

Behandlungsstrategien bei wiederholt auftretenden aversiven Erinnerungen

Prof. Dr. Thomas Ehring



Überblick

1. Hintergrund: Aversive Erinnerungen bei psychischen Störungen
2. Behandlungsstrategien im Überblick
3. Sind aversive Erinnerungen immer valide?
4. Zusammenfassung klinischer Implikationen

Fallbeispiel 1

Herr S. hatte vor 6 Monaten einen Fahrradunfall, bei dem er von seinem Fahrrad geschleudert wurde. Ein entgegenkommendes Auto konnte nur knapp vor ihm bremsen. Seit diesem Erlebnis kommen ihm immer wieder ungewollt lebhafte Bilder des Unfalls vor Augen, insbesondere das Bild, wie das Auto auf ihn zurast. Er erlebt dann wieder Todesangst sowie heftige körperliche Symptome (Herzrasen, Zittern) und braucht teilweise Stunden, um sich davon zu erholen. Er fühlt sich durch diese Erinnerungen stark beeinträchtigt.

Fallbeispiel 2

Frau I. war in ihrer Kindheit wiederholt körperlicher und sexueller Gewalt durch ihren Vater ausgesetzt. Sie wird nun (über 30 Jahre später) immer noch täglich von Erinnerungen an die Erlebnisse gequält. In Situationen, in denen sie anderen Menschen körperlich nahe ist (z.B. Intimität mit dem Partner, aber auch vollbesetzter Aufzug oder U-Bahn), kommen Erinnerungen an die sexuellen Übergriffe hoch (Gefühl eines schweren Körpers, der auf ihr liegt, Schweißgeruch des Vaters). Auch sieht sie häufig das wutverzerrte Gesicht ihres Vaters vor sich, der ihr mit Schlägen droht.

Posttraumatische Belastungsstörung: Intrusive Erinnerungen als Kernsymptom

- Kernsymptom der PTBS: Intrusives Wiedererleben des Traumas/der Traumata
 - ungewollte Erinnerungen (*Intrusionen*)
 - Flashbacks (Wiederleben mit starker dissoziativer Qualität)
 - Albträume
 - starke Reaktivität auf Erinnerungsreize
- Wichtige Merkmale intrusiver Erinnerungen
 - Dominanz sensorischer Eindrücke (z.B. Gesicht des Täters; Geräusch von quietschenden Reifen; Geruch von Feuer)
 - „Hier-und-Jetzt-Qualität“
 - teilweise starke dissoziative Reaktionen („Flashbacks“)
 - starke emotionale und körperliche Reaktionen
 - Erinnerungen enthalten die ursprünglichen Bewertungen (z.B. „Ich sterbe“)
 - vielfältige Auslöser
- Gehen mit Vermeidung, Übererregung, negative Kognitionen und Emotionen einher.

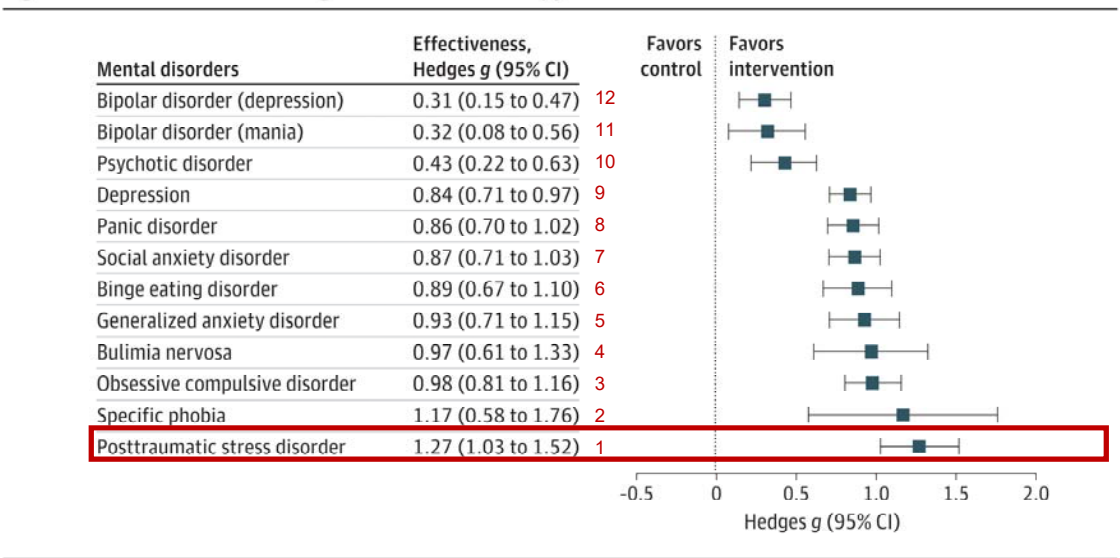
Wie können intrusive Erinnerungen im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung behandelt werden?

5	Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt. LoE: 1a Abstimmungsergebnis: 27/27 (100%)	A
6	Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. LoE: Nicht anwendbar Abstimmungsergebnis: 24/24 (100%)	KKP



2019

Figure. Pooled Effect Sizes of Cognitive Behavior Therapy vs Control Conditions Across Mental Disorders in Adults



JAMA Psychiatry | Original Investigation

Cognitive Behavior Therapy for Mental Disorders in Adults

A Unified Series of Meta-Analyses

Pim Cuijpers, PhD; Mathias Harrer, MSc; Clara Miguel, MSc; Marketa Ciharova, MSc; Davide Papola, PhD, MD; Djordje Basic, MSc; Cristina Botella, PhD; Ioana Cristea, PhD; Nino de Ponti, MSc; Tara Donker, PhD; Ellen Driessen, PhD; Pamela Franco, PhD; Irene Gómez-Gómez, PhD; Jessica Hamblen, PhD; Noelia Jiménez-Orenga, MSc; Eirini Karyotaki, PhD; Aaron Keshen, MD; Jake Linardon, PhD; Emma Motrico, PhD; Minoo Matbouriahi, MSc; Olga M. Panagiotopoulou, BSc; Rory A. Pfund, PhD; Constantin Yves Plessen, PhD; Heleen Riper, PhD; Paula P. Schnurr, PhD; Marit Sijbrandij, PhD; Marieke B. J. Toffolo, PhD; Lingyao Tong, MSc; Wouter van Ballegooijen, PhD; Els van der Ven, PhD; Annemieke van Straten, PhD; Yingying Wang, MSc; Toshi A. Furukawa, PhD, MD

JAMA Psychiatry. 2025;82(6):563-571. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.0482
Published online April 16, 2025.

Take-home message (1)

- Ungewollte aversive Erinnerungen sind ein Kernmerkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung
- Diese lassen sich mit traumafokussierter Psychotherapie hochwirksam behandeln.

Fallbeispiel 3: Soziale Phobie

Herr T. vermeidet informelle soziale Situationen (z.B. Mittagspause mit Kollegen; Geburtstagsfeier des Bruders). Wenn sie sich nicht vermeiden lassen, erträgt er sie unter starker Angst. In diesen Situationen kommt ihm regelmäßig ein Bild in den Kopf, auf dem er selbst mit hochrotem Kopf und weinend inmitten einer Gruppe von Menschen steht, die ihn auslachen. Diese Bild entspricht einem Erlebnis, das er im Alter von 15 Jahren hatte, als er in der Schule von Mitschülern gemobbt wurde.

Fallbeispiel 4: Depression

Frau N. leidet seit ihrem 15. Lebensjahr unter einer rezidivierenden depressiven Störung. Während depressiver Episoden erlebt sie vermehrt intrusive Erinnerungen von Erlebnissen aus ihrer Kindheit, die sie sehr belasten und Symptome der Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit sowie Antriebslosigkeit weiter verstärken. Eine der belastenden Erinnerungen stammt aus dem Grundschulalter. Ihre Mutter war damals an Krebs erkrankt. Während häufiger Krankenhausaufenthalte ihrer Mutter war das Mädchen häufig alleine zuhause und erlebte nur wenig Zuneigung und Unterstützung durch den Vater, der damals ebenfalls depressiv war. In einem sehr prägenden wiederkehrenden Bild sieht Frau N. sich als 7-jähriges Kind alleine in ihrem Zimmer sitzen, es ist dunkel, sie fürchtet sich, vermisst ihre Mutter und fühlt sich alleingelassen und hilflos.

Aversive Erinnerungen über Störungsgrenzen hinweg

- Depression: It. Metaanalyse erlebt die Mehrzahl erwachsener Pat. mit Depression intrusive aversive Erinnerungen an traumatische oder belastende Ereignisse ¹
- Soziale Phobie: häufiges Erleben negativer intrusiver Bilder in sozialen Situationen, die auf aversive soziale Erlebnisse zurückgehen ²
- Zwangsstörungen: häufige intrusive Bilder mit autobiografischem Bezug ³
- Emetophobie (spezifische Phobie vor dem Erbrechen): intrusive Erinnerungen an plötzliche/heftiges/bedrohliches Erbrechen bei sich oder anderen ⁴
- Essstörungen: häufige intrusive Bilder mit Bezug zu Körper, Figur und Selbstwert, die auf autobiographische Erlebnisse zurückgehen ⁵

¹ Payne et al. (2019). *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.04.055

² Hackmann et al. (2000). *Behaviour Research and Therapy*. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00161-8

³ Speckens et al. (2007). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.09.004

⁴ Price et al. (2012). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.007

⁵ Kadriu et al. (2019). *Eating Disorders Review*. doi: 10.1002/erv.2671

Effekte intrusiver aversiver Erinnerungen

- Verstärkung dysfunktionaler Schemata (z.B. negatives Selbstbild)
- Dysfunktionales Coping (z.B. Vermeidung, Grübeln, sozialer Rückzug, Zwangshandlungen)
- Subjektive Belastung, negative Gefühle, körperliche Symptome

Wirksamkeit „traumafokussierter“ Interventionen bei anderen psychischen Störungen

- Erste Hinweise für Wirksamkeit von Imagery Rescripting bei Depression, Sozialer Phobie, Essstörungen, Zwangsstörungen ^{1, 2}
- Erste Hinweise für Wirksamkeit von EMDR bei Angststörungen, Depression, Substanzkonsumstörungen ^{3, 4, 5}
- Anzahl und methodische Qualität der Studien noch gering
- Bisher nicht Behandlung erster Wahl / nicht leitlinienkonform.

¹ Kip et al. (2023). *Journal of Anxiety Disorders*. doi: 10.1016/j.janxdix.2023.102772

² Morina et al. (2017). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. doi:10.1016/j.jbtep.2016.11.003

³ Yunitri et al. (2020). *Journal of Psychiatric Research*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.01.005

⁴ Sepehry et al. (2021). *Journal of EMDR Practice and Research*. doi: 10.1891/EMDR-D-20-00038

⁵ Seok et al. (2025). *Frontiers Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2025.1660046

Take-home message (1)

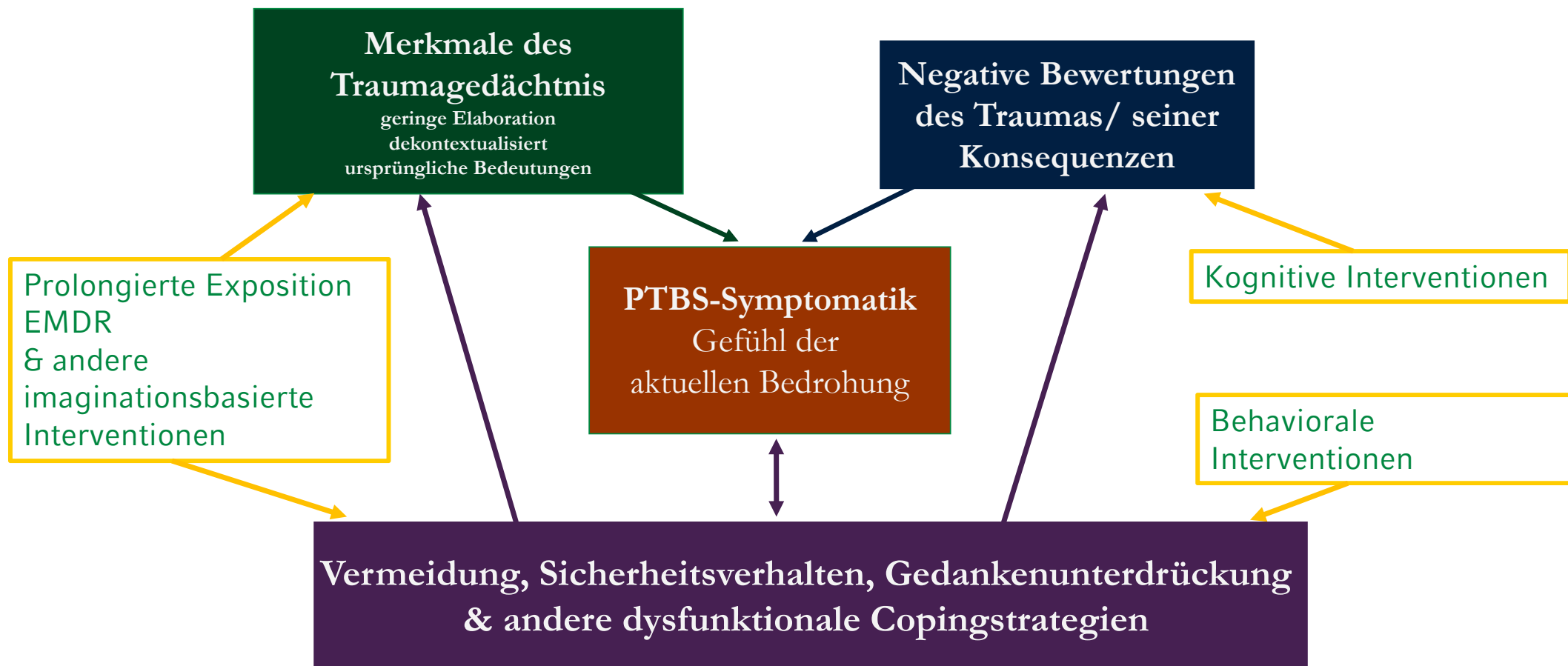
- Ungewollte aversive Erinnerungen sind ein Kernmerkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung
- Diese lassen sich mit traumafokussierter Psychotherapie hochwirksam behandeln.
- Ungewollte aversive Erinnerungen treten auch bei anderen psychischen Störungen auf
- Es gibt erste Hinweise, dass traumafokussierte Interventionen auch bei anderen psychischen Störungen wirksam sein könnten.

Überblick

1. Hintergrund: Aversive Erinnerungen bei psychischen Störungen
2. Behandlungsstrategien im Überblick
3. Sind aversive Erinnerungen immer valide?
4. Zusammenfassung klinischer Implikationen

Indikation für Therapiefokus auf aversiven Erinnerungen

1. Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung
 - traumafokussierte Interventionen sind Behandlung erster Wahl
 - auch bei Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (z.B. Depression, Substanzkonsumstörungen, Persönlichkeitsstörungen)



Verschiedene Varianten traumafokussierte Psychotherapie

1. Exposition

Kombination der imaginativen Exposition und Exposition in vivo
(z.B. Prolongierte Exposition¹)

2. Kognitive Interventionen

Kognitive Interventionen zur Veränderung problematischer traumabezogener Überzeugungen (“*stuck points*”)
(z.B. Kognitive Verarbeitungstherapie²)

3. Kombination imaginativer, kognitiver und behavioraler Interventionen

(z.B. Kognitive Therapie nach Ehlers & Clark³)

4. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Konfrontation mit traumatischem Material in Kombination mit rhythmischen Augenbewegungen⁴

5. Narrative Expositionstherapie

Expositionsbasierte Behandlung mit narrative Integration der Biografie⁵

6. Imagery Rescripting

¹ Foa et al. (2014). *Handbuch der Prolongierten Exposition*. Probst.

² König et al. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.

³ Ehlers (2025). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

⁴ Shapiro (2022). *EMDR: Grundlagen und Praxis*. Jungfermann.

⁵ Schauer et al. (2025). *Narrative Exposure Therapy (NET)*. Hogrefe.

Indikation für Therapiefokus auf aversiven Erinnerungen

1. Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

- traumafokussierte Interventionen sind Behandlung erster Wahl
- auch bei Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (z.B. Depression, Substanzkonsumstörungen, Persönlichkeitsstörungen)

2. Bei anderen psychischen Störungen

- Fokus auf evidenzbasierter Therapie nach Leitlinien
- Zusätzlich
 - Vorliegen intrusiver Erinnerungen explorieren
 - Häufigkeit, Belastung und Effekte explorieren
 - Fokus auf aversiven Erinnerungen im Gesamtbehandlungsplan in Erwägung ziehen, wenn starke Belastung durch Erinnerungen

Mögliche Interventionen

1. Psychoedukation & Normalisierung

2. Abbau von Vermeidung

- *Bei PTBS*: Prolongierte Exposition und Exposition in vivo
- Alternativen
 - strukturiertes Schreiben
 - mit anderen (Therapeut:in; nahe Bezugspersonen) über die negativen Erlebnisse sprechen

3. Imagery Rescripting

Imagery Rescripting

- Prinzip: Imagination einer traumatischen bzw. belastenden Erfahrung
 1. Beginn mit Wiedererleben des tatsächlichen Geschehens
 2. Dann: Veränderung des Skripts, so dass jemand interveniert und das Ergebnis und/oder die Bedeutung der Situation verändert wird.
- Wichtige Merkmale
 - Starke Erlebnisaktivierung
 - Lebhaftes Imagination
 - Emotionsfokus
 - Einbezug aller Erlebnisebenen
- Varianten ^{1, 2, 3}
 - Wer interveniert (Patient:in; Therapeut:in; andere Person)
 - Intervention vorher festgelegt oder im Prozess entwickelt
 - Erlebt aus der Perspektive des damaligen Ichs oder aus der Perspektive des heutigen Ichs

¹ Schmucker & Köster (2014). *Praxishandbuch IRRT*. Stuttgart: Klett Cotta.

² Arntz, A. (2015). Imagery rescripting for posttraumatic stress disorder. In N.C. Thomas & D. McKay (eds.), *Working with emotion in cognitive behavior therapy*. New York: Guilford.

³ Seebauer & Jacob (2021). *Imaginatives Überschreiben*. Göttingen: Hogrefe.

Imagery Rescripting bei der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Ziele

- Reduktion der PTBS-Symptomatik durch Verarbeitung traumatischer Erinnerungen
- Veränderung dysfunktionaler Schemata (in Bezug auf Selbst und Andere)
- Entwicklung von Bewältigungsbildern
- Abbau (emotionaler) Vermeidung

- Varianten

- Imagery Rescripting and Reprocessing (IRRT)

Schmucker & Köster (2014). *Praxishandbuch IRRT*. Stuttgart: Klett Cotta.

- Imagery Rescripting (ImRs)

Arntz (in press). *Behaviour Research and Therapy*.

Ehring, T., Herzog, E., Wittekind, C. E. & Wolkenstein, L. (2022). Imagery Rescripting in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 32(3), 128-138.

Fallbeispiel: Erstes Rescripting

- Ausgewählte Situation: Pat. (Anna) ist 8 J. alt. Vater kommt alkoholisiert nach Hause. Anna ist in ihrem Zimmer, hört nicht, dass Vater sie ruft. Vater kommt in ihr Zimmer, schimpft, dass Anna nicht auf sein Kommando gehört hat, schlägt Anna ins Gesicht. Anna beginnt zu weinen. Als Strafe schlägt Vater sie mit Gürtel.
- Phase 1
 - Wiedererleben der ausgewählten Situation mit geschlossenen Augen, im Präsens, so lebhaft wie möglich.
 - Pat. bekommt sehr schnell ein lebhaftes Bild von der Situation, erlebt starke Angst und Hilflosigkeit.
 - Übergang in Phase 2 bei Hotspot (Vater beginnt, sie mit dem Gürtel zu schlagen)
 - Voraussetzungen: Erinnerung und dazugehörigen Bewertungen und Emotionen sind ausreichend aktiviert

Fallbeispiel: Erstes Rescripting

- Phase 2

- Therapeutin leitet Frau S. darin an, die Szene als heutige Erwachsene zu betreten.
- Frau S. beschreibt Szene, wie sie Vater sieht, der die 8-jährige Anna mit dem Gürtel schlägt.
- Einstieg in das Rescripting: „Was möchten Sie jetzt tun?“
 1. Pat. ruft laut: „Stopp! Hör auf! Lass sofort Anna in Ruhe! Was fällt Dir eigentlich ein?“
Effekt: Vater hält überrascht inne.
 2. Pat. will Vater von Anna wegreißen, traut sich aber nicht. Holt Polizei dazu, die den Vater festnimmt.
Effekt: Vater schaut ängstlich, wirkt selbst hilflos
 3. Frau S. ist erleichtert, dass Täter weg ist, ist im Gefängnis, kann Anna nicht mehr schaden.
Frau S. hat jetzt den Wunsch, Anna in den Arm zu nehmen und zu trösten
Effekt: Anna fühlt sich sicherer, ist aber auch sehr traurig, weint
 4. Frau S. beschließt, Anna bei ihrer Großmutter unterzubringen, bringt sie dorthin.
Effekt: Anna freut sich, fühlt sich sicher, Frau S. ist erleichtert, verspricht Anna, sie häufig zu besuchen.
- Übergang in Phase 3, als Frau S. mit dem Ergebnis des Rescriptings zufrieden ist.

Fallbeispiel: Erstes Rescripting

- Phase 3
 - Erneute Imagination der Ursprungssituation aus der Kindperspektive
 - Pat. erlebt aus der Kindperspektive die Interventionen der erwachsenen Frau S.
 - Pat. fühlt sich aus der Kindperspektive erleichtert und hat keine Angst mehr. Sie fühlt sich aber auch sehr verwirrt, versteht nicht, was passiert.
 - Rescripting: Anna bittet erwachsene Frau S., ihr die Situation zu erklären
 - Anna freut sich, bei Großmutter zu sein, aber möchte auch nach Hause. Rescripting: Großmutter zieht bei Anna und ihrer Mutter ein

Fallbeispiel: Imagery Rescripting

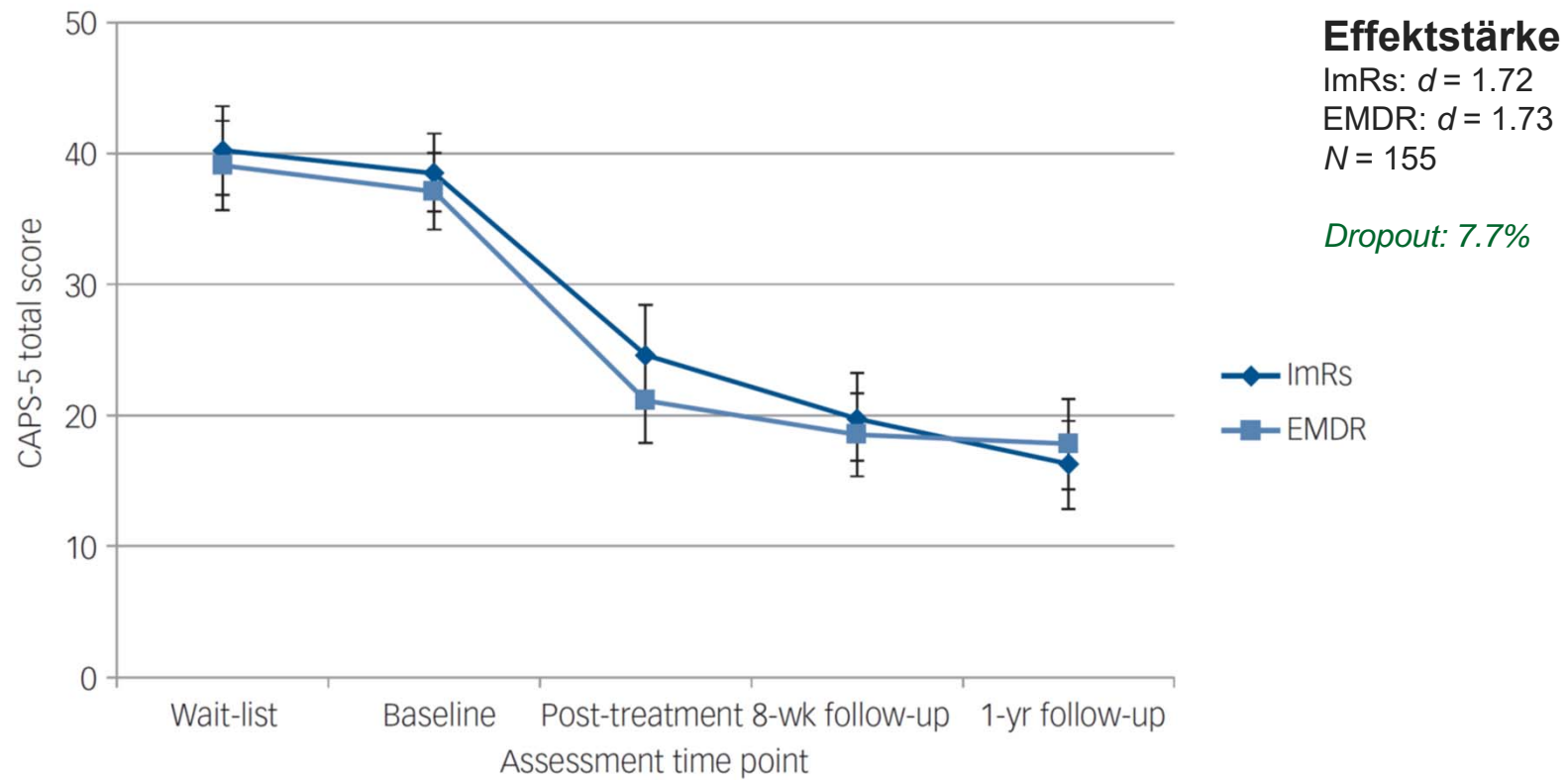
- Weiterer Verlauf
 - Wiederholung des ImRs für dieselbe Situation mit neuen Interventionen (z.B. Bestrafung des Vaters; Konfrontation der Mutter)
 - Intensivierung des Emotionsausdrucks
 - Förderung von Selbstwirksamkeit (Entmachtung des Täters zunehmend selbständig)
 - Auseinandersetzung mit Gefühlen gegenüber dem Kind
 - Rescripting weiterer Situationen

Ablauf	Ziel	Typische Instruktionen und Fragen	
		Variante A: Patient:in rescriptet	Variante B: Therapeut:in rescriptet
Schritt 1	Aktivierung der traumatischen Erinnerung bis zum Hotspot	<p>Bitte schließen Sie die Augen und stellen Sie sich bildlich vor, wie <das Trauma> passiert ist. Starten Sie mit dem Beginn <des Traumas> und erzählen Sie mir im Präsens aus Ihrer Perspektive als Kind, was passiert. Ich werde Sie im Folgenden mit „Du“ und Ihrem Vornamen ansprechen, wie es bei einem Kind üblich ist.“</p> <p>Was siehst Du? / Was hörst Du? / Was riechst oder schmeckst Du?/ Was spürst Du in Deinem Körper? Was passiert?</p> <p>Was fühlst du (emotional)?</p> <p>Was denkst Du?</p> <p>Was brauchst Du?</p>	
Schritt 2	Rescripting, d.h. Änderung des Drehbuchs hin zu einem besseren Ausgang	<p>Patient:in/Patientin rescriptet als heutige:r Erwachsene:r</p> <p>Jetzt möchte ich Sie bitten, als heutige:r Erwachsene:r/heutiger Erwachsener das Bild zu betreten. Können Sie die:den kleine:n <Name> sehen?</p> <p>Was sehen Sie? / Was hören Sie? / Was riechen oder schmecken Sie?/ Was spüren Sie in Ihrem Körper?</p> <p>Was passiert?</p> <p>Was fühlen Sie (emotional)?</p> <p>Was denken Sie?</p> <p>Was möchten Sie tun?</p> <p>-> OK, dann tun Sie das.</p>	<p>Therapeut:in rescriptet</p> <p>Patient:in/Patientin bleibt in der Perspektive des Kindes</p> <p>Jetzt werde ich auch das Bild betreten. Ich bin jetzt bei Dir.</p> <p>Kannst Du mich sehen?</p> <p><Therapeut beschreibt, was er jetzt tut, um den Täter zu konfrontieren und zu entmachten, bzw. sich um das Kind zu kümmern.></p> <p>Was siehst Du? / Was hörst Du? / Was riechst oder schmeckst Du?/ Was spürst Du in Deinem Körper?</p> <p>Was passiert?</p> <p>Was fühlst du (emotional)?</p> <p>Was denkst Du?</p> <p>Was brauchst Du?</p>

Ablauf	Ziel	Typische Instruktionen und Fragen	
		Variante A: Patient:in rescriptet	Variante B: Therapeut:in rescriptet
Schritt 3	Patient:in erlebt das Rescripting aus der Perspektive des Kindes	<p><i>Jetzt möchte ich Dich bitten, wieder aus Sicht des/der kleinen <Name> in die Szene einzutreten. Kannst Du die:den große:N < Name> sehen?</i></p> <p><i>Was siehst Du? / Was hörst Du? / Was riechst oder schmeckst Du?/ Was spürst Du in Deinem Körper?</i></p> <p><i>Was passiert?</i></p> <p><i>Was fühlst du (emotional)?</i></p> <p><i>Was denkst Du?</i></p> <p><i>Was brauchst Du?</i></p> <p><i>-> OK, bitte die:den große:n <Name> darum.</i></p>	entfällt in dieser Variante

Imagery Rescripting

PTBS nach interpersonellen Traumata in der Kindheit



Wirksamkeit „traumafokussierter“ Interventionen bei psychischen Störungen

- Erste Hinweise für Wirksamkeit von Imagery Rescripting bei Depression, Sozialer Phobie, Essstörungen, Zwangsstörungen ^{1, 2}
- Erste Hinweise für Wirksamkeit von EMDR bei Angststörungen, Depression, Substanzkonsumstörungen ^{3, 4, 5}
- Anzahl und methodische Qualität der Studien noch gering
- Bisher nicht Behandlung erster Wahl / nicht leitlinienkonform.

¹ Kip et al. (2023). *Journal of Anxiety Disorders*. doi: 10.1016/j.janxdix.2023.102772

² Morina et al. (2017). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. doi:10.1016/j.jbtep.2016.11.003

³ Yunitri et al. (2020). *Journal of Psychiatric Research*. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.01.005

⁴ Sepehry et al. (2021). *Journal of EMDR Practice and Research*. doi: 10.1891/EMDR-D-20-00038

⁵ Seok et al. (2025). *Frontiers Psychiatry*. doi:10.3389/fpsyt.2025.1660046

Mögliche Adaptation bei anderen psychischen Störungen

- Erinnerung an traumatische Erlebnisse
 - Vorgehen wie bei PTBS
- Erinnerung an soziale Bedrohungssituationen
- Erinnerung an Situationen mit Vernachlässigung
 - heutiges Selbst kommt damaligem Selbst zu Hilfe
 - Erhöhung von Selbstwirksamkeit
 - Reduktion von Scham und Schuldgefühlen
 - Verbesserung von Selbstmitgefühl und Selbstwert
 - Erfahrung sozialer Verbundenheit

Mögliche Interventionen

1. Psychoedukation & Normalisierung
2. Abbau von Vermeidung
 - Bei PTBS: Prolongierte Exposition und Exposition in vivo
 - Alternativen
 - strukturiertes Schreiben
 - mit anderen (Therapeut:in; nahe Bezugspersonen) über die negativen Erlebnisse sprechen
3. Imagery Rescripting
4. Kombination kognitiver Therapie und Memory Updating

Update der Traumaerinnerung nach Ehlers & Clark (2000)

- Kognitive Interventionen zur Veränderung dysfunktionaler Bewertungen des Traumas oder seiner Konsequenzen, z.B.
 - Schuldkognitionen
 - Rekonstruktion des genauen Ablaufs: Was ist passiert? Wie geht es den anderen Beteiligten jetzt?
 - Selbstbild
 - Vertrauen
- In den Traumaerinnerungen steckt häufig noch die ursprüngliche Bewertung
 - Beispiel Verkehrsunfall: „Ich werde sterben“
 - Beispiel familiäre Gewalt in der Kindheit: „Ich bin hilflos“; „Niemand ist für mich da“
- Vorgehen
 - zunächst Kognitive Umstrukturierung
 - dann: gezielte/geplante Integration der neuen Erkenntnisse in Traumaerinnerung

Ehlers (2025). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Beispiel 1: Das Trauma zuende führen

- Trauma: Absturz des Freundes (Kletterpartner) in den Bergen
- Hotspot: Freund fällt rückwärts in den Abgrund
- Bewertung: „Es ist meine Schuld.“ „Er leidet unvorstellbare Schmerzen.“
- Emotion: Entsetzen, Schuldgefühle
- Aktualisierung der Bewertung in der Traumaerinnerung notwendig
 - Disputation der Schuldkognitionen (z.B. Rückschaufehler, Perspektivwechsel)
 - Zuendeführen der Situation (damals war kein Abschied möglich)
 - Mögliche Interventionen zur Integration neuer Information
 - Imaginative Weiterführung der Szene: Bergung des toten Freundes, Abschied am Grab, Vorstellung des Freundes an einem besseren Ort ohne Schmerzen
 - Dialog mit dem Freund zum Schuldthema

Beispiel 2: CRIM-Intervention

- Viele Überlebende sexueller Gewalt erleben ein Gefühl des Beschmutzt-Seins
 1. Kognitive Umstrukturierung: Hautzellen erneuern sich alle 4-6 Wochen
 2. Imagery Modification
 - Entwicklung eines individuellen Vorstellungsbildes zur Haut-/Zellerneuerung (z.B. Lichtstrahl, aus der Haut/einem Anzug schlüpfen, Sandsturm löst Kruste ab...)

Beispiel 3: Soziale Phobie

- Aversive Erinnerung: Ausgelachtwerden auf dem Schulhof.
- Bedeutung: „Ich gehöre nicht dazu.“; „Mit mir stimmt etwas nicht“.; „Wenn andere merken, wie ich bin, lehnen sie mich ab.“
- Kognitive Umstrukturierung
 - Jeder kann Mobbingopfer werden.
 - Erlebnis sagt v.a. etwas über die Persönlichkeit der anderen aus, nicht über mich selbst.
 - Ich habe jetzt Menschen mich herum, die mich mögen.
 - Ich bin liebenswert so, wie ich bin.
- Entwicklung eines alternativen Bildes mit neuer Bedeutung, z.B. heutiges Ich kommt damaligem Ich zur Hilfe; Menschen, die ihm jetzt etwas bedeuten, kommen dazu, stehen an seiner Seite, nehmen ihn liebevoll in ihre Mitte
- Umsetzung in lebhafte bildliche Vorstellung & wiederholte Übung dieses Bildes

Take-home message (2)

- Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung sind traumafokussierte Interventionen als Behandlung erster Wahl indiziert.
- Bei anderen Störungen mit häufigen aversiven Erinnerungen: Evidenzbasierte leitliniengetreue Behandlungen erste Wahl
- Wenn starke Belastung durch Erinnerungen (oder deren Vermeidung): ggf. Strategien zur Reduktion aversiver Erinnerung im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigen
 - Psychoedukation
 - Abbau von Vermeidung
 - Imagery Rescripting
 - Kognitive Therapie + Memory Updating

Überblick

1. Hintergrund: Aversive Erinnerungen bei psychischen Störungen
2. Behandlungsstrategien im Überblick
3. Sind aversive Erinnerungen immer valide?
4. Zusammenfassung klinischer Implikationen

Plastizität von Erinnerungen

- Erinnerungen sind kein verlässliches Abbild der (damaligen) Wirklichkeit ^{1,2}
 - unterliegen vielfältigen Einflüssen
 - Gedächtnisabruf mit folgender Rekonsolidierung ist sensibler Moment
 - auch lebhaftere Erinnerungen können falsche Erinnerungen sein
- Gefahr der Erinnerungsverfälschung ist besonders hoch bei ^{3,4}
 - Unsicherheit bzgl. der eigenen Erinnerung
 - hoher Glaubwürdigkeit von Personen, die mir Fehlinformationen geben
 - Hohem Leidensdruck, Suche nach Erklärungen für meine Probleme
 - Wiederholter Imagination vermuteter Szenarien
- Psychotherapie ist kritisches Setting für Fehl- und Scheinerinnerungen

¹ Otgaar et al. (2022). *Memory*. doi:10.10880/09658211.2020.1870699

² Schacter (2022). *Dialogues in Clinical Neuroscience*. doi:10.31887/DCNS.2012.14.1/dschacter

³ Gabbert et al. (2003). *Applied Cognitive Psychology*. doi:10.1002/acp.885

⁴ Chrobak & Zaragoza (2012). doi:10.1002/9781118432907

Vergessen und wiedererinnern von (traumatischen) Erlebnisse

- Konsens vor dem Hintergrund empirischer Evidenz
 - Nicht alle Überlebenden von Traumata haben eine kontinuierliche Erinnerung an diese Erlebnisse^{1,2}
- Wie kann dieses Phänomen erklärt werden?
 - Kaum Evidenz für Verdrängung traumatischer Erinnerungen als Mechanismus^{3,4}
 - Alternative Erklärungen: Normale Gedächtnisphänomene
 - Probleme der Enkodierung
 - Vergessen
 - Fehlende Trigger
 - Veränderung der Bewertung der traumatischen Erinnerung

¹ Geraerts et al. (2007). *Psychological Science*. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01940.x

² Brewin (2007). *Memory*. doi:10.1080/09658210701.256423

³ Otgaar et al. (2022). *Memory*. doi:10.10880/09658211.2020.1870699

⁴ McNally & Geraerts (2009). *Perspectives on Psychological Science*. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01112.x

Wie lassen sich falsche von realen Erinnerungen unterscheiden?

- Problem: kaum phänomenologische Unterschiede
 - Extrembeispiel: lebhafte Erinnerungen an Entführung durch Außerirdische inklusive psychophysiologischer Reaktionen¹

¹ McNally (2012). *Journal of Experimental Psychopathology*. doi:10.5127/jep.017811

Take-home message (3)

- Erinnerungen an Traumata können nicht-kontinuierlich sein
- Nicht-kontinuierliche Erinnerungen an Traumata können falsche Erinnerungen sein
- Die beiden Fälle lassen sich *phänomenologisch* nicht reliabel unterscheiden.
- In der Behandlung kontraindiziert:
 - Suggestives Vorgehen
 - Aufdecken vergessener/verdrängter/verschütteter Erinnerungen
 - Schlussfolgerungen von (lebhaften) wiedererlangten Erinnerungen auf faktische Ereignisse
- Wichtige Bestandteile der Behandlung
 - Pat. über die Möglichkeit falscher Erinnerungen aufklären.
 - Validierung und Unterstützung des Pat. und gesunde Skepsis bei unwahrscheinlichen Erinnerungen
 - Kognitive Interventionen zum Umgang mit der Unsicherheit bzgl. Erinnerungen
 - Intervention zur Reduktion der Belastung durch (möglicherweise falsche) Erinnerungen

Überblick

1. Hintergrund: Aversive Erinnerungen bei psychischen Störungen
2. Behandlungsstrategien im Überblick
3. Sind aversive Erinnerungen immer valide?
4. Zusammenfassung klinischer Implikationen

Implikationen für die klinische Praxis

- Bei der PTBS steht die Behandlung aversiver Erinnerungen im Zentrum der Therapie
 - Hohe Wirksamkeit
 - verschiedene Varianten
- Auch bei anderen psychischen Störungen können aversive Erinnerungen eine aufrechterhaltende Rolle spielen und in der Therapie adressiert werden.
 - Indikation kritisch prüfen
 - Psychoedukation, Abbau von Vermeidung, Imagery Rescripting und Kognitive Therapie + Memory Update als Optionen
- Auch lebhaftere Erinnerungen müssen nicht valide sein.
 - Psychoedukation wichtig, insbesondere wenn Erinnerungen „wiedererlangt“ wurden.
 - Suggestive Interventionen sowie „Aufdecken“ von Erinnerungen sind kontraindiziert.



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Thomas Ehring
Department Psychologie · LMU München
www.psy.lmu.de/klin/