Leserbriefe und Repliken

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn Sie sich in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 10. Oktober 2025 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

Als Leser*innen beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender*innen und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Aktivierungsversuche können zu anhaltender Bettlägerigkeit führen – Bitte um Richtigstellung

Zu A. A. Kupferschmitt & Volker Köllner: Das Post-COVID-Syndrom – Überblick über bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle. Psychotherapeutenjournal 2/2025, S. 108–117.

In der aktuellen Ausgabe befinden sich viele interessante Artikel. Vielen Dank dafür! Unter anderem gleich zu Beginn des Hefts über das Post-COVID-Syndrom. Auf Seite 110 am Ende des ersten Absatzes ganz oben schreiben Sie ohne Quellennachweis, dass keine progredienten Verschlechterungen des PCS beobachtbar sind. ME/CFS ist die schwerste Form des PCS und hier gibt es Verschlechterungen im Verlauf, die teilweise auch anhalten. Aktivierungsversuche können und haben bei Patient:innen mit ME/CFS zur Zunahme von Symptomen geführt (die sogenannte Post Exertionale Malaise, PEM). Diese „Crashs" können nur zeitweise sein, aber auch zu anhaltender Bettlägerigkeit führen, die vor der Aktivierungstherapie nicht bestand. Gerade für die Betroffenen, die andere Erfahrungen gemacht haben, als sie schreiben, fände ich es wichtig, eine Richtigstellung dazu zu veröffentlichen.

Meine Quelle unter anderen: www.mecfs.de/me-cfs-haeufige-missverstaendnisse (Punkt 2 und 3).

M.Sc. Psych. Sarah Born
Berlin

Post-Exertional Malaise (PEM) erkennen – Schaden vermeiden

Zu A. A. Kupferschmitt & Volker Köllner: Das Post-COVID-Syndrom – Überblick über bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle. Psychotherapeutenjournal 2/2025, S. 108–117.

Mit großem Interesse haben wir Ihren Beitrag zum Post-COVID-Syndrom gelesen. Wir begrüßen, dass Sie zahlreiche somatische Pathomechanismen einbeziehen und sich deutlich von einer einseitigen Psychologisierung distanzieren.

Der Verweis auf ein „integratives" biopsycho-soziales Modell wirft allerdings Fragen auf. Denn anstelle einer klaren diagnostischen Differenzierung entsteht hier ein breiter Deutungsrahmen, in dem therapeutisch hochrelevante Unterschiede nicht sichtbar werden. Gerade im Bereich von Long COVID und ME/CFS droht unter dem Etikett „Integration" häufig eine Nivellierung – mit erheblichen Risiken für Patient*innen.

Besonders schwer wiegt das vollständige Fehlen einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Post-Exertional Malaise (PEM) – jenem zentralen Symptom bei ME/CFS, das auch bei einem relevanten Teil der Long-COVID-Betroffenen auftritt. Damit bleibt die entscheidende Differenzierung zwischen einer allgemeinen Belastungsintoleranz, wie sie auch bei postviralen Infektionen vorkommen kann, und dem hochgradig spezifischen und klinisch folgenreichen Phänomen der PEM unberücksichtigt.

PEM bezeichnet eine nicht vorhersehbare, disproportionale, oft verzögerte und langanhaltende bzw. mitunter bleibende Symptomverschlechterung nach geringfügiger körperlicher, kognitiver oder emotionaler Belastung. Sie ist Ausdruck einer physiologischen Dysregulation u. a. des Immun-, Energie- und Kreislaufsystems und nicht psychologisch begründbar. Bei Patient*innen mit PEM sind therapeutische Ansätze wie Aktivierung und Training nicht nur kontraindiziert, sondern können dauerhafte Verschlechterungen auslösen. Pacing ist in diesem Zusammenhang der zentrale Selbstschutzmechanismus, um das Auftreten oder die Exazerbation von PEM zu vermeiden – nicht etwa ein Ausdruck psychischen Schonverhaltens oder dysfunktionaler Vermeidung.

PEM zu erkennen, ist keine akademische Feinheit – sondern die Grundlage, um Schaden zu vermeiden. Diagnostik und Therapieplanung müssen sich am Vorliegen von PEM orientieren. Wer das ignoriert, kann Patient*innen nicht sicher begleiten – so sehr er auch bemüht ist, ganzheitlich zu denken.

Bettina Grande & Dr. Tilman Grande
Berlin

Die pauschale Empfehlung von Bewegungstherapie und Rehabilitation ist unverantwortlich

Zu A. A. Kupferschmitt & Volker Köllner: Das Post-COVID-Syndrom – Überblick über bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle. Psychotherapeutenjournal 2/2025, S. 108–117.

Mit Besorgnis haben wir den Beitrag von Kupferschmitt & Köllner zum Post-COVID-Syndrom (PCS) im PT-Journal 2/2025 gelesen. Als betroffene Kolleg:innen kritisieren wir fachliche

Mängel und potenziell schädliche Implikationen des Artikels.

Obwohl das PCS zunächst als somatische Erkrankung anerkannt und sogar vor Psychologisierung gewarnt wird, wird später anhaltende Krankheit mit Dekonditionierung, Vermeidungsverhalten oder Selbstüberforderung verbunden. Das ignoriert pathophysiologische Prozesse (z. B. Moen et al., 2025) und gefährdet und stigmatisiert Betroffene.

Im Längsschnitt zeigen 35,6 % der PCS-Betroffenen schwere post-exertionelle Malaise (PEM) (Peter et al., 2025); in einer Metaanalyse sogar bis zu 50 % das Vollbild ME/CFS, deren Leitsymptom PEM ist (Dehlia & Guthridge, 2024). PEM ist eine zeitversetzte, potenziell auch irreversible Verschlechterung nach minimaler Betätigung. Die an die individuelle Belastbarkeit angepasste Vermeidung von PEM (Pacing) ist prognoseentscheidend.

Die Dekonditionierungsthese ist widerlegt (Charlton et al., 2025). Es ist perfide, Betroffene einerseits zu Bewegung zu drängen, sie gleichzeitig aber pauschal der Selbstüberforderung zu bezichtigen, obwohl PEM schon durch geringe Aktivität wie Gehen, Lesen, Sprechen oder Sinnesreize ausgelöst wird. Dass PCS bei „richtiger" Belastung ausheile, widerspricht der Evidenz ebenso wie die Behauptung, es gäbe keine Progredienz.

Die pauschale Empfehlung von Bewegungstherapie und Rehabilitation ist unverantwortlich. Long-COVID-Deutschland fand bei 50 % der Befragten eine Verschlechterung durch Reha (Hammer et al., 2023).

Leitlinien des NICE (2021), DEGAM (2023) und DACH-Konsensus (Hoffmann et al., 2024) stufen Aktivierung bei ME/CFS als schädlich ein. Selbst bei PCS ohne initiale PEM kann diese durch Überlastung ausgelöst werden, weshalb dem Unterschreiten der Belastungsgrenze immer oberste Priorität gebührt.

In der Psychotherapie erfordert PEM ein angepasstes Arbeiten, was auch Komorbiditäten einschließt (Grande et al., 2023). Begleitende, supportive Therapie kann Krankheitsakzeptanz und Pacing fördern. Sie darf jedoch nicht den Anspruch erheben, somatische Erkrankung durch Bearbeitung dysfunktionaler Muster kurieren zu wollen. Überhöhte Remissionserwartungen begünstigen Überlastungen, die Exazerbation auslösen können.

Wir fordern einen evidenzbasierten Umgang mit PCS und ME/CFS, der Schutz vor iatrogenen Schäden durch Stigmatisierung und Fehlbehandlung gewährleistet.

Im Namen der
Missing Doctors & Psychotherapists:
Anne Struve-Schmidt,
Dipl.-Psych. Sylvia Knoblauch,
Mirja I. Mittelstein,
Dr. med. Daniela Köder-Yangyuoru,
Dr. med. Anne Dittmar,
Dr. David J. Franz,
Dipl.-Psych. Sabine Leibold,
Dipl.-Psych. Jörg Neuffer,
Dipl.-Soz.-Päd. Caroline Brettschneider,
Dipl.-Psych. Christa Speier,
Dipl.-Psych. Kathrin Leuchs,
Dipl.-Psych. Caroline Voß,
Dipl.-Psych. Ania Häußler-Schröder,
Christine Radon,
Dr. med. Claudia Naase,
Dr. med. Corinna Schmid,
Nicole Pulver,
Ines Ebert

Literatur

Charlton, B. T., Slaghekke, A., Appelman, B., Eggelbusch, M., Huijts, J. Y., Noort, W. et al. (2025). Skeletal muscle properties in long COVID and ME/CFS differ from those induced by bed rest. medRxiv. Advance online publication. https://doi.org/10.1101/2025.05.02.25326885

Dehlia, A. & Guthridge, M. A. (2024). The persistence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis. Journal of Infection, 89 (6), Article 106297. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106297

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2023). S3-Leitlinie Müdigkeit (AWMF-Register-Nr. 053–002). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Verfügbar unter: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053–002.html [18.07.2025].

Grande, T., Grande, B., Gerner, P., Hammer, S., Stingl, M., Vink, M. & Hughes, B. M. (2023). The role of psychotherapy in the care of patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Medicina, 59 (4), Article 719. https://doi.org/10.3390/medicina59040719

Hammer, S., Hanisch, M., Hassel, M., Kordon, M., Ludewig, K. & Scheibenbogen, C. (2023). „Der Reha-Gedanke muss bei dieser Erkrankung völlig neu gedacht werden" – Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung zu Erfahrungen Betroffener mit stationärer Rehabilitation bei Long/Post-COVID. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 188, 14–25. Verfügbar unter: www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00092–8/fulltext [18.07.2025].

Hoffmann, K., Hainzl, A., Stingl, M., Kurz, K., Biesen, R., Jäkel, J., Finke C. & Scheibenbogen, C. (2024). Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom. Wiener klinische Wochenschrift, 136(5–6), 103–123. https://doi.org/10.1007/s00508-024–02372-y

Moen, J. K., Baker, C. A. & Iwasaki, A. (2025). Neuroimmune pathophysiology of long COVID. Psychiatry and Clinical Neurosciences. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/pcn.13855

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: Diagnosis and management (NG206). Verfügbar unter: www.nice.org.uk/guidance/ng206 [18.07.2025].

Peter, R. S., Nieters, A., Göpel, S., Merle, U., Steinacker, J. M. & EPILOC Phase 2 Study Group. (2025). Persistent symptoms and clinical findings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syndrome in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study. PLOS Medicine, 22 (1), Article e1004511. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004511

Replik: Post-Covid-Syndrom und ME/CFS – Differenzierung tut Not

Antwort von Dr. Alexa A. Kupferschmitt & Prof. Dr. Volker Köllner auf die Zuschriften von Sarah Born, Bettina Grande & Dr. Tilman Grande, Missing Doctors & Psychotherapists u. a.

Wir danken Ihnen für die zahlreichen Zuschriften und das Interesse, das unser Beitrag gefunden hat. Wir wurden in einigen Zuschriften dafür kritisiert, dass wir zu wenig auf „Post-Exertional Malaise (PEM) – jenem zentralen Symptom bei ME/CFS" eingehen und damit möglicherweise Patienten gefährden.

Nun war es aber weder unser Auftrag, noch unser Anspruch, über ME/CFS zu schreiben. Wir waren von der Redaktion des PTJ eingeladen worden, einen Beitrag über Krankheitsmodelle beim

PCS zu schreiben – und genau das haben wir getan. Fast die Hälfte des Beitrags ist somatischen Erklärungsmodellen gewidmet, es folgen psychosoziale Aspekte und am Ende gehen wir auf therapeutische Implikationen ein. Auch die von uns zitierte Literatur bezieht sich auf PCS und explizit nicht auf ME/CFS. Wir sind auch davon ausgegangen, dass im PTJ noch weitere Beiträge zu diesem Thema folgen würden – was wir im Übrigen sehr begrüßen würden. Daher sind wir z. B. auf differentialdiagnostische Aspekte (die natürlich ein schweres ME/CFS umfassen würden) ebenso wenig eingegangen wie auf psychotherapeutische Strategien. Und für das PCS liegen nun einmal Belege kontrollierter randomisierter Studien für Verhaltenstherapie und Bewegungstherapie vor (u. a. Zeraatkar et al., 2024). Wir glauben nicht, dass es ME/CFS-Betroffenen schadet, über diese positiven Befunde bei PCS zu schreiben – ebenso wenig wie es Betroffenen einer bipolaren Störung schadet, wenn positive Studienergebnisse über chronische depressive Störungen publiziert werden.

Wir möchten hiermit das Leid der schwer von ME/CFS-Betroffenen nicht ignorieren oder kleinreden – ganz im Gegenteil. Diese Patientengruppe wird weder von der standardmäßig durchgeführten Richtlinienpsychotherapie noch von der üblichen Psychosomatischen oder somatischen stationären Rehabilitation erreicht. Hier bedarf es Konzepte, die an die minimale Belastbarkeit der Betroffenen angepasst sind, seien es Online-Betreuung, aufsuchende Konzepte oder längerfristige stationäre Angebote mit intensiver pflegerischer Betreuung.

Zum Thema PEM: Wir halten das Phänomen der längerfristigen Verschlechterung nach Belastung für klinisch relevant und haben dies in unseren eigenen klinischen Studien auch schon früh berücksichtigt (Kupferschmitt et al., 2023) und in einer Stellungnahme unserer Fachgesellschaft auf seine Bedeutung hingewiesen (Köllner et al., 2024). Die meisten von uns zitierten Studien zur Bewegungstherapie haben *adverse events* erfasst, auch wenn sie nicht explizit den Begriff PEM benutzt haben. Tatsächlich haben die zur Erfassung von PEM eingesetzten Instrumente nicht die Trennschärfe, die in einigen der Stellungnahmen zu unserem Beitrag suggeriert wird. Eine große dänische Kohortenstudie (O'Regan et al., 2024) fand z. B. einen positiven PEM-Score nach 18 Monaten bei 25,1 % der Covid-Infizierten – aber eben auch bei 20,6 % der seronegativen Kontrollgruppe. Auch hier sind eine differenziertere Sicht und weitere Forschung erforderlich – insbesondere zu der Frage, bei welcher Subgruppe tatsächlich besondere Zurückhaltung geboten ist. Umgekehrt besteht sonst das Risiko, vielen PCS-Betroffenen eine unnötige Schonung aufzuerlegen, die Ängste verstärkt und Handlungsspielraum und Lebensqualität zu sehr einschränkt.

Was uns irritiert, ist die Vehemenz, mit der uns Psychologisierung und sogar Stigmatisierung der PCS-Betroffenen vorgeworfen wird. Auf S. 110 des hier diskutierten Beitrags schreiben wir: „Dies mag zu der Annahme verleiten, dass somatische Hypothesen zur PCS-Entstehung in eine Sackgasse führen und die Symptomatik doch überwiegend psychisch verursacht ist. Vor dieser Schlussfolgerung möchten wir ausdrücklich warnen! Zum einen sprechen die zahlreichen und komplexen oben dargestellten Befunde insgesamt deutlich für das Vorliegen einer somatischen Pathologie, auch wenn diese bisher noch nicht vollständig entschlüsselt werden konnte…" Deutlicher kann man sich doch von einer rein psychogenetischen Sichtweise des PCS nicht abgrenzen. Eine primär somatische Ursache des PCS bedeutet aber doch nicht, dass psychische und soziale Faktoren nicht bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Ausprägung der PCS-Symptome sowie der Beeinflussung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beteiligt sein können. Einige Befunde, die diesen Einfluss belegen, haben wir in unserem Beitrag zitiert, weitere sind inzwischen hinzugekommen. Es gibt auch keinen vernünftigen Grund, anzunehmen, dass es beim PCS anders sein sollte als bei anderen chronischen Krankheitsbildern, bei denen der Einfluss psychosozialer Faktoren auf Verlauf und/oder Lebensqualität gut belegt ist. Ein geheimer Mechanismus, mit dem das COVID-19-Virus in der Lage ist, sonst gültige Prozesse der Krankheitsverarbeitung und der Beeinflussung durch psychische Komorbidität auszuschalten, ist schwer vorstellbar. Selbst in eindeutig somatisch ausgerichteten Fächern wie der Orthopädie ist die Bedeutung z. B. einer Depression für den erfolgreichen Ausgang eines operativen Ersatzes des Hüftgelenkes gut belegt (Übersicht bei Schiltenwolf, 2025). Unser klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt neben dem PCS ist die Psychokardiologie. Niemand käme auf die Idee, einen Herzinfarkt oder eine Herzinsuffizienz als psychogenes Krankheitsbild zu bezeichnen. Gleichzeitig ist aber die Bedeutung psychischer Komorbidität (v. a. Depression und PTBS) und dysfunktionaler Krankheitsverarbeitungsstrategien gut belegt und wird in den kardiologischen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie berücksichtigt (Übersicht bei Kindermann et al., 2024). Niemand sieht hierin eine Stigmatisierung Herzkranker – auch die Betroffenen nicht, deren Selbsthilfeorganisationen eine gute psychosoziale Versorgung in der Kardiologie ausdrücklich fordern.

Irritierend ist auch der Vorwurf, wir würden PCS-Betroffene „pauschal der Selbstüberforderung" bezichtigen. Zum einen ist es eines unserer zentralen Anliegen aufzuzeigen, dass eine differenzierte Betrachtung dysfunktionaler Durchhalte- und Vermeidungsmuster mit differentiellen therapeutischen Strategien erforderlich ist. Unsere empirischen Befunde zeigen doch ausdrücklich, dass es unterschiedliche Muster der Krankheitsverarbeitung gibt, die differenziert betrachtet werden müssen (Kupferschmitt et al., 2025a). Das hier diskutierte Avoidance/Endurance-Konzept hat sich u. a. in der psychologischen Schmerztherapie zur Behandlungsplanung gut bewährt und es mehren sich die Befunde dafür, dass es auch für die Symptomausprägung beim PCS relevant ist (Burmehl et al., 2025). Wenn wir nun in der Psychotherapie Hinweise auf das Vorliegen eines ungünstigen Musters der Krankheitsver-

arbeitung haben, „bezichtigen" wir den Patienten dessen doch nicht – sondern wir versuchen, ihm dies psychoedukativ näher zu bringen und zu verändern. Ebenso wenig „bezichtigen" wir depressive Patienten doch nicht der kognitiven Verzerrung – es geht hier doch nicht um Schuldzuweisungen, sondern um den Gewinn von therapeutischen Optionen – was beim PCS dringend nötig ist.

Wir haben in unserem Artikel auch nie behauptet, PCS heilen zu können. Das wäre vermessen. Ebenso wie in der Schmerztherapie oder der Psychokardiologie ist es aber unser Ziel, die Betroffenen dabei zu unterstützen, in kleinen Schritten ihre Lebensqualität zu verbessern und ihre Handlungsspielräume zu erweitern. Die bisherigen Befunde zeigen, dass dies mit Hilfe von Psychotherapie und Bewegungstherapie mit kleinen und mittleren Effektstärken möglich ist – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Eine Studie, die nicht offen im Internet rekrutierte, sondern 1.100 Patienten befragte, die tatsächlich an einer PCS-Reha teilgenommen hatten (Kupferschmitt et al., 2025 b), ergab auch entsprechend hohe Zufriedenheitswerte. Wenn für die Betroffenen in den nächsten Jahren medikamentöse oder andere somatomedizinische Behandlungsoptionen hinzukommen, wäre dies ein riesiger Fortschritt – es geht hier doch um ein Miteinander in Sinne der Betroffenen und kein Gegeneinander. Psychokardiologie und Schmerzmedizin/-psychotherapie zeigen, wie dies gelingen kann.

Dr. Alexa Kupferschmitt &
Prof. Dr. Volker Köllner
Teltow

Literatur

Burmehl, L., Hasenbring, M., Kananian, S., Kleinschmidt, J., Kupferschmitt, A. & Köllner, V. (2025). Zusammenhang zwischen Angst, Depressivität und körperlicher Leistungsfähigkeit im 6-Minuten-Gehtest: Avoidance und Endurance Verhalten als Moderatoren bei Patient:innen mit Post-COVID Syndrom. Verhaltenstherapie, 35, DOI: 10.1159/000546821

Kindermann, I., Köllner, V., Albus, C., Boer, J., Dannberg, G., Fritzsche, K. et al. (2024). Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Kardiologie 2024. DOI: 10.1007/s12181-024–00708-6

Köllner, V., Bassler, M., Engelhardt, U., Krause, S., Rudolph, M. & Specht, T. (für den Vorstand der DGPPR) (2024). Stellungnahme der DGPPR zur Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Post-COVID-Syndrom. Ärztliche Psychotherapie, 19, 55–57. DOI 10.21706/aep-19–1-55

Kupferschmitt, A., Langheim, E., Tüter, H., Etzrodt, F., Loew, T. H. & Köllner, V. (2023). First results from post-CVID inpatient rehabilitation. Front. Rehabil. Sci. 3:1093871. doi: 10.3389/fresc.2022.1093871

Kupferschmitt, A., Herrmann, C., Jöbges, M., Kelm, S., Sütfels, G., Loew, T. H. et al. (2025a). Bedeutung von „avoidance" und „endurance" beim Post-COVID- Syndrom. Sind dysfunktionale Muster veränderbar? Schmerz, https://doi.org/10.1007/s00482-025–00887-5

Kupferschmitt, A. A, Hinterberger, T., Indin, S., Hermann, C., Michael, J., Kelm, S. et al. (2025b). Zufriedenheit von Post-COVID-Patienten in der Rehabilitation. Rehabilitation, doi: 10.1055/a-2560–4149

O'Regan, E., Spiliopoulos, L., Bech Svalgaard, I., Nielsen, N. M., Vedel Sørensen, A. I., Bager, P. et al. (2024). Post-COVID-19 Condition Fatigue Outcomes Among Danish Residents. JAMA Netw Open. 7 (10), e2434863. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.34863

Schiltenwolf, M. (2025). Orthopädie. In J. Kruse et al. (Hrsg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis (9. Auflage), München: Elsevier.

Zeraatkar, D., Ling, M., Kirsh, S., Jassal, T., Shahab, M., Movahed, H. et al. (2024), Interventions for the management of long covid (post-covid condition): living systematic review. BMJ, 387, e081318

Absetzen in möglichst gleichbleibenden *relativen* Schritten

Zu M. P. Hengartner & A. Rennwald: Entzugsreaktionen beim Absetzen von Antidepressiva. Eine kritische Übersichtsarbeit. Psychotherapeutenjournal 2/2025, S. 118–125.

Über den o. g. Aufsatz von Hengartner & Rennwald musste ich den Kopf schütteln bzw. schmunzeln. Seit 1988 arbeite ich als Psychotherapeut, treffe in meiner Praxis natürlich regelmäßig Menschen, die versuchen, Antidepressiva (und im Übrigen genau vergleichbar: Schmerzmittel) abzusetzen.

Vier oder fünf Mal erlebte ich in den ersten beiden Jahren, wie diese Versuche immer „am Ende des Absetzens" schwer wurden und dann oft an der Entzugssymptomatik scheiterten. Nachdem sie mir schilderten, was die Ärzte, egal ob Hausarzt oder Psychiater/Neurologe, damals vorgaben, war die Ursache schon damals unmittelbar naheliegend: Wenn ich von einer 200er Dosis auf 150 gehe, dann auf 100, dann auf 50 und dann Null … ist das „schön gleichmäßig immer 50 Einheiten". Schon. Aber es ist im ersten Schritt eine Reduktion um 25 %, dann eine um 30 %, dann eine um 50 % und am Ende eine um 100 %. Da musste man kein Arzt sein und auch keine Forschung betreiben, um zu erkennen, dass dieses lineare Vorgehen zum Ende hin eine immer größere relative Veränderung bedeutete und entsprechend immer massivere Symptome erzeugte.

Seit ca. 35 Jahren habe ich daher allen meinen Klient:innen, die über Absetzen nachdachten, empfohlen, in möglichst ähnlich bleibenden relativen Schritten abzusetzen – also z. B. pro Woche usw. 10 %. Das würde beim o. g. Beispiel bedeuten: 200 ⇨ 180 ⇨ 160 ⇨ 145 ⇨ 130 ⇨ 115 ⇨ 100 ⇨ 90 ⇨ 80 usw. Dies geht: Bei Tabletten kann man notfalls mörsern oder auch jede Woche etwas mehr abfeilen. Bei Kapseln kann man diese öffnen, die Gesamtmenge der Kügelchen zählen und dann alle drei Tage 3 % Prozent weniger nehmen. Die „vollen 100" sollte man dann natürlich nach einem Monat wieder neu definieren.

Am Beispiel eines Schmerzmittels: 500 Kügelchen waren drin, drei Tage lang 15 Kügelchen (3 %) weglassen, dann drei Tage lang 30 Kügelchen, drei Tage lang 45 Kügelchen usw. ⇨ wenn ein Monat rum war, war man bei 350 Kügelchen „Rest" und hat die wieder als „100" definiert, also im zweiten Monat dann die ersten drei Tage nur 340 Kügelchen nehmen (350 minus ca. 3 %, also minus 10 Kügelchen), die nächsten drei Tage nur 330 Kügelchen, dann 320 usw. Das hat jede:r Klient:in begriffen und umgesetzt, und keine:r hatte Entzugssymptome.

Ich schreibe es so ausführlich, damit möglichst viele profitieren, falls Sie es veröffentlichen und viele Kolleg:innen das so an die Klient:innen weitergeben.

Dipl.-Psych. Thomas Fritzsche
Langenselbold

Replik: Mehr Forschung unbedingt notwendig – zum Wohl der Patient*innen

Antwort von Prof. Dr. Michael P. Hengartner & Andri Rennwald auf die Zuschrift von Thomas Fritzsche

Wir bedanken uns für den Leserbrief von Herrn Fritzsche und die vielen weiteren Nachrichten, die wir persönlich erhalten haben. Die Rückmeldungen waren alle positiv und zeugten von großer Wertschätzung und Dankbarkeit, dass wir dieses Thema wissenschaftlich aufgearbeitet haben. Viele Therapeut/innen schrieben uns, dass sie häufig Antidepressiva-Entzugssymptome bei ihren Patient/innen beobachten würden und froh seien, dass sie diese Problematik nun auch wissenschaftlich einordnen könnten. Ein weiteres Thema, das häufig erwähnt wurde, ist der Widerwille seitens der Ärzteschaft, Entzugsreaktionen anzuerkennen und ernst zu nehmen. Mehrere Therapeut/innen mit Kliniktätigkeit schrieben uns, dass die leitenden Psychiater/innen sich entweder in Ausflüchten versuchten („Antidepressiva machen nicht süchtig"), sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen nicht auskannten („Entzugssymptome entstehen nur bei Suchtmitteln"), oder die Problematik kleinredeten („in meiner klinischen Erfahrung sind dies ganz seltene Extremfälle"). Dies konfrontiert uns als nichtärztliche Fachpersonen für psychische Gesundheit mit einer herausfordernden und konflikthaften Situation. Auf der einen Seite haben wir die Patient/innen, welche oftmals explizit über schwerwiegende Entzugssymptome berichten, sowie die Psychotherapeut/innen, welche bei ihren Patient/innen häufig solche Entzugssymptome feststellen. Auf der anderen Seite haben wir die Psychiater/innen, die bestimmende Kraft im Fachbereich, welche häufig keine Entzugssymptome erkennen und die Problematik kleinreden oder aus Unwissenheit negieren („Entzugssymptome entstehen nur bei Sucht, und Antidepressiva machen nicht süchtig"). Viele Patient/innen, welche schwere Antidepressiva-Entzugssymptome erfahren haben, fühlen sich darum von ärztlichen Behandler/innen abgewiesen, nicht ernstgenommen, und/oder unzureichend unterstützt (Guy et al., 2020; Read et al., 2023). Wir würden uns darum wünschen, dass unsere Arbeit vermehrt auch bei ärztlichen Kolleg/innen auf Interesse stößt, anstatt überwiegend auf Ablehnung und Rechtfertigung, wie uns von verschiedenen Leser/innen zurückgemeldet wurde.

Wir danken Herrn Fritzsche für seine wertvollen Hinweise und Ratschläge und wollen dem noch hinzufügen, dass es für einige Wirkstoffe auch flüssige Präparate gibt, die sich leicht dosieren lassen. Der Kollege bemerkt korrekt, dass ein Ausschleichen in linearen Schritten problematisch sei, weil dann die relativen Dosisreduktionen immer größer würden. Inzwischen wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass ein lineares Ausschleichen im Niedrigdosisbereich auch zu immer größeren Reduktionen in der biologischen Aktivität führt (Sorensen et al., 2022). Der Kollege konstatiert, man müsse „kein Arzt sein und auch keine Forschung betreiben", um zu erkennen, dass dieses Vorgehen „entsprechend immer massivere Symptome" erzeuge. Nichtsdestotrotz empfehlen psychiatrische Fachverbände und medizinische Behandler/innen meistens ein lineares Ausschleichen (Groot & van Os, 2020; Read et al., 2023). In manchen Fällen mag dies tatsächlich problemlos gelingen, wir wissen inzwischen aber auch, dass ein lineares Ausschleichen gerade nach mehrjähriger Antidepressiva-Einnahme unerträgliche Entzugssymptome verursachen kann und darum häufig scheitert (Framer, 2021; Groot & van Os, 2020). Wir sind darum dezidiert der Meinung, dass mehr Forschung in diesem Bereich notwendig ist, und erhoffen uns, dass unsere Übersichtsarbeit hierzu einen kleinen Beitrag leisten konnte.

Prof. Dr. Michael P. Hengartner &
Andri Rennwald
Zürich

Literatur

Framer, A. (2021). What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 11, 1–18. https://doi.org/10.1177/2045125321991274

Groot, P.C. & van Os, J. (2020). How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 10, 1–13. https://doi.org/10.1177/2045125320932452

Guy, A., Brown, M., Lewis, S. & Horowitz, M. (2020). The 'patient voice': patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 10, 1–15. https://doi.org/10.1177/2045125320967183

Read, J., Moncrieff, J. & Horowitz, M. (2023). Designing withdrawal support services for antidepressant users: Patients' views on existing services and what they really need. Journal of Psychiatric Research, 161, 298–306. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.013

Sorensen, A., Ruhe, H.G. & Munkholm, K. (2022). The relationship between dose and serotonin transporter occupancy of antidepressants – a systematic review. Molecular Psychiatry, 27, 192–201. https://doi.org/10.1038/s41380-021–01285-w

Gesundes Misstrauen und Supervision durch Traumafachleute

Zu P. Herzog et al.: Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung: Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive. Psychotherapeutenjournal 1/2025, S. 37–47.

Der Artikel liest sich wie ein Elaborat der Webseite false-memory.de. Es werden „aus wissenschaftlicher Perspektive" tatsächlich „Wahrheiten" angekündigt. Solch dogmatischer Wortwahl begegne ich mit „gesundem Misstrauen". Man könnte eine sehr lange Replik auf diesen einseitigen Artikel und die Diskreditierung von Fachgesellschaften schreiben. Wenn zwischen den Theorien und der Praxis wirklich eine solche Lücke klaffen sollte, dann wären doch jene Theorien zu hinterfragen, die die Realität eben nicht besonders gut abzubilden scheinen. Aus meiner Sicht gehört die sozialkognitive Theorie der DIS hinterfragt. Sie behauptet, die Betroffenen würden Symptome präsentieren, um die Erwartungen von Therapeuten zu erfüllen. Das bildet die Realität nicht gut ab und verhöhnt Betroffene. Auch „Scheinerinnerungen" können, so es

sie denn gibt, nicht nur falsch-positiv sein, sondern auch falsch-negativ:

Betroffene zweifeln oft selbst an ihren Erinnerungen und Wahrnehmungen und berichten, sie hätten es doch selbst gewollt oder sie wären wieder mal die Treppe runtergefallen. Dies wird nicht erwähnt. Ebenso fehlt die Differenzierung von distanziertem, narrativem Erinnern versus flashbackartigem Wiedererleben im Sinne von full-bodied experiences.

Letzteres lässt sich aus ethischen Gründen nicht experimentell und auch nicht in Längsschnittstudien überprüfen. Ich frage mich, ob die Autoren und Autorinnen überhaupt jemals eine Person mit dissoziativer Identitätsstörung in ihrer ganzen Komplexität behandelt haben. Dass sie noch keine programmierten Persönlichkeitsanteile gesehen haben, heißt nicht, dass diese nicht existieren. Manche seltene Erkrankung muss man selbst gesehen und behandelt haben, dann muss man nicht mehr „glauben", dass es sie gibt. Auch den, nun ja, selbstbewussten theoretischen Belehrungen begegne ich mit „gesundem Misstrauen". Jede AWMF-Leitlinie ist bescheidener formuliert. Wer Personen mit dissoziativer Identitätsstörung behandeln möchte, braucht natürlich eine Methodenvielfalt. Der transdiagnostische Ansatz (Achtsamkeit, Emotionsregulation, VT für Angst und Depression) kann zur Stabilisierung beitragen, wird aber oft nicht ausreichen. Dass die Autoren und Autorinnen die überdurchschnittlich häufige Suizidalität dieser Patientengruppe anführen und dann vorschlagen, auf Stabilisierung zu verzichten, halte ich für grob fahrlässig. Zumindest sollte die Stabilität geprüft werden, bevor man Traumakonfrontation durchführt. Auch hier frage ich mich, über wie viel Erfahrung die Autoren und Autorinnen in der Behandlung von Personen mit dissoziativer Identitätsstörung tatsächlich verfügen. Der wichtigste Wirkfaktor seit Grawe ist die therapeutische Beziehung. Natürlich sollten Therapeuten nicht naiv alles glauben, aber eine Grundhaltung von „gesundem Misstrauen" beeinflusst natürlich, wie weit sich Patienten in der Therapie öffnen. Hilfreicher wäre Supervision durch Traumafachleute mit wirklicher Praxiserfahrung, zum Beispiel DeGPT-qualifizierte Supervisorinnen und Supervisoren.

Dr. Rebecca Leopold
Ettlingen

Replik: Zur Versachlichung der Debatte über die Dissoziative Identitätsstörung

Antwort von Dr. Philipp Herzog et al. auf die Zuschrift von Dr. Rebecca Leopold

Wir danken Frau Dr. Leopold für die kritische Auseinandersetzung mit unserem Beitrag. Zugleich möchten wir auf einige Missverständnisse hinweisen, die sich aus der Zuschrift ergeben.

So wird etwa das soziokognitive Modell mit einer stark vereinfachenden Darstellung kritisiert. Wir haben jedoch vielmehr betont, dass die empirische Lage komplex und keineswegs abschließend geklärt ist, und diskutieren verschiedene Theorien im Hinblick auf ihre Befundlage nebeneinander. Auch wenn manche der Theorien derzeit vermutlich die besten Erklärungsansätze für bestimmte Phänomene liefern, heißt das nicht, dass sie in allen Punkten korrekt sind – auch wir sehen die Notwendigkeit weiterer Forschung. Dass Betroffene oft an den eigenen Erinnerungen zweifeln, ist gut belegt, steht aber nicht im Widerspruch zu einer Diskussion von Scheinerinnerungen. Die Unterscheidung von narrativem und sensorischem Wiedererinnern ist ebenfalls etabliert, gleichzeitig folgt daraus nicht, dass Erinnerungen wahrheitsgemäß sind (siehe auch Diskussion: Herzog et al., 2025). Unser Anliegen war es gerade, klinische Beobachtungen, subjektives Erleben und empirische Evidenz klarer voneinander zu unterscheiden. Unsere Warnung vor Reifikations- und Recovered Memory-Techniken scheint also weiterhin berechtigt.

Besorgniserregend erscheint uns die Parteinahme für nicht fundierte Konzepte wie „programmierte Persönlichkeitsanteile" – kein seriöser Artikel kann diese ohne Evidenz aufgreifen. Gerade unter diesem Aspekt ist der Verweis auf die Relevanz klinischer Erfahrung problematisch: Anekdotische Eindrücke sind eine unzuverlässige Quelle, weil sie oft durch selektive Erinnerungen, konfirmatorische Interpretationen und die Verwechslung von Kausalität und Korrelation verzerrt sind (Meehl, 1997). Umso bemerkenswerter ist die in der Zuschrift vertretene Auffassung, dass bei einer Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis vor allem die Theorie zu hinterfragen sei. Die Medizingeschichte wäre wohl anders verlaufen, hätte man sich stets an diesem Prinzip orientiert. Die Aggregierung vieler klinischer Eindrücke ist in der Wissenschaft unzureichend – auch die Viersäftelehre erschien einst klinisch plausibel.

Pauschal diskreditierende Kritik ohne Grundlage wie der Vergleich mit false-memory.de, einer vermeintlichen „Diskreditierung von Fachgesellschaften", die Unterstellung eines „dogmatischen" oder „belehrenden" Tonfalls oder mangelnde Bescheidenheit versucht im Sinne einer ad hominem Argumentationsstrategie unsere Position zu untergraben. Sie schwächt aus unserer Perspektive allerdings eher die Position der Verfasserin – gerade vor dem Hintergrund einer Öffentlichkeit, die berechtigterweise vom Berufsstand erwartet, dass psychotherapeutisches Handeln wissenschaftlich fundiert ist. Wie unser Tonfall aufgefasst wird, ist sicher eine Frage des Geschmacks, womöglich aber auch eine Frage der Kompatibilität des Inhalts mit den eigenen Auffassungen und der eigenen Haltung zum Verhältnis von Autorität und Evidenz.

Eine auf diskreditierende, dogmatische und autoritätshörig geführte Debatte behindert genau jene Fortschritte, die notwendig wären, um Patient*innen mit einer DIS besser helfen zu können. An diese Stelle sollte besser eine enge Verzahnung aus praxisbasierter Evidenz und evidenzbasierter Praxis treten (Barkham & Mellor-Clark, 2003) – auf Basis einer respektvollen Zusammen-

arbeit zwischen Forscher*innen und Praktiker*innen.

Philipp Herzog, Tim Kaiser & Rafaële J. C. Huntjens
Kaiserslautern-Landau, Berlin, Groningen

Literatur

Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. Clinical Psychology & Psychotherapy, 10 (6), 319–327. https://doi.org/10.1002/cpp.379

Herzog, P., Huntjens, R. J. C., Kaiser, T. & Volbert, R. (2025). Rituelle Gewalt als Form organisierter Kriminalität auf dem wissenschaftlichen Prüfstand: Wo endet die Realität und wo beginnt die Fiktion? Psychotherapeutenjournal, 24 (2), 126–138. https://doi.org/10.61062/ptj202502.003

Meehl, P. E. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. Clinical Psychology: Science and Practice, 4 (2), 91–98. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00103.x

Therapie ist nicht die bestmögliche „Aufbereitung" des „Beweismittels" Patient:in

Zu P. Herzog et al.: Rituelle Gewalt als Form organisierter Kriminalität auf dem wissenschaftlichen Prüfstand: Wo endet die Realität und wo beginnt die Fiktion? Psychotherapeutenjournal 2/2025, S. 126–138.

Der oben genannte Artikel enthält leider einige Fehler in den Grundlagen und führt daher zu wenig hilfreichen, oder sogar potentiell schädlichen, Schlussfolgerungen. Zunächst ist zu sagen, dass die Autor:innen (wie übrigens schon im veröffentlichten Artikel der letzten Ausgabe) die Grundlagen der strukturellen Dissoziation falsch darstellen. Die Weiterentwicklung der SDT, die „enaktive Traumatherapie" (Ellert Nijenhuis: „Die Traumatrinität: Ignoranz -Fragilität-Kontrolle"; Nijenhuis, 2016), wird überhaupt nicht dargestellt.

Die strukturelle Dissoziations-Theorie (SDT) bzw. enaktive Traumatherapie

Die SDT nimmt an, dass Menschen, die bereits früh (manchmal schon als Säugling) chronisch sexuelle Gewalt und Vernachlässigung erfahren, von vornherein nicht eine einzige einheitliche und kohärente Gesamtpersönlichkeit entwickeln können, kein einzelnes, kohärentes „Ich". Sie entwickeln vielmehr verschiedene Agenzien („Handelnde"), die jeweils eigenes Verlangen, Streben, Handlungsvermögen, Empfindungen, Erinnerungen usw. hervorbringen. Wenn sich die dissoziativen Barrieren zwischen diesen Agenzien (z. B. im Laufe einer Therapie) verringern, kann es zu wechselseitigen Intrusionen kommen. Sind von diesen Intrusionen (kurzfristig) oder auch Integrationen (langfristig), Erinnerungen betroffen, so handelt es sich nicht, wie fälschlicherweise behauptet, um „wiederentdeckte" Erinnerungen, sondern um die erstmalige Wahrnehmung einer Erinnerung eines Agens durch einen zweiten Agens. Die Handlung des „sich Erinnerns" wird das erste Mal von einem Agens ausgeführt. Dabei ist „Erinnern" ein Sammelbegriff einer ganzen Reihe von Einzelhandlungen, die alle einzeln ausgeführt oder eben nicht ausgeführt werden können: synthetisieren, realisieren, personifizieren, presentifizieren und symbolisieren. Daher ist es zwar richtig, dass auf „aufdeckende" Verfahren in Therapien verzichtet werden sollte. Leider ist der Hinweis darauf aber irreführend, da der gesamte Prozess von den Autor:innen falsch dargestellt wird. Auf diese Fehler wurden die Autor:innen bereits nach ihrem ersten Artikel in einem offenen Brief von Toki Nirik („Wir sind eine Dunkelziffer") hingewiesen. Diese wichtigen Hinweise wurden im vorliegenden Artikel bedauerlicherweise nicht aufgegriffen. Die Forschung von Frau Huntjens „widerlegt" somit ein Stück einer Theorie, das in der Theorie gar nicht vorkommt. Gute Traumatherapie der DIS deckt nichts auf, sondern verringert die Dissoziation und fördert die Integration. Eine „Aufspaltung" der Persönlichkeit würde eine bereits existierende Persönlichkeit voraussetzen. Dies entspricht jedoch keineswegs den Annahmen, wie sie in der Theorie der strukturellen Dissoziation vertreten werden. Die Persönlichkeit ist kein Stück Holz, was man „spalten" könnte und danach existieren zwei Teilstücke, die völlig getrennt voneinander sind.

Aussagenpsychologie

Die Implikationen der strukturellen Dissoziations-Theorie bzw. der enaktiven Traumatherapie für das „Erinnern" und die dazugehörige Forschungsliteratur werden leider vor allem im Bereich der Aussagenpsychologie weitgehend ignoriert und/oder nicht verstanden. Mitunter entsteht sogar der Eindruck, dass an einer eigenen Weiterentwicklung des Faches kein echtes Interesse besteht. Die Auseinandersetzung mit fundamentalen Kritikpunkten der Systematik (wie z. B. von Prof. Jörg Fegert und Kolleg:innen in ihrer „Expertise" beschrieben; Fegert et al., 2024) fehlt leider (siehe auch meinen eigenen Leserbrief zu Schemmel in Ausgabe 1/2025). Das Grundproblem und dessen Implikationen, dass Menschen im Zeugenstand und bei Vernehmungen mehr als „Beweismittel" behandelt werden, denn als schwer verletzte Menschen, wird nicht ausreichend verstanden. Stattdessen wird nach wie vor sehr unkritisch das von Frau Loftus postulierte sogenannte „false-memory"-Phänomen zugrunde gelegt. 2024 wurde von Andrews und Brewin eine kritische Analyse des klassischen „Lost in the mall"-Experiments vorgelegt, bei dem sie zu deutlich anderen Schlussfolgerungen bezüglich der Erzeugbarkeit von „Scheinerinnerungen" kommen (Andrews & Brewin, 2024) als Frau Loftus in ihrer Originalarbeit. Dr. Linda Meyer Williams hat bereits 1995 in einer Studie erforscht (beschrieben in Bessel van der Kolk: „The body keeps the score"; van der Kolk, 2014), dass ca. ein Drittel junger Frauen, die als Jugendliche wegen sexueller Gewalt in einer Notaufnahme behandelt worden waren, 17 Jahre später keine Erinnerungen mehr an das Ereignis abrufen konnten (Williams, 1995). Amnesie ist ein Kernsymptom der PTBS. Wie erklären das die Aussagenpsychologie und die Gedächtnispsychologie?

Die abgeleiteten Empfehlungen sind leider dazu geeignet, dass Therapeut:innen Menschen mit DIS mit Vorannahmen, Skepsis und Misstrauen begegnen. Es besteht eine zunehmende Hemmung in der Kolleg:innenschaft,

sich überhaupt noch an die Therapie von DIS-Patient:innen zu trauen. Dies ist zum Schaden von schwer traumatisierten und dringend unterstützungsbedürftigen Menschen. Die Frequenz, mit der in diesem und anderen Medien mittlerweile auf die „Gefahr" von sogenannten „Scheinerinnerungen" hingewiesen wird, hat schon selbst etwas Suggestives, ohne dies durch weitere Forschung zu erhärten. Wohltuend ist dabei eine Initiative von Larissa Wolkenstein zu erwähnen, die versucht, die gegenseitigen Fachdisziplinen in Kontakt miteinander zu bringen.

Eine 2022 von Prof. Jörg Fegert aus Ulm mitkonzipierte repräsentative Umfrage (USUMA. Bevölkerungsrepräsentative Umfrage; vgl. Fegert, 2023, 25. Oktober) ergab eine berichtete Häufigkeit des Betroffenseins von ritueller Gewalt von 0,1 % in der Gesamtbevölkerung. Das entspricht für die Bevölkerung der BRD ca. 80.000 Fällen. Wie erklären wir das? Ist es plausibel, dass 80.000 Fälle suggestiv erzeugt wurden? Waren diese 80.000 Menschen überhaupt alle in Behandlung? Wenn nein, welche andere Erklärung gibt es? Wo ist hier die Forschungsinitiative?

In einer Studie von Longobardi et al. (2022) untersuchten die Autor:innen, welche „Skripte" von sexuellem Missbrauch Ermittler:innen bei ihrer Sichtung von polizeilich sichergestelltem Video-Material zu sehen bekamen. Hier nur ein paar Auszüge: ca. 20 % sahen Tod und Folter, ca. 10 % sahen Vampirismus, ca. 40 % Sex mit Tieren, ca. 30 % sahen fantastische Charaktere (z. B. Batman oder Superman). Wenn Ermittler:innen diese Skripte auf sichergestellten Videos sehen, wovon werden dann wohl Patient:innen in Therapien erzählen? Wie sollen wir reagieren, wenn eine Patientin sagt: „Ich wurde als Kind von Batman missbraucht"? Sollen wir als erstes darauf hinweisen, dass manche Menschen eine erhöhte Fantasieneigung haben? Bizarre Schilderungen können nicht leichtfertig als „Fantasie" abgetan werden, wenn sie doch polizeiliche Realität sind. Therapeut:innen sollten darauf vorbereitet sein, scheinbar bizarre Schilderungen zu hören, weil sie teilweise erlebte Realität Betroffener sind. Das besagt weder, dass Netzwerke existieren, noch dass sie nicht existieren. Patient:innen werden aber von einer Offenheit profitieren und nicht von Skepsis („Wussten Sie, dass es sogenannte Scheinerinnerungen gibt?"). Die „Empfehlungen" der Autor:innen sind hier leider sehr einseitig und berücksichtigen nicht, welche negativen Effekte deren Anwendung hervorbringen kann.

Aus dem Vorhandensein einer DIS kann nicht (!) auf das Vorhandensein von rituellen Täter:innennetzwerken geschlossen werden. Von fehlenden Verurteilungen kann ebenso nicht (!) auf die Nicht-Existenz solcher Netzwerke geschlossen werden. Dies zu erforschen ist auch gar nicht die Aufgabe von Therapie, sondern von Polizei und Justiz. Die Aufgabe von Therapie ist die Reduzierung von Leid und Symptomen. Therapie ist nicht die bestmögliche „Aufbereitung" des „Beweismittels" Patient:in.

Die entscheidende Frage ist: Wie wollen wir als Therapeut:innen Menschen begegnen, die von schrecklichen Erfahrungen berichten? Die Empfehlungen der Autor:innen bergen die Gefahr der Verengung der therapeutischen Begegnung, zum Schaden von Patient:innen.

Dipl.-Psych. Gernot Lauber
Leverkusen

Literatur

Andrews, B. & Brewin, C. R. (2024). Lost in the Mall? Interrogating Judgements of false memory. Applied Cognitive Psychology. 38 (6), e70012. https://doi.org/10.1002/acp.70012

Fegert, J. M. (2023, 25. Oktober). Die Kenntnis der Dimension der Problematik und der Risikofaktoren für Missbrauch in Institutionen als Voraussetzung für Schutz und Prävention gegen sexualisierte Gewalt von Kindern und Jugendlichen. Vortrag im Rahmen von: Missbrauchte Macht – Sexualisierte und psychische Gewalt in Institutionen. Ringvorlesung der Fakultät für Humanwissenschaften, der Katholisch-theologischen Fakultät und der Akademie des Bistums im Wintersemester 2023/2024. Präsentationsfolien verfügbar unter: https://www.psychologie.uni-wuerzburg.de/fileadmin/0602-grk2660/2023/2023_10_25_Wuerzburg_Ringvorlesung_Fegert_final_.pdf [26.07.2025].

Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachser, C. (2024). Expertise: Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten „Nullhypothese" in unterschiedlichen Verfahrenskontexten. Hrsg. vom Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter: https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/Expertise_Glaubhaftigkeitsbegutachtung.pdf [26.07.2025].

Longobardi, C., Malacrea, M., Giulini, P., Settanni, M. & Fabris, M. A. (2022). How Plausible are the Accounts of Child Victims of Sexual Abuse? A Study of Bizarre and Unusual Scripts Reported by Children. Journal of Child Sexual Abuse, 31 (2), 216–235.

Nijenhuis, E. (2016). Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle. Die Entwicklung des Traumabegriffs/Traumabedingte Dissoziation: Konzept und Fakten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Nirik, T. (2025). Wir sind eine Dunkelziffer. O. O.: Selbstverlag.

van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York: Penguin.

Williams, L. M. (1995). Recovered Memories of Abuse in Women with documented Child Sexual victimisation Histories. Journal of Traumatic Stress, 8 (4), 649–673. https://doi.org/10.1007/BF02102893

Replik: Falsche Erinnerungen und echte Verantwortung: Eine Klarstellung

Antwort von Dr. Philipp Herzog et al. auf die Zuschrift von Gernot Lauber

Wir danken Gernot Lauber für die Zuschrift und möchten in drei wesentlichen Punkten auf sie eingehen. Im Wesentlichen zielt die vorgebrachte Kritik auf Widerspruch zu empirischen Forschungsergebnissen ab, die zentrale Grundannahmen der „enaktiven Traumatherapie" widerlegen.

Erstens: Herr Lauber kritisiert, wir hätten zentrale Annahmen der strukturellen Dissoziationstheorie (SDT) missverstanden oder verzerrt wiedergegeben. Tatsächlich stellen wir diese als ein Modell dar, das multiple „Anteile" (dissociative parts) mit eigenen Wahrnehmungen, Erinnerungen, Handlungsimpulsen und Emotionen postuliert. Unsere Auseinandersetzung bezieht sich auf empirische Studien, die eine zentrale Annahme interidentitärer Amnesie systematisch geprüft haben. Wie dargelegt zeigen diese Studien konsistent,

dass autobiographische Informationen über verschiedene Identitätszustände hinweg zugänglich bleiben. Auch eine aktuelle Metaanalyse von Donath et al. (2025) kommt zu diesem Ergebnis. Damit ist eine zentrale Annahme der SDT widerlegt. Herr Lauber scheint die Konzepte der interidentitären Amnesie, der falschen Erinnerungen und der „aufgedeckten" Erinnerungen zu verwechseln, die nicht gleichgesetzt werden sollten. Wir haben nicht behauptet, dass alle Erinnerungen an traumatische Erlebnisse, die von Menschen mit DIS berichtet werden, wiedergewonnene oder falsche Erinnerungen sind.

Ellert Nijenhuis selbst bemüht sich in einer Replik (2020) um methodische Kritik dieser Ergebnisse – das wäre nicht der Fall, wenn, wie von Lauber behauptet, dieser Aspekt gar nicht in der Theorie vorkäme. Ein solcher Versuch, die Aussagen der Theorie ex post semantisch zu präzisieren, wie etwa durch die Umdeutung von „Erinnerungen" in eine „Erstwahrnehmung eines Agens" bezieht sich auf spekulative Konstrukte, die empirisch kaum prüfbar sind. Die psychologische Definition von „Erinnerung" bezieht sich auf den Abruf zuvor kodierter Information, welche hypothetische Teilstruktur einer Persönlichkeit diesen Abruf vollzieht, ist wissenschaftlich nicht operationalisierbar. Empirisch gibt es eher Hinweise darauf, dass die hier diskutierten Prozesse als extreme Ausprägungen metakognitiver Fehlannahmen funktional ausreichend beschrieben sind.

Zweitens: Herr Lauber zweifelt wissenschaftliche Erkenntnisse zu falschen Erinnerungen an. Die Aussage, die Re-Analyse von Andrews und Brewin (2024) habe die Replikation des klassischen „Lost in the Mall"-Experiments (Murphy et al., 2023) „widerlegt", ist unzutreffend. Vielmehr wurde darin der methodische Rahmen für die Erfassung von falschen Erinnerungen enger gezogen, ohne die Existenz falscher autobiographischer Erinnerungen infrage zu stellen. In ihrer Reaktion auf Andrews und Brewins Kritik bekräftigen Murphy und Greene (2025), dass ihre Ergebnisse mit der breiten Evidenzlage zu autobiographischen falschen Erinnerungen nicht im Widerspruch stehen. Wie bereits von Otgaar et al. (2022) festgestellt, ist die Forschungslage dazu robust. Tatsächlich werden die Existenz dieses Phänomens und die Notwendigkeit u. a. durch eine Auswertung der Literatur zur Induktion von falschen Kindheitserinnerungen dieser Autoren belegt (Brewin & Andrews, 2017). Dort resümieren sie: „The literature we have reviewed provides valuable guidelines as to the conditions under which such false memories are more likely. The situations of most concern are those in which the following occur repeatedly and simultaneously: (i) autobiographical belief is strengthened by plausibility information supplied by a trusted figure; (ii) recollective experience is increased by encouraging and guiding imagery, particularly when it is prompted by personally relevant details; and (iii) confidence in the veracity of the resulting experiences is boosted by an uncritical acceptance of them. An example would be that of therapists who attribute their patients' symptoms to child sexual abuse in the absence of any explicit memory of it, instruct their patients in how to imagine this scenario and accept uncritically any material produced by this procedure" (S. 20 ff.).

Dass die Zuschrift hierfür wiederum eine retrospektive Studie, zitiert nach einem populärwissenschaftlichen Buch („beschrieben in Bessel van der Kolk: ‚The body keeps the score'") mit zweifelhaftem wissenschaftlichen Gehalt (McNally, 2005), aufführt, ist ebenso wenig hilfreich. Der erwähnte Artikel bezieht sich auf eine Studie, deren Ergebnisse erstmalig 1994 von Williams publiziert wurden (Williams, 1994). Diese erbrachte allerdings nicht, dass sich ein Drittel junger Frauen nach 17 Jahre nicht mehr an einen sexuellen Missbrauch erinnerten, sondern dass 38 % nicht die ursprünglich dokumentierten Details nannten und 12 % keinen sexuellen Missbrauch in der Kindheit angaben, als sie 17 Jahre nach dem dokumentierten Missbrauch in einem Interview danach gefragt wurden. Rückschlüsse auf eine Amnesie sind daraus nicht möglich, es kann sich auch um ein Verschweigen oder ein Nichtbefassen mit der Thematik handeln; spätere Studien mit differenzierterer Erfassung des vermeintlichen Nichterinnerns unterstützen letztere Hypothese (vgl. Wu et al., 2024).

Drittens: Herr Lauber unterstellt, dass unser Appell zu wissenschaftlich fundierter Vorsicht gegenüber bestimmten Schilderungen schädlich für Patient*innen sei. In unserem Artikel haben wir ausgeführt, dass es beides gibt: sehr schwerwiegende Sexualdelikte und (unter begünstigenden Bedingungen) falsche Erinnerungen. Aus der geschilderten Beobachtung, dass bizarre „Skripte" in Missbrauchsdarstellungen vorkommen, folgt, dass es solche Delikte gibt und vor dem Hintergrund eines realen Erlebens darüber berichtet werden kann, aber nicht, dass entsprechende Berichte niemals auf Scheinerinnerungen basieren können. Es ist unnötig, einen Gegensatz zwischen unkritischem Glauben und unsensibler Skepsis auf Therapeut*innenseite zu konstruieren, weisen wir doch auf einen empathischen und dennoch methodisch vorsichtigen Umgang mit Schilderungen hin. Es geht nicht darum, Patient*innen mit genereller Skepsis zu begegnen, sondern darum, einen professionellen Blick darauf zu haben, ob Rahmenbedingungen vorliegen, die Scheinerinnerungen begünstigen können, und Patient*innen ggf. über diese Möglichkeit zu informieren. Auch in der Psychotherapie muss es einen Umgang mit der Möglichkeit geben, dass Erinnerungen falsch, verzerrt oder unbegründet sein können. Eine induzierte falsche Erinnerung kann nämlich den therapeutischen Verlauf maßgeblich beeinträchtigen, zu falschen Indikationsstellungen führen und dysfunktionale metakognitive Annahmen verstärken. Die Annahme, dass verschiedene Zustände oder Modi als getrennte Akteure zu verstehen sind, hat ebenfalls beträchtliche Risiken, wenn sie das therapeutische Handeln bestimmt: Sie steht im Widerspruch zu den Forschungsergebnissen, verstärkt das Gefühl der Desintegration und schreibt behandelbare Traumafolgestörungen als lebenslange Beeinträchtigungen fest. Die therapeutische

Grundhaltung sollte sich, wie im Artikel bereits dargelegt, sorgfältig auf einem Mittelweg zwischen vorschnellem Skeptizismus und therapeutischer Validierung von Inhalten bewegen.

Philipp Herzog, Rafaële J. C. Huntjens, Tim Kaiser & Renate Volbert
Kaiserslautern-Landau, Groningen, Berlin

Literatur

Andrews, B. & Brewin, C. R. (2024). Lost in the Mall? Interrogating Judgements of False Memory. Applied Cognitive Psychology, 38 (6), e70012. https://doi.org/10.1002/acp.70012

Brewin, C. R. & Andrews, B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review. Applied Cognitive Psychology, 31 (1), 2–23. https://doi.org/10.1002/acp.3220

Donath, W., van der Linde, R., Verschuere, B., Allen, J. J., McNally, R. J. & Huntjens, R. (2025). Does meta-analytic evidence support Inter-identity amnesia in dissociative identity disorder? A commentary and corrected analysis for (Beker et al., 2024). https://doi.org/10.17605/OSF.IO/A6HVB

McNally, R. J. (2005). Debunking Myths about Trauma and Memory. The Canadian Journal of Psychiatry, 50 (13), 817–822. https://doi.org/10.1177/070674370505001302

Murphy, G., Dawson, C. A., Huston, C., Ballantyne, L., Barrett, E., Cowman, C. S. et al. (2023). Lost in the mall again: A preregistered replication and extension of Loftus & Pickrell (1995). Memory, 31 (6), 818–830. https://doi.org/10.1080/09658211.2023.2198327

Murphy, G. & Greene, C. M. (2025). Who Got Lost in the Mall? Challenges in Counting and Classifying False Memories. Applied Cognitive Psychology, 39 (2), e70044. https://doi.org/10.1002/acp.70044

Otgaar, H., Howe, M. L. & Patihis, L. (2022). What science tells us about false and repressed memories. Memory, 30 (1), 16–21. https://doi.org/10.1080/09658211.2020.1870699

Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (6), 1167–1176. https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.6.1167

Wu, Y., Hartman, D., Wang, Y., Goldfarb, D. & Goodman, G. S. (2024). Suppression and Memory for Childhood Traumatic Events: Trauma Symptoms and Non-Disclosure. Topics in Cognitive Science, 16 (4), 718–730. https://doi.org/10.1111/tops.12667

Erratum: In Ausgabe 2/2025 haben wir an dieser Stelle einen Leserbrief von Dr. Rosalie Weigand zu P. Herzog et al.: „Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung: Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive", Psychotherapeutenjournal 1/2025, S. 37–47, veröffentlicht. Leider haben wir versäumt, die korrigierte Fassung, die uns Dr. Weigand noch vor Drucklegung zukommen ließ, auch an P. Herzog et al. weiterzuleiten – dadurch erscheint die in der Replik des Autorenteams enthaltende Aussage „Eine vermeintlich ‚zentral wichtige Studie', die Dr. Weigand aufführt, existiert nicht (Loewenstein, 2018)" falsch. Frau Dr. Weigand hatte in ihrer korrigierten Fassung diese zuvor nicht enthaltene Quelle ergänzt. Wir bedauern unser Versäumnis und bitten, den Fehler zu entschuldigen.