

Trauma

Verletzung – Verbitterung – Vergebung

Am 10. 10. 2009 hat eine Tagung zum Thema „Verletzung – Verbitterung – Vergebung“ in Wien 600 Teilnehmer angezogen und für ein beträchtliches Medienecho gesorgt, was ein deutlicher Hinweis auf die Aktualität des Themas ist (www.rpp2009.org). In der Tat sind die Worte „Verletzung“ und „Traumatisierung“ in aller Munde, und auch die Thematik der Vergebung wird in der psychotherapeutischen Forschung immer präsenter. Mit der Erstbeschreibung der „posttraumatischen Verbitterungsstörung“ hat Michael Linden wohl das Missing Link zwischen den beiden Polen gefunden.

Die Traumatisierung

Psychische Reaktionen auf belastende Lebensereignisse sind schon immer Gegenstand wissenschaftlichen Interesses in der Psychiatrie gewesen und haben auch in internationalen Klassifikationssystemen wie der ICD-10 oder dem DSM-IV-TR ihren Niederschlag gefunden. Die ICD-10 beschreibt unter dem Kapitel F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) drei Kategorien reaktiver psychischer Störungen: die akute Belastungsreaktion (F 43.0), die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) und die Anpassungsstörungen (F 43.2); weiters im Kapitel F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.1). In den letzten Jahren hat insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) vermehrt Aufmerksamkeit erfahren. Sie ist definiert als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, und ist charakterisiert durch die Hauptsymptome Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidung. Es ist mittlerweile die Tendenz zu beobachten, diese dia-

gnostisch klar definierte Kategorie der posttraumatischen Belastungsstörung auch auf Störungen auszuweiten, die aus der Konfrontation mit weniger schweren Ereignissen hervorgegangen sind, obwohl hierfür eigentlich die Kategorie der Anpassungsstörungen vorgesehen ist. Auslösende Ereignisse dieser Art können z.B. tiefgreifende Konflikte am Arbeitsplatz („Mobbing“), Arbeitslosigkeit, der Tod eines Angehörigen, Scheidung, schwere Krankheit oder Trennungs- und Verlusterlebnisse sein. Obwohl es eine umfangreiche Literatur zu psychischen Reaktionen auf solche nicht direkt lebensbedrohlichen Ereignisse gibt, mit Evidenz für eine hohe Prävalenz, so wird doch die Diagnose einer Anpassungsstörung eher selten gestellt. Auch in epidemiologischen Studien zu psychischen Störungen werden diese Erkrankungen regelhaft nicht berücksichtigt. Eine Ursache hierfür sind das Fehlen eines präzisen Diagnosealgorithmus und auch das Konzept, wonach Belastungsreaktionen sich spätestens nach einem halben Jahr zurückgebildet haben sollten und bei fortbestehender Symptomatik von einer sonstigen Störung auszu-

gehen ist. Anpassungsstörungen stellen daher eher eine diagnostische Restkategorie dar. Wenn die Kriterien für andere Störungen erfüllt sind, dann gilt auch

beim Vorliegen eindeutiger Belastungsereignisse, dass die Phänomenologie diagnostisch größeres Gewicht hat als der Auslöser. Wie die wissenschaftliche Bearbeitung der PTSD inzwischen aber gezeigt hat, gibt es jedoch auch psychische Störungen, die nach Kontextbedingungen (lebensbedrohliches außergewöhn-



R. Bonelli, Wien

liches Ereignis), Zeitverlauf (Störungsbeginn in eindeutigem Zusammenhang mit dem Ereignis) und eben auch Psychopathologie (Intrusionen, Vermeidung spezifischer Orte) diagnostisch nur dann adäquat eingeordnet werden können, wenn Psychopathologie und Auslöser gemeinsam berücksichtigt werden.

Die Verbitterung

Der Berliner Psychiater und Psychologe Michael Linden hat in den letzten 10 Jahren analog zur PTSD eine weitere Störung dieser Art beschrieben: die „posttraumatische Verbitterungsstörung“ („posttraumatic embitterment disorder“,

PTED). Eine PTED kann in der Folge außergewöhnlicher, jedoch lebensüblicher Belastungen entstehen (Kündigung, Partnerschaftsprobleme, zwischenmenschliche Konflikte, Verlusterlebnisse), die als ungerecht, kränkend oder herabwürdigend erlebt werden. Sie ist durch Verbitterung, Entwicklung einer ausgeprägten psychischen Begleitsymptomatik, Chronizität und erhebliche sozialmedizinische Negativfolgen zu charakterisieren.

Im Vordergrund des Beschwerdebildes steht ein andauernder Verbitterungsaffekt, verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Vorwürfen gegen sich und andere, aggressiven Fantasien gegen sich selbst und andere bis hin zu Gedanken an Suizid und auch erweiterten Suizid (Diagnosekriterien siehe Tab.). Hinzu kommen typischerweise Antriebsblockade und innere Unruhe, somatoforme Störungen, Schlafstörungen, sozialer Rückzug. Plätze und Personen, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, werden vermieden, was vordergründig wie eine Phobie erscheinen kann. Die Grundstimmung ist dysphorisch gedrückt. Diese Störungen können auf den ersten Blick wie eine endomorphe Depression wirken. Allerdings ist im Gegensatz zur Depression die affektive Modulation ungestört.

Ursache und Auslöser

Verbitterung ist ein Gefühl, das jedem Menschen bekannt ist. Bei Umfragen gibt etwa die Hälfte der Menschen an, dass sie in den letzten Jahren Erlebnisse hatten, deren Erinnerung ein Gefühl der Verbitterung hochkommen lässt. Ähnlich wie Angst kann eine verstärkte Verbitterung zu einem krankheitswertigen Zustand führen, der die Betroffenen schwer beeinträchtigt und der behandelt werden muss. Zu schweren Verbitterungsreaktionen kommt es, wenn durch ein Ereignis oder andere Personen wichtige „Grundannahmen“ grob verletzt werden. Grundannahmen (im Englischen: „basic beliefs“) sind psychologische Einstellungen und Wertorientierungen, die dazu dienen, sich über die Lebensspanne hin kohärent verhalten zu können (z.B. „Die Familie ist das Wichtigste im Leben!“ „Der Beruf ist das Wichtigste im Leben!“ „Materielle Sicherheit oder

Diagnostische Kriterien der PTED	
A. Die folgenden drei Kriterien müssen erfüllt sein:	
1.	Die Betroffenen haben 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:	
1.	Die Betroffenen erleben rezidivierend sich aufdrängende und belastende Erinnerungen und/oder
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 vier 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 besteht seit mindestens 6 Monaten.

Tab.: Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung in Anlehnung an ICD-10

Reichtum ist das Wichtigste im Leben!“ „Verlässlichkeit und Ehrlichkeit sind das Wichtigste im Leben!“ usw.). In den Bereichen, in denen Menschen besonders leistungsstark sind, sind sie verletzlich. (Nur wem der Beruf sehr wichtig ist, der kann tief getroffen sein, wenn die eigene Beförderung auf unfaire Art hintertrieben wird.) Kränkungen und Ungerechtigkeit sind psychologisch als Aggression zu verstehen. Wenn darauf nicht mit wirksamer Verteidigung reagiert werden kann, setzen Hilflosigkeit, Resignation und Verbitterung ein. Verbitterung hat dabei auch den Charakter einer Bestrafung des Aggressors durch Selbstzerstörung, was die z.T. ausgeprägten aggressiven Fantasien und Handlungen sowie erweiterte Suizide erklärt. Faktoren, die den Verbitterungsreaktionen vorbeugen und auch therapeutisch genutzt werden können, sind zum einen Weisheit im Sinn der modernen Weisheitspsychologie (Expertise im Umgang mit schwierigen

und unauflösbaren Lebensfragen), zum anderen eine allgemeine Stärkung der individuellen Resilienz.

Psychotherapie der Verbitterung

Die Therapie überdauernder Anpassungsstörungen und posttraumatischer Verbitterungsstörungen kann erhebliche Probleme aufwerfen. Insbesondere der Leitaffekt der Verbitterung führt oft zu einer Ablehnung therapeutischer Hilfsangebote („Die Welt kann ruhig sehen, was mir angetan wurde“). Eine Therapie wird schließlich auch erschwert durch eine fatalistisch anmutende resignativ-aggressive Grundhaltung der Patienten, die Verarbeitungs- und Änderungsprozesse sowie den Aufbau neuer Lebensperspektiven blockiert und eine Therapiemotivation erschwert. Erste Therapieansätze wurden von Linden im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt. Die Patienten müssen in die Lage

versetzt werden, das kritische Lebensereignis und die damit verbundene Kränkung und Herabwürdigung zu verarbeiten, sich davon innerlich zu distanzieren sowie neue Lebensperspektiven aufzubauen. Hierzu kann auf bewährte kognitive Strategien der Einstellungsänderung und Problemlösung zurückgegriffen werden. Dazu gehören kognitive Verfahren wie z.B. Reframing oder kognitives Neubenennen, um Neuinterpretationen, eine Reintegration des Erlebten sowie Änderungen des inneren Bewertungssystems anzustoßen. Aber auch Methoden wie Exposition, Wiederaufbau von Sozialkontakten und die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen kommen zum Einsatz, um Vermeidungsverhalten und Rückzug aufzuhalten und Realitätsprüfungen zu unterstützen.

Als einen neuen und speziell auf die PTED abgestellten Behandlungsansatz hat Linden Interventionen im Sinne einer „Weisheitstherapie“ entwickelt, die sich an der bekannten psychologischen Weisheitsforschung orientiert. Es werden „weisheitsaktivierende“ Problemlösestrategien vermittelt, die es dem Patienten ermöglichen, mit neuen Perspektiven, mehr Distanz, wechselnden Referenzsystemen und unter Berücksichtigung verschiedener Metaaspekte über sein Problem differenzierter nachzudenken und zu urteilen und eine Verarbeitung in Gang zu setzen. Hierbei werden dem Patienten beispielsweise komplexe und unlösbare Lebensprobleme vorgegeben (z.B. ein Mann lässt seine Frau mit Schulden sitzen) und der Patient wird angeleitet, dieses Problem aus verschiedenen Perspektiven (Mann oder Frau, heute oder am Lebensende, externer Kommentar eines Pfarrers, Psychologen, einer lebenserfahrenen Großmutter) zu kommentieren und dabei Fähigkeiten des Perspektivwechsels, der Wertrelativierung u.a. einzuüben.

Um Missverständnissen bezüglich des PTED-Konzepts wie der Weisheitstherapie vorzubeugen, ist darauf hinzuweisen, dass sich die Krankheitswertigkeit der PTED nicht vom Auslöseereignis, sondern von der pathologischen Reaktion ableitet, d.h. der Art und Schwere der Psychopathologie und der daraus resul-

tierenden Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Tod, Scheidung, Kündigung usw. gehören zum menschlichen Leben. Der Mensch verfügt über die Fähigkeit zur psychologischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz), die es ihm ermöglicht, solche belastenden Ereignisse zu verarbeiten. Erst wenn es zu bleibenden psychopathologischen Normabweichungen kommt, ist von Krankheit zu sprechen. Dies ist ähnlich wie beispielsweise in der Chirurgie, wo die Art der Fraktur krankheitsdefinierend ist und nicht, ob der Patient einen Skiunfall



erlitten hat oder auf einer Banane ausgerutscht ist. Auch scheinbar bagatellhafte Erlebnisse können unter bestimmten Rahmenbedingungen zu dramatischen Konsequenzen führen, in der Chirurgie wie in der Psychopathologie. Dies bedeutet, dass die Funktionsstörung und nicht der Auslöser diagnostisch wegweisend ist. Gleiches gilt auch für die Therapie. Es geht bei der Weisheitstherapie nicht um eine Lebensberatung und Unterstützung bei der Bewältigung eines Lebenskonflikts. Es geht um die Besserung der Psychopathologie. Dies geschieht auch nicht durch die Erarbeitung von Konfliktlösungen, sondern durch die Förderung psychologischer Funktionen, die erforderlich sind, um eine Konfliktlösung zu erreichen. Die Weisheitstherapie vermeidet es daher auch weitgehend, direkt am Thema des Konflikts zu arbeiten. Stattdessen werden Weisheitsstrategien an Modellproblemen eingeübt. Auch bezüglich der Therapie gilt also, dass die Funktion und nicht der Inhalt das Therapieziel ist, was auch grundsätzlich als Unter-

schied zwischen Therapie und Beratung gelten kann.

Vergebung in der Psychotherapie

Die lange, manchmal sogar lebenslange Dauer der Verbitterung kommt dadurch zustande, dass Betroffene oft in einer passiven Opferrolle verharren. Es bildet sich eine Unversöhnlichkeit, die das Verstehen der anderen Seite unmöglich macht. Aus Trotz gehen viele nicht in Therapie, sondern verböhnen sich im eigenen Unglück. Das hat zwar den positiven Nebeneffekt, dass das Umfeld Mitleid bekundet, doch bietet das bloß eine bittere und kurze Befriedigung. Zudem verstärkt Mitleid in diesem Fall bloß die passive Haltung und erschwert aktive Änderungen. Die Krankheit weitet sich auch auf andere Lebensgebiete in zerstörerischer Weise aus, wobei die Symptome von Selbstzweifel, Appetitlosigkeit, Depressionen, Phobien und Aggressionen bis hin zu Selbstmordgedanken reichen. Viele vereinsamen und gehen nicht einmal mehr auf die Straße. Überwinden kann man Verbitterung durch das Loslassen. Verbitterte wollen die absolute Gerechtigkeit hier und jetzt erleben. Man kommt jedoch erst durch die Erkenntnis weiter, dass diese Gerechtigkeit nicht existiert und alles Erlebte bloß relativ ist.

Bisher wurde der Aspekt der Vergebung in Europa kaum wissenschaftlich behandelt, vermutlich aus Angst, dass der Begriff automatisch Religion impliziert. Verzeihung ist jedoch in erster Linie ein psychischer Akt und nicht ein religiöses Phänomen. Verzeihung als beste Form des Loslassens beschreibt einen Prozess, der im Wesentlichen zwei Voraussetzungen braucht. Erstens ist die Erkenntnis nötig, dass man auch selbst Fehler macht. Erst dadurch wird man bereit, auch dem Täter falsches Handeln zugestehen zu können. Zweitens braucht man eine Portion Großmut, um tatsächlich „Schwamm drüber!“ sagen zu können.

Literatur beim Verfasser

Autor: Doz. DDR. Raphael M. Bonelli
Sigmund Freud Privat-Universität Wien
neu100100