert und daraus Algorithmen gebildet:

Berechnung Algorithmus 1:

Positive Antworten für

A = 1+3+4

B = 5 oder 6

C = eins aus 19-22

D1 = zwei aus 13-16

D2 = zwei aus 17a-i

E = 23  $\geq$  6 Monate

	PTED nach klinischem Urteil (n=50)	Kontroll-Patienten nach klinischem Urteil (n=50)
PTED nach Algorithmus 1	46	6
keine PTED nach Algorithmus 1	4	44

Tabelle 3: Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 1

Mit diesem diagnostischen Algorithmus wurden 46 der 50 klinisch verbitterten Patienten auch als Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) eingeordnet, somit beträgt die Sensitivität 92%. Es wurden 6 der 50 Kontroll-Patienten (klinisch nicht verbittert) als Posttraumatische Verbitterungsstörung eingeordnet, somit ergibt sich für diesen Algorithmus eine Spezifität von 88%.

Berechnung Algorithmus 2:

Positive Antworten für

A = 1+3+4

B = 5 oder 6

C = zwei aus 18-22

D1 = zwei aus 13-16

D2 = zwei aus 17a-i  
 E = 23 ≥ 6 Monate

	PTED nach klinischem Urteil (n=50)	Kontroll-Patienten nach klinischem Urteil (n=50)
PTED nach Algorithmus 2	41	6
keine PTED nach Algorithmus 2	9	44

Tabelle 4: Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 2

Hieraus ergibt sich eine Sensitivität von 82% und eine Spezifität von 88% für diesen Algorithmus.

Berechnung Algorithmus 3:

Positive Antworten für

A = 1+3+4

B = zwei aus 5, 6 und 12f

C = fünf aus 13-16, 19-22

D = 23 ≥ 6 Monate

	PTED nach klinischem Urteil (n=50)	Kontroll-Patienten nach klinischem Urteil (n=50)
PTED nach Algorithmus 3	40	5
keine PTED nach Algorithmus 3	10	45

Tabelle 5: Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 3

Hieraus ergibt sich eine Sensitivität von 80% und eine Spezifität von 90% für diesen Algorithmus.

#### Berechnung Algorithmus 4:

Positive Antworten für

A = 1+3+4

B = zwei aus 5, 6 und 12f

C = vier aus 13-16, 19-22

D =  $23 \geq 6$  Monate

	PTED nach klinischem Urteil (n=50)	Kontroll-Patienten nach klinischem Urteil (n=50)
PTED nach Algorithmus 4	47	6
keine PTED nach Algorithmus 4	3	44

Tabelle 6: Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch exemplarischen Algorithmus 4

Hieraus ergibt sich eine Sensitivität von 94% und eine Spezifität von 88% für diesen Algorithmus.

Der nachfolgend aufgeführte diagnostische Algorithmus erlaubte die beste Differenzierung beider Gruppen:

Positive Antworten für

A = 1+3+4

B = vier aus 5, 6, 9, 14 und 16

C =  $23 \geq 6$  Monate

Negative Antwort für

D = 7

Diese Fragenkombination (Fragen ausgeführt in Tabelle 4) zeigte bezüglich der Sensitivität und Spezifität die beste Trennschärfe beider Gruppen.

**Abschnitt A: Alle Fragen müssen mit ja beantwortet werden**

A1: Gab es in den vergangenen Jahren ein einschneidendes Ereignis/ Erlebnis/eine einschneidende Erfahrung, die Sie äußerst gekränkt oder verbittert hat?	JA	NEIN
A2: Hat sich durch dieses Ereignis / diese Ereignisse Ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend bzw. bleibend negativ verändert?	JA	NEIN
A3: Erleben Sie das kritische Lebensereignis als ungerecht? Haben Sie das Gefühl, dass das Schicksal oder der Verursacher nicht fair mit Ihnen umgegangen ist?	JA	NEIN

**Abschnitt B: Mindestens vier Fragen müssen mit ja beantwortet werden**

B1: Haben sich Ihnen im Verlauf der vergangenen Monate immer wieder Erinnerungen oder Gedanken an das Ereignis aufgedrängt oder Sie belastet?	JA	NEIN
B2: Wenn Sie an dieses Ereignis erinnert werden, führt das dann jetzt noch dazu, dass es Sie heftig aufregt?	JA	NEIN
B3: Fühlen Sie sich dem kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher gegenüber eher hilflos ausgeliefert?	JA	NEIN
B4: Ist Ihre aktuelle Grundstimmung seit dem kritischen Lebensereignis häufig gedrückt?	JA	NEIN
B5: Wenn Sie abgelenkt werden, können Sie dann auch einmal kurzfristig eine normale Stimmung erleben?	JA	NEIN

**Abschnitt C: Dauer muss länger als 6 Monate betragen**

C1: Wie lange hält Ihre Beeinträchtigung durch das kritische Lebensereignis bereits an?	länger als 6 Monate
---	---------------------

**Abschnitt D: Keine andere Störung kann den aktuellen psychischen Zustand erklären**

D1: Litten Sie bereits vor dem kritischen Ereignis unter (schwerwiegenden/ Relevanten/erkennbaren) psychischen Problemen (Depressionen, Ängste o.ä.)?	JA	NEIN
---	----	------

Tabelle 7: Diagnostischer Algorithmus für PTED

Folgende Kriterien müssen demnach für die Diagnosestellung einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung erfüllt sein:

1. Von den drei Fragen des Abschnitts A müssen alle mit ja beantwortet werden.
2. Von den fünf Fragen des Abschnitts B müssen mindestens vier mit ja beantwortet werden.

3. Die Dauer der Erkrankung, erfragt in Abschnitt C, muss mindestens sechs Monate betragen.
4. Der aktuelle psychische Zustand sollte nicht durch eine andere Störung bedingt sein, weshalb in Abschnitt D nach relevanten psychischen Vorerkrankungen gefragt wird.

Tabelle 8 zeigt die Zuordnung von klinischer und algorithmisierter Diagnose:

	PTED nach klinischem Urteil (n=50)	Kontroll-Patienten nach klinischem Urteil (n=50)
PTED nach standardisiertem diagnostischem Algorithmus	47	4
keine PTED nach standardisiertem diagnostischem Algorithmus	3	46

Tabelle 8: Gegenüberstellung von klinischer Diagnose vs. Diagnose ermittelt durch diagnostischen Algorithmus

Mit diesem diagnostischen Algorithmus wurden 47 der 50 klinisch verbitterten Patienten auch als Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) eingeordnet, somit beträgt die Sensitivität 94%. Es wurden 4 der 50 Kontroll-Patienten (klinisch nicht verbittert) als Posttraumatische Verbitterungsstörung eingeordnet, somit ergibt sich für diesen Algorithmus eine Spezifität von 92%.

Beide Werte liegen in einem klinisch sehr guten Bereich und zeigen, dass der entwickelte Diagnosealgorithmus das klinische Störungsbild gut abbildet sowie von anderen Störungen differenziert und somit wissenschaftlich brauchbar ist.

#### 4.3 Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten

Um Ursachen für widersprüchliche Klassifikationen aufzudecken, wurden die Studienaufzeichnungen und Krankengeschichten der sieben widersprüchlich

klassifizierten Patienten dieser Studie bezogen auf oben beschriebenen Algorithmus detailliert analysiert.

#### **4.3.1 Analyse der drei klinisch verbitterten Patienten, die nach entwickeltem Algorithmus nicht die Kriterien einer PTED erfüllen**

(1) Die erste widersprüchlich klassifizierte Patientin der PTED-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin, dass sie aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz anhaltende psychische Beeinträchtigungen entwickelt habe. Sie schildert subjektiv eine erhebliche Belastung durch „Mobbing“ in Form ungerechtfertigter schwerer Vorwürfe sowie Kündigungsdrohungen durch ihre Vorgesetzten seit etwa 8 Monaten, was zur Entwicklung psychischer Symptome und einer längeren Krankschreibung geführt habe. Im klinischen Vorgespräch beschreibt die Patientin erhebliches Ungerechtigkeitserleben, Wut, Verbitterung und Hilflosigkeit als aktuelle Symptomatik, was sich auch im psychopathologischen Befund bei Ansprechen des Ereignisses beobachten lässt. Es wurde die klinische Diagnose einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung gestellt und die Patientin in die Indexgruppe eingeschlossen.

Sie gibt nach Therapieeinschluss zwar im halbstrukturierten PTED-Studieninterview die Mobbingssituation am Arbeitsplatz als auslösendes und belastendes Ereignis an, antwortet jedoch in Frage 3, dass dieses Ereignis ihre psychische Befindlichkeit nicht anhaltend negativ verändert habe, so dass sie lt. entwickeltem diagnostischem Algorithmus nicht die Diagnose einer PTED erfüllt.

Die Ergebnisse der in der Studie begleitend verwendeten Selbstratingsskalen des Berner Verbitterungsfragebogens (Mean total 1.70), des PTED-Selbstbeurteilungsfragebogens (MT 2.29) sowie der Impact of Event Scale = IES-R (MT 2.64) lassen auf einen Verbitterungsaffekt, eine typische PTED-Symptomatik sowie auf posttraumatische Stressbelastung schließen. Jedoch scort die Patientin in allen drei Skalen etwas niedriger als der Durchschnitt der PTED-Gruppe (Berner Verbitterungsfragebogen/PTED-Selbstbeurteilungsfragebogens/IES-R: 2.29/2.64/3.12). Vom klinischen Eindruck her blieb die Diagnose einer PTED auch im weiteren Behandlungsverlauf plausibel.

(2) Der zweite widersprüchlich klassifizierte Patient der PTED-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin, dass ihn eine berufliche

Konfliktsituation („Mobbing“) seit über 11 Monaten akut belaste. Er sei überlastet, degradiert, ungerechtfertigt versetzt und „ausgehebelt“ worden, was und bei ihm zu zunehmendem Hilflosigkeitserleben und schließlich zu einem Zusammenbruch geführt habe. Im Verlauf einer längeren Krankschreibung sei er schließlich gekündigt worden, was ihn erheblich gekränkt und enttäuscht habe und zu anhaltender psychischer Beeinträchtigung führe. Im klinischen Vorgespräch beschreibt der Patient Wut, Verbitterung, Ängste und Insuffizienzerleben als aktuelle Symptomatik, was sich auch im psychopathologischen Befund bei Ansprechen des Ereignisses beobachten lässt, wo der Patient bei der Schilderung in starke Erregung und Tränen ausbricht. Es wurde die klinische Diagnose einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung gestellt und der Patient in die Indexgruppe eingeschlossen.

Im halbstrukturierten PTED-Studieninterview wird die aktuelle Situation am Arbeitsplatz mit Mobbing und Kündigung dann auch als bedeutsamstes auslösendes Ereignis vom Patienten eingeschätzt, auch wenn er berufliche Belastungen und Konfliktsituationen bereits in den Jahren zuvor (1996-1998) angibt. Auch wird in allen weiteren Fragen eine typische PTED-Symptomkonstellation geantwortet, jedoch wird auch die Frage bejaht, ob es bereits zuvor relevante psychische Probleme gegeben habe. Hier beschreibt der Patient das Auftreten von Ängsten bereits seit 1996, weshalb lt. entwickeltem Algorithmus die Diagnose einer PTED nicht gestellt werden kann.

Im weiteren Behandlungsverlauf wird deutlich, dass der Patient bereits 1996 eine ähnliche und länger anhaltende berufliche Konfliktsituation mit seinem damaligen Vorgesetzten durchgemacht habe, was ebenfalls mit deutlicher Enttäuschung, Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit einhergegangen war und damit endete, dass der Patient seine Stelle kündigen musste. Es wird beobachtet, dass der Patient auch aktuell kaum an diese weiter zurückliegende Begebenheit denken kann, ohne sich aufzuregen und zu ärgern. Im Verlauf der Therapie konnte der Patient berichten, dass die aktuelle berufliche Konfliktsituation Gefühle und Symptome reaktivierte, die er bereits in einer früheren beruflichen Konfliktsituation erlebt hatte und die ihn in abgeschwächter Form über die Jahre begleitet hätten.

In diesem Fall kann somit angenommen werden, dass die klinische Diagnose einer PTED angemessen war und die angegebenen Ängste seit 1996 nicht als eigenständige psychische Störung eingeordnet werden können, sondern bereits im Kontext von Verbitterungserleben entstanden. Auch scorete der Patient in allen drei Selbstbeurteilungs-Skalen sogar höher als der Durchschnitt der PTED-Gruppe (Berner

Verbitterungsfragebogen MT 3.40, PTED-Selbstbeurteilungsfragebogen MT 3.82, IES-R MT 4.09), was auf einen Verbitterungsaffekt, eine typische PTED-Symptomatik sowie auf posttraumatische Stressbelastung schließen lässt. Auch vom klinischen Eindruck her blieb die Diagnose einer PTED im weiteren Behandlungsverlauf plausibel.

(3) Die dritte widersprüchlich klassifizierte Patientin der PTED-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin, dass sie aufgrund chronischer Rückenbeschwerden seit 6 Jahren wenig belastbar und arbeitslos sei. Nachdem aktuell ihr Rentenantrag abgelehnt worden sei, komme sie sich vor wie eine „Bettlerin, die um Almosen flehen müsse“, was sie erheblich empöre und verärgere. Sie wirkt im Vorgespräch ärgerlich und verbittert, die Welt anklagend und leidend. Es wurde die klinische Diagnose einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung gestellt und die Patientin in die Indexgruppe eingeschlossen.

Sie gibt nach Therapieeinschluss zwar im halbstrukturierten PTED-Studieninterview die Arbeitslosigkeit durch Krankheit als auslösendes und belastendes Ereignis an, antwortet jedoch in Frage 3, dass dieses Ereignis ihre psychische Befindlichkeit nicht anhaltend negativ verändert habe, so dass sie lt. entwickeltem Algorithmus nicht die Diagnose einer PTED erfüllt. Im Verlauf der Therapie wurde von der Patientin Verbitterung über ihre Arbeitslosigkeit kaum thematisiert; es wurde hingegen eine starke Fokussierung auf die Rückenschmerzsymptomatik i.S. einer somatoformen Schmerzstörung deutlich. Somit ist auch aus der klinischen Beobachtung im Therapieverlauf die Diagnose einer PTED unwahrscheinlich. Dies wird gestützt durch niedrige Werte in den begleitenden Selbstratingskalen (Berner Verbitterungsfragebogen MT 1.15, PTED-Selbstbeurteilungsfragebogen MT 0, IES-R MT 0).

#### **4.3.2 Analyse der vier klinisch unverbitterten Patienten, die nach entwickeltem Algorithmus die Kriterien einer PTED erfüllen**

(1) Der erste widersprüchlich klassifizierte Patient der Kontroll-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin keine subjektiv belastenden kritischen Lebensereignisse. Psychopathologisch war kein Verbitterungsaffekt auffällig. Es erfolgte der Einschluss in die Kontrollgruppe.

Im halbstrukturierten PTED-Studieninterview gibt der Patient berufliche Konflikte mit seinem neuen Chef als einschneidendes Lebensereignis an. Auch wird in allen weiteren Fragen eine typische PTED-Symptomkonstellation bezogen auf dieses Ereignis

geantwortet und es wird die Frage verneint, ob es bereits zuvor relevante psychische Probleme gegeben habe. Es wird lt. entwickeltem Algorithmus die Diagnose einer PTED gestellt. Die Ergebnisse der Selbstratingskalen des Berner Verbitterungsfragebogens (Mean total 1.35), des PTED-Selbstbeurteilungsfragebogens (MT 2.65) sowie der Impact of Event Scale = IES-R (MT 3,68) lassen auf einen Verbitterungsaffekt, eine typische PTED-Symptomatik sowie auf posttraumatische Stressbelastung schließen.

Die klinische Beobachtung und Exploration im Therapieverlauf ergibt im Vordergrund der aktuellen Symptomatik einen Alkoholabusus mit Stimmungsschwankungen sowie das Bestehen einer langjährigen Agoraphobie mit Panikstörung, daneben wird eine arbeitsplatzphobische Symptomatik in der Folge der aktuellen Arbeitsplatzkonflikte deutlich.

Das Bestehen einer langjährigen und auch aktuell bedeutsamen Angsterkrankung zeitlich bereits deutlich vor dem angegebenen kritischen Lebensereignis spricht gegen die Diagnose einer PTED, wurde aber vom Patienten als psychische Vorerkrankung nicht benannt.

(2) Der zweite widersprüchlich klassifizierte Patient der Kontroll-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin zwar ein subjektiv belastendes Lebensereignis in Form einer Kündigung, die er aber eher entlastend als belastend erlebe. Psychopathologisch waren keinerlei Verbitterungsaffekt oder sonstige mögliche Symptome einer PTED auffällig. Es erfolgte daher der Einschluss in die Kontrollgruppe.

Im halbstrukturierten PTED-Studieninterview gibt der Patient dann seine Entlassung als einschneidendes Lebensereignis an. Auch wird in allen weiteren Fragen eine typische PTED-Symptomkonstellation bezogen auf dieses Ereignis geantwortet und es wird die Frage verneint, ob es bereits zuvor relevante psychische Probleme gegeben habe. Es wird lt. entwickeltem Algorithmus die Diagnose einer PTED gestellt.

Im klinischen Therapieverlauf wird deutlich, dass der Patient bereits seit dem Jugendalter dazu neigt, in belastenden Situationen zu dekompensieren mit Entwicklung somatoformer Symptome und Ängste. Diese Erhebung psychischer Auffälligkeiten auf der Zeitachse mit Beginn einer somatoformen Störung bereits im Jugendalter spricht gegen die Diagnose einer PTED.

Auch die Ergebnisse der Selbstratingskalen des Berner Verbitterungsfragebogens (Mean total 1.25), des PTED-Selbstbeurteilungsfragebogens (MT 1.65) sowie der Impact of Event Scale = IES-R (MT 1.86) lassen nicht auf einen relevanten Verbitterungsaffekt, eine typische PTED-Symptomatik oder auf posttraumatische Stressbelastung schließen.

(3) Der dritte widersprüchlich klassifizierte Patient der Kontroll-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin ein subjektiv belastendes Lebensereignis, und zwar den Tod seines 10-jährigen Sohnes zwei Jahre zuvor an einer Herzerkrankung. Psychopathologisch war kein Verbitterungsaffekt auffällig, sondern eher eine prolongierte Trauerreaktion. Der Patient wirkte zukunfts- und perspektivorientiert. Es erfolgte daher der Einschluss in die Kontrollgruppe.

Im halbstrukturierten PTED-Studieninterview gibt der Patient dann den Tod seines Sohnes als einschneidendes Lebensereignis an. Auch wird in allen weiteren Fragen eine typische PTED-Symptomkonstellation bezogen auf dieses Ereignis geantwortet. Das halbstandardisierte Interview ermöglichte in diesem Fall keine Differenzierung zwischen einem anhaltenden Traueraffekt und einer Verbitterungsstörung. Hieraus ist abzuleiten, dass die Differenzierung der Psychopathologie ein Problem darstellt und dies in einem standardisierten Interview aufzugreifen wäre.

(4) Der vierte widersprüchlich klassifizierte Patient der Kontroll-Gruppe schilderte bei der Untersuchung durch die ärztliche Projektmitarbeiterin keine aktuellen subjektiv belastenden kritischen Lebensereignisse, sondern eher unspezifische chronische Belastungen. Psychopathologisch war kein Verbitterungsaffekt auffällig. Es erfolgte der Einschluss in die Kontrollgruppe.

Im halbstrukturierten PTED-Studieninterview gab er ein einschneidendes Lebensereignis an, nämlich dass sein Sohn sein Kind verstoßen habe. Auch wird in allen weiteren Fragen eine deutliche PTED-Symptomkonstellation bezogen auf dieses Ereignis geantwortet und es wird die Frage verneint, ob es bereits zuvor relevante psychische Probleme gegeben habe. Es wird lt. entwickeltem Algorithmus die Diagnose einer PTED gestellt. Die Ergebnisse der Selbstratingskalen des Berner Verbitterungsfragebogens (Mean total 1.45), des PTED-Selbstbeurteilungsfragebogens (MT 1,47) sowie der Impact of Event Scale = IES-R (MT 3,59) lassen auf einen leichten

Verbitterungsaffekt, eine mäßige PTED-Symptomatik sowie auf eine deutliche posttraumatische Stressbelastung schließen.

Im Therapieverlauf stehen agoraphobische Ängste deutlich im Vordergrund, die der Patient seit 2 Jahren entwickelt hat und die keinerlei Zusammenhang zum beschriebenen subjektiven kritischen Lebensereignis haben. Es finden sich außerdem Anhaltspunkte für eine anankastische Persönlichkeitsstörung. Auch wird das kritische Ereignis in der Therapie vom Patienten in keiner Weise thematisiert, womit die Diagnose einer PTED unwahrscheinlich ist.

#### **4.3.3 Schlussfolgerungen aus der Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten**

Eine PTED sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn ein deutlicher Verbitterungsaffekt für den Untersucher beobachtbar und nachvollziehbar ist. Hier erscheint es hilfreich, das spezifische emotionale Spektrum bei Patienten mit Posttraumatischer Verbitterungsstörung vor Augen zu haben (sh. Abb. 4). Die Analyse des halbstrukturierten Studieninterviews für PTED ergab, dass Gefühle vor allem von Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit (Items 12f, 12c und 12h des Interviews) in Verbindung mit dem auslösenden kritischen Ereignis charakteristisch für PTED-Patienten sind.

Aufgrund der Kürze des Patientenkontaktes in einem diagnostischen Interview ist es jedoch oft nur schwer möglich, die vorherrschende Affektivität in allen Facetten beurteilen zu können. So können Patienten bei standardisierten Interviews situations- oder auch persönlichkeitsbedingt zu sehr pointierten und zugespitzten Antworten hinsichtlich belastender Ereignisse und ihrer subjektiv erlebten psychischen Symptomatik neigen, was dann fälschlich zur Einordnung als Posttraumatische Verbitterungsstörung führen kann. Auch neigen einige Patienten dazu, Fragen nicht konkret sondern sehr global und wenig differenziert zu beantworten.

Auf der anderen Seite kann es durch das zeitlich begrenzte und strukturierte Setting passieren, dass ein latent vorhandener Verbitterungsaffekt vom Untersucher nicht wahrgenommen und vom Patienten auch nicht berichtet wird, z.B. wenn sich der Patient bemüht eine ausgeglichene Fassade zu bewahren. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn verbitterte Patienten Therapieangebote wie auch Diagnostik eher ablehnen, in Ruhe gelassen werden wollen und somit eher dissimulierend auf Fragen eingehen,

um nicht mit belastenden Ereignissen konfrontiert zu werden. Hier ergibt sich gelegentlich erst im längeren Therapieverlauf durch längere Kontakte mit dem Patienten der Anhalt für ein relevantes Verbitterungserleben.

Die Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten zeigt zum anderen die Wichtigkeit der sorgfältigen Exploration und Beurteilung von Prämorbidität bei der Diagnose einer PTED. Für die Posttraumatische Verbitterungsstörung wird ein klarer Zusammenhang zwischen dem auslösenden Ereignis und der daraus resultierenden Psychopathologie postuliert. Symptome einer PTED sollten nicht durch vorbekannte psychische Probleme erklärbar sein. Patienten mit relevanten psychischen Erkrankungen zeitlich vor dem beschriebenen kritischen Lebensereignis erfüllen daher nicht die postulierten klinischen Kriterien für eine Posttraumatische Verbitterungsstörung. Patienten mit psychischen Störungen neigen jedoch häufig dazu, Lebensereignisse für die Entwicklung ihrer Erkrankung zu betonen und verantwortlich zu machen, um Erklärungsmodelle für sich zu finden. Dadurch werden auslösende Ereignisse oft überbewertet.

Die Exploration psychischer Prämorbidität in einem halbstrukturierten Interview wird erschwert dadurch, dass Patienten hierzu oft sehr ungenaue Angaben machen. Einige vorexistierende psychische Störungen sind für den Patienten eher ich-synton oder subjektiv kaum krankheitswertig (z.B. Persönlichkeitsstörungen) und werden deshalb nicht berichtet. Andere Patienten blenden präexistente Störungen im Rahmen der starken psychischen Belastung durch das aktuelle Ereignis schlichtweg aus.

Einige der widersprüchlich klassifizierten Patienten der Kontrollgruppe zeigten klar definierbare und klinisch abgrenzbare psychische Störungsbilder wie Angststörungen oder Somatisierungsstörungen ohne Anhalt für einen Zusammenhang zu kritischen Lebensereignissen oder klinisch relevantem Verbitterungserleben. Im halbstrukturierten Interview gaben sie auf gezielte Nachfrage dann aber doch ungerecht empfundene Lebensereignisse an und bejahten PTED-typische Symptome, was im nachfolgenden Therapieverlauf von ihnen dann aber in keiner Weise mehr aufgegriffen oder als Problem thematisiert wurde. Es ist daher zu diskutieren, ob mäßiges Verbitterungserleben in Verbindung mit kritischen und ungerechten Lebensereignissen nicht auch eine allgemeine menschliche Erfahrung ist, deren Übergang zur klinisch

krankheitswertigen Posttraumatischen Verbitterungsstörung fließend und daher nicht immer trennscharf abzubilden ist.

Nicht zuletzt zeigt sich bei der Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten die Schwierigkeit, das auslösende kritische Lebensereignis klar abzugrenzen, insbesondere wenn Patienten im Verlauf des Lebens mehrere einschneidende Ereignisse beschreiben. Hier können länger zurückliegende Ereignisse bereits ein anhaltendes Verbitterungserleben ausgelöst haben, was durch erneute kränkende und enttäuschende Erfahrungen reaktiviert und verstärkt werden kann. In diesem Fall sind dann zurückliegende psychische Symptome im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen ggf. nicht als eigenständige psychische Störung zu bewerten, sondern bereits im Kontext von Verbitterungserleben entstanden.

#### **4.4 Anpassung des diagnostischen Interviews**

Die oben beschriebenen Überlegungen und Schlussfolgerungen aus der Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten waren die Basis für eine Überarbeitung des halbstrukturierten PTED-Studieninterviews und Algorithmus. Das daraus entwickelte diagnostische Interview für PTED wird in Tabelle 9 vorgestellt.

Es wird in der überarbeiteten Version zusätzlich zu den vorbeschriebenen Frage-Items eine weitere Frage zum spezifischen Emotionsspektrum zugefügt, die den Patienten nach Affekten von Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit bezogen auf das kritische Lebensereignis fragt (Frage 3).

Desweiteren erhält der Untersucher die Möglichkeit, das Vorliegen eines Verbitterungsaffektes im Interview klinisch einzuschätzen und dazu Stellung zu nehmen, ob der aktuell erfassbare Zustand des Patienten durch frühere oder aktuelle andere psychische Störungen erklärt werden kann.

## Diagnostisches Interview für PTED

### A. Kernkriterien

1. Gab es in den vergangenen Jahren ein einschneidendes Ereignis/Erlebnis/eine einschneidende Erfahrung, durch das sich Ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend bzw. bleibend negativ verändert hat?	→ NEIN	JA
2. Erleben Sie das kritische Lebensereignis als ungerecht oder nicht fair?	→ NEIN	JA
3. Fühlen Sie bei dem Gedanken an dieses Ereignis große Verbitterung, Wut, Verzweiflung und Hilflosigkeit?	→ NEIN	JA
4. Litten Sie bereits vor diesem Ereignis unter (schwerwiegenden / relevanten / erkennbaren) psychischen oder seelischen Problemen (Depressionen, Ängste o.ä.)?	NEIN	→ JA
<b>BEURTEILUNG DURCH DEN UNTERSUCHER:</b>		
LIEGT EIN VERBITTERUNGSAFFEKT VOR?	→ NEIN	JA
KANN DER AKTUELLE PSYCHISCHE ZUSTAND DURCH FRÜHERE ODER AKTUELLE PSYCHISCHE STÖRUNGEN ERKLÄRT WERDEN?	NEIN	→ JA

5. Wie lange hält bislang Ihre psychische Beeinträchtigung durch das kritische Lebensereignis an?  
(Angabe in Monaten)

\_\_\_\_\_ Monate
→
Unter 6 Monate

### B. Zusatzsymptome

1. Haben sich Ihnen im Verlauf der vergangenen Monate immer wieder Erinnerungen oder Gedanken an das Ereignis aufgedrängt und Sie belastet?	NEIN	JA
2. Wenn Sie an dieses Ereignis erinnert werden, führt das dann auch jetzt noch dazu, dass es Sie heftig aufregt?	NEIN	JA
3. Fühlen Sie sich dem kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher gegenüber eher hilflos ausgeliefert?	NEIN	JA
4. Ist Ihre aktuelle Grundstimmung seit dem kritischen Lebensereignis häufig gedrückt?	NEIN	JA
5. Wenn Sie abgelenkt werden, können Sie dann auch einmal kurzfristig eine normale Stimmung erleben?	NEIN	JA
GAB ES UNTER B MINDESTENS 4 POSITIVE ANTWORTEN?	→ NEIN	JA
<b>POSTTRAUMATISCHE VERBITTERUNGSSTÖRUNG</b> NUR ANKREUZEN WENN KEINE MANIFESTE PSYCHISCHE STÖRUNG IM JAHR VOR DEM KRITISCHEN LEBENSEREIGNIS AUFTRAT.	NEIN	JA

Anmerkung: Die mit einem Pfeil markierten Antworten zeigen an, dass ein entscheidendes Kriterium für die Diagnose einer PTED nicht erfüllt wurde. In diesem Fall wird der Untersucher gebeten, „NEIN“ im diagnostischen Feld am Ende des Interviews zu markieren.

Tabelle 9: Diagnostisches Interview für PTED

Es konnte somit ein valides und klinisch praktikables Messinstrument für die Diagnose einer PTED entwickelt werden, was sich formal als strukturiertes Interview darstellt und in seiner Ausführungs- und Auswertungsform dem MINI (Shehan et al., 1998) angepasst wurde.

#### **4.5 Anpassung der diagnostischen Merkmale und Kriterien**

Durch die oben beschriebenen Ergebnisse konnte die klinisch beschriebene Symptomatik der „Posttraumatischen Verbitterungsstörung“ (PTED) empirisch untermauert werden. Es konnte die besondere Psychopathologie belegt werden sowie gezeigt werden, dass sich entsprechend klinisch definierte Patienten von Patienten mit anderen psychischen Störungen abgrenzen lassen. Es konnten Symptomkonstellationen abgeleitet werden, die am besten erlauben Patienten mit einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung von anderen Störungen zu differenzieren.

Tabelle 10 beschreibt zusammenfassend die angepassten klinischen Diagnosekriterien gemäß der Regeln im ICD-10, die die Störung einführend und in ihren diagnostischen Charakteristika ausführlicher schildern.

**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

Tabelle 10: Diagnostische Kriterien für die Posttraumatische Verbitterungsstörung in Anlehnung an ICD-10

## 5. Diskussion

### 5.1. Bewertung der Ergebnisse

Es handelt sich um die erste vergleichende Untersuchung von klinisch diagnostizierten PTED-Patienten mit einer Gruppe unausgewählter Patienten, die wegen verschiedenster psychischer Störungen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik stationär behandelt wurden.

Die Befunde der Untersuchung belegen, dass PTED-Patienten im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe unter deutlich stärkerer Symptombelastung leiden, ausgeprägtere sozialmedizinische Einschränkungen aufweisen sowie geringere Besserungsraten unter stationärer Therapie zeigen. Dies bestätigt den klinischen Eindruck (Linden 2003, Linden et al. 2004) und zeigt die hohe sozialmedizinische Bedeutung dieser Störung.

Es konnten die auslösenden kritischen Lebensereignisse bei Patienten mit PTED-Symptomatik erhoben und differenziert werden. Dreiviertel der berichteten kritischen Lebensereignisse beziehen sich auf den Bereich Arbeit (Konflikte, „Mobbing“, Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit). Der zweitwichtigste Lebensbereich ist die Familie, z. B. Trennung, Scheidung, Tod eines Kindes; nur selten werden andere Ereignisse wie z.B. finanzielle Verluste berichtet. Bei der Interpretation dieser Zahlen muss berücksichtigt werden, dass die untersuchten Patienten aus einer Rehabilitationsklinik kommen, wo eines der Zuweisungskriterien eine gefährdete Erwerbsprognose ist. In anderen Populationen mögen sich andere Verteilungen ergeben. Allerdings bleibt zu festzuhalten, dass sich die Ereignisse auf die wichtigen Lebensbereiche Arbeit und Familie beziehen und zum zweiten, dass sie sich deutlich von den für die PTSD typischen Auslösern (z.B. Maercker, 1997) unterscheiden.

Auch ergeben sich aus den Befunden wichtige Eindrücke über die Dauer posttraumatischer Verbitterungsstörungen. In der Untersuchungsgruppe dauerte die akute Störung zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt bereits 32 Monate an; in 10% der Fälle sogar 5 Jahre und länger. Die Dauer dieser spezifischen Störung geht

damit deutlich über die 6-monatige Dauer von gewöhnlichen Anpassungsstörungen hinaus. Dieses Ergebnis bestätigt mit der längeren Dauer ein wichtigstes Kriterium zur Abgrenzung der PTED gegenüber den Anpassungsstörungen und zeigt einen Aspekt der hohen sozialmedizinischen Relevanz.

Es konnte durch die Untersuchungsergebnisse die besondere Psychopathologie der PTED belegt werden sowie gezeigt werden, dass sich entsprechend klinisch definierte Patienten von Patienten mit anderen psychischen Störungen abgrenzen lassen.

Mit vorherrschenden Symptomen von gedrückter Stimmung, Unruhe und Antriebshemmung, Interessenverlust, Früherwachen und Libidoverlust hat das psychopathologische Bild viele Gemeinsamkeiten mit endomorphen Depressionen.

Dieses Bild relativiert sich aber, wenn man nach weiteren vorherrschenden Gefühlen im PTED-Interview fragt. Es wird nämlich darüber hinaus ein breites Spektrum weiterer negativer Gefühlszustände genannt, die eindeutig über eine depressive Erkrankung hinausgehen. Im Vordergrund stehen Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit bei über 90% der Befragten, gefolgt von Ärger, Traurigkeit, Demütigung, Hoffnungslosigkeit, Groll usw. Diese typische Mischung negativer und durchaus sehr vitaler Affekte stellt ein hauptsächliches Charakteristikum der PTED dar.

Die Befragung mit dem MINI Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) ergab, dass Patienten mit PTED zugleich die diagnostischen Kriterien verschiedener anderer psychischer Störungen erfüllen. Am häufigsten sind Depressionen, Angststörungen und Anpassungsstörungen. Es zeigen sich Unterschiede zwischen PTED-Gruppe und Kontrollgruppe bei Anpassungsstörungen, Major Depression, Dysthymie und GAD, die bei PTED-Patienten deutlich häufiger genannt werden. Dies stützt den klinischen Eindruck, wo sich neben depressionsähnlichen Symptomen auch phobische Symptomkomplexe bei den PTED-Patienten finden, was in den klinischen diagnostischen Kriterien beschrieben wurde (Linden 2003, Linden et al. 2004).

Die Ergebnisse dieser Vergleichsuntersuchung stützen empirisch das klinisch entwickelte Konzept der Posttraumatischen Verbitterungsstörung und die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien (Linden 2003, Linden et al. 2004). Sie sprechen für die Krankheitswertigkeit dieser Störung sowie für die Notwendigkeit und die Möglichkeit sie von anderen psychischen Störungen abzugrenzen.

Um Missverständnissen bezüglich des PTED-Konzeptes 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. Erst wenn es zu bleibenden psychopathologischen Normabweichungen kommt, ist von Krankheit zu sprechen.

Verbitterungsstörungen zeigen nach der klinischen Erfahrung und den vorliegenden Untersuchungsergebnissen eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung. Erhebliche psychische Beeinträchtigungen bleiben oft über Jahre bestehen und gehen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, deutlicher Lebenseinengung, Invalidisierung sowie Berentungsbegehren einher. Erste Untersuchungen weisen auf eine Prävalenzrate von 2-3% klinisch relevanten Verbitterungssyndromen in der Allgemeinbevölkerung hin (Linden et al. 2007). Die Posttraumatische Verbitterungsstörung gehört in der psychosomatischen Rehabilitation zu den häufigeren Erkrankungen, die, wie die vorliegenden Daten zeigen, therapeutisch nicht gut respondieren. Unbehandelt scheint die Prognose der posttraumatischen Verbitterungsstörung bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eher schlecht zu sein aufgrund der ausgeprägten psychopathologischen Veränderungen und der langen Dauer, was sie von anderen Anpassungsstörungen unterscheidet. Daher stellte die Entwicklung geeigneter diagnostischer Kriterien und Messinstrumente einen wichtigen Schritt dar, um diese spezifische Patientengruppe frühzeitig und valide zu erkennen und von Patienten mit anderen psychischen Störungen abgrenzen zu können.

Da bisher verfügbare diagnostische Instrumente diese spezifische Form einer Anpassungsstörung nicht abbilden und beschreiben, war die Entwicklung eines spezifischen diagnostischen Messinstrumentes eines der Hauptanliegen der Untersuchung. Es ist die Entwicklung eines praxistauglichen und validen Messinstrumentes in Form eines strukturierten diagnostischen Interviews mit einer Sensitivität von 94% und einer Spezifität von 92% gelungen, das in mehreren Schritten verfeinert werden konnte und nun für klinische und wissenschaftliche Zwecke zur

Verfügung steht. Für die Überarbeitung des diagnostischen Interviews war die Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten von Bedeutung und ergab die Wichtigkeit der psychopathologischen Beurteilung der Verbitterung in Abgrenzung zu anderen Zuständen schlechter Stimmung, wie zum Beispiel Trauer, Depressivität oder ängstlicher Agitiertheit, die ein psychopathologisch anderes Bild zeigen. Zum anderen zeigte sich die Wichtigkeit der sorgfältigen Exploration und Beurteilung von Prämorbidität bei der Diagnose einer PTED. Für die Posttraumatische Verbitterungsstörung wird ein klarer Zusammenhang zwischen dem auslösenden Ereignis und der daraus resultierenden Psychopathologie postuliert. Symptome einer PTED sollten nicht durch vorbekannte psychische Probleme erklärbar sein; Patienten mit relevanten psychischen Erkrankungen zeitlich vor dem beschriebenen kritischen Lebensereignis erfüllen daher nicht die postulierten klinischen Kriterien für eine Posttraumatische Verbitterungsstörung.

Weitere Studien werden benötigt, um die Validität und Reliabilität dieses Messinstrumentes zu messen, außerdem sollten die hier dargestellten Ergebnisse von anderen Forschungsgruppen bestätigt werden.

## **5.2 Ausblick**

Es ist zu erwarten, dass ähnlich wie nach der Beschreibung der PTSD auch die Abgrenzung der PTED neue Behandlungsansätze erschließt. Auf der Basis klinischer Erfahrungen und der Theorie zur Weisheit als Fähigkeit zur Bewältigung uneindeutiger Lebensprobleme und nicht auflösbarer Lebensdilemmata wurde inzwischen durch unsere Forschungsgruppe um Prof. Linden ein Konzept für eine speziell auf PTED-Patienten abgestellte „Weisheitstherapie“ entwickelt und in einer Publikation dargestellt (Schippan et al 2004). Es ist inzwischen eine kontrollierte Therapiestudie angelaufen, um die Wirksamkeit dieser Behandlungsstrategie zu überprüfen. Hierbei soll das in dieser Arbeit entwickelte diagnostische Interview zu einem ersten wissenschaftlichen Einsatz kommen.

Weitere Untersuchungen und Weiterentwicklungen von Diagnostik- und Therapieverfahren werden nötig sein, um Patienten mit dem Störungsbild einer PTED frühzeitig, angemessen und wirkungsvoll behandeln zu können.

## **6. Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen in der Folge einschneidender Lebensereignisse nimmt in der klinischen Arbeit mit Patienten im psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungssetting ambulant und stationär breiten Raum ein. Im klinischen Alltag findet man eine abgrenzbare Form von Anpassungsstörungen mit vorherrschendem Verbitterungsaffekt, die weder durch die jetzige Definition einer Anpassungsstörung noch durch die Vergabe einer anderen Achse I-Diagnose hinreichend präzise abgedeckt werden kann.

Es handelt sich um einen spezifischen Reaktionstyp, der in der Folge außergewöhnlicher, aber durchaus lebensüblicher Belastungen entsteht und der durch anhaltendes Verbitterungserleben, Rückzug, Entwicklung einer multiformen psychischen Symptomatik, Chronizität und sozialmedizinisch erheblichen Negativfolgen zu charakterisieren ist. Auf der Basis klinischer Beobachtung und Erfahrung wurde diese Störung als „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED)“ bezeichnet und klinische Kriterien für dieses spezifische Störungsbild beschrieben (Linden 2003).

### **Ziel der Untersuchung**

Ziel der Untersuchung war zu klären, ob sich das klinisch beschriebene Syndrom der „Posttraumatischen Verbitterungsstörung“ (PTED) empirisch untermauern lässt. Dazu ist zu zeigen, dass sich entsprechend klinisch definierte Patienten von Patienten mit anderen psychischen Störungen, d.h. insbesondere depressiven Erkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und anderen reaktiven Störungen abgrenzen lassen. Es ist die besondere Psychopathologie zu belegen und zu klären, welche Symptomkonstellation am besten erlaubt, Patienten mit einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung von anderen Störungen zu differenzieren.

Dafür sollen diagnostische Algorithmen entwickelt werden, nach denen das klinisch definierte Störungsbild bestmöglich operationalisiert und abgebildet werden kann. Aus den diagnostischen Algorithmen soll ein valides strukturiertes diagnostisches Interview für die PTED entwickelt werden, das die Abgrenzung dieses spezifischen Störungsbildes erlaubt.

## **Methode**

Als zentrales Untersuchungsinstrument wurde zunächst ein halbstrukturiertes diagnostisches Studieninterview entwickelt, das die einzelnen postulierten Kriterien und typische psychopathologische Auffälligkeiten für die PTED erfragt. Es wurden 50 stationäre und teilstationäre Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik mit dem klinischen Bild einer Posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED) mit einer klinischen Kontrollstichprobe von 50 Patienten mit anderen psychischen Störungen verglichen, die klinisch nicht die Kriterien einer PTED erfüllten. Mit allen Patienten wurde das halbstrukturierte Studieninterview zur PTED durchgeführt.

Zur Anwendung kamen als weitere Untersuchungsinstrumente außerdem die Symptomcheckliste, SCL-90-R, das Multidimensional Neuropsychiatric Interview, MINI, die Impact of Event Scale, IES-R, der Berner Verbitterungsfragebogen sowie ein von der Projektgruppe entwickelter PTED-Selbstbeurteilungsfragebogen.

## **Ergebnisse**

Die Befunde der Untersuchung belegen, dass PTED-Patienten im Vergleich zu den Patienten der Kontrollgruppe unter deutlich stärkerer Symptombelastung leiden, ausgeprägtere sozialmedizinische Einschränkungen aufweisen sowie geringere Besserungsraten unter stationärer Therapie zeigen.

Es konnten die auslösenden kritischen Lebensereignisse bei Patienten mit PTED-Symptomatik erhoben und differenziert werden. Die Ereignisse beziehen sich zu einem Großteil auf die wichtigen Lebensbereiche Arbeit und Familie und unterscheiden sich deutlich von den für die PTSD typischen Auslösern.

Die Dauer posttraumatischer Verbitterungsstörungen beträgt durchschnittlich 32 Monate in der Untersuchungsgruppe; dieses Ergebnis bestätigt mit der längeren Dauer ein wichtigstes Kriterium zur Abgrenzung der PTED gegenüber den Anpassungsstörungen. Die besondere Psychopathologie der PTED konnte belegt werden sowie gezeigt werden, dass sich entsprechend klinisch definierte Patienten von Patienten mit anderen psychischen Störungen abgrenzen lassen. Mit vorherrschenden Symptomen von gedrückter Stimmung, Unruhe und Antriebshemmung, Interessenverlust, Früherwachen und Libidoverlust hat das psychopathologische Bild viele Gemeinsamkeiten mit endomorphen Depressionen. Darüber hinaus wird ein breites Spektrum weiterer negativer Gefühlszustände genannt, die eindeutig über eine depressive Erkrankung

hinausgehen. Im Vordergrund stehen Verbitterung, Wut und Hilflosigkeit, gefolgt von Ärger, Traurigkeit, Demütigung und Hoffnungslosigkeit. Diese typische Mischung negativer und durchaus sehr vitaler Affekte stellt ein hauptsächliches Charakteristikum der PTED dar.

Es ist die Entwicklung eines praxistauglichen und validen Messinstrumentes in Form eines strukturierten diagnostischen Interviews mit einer Sensitivität von 94% und einer Spezifität von 92% gelungen, das in mehreren Schritten verfeinert werden konnte und nun für klinische und wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung steht. Für die Überarbeitung des diagnostischen Interviews war die Analyse der widersprüchlich klassifizierten Patienten von Bedeutung und ergab die Wichtigkeit der psychopathologischen Beurteilung der Verbitterung in Abgrenzung zu anderen Zuständen schlechter Stimmung sowie die Wichtigkeit der sorgfältigen Exploration und Beurteilung von Prämorbidität bei der Diagnose einer PTED.

### **Schlussfolgerung**

Es handelt sich um die erste vergleichende Untersuchung von klinisch diagnostizierten PTED-Patienten mit einer Gruppe unausgewählter Patienten, die wegen verschiedenster psychischer Störungen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik stationär behandelt wurden. Die Ergebnisse dieser Vergleichsuntersuchung stützen empirisch das klinisch entwickelte Konzept der Posttraumatischen Verbitterungsstörung und die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien (Linden 2003, Linden et al. 2004). Sie sprechen für die Krankheitswertigkeit dieser Störung sowie für die Notwendigkeit und die Möglichkeit, sie von anderen psychischen Störungen abzugrenzen.

Weitere Untersuchungen und Weiterentwicklungen von Diagnostik- und Therapieverfahren werden nötig sein, um Patienten mit dem Störungsbild einer PTED frühzeitig, angemessen und wirkungsvoll behandeln zu können.

## 7. Literaturverzeichnis

- Alexander, J. (1966). The psychology of bitterness. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 514-520.
- AMDP (1995). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. & Wasek, P. (1980). Adjustment disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1166-1170.
- Andreasen, N. C. & Hoenk, P. R. (1982). The Predictive Value of Adjustment Disorders: A Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 139 (5), 584-590.
- Antonowsky, A., Kats, R. (1967). The Life Crisis History of a Tool in Epidemiological Research. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 8, No. 1, pp. 15-21.
- Arolt, V., Driesen, M., Bangert-Verleger, A., Neubauer, H., Schürmann, A. & Seibert, W. (1995). Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt*, 66, 670-677.
- Baures, M. M. (1996). Letting go bitterness and hate. *Journal of Humanistic Psychology*, 36, 75-90.
- Bourin, M., Bougerol, T., Guitton, B. & Broutin, E. (1997). A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam. Clin. Pharmacol.*, 11, 127-132.
- Bronisch, T., & Hecht, H. (1989). Validity of adjustment disorder: comparison with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 17, 229-236.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Charcot J. M. (1886): *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie*. Autorisierte deutsche Ausgabe von S. Freud. Leipzig: Toeplitz & Deuticke.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American psychiatric Press.
- Davison, G. C., Neale, J. M. (1998). *Klinische Psychologie*. (5. Aufl., S. 212-221). Beltz: Psychologie Verlags Union.

- Despland, J. N., Monod, L. & Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 454-460.
- Duden (1985) (Ed.), *Bedeutungswörterbuch*. Mannheim: Dudenverlag.
- Duden (1995) (Ed.). *Großes Wörterbuch der deutschen Sprache*. Mannheim: Dudenverlag.
- Fabrega, H. & Mezzich, J. (1987). Adjustment Disorder and Psychiatric Practice: Cultural and Historical Aspects. *Psychiatry*, 50, 31-49.
- Fabrega, H., Mezzich, J. E., & Mezzich, A. C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 44, 567-572.
- Figley, C. R. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: S.-H. Philipp (Ed.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 3-52). Weinheim: PVU.
- Flatten G., Gast U., Hofmann A., Liebermann P., Reddemann L., Siol T., Wöller W., Petzold E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis- Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz Test.
- Gastpar, M.T., Kasper S. & Linden, M. (Hrsg.) (1996). *Psychiatrie*. Berlin. Walter de Gruyter.
- Grimm, J. & Grimm, W. (2005). *Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm*. Internet.<http://germazope.unitrier.de/Projects/WBB/woerterbuecher/dwb/wbgui?lemid=GV00517>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1990): Development of Diagnostic checklists for use in routine clinical care. *Archives of General Psychiatry*, 47, 782-784.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

- Hultsch, F., Cornelius, S. W. (1995). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung: Methodische Aspekte. In: S.-H. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (3. Aufl., S. 72-87). München: PVU.
- Janet, P. (1889). L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Pollock, M. & Parrone, P.L. (1994). A Controlled Prospective Study of DSM-III Adjustment Disorder in Childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 535-541.
- Kovacs, M., Ho, V. & Pollock, M.H. (1995). Criterion and Predictive Validity of the Diagnosis of Adjustment Disorder: A Prospective Study of Youths With New-Onset Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 152, 523-528.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam War generation. Report of findings from the national Vietnam veterans readjustment study. New York, Brunner.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment, In: Pervin, L.A. & Lewis, M. (Hrsg.), Interaction between internal and external determinants of behaviour. New York, 287-327.
- Lazarus, R. S. (1995). Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: S.-H. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (3. Aufl., S.198-233). Weinheim: PVU.
- Lieberei, B., Linden, M. (2007). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) – eine spezielle Form einer Anpassungsstörung. *Med Sach* 103, 5/2007, 157-159.
- Linden, M. (2003). The Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 195 – 202.
- Linden, M. (2004). Posttraumatische Verbitterungsstörung als Folge gesellschaftlichen Umbruchs. In: Bundesärztekammer (Ed.), Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 27 (pp. 77-81). Berlin: Bundesärztekammer.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K., Spielberg, R. (2004). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED): Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Nervenarzt*, 75, 51-57.
- Linden, M., Baumann, K., Schippan, B. (2006). Weisheitstherapie – Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung. In: A. Maercker (Ed.), Psychotherapie

- der posttraumatischen Belastungsstörungen (pp. 208-227). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Linden, M., Rotter, M., Baumann, K., Lieberei, B. (2007). Posttraumatic Embitterment Disorder. Hogrefe & Huber, Cambridge und Göttingen.
- Maercker, A. (1997). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: A. Maercker (Ed.), Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung (pp. 3-49). Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala- revidierte Version (IES-R). Diagnostica, 44, 130-141.
- Maercker, A., Rosner, R. (2006). Was wissen wir über die Posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In: A. Maercker (Ed.), Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (pp. 3-17). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) . Waterloo/Ontario: Author.
- Mezrich, J. E., Fabrega, H., Coffman, G. A. & Haley, R. (1989). DSM-III Disorders in a Large Sample of Psychiatric Patients: Frequency and Specificity of Diagnoses. American Journal of Psychiatry, 146, 212-219.
- Newcorn, J. & Strain, J. (1992). Adjustment Disorder in Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31 (2), 318-327.
- Ochberg, F. M. (1993). Posttraumatic therapy. In: Wilson, J.P., Raphael, B. (Hrsg.) International handbook of traumatic stress syndroms. New York: Plenum Press.
- Okon, E. (2002). Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung. Praxis Klin. Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 57, 4-7.
- Oppenheim, H. (1889): Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: Hirschwald.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of live events research. Journal of Psychosomatic research, 27, 341-352.
- Perkonigg, A., Wittchen, H.-U. (1997). Trauma and PTSD among adolescents and young adults from the General Population in Germany. Max Planck Institut für Psychiatrie.

- Petermann, F. (1995). Identifikation und Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen. In Filipp, S. (Ed.), *Kritische Lebensereignisse* (pp. 53-90), München: Beltz.
- 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. *Social Sciences and Medicine*, 35, 25-35.
- Schaad, R. (2002). *Berner Verbitterungs-Bogen (Version 2)*. Lizentiatsarbeit, Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Schatzberg, A. F. (1990). Anxiety and Adjustment Disorder: A Treatment Approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (11, suppl.), 20-24.
- Schippan, B., Baumann, K., & Linden, M. (2004). Weisheitstherapie – kognitive Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 14, 284-293.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the undoing of character*. New York: Atheneum.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavas, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Silver, R. L. & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life-events. In Garber, J. & Seligmann, M.E.P. (Hrsg.), *Human Helplessness: Theory and applications*. New York, 279-340.
- Snyder, S., Strain, J. J., & Wolf, D. (1990). Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 12, 159-165.
- Spalletta, G., Troisi, A., Saracco, M. Ciani, N. & Pasini, A. (1996). Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 39, 141-148.
- Strain, J. J., Smith, G. C., Hammer, J. S., McKenzie, D. P., Blumenfield, M., Muskin, P., Newstadt, G., Wallack, J., Wilner, A. & Schleifer, S. S. (1998). *Adjustment Disorder:*

- A Multisite Study of its Utilization and Interventions in the Consultation-Liaison Psychiatry Setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.
- Strauß, B., Caspar, F. & Hohagen, F. (Hrsg.) (2006). *Lehrbuch Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stroebe, W., Stroebe, S. (1998). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz*. Eschborn: Klotz.
- Susemihl, F. (1912) (Ed.). *Aristotelis Ethica Nicomachea*. Leipzig: Apelt.
- Tausch, R. (1992). Vergeben, ein bedeutsamer seelischer Vorgang. *Zeitschrift für Sozialpsychologische und Gruppendynamik in Wirtschaft und Gesellschaft*, 17, 3-29.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (1996) (Eds.). *Traumatic stress*. New York: Guilford.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., Essau, C., Rummeler, R., Spitzer, R. L. & Williams, J. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136-153.
- World Health Organization (1992) (Ed.). *International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision*. Geneva: WHO.
- Zemperl, J. & Frese, M. (1997). Arbeitslose: Selbstverwaltung überwindet die Lethargie. *Psychologie Heute* 24, 36-41.
- Znoj, H. (2002). *Der Berner Verbitterungsfragebogen*. Unpublished.

## 8. Anhang

### 8.1: Studienform des klinischen halbstrukturierten Interviews zur Posttraumatischen Verbitterungsstörung

(entwickelt im Rahmen der Pilotstudie und verwendet in der Hauptstudie; Basis für die Entwicklung des diagnostischen Interviews)

1. Gab es in den vergangenen Jahren ein **einschneidendes Ereignis/Erlebnis/eine einschneidende Erfahrung, die Sie äußerst gekränkt oder verbittert hat?**

(es können auch mehrere Ereignisse in Frage kommen)?

Wenn ja, bitte **mit Jahreszahl** benennen.

ja

nein 

Wenn ja:

1.

2.

3.

Weitere:

2. Bitte benennen Sie das Ereignis aus der Liste von Frage 1., welches für sie persönlich am **bedeutsamsten** für Ihre aktuelle psychische Befindlichkeit ist:

kritisches Lebensereignis:

3. Hat sich durch dieses Ereignis/ diese Ereignisse Ihre **psychische Befindlichkeit deutlich** und **anhaltend** bzw. **bleibend negativ verändert?**

ja

nein 

4. Erleben Sie das kritische Lebensereignis als **ungerecht**? Haben Sie das Gefühl, dass das Schicksal oder der Verursacher **nicht fair** mit Ihnen umgegangen ist?

ja

nein

5. Haben sich Ihnen im Verlauf der vergangenen Monate immer wieder **Erinnerungen oder Gedanken** an das Ereignis aufgedrängt und Sie belastet?

ja

nein

6. Wenn Sie an dieses Ereignis erinnert werden, führt das dann auch jetzt noch dazu, dass es Sie **heftig aufregt**?

ja

nein

7. Litten Sie bereits vor diesem Ereignis unter (schwerwiegenden / relevanten / erkennbaren) psychischen oder seelischen Problemen (Depressionen, Ängste o.ä.)?

Ja

nein

Wenn ja, welcher Art?:

8. Wen würden Sie für das kritische Lebensereignis **verantwortlich machen** (z.B. Chef, Angehöriger, Schicksal etc.)?

1.:

2.:

3.:

9. Fühlen Sie sich dem kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher gegenüber eher **hilflos ausgeliefert**?

ja

nein

10. Würden Sie **Genugtuung** empfinden, wenn der Verursacher auch einmal ähnliches erleiden würde ?

ja

nein

11. Wäre es schön, wenn der Verursacher **zur Rechenschaft** gezogen würde?

ja

nein

12. Wenn das kritische Lebensereignis angesprochen wird oder Sie daran denken, steigen dann folgende **Gefühle in Ihnen auf**?

a) **Verzweiflung:**  ja

nein

b) **Hoffnungslosigkeit:**  ja

nein

c) **Wut**  ja

nein

d) **Angst:**  ja

nein

e) **Aggression:**  ja

nein

f) **Verbitterung:**  ja

nein

g) **Traurigkeit:**  ja

nein



ja  nein

**d) Morgendliches Stimmungstief:**

ja  nein

**e) Antriebshemmung und Antriebslosigkeit:**

ja  nein

**f) Unruhe oder Getriebenheit:**

ja  nein

**g) Appetitverlust:**

ja  nein

**h) Gewichtsverlust:**

ja  nein

**i) Abnahme des sexuellen Interesses:**

ja  nein

18. Haben Sie seit dem kritischen Lebensereignis häufiger das Gefühl, dass es **keinen Sinn** macht, **Dinge anzupacken** und sich **anzustrengen**?

ja  nein

19. Meiden Sie **Orte oder Personen**, die Sie an das kritische Lebensereignis erinnern?

ja  nein

20. Blockiert Ihre psychische Befindlichkeitsstörung **familiäre Aktivitäten**?

ja  nein

21. Blockiert Ihre psychische Befindlichkeitsstörung **berufliche Aktivitäten**?

ja  nein

22. Blockiert Ihre psychische Befindlichkeitsstörung **Hobbys, Freizeitaktivitäten oder gesellige Aktivitäten**?

ja  nein

23. Wie lange hält bislang Ihre psychische Beeinträchtigung durch das kritische Lebensereignis an? (Angabe in Monaten)

\_\_\_\_\_ Monate

„Mein Lebenslauf wird aus datenrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.“

## Erklärung

„Ich, Barbara Lieberei, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „Diagnostische Kriterien und Entwicklung eines diagnostischen Interviews für die Posttraumatische Verbitterungsstörung“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Berlin, den 26.05.08

(Barbara Lieberei)