

Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung

Michael Linden

2., überarbeitete und ergänzte Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung

Fortschritte der Psychotherapie
Band 65

Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung

Prof. Dr. Michael Linden

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf,
Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Die Reihe wurde begründet von:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Michael Linden

Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung

2., überarbeitete und ergänzte Auflage



Prof. Dr. med., Dipl.-Psych. Michael Linden, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Rehabilitationswesen sowie Psychologischer Psychotherapeut. 1967–1975 Studium der Humanmedizin und Psychologie in Mainz und Berlin. 1976–1998 zunächst Wissenschaftlicher Assistent und zuletzt leitender Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin. 1998–2015 Leiter der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und leitender Arzt am Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund in Teltow bei Berlin. Seit 1981 Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Seit 1991 ärztlicher Weiterbildungsleiter am Institut für Verhaltenstherapie Berlin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

2., überarbeitete und ergänzte Auflage 2023
© 2017 und 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3200-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3200-8)
ISBN 978-3-8017-3200-4
<https://doi.org/10.1026/03200-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

1	Das Störungsbild der Posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED)	1
1.1	Klinisches Bild	1
1.2	Definition und diagnostische Kriterien der PTED	5
1.3	Differenzialdiagnostik der PTED	7
1.3.1	Differenzierung von Intrusionen, Grübeln und verwandten Symptomen	7
1.3.2	Abgrenzung der PTED von anderen psychischen Störungen	11
1.3.2.1	Anpassungsstörung	12
1.3.2.2	Phobie	13
1.3.2.3	Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	13
1.3.2.4	Depression	15
1.3.2.5	Persönlichkeitsstörung	15
1.3.2.6	Paranoia, anhaltende wahnhaftige Störung, schizotype oder schizophrene Störung, Querulantenwahn	16
1.3.3	Abgrenzung der PTED von anderen Verbitterungsreaktionen	17
1.4	Verbitterung und Aggression	18
1.5	Epidemiologie von Verbitterung und PTED	19
2	Störungstheorien und -modelle	24
2.1	Verbitterungsreaktionen bei Kränkung und Ungerechtigkeit	24
2.2	Emotionstheoretische Überlegungen	26
2.3	Funktionalität von Verbitterung	28
2.4	Verletzung zentraler Grundannahmen	30
2.5	„Belief in a just world“-Psychologie	32
2.6	Ungerechtigkeit und Verbitterung im gesellschaftlichen Kontext ...	34
3	Resilienz und Schutzfaktoren bei Kränkung	36
3.1	Weisheit	36
3.2	Vergebung	38
3.3	Intelligenz und Problemlösefähigkeiten	40
3.4	Emotionale Intelligenz	40
3.5	Kontrollattributionen, Sinnfindung und Kohärenzerleben	41
3.6	Moral	42

4	Diagnostik der Verbitterungsstörung	43
4.1	Selbstrating- und Screening-Verfahren	43
4.2	Standardisiertes diagnostisches Interview für PTED	43
5	Die Behandlung der PTED	44
5.1	Grundlegende Therapieprobleme	44
5.2	Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung	47
5.3	Exploration des kritischen Lebensereignisses	48
5.4	Exploration von Intrusionen, Emotionen, Rachefantasien und Alltagsveränderungen	51
5.5	Schaffung eines Behandlungsauftrags und Herstellung einer Änderungsmotivation	54
5.6	Weisheitstherapie	57
5.6.1	Grundstruktur der Weisheitstherapie	57
5.6.2	Die „Methode der unlösbaren Probleme“	58
5.6.3	Identifikation mit dem fiktiven Opfer	62
5.6.4	Emotionswahrnehmung und -akzeptanz	63
5.6.5	Perspektivwechsel	64
5.6.6	Empathie und Mitgefühl	66
5.6.7	Kontextualismus	67
5.6.8	Wertrelativismus	68
5.6.9	Selbstrelativierung	69
5.6.10	Selbstdistanz	70
5.6.11	Emotionale Serenität und Humor	71
5.6.12	Anspruchsrelativierung	73
5.6.13	Nachhaltigkeit	74
5.6.14	Ungewissheitstoleranz	77
5.6.15	Fakten- und Problemlösewissen	78
5.6.16	Strategiewissen und prototypische Problemlöser	80
5.6.17	Weisheitssentenzen	81
5.7	Exposition	82
5.8	Salutotherapie, Aktivitätsaufbau und Aufbau neuer Perspektiven ..	85
5.9	Psychotherapeutischer Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung	89
5.10	Gruppentherapie	92
6	Empirische Evidenz und Wirksamkeit	93
7	Sozialmedizinische und juristische Aspekte	97
7.1	Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit	97

7.2	Forensischer Umgang mit Gewaltfantasien.....	99
7.3	Schuldfähigkeit	100
8	Weiterführende Literatur	101
9	Literatur	102
10	Kompetenzziele und Lernkontrollfragen	109
11	Anhang	112
	PTED-Skala.....	112
	Standardisiertes diagnostisches Interview für PTED	114

Karten

Dimensionen der Weisheit
 Prototypische Problemlöser

1 Das Störungsbild der Posttraumatischen Verbitterungsstörung (PTED)

1.1 Klinisches Bild

Verbitterung ist eine allgemein bekannte menschliche Emotion. Alle Menschen können sich spontan etwas unter einer „verbitterten Person“ vorstellen und/oder waren selbst schon verbittert. Dies gilt ebenso, wie für Angstgefühle, die man auch nicht weiter erklären muss. Und ebenso wie Angst kann auch Verbitterung – je nach Intensität, Dauer und Folgen – pathologisch werden und sich zu einer psychischen Störung entwickeln.

Die Diagnose einer „Posttraumatischen Verbitterungsstörung“ (Linden, 2003) beschreibt Patienten, die unter einer schwer beeinträchtigenden, spezifischen, langanhaltenden und schwer behandelbaren emotionalen Störung leiden, die in der Folge eines singulären und einschneidenden, wenn auch lebensüblichen Ereignisses aufgetreten ist. Auslösende Ereignisse dieser Art können beispielsweise Konflikte am Arbeitsplatz („Mobbing“), Arbeitsplatzverlust, der Tod eines Angehörigen, Scheidung, eine schwere Krankheit oder Vereinsquerelen sein. Die Verbitterungsstörung („post-traumatic embitterment disorder“ – PTED) kann nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10; WHO, 1992) mit dem Code F43.8 verschlüsselt werden im Sinne einer „spezifischen Reaktion auf eine schwere Belastung“ bzw. der Sonderform einer pathologischen Belastungsreaktion bzw. nach ICD-11 als 6B4Y.

Reaktion
auf schwere
Belastung

Bei der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung vieler psychischer Störungen spielen Stressoren wie kritische Lebensereignisse, traumatische Erfahrungen oder chronische Belastungen eine wichtige Rolle. In der Regel sind es aber keine Auslöser, sondern nur „Gelegenheitsursachen“ oder auch nur krankheitsbedingt als Belastung erlebte Lebensumstände. Auch ist es in der Regel nicht möglich, aufgrund eines bestimmten Ereignisses vorherzusagen, wie die psychische Reaktion aussehen wird. Ebenso wenig kann man aus der psychischen Reaktion auf die Ursache rückschließen. Das ist wie in der Chirurgie, wo ein Knochenbruch viele Ursachen haben, ein Sturz zu sehr unterschiedlichen Frakturen führen und eine Gelenkinstabilität zu unterschiedlichsten Belastungen führen kann.

Von dieser Regel gibt es aber Ausnahmen. Bei den belastungsreaktiven Störungen wird angenommen, dass belastende Ereignisse oder Stressoren die

entscheidenden ätiologischen Faktoren sind, ohne die es zumindest zu diesem Zeitpunkt nicht zu einer psychischen Störung gekommen wäre. Die Gruppe der Anpassungsstörungen wird häufig als Restkategorie oder „Lückenfüller“ betrachtet (Bengel & Hubert, 2010). Ein Grund hierfür ist das Fehlen eines präzisen Diagnose-Algorithmus und auch die Besonderheit, dass Belastungsreaktionen sich spätestens nach einem halben Jahr zurückgebildet haben sollten und bei fortbestehender Symptomatik von einer sonstigen Störung auszugehen ist. Wenn die Kriterien für andere Störungen erfüllt sind, dann gilt auch beim Vorliegen eindeutiger Belastungsereignisse, dass die Phänomenologie diagnostisch größeres Gewicht hat als der Auslöser.

Auslöser,
Verlauf,
Psychopathologie

Wie die wissenschaftliche Bearbeitung der Posttraumatischen Belastungsstörung („post-traumatic stress disorder“ – PTSD) inzwischen aber gezeigt hat, gibt es psychische Störungen, die nach Kontextbedingungen (lebensbedrohliches, außergewöhnliches, Panik auslösendes Ereignis), Zeitverlauf (Störungsbeginn in eindeutigem Zusammenhang mit dem Ereignis) und Psychopathologie (Intrusionen, Vermeidung spezifischer Orte) diagnostisch nur dann adäquat eingeordnet werden können, wenn Psychopathologie und Auslöser gemeinsam berücksichtigt werden (Stein et al., 2011). Eine weitere Störung dieser Art, analog zur PTSD, ist die PTED.

Bei beiden Erkrankungen sind psychopathologische Kernsymptome Intrusionen, Hyperarousal, Herabgestimmtheit und Vermeidung. Der Leitaffect der PTED ist aber nicht Angst, sondern Verbitterung und Aggression gegen sich selbst und die Umwelt. Der Auslöser ist kein „unbedingt“ Panik auslösender Stimulus, sondern ein „bedingter“ Stimulus, der vor dem Hintergrund individueller zentraler Grundannahmen des Betroffenen zu einem Erleben von Ungerechtigkeit, Herabwürdigung, Kränkung und Verbitterung führt. Auch hier kommt es zu heftigen emotionalen Reaktionen, wenn der Patient mit dem kritischen Erlebnis oder damit assoziierten Situationen oder Personen konfrontiert wird. Entscheidend ist, wie bei der PTSD, dass der Patient sich – ausgelöst durch äußere Stimuli oder spontan – immer wieder an das kritische Ereignis erinnern muss, mit der Folge einer dauernden Reaktivierung der negativen Begleitemotionen.

Fallbeispiel: Posttraumatische Verbitterungsstörung

Eine 42-jährige Patientin kommt auf Anraten ihrer ambulanten Nervenärztin unter der Einweisungsdiagnose einer depressiven Entwicklung zur stationären Aufnahme. Die attraktive und modisch gekleidete Frau hat tiefe Augenringe und einen leiderfüllten Gesichtsausdruck. Zunächst beschreibt sie eine Symptomatik, die an eine depressive Episode mit deutlichem somatischem Syndrom erinnert. Die Stimmung ist niedergeschlagen und verzweifelt, der Antrieb reduziert, sie klagt über Schlafstörungen.

Anders als bei einer depressiven Störung finden sich aber auch heftige Emotionsausbrüche mit Verbitterung, Groll, Beschämung und Wut und dies insbesondere bei Erwähnung ihrer Ehe. Bei Ablenkung durch andere Themen oder Mitpatienten kann sie phasenweise einen ausgeglichenen, ja sogar fröhlichen Affekt mit guter Schwingungsfähigkeit zeigen.

Die Patientin berichtet über eine unauffällige kindliche Entwicklung sowie eine erfolgreiche Schulausbildung und ein Wunschstudium ohne Anhalt für psychische Beeinträchtigungen. Kindheit und Jugend werden als 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 und einzige intime Beziehung gewesen. Für die Patientin habe die Familie sowie eine harmonische und innige Partnerschaft stets im Mittelpunkt gestanden und andere Interessen habe sie den Familienaktivitäten stets untergeordnet. Obwohl sie bis auf kurze Unterbrechungen seit Studienende in Teilzeit berufstätig war, habe sie auch ihre berufliche Entwicklung zugunsten der Familie eher hintangestellt („Wenn ich Karriere mache und mich für anderes engagiere, bleibt ja keine Zeit mehr“). Die Ehe sei in den ersten 15 Jahren eng und harmonisch verlaufen.

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 und kurz darauf habe sie dann zufällig einen sehr gefühlbetonten Brief ihres Ehemannes an eine Arbeitskollegin gefunden, aus dem hervorging, dass er eine sexuelle Beziehung mit dieser (deutlich jüngeren) Arbeitskollegin begonnen habe und zu ihr ein enges Vertrauensverhältnis empfinde.

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“). Was sie aber als besonders ungerecht und verletzend erlebt und was ihr „die Luft genommen“ habe, war, dass ihr Ehemann gegenüber der Kollegin zum Ausdruck brachte, dass er sich von ihr „verstanden fühle“. Dabei habe sie als seine Ehefrau seit Jahren immer wichtig genommen, was ihm wichtig war, ihn bei allem unterstützt, alles für ihn getan und eigene Bedürfnisse immer wieder hinter den seinen zurückgestellt. Sie erlebe diese Aussage, dass die andere „ihn verstehe“, als ungerecht, als Kränkung, Herabwürdigung und Demütigung. Was sie besonders verletze, sei der Vertrauens-

bruch und die Ungerechtigkeit des Vorwurfes, was sie „völlig aus der Bahn geworfen“ habe. Ihr ganzer Lebensentwurf und alles, was ihr wichtig war, sei zerstört. Seit dem Auffinden des Briefes vor ca. zwei Jahren 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 hinauszögern, um „den Kindern und der Familie nicht so wehzutun“.

Die Patientin grübelt seit dem Ereignis viele Stunden am Tag mit heftigen Affekten von Groll, Bitterkeit und Verzweiflung, weint häufig, kann sich nur schwer konzentrieren, leidet unter Appetitlosigkeit und erheblicher Gewichtsabnahme sowie ausgeprägten Stimmungseinbrüchen, insbesondere wenn sie an ihre Ehe oder den Ehemann erinnert wird. Sie 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, also seiner neuen Partnerin. Sie habe daran gedacht, selbst Ehebruch zu begehen, obwohl dies völlig ihren Prinzipien zuwiderlaufe, 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 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. Sie habe auch schon ihren Ehemann verbal und körperlich angegriffen (z. B. geohrfeigt). Sie habe sich seither auch gänzlich aus sozialen Kontakten herausgezogen, da sie sich vor den Freunden schäme, dass ihr eigener Ehemann ihr diese Schmach angetan habe, wo sie sonst das Bild einer heilen Familie vermittelt habe. Sie verlasse das Haus kaum noch, da sie keine Paare sehen könne. Wenn sie ohne Ablenkung ist oder abends im Bett das Licht ausmacht, dann kommen Fantasien hoch, wie sie das Auto der neuen Partnerin beschädigt oder sogar in der Wohnung des Mannes Feuer legt. Sie habe auch immer wieder Gedanken, ob es nicht besser sei, aus dem Leben zu scheiden und mit allem Schluss zu machen. Dann hätte das alles ein Ende und ihr Mann könnte sehen, was er angerichtet hat.

1.2 Definition und diagnostische Kriterien der PTED

Die Posttraumatische Verbitterungsstörung ist eine pathologische Reaktion auf einschneidende Lebensereignisse (Linden et al., 2008). Auslöser ist ein außergewöhnliches, wenn auch lebensübliches negatives Lebensereignis wie z. B. eine Scheidung oder Kündigung, das mit einer persönlichen Kränkung, Herabwürdigung und Verletzung zentraler Werte bzw. sogenannter „kognitiver Grundannahmen“ einhergeht (vgl. Kapitel 2.4). In der Folge entwickeln die Betroffenen einen ausgeprägten und langanhaltenden Verbitterungsaffekt.

Die Störung ist nicht „traumatisch“ wegen des vorangegangenen Auslöseereignisses, sondern aufgrund der zeitlichen Entwicklung. Noch Minuten vor dem Ereignis waren die Menschen gesund. Minuten später sind sie krank und schwer beeinträchtigt. So etwas kann nicht nur passieren, wenn man in einen Autounfall verwickelt wird, und danach unter einer PTSD leidet, sondern auch als Folge einer Verletzung zentraler Grundannahmen durch scheinbar lebensübliche Ereignisse.

Kränkungen und Bedrohungen

Es besteht eine Parallelität der PTED zur PTSD insofern, als Intrusionen und auch die Vermeidung von Situationen oder Objekten, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen, charakteristische Symptome sind. Es finden sich emotionale Entgleisungen bei Erinnerung an das kritische Ereignis, Suizidalität, dauerhafte Herabgestimmtheit, Antriebsverlust und häufig auch Aggressionsfantasien. Die Patienten sind im Gegensatz zur Depression bei Ablenkung oder auch, wenn Rachefantasien angestoßen werden, zu einem holothymen, d. h. vollen und sogar positiven Affekt in der Lage. Als Leitsymptom findet sich bei den Patienten klinisch ein ausgeprägter und langanhaltender Verbitterungsaffekt in Verbindung mit multiplen weiteren psychopathologischen Symptomen, die ein charakteristisches Krankheitsbild ergeben.

Diagnostische Kriterien der PTED

A. Kernkriterien

1. Es ist ein schwerwiegendes negatives Lebensereignis zu identifizieren, in dessen unmittelbarer Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
2. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als „ungerecht“ oder herabwürdigend und kränkend.
3. Der Patient leidet unter immer wiederkehrenden, sich intrusiv aufdrängenden Erinnerungen an das Ereignis.
4. Der Patient reagiert mit Verbitterung und emotionaler Erregung, wenn er an das Ereignis erinnert wird.