Forschung für die Praxis
Hochschulschriften

Jörg M. Fegert, Lea Frühauf,
Jelena Gerke, Kim Magiera

Das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Verschwörungsmythen und toxische Beziehungen in Psychotherapie und Beratung

Psychiatrie Verlag

Jörg M. Fegert, Lea Frühauf, Jelena Gerke, Kim Magiera

Das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Verschwörungsmythen und toxische Beziehungen in Psychotherapie und Beratung

Psychiatrie Verlag

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert ist seit Jahrzehnten im Kinderschutz engagiert. Er gründete und entwickelte die Medizinische Kinderschutzhotline, begleitete die Gründungsphase der UBSKM und wurde 2026 für dieses Engagement mit dem Deutschen Kinderschutzpreis ausgezeichnet. Er ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Präsident der Europäischen Fachgesellschaft European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) und Co-Sprecher des Zentrums für Traumaforschung in Ulm.

Dr. Jelena Gerke ist Psychologin (M.Sc.) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT). Sie beschäftigt sich in ihrer Forschung seit über zehn Jahren mit den Themen Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sowie Traumafolgen, u.a. im Begleitforschungsprojekt des Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch der UBSKM. In ihrer Promotion untersuchte sie mit dem Thema »Frauen als Täterinnen sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen« Geschlechterstereotypien und Wahrnehmungsverzerrungen im professionellen Hilfesystem. Seit 2020 widmet sie sich dem Thema der »rituellen Gewalt« und damit assoziierte schädliche Therapien, Behandlungsfehler und Grenzüberschreitungen im Bereich der Traumatherapie.

Lea Frühauf ist Psychologin (M.Sc.) und psychologische Psychotherapeutin in fortgeschrittener Ausbildung. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unterschiedliche Gewaltformen, Qualitätssicherung sowie Behandlungsfehler im psychotherapeutischen Kontext.

Kim Magiera ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Kriminologin (M.A.), Diplom-Pädagogin und Mediatorin in Strafsachen. Ihre Forschung gilt unterschiedlichen Gewaltphänomenen, den Dynamiken von Gewalt sowie kommunikativen Aufarbeitungsprozessen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf biografischer und narrativer Forschung zu Opferwerdung, Bewältigung und den langfristigen Folgen von Gewalterfahrungen.

Jörg M. Fegert, Lea Frühauf, Jelena Gerke, Kim Magiera

Das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Verschwörungsmythen und toxische Beziehungen in Psychotherapie und Beratung

Unter Mitwirkung von Marie von Altenbockum, Isabel Bah, Peter Beer, Daniel Köhler, Kyra Laschet, Miriam Rassenhofer, Emilia Schlaich, Erich Seifritz, Frank Urbaniok, Josiane Willems und Hans Zollner.

Forschung für die Praxis

Psychiatrie Verlag

Jörg M. Fegert, Lea Frühauf, Jelena Gerke, Kim Magiera
Das Narrativ »Rituelle Gewalt«
Verschwörungsmythen und toxische Beziehungen in Psychotherapie und Beratung
Forschung für die Praxis

1. Aufl. 2027
ISBN: 978-3-96605-383-9
ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-393-8

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.dnb.de abrufbar.



Dieses Werk ist mit der Creative Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, solange der Urheber genannt wird.
Weitere Informationen finden Sie unter
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de
Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für das Originalmaterial.
Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) erfordert ggf. weitere Genehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Psychiatrie Verlag, Köln 2027
Psychiatrie Verlag GmbH
Ursulaplatz 1
50668 Köln
info@psychiatrie-verlag.de

Umschlaggestaltung: Michael Schmitz, Arnbruck, www.grafikschmitz.de
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: CPI books GmbH, Leck

Abkürzungsverzeichnis 13

Vorwort 15

1 Einleitung 22
1.1 Sprache und analytische Differenzierung 22
1.2 Anerkennung und Glaubhaftigkeit 23
1.3 Kontroverse um »rituelle Gewalt« 24
1.4 Historischer Bezugspunkt:Inszenierung und Kollusion 25
1.5 Begriffliche Orientierung 27
1.6 Erkenntnisinteresse und methodischer Zugang 29
1.7 Aufbau des Buches 29

2 Das Narrativ »Rituelle Gewalt« 31
2.1 Einleitung und Zielsetzung 31
2.2 Die affirmative Position zum Narrativ »Rituelle Gewalt« 35
2.2.1 Empirische Annäherungen an »rituelle Gewalt« 38
2.2.2 Beweisproblematik und erkenntnistheoretische Einordnung 40
2.2.3 Zwischenbilanz zur affirmativen Position 41
2.3 Kritische Perspektiven auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« 42
2.3.1 Begriffs- und Konzeptkritik: »Rituelle Gewalt« als unscharfe Kategorie 43
2.3.2 Empirische Kritik: Datenlage, Methodik und Validität 44
2.3.3 Gedächtnispsychologische und klinische Kritik 48
2.3.4 Professionsethische Kritik und therapeutische Verantwortung 49
2.3.5 Zwischenbilanz der kritischen Perspektiven 51
2.4 Diskursive Einordnung des Narrativs »Rituelle Gewalt« 52
2.4.1 Historische Genealogien ritueller Gewaltvorstellungen 53
2.4.2 Moralische Panik als analytischer Zugang 54
2.4.3 Therapeutische Wissensproduktion und narrative Stabilisierung 56
2.4.4 Semantische Transformation und diskursive Modernisierung des Narrativs 57
2.4.5 Extremistische Onlinenetzwerke – eigenständiges Kriminalitätsphänomen statt Beweis für das Narrativ »Rituelle Gewalt« 59
2.4.6 Zwischenbilanz: Das Narrativ »Rituelle Gewalt« als diskursive Formation 63
2.5 Institutionelle und gesellschaftliche Folgen der Kontroverse 64
2.5.1 Auswirkungen auf psychosoziale Versorgung und therapeutische Praxis 64
2.5.2 Auswirkungen auf Forschung, Wissenstransfer und Professionalisierung 65
2.5.3 Auswirkungen auf Justiz, Ermittlungsbehörden und Rechtsdiskurse 67
2.5.4 Stellungnahmen, institutionelle Positionierungen und Polarisierung der Fachwelt 68
2.5.5 Zusammenfassende Einordnung und begriffliche Schlussfolgerung 71

3 Verschwörungsmythen 73

3.1 Definition und verwandte Begrifflichkeiten 75

3.2 Erklärung von Verschwörungsglaube und -mentalität 77
3.2.1 Epistemische, existenzielle und soziale Bedürfnisse 77
3.2.2 Persönlichkeitsmerkmale 82
3.2.3 Macht, Machtlosigkeit und Verbreitungsdynamiken 86
3.2.4 Persistenz und Widerlegungsresistenz von Verschwörungsmythen 90

3.3 Individuelle und gesellschaftliche Risiken von Verschwörungsglaube 91

3.4 Zusammenfassung 92

4 Der Begriff des Rituals und Ritualtheorien 93

4.1 Begriffliche und etymologische Annäherungen 94

4.2 Strukturmerkmale und Funktionen ritualisierter Praxis 95

4.3 Ritualtheoretische Perspektiven und ihre Ausweitung 96

4.4 Ritual, Alltag und begriffliche Konsequenzen 97

4.5 Rituale in der (Post-)Moderne 98

4.6 Ritual und Gewalt: Differenzen und Diskursverschiebungen 98

4.7 Exkurs: Kult, Ritus und Rituale – Perspektiven und Gefahrenpotenziale 100
4.7.1 Begriffsklärung 100
4.7.2 Ethische Herausforderung 100
4.7.3 Risiken 101
4.7.4 Wahrscheinlichkeiten 103

4.8 Konsequenzen 105

5 Gedächtnisforschung, Erinnerungen an Traumata und falsche Erinnerungen 107

5.1 Die »Gedächtniskriege« (»Memory Wars«) 107

5.2 Gedächtnis, autobiografische Erinnerung und Rekonstruktivität 109

5.3 Exkurs: Boris Cyrulnik – eine immer erinnerte, aber lange nicht erzählte traumatische Erfahrung 110

5.4 Erinnerungen an traumatische Ereignisse: Belastung, Genauigkeit und Veränderbarkeit 113

5.5 Vermeidung, Vergessen, Verdrängung und dissoziative Amnesie 119

5.6 Falsche Erinnerungen, falsche Überzeugungen und Suggestion 122

5.7 »Erinnerungswiederherstellung« in der psychotherapeutischen Praxis 126

5.8 Exkurs: Glaubhaftigkeitsbeurteilungen 130
5.9 Zusammenfassung 134

6 Traumafolgestörungen und Dissoziative Identitätsstörung 137
6.1 Traumafolgestörungen 137
6.1.1 »Trauma«, traumatisches Ereignis, Traumafolgen 138
6.1.2 Klassifikationssysteme ICD und DSM 138
6.1.3 Prävalenzen 142
6.1.4 Ätiologie 142
6.1.5 Diagnostik und Therapie 143
6.2 Dissoziative Identitätsstörung 145
6.2.1 Dissoziationen, dissoziative Symptome, dissoziative Störungen, Dissoziative Identitätsstörung 146
6.2.2 Klassifikationssysteme ICD und DSM 148
6.2.3 Prävalenzen 149
6.2.4 Ätiologie 150
6.2.5 Diagnostik und Therapie 152
6.2.6 DIS und Social Media 154
6.3 Zusammenfassung 156

7 Qualitätssicherung und Behandlungsfehler in der Psychotherapie 157
7.1 Medizinethische Prinzipien als Grundlage psychotherapeutischer Verantwortung 157
7.2 Therapieziele und therapeutische Beziehung als Qualitätsmerkmale psychotherapeutischer Behandlung 158
7.3 Berufsrechtliche Rahmenbedingungen und Qualitätssicherung in der Psychotherapie 163
7.4 Begriffliche Differenzierungen: Nebenwirkungen, Kunstfehler und unethisches Verhalten 167
7.5 Empirische Befunde zu Beschwerden, Behandlungsfehlern und negativen Therapiefolgen 168
7.6 Rechtliche Folgen psychotherapeutischer Pflichtverletzungen: Berufs-, Zivil- und Strafrecht 174
7.7 Informations- und Beschwerdestellen 176
7.8 Zusammenfassung 178

8 Forschungsmethodik 179

8.1 Forschungsparadigmatische Verortung 179
8.1.1 Orientierung an der Grounded Theory 181
8.1.2 Rekonstruktive Logik, Codierung und methodologische Implikationen 181

8.2 Forschungsdesign, Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen 183
8.2.1 Untersuchungsgegenstand und Erkenntnisinteressen 183
8.2.2 Stichprobe und Materialbasis 186

8.3 Narrative Interviews 191
8.3.1 Begründung des narrativen Interviewverfahrens und analytische Relevanz von Textsorten 191
8.3.2 Durchführung der Interviews 193

8.4 Methodologische Einordnung und Analyse der Dokumente 196
8.4.1 Dokumente als soziale Artefakte und institutionelle Produkte 196
8.4.2 Dokumente in der Analyse von Selbst- und Fremddeutung 197

8.5 Auswertung 198
8.5.1 Analyselogik: Iteration, Fallbezug und Vergleich 198
8.5.2 Schritte des Codierprozesses: Phänomennahe Konzeptbildung 199

8.6 Qualitätssicherung 200
8.6.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Reflexivität 201
8.6.2 Triangulation und Grenzen des Designs 201

8.7 Forschungsethik und Datenschutz 202

8.8 Zusammenfassung 203

9 Ergebnisse der Analysen 204

9.1 Einführung in die Ergebnisdarstellung 204

9.2 Übersicht über die geführten Interviews 206
9.2.1 Direkt Betroffene 206
9.2.2 Mittelbar Betroffene 210
9.2.3 Fachpersonen 211

9.3 Das zentrale Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation 212
9.3.1 Stellenwert des Erklärungsmodells im Gesamtzusammenhang der Ergebnisse 212
9.3.2 Struktur und Grundannahmen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation 213
9.3.3 Funktion des Erklärungsmodells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in Therapie- und Beratungsverläufen 216
9.3.4 Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation als vergleichende Differenzachse 218

9.4 Das Erklärungsmodell im Kontext von Therapie- und Beratungsprozessen 219
9.4.1 Merkmale der Patient*innen 219
9.4.2 Merkmale der Therapeut*innen bzw. Berater*innen 221
9.4.3 Therapeutisches und beraterisches Vorgehen 224
9.4.4 Die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in 237
9.4.5 Determiniertheit statt Offenheit 246
9.4.6 Abweichungen von professioneller Therapie: Kunstfehler, Grenzverletzungen, unethisches Verhalten 250
9.4.7 Unterschiedliche Grade der Immersion 255
9.4.8 Infragestellung, Revision und Ablösung 262

9.5 Das Erklärungsmodell im Kontext des polarisierten Diskurses um das Narrativ »Rituelle Gewalt« 270
9.5.1 Gemeinsame »Besonderung« von Betroffenen und Therapeut*innen 271
9.5.2 Der Kreis von Expert*innen: Vernetzung, Fachjargon und Verweisungszusammenhänge 274
9.5.3 Überzeugungen der Therapeut*innen und Immunisierung gegen Kritik 276
9.5.4 Gemeinsame Anstrengung gegen angenommene Gewalt und Täternetzwerke 278
9.5.5 Gemeinsame Haltung gegenüber Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt« 279

9.6 Folgen der Behandlung und der Immersion in das Erklärungsmodell 281
9.6.1 Folgen für direkt Betroffene während der Behandlung 281
9.6.2 Folgen für direkt Betroffene nach Verlassen der Behandlung 285
9.6.3 Folgen für Angehörige und soziale Beziehungen 288
9.6.4 Folgen für Fachpersonen, Hilfesysteme und den Fachdiskurs 290

9.7 Zusätzliche Ergebnisse aus einzelnen Perspektiven und Materialtypen 293
9.7.1 Zusätzliche Ergebnisse aus der Perspektive von Fachpersonen 294
9.7.2 Zusätzliche Ergebnisse der Dokumentenanalyse 319

9.8 Zusammenfassung der Ergebnisse 336

10 Diskussion der Ergebnisse 340

10.1 Medizinethik, Behandlungsqualität und Behandlungsfehler 340
10.1.1 Theoretischer Zugang: Medizinethik und Behandlungsqualität 340
10.1.2 Gute psychotherapeutische Praxis als Bezugspunkt 341
10.1.3 Zielverschiebungen und fehlende Offenheit 342
10.1.4 Grenzverletzungen, Behandlungsfehler und unethisches Verhalten 343
10.1.5 Schädigung, Verschlechterung des Zustands und Teilhabeverlust 344
10.1.6 Heuristischer Ertrag 346

10.2 Verschwörungsmythen 346
10.2.1 Theoretischer Zugang: Verschwörungsmythen als Deutungsmodus 346
10.2.2 Geheime Tätergruppen und verborgene Steuerung 347
10.2.3 Totalisierung: umfassende Erklärung von Biografie, Gegenwart und Symptomatik 348
10.2.4 Plausibilität in Situationen von Unsicherheit, Ohnmacht und Orientierungsbedarf 349
10.2.5 Immunisierung gegen Kritik und Verarbeitung von Widersprüchen 351
10.2.6 Binnenwelt, Zugehörigkeit, Abgrenzung und Handlungswirksamkeit 352
10.2.7 Heuristischer Ertrag 353

10.3 Charismatische Herrschaft und spiritueller Missbrauch 354
10.3.1 Theoretischer Zugang: charismatische Herrschaft und spiritueller Missbrauch als komplementäre Perspektiven 354
10.3.2 Charismatische Autorisierung: außeralltägliche Qualität, Sonderwissen und besondere Plausibilität in Krisen- und Suchlagen 355
10.3.3 Soziale Herstellung und Stabilisierung charismatischer Autorität: Anhängerschaft, Expert*innenkreis und institutionelle Einbettung 355
10.3.4 Spiritueller Missbrauch als heuristische Perspektive: asymmetrische Vertrauensbeziehungen, Selbstbestimmung und Deutungsmacht 356
10.3.5 Von personaler Autorisierung zu systemischer Einengung: Entgrenzung, Abhängigkeit und Kritikabwehr 358
10.3.6 Soziale und systemische Stabilisierung: In-Group, Exklusivitätsansprüche und Immunisierung gegen Kritik 359
10.3.7 Heuristischer Ertrag 362

10.4 Biografietheorie und -analyse 363
10.4.1 Theoretischer Zugang: Therapie- und Beratungsverläufe als Eingriffe in die biografische Ordnung 363
10.4.2 Immersion als Umstrukturierung von Selbst- und Weltverhältnissen 364
10.4.3 Tiefe Immersion als Verlaufskurve: Einengung, Fremdbestimmung und unmittelbare Bewältigung 364
10.4.4 Revision und Ablösung als krisenhafte Wiederaneignung der eigenen Biografie 365
10.4.5 Das Fremdwerden der eigenen Biografie 366
10.4.6 Heuristischer Ertrag 367

10.5 Gedächtnis, False Memory und Glaubhaftigkeit 367
10.5.1 Theoretischer Zugang: Erinnerung als rekonstruktiver Prozess 367
10.5.2 Suchbewegungen nach verborgenem Geschehen und das Risiko suggestiver Prozesse 368
10.5.3 Erstmaliges Erinnern, erstmaliges Berichten und nachträgliche Verdichtung 370
10.5.4 Subjektive Evidenz, Plausibilität und historische Faktizität 371
10.5.5 Heuristischer Ertrag 372

10.6 Traumafolgestörungen, Dissoziative Identitätsstörung und Social Media 372
10.6.1 Theoretischer Zugang: Traumafolgestörungen, diagnostische Offenheit und Differenzierung 372
10.6.2 Reale Belastungen, Suchbewegungen und diagnostische Engführung 373
10.6.3 Die Dissoziative Identitätsstörung als Interpretationsrahmen und die Rolle therapeutischer Praktiken 375
10.6.4 Social Media, Looping-Effekte und digitale Vergleichsfolien 376
10.6.5 Heuristischer Ertrag 378

10.7 Zusammenfassung der Diskussion 379

11 Diskurs, Aufarbeitung und gesellschaftliche Einordnung 381

11.1 Das Konfliktfeld »rituelle Gewalt«: Existenzfrage, Anerkennung und Schutzperspektiven 383

11.2 Begriffliche Klärung: sexualisierte Gewalt, spiritueller Missbrauch, rituelle Tatkomponenten und das Narrativ »Rituelle Gewalt« 385
11.2.1 Sexualisierte Gewalt in institutionellen und kirchlichen Kontexten 386
11.2.2 Geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch 388
11.2.3 Rituelle und sakrale Tatkomponenten 389
11.2.4 Begriffliche Konsequenzen 390

11.3 Anerkennung von Gewalt und Traumafolgen zwischen Glaubhaftigkeit, Aufarbeitung und epistemischer Gerechtigkeit 393
11.3.1 Anerkennung von Gewalt und Traumafolgen als historisch schwieriger Prozess 393
11.3.2 Anerkennung, Glaubhaftigkeit und unterschiedliche Erkenntnislogiken 395
11.3.3 Epistemische Ungerechtigkeit zwischen Nicht-Gehörtwerden und deutender Vereinnahmung 396

11.4 Betroffenenwissen, Beteiligung und epistemische Autorität 398
11.4.1 Formen von Betroffenenwissen: Zeugenschaft, Erfahrungsexpertise und Strukturwissen 398
11.4.2 Epistemische Autorität, Repräsentation und Grenzen von Beteiligung 399

11.5 Aufarbeitung und institutionelle Verantwortung 401

11.6 Vulnerabilität, Vulneranz und institutionelle Gewalt 405
11.6.1 Verletzbarkeit, Schutz und Verletzungsmacht 405
11.6.2 Institutionelle Gewalt und institutionelle Vulneranz 406
11.6.3 Sichtbarkeit, Beteiligung und Agency 408

11.7 Polarisierung, Rückkopplung und Schutzlogiken im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« 409
11.7.1 Das Rückkopplungsproblem der Existenzfrage 409
11.7.2 Anerkennung ohne Narrativbindung und ohne Nachweisverantwortung 411
11.7.3 Schutzlogiken und Verletzlichkeitsparadox 413
11.7.4 Differenzierung als professionelle und institutionelle Anforderung 415

11.8 Zusammenfassung 416

12 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen 418

12.1 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung 421

12.2 Therapie- und Beratungspraxis 425

12.3 Supervision, Intervision und Qualitätssicherung 430

12.4 Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen 433

12.5 Fachlicher und öffentlicher Diskurs 436

12.6 Forschung und Wissenstransfer 438

12.7 Politik, Regulierung und Versorgung 440

12.8 Abschließende Synthese 443

Beiträge zum Buch und Dank 447

Anhang 450

Glossar 450

Literaturverzeichnis 473

Abkürzungsverzeichnis

ACE/ACEs	Adverse Childhood Experiences/belastende Kindheitserfahrungen
ANP	Anscheinend Normale Persönlichkeitsanteile
APA	American Psychiatric Association/Amerkianische Psychiatrische Gesellschaft
ARG	Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BIT	Berner Inventar für Therapieziele
BKA	Bundeskriminalamt
BKSF	Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CAPS-5	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5/Klinisches Interview zur Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5
CIASE	Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église/Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs in der Kirche
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule/Strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen
DES	Dissociative Experiences Scale/Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen
DGfPI	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing/Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegungen
EP	Emotionale Persönlichkeitsanteile
FDS	Fragebogen für Dissoziative Symptome
FBI	Federal Bureau of Investigation/Bundesamt für Ermittlungen (USA)
FU	Fürsorgerische Unterbringung (Maßnahme der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde der Schweiz)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GPTG	Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung
ICD	International Classification of Diseases/Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health/ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

IKKIP	Inventar zur Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie
ISSTD	International Society for the Study of Trauma and Dissociation/ Internationale Gesellschaft zur Erforschung von Trauma und Dissoziation
ITQ	International Trauma Questionnaire/Internationaler Traumafragebogen
IV	Interview
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (Schweiz)
KIDNET	Kinderversion der Narrativen Expositionstherapie
KOK	Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MBI	Münchhausen by Internet/Münchhausen-Syndrom im Internet
MPD	Multiple Personality Disorder/Multiple Persönlichkeitsstörung
MPS	Multiple Persönlichkeitsstörung
MSMI	Mass Social Media Induced Illness/Durch Soziale Medien ausgelöste Massenerkrankung
NET	Narrative Expositionstherapie
ONA/O9A	Order of Nine Angels
ORG	Organisierte und rituelle Gewalt (entsprechend der Definition des Fachkreises »Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen«)
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5/Checkliste für die Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder/Posttraumatische Belastungsstörung
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XIV	Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung
SKID-D	Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen
SMAAIB	Social Media Associated Abnormal Illness Behavior/Mit Sozialen Medien verbundenes abnormales Krankheitsverhalten
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TF-KVT	Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie
UBSKM	Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen
UBSKMG	Gesetz zur Einrichtung der oder des Unabhängigen Bundesbeauftragten gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen
UE	Unerwünschte Ereignisse
UKASK	Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
Z.	Zeile
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Vorwort

Dieses Buch entstand aus aktuellem Anlass einer sich polarisierenden Debatte um »rituelle Gewalt« vor dem Hintergrund einer langen fachlichen und persönlichen Beschäftigung mit Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, der Traumafolgen, der besseren Versorgung Betroffener und der Verantwortung von Institutionen. Sexueller Missbrauch wurde in Deutschland lange verharmlost, abgewehrt oder in Institutionen unsichtbar gemacht. Spätestens seit der Debatte um sogenannten »Missbrauch mit dem Missbrauch« und dem Urteil des BGH in Strafsachen vom 30.07.1999 (1 StR 618/98) wurde immer wieder die Glaubhaftigkeit von Aussagen Betroffener angezweifelt. Dass Betroffene heute eher Gehör finden, dass es spezialisierte Hilfsangebote, Aufarbeitung, Forschung und fachliche Standards gibt, ist Ergebnis eines mühsamen Anerkennungskampfes (Fegert, 2026b). Ein zentraler Schritt nach vorn war dabei die Einrichtung des Runden Tisches sexueller Missbrauch 2010 und die Einsetzung der ersten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), Dr. Christine Bergmann, die wir beim Aufbau ihres Amtes und insbesondere der Anlaufstelle für Betroffene fachlich, wissenschaftlich begleiten durften. Mit der Verstetigung des Amtes, mit der dauerhaften Etablierung der Medizinischen Kinderschutzhotline und der Strukturen des Betroffenenrats sowie der Aufarbeitungskommission hat der Gesetzgeber anerkannt, dass sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche kein politisch abgearbeitetes Thema ist, sondern leider beständige Aktualität, verschärft durch die digitalen Entwicklungen und nach wie vor eine große Herausforderung in Bezug auf die Aufarbeitung so vieler Bereiche.

Als Facharzt, der immer wieder auch als Gutachter angefragt wird, war es für mich ein zentrales Prinzip, bei allem Engagement für die fachliche Weiterentwicklung und die Etablierung der Rechte von Betroffenen, auch stets unvoreingenommen an Fragestellungen heranzugehen. Ich bin stolz und froh darüber, dass auch nach unserem Gutachten zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung für die UBSKM kein Ablehnungsantrag gegen mich wegen des Verdachts der Befangenheit erfolgreich war. Gerade aufgrund der derzeitigen Polarisierung sowie der Einforderung von Rücksichtnahme auf Betroffeneninteressen und Loyalität mit Betroffenen, ist die Entwicklung im Bereich »rituelle Gewalt« ein heikler Bereich, bei dem man schnell in das eine oder andere Lager eingeteilt wird. Wer sich kritisch mit therapeutischen Fehlentwicklungen, möglichen suggestiven Prozessen in Therapien oder ungesicherten Deutungen im Feld »ritueller Gewalt« befasst und gleichzeitig generell die Nullhypothesenmethode als Generalzweifel an den Aussagen Betroffener kritisiert, bewegt sich deshalb in einem sensiblen Bereich und löst auf mehreren Seiten Reibung aus. Die notwendige Kritik an problematischen

Behandlungsverläufen darf nicht als ein genereller Zweifel an Aussagen von Betroffenen im Therapiesetting fehlverstanden werden. Dieses Buch gründet auf der Analyse von individuellen Behandlungsverläufen und zahlreichen anderen wissenschaftlichen Annäherungen an die Thematik. Wir formulieren auf dieser empirischen Basis aus unserer Sicht berechtigte Kritik an ungesicherten Deutungen, suggestiven Prozessen und problematischen Behandlungs- und Beziehungsverläufen in Therapien, ohne die generelle Anerkennung des ubiquitären Phänomens sexualisierter Gewalt und dessen massive gesellschaftliche Folgen, die durch die Untersuchung von Folgekosten, nur schwach umrissen werden, je infrage zu stellen. Diese unbequeme Position zwischen den Stühlen, diese Spannung bildet den Ausgangspunkt des hier vorgelegten Buches.

Dass die Einnahme einer eigenständigen Position in diesem Feld schwierig ist, zeigte sich seit längerer Zeit in der speziellen Fachdebatte um »rituelle Gewalt«, die in den vergangenen Jahren eine besondere mediale und institutionelle Dynamik entfaltet hat, die ich in dieser Form, angesichts meiner klinischen Vorerfahrungen und der epidemiologischen Befunde, zunächst nicht erwartet hatte. In mehr als 40 Jahren klinischer Erfahrung und verantwortungsvoller Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann ich die Fälle, die nach der ICD-10 mit der Diagnose »multiple Persönlichkeitsstörung« diagnostiziert wurden und einige wenige Fälle, wo wir Kinder weit weg von ihrem Herkunftsort wegen der akuten Bedrohung durch eine Gruppe im Sektenmilieu zu ihrem Schutz und zur Behandlung ihrer Traumafolgen stationär aufgenommen hatten, jeweils an einer Hand abzählen. In vielen Gesprächen, die ich zum Thema »rituelle Gewalt« geführt habe, ging es aber nicht vorrangig um klinische Erfahrungen und Begriffe, Daten, Methoden oder Behandlungsqualität, sondern es ging unmittelbar um Loyalität und Positionierung. Besonders eindrücklich war für mich ein erstes Gespräch im Zusammenhang mit der möglichen wissenschaftlichen Begleitung des berta-Telefons. Wir hatten vorgeschlagen, zunächst deskriptiv zu untersuchen, wer dieses Angebot nutzt, welche Anliegen dort vorgebracht werden und wie die Beratung konkret stattfindet. Die erste Frage, die uns von den dort beratenden Betroffenen und Fachexpert*innen gestellt wurde, lautete, ob wir an rituellen Missbrauch glauben. Für mich war dieser Moment nicht nur aufschlussreich, sondern erforderte sofort eine Positionierung als Forscher. Forschung kann nicht mit einer solchen Vorbedingung beginnen. Sie kann und sollte Leid ernst nehmen, Berichte anhören, Schutzbedarfe anerkennen; sie kann aber kein Glaubensbekenntnis an den Anfang stellen.

Aus dieser Situation entstand zunächst der Versuch einer Machbarkeitsstudie und eines Ethikantrags für eine Begleitforschung des berta-Telefons. Der Antrag wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm abgelehnt (Antr.-Nr. 174/22). Die Begründung bezog sich auf Zweifel an Fragestellung und Nutzen. Auch diese Erfahrung hat das vorliegende Projekt geprägt. Gerade in einem Feld, in dem immer wieder behauptet wurde, das Thema sei tabuisiert und wissenschaftlich kaum bearbeitbar, erschien mir eine offene, deskriptive Forschung besonders notwendig. Diese Erfahrung bedeutete allerdings nicht, dass Forschung zu diesem Themenfeld grundsätzlich unmöglich oder

nicht publizierbar gewesen wäre. Die Schwierigkeit lag vielmehr in der Polarisierung konkreter Forschungs- und Versorgungskontexte. Offensichtlich war es notwendig, sich in der Fachdebatte zu positionieren, und dafür brauchten wir eigene Daten und Forschungsergebnisse, unabhängig von den im Umlauf veröffentlichten Positionen. Wir wählten einen Mixed-Methods-Ansatz und versuchten, das Thema von ganz unterschiedlichen Blickwinkeln aus stärker zu beleuchten.

Parallel führten wir durch die Arbeitsgruppe von Frau Prof. Miriam Rassenhofer repräsentative Befragungen durch, um Aussagen aus insbesondere Therapeut*innenbefragungen zu Inanspruchnahmepopulationen direkt mit erhobenen bevölkerungsrepräsentativen Daten vergleichen zu können. Diese Arbeiten waren auch deshalb bedeutsam, weil im deutschen Fachdiskurs wiederholt der Eindruck vermittelt wurde, Forschung zu »ritueller Gewalt« sei kaum publizierbar oder werde wissenschaftlich abgewehrt. Unsere Erfahrung war eine andere. Die Ergebnisse ließen sich in englischsprachigen Fachzeitschriften im Peer-Review-Verfahren veröffentlichen, ohne dass sich besondere Hürden oder ungewöhnliche Widerstände zeigten.

In diesen Arbeiten zeigte sich ein Problem, das für die gesamte weitere Auseinandersetzung entscheidend wurde: Der etablierte Begriff »sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen« (ORG; Fachkreis, 2018, S. 5) bündelt sehr unterschiedliche Phänomene. Mit demselben Ausdruck können organisierte sexualisierte Ausbeutung, digitale Täternetzwerke, spirituell oder ideologisch gerahmte Gewalt, konkrete symbolische Tatkomponenten sowie die Ausnutzung etablierter kirchlicher Rituale durch Missbrauchstäter*innen bezeichnet werden. Wo ein Begriff so unterschiedliche Phänomene zugleich bezeichnet, wird fachliche Verständigung erschwert: Empirische Befunde, therapeutische Deutungen, institutionelle Verantwortung und Betroffenenberichte geraten dann leicht in dieselbe, unscharfe Kategorie.

Von der begrifflichen und empirischen Klärung führte der nächste Schritt zu einer noch konkreteren Frage: Welche Folgen haben solche Deutungsrahmen in therapeutischen Behandlungen? Eine neue Dringlichkeit bekam diese Frage durch Berichte und Untersuchungen zu problematischen therapeutischen Behandlungsverläufen im Kontext »ritueller Gewalt« in der Schweiz. Dort wurden Fragen der therapeutischen Verantwortung, der Leitungsverantwortung und der institutionellen Qualitätssicherung sehr viel konkreter verhandelt, als dies in Deutschland bis dahin der Fall war. In Deutschland gab es zwar ebenfalls Medienberichte, Kritik an einzelnen Angeboten und deutliche fachliche Hinweise auf Fehlentwicklungen. Offizielle Gerichtsurteile, z. B. zu den arztrechtlichen Konsequenzen lagen jedoch in Deutschland nicht vor.

In Deutschland blieb die Auseinandersetzung stärker medial und fachpolitisch geprägt. Medien griffen problematische Behandlungen auf, Fachgesellschaften positionierten sich, rechtspsychologische Stimmen warnten erneut vor Suggestion in Therapie. Zum Symbol dieser öffentlichen Lagerbildung wurde für mich die Sendung des ZDF Magazin Royale vom 8. September 2023. Man musste/konnte diese Sendung nicht gelungen finden. Die satirische Zuspitzung, insbesondere die bildliche und sprachliche

Inszenierung des Themas, war für viele Betroffene und Fachpersonen potenziell verletzend oder zumindest provozierend. Inhaltlich fanden sich aus meiner Sicht keine justiziablen Falschaussagen in der Sendung und sie enthielt aus meiner Sicht einen wichtigen Hinweis auf problematische therapeutische und institutionelle Konstellationen, die nicht allein mit dem Verweis auf Betroffenenschutz aus der Debatte genommen werden sollten. Die spätere Programmbeschwerde der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK) und die Entfernung der Sendung aus der Mediathek machten die Auseinandersetzung zusätzlich zum Symbolfall. Spätestens hier zeigte sich, wie stark die Fachszene in Lager aufgespalten war. Die einen sahen vor allem eine Beschämung und generelle Gefährdung der Glaubhaftigkeit, die anderen eine notwendige Warnung vor nicht lege artis durchgeführten Therapien und institutionellen Fehlsteuerungen. Genau darin lag das Problem: Berechtigte Kritik an Fehlbehandlungen darf nicht in eine globale Skepsis gegenüber Menschen umschlagen, die von sexualisierter Gewalt berichten, insbesondere wenn diese Berichte in Therapie oder erst nach langer Zeit artikuliert wurden. Die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« darf nicht zu einem neuen Rollback führen.

Eine ähnliche Dynamik zeigte sich mir auch jenseits der medialen Debatte, insbesondere in kirchlichen und fachlichen Kontexten, z. B. bei einer Tagung im August 2023 in Bensberg bei Bonn. Ich hatte zu spät wahrgenommen, in welchem Umfeld und Kontext ich dort sprechen würde, denn ich war generell zu einem Einführungsreferat zur Dimension und zu Häufigkeiten angefragt worden. Zu diesem Zeitpunkt war für mich nicht klar, wie stark das Thema »ritueller Missbrauch« das Programm prägte. In meinem Vortrag zur Dimension sexuellen Missbrauchs in unserer Gesellschaft sprach ich unsere Häufigkeitsuntersuchungen an und warnte vor der Begriffsverwirrung im Zusammenhang mit »ORG«. Die Reaktionen und die thematische Rahmung der Veranstaltung machten für mich sichtbar, dass es hier nicht nur um einzelne fachliche Begriffe ging. Für mich war eindrücklich, wie sehr die Frage des rituellen Missbrauchs in bestimmten kirchlichen und fachlichen Kreisen zum Faszinosum geworden war. In Münster wurde zunächst eine einschlägige Beratungsstelle gefördert, deren fachliche Grundlagen und Entstehungszusammenhänge aus meiner Sicht nicht hinreichend kritisch geprüft wurden. Als das Angebot später beendet wurde, blieb wiederum eine sorgfältige Aufarbeitung dieser Vorgänge aus. Stattdessen entstand der Eindruck, dass mit der Auflösung des Angebots das Problem selbst erledigt werden sollte: Die Frage nach fachlichen Grundlagen, institutioneller Verantwortung und möglichen Fehlsteuerungen blieb damit jedoch offen.

Diese Frage stellte sich mir erneut im Zusammenhang mit dem Bericht der Kanzlei Feigen|Graf zu Vorwürfen »ritueller Gewalt« in den Bistümern Münster und Essen sowie im Erzbistum Köln. Der Bericht kam zu weitreichenden Schlussfolgerungen und erklärte, es gebe keinen belastbaren Hinweis auf »rituelle Gewalt« oder organisierte Täternetzwerke in den untersuchten Bistümern. Gerade die Reichweite dieser Aussage erschien mir nicht nur fachlich problematisch, sondern als leicht zu durchschauender

Versuch der generellen Exkulpierung. Auch die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs kritisierte, dass die Methode des Berichts keine tragfähige Grundlage für derart weitreichende Feststellungen biete und dass im Umgang mit Betroffenenaussagen zu viele Fragen offenblieben. Damit zeigte sich die Gegenbewegung zu den zuvor beschriebenen Fehlentwicklungen: Nicht nur ungesicherte Behauptungen sind problematisch, sondern auch zu weitreichende Entlastungs- oder Ausschlussbehauptungen. Daniel Deckers hat in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung unter der Überschrift »Die rituelle Ablenkung vom Netzwerk« auf einen entscheidenden Punkt hingewiesen: Die berechtigte Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt« darf nicht dazu führen, dass die Frage nach organisierten Täterstrukturen, institutioneller Ermöglichung und kirchlicher Verantwortung aus dem Blick gerät.

In dieser Polarisierung, in problematischen Behandlungsverläufen, institutionellen Klärungsversuchen und Gegenverkürzungen bündelt sich für mich eine zentrale Schwierigkeit des gesamten Feldes. Es braucht eine klare Kritik an unscharfen Begriffen, ungesicherten Deutungen, methodisch schwachen Untersuchungen und schädlichen therapeutischen Praktiken. Zugleich darf diese Kritik nicht in die pauschale Behauptung kippen, Berichte über organisierte, institutionelle oder sexualisierte Gewalt seien grundsätzlich unglaubwürdig. Genau diese doppelte Verantwortung prägt die Fragestellung dieses Buches: Es geht um Schutz vor suggestiven und schädigenden Interpretationen, aber ebenso um Schutz vor einem neuen Infragestellen von Betroffenen, die sexualisierte Gewalt berichten.

Nach Stellungnahmen einzelner psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachverbände beruhigte sich die Diskussion nicht, sondern auch in der Fachwelt wuchs der Graben zwischen unterschiedlichen Lagern. In dieser Fachdebatte wurden der forensische Psychiater Prof. Frank Urbaniok und ich eher unterschiedlichen Lagern zugeordnet und wir versuchten dennoch, gemeinsame Einschätzungen und die uns verbindenden Punkte herauszuarbeiten, statt primär Differenzen zu betonen. Diese Verständigung auf beiderseits akzeptierte Prinzipien und eine damit verbundene Publikation (Fegert & Urbaniok, 2024) führte nicht zu der erhofften Beruhigung der Debatte. Sie schärfte jedoch eine Frage, die mir zunehmend zentral erschien: Wie entstehen schädigende, teilweise toxische therapeutische Beziehungen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt«? In mehreren Gesprächen mit Frank Urbaniok und Erich Seifritz analysierten wir die Untersuchungsberichte aus der Schweiz und diskutierten, wie sich therapeutische Verantwortung, Leitungsverantwortung und Patient*innenschutz in solchen Verläufen genauer untersuchen lassen. Aus der fachlichen Analyse wurde damit ein empirisches Vorhaben. Frank Urbaniok stellte wesentliche erste Kontakte zu Betroffenen im Feld her. Weitere Interviewpartner*innen kamen später über Hinweise aus dem Umfeld und über persönliche Weitervermittlungen hinzu, sodass sich das Projekt von der Schweiz ausgehend auch auf Gespräche in Deutschland ausweitete.

Ursprünglich war eine deutlich kleinere Publikation geplant, z. B. ein gemeinsamer Fachartikel über einige Interviews, vielleicht eine Kasuistik. Die Gespräche mit Betrof-

fenen, Angehörigen und Fachpersonen sowie die Behandlungsunterlagen, Kommunikationsverläufe, Berichte und weiteren Materialien machten jedoch rasch deutlich, dass eine knappe Veröffentlichung dem Gegenstand nicht gerecht würde. Aus einem kleineren Vorhaben entwickelte sich so ein umfangreiches Forschungs- und Buchprojekt. Möglich wurde diese Ausweitung zunächst durch die Unterstützung der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Ich bin froh, dass Porticus über die Stiftung »Benevolentia« sich schließlich bereit erklärte, dieses wichtige Projekt finanziell zu fördern. Ohne diese Förderung wäre ein so umfangreiches, mehrere Jahre dauerndes Projekt nicht finanzierbar gewesen.

Ich danke besonders den Menschen, die bereit waren, mit uns über belastende, verletzende, beschämende und teilweise existenziell einschneidende Erfahrungen zu sprechen. Das gilt für direkt Betroffene, für Angehörige und für Fachpersonen. Viele der Gespräche haben gezeigt, wie weit therapeutische Interpretationen in Selbstverständnis, soziale Beziehungen, Alltag, Schutzentscheidungen und Lebensführung eingreifen können. Sie haben auch gezeigt, wie schwer es sein kann, einen einmal übernommenen Interpretationsrahmen wieder zu verlassen. Ohne diese Bereitschaft zur Offenheit wäre dieses Buch nicht entstanden.

Mein Dank gilt auch den Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen, die das Projekt in unterschiedlichen Phasen getragen haben: durch Interviews, Auswertungen, Recherchen, kritische Lektüre, fachliche Hinweise, organisatorische Arbeit und Rückmeldungen zu einzelnen Kapiteln. Frau Kim Magiera, die sämtliche Interviews geführt hat, und die Hauptlast der Koordination sowie der Auswertung getragen hat, gilt ein besonderer Dank. Ihre Letztautorenschaft ist deshalb nicht nur alphabetisch, sondern als Anerkennung ihres zentralen Beitrags zu verstehen. Frau Dr. Jelena Gerke, die in ihrer Promotion das lange tabuisierte Thema »sexualisierte Gewalt durch Frauen« sehr erfolgreich aufgegriffen hatte, hat zentrale Beiträge auch zu diesem Thema initiiert und hat sich, teilweise gemeinsam mit mir, auf psychotherapeutischen Fachveranstaltungen den berufsethischen Fragen und Haltungsfragen gewidmet. Prof. Christian Bachmann, der mit seiner Arbeitsgruppe zur Versorgungsforschung an unserer Klinik mitarbeitet, hat den Feldzugang zu Kassendatensätzen gesichert. Alle anderen, als Mitarbeitende genannten und nicht genannten Personen haben wesentliche Beiträge geleistet. Angaben dazu finden sich im Autoren*innenverzeichnis.

Dem Psychiatrie Verlag danke ich dafür, dieses Buch in sein Programm aufgenommen zu haben. Ein solches Thema ist für einen Verlag nicht bequem. Umso wichtiger ist die Bereitschaft, eine sorgfältige deutschsprachige Veröffentlichung zu ermöglichen.

Dieses Buch richtet sich an Fachpersonen in Psychotherapie, Beratung, Psychiatrie, Medizin, Rechtspsychologie, Jugendhilfe, Sozialer Arbeit, Aufarbeitung, Justiz und Forschung. Es richtet sich gerade auch an Betroffene und Angehörige, die Orientierung in einem polarisierten Feld suchen. Es lädt dazu ein, die Kontroverse nicht als Glaubensfrage, sondern als fachliche, methodische und ethische Herausforderung zu lesen. Ich bin mir bewusst, dass dieses Buch unterschiedlich gelesen werden wird.

Einige werden befürchten, dass die Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt« die Anerkennung Betroffener schwächt. Andere werden vor allem die Risiken von Suggestion, Fehlbehandlung und falschen Beschuldigungen sehen. Mein Anliegen ist es, diese Schutzperspektiven nicht gegeneinander auszuspielen. Schutz vor Nichtanerkennung und Schutz vor schädigender Interpretation gehören zusammen.

Gerade deshalb war mir eine ausführliche deutschsprachige Veröffentlichung wichtig. Internationale Fachpublikationen sind wissenschaftlich notwendig, erreichen die deutschsprachige Fachpraxis jedoch oft nur begrenzt. In der deutschen Debatte blieb dadurch eine eigentümliche Gleichzeitigkeit bestehen: Einerseits wurde behauptet, das Thema sei wissenschaftlich kaum bearbeitbar oder publizierbar; andererseits wurden vorhandene Befunde nur begrenzt aufgegriffen. Dieses Buch soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Erste Ergebnisse wurden zunächst intern bei der UBSKM, dann in einem Fachgespräch zu sexuellem Missbrauch und Grenzüberschreitungen in der Therapie sowie im März 2026 bei einem Vortrag bei der Aufarbeitungskommission vorgestellt. Parallel zum Fachgespräch im September 2025 veröffentlichten wir eine Kurzversion auf dem öffentlich zugänglichen Server der Universität Ulm (Fegert et al., 2025a; https://opa-ru.uni-ulm.de/items/1868690f-5cc1-424f-bf8b-d88029239603). Mein Anliegen dabei war, nicht erst überraschend im Buch zentrale Ergebnisse des Projektes vorzustellen, sondern Diskussionsthemen und Anregungen zeitnah bei den zuständigen Gremien einzubringen.

Ich hoffe, dass dieses Buch zur Versachlichung beiträgt. Es soll nicht Lager bestätigen, sondern Unterscheidungsfähigkeit ermöglichen. Es soll Betroffenen keine Sprache nehmen und die belegten Formen sexualisierter Gewalt, ihre Häufigkeit und ihre Folgen nicht relativieren. Ebenso wenig sollen problematische Behandlungsverläufe, suggestive Prozesse und toxische therapeutische Beziehungen aus Angst vor der Debatte unbenannt bleiben. Anerkennung, Patient*innenschutz und professionelle Verantwortung müssen gemeinsam gedacht werden. Darin liegt der Anspruch dieses Buches.

Ulm, Juni 2026
Jörg M. Fegert

1 Einleitung

Die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« berührt Fragen von Gewalt, traumabezogener Erinnerung, therapeutischen und anderen Hilfebeziehungen, institutioneller Verantwortung sowie Anerkennung. Für Betroffene kann die Bezeichnung »rituelle Gewalt« einen Sprachraum für Erfahrungen von Gewalt, Kontrolle, Angst und Ohnmacht bereitstellen. In Therapie und Beratung kann sie zu einem Interpretationsrahmen werden, der Symptome, Biografie, Beziehungen und Schutzentscheidungen in problematischer Weise ordnet. Solche problematischen Erfahrungen haben wir im Rahmen unserer Studie untersucht.

Dieses Kapitel entwickelt eine begriffliche Orientierung, stellt mit dem Blick auf Kollusion einen historischen Bezugspunkt vor und beschreibt das Erkenntnisinteresse sowie die methodische Anlage der Studie.

1.1 Sprache und analytische Differenzierung

Dieses Buch nimmt ernst, dass Betroffene ihre Erfahrungen als Erleben von »ritueller Gewalt« bezeichnen können und dass diese Bezeichnung einen wichtigen Sprachraum für Gewalt, Angst, Kontrolle, Ohnmacht und spirituelle Vereinnahmung oder symbolische Aufladung bereitstellen kann. Zugleich behandelt die Studie den Begriff als erklärungsbedürftige und kontextabhängige Kategorie. Sie unterscheidet zwischen Selbstbeschreibung, konkreten Tatkomponenten, Täterstrategien, spirituellem Missbrauch, organisierter sexualisierter Gewalt und dem umfassenden Narrativ »Rituelle Gewalt«. Ziel der begrifflichen Unterscheidungen ist es, eine differenzierte Grundlage für fachlich begründete Anerkennung, Aufarbeitung, empirische Forschung und Qualitätssicherung zu schaffen.

Die begriffliche Differenzierung ist für das gesamte Buch leitend. Der Begriff »rituelle Gewalt« wird in unterschiedlichen Zusammenhängen für sehr unterschiedliche Phänomene verwendet. Er kann eine persönliche Selbstbezeichnung sein. Er kann sich auf konkrete Merkmale eines Tatgeschehens beziehen, etwa auf religiöse, sakrale, ideologische, symbolische oder ritualisierte Elemente. Er kann Täterstrategien beschreiben, durch die Gewalt legitimiert, verschleiert, ästhetisiert oder mit Gehorsamsforderungen verbunden wird. Er kann auch als umfassender Deutungsrahmen – Narrativ »Rituelle Gewalt« – verwendet werden, der Annahmen über organisierte Tätergruppen, ideologische Rahmung, gezielte Persönlichkeitsspaltung, »Mind Control«, vollständige

Amnesien, fortbestehenden Täterkontakt und therapeutisch wieder zugängliche Erinnerungen miteinander verbindet.

Das Buch befasst sich mit dieser Mehrdeutigkeit. Es geht von der Annahme aus, dass Leid, Gewalt und Unterstützungsbedarf ernst zu nehmen sind. Im Kontext von traumatischen Erinnerungen, Erfahrungen schwerer Gewalt und ihrer Folgen kann begriffliche Unschärfe weitreichende Folgen haben. Sie beeinflusst, wie Menschen ihre Biografie verstehen, wie Fachpersonen Symptome einordnen, wie Institutionen Risiken bewerten und wie die Öffentlichkeit über Betroffene spricht.

Für das Buch ist daher eine doppelte Perspektive erforderlich. Einerseits muss es möglich sein, anzuerkennen, dass organisierte sexualisierte Gewalt und Ausbeutung, institutioneller Machtmissbrauch, spiritueller Missbrauch und Täterstrategien mit symbolischer oder religiöser Aufladung reale und schwerwiegende Phänomene sind. Andererseits müssen weiterreichende und mit negativen Folgen behaftete Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« einer fachlichen, methodischen und empirischen Prüfung zugänglich bleiben, ohne sofort als generelle Infragestellung von Betroffenenaussagen missverstanden zu werden.

1.2 Anerkennung und Glaubhaftigkeit

Sexualisierte Gewalt an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist ein empirisch belegtes und gesellschaftlich folgenreiches Gewaltphänomen. Sie findet u. a. in Familien, pädagogischen, religiösen und spirituellen sowie Freizeiteinrichtungen, digitalen Räumen und im Kontext kommerzieller Ausbeutung statt. Sie kann mit schwerwiegenden psychischen, körperlichen, sozialen und biografischen Auswirkungen verbunden sein. Forschung, Aufarbeitung und Versorgung haben in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich dazu beigetragen, Ausmaß, Dynamiken und Folgen sexualisierter Gewalt sichtbarer zu machen (Witt et al., 2019; Witt et al., 2020; Dreßing et al., 2025).

Diese Sichtbarkeit ist historisch nicht selbstverständlich. Betroffene sexualisierter Gewalt mussten in Deutschland und international lange darum kämpfen, gehört zu werden. Institutionen reagierten häufig abwehrend, bagatellisierend oder selbstschützend. Berichte über Gewalt wurden als unglaubwürdig, familienzerstörend oder institutionenschädigend bewertet. Erst durch Betroffeneninitiativen, feministische Perspektiven, wissenschaftliche Forschung, mediale Berichterstattung, juristische Verfahren und politische Prozesse entstanden breitere Anerkennungsräume. Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass sexualisierte Gewalt heute eher als gesellschaftliches, institutionelles und professionelles Problem gesehen und verstanden wird.

Zugleich ist die Anerkennung von Betroffenenberichten weiterhin Gegenstand von Diskussionen. In den 1980er- und 1990er-Jahren kam es in mehreren Ländern zu heftigen Auseinandersetzungen über sogenannte »Aufdeckungsarbeit«, suggestive

Befragungen, wiedergewonnene Erinnerungen und Glaubhaftigkeit. Die Debatten um sogenannte »False Memories«, die »Memory Wars« und öffentlich stark beachtete Strafverfahren führten zu einer intensiven Beschäftigung mit Aussagegenese, Suggestion und Begutachtungsstandards (Loftus, 1993; Patihis et al., 2014; Otgaar et al., 2020; Schemmel & Volbert, 2021). Diese Diskussionen waren fachlich notwendig, weil sie die Perspektive darauf schärften, wie Erinnerungsberichte entstehen, welche Rolle Suggestion und professionelle Erwartungen spielen können und welche Standards für Befragung, Therapie und Begutachtung erforderlich sind. Gleichzeitig führten sie zu einem Klima, in dem Betroffene sexualisierter Gewalt erneut mit pauschalem Zweifel konfrontiert werden konnten.

Die aktuelle Kontroverse um das Narrativ »Rituelle Gewalt« ist vor dem Hintergrund dieser historischen Erfahrung zu betrachten. Kritik an nicht leitliniengetreuen, empirisch fragwürdigen oder suggestiven therapeutischen Methoden ist fachlich erforderlich, wenn Patient*innen geschützt und Behandlungsqualität gesichert werden sollen. Diese Kritik darf jedoch nicht in eine generelle Skepsis gegenüber Betroffenenberichten umschlagen. Eine solche Entwicklung würde frühere Muster des Infragestellens wiederbeleben.

Die Debatte um »rituelle Gewalt« hat erhebliche Aufmerksamkeit auf extreme, schwer überprüfbare und affektiv stark aufgeladene Gewaltvorstellungen gelenkt. Dadurch können häufige, gut belegte und in vielen Kontexten dokumentierte Formen sexualisierter Gewalt in den Hintergrund treten. Der »alltägliche« sexuelle Missbrauch in Familien, Institutionen, digitalen Räumen etc. muss zentraler Gegenstand von Versorgung, Aufarbeitung, Prävention und Forschung sein (Fegert, 2018). Die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« darf diese Gewaltformen nicht relativieren und keine erneute Haltung pauschalen Zweifels gegenüber Betroffenenberichten begünstigen.

1.3 Kontroverse um »rituelle Gewalt«

Die Auseinandersetzung um das Narrativ »Rituelle Gewalt« besteht seit mehreren Jahrzehnten und ist stark polarisiert. Affirmative Positionen gehen davon aus, dass organisierte und rituelle Gewaltstrukturen existieren, in denen sexualisierte, körperliche und psychische Gewalt systematisch ausgeübt, ideologisch legitimiert und zur Kontrolle von Betroffenen eingesetzt wird (Fachkreis, 2018; Fliß & Igney, 2020b; Huber, 2010, 2023; Salter & Richters, 2012). Dabei spielen Annahmen über transgenerationale Täternetzwerke, Schweigegebote, gezielt erzeugte Persönlichkeitsspaltung, »Mind Control« und fortbestehenden Täterkontakt eine wichtige Rolle.

Kritische Positionen setzen an begrifflichen, empirischen, gedächtnispsychologischen, rechtspsychologischen und professionsethischen Fragen an. Sie verweisen auf die Heterogenität der verwendeten Begriffe, die begrenzte Belastbarkeit vieler bisheriger

Forschungsergebnisse, die Schwierigkeiten der Überprüfung, das Risiko suggestiver therapeutischer Prozesse und die Gefahr, dass Patient*innen durch verengte Interpretationen geschädigt werden können (Fegert & Urbaniok, 2024; Gerke et al., 2024a, 2024b; Mokros et al., 2024; Niehaus & Krause, 2023; Schemmel et al., 2024).

Die Auseinandersetzung wird dadurch erschwert, dass unterschiedliche Bedeutungsebenen im Ausdruck »rituelle Gewalt« zusammenfallen. Dabei überführt das Narrativ »Rituelle Gewalt« als umfassender Deutungsrahmen Erfahrungen, Symptome und soziale Konflikte in eine weitreichende Gesamtinterpretation. Für Therapie und Beratung ist dies deshalb besonders bedeutsam, weil Patient*innen Hilfe häufig in Situationen hoher Belastung und Unsicherheit suchen. In solchen Situationen können kohärente Interpretationsangebote entlastend wirken, da sie bisher schwer verständliche Erfahrungen ordnen. Gleichzeitig können sie Risiken erzeugen, wenn sie zu früh festgelegt, gegen Zweifel immunisiert oder mit weitreichenden Schutz- und Kontaktabbruchentscheidungen verbunden werden. Therapeutische Interpretationen können können dann auf Autonomie und Teilhabe beschränkende Weise in Selbstverständnis, Beziehungsgestaltung, Familienkontakte, Alltagsorganisation und institutionelle Kommunikation eingreifen.

Die Debatte um das Narrativ »Rituelle Gewalt« betrifft daher die Bedingungen professioneller Verantwortung in einem Feld, das durch Leid, Unsicherheit, Schutzbedürfnisse und hohe emotionale Beteiligung geprägt ist. Sie betrifft auch die Frage, wie Fachpersonen mit Berichten umgehen können, die subjektiv bedeutsam, klinisch relevant und zugleich empirisch schwer überprüfbar sind und wie bzw. ob Fachpersonen durch Vorannahmen und suggestiven Nachfragedruck entsprechende, auf Pseudoerinnerungen beruhende Berichte anstoßen und lenken.

1.4 Historischer Bezugspunkt: Inszenierung und Kollusion

Die Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie zeigt, dass psychopathologische Ausdrucksformen immer auch in kulturelle und soziale Kontexte eingebettet sind. Diagnosen, Symptome und Krankheitsbilder entstehen nicht allein aus individuellem Leid. Sie werden beschrieben, beobachtet, klassifiziert und damit auch in bestimmte Erwartungsräume gestellt. Diese Erwartungsräume können beeinflussen, wie Leid gezeigt, verstanden und behandelt wird.

Ein historisch besonders eindrückliches Beispiel hierfür sind die Vorführungen sogenannter Hysteriepatientinnen im Umfeld Jean-Martin Charcots am Hôpital de la Salpêtrière in Paris im 19. Jahrhundert. Die Patientinnen wurden dort untersucht, fotografiert, gezeichnet, klassifiziert und in den berühmten Dienstagsvorlesungen vor

einem ärztlichen und nicht ärztlichen Publikum präsentiert. Zu den Besucher*innen gehörten neben Studierenden und Ärzt*innen auch Schriftsteller*innen, Künstler*innen und Personen des öffentlichen Lebens. Die Salpêtrière wurde damit nicht nur zu einem Ort klinischer Beobachtung, sondern auch zu einer Bühne, auf der Psychopathologie sichtbar und inszeniert wurde. An der Patientin Augustine lässt sich diese Dynamik besonders deutlich zeigen. In seinem Buch »Die Erfindung der Hysterie« beschreibt der Kunsthistoriker und Philosoph Didi-Huberman das Verhältnis zwischen Charcot und Augustine als einen »Pakt« bzw. ein »außergewöhnliches Einverständnis« (Didi-Huberman, 2003, S. 171). Damit ist eine Beziehung gemeint, in der die Patientin durch ihre Symptome wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhält und der Arzt durch die beobachtbaren Symptome seine diagnostischen und theoretischen Annahmen bestätigt sieht. Auch zeitgenössische Beobachter verwiesen bereits auf diese wechselseitige Bindung: Der Schriftsteller Alphonse Daudet berichtete von Patient*innen, die befürchteten, das Interesse Charcots zu verlieren, wenn ein für ihn besonders bedeutsames Symptom verschwand (Didi-Huberman, 2003, S. 239). In dieser Konstellation konnten Symptom, Aufmerksamkeit, ärztliche Erwartung und öffentliche Vorführung in ihrer Wirkung auf die Beziehung zwischen Charcot und Augustine ineinandergreifen. Die Beziehung stabilisierte damit nicht nur die Sichtbarkeit des Leidens, sondern konnte auch zur Fixierung der Pathologie beitragen. Augustine floh schließlich aus der Salpêtrière; diese Flucht markiert im Rückblick auch den Versuch, sich einer Beziehung und einem institutionellen Rahmen zu entziehen, in dem ihr Leiden fortlaufend gezeigt, beobachtet und bestätigt wurde (Fegert, 2026a; Didi-Huberman, 2003).

Für das vorliegende Buch ist diese historische Konstellation relevant, weil sie eine Form professioneller Kollusion sichtbar macht. Kollusion meint hier ein Zusammenwirken unterschiedlicher Bedürfnisse, Erwartungen und Rollen. Patient*innen können in einer professionellen Beziehung Anerkennung, Schutz, Erklärung und besondere Aufmerksamkeit finden. Fachpersonen können Bestätigung ihrer diagnostischen Annahmen, fachliche Bedeutsamkeit und das Gefühl besonderer Zuständigkeit erfahren. Wenn diese Bedürfnisse einander wechselseitig stabilisieren, kann eine Beziehung entstehen, in der offene Hypothesen schrittweise ihre Offenheit und Vorläufigkeit verlieren, das Leiden chronifiziert und zugleich in einer Form beantwortet wird, die Symptomdarstellung und therapeutische Interpretation immer enger aneinanderbindet.

In den für die Studie untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen geht es um Patient*innen mit realen Belastungen, Symptomen und biografischen Gewalterfahrungen. Rekonstruiert wird, wie therapeutische Interpretationen diese Belastungen ordnen, wie sie Selbstverständnis, Symptome und Beziehungsgestaltung beeinflussen und wie sie in Dokumentationen, Schutzentscheidungen und Alltagspraktiken stabilisiert werden können. Der historische Bezug auf Charcot schärft den Blick für eine interaktive Dynamik, in der professionelle Autorität, Patient*innenvulnerabilität, öffentliche Aufmerksamkeit und theoretische Vorannahmen eine gemeinsame Wirklichkeit erzeugen – und in problematische, schädigende Beziehungen münden können.

In gegenwärtigen digitalen Kommunikationsräumen zeigt sich, dass psychopathologische Selbstbeschreibungen kulturell weitreichend verfügbar und für das Finden Gleichgesinnter sowie die individualisierte Funktion von Empfehlungssystemen, sogenannten »Rabbit Holes« (Lewis, 2025), essenziell werden können. In sozialen Medien werden Diagnosen, Symptome und Identitätsbeschreibungen performativ dargestellt, geteilt und kommentiert. Dies betrifft auch die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) und Erfahrungen »ritueller Gewalt«. Solche Formen digitaler Selbstthematisierung können Betroffenen Sprache, Gemeinschaft und Wiedererkennung bieten. Sie können zugleich Erwartungen erzeugen, Symptome rahmen und diagnostische Suchbewegungen verstärken. Die Informationsqualität auf Onlineformaten variiert stark und kann damit sowohl die Reichweite evidenzbasierter Aufklärung erhöhen als auch fachlich problematische Inhalte verbreiten (Muñoz et al., 2024).

Diese historische und gegenwartsbezogene Sensibilisierung hilft, die Fragestellung des Buches genauer zu fassen. Untersucht wird, wie ein diskursiver Deutungsrahmen in Therapie und Beratung praktische Wirksamkeit entfaltet. Im Zentrum steht dabei nicht die Vorführung von Symptomen wie bei Charcot, sondern die interaktive Stabilisierung therapeutischer Interpretationen innerhalb problematischer Beziehungskonstellationen. Sie kann Patient*innen Orientierung geben, aber zugleich zu Einengung, Abhängigkeit und Verlust von Selbstvertrauen beitragen, wenn alternative Erklärungen an Gewicht verlieren und Zweifel nicht mehr als Anlass zur Überprüfung von Positionen und Arbeitshypothesen behandelt werden. Gleichzeitig dient sie der Heroisierung der behandelnden Personen als besonders mutige Traumatherapeut*innen, die sich einer Herausforderung in einer massiv bedrohlichen Umwelt stellen und die über ein Spezialwissen im Umgang mit diesen »dunklen Mächten« verfügen.

1.5 Begriffliche Orientierung

Sexualisierte Gewalt wird im Buch als Oberbegriff für sexuelle oder sexualisierte Handlungen, Äußerungen und Interaktionen verwendet, in denen Sexualität zur Ausübung von Macht, Kontrolle, Erniedrigung, Manipulation oder Ausbeutung eingesetzt wird. Erfasst sind Handlungen gegen den Willen einer Person sowie Handlungen an Personen, die aufgrund von Alter, Abhängigkeit oder körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wirksam zustimmen oder ablehnen können. Der in Deutschland aus einer ursprünglich falschen Übersetzung des Begriffs »sexual abuse« entstandene und nun umfassend, auch im rechtlichen Gebrauch eingeführte Begriff »sexueller Missbrauch« betont die Ausnutzung eines Vertrauens-, Autoritäts- oder Abhängigkeitsverhältnisses zur Ausübung sexualisierter Gewalt, insbesondere gegenüber Kindern und teilweise auch gegenüber anderen stark abhängigen vulnerablen Personen. Organisierte sexualisierte Gewalt verweist auf Konstellationen, in denen mehrere

Täter*innen gemeinsam handeln, wiederholt oder strukturiert zusammenwirken. Sie kann mit kommerzieller Ausbeutung, digitaler Verbreitung von Missbrauchsdarstellungen, Menschenhandel oder anderen Formen koordinierter Täterschaft verbunden sein.

Spiritueller Missbrauch bezeichnet Machtbeziehungen, in denen religiöse, geistliche, weltanschauliche oder transzendente Bezüge genutzt werden, um Abhängigkeit, Gehorsam, Schuld, Angst oder Unterordnung herzustellen. In diesen Kontexten können sexuelle oder andere Grenzverletzungen religiös legitimiert, als Gehorsamspflicht gerahmt oder mit Heil, Erwählung oder Ausschluss verknüpft werden. Spiritueller Missbrauch kann in religiösen Institutionen, geistlichen Gemeinschaften, esoterischen Kontexten, sektenartigen Gruppen oder individuellen Autoritätsbeziehungen auftreten.

Rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Tatkomponenten bezeichnen konkrete Elemente eines Gewaltgeschehens. Dazu können bestimmte Räume, Gegenstände, Kleidung, Sprache, Wiederholungen, Rollen, religiöse Bezugnahmen oder symbolische Inszenierungen gehören. Solche Elemente sind analytisch nach ihrer Funktion zu bestimmen. Sie können Einschüchterung, Bindung, Geheimhaltung, Legitimation, Verwirrung, Entmenschlichung oder Kontrolle unterstützen und als Täterstrategie eingesetzt werden.

Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bezeichnet in diesem Buch einen breiteren diskursiven Deutungsrahmen. Es verbindet Annahmen über organisierte und ideologisch gerahmte Gewalt, Täternetzwerke, systematische Kontrolle, gezielte Persönlichkeitsspaltung, »Programmierung«, fortbestehenden Täterkontakt und wieder zugängliche Erinnerungen. Dieser Deutungsrahmen zirkuliert in Fachliteratur, Fortbildungen, Beratung, Therapie, Selbsthilfe, Medien, digitalen Räumen und institutionellen Kontexten. Er kann für Betroffene, Fachpersonen und Institutionen sinnstiftend und handlungsleitend werden. Zugleich besteht das Risiko, dass unterschiedliche Phänomene unter diesem Begriff zusammengeführt werden und die Prüfung alternativer Erklärungen an Gewicht verliert.

Diese begrifflichen Unterscheidungen haben praktische Bedeutung. Sie ermöglichen, Gewaltberichte ernst zu nehmen und zugleich präziser zu bestimmen, ob eine persönliche Selbstbeschreibung, ein konkretes Tatmerkmal, eine Täterstrategie, eine therapeutische Hypothese, eine diagnostische Einschätzung oder das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« gemeint ist. Die jeweilige Ebene bestimmt, welche fachlichen Maßstäbe für Anerkennung, klinische Einordnung, empirische Prüfung, Aufarbeitung und institutionelle Verantwortung gelten.

1.6 Erkenntnisinteresse und methodischer Zugang

Vor diesem Hintergrund untersucht die qualitative Studie, die hier erstmals in dieser Buchform veröffentlicht wird, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in Therapie- und Beratungsverläufen wirksam werden kann, wie es therapeutisch interpretiert, stabilisiert und handlungsleitend werden kann und wie sich Patient*innen später teilweise oder vollständig davon lösen können.

Ausgangspunkt sind Behandlungs- und Beratungsverläufe, in denen Patient*innen im Verlauf professioneller Hilfe zunehmend davon ausgingen, unter einer Dissoziativen Identitätsstörung zu leiden, »rituelle« bzw. organisierte Gewalt erlebt zu haben und weiterhin Täterkontakt ausgesetzt zu sein, ohne sich an diesen erinnern zu können. Die Studie fragt, wie solche therapeutischen Interpretationen entstehen, welche Rolle professionelle Vorannahmen spielen, wie Patient*innen diese Interpretationen auf- und übernehmen oder zurückweisen, welche Bedeutung Beziehungsgestaltung und institutionelle Dokumentation haben und welche Folgen sich für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen ergeben. Der empirische Schwerpunkt liegt auf Personen, die als Patient*innen bzw. Klient*innen selbst in Therapie oder Beratung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« in Berührung kamen. Ergänzt wird diese Perspektive durch Interviews mit Angehörigen und Fachpersonen sowie durch Dokumente aus Behandlungs-, Beratungs- und anderen institutionellen Kontexten.

Methodisch ist die Studie, die den Kern dieser Publikation bildet, qualitativ-rekonstruktiv angelegt. Interviewtranskripte und Dokumente werden als Material verwendet, in dem Erfahrungen, Selbstbeschreibungen, therapeutische Interpretationen und institutionelle Praktiken sichtbar werden. Ziel ist eine methodisch kontrollierte Rekonstruktion von Sinngebungs- und Interaktionsprozessen. Es werden Muster und Strukturen herausgearbeitet, welche die Bedingungen, die Verläufe selbst sowie deren Konsequenzen präzisieren.

1.7 Aufbau des Buches

Das Buch ist so aufgebaut, dass zunächst der fachliche, quantitativ-empirische und theoretische Rahmen entwickelt wird, bevor die qualitative Studie ausführlich dargestellt und deren empirische Ergebnisse diskutiert werden. Kapitel 2 rekonstruiert das Narrativ »Rituelle Gewalt« als diskursiven Deutungsrahmen. Es stellt affirmative und kritische Positionen dar, diskutiert begriffliche, empirische und professionsethische Fragen und ordnet die Kontroverse in historische und gesellschaftliche Zusammenhänge ein. Kapitel 3 behandelt Verschwörungsmythen und verschwörungsbezogene Deutungsrahmen. Im Mittelpunkt stehen Annahmen über geheime Tätergruppen, Kontrollverlust, Sinnstiftung, Zugehörigkeit, Immunisierung gegen Kritik und die

Persistenz geschlossener Erklärungen. Kapitel 4 befasst sich mit dem Begriff des Rituals und arbeitet heraus, dass ein sozialwissenschaftlich begründeter Ritualbegriff für die Auseinandersetzung um »rituelle Gewalt« zu weit ist, um allein tragfähige analytische Orientierung zu bieten. Ein Exkurs zu Kult, Ritus und Ritual zeigt, wie bestehende religiöse Riten, sakrale Rollen und symbolische Ordnungen in Missbrauchskontexten umgedeutet oder funktionalisiert werden können. Kapitel 5 stellt zentrale Befunde der Gedächtnisforschung dar. Es behandelt autobiografische Erinnerung, traumabezogene Erinnerung, Vermeidung, Vergessen und Fragen der Glaubhaftigkeit. Kapitel 6 gibt einen Überblick über Traumafolgestörungen und die Dissoziative Identitätsstörung. Es zeigt, dass traumatische Erfahrungen vielfältige Folgen haben können und dass dissoziative Symptome sorgfältig diagnostisch eingeordnet werden müssen. Kapitel 7 entwickelt den Rahmen für Qualitätssicherung und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. Thematisiert werden medizinethische Prinzipien, Therapieziele, therapeutische Beziehungsgestaltung, Berufsrecht, Kunstfehler, unethisches Verhalten und Beschwerdewege. Kapitel 8 beschreibt Forschungsdesign, Materialbasis und Auswertungslogik der qualitativen Studie. Kapitel 9 bildet den empirischen Kern des Buches. Dort wird das aus dem Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation dargestellt, das Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine Dissoziative Identitätsstörung verbindet. Zudem werden unterschiedliche Grade der Immersion, therapeutische und beraterische Praktiken, Beziehungskonstellationen, Revisionsprozesse und Folgen für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen analysiert. Kapitel 10 diskutiert die Ergebnisse aus mehreren theoretischen Perspektiven: Medizinethik und Behandlungsqualität, Verschwörungsmythen, charismatische Herrschaft und spiritueller Missbrauch, Biografietheorie, Gedächtnisforschung sowie Traumafolgestörungen und Dissoziative Identitätsstörung. Kapitel 11 ordnet die Befunde in breitere Debatten um Anerkennung, Aufarbeitung, Betroffenenwissen, epistemische Gerechtigkeit, Vulnerabilität, Vulneranz und institutionelle Verantwortung ein. Kapitel 12 formuliert Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für Ausbildung, Therapie- und Beratungspraxis, Supervision, Qualitätssicherung, Beschwerde- und Aufarbeitungsstrukturen, Forschung und Wissenstransfer sowie Politik und Versorgung.

Insgesamt verfolgt das Buch das Ziel, die Dynamik von Beratungs- und Behandlungsverläufen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« zu analysieren und damit verstehbar sowie ein polarisiertes Feld differenzierter beschreibbar zu machen. Im Mittelpunkt steht, wie verengte therapeutische Interpretationen entstehen, sich stabilisieren und für Patient*innen, Angehörige und Fachpersonen folgenreich werden können. Es ist unser Anliegen, Anerkennung, Betroffenen- und Patient*innenschutz, professionelle Verantwortung sowie eine fachlich begründete Weiterentwicklung von Versorgung und Aufarbeitung miteinander zu verbinden.

2 Das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Das vorliegende Kapitel untersucht das Narrativ »Rituelle Gewalt« als diskursiven Deutungsrahmen[1] an der Schnittstelle von Betroffenenberichten, therapeutischer Praxis, empirischer Forschung und gesellschaftlicher Debatte. Es rekonstruiert zunächst affirmative und kritische Positionen, ordnet das Narrativ anschließend diskursanalytisch ein und fragt abschließend nach seinen institutionellen und gesellschaftlichen Folgen.

2.1 Einleitung und Zielsetzung

Die Auseinandersetzung um sogenannte »rituelle Gewalt« polarisiert seit mehreren Jahrzehnten den Diskurs um sexualisierte Gewalt. In wissenschaftlichen Fachdebatten, psychosozialen Praxisfeldern, institutionellen Kontexten sowie in der öffentlichen und politischen Diskussion stehen sich Positionen gegenüber, die sich in grundlegenden Annahmen, epistemischen Maßstäben und normativen Bezugspunkten deutlich unterscheiden. Während einige Akteur*innen von der Existenz hochorganisierter, ideologisch und/oder ritualisiert gerahmter Gewaltnetzwerke ausgehen (Fliß & Igney, 2020c; Huber, 2023; Salter, 2012), stellen andere diese Annahmen aufgrund begrifflicher, empirischer und methodischer Einwände grundlegend infrage (Gerke et al., 2024b; Niehaus & Krause, 2023). Hinzu kommt, dass in jüngster Zeit im Internet extremistische Täternetzwerke mit z. T. satanischer Ausprägung im Sinne einer kriminellen

1 Deutungsrahmen ordnen Wahrnehmungen, setzen Relevanzen, geben Interpretationshinweise und ermöglichen es, mehrdeutige Situationen, Äußerungen oder Ereignisse als in sich stimmige Bedeutungseinheiten zu verstehen (Goffman, 1974; Hettlage, 1991). Das Narrativ »Rituelle Gewalt« wird als **diskursiver Deutungsrahmen** verstanden, weil es einen überindividuellen, in Fach-, Hilfe- und Öffentlichkeitsdiskursen zirkulierenden Sinnzusammenhang bezeichnet.
Das **handlungsleitende Erklärungsmodell** zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bezeichnet die therapeutisch-praktische Konkretisierung dieses diskursiven Deutungsrahmens in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen.
Die Ausdrücke **Interpretationen bzw. Interpretationsrahmen** werden in diesem Buch verwendet, wenn konkrete Sinnzuschreibungen in Therapie bzw. Beratung gemeint sind, durch die Symptome, Erinnerungslücken, Beziehungserfahrungen oder biografische Belastungen fallbezogen in diesen Zusammenhang eingeordnet werden. Der Begriff der »**Deutung**« wird hierfür bewusst vermieden, da er in der Psychoanalyse eine spezifische behandlungstechnische Bedeutung besitzt und dort eine prozessgebundene Intervention zur Arbeit an unbewussten Bedeutungen, Abwehr, Widerstand, Übertragung und Durcharbeiten bezeichnet (Datler, 1995; Körner, 2015; Storck, 2022).

Schnellradikalisierung auftreten, welche nach bisherigen Erkenntnissen – auch der Sicherheitsbehörden – de novo entstanden sind und keinen Bezug zu den hier infrage stehenden Phänomenen haben (Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026; Manemann, 2025). Der Vollständigkeit halber wurde auch dieser Bereich aktueller Bedrohung von Kindern und Jugendlichen in diesem Band mit aufgenommen. Nicht zuletzt, um deutlich zu machen, dass eine Polarisierung in Schwarz und Weiß, d. h. die komplette Negierung solcher Elemente versus Leichtgläubigkeit in Bezug auf solche Phänomene, den Einzelfällen und realen Bedrohungen nicht gerecht wird.

Charakteristisch für den Diskurs, den dieses Buch primär adressiert, ist diese ausgeprägte Polarisierung, die weit über fachliche Differenzen hinausreicht und teilweise die Dimension persönlicher Angriffe und demonstrativer Gesten erreicht. Kritik an bestimmten Konzepten wird mitunter als Relativierung oder gar als komplette Leugnung sexualisierter Gewalt gewertet, während umgekehrt die Übernahme entsprechender Annahmen als wissenschaftlich unzureichend oder suggestiv problematisiert wird (Betroffenenrat bei der UBSKM[2], 2024; Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs[3], 2023; Sektion Rechtspsychologie im BDP[4], 2023). Diese moralische Aufladung erschwert eine differenzierte Auseinandersetzung und trägt dazu bei, dass sich fachliche Positionen verhärten. Nicht selten wird vor jeder weiteren Auseinandersetzung ein Glaubensbekenntnis eingefordert, so z. B. geschehen als erste Gespräche zwischen unserem Team und dem Beratungsteam des berta-Telefons[5] der UBSKM für eine Begleitforschung stattfanden, und wir deutlich machen mussten, dass wir als Wissenschaftler*innen und Begleitforschende nicht vorab Glaubensbekenntnisse abgeben können. Unser Vorschlag eines Projekts zur Deskription der am berta-Telefon angesprochenen Phänomene und der Beratungstätigkeit wurde von der Ethikkommission in Ulm (Antragsnr. 174/22) – auch nach einem Widerspruch mit Hinweis auf die Notwendigkeit hier Licht in offizielle, vom Bund finanzierte Beratungsprozesse zu bringen und eine Qualitätskontrolle durchzuführen –, abgelehnt, da die zugrunde liegende Fragestellung als nicht hinreichend nachvollziehbar bewertet wurde und die Ethikkommission deshalb zur Auffassung kam, dass durch eine deskriptive Begleitforschung kein hinreichender erwartbarer Nutzen für Betroffene entstehe. Alle argumentieren offensichtlich mit dem Wohl der Betroffenen. Hier erfolgt eine Polarisierung im Spannungsfeld zwischen: Betroffenen muss man grundsätzlich glauben versus Betroffenen muss man vor nicht fundierter Einflussnahmen schützen. Eine aus unserer Sicht klinisch adäquate Metapher hat Frau Dr. Gast, die sich seit vielen Jahren mit dem Phänomen der Dissoziation beschäftigt, als schmalen Grat zwischen, »skeptisch [...] glauben und empathisch [...] zweifeln« (Gast & Wabnitz, 2023, S. 38; Gysi et al., 2026), beschrieben.

2 Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM)
3 Fachgruppe Rechtspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs e. V.)
4 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
5 Hilfetelefon »berta« für Betroffene organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt

Es zeigt sich, dass die Debatte nicht auf theoretische Fragen beschränkt bleibt. Sie entfaltet konkrete Auswirkungen auf therapeutische Praxis, psychosoziale Versorgung, institutionelle Entscheidungsprozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie auf öffentliche Wahrnehmungen von Gewalt und Trauma (vgl. Kapitel 11). Der Diskurs um »rituelle Gewalt« ist damit selbst zu einem gesellschaftlich relevanten Faktor geworden, dessen Analyse über die Prüfung einzelner Behauptungen hinausgehen sollte.

Vor diesem Hintergrund verfolgt das vorliegende Kapitel einen diskursanalytisch erweiterten Ansatz. Der Fokus wird auf den Deutungsrahmen gelegt, in dem bestimmte Annahmen, Erklärungsmodelle, Wissensbestände und Handlungskonsequenzen zusammengeführt werden. Dieser Deutungsrahmen wird im Folgenden als Narrativ »Rituelle Gewalt«[6] bezeichnet. Der Begriff des Narrativs ist bewusst gewählt, denn er ermöglicht es, die Debatte als Zusammenspiel unterschiedlicher Ebenen zu analysieren: subjektive Erfahrungen, therapeutische Deutungen, wissenschaftliche Konzepte, institutionelle Praktiken sowie gesellschaftliche Diskurse. Zugleich erlaubt er eine analytische Distanz, die es ermöglicht, zwischen Anerkennung von Leid und wissenschaftlicher Prüfung von Erklärungsmodellen zu unterscheiden, ohne dass eine Perspektive zur Delegitimierung der anderen herangezogen wird.

Zentrale Themen des Narrativs »Rituelle Gewalt« sind (Becker, 2018; Eibach-Bialas, 2021; Fliß & Igney, 2020b):

- mächtige, organisierte Gruppe von Tätern – z. T. mit internationaler Vernetzung (»Täterschaft«, »Gewaltstrukturen«);
- die Tätergruppe verfüge über eine Form der »Ideologie«, an der die Gewalt ausgerichtet sei;
- unterschiedliche Formen der Gewalt würden ausgeübt: sexualisierte, emotionale, körperliche, soziale Gewalt – wiederkehrend, über einen langen Zeitraum, meist beginnend im Kindesalter;
- die Persönlichkeit der betroffenen Kinder würde gezielt in verschiedene Anteile gespalten und diese in je besonderer Form programmiert – gezielte Herstellung einer Dissoziativen Identitätsstörung, um Opfer zu kontrollieren und für Strafverfolgung unglaubwürdig zu machen (»Mind-Control«/»Programmierung«):
  - Steuerung der Person durch Täter sei möglich;
  - Person habe vollständige Amnesien (Betroffene wüssten nicht, dass sie weiter Gewalt erlebten/was ein anderer Anteil erlebe);
  - in bestimmten Persönlichkeitsanteilen abgelegte Erinnerungen würden in Therapie »wiedergewonnen«;

6 Von diesem diskursiven Deutungsrahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« ist das in Kapitel 9 auf Grundlage des Interview- und Dokumentenmaterials rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zu unterscheiden. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bezeichnet die therapeutisch-praktische Konkretisierung des Narrativs, in der Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine Dissoziative Identitätsstörung zu einem handlungsleitenden Interpretationsrahmen für Biografie, Symptomatik und Intervention verbunden werden.

- oft gebe es eine generationenübergreifende Mitgliedschaft in der Tätergruppe;
- in der Tätergruppe finde ein »Abrichten« von Kindern statt, um Gehorsam und Geheimhaltung zu sichern (z. B. durch »Ekeltraining«).

Die zuvor genannten Punkte beschreiben den Kern des Narrativs »Rituelle Gewalt«. Davon zu unterscheiden sind periphere Anschlussmotive, die den definierenden Kern des Narrativs überschreiten, aber seine Plausibilität, affektive Aufladung und diskursive Anschlussfähigkeit erhöhen können. Zur Peripherie gehören wiederkehrende Motive, die sich an die Vorstellung geheimer, organisierter und ideologisch gerahmter Gewalt gegen Kinder anlagern und diese mit weiteren Verschwörungsnarrativen, einzelnen an antisemitische Erzähltraditionen anschlussfähigen Motiven, digitalen Verbreitungsräumen sowie Konflikten um Geschlecht, Sexualität, Familie und Reproduktion verschränken können.

Mit dem Kern des Narrativs »Rituelle Gewalt« verbundene periphere Anschlussmotive sind insbesondere:

- QAnon-, Pizzagate- und Deep-State-Erzählungen: In QAnon-nahen Erzählungen wird angenommen, die Welt werde von einem »Deep State« bzw. einem im Verborgenen agierenden Netzwerk satanischer, pädophiler Eliten beherrscht. Pizzagate erscheint dabei als Vorläufer, in dem Hillary Clinton und ihr Umfeld mit einem angeblichen Kindersexhandelsring in Verbindung gebracht wurden. QAnon weitete diese Vorstellung zu einer weltweiten Verschwörung aus, in der Eliten Kinder in satanischen Ritualen sexuell missbrauchten. Zugleich wird beschrieben, dass sich solche Erzählungen über digitale Kanäle wie beispielsweise Telegram, Facebook, Twitter/X, Instagram und YouTube verbreiten (Deely, 2025; Deutscher Bundestag, 2020).
- Adrenochrom-, Blut- und Verjüngungsmotive: Ein besonders anschlussfähiges Motiv ist die Vorstellung, Kinder würden entführt, misshandelt, gefoltert oder getötet, um aus ihrem Blut bzw. Körper eine verjüngende Substanz, »Adrenochrom«, zu gewinnen. In verschwörungsideologischen Kontexten fungiert Adrenochrom als Chiffre für angeblich groß organisierten Kindesmissbrauch durch eine geheime Elite, die Kinder gefangen halte und foltere, um eine Art »Verjüngungsdroge« oder ein »Lebenselexier« zu gewinnen (Deutscher Bundestag, 2020; Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen, 2019; Deely, 2025).
- Satanisch codierte Ritualmissbrauchs- und Kindersexhandelsmotive: An das Narrativ anschlussfähig sind Motive eines satanisch gerahmten Kindesmissbrauchs, wie sie bereits in der historischen Satanic Panic der 1980er-Jahre und in neueren Debatten um eine »New Satanic Panic« auftreten. Dazu gehören Vorstellungen von satanic cult abuse, satanic ritual sex abuse, child grooming sowie staatlich, politisch oder durch Hollywood-Eliten organisiertem Kindersexhandel (Klofstad et al., 2025; Deely, 2025).
- Extreme Gewalt- und Entmenschlichungsmotive: In einzelnen QAnon-nahen Erzählungen treten besonders drastische Motive sexualisierter Gewalt, ritueller Tötung, Bluttrinkens und Entstellung kindlicher Opfer auf (Deely, 2025).

- Antisemitische Motive und Ritualmordlegenden: Einzelne der genannten Motive können an antisemitische Erzähltraditionen anschließen. Dies gilt insbesondere dort, wo Eliten des »Deep State« als jüdisch oder von Jüdinnen und Juden gesteuert imaginiert werden, sowie für Blut-, Kindermord- und Ritualmordmotive (Deutscher Bundestag, 2020; Caumanns, 2023; Langer, 2024; Deely, 2025).
- Personalisierte Eliten- und Feindbildmotive: Abstrakte Vorstellungen einer geheimen, schädigenden Macht werden häufig durch prominente Einzelpersonen, Familien oder Gruppen konkretisiert. Wiederkehrend sind dabei etwa Erzählungen über Milliardär*innen, Politiker*innen, Musik- oder Hollywoodstars, denen Pädophilie, Kinderhandel oder Beteiligung an geheimen Gewaltstrukturen zugeschrieben wird (Langer, 2024; Polta, 2023; Deely, 2025; Deutscher Bundestag, 2020).
- Deutschsprachige Popularisierung über prominente Akteur*innen: Im deutschsprachigen Raum erhielten Adrenochrom- und QAnon-nahe Erzählungen zusätzliche Aufmerksamkeit durch prominente Akteur*innen, die sich öffentlich auf angeblich entführte, gefolterte oder missbrauchte Kinder bezogen und diese Deutungen mit Motiven geheimer Eliten, Kinderrettung und rituell bzw. satanisch codierter Gewalt verbanden (Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen, 2019; Deutscher Bundestag, 2020).

2.2 Die affirmative Position zum Narrativ »Rituelle Gewalt«

Die affirmative Position im Diskurs um »rituelle Gewalt« geht von der Existenz organisierter »Gewaltstrukturen« aus, in denen sexualisierte Gewalt systematisch, wiederholt und über längere Zeiträume hinweg ausgeübt wird. Charakteristisch ist dabei die Annahme, dass diese Gewalt nicht nur funktional organisiert ist, sondern zugleich ideologisch, religiös oder weltanschaulich gerahmt wird. Der Begriff der »rituellen Gewalt« verweist in diesem Verständnis auf eine symbolische Überformung der Gewalt, die über individuelle Tatmotive hinausgeht (Becker, 2018; Eibach-Bialas, 2021; Huber, 2023; Salter, 2012).

Mit einer Definition des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützten Fachkreises »Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen« (Fachkreis, 2018) geht Deutschland im Vergleich zum Ausland einen Sonderweg. Die Definition ist für den Diskurs von besonderer Bedeutung. Der Fachkreis setzt in der Definition organisierte sexualisierte Gewalt und »rituelle Gewalt« zusammen, wobei Letztere als eine Form ideologisch legitimierter Gewalt beschrieben wird, die der Machtausübung, Bindung und Kontrolle diene (Fachkreis, 2018). In der praktischen Verwendung werden beide Begriffe jedoch häufig unter dem Akronym ORG zusammengeführt.

> »In organisierten und rituellen Gewaltstrukturen wird die systematische Anwendung schwerer sexualisierter Gewalt (in Verbindung mit körperlicher und psychischer Gewalt) an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch die Zusammenarbeit mehrerer Täter_innen bzw. Täter_innennetzwerke ermöglicht und ist häufig verbunden mit kommerzieller sexueller Ausbeutung (Zwangsprostitution, Handel mit Kindern, Kinder-/Gewaltpornografie). Dient eine Ideologie zur Begründung oder Rechtfertigung der Gewalt, wird dies als rituelle Gewaltstruktur bezeichnet.
> In manchen Strukturen sind Familien generationenübergreifend eingebunden. Es erfolgt eine frühkindliche Bindung an Täter_innen, Gruppe und Ideologie. Hinzu kommt ein Schweigegebot. Aussteigende werden unter Druck gesetzt, erpresst und verfolgt.
> Organisierte und rituelle Gewaltstrukturen können eine umfassende Kontrolle und Ausbeutung von Menschen durch Mind-Control-Methoden beinhalten. Die planmäßig wiederholte Anwendung schwerer Gewalt erzwingt spezifische Dissoziation bzw. eine gezielte Aufspaltung der kindlichen Persönlichkeit. Die entstehenden Persönlichkeitsanteile werden für bestimmte Zwecke trainiert und benutzt. Ziel dieser systematischen Abrichtung ist eine innere Struktur, die durch die Täter_innen jederzeit steuerbar ist und für die das Kind und später der Erwachsene im Alltag keine bewusste Erinnerung hat.« (Fachkreis, 2018, S.5)

Zentral für die affirmative Perspektive ist die Annahme, dass die Gewalt in festen Gruppenstrukturen stattfindet, arbeitsteilig organisiert ist und häufig transgenerational weitergegeben wird. Täter*innen sind nach diesem Verständnis nicht Einzeltäter*innen, sondern Teil stabiler Netzwerke, deren Fortbestand durch Loyalität, Geheimhaltung und soziale Kontrolle gesichert wird (Eibach-Bialas, 2021; Fliß & Igney, 2020c; Fromm, 2011; Rudolph, 2019).

Ein wesentliches Fundament der affirmativen Position bilden Berichte von Personen, die sich als Betroffene »ritueller Gewalt« verstehen. Diese Berichte stammen aus therapeutischen Kontexten, Selbsthilfezusammenhängen, Beratungsstellen sowie aus autobiografischen Veröffentlichungen. Sie beschreiben wiederkehrende Muster extremer Gewalt, die häufig früh in der Kindheit einsetzen und mit massiven körperlichen, psychischen und sozialen Folgen verbunden sind (ARG[7], 2014; KOK[8], 2021; Österreichischer Fachkreis[9], o. J.; Salter, 2012). In diesen Berichten wird Gewalt häufig als ritualisiert beschrieben, etwa durch wiederkehrende Abläufe, symbolische Handlungen, feste Rollenverteilungen oder ideologische Rahmungen. Die Gewalt wird nicht nur als körperliche oder sexuelle Übergriffigkeit beschrieben, sondern als umfassendes System der Kontrolle, in dem Angst, Schuld und Bindung gezielt erzeugt werden (Becker, 2018; Fliß & Igney, 2020c; Fromm, 2011). Die affirmative Literatur betont, dass die

7 Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen
8 Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e. V.
9 Österreichischer Fachkreis gegen sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen

Konsistenz bestimmter Motive und Strukturen über viele Berichte hinweg als Hinweis auf reale Gewaltzusammenhänge verstanden werden könne. Subjektive Übereinstimmungen werden dabei nicht als Zufallsprodukt, sondern als Ausdruck gemeinsamer Gewalterfahrungen interpretiert (Becker et al., 2008; Eibach-Bialas, 2021; Gysi, 2020; Huber, 2023).

Therapeutische und beratungspraktische Erfahrungen nehmen in der affirmativen Position eine zentrale Rolle ein. Zahlreiche Autor*innen berichten aus langjähriger Arbeit mit Betroffenen komplexer Traumatisierungen, insbesondere im Kontext dissoziativer Störungen. Die dort beobachteten Symptomkonstellationen – etwa ausgeprägte Dissoziation, Amnesien, innere Anteile, Selbstverletzungen und massive Bindungsprobleme – werden als Folge extremer, frühkindlicher und systematisch organisierter Gewalt interpretiert (ARG, 2014; Fliß, 2022b, 2022a). Ein zentrales Argument lautet, dass herkömmliche Traumamodelle nicht ausreichten, um die beobachtete Komplexität zu erklären. Die Annahme »ritueller Gewalt« biete hingegen einen kohärenten Rahmen, um sowohl die Schwere der Symptomatik als auch deren strukturelle Besonderheiten verständlich zu machen (Fliß & Igney, 2020a). Therapeutische Konzepte betonen daher häufig Stabilisierung, Schutz, Beziehungsarbeit und eine langfristige Begleitung, ohne den Anspruch zu erheben, die vermeintlich zurückliegenden traumatischen Ereignisse zu überprüfen (Fachkreis, 2018). Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei Fällen, in denen noch Täterkontakt vermutet oder berichtet wird. Hier wird argumentiert, dass therapeutische Arbeit nur unter Anerkennung dieser Möglichkeit verantwortungsvoll erfolgen könne, um Gefährdungen sowohl für die Patient*innen als auch die Therapeut*innen nicht zu unterschätzen (Fliß, 2022b).

Ein zentrales Element der affirmativen Position ist die Annahme, dass extreme Gewalt mit gezielten psychischen Kontrollmechanismen einhergeht. Dissoziation wird nicht nur als unspezifische Traumafolge verstanden, sondern als bewusst herbeigeführter Zustand, der es Täter*innen ermögliche, Loyalität zu erzwingen, Erinnerung zu fragmentieren und Kontrolle aufrechtzuerhalten (ARG, 2014; Becker, 2018; Fliß & Igney, 2020c; Rudolph, 2019). Zum Teil wird berichtet, dass die Konditionierung bzw. »Programmierung« der Betroffenen dazu führe, dass diese mittels bestimmter Signale – wie das Aufblinken von Autoscheinwerfern oder das Nennen eines bestimmten Stichworts – gezielt zum Ausführen bestimmter Verhaltensweisen oder zum Wechsel in einen bestimmten Persönlichkeitsanteil gebracht werden können (Baumgarten, 2020; Fliß & Igney, 2020a; Frei & Marya, 2018). In diesem Zusammenhang werden Konzepte wie programmierte Anteile oder gezielte Konditionierung diskutiert. Die fragmentierte Erinnerung vieler Betroffener wird als Ausdruck dieser Gewaltmechanismen interpretiert und nicht als Hinweis z. B. auf Suggestibilität. Therapeutisch wird daraus abgeleitet, dass Erinnerungen nicht linear zugänglich sind, Inkonsistenzen als erwartbare Folge der Gewalt zu verstehen seien sowie Unterstützung beim Erschließen von Erinnerungen zur Behandlung gehören (Fliß & Igney, 2020b; Fromm, 2011).

2.2.1 Empirische Annäherungen an »rituelle Gewalt«

Obwohl die affirmative Position primär auf Erfahrungswissen aus Beratung und Therapie rekurriert, liegen inzwischen mehrere empirische Arbeiten vor, die sich explizit mit sexueller Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen befassen (Becker et al., 2008; Behrendt et al., 2020; Kownatzki et al., 2012; Nick et al., 2018; Schröder et al., 2018). Diese Studien verfolgen überwiegend explorative Zielsetzungen und beanspruchen keine repräsentative Abbildung des Phänomens. Innerhalb der affirmativen Position werden diese limitierten Studien als bedeutsamer empirischer Fortschritt bewertet.

Zu den frühen empirischen Arbeiten zählen die Umfragestudien von Becker et al. (2008), Bosse und Wagner (2011) und Kownatzki et al. (2012). Ziel des sogenannten »Extreme Abuse Survey« der Autor*innen Becker et al. (2008) war es, Betroffenen von »ritueller Gewalt« durch ein Onlineformat Gehör zu verleihen und anschließende qualitative und quantitative Forschung zu motivieren. Trotz der Nennung empirischer Limitationen einer Onlinebefragung, zu denen auch die fehlende Möglichkeit der Verallgemeinerung der gewonnenen Daten zählt, werden die Ergebnisse der Studie als allgemeingültige Fakten präsentiert. Die Autor*innen behandeln »rituelle Gewalt« beispielsweise als ein global existentes Phänomen (Becker et al., 2008). Die Studien von Bosse und Wagner (2011) und Kownatzki et al. (2012) untersuchten »rituelle Gewalt« hingegen als therapeutische Herausforderung. Auf Grundlage von Befragungen psychotherapeutisch tätiger Fachpersonen wurde berichtet, dass diese wiederholt mit Patient*innen konfrontiert seien, die Erfahrungen organisierter und ritualisierter Gewalt schildern. Die Studien zielten weniger auf die Verifikation der berichteten Erlebnisse als auf deren Relevanz für die therapeutische Praxis.

An diese Arbeiten schließen die Onlinebefragungen von Nick et al. (2018) und Behrendt et al. (2020) an, die sowohl Betroffene als auch Fachpersonen aus der psychosozialen Versorgung einbezogen. Die Studien berichten von schweren, früh beginnenden und häufig über viele Jahre andauernden Gewalterfahrungen, die vielfach in familiären Kontexten verortet werden. Als besonders charakteristisch werden kommerzielle sexuelle Ausbeutung, ideologische Rahmungen der Gewalt sowie schwere Traumafolgestörungen beschrieben. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass es sich um selbstselektive Stichproben handelt, die keine Aussagen über Prävalenzen erlauben. Die Studien von Nick et al. (2018) und Behrendt et al. (2020) sind Teil eines von der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs geförderten Forschungsvorhabens zu sexueller Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen (UKASK[10], 2021). Das Vorhaben bündelt qualitative und quantitative Zugänge und wertet unterschiedliche Datenquellen aus, darunter die bereits genannten anonymen Onlinebefragungen, vertrauliche Anhörungen sowie schriftliche Berichte an die Kommission. Ziel war es, Erkenntnisse über Gewalterfahrungen, Täternetzwerke,

10 Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs

psychische Folgen sowie die Versorgungssituation Betroffener zu gewinnen. Zugleich sollte untersucht werden, welche Faktoren die Aufdeckung organisierter und »ritueller Gewalt« aus Sicht Betroffener erschweren.

Die quantitativen Analysen basieren auf anonymen Onlinebefragungen von Personen, die selbst Erfahrungen organisierter und »ritueller Gewalt« berichten, sowie von Fachpersonen, die solche Betroffenen professionell begleitet haben. Ergänzend wurden qualitative Inhaltsanalysen von vertraulichen Anhörungen und schriftlichen Berichten durchgeführt, die Betroffene und Zeitzeug*innen der Kommission zur Verfügung gestellt hatten. Die Datenerhebung erfolgte pseudonymisiert und unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten, was als notwendige Voraussetzung für die Teilnahme beschrieben wird. Die qualitativen Analysen identifizieren wiederkehrende Merkmale organisierter und »ritueller Gewalt«, darunter vernetzte Täterstrukturen, hierarchische Organisationsformen, strategische Gewaltanwendung sowie ideologische Rahmungen. Als ideologische Bezüge werden u. a. satanistische, rechtsextreme, religiöse, esoterische oder medizinisch-wissenschaftliche Deutungsmuster berichtet, die von den Täter*innen zur Rechtfertigung und Intensivierung der Gewalt eingesetzt würden. Aus Sicht der Betroffenen werden schwere und komplexe psychische Folgen beschrieben, insbesondere dissoziative Störungen, komplexe posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Symptome und Suizidalität. Die quantitative Befragung zeigt zudem eine hohe Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung bei gleichzeitig berichteten Versorgungsdefiziten. Ein erheblicher Teil der Befragten gibt an, auch während therapeutischer Behandlungen weiterhin Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein (Nick et al., 2018; Behrendt et al., 2020). Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Analyse von Faktoren, die eine Aufdeckung erschweren. Diese werden nicht allein bei den Täter*innen verortet, sondern als Zusammenspiel von Täterstrategien, psychischen Folgen bei Betroffenen (z. B. Dissoziation, Angst, Amnesien) sowie gesellschaftlichen und institutionellen Reaktionen wie Unglauben, Ignoranz oder strukturellen Hürden im Justizsystem beschrieben (Nick et al., 2018; Behrendt et al., 2020).

Diese Arbeiten gelten aus affirmativer Perspektive als substanzieller Beitrag zur empirischen Fundierung, weil sie unterschiedliche Datenquellen zusammenführen und systematisch auswerten (Becker et al., 2008; Bosse & Wagner, 2011; Kownatzki et al., 2012; UKASK, 2021). Es wird angemerkt, dass diese Studien keine forensische Überprüfung einzelner Fälle leisten und keine repräsentativen Aussagen über Häufigkeit oder Verbreitung organisierter oder »ritueller Gewalt« erlauben. Weitere methodische Einschränkungen, auf die hingewiesen wird, sind insbesondere die Selbstselektion der Stichproben, die anonyme Datenerhebung und die Unmöglichkeit, die berichteten Erlebnisse unabhängig zu verifizieren. Ein generelles Problem ist die Wiedergabe wahrgenommener Häufigkeiten durch eine selegierte Gruppe von Therapeut*innen. Innerhalb der affirmativen Perspektive wird dies nicht als grundlegender Mangel, sondern als Ausdruck der besonderen Bedingungen des Forschungsfeldes interpretiert. Anonymität und Niedrigschwelligkeit gelten hier als Voraussetzung, um Betroffenen

überhaupt eine Beteiligung an Forschung zu ermöglichen. Gleichzeitig wird anerkannt, dass die begrenzte Aussagekraft solcher empirischen Studien eine Herausforderung für Forschung, Praxis und interdisziplinären Austausch darstellt (UKASK, 2021). Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zu anderen Formen sexualisierter und organisierter sexualisierter Gewalt vor: Während für diese anderen Formen, wie beispielsweise sexuellen Missbrauch in Institutionen, Zwangsprostitution, das Anfertigen von Missbrauchsabbildungen und sexuelle Gewalt im Internet immer auch exemplarische Belege aus der Tätigkeit der Strafermittlungsbehörden vorliegen (z. B. Bundeslagebild Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern & Jugendlichen, BKA[11] 2024; Bundeslagebild Organisierte Kriminalität, BKA, 2026) und somit ein gewisses Hellfeld bekannt ist, wird der Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« von einem absoluten Dunkelfeld beherrscht.

2.2.2 Beweisproblematik und erkenntnistheoretische Einordnung

Die im vorangegangenen Abschnitt dargestellten empirischen Annäherungen verdeutlichen zugleich eine zentrale Problematik des Diskurses: Die Frage nach Belegen, Überprüfbarkeit und wissenschaftlicher Absicherung stellt sich im Kontext organisierter und »ritueller Gewalt« in besonderer Weise. Innerhalb der affirmativen Position wird betont, dass die vorliegenden Daten – trotz ihrer systematischen Auswertung – keine forensische Verifikation einzelner Gewaltereignisse leisten können und dies auch nicht beanspruchen. Die Literatur unterscheidet dabei explizit zwischen unterschiedlichen Erkenntnisebenen. Empirische Forschung, therapeutische Praxis und strafrechtliche Aufklärung folgen jeweils eigenen Logiken, Zielsetzungen und Beweisstandards. Während empirische Studien wie die von Nick et al. (2018), Behrendt et al. (2020), Kownatzki et al. (2012) und Bosse & Wagner (2011) darauf abzielen, Muster, Belastungen und Versorgungslagen zu erfassen, sind sie nicht darauf ausgelegt, individuelle Tatvorwürfe zu verifizieren oder Täter*innen zu identifizieren (UKASK, 2021).Vor diesem Hintergrund wird innerhalb der affirmativen Perspektive argumentiert, dass das Fehlen gerichtsfester Beweise oder strafrechtlicher Verurteilungen nicht zwangsläufig als Widerlegung der berichteten Gewalt verstanden werden könne. Vielmehr wird angenommen, dass spezifische Merkmale organisierter und »ritueller Gewalt« – etwa Geheimhaltung, soziale Abschottung, Angstinduktion, Abhängigkeiten sowie frühe Traumatisierungen – eine Aufdeckung und juristische Aufarbeitung erheblich erschweren (Becker, 2018; Fachkreis, 2018). Zugleich wird betont, dass therapeutische Arbeit nicht an die Bedingung empirischer Verifikation geknüpft sein dürfe. Die Anerkennung subjektiver Gewalterfahrungen wird als Voraussetzung für Stabilisierung, Beziehungsgestaltung und Behandlung verstanden. Therapeutische Plausibilität und subjektive Gewissheit werden dabei ausdrücklich von juristischer Beweisbarkeit unterschieden (Fliß, 2022b,

11 Bundeskriminalamt

2022a). Innerhalb der affirmativen Literatur wird diese erkenntnistheoretische Differenzierung als notwendig erachtet, um zu verhindern, dass fehlende Beweise zu einer erneuten Infragestellung von Betroffenen führen. Die empirischen Studien werden daher überwiegend als explorative Annäherungen verstanden, die Hinweise liefern, ohne abschließende Aussagen über Struktur, Verbreitung oder Organisation »ritueller Gewalt« ermöglichen zu können (UKASK, 2021).

2.2.3 Zwischenbilanz zur affirmativen Position

Die affirmative Position zum Narrativ »Rituelle Gewalt« zeichnet insgesamt das Bild eines hochkomplexen, schwer zugänglichen Gewaltphänomens, das sich durch frühe, wiederholte und organisierte Übergriffe sowie durch ideologische oder ritualisierte Rahmungen auszeichnet (Schröder et al., 2020a, 2020b). Zentrale Wissensquellen sind Angaben von Therapeut*innen über Betroffene oder Berichte Betroffener selbst. Hinzu kommen beratungspraktische Erfahrungen sowie institutionelle Beobachtungen hoch selektiver bzw. spezialisierter Kontexte. Diese werden zu einem kohärenten Deutungsrahmen zusammengeführt, der insbesondere komplexe Traumafolgen, dissoziative Symptomatik und anhaltende Loyalitäts- und Abhängigkeitsdynamiken erklärbar machen soll.

Die empirischen Annäherungen liefern Hinweise auf wiederkehrende Muster organisierter Gewalt, erhebliche psychosoziale Belastungen sowie strukturelle Versorgungsprobleme, ohne jedoch repräsentative Aussagen oder forensische Verifikationen zu ermöglichen. Die Anerkennung subjektiver Gewalterfahrungen wird als normativ geboten angesehen, auch unter Bedingungen eingeschränkter Überprüfbarkeit. Gleichzeitig wird deutlich, dass die affirmative Position auf einer Reihe von Annahmen beruht, die in ihrer Reichweite, begrifflichen Präzision und empirischen Belastbarkeit unterschiedlich abgesichert sind. Die starke normative Orientierung an Anerkennung und Schutz, die zentrale Rolle subjektiver Berichte sowie die erklärende Funktion des Narrativs für komplexe Symptomlagen markieren zugleich jene Punkte, an denen wissenschaftliche, methodische und professionsethische Fragen ansetzen.

2.3 Kritische Perspektiven auf das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Die kritischen Perspektiven auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« setzen nicht bei der Infragestellung sexualisierter Gewalt als gesellschaftlichem Problem an. Ebenso wenig richten sie sich gegen die Anerkennung von Leid oder den Unterstützungsbedarf von Betroffenen. Ihr Ausgangspunkt ist vielmehr die Beobachtung, dass der im vorangegangenen Abschnitt dargestellte Deutungsrahmen eine Reihe weitreichender Annahmen bündelt, deren wissenschaftliche Tragfähigkeit, begriffliche Klarheit und empirische Absicherung uneinheitlich sind (Funkschmidt, 2024; Hahn, 2016; Niehaus & Krause, 2023). Kritik wird dabei auf unterschiedlichen Ebenen formuliert. Ein Teil der Literatur konzentriert sich auf begriffliche und konzeptuelle Fragen, insbesondere auf die unscharfe Verwendung zentraler Termini wie »rituell«, »organisiert« oder »ideologisch« (Hahn, 2019). Andere Beiträge richten den Fokus auf die empirische Datengrundlage und problematisieren die Reichweite, Validität und Generalisierbarkeit der herangezogenen Studien, etwa aufgrund selbstselektiver Stichproben, fehlender externer Validierung oder zirkulärer Argumentationsmuster (Klofstad et al., 2025; Mokros et al., 2024). Weitere kritische Perspektiven beziehen sich auf gedächtnispsychologische und klinische Annahmen. Hier wird insbesondere diskutiert, inwieweit Konzepte wie Dissoziation, fragmentierte Erinnerung oder vermeintlich gezielte psychische Steuerung empirisch abgesichert sind und wie anfällig entsprechende Annahmen für suggestive Prozesse sein können (Fegert & Urbaniok, 2024; Putnam, 1991). Schließlich werden professionsethische Fragen thematisiert. Mehrere Autor*innen verweisen auf die besondere Verantwortung therapeutischer und beratender Fachpersonen im Umgang mit hochgradig unsicheren Annahmen, insbesondere wenn diese erhebliche Auswirkungen auf Selbstverständnis, Lebensführung und soziale Beziehungen von Betroffenen haben können (Gerke et al., 2024b; Herzog et al., 2025a, 2025b; Niehaus & Krause, 2023). Diskutiert wird dabei auch die Rolle professioneller Deutungsmacht und die Gefahr einer impliziten Verfestigung bestimmter Narrative. Gemeinsam ist diesen kritischen Ansätzen, dass sie das Narrativ »Rituelle Gewalt« nicht als bloßes Meinungsphänomen betrachten, sondern als ein komplexes Erklärungsmodell mit konkreten Folgen. Kritik richtet sich daher nicht allein auf einzelne Behauptungen, sondern auf die strukturelle Logik des Narrativs: auf die Art und Weise, wie subjektive Berichte, therapeutische Erfahrungen, empirische Hinweise und normative Setzungen miteinander verknüpft werden (Schmied-Knittel, 2008, 2012). Ein wiederkehrendes Motiv der kritischen Literatur ist die Warnung vor einer Vermischung unterschiedlicher Erkenntnisebenen. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass therapeutische Plausibilität, subjektive Gewissheit und empirische Überprüfbarkeit jeweils eigenen Logiken folgen und nicht ohne Weiteres ineinander überführt werden können (Funkschmidt, 2024; Mokros et al., 2024). Die Gefahr bestehe darin, dass Deutungsrahmen, die sich in therapeutischen Kontexten bewähren mögen, implizit als empirisch

gesichert oder allgemein gültig verstanden werden. Zugleich reflektieren viele kritische Beiträge die moralische Aufladung des Diskurses. Sie thematisieren die Schwierigkeit, wissenschaftliche Einwände zu formulieren, ohne als unsensibel oder delegitimierend wahrgenommen zu werden. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen notwendiger Kritik und der Sorge vor sekundärer Viktimisierung, das den Diskurs zusätzlich auflädt (DGfS[12], 2023; Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs, 2023).[13]

2.3.1 Begriffs- und Konzeptkritik: »Rituelle Gewalt« als unscharfe Kategorie

Ein zentraler Ansatzpunkt der kritischen Literatur ist die begriffliche Unschärfe des Konzepts »rituelle Gewalt«. Kritisiert wird nicht die Beschreibung schwerer und organisierter sexualisierter Gewalt an sich, sondern die Art und Weise, wie unterschiedliche Phänomene unter einem gemeinsamen Begriff der »rituellen Gewalt« zusammengeführt werden (Funkschmidt, 2024; Gerke et al., 2024b; Hahn, 2019). In der Folge entstehe eine konzeptuelle Überdehnung, die sowohl wissenschaftliche Analyse als auch interdisziplinäre Verständigung erschwere.

Besonders häufig thematisiert wird die Frage, was im Kontext »rituelle Gewalt« mit dem Attribut »rituell« konkret bezeichnet wird. In der affirmativen Literatur reicht das Spektrum der Bedeutungen von explizit religiösen oder satanistischen Praktiken über allgemein ideologische Rahmungen bis hin zu wiederkehrenden Gewaltabläufen ohne spezifischen Symbolgehalt. Kritische Autor*innen bemängeln, dass diese Bedeutungsvielfalt selten explizit reflektiert oder begrifflich differenziert wird (Hahn, 2019; Schmied-Knittel, 2012). Hahn (2019) weist darauf hin, dass der Ritualbegriff in den Sozial- und Religionswissenschaften häufig mit bestimmten Strukturmerkmalen verbunden wird, etwa formalisierten Abläufen, symbolischer Verdichtung und gemeinschaftsstiftenden Funktionen. Diese Kriterien würden im Diskurs um »rituelle Gewalt« jedoch nur selektiv oder metaphorisch aufgegriffen. Dadurch bestehe die Gefahr, dass »rituell« zu einem unspezifischen Verstärker werde, der besondere Grausamkeit oder Fremdheit signalisiere, ohne analytisch trennscharf zu sein.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Vermischung enger und weiter Begriffsverwendungen. Während einige Definitionen »rituelle Gewalt« eng an spezifische religiöse

12 Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung

13 An dieser Stelle ist auch hinzuweisen auf die in den 1990er-Jahren vor allem in den USA geführte und als »Memory Wars« bekannte Debatte um die Frage, ob Erinnerungen an traumatische Ereignisse über längere Zeit unbewusst verdrängt werden können (Herman & Harvey, 1997; Patihis et al., 2014; Shaw & Vredeveldt, 2019). Im Rahmen von Psychotherapie wiedergewonnene Erinnerungen an vermeintlich traumatische Ereignisse, insbesondere an sexuellen Missbrauch, wurden in der weiteren Debatte unter den Begriffen »False Memory« oder »Repressed Memory« zusammengefasst. Es hat sich eine nicht unumstrittene False-Memory-Bewegung entwickelt, die sich für Betroffene von Falschbeschuldigungen einsetzen (siehe Kapitel 5).

oder weltanschauliche Praktiken binden, fassen andere nahezu jede Form organisierter sexualisierter Gewalt mit wiederkehrenden Mustern darunter. Diese begriffliche Ausweitung erhöht zwar die Anschlussfähigkeit des Konzepts an unterschiedliche Praxisfelder, führt jedoch zu erheblichen Problemen der Abgrenzung (Dessecker, 2020; Hahn, 2019; Niehaus & Krause, 2023). Kritische Beiträge betonen, dass organisierte sexualisierte Gewalt, kommerzielle Ausbeutung, familiär eingebettete Gewalt und ideologisch motivierte Gewalt empirisch und analytisch unterscheidbare Phänomene darstellen (Mokros et al., 2024). Ihre Zusammenführung unter einem Oberbegriff könne folglich dazu führen, dass spezifische Dynamiken verwischt und präzise Forschungsfragen erschwert werden.

Mehrere Autor*innen verweisen darauf, dass sich der Diskurs um »rituelle Gewalt« im Zeitverlauf semantisch verändert hat (vgl. 2.4.4). Während frühere Debatten stark auf explizit satanistische oder okkulte Motive fokussierten, treten solche Bezüge in neueren Veröffentlichungen zunehmend in den Hintergrund. Stattdessen werden allgemeinere Begriffe wie »Ideologie«, »Programmierung« oder »organisierte Gewaltstrukturen« verwendet (Schmied-Knittel, 2008, 2012). Aus kritischer Sicht stellt sich die Frage, ob es sich hierbei um eine inhaltliche Präzisierung oder um eine strategische Anpassung handelt. Funkschmidt (2024) argumentiert, dass durch diese Bedeutungsverschiebung der ursprünglich enger gefasste Gegenstand zunehmend entgrenzt werde, während zentrale Annahmen des Narrativs unangetastet blieben.

Ein besonders gewichtiger Kritikpunkt betrifft das Risiko einer begrifflichen Immunisierung. Es wird darauf hingewiesen, dass die fehlende begriffliche Trennschärfe es erschwere, das Konzept »rituelle Gewalt« empirisch zu falsifizieren (Hahn, 2019; Mokros et al., 2024). Abweichungen, fehlende Belege oder widersprüchliche Befunde könnten innerhalb des Narrativs selbst erklärt werden, etwa durch angenommene Geheimhaltung, besondere Täterstrategien oder gezielte Täuschung. Diese Struktur führe dazu, dass das Konzept weniger als überprüfbare Hypothese denn als umfassender Deutungsrahmen fungiere. Kritische Stimmen wie Mokros et al. (2024) und Hahn (2019) sehen hierin ein zentrales Problem für wissenschaftliche Diskussionen, da begriffliche Offenheit und empirische Überprüfbarkeit in einem Spannungsverhältnis stehen.

2.3.2 Empirische Kritik: Datenlage, Methodik und Validität

Neben der begrifflichen Unschärfe bildet die empirische Absicherung des Narrativs »Rituelle Gewalt« einen zentralen Ansatzpunkt der kritischen Literatur. Die Kritik richtet sich dabei nicht gegen einzelne qualitative Befunde oder explorative Annäherungen als solche, sondern gegen deren Reichweite, methodische Belastbarkeit und die Art ihrer Einbettung in ein umfassendes Erklärungsmodell (Klofstad et al., 2025; Mokros et al., 2024). Im Zentrum stehen Fragen der Stichprobenbildung, der Datenerhebung, der Validierung sowie der Interpretation empirischer Ergebnisse.

Kritische Beiträge weisen darauf hin, dass der überwiegende Teil der empirischen Literatur zu organisierter und »ritueller Gewalt« auf nicht repräsentativen Daten basiert (Mokros et al., 2024; Niehaus & Krause, 2023). Häufig handelt es sich um Selbstberichte von Betroffenen, Befragungen von Fachpersonen oder Auswertungen therapeutischer Fallkontexte (Becker et al., 2008; Behrendt et al., 2020; Bosse & Wagner, 2011; Kownatzki et al., 2012; Nick et al., 2018). Diese Datenquellen liefern wichtige Hinweise auf subjektive Belastungen und professionelle Wahrnehmungen, erlauben jedoch keine verlässlichen Aussagen über Verbreitung, Struktur oder Organisation der beschriebenen Gewaltformen (Mokros et al., 2024; Niehaus & Krause, 2023). Insbesondere wird betont, dass viele Studien bewusst niedrigschwellige Zugänge wählen, um Betroffenen eine Teilnahme zu ermöglichen. Aus empirischer Sicht gehe dies jedoch mit einer hohen Selbstselektion einher, die systematische Verzerrungen wahrscheinlich macht (Mokros et al., 2024). Personen, die sich selbst als Betroffene organisierter oder »ritueller Gewalt« verstehen, seien in entsprechenden Studien überrepräsentiert, während Gegenbeispiele oder abweichende Deutungen kaum erfasst würden.

Die Problematik der Selbstselektion stellt einen der am häufigsten genannten Kritikpunkte dar. Kritische Autor*innen weisen darauf hin, dass die Teilnahme an Befragungen oder Anhörungen häufig an die Selbstzuschreibung als Betroffene*r »ritueller Gewalt« gebunden ist (Klofstad et al., 2025; Mokros et al., 2024). Dadurch entstehe ein zirkulärer Zusammenhang zwischen Untersuchungsgegenstand und Stichprobenzusammensetzung. Diese Verzerrung betreffe nicht nur Betroffenenbefragungen, sondern vor allem auch Erhebungen unter Fachpersonen. Auch hier würden primär jene erreicht, die bereits mit dem Narrativ vertraut sind oder in entsprechenden Praxisfeldern tätig sind. Kritische Autor*innen, wie Klofstad et al. (2025) und Mokros et al. (2024) argumentieren, dass dadurch Wahrnehmungen und Deutungen reproduziert würden, ohne systematisch zu prüfen, ob alternative Erklärungen möglich sind.

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt betrifft die fehlende externe Validierung der berichteten Gewalterfahrungen (Fegert & Urbaniok, 2024; Mokros et al., 2024). Während qualitative Studien und Anhörungen detaillierte Beschreibungen liefern, fehlen häufig unabhängige Bestätigungen durch forensische Befunde, Zeug*innenaussagen oder dokumentierte Ermittlungsverfahren (Dessecker, 2020). Eine staatlich eingesetzte Untersuchungskommission in den Niederlanden analysierte unter Einbezug unterschiedlicher Datenquellen systematisch den Forschungs- und Diskussionsstand (Hendriks et al., 2023). Zusammenfassend kommt sie zu dem Ergebnis, dass es keine belastbaren empirischen Belege für die Existenz von organisiertem rituellem Missbrauch gibt. Entsprechende Hinweise stammen ausschließlich aus Berichten von Betroffenen, die jedoch nicht unabhängig verifiziert werden konnten. Sowohl Fegert und Urbaniok (2024) als auch Mokros et al. (2024) betonen, dass dieser Befund nicht als Vorwurf gegenüber Betroffenen zu verstehen sei, sondern als methodisches Problem. Ohne externe Validierung lasse sich nicht klären, inwieweit berichtete Strukturen tatsächlich existieren oder ob alternative Erklärungen – etwa individuelle Traumadynamiken, soziale Einflüsse oder

therapeutische Interpretationsprozesse – eine Rolle spielen. Die Abwesenheit überprüfbarer Belege begrenze daher die Aussagekraft empirischer Studien erheblich.

Mehrere Beiträge problematisieren eine Zirkularität zwischen theoretischen Annahmen und empirischen Befunden. So werde das Fehlen von Belegen innerhalb des Narrativs häufig selbst narrativ erklärt, etwa durch angenommene besondere Geheimhaltungsstrategien oder außergewöhnliche Täterkompetenzen. Wie bereits erwähnt, sehen kritische Stimmen darin die Gefahr, dass das Konzept immun gegen Widerlegung werde (Hahn, 2019; Mokros et al., 2024). Diese Zirkularität erschwere es, zwischen bestätigenden Hinweisen und narrativ konsistenten, aber empirisch offenen Deutungen zu unterscheiden. Aus wissenschaftlicher Perspektive werde damit die Grenze zwischen Hypothese und Erklärung verwischt.

Ein besonderer Stellenwert kommt aus kritischer Sicht jenen wenigen Untersuchungen zu, die auf repräsentativen oder bevölkerungsbezogenen Daten beruhen. Diese Studien berichten deutlich geringere Prävalenzen organisierter und ritualisierter Gewalt als jene, die aus spezialisierten Praxisfeldern abgeleitet werden (Gerke et al., 2024a; Klofstad et al., 2025). Kritische Autor*innen argumentieren, dass diese Diskrepanz erklärungsbedürftig sei. Während die affirmative Literatur auf die besondere Unsichtbarkeit des Phänomens verweist, sehen kritische Stimmen darin einen Hinweis darauf, dass das Narrativ spezifische Erfahrungsgruppen überrepräsentiert und verallgemeinert. Die repräsentativen Befunde werden daher als notwendiges Korrektiv verstanden, das die Reichweite narrativer Annahmen begrenzt, ohne individuelle Berichte zu entwerten.

Die Problematik selektiver Datengrundlagen wird besonders deutlich im Vergleich stark divergierender Häufigkeitsangaben. Während frühere klinische Studien und Befragungen von Fachkräften teils sehr hohe Anteile von Fällen »ritueller Gewalt« berichten, fehlen bislang konsistente Ergebnisse aus repräsentativen Bevölkerungsstudien. Gerke et al. (2024a) legen erstmals Daten aus zwei repräsentativen Stichproben der deutschen Bevölkerung vor (n = 2522 bzw. n = 2515). Auf Grundlage sowohl einer direkten Selbstauskunft (»Haben Sie organisierte sexualisierte und/oder rituelle Gewalt in Ihrer Kindheit erlebt?«) als auch einer operationalisierten Abfrage entlang der Kriterien der Fachkreisdefinition (Fachkreis, 2018, S. 5) zeigen sich sehr niedrige Häufigkeiten. Weniger als 0,5 % der Befragten bejahen die direkte Frage, und weniger als 0,1 % erfüllen die Kriterien für »rituelle Gewalt« im engeren Sinne. Bemerkenswert ist zudem die geringe Übereinstimmung zwischen Selbstidentifikation und definitionsbasierter Zuordnung. Ein erheblicher Teil der Personen, die einzelne Aspekte der Definition bejahen, verneint zugleich die direkte Frage nach entsprechenden Gewalterfahrungen – und umgekehrt. Aus kritischer Sicht verweist diese Inkonsistenz auf eine erhebliche begriffliche und subjektive Varianz dessen, was unter »organisierter« oder »ritueller Gewalt« verstanden wird.

Gerke et al. (2024a) zeigen, dass selbst bei Verwendung der derzeit maßgeblichen deutschen Fachkreisdefinition erhebliche Interpretationsspielräume bestehen. Insbesondere das Kriterium der »Ideologie« erweist sich als unscharf: In den repräsentativen Daten berichten einzelne Befragte von ideologisch gerechtfertigter Gewalt, ohne sich

selbst als Opfer organisierter oder »ritueller Gewalt« einzuordnen. Aus kritischer Perspektive legt dies nahe, dass das Vorhandensein einer (pseudo-)ideologischen Rahmung nicht zwingend auf eine eigenständige Gewaltform schließen lässt, sondern auch als Täterstrategie innerhalb anderer Gewaltkontexte verstanden werden kann. Die empirische Erfassung »ritueller Gewalt« ist damit in hohem Maße abhängig von der jeweils verwendeten Definition und deren Verständlichkeit für Befragte.

Die kritische Literatur verweist zudem auf den fehlenden Abgleich mit amtlichen Statistiken. Polizeiliche Kriminalstatistiken und gerichtliche Verurteilungen liefern bislang keine Hinweise auf rituelle Gewaltstrukturen im Sinne großflächiger, organisierter Täternetzwerke (Fegert & Urbaniok, 2024; Funkschmidt, 2024). Zwar ist ein deutlicher Anstieg bei Delikten im Bereich der Herstellung und Verbreitung von Missbrauchsabbildungen zu verzeichnen, doch handelt es sich hierbei überwiegend um Einzeltäter oder Netzwerke ohne ideologisch begründete Gewaltpraktiken. Es wird betont, dass das Fehlen entsprechender strafrechtlicher Befunde nicht als Beweis für Nichtexistenz gewertet werden müsse (Dessecker, 2020). Zugleich sei es jedoch problematisch, empirisch nicht belegte Annahmen über Täternetzwerke und Ritualkontexte als Erklärung für eben dieses Fehlen heranzuziehen.

Schließlich thematisiert die empirische Kritik den Einfluss professioneller Überzeugungen, Fortbildungen und weltanschaulicher Hintergründe auf die Wahrnehmung und Einordnung von Fällen (Gerke et al., 2024a). Studien zeigen, dass religiöse Überzeugungen, spezifische Fortbildungen zu »ritueller Gewalt« sowie therapeutische Schulen die Wahrscheinlichkeit beeinflussen können, entsprechende Erfahrungen zu identifizieren oder zu berichten (Patihis & Pendergrast, 2019; Dodier et al., 2019). Gerke et al. (2024a) verweisen in diesem Zusammenhang auch auf Überschneidungen mit verschwörungstheoretischen Narrativen, insbesondere im Umfeld von QAnon. Die mögliche Verknüpfung von Diskursen über »rituelle Gewalt« mit solchen Erzählungen wird als zusätzlicher Faktor betrachtet, der sowohl Selbstidentifikation als auch professionelle Einschätzungen beeinflussen kann.

Ein Beispiel für die institutionelle Relevanz des Narrativs »Rituelle Gewalt« in psychiatrischen Behandlungskontexten bilden zwei Untersuchungsberichte aus der Schweiz. Ein Untersuchungsbericht zur Clienia Littenheid AG beschreibt, dass auf den Traumatherapie-Stationen Inhalte zu »ritueller Gewalt«, »Mind Control« und »Programmierung« in Fortbildungen vermittelt und Einfluss auf die Behandlung genommen haben. Der Bericht bewertet die damit verbundenen Annahmen und Vorgehensweisen kritisch und verweist auf mögliche Risiken für vulnerable Patient*innen, insbesondere wenn nicht hinreichend gesicherte Interpretationen therapeutisch handlungsleitend werden (Lexperience AG, 2022). Auch ein Untersuchungsbericht zum Psychiatriezentrum Münsingen AG thematisiert den Umgang mit der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung und mit Annahmen zu »Viktimisierung durch rituelle Gewalt/anhaltenden Täterkontakt«. Für einzelne Stationen sowie die Ambulanz wird konstatiert, dass diese zeitweise fachlich und personell überfordert waren. Der Bericht bringt diese Konstel-

lation mit qualitativen Defiziten in der Behandlung sowie mit problematischen therapeutischen Überzeugungen und Dynamiken in Verbindung (Maier, 2022).

2.3.3 Gedächtnispsychologische und klinische Kritik

Ein weiterer zentraler Kritikstrang richtet sich auf die gedächtnispsychologischen und klinischen Annahmen, die im Narrativ »Rituelle Gewalt« eine tragende Rolle spielen (vgl. Kapitel 5). Dabei geht es insbesondere um Fragen der Erinnerungsentstehung, -stabilität und -rekonstruktion sowie um die Interpretation dissoziativer Symptomatik. Kritische Beiträge erkennen die Realität traumabedingter psychischer Belastungen ausdrücklich an, problematisieren jedoch die spezifischen kausalen Zuschreibungen, die im Narrativ vorgenommen werden (Funkschmidt, 2024; Herzog et al., 2025a, 2025b; Mokros et al., 2024).

Ein grundlegender Befund der Gedächtnispsychologie ist der rekonstruktive Charakter autobiografischer Erinnerung. Erinnerungen werden nicht als statische Abbilder vergangener Ereignisse verstanden, sondern als dynamische Konstruktionen, die bei jedem Abruf neu zusammengesetzt werden (Anderson et al., 2000). Dieser Prozess ist anfällig für Verzerrungen, Suggestionen und nachträgliche Bedeutungszuschreibungen, insbesondere bei emotional hochbelasteten Inhalten (Fegert & Urbaniok, 2024; Putnam, 1991). Kritische Autor*innen weisen darauf hin, dass viele Berichte »ritueller Gewalt« erst Jahre oder Jahrzehnte nach den angeblichen Ereignissen entstehen und häufig im Kontext therapeutischer Prozesse artikuliert werden (Funkschmidt, 2024; Herzog et al., 2025a, 2025b). Aus gedächtnispsychologischer Sicht erhöht dies die Wahrscheinlichkeit rekonstruktiver Einflüsse, ohne dass daraus automatisch auf Unwahrheit geschlossen werden kann. Vielmehr wird betont, dass Erinnerung und Erleben voneinander zu unterscheiden sind: Subjektiv erlebte Gewissheit ist kein verlässlicher Indikator für historische Faktizität (Mokros et al., 2024).

Dissoziative Symptome gelten in der klinischen Psychologie als gut dokumentierte Reaktionen auf überwältigende Belastungen (Carlson et al., 2012). Die kritische Literatur stellt jedoch infrage, inwieweit Dissoziation als spezifischer Hinweis auf organisierte oder ritualisierte Gewalt interpretiert werden kann. Während die affirmative Position Dissoziation teilweise als gezielt herbeigeführten Kontrollmechanismus versteht, sehen kritische Beiträge darin primär eine unspezifische Traumafolge, die in sehr unterschiedlichen Kontexten auftreten kann (Niehaus & Krause, 2023; Fegert & Urbaniok, 2024). Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass dissoziative Störungen auch bei Personen ohne entsprechende Gewalterfahrungen diagnostiziert werden und dass ihre Ausprägung stark von individuellen, sozialen und therapeutischen Faktoren beeinflusst wird. Die Zuschreibung spezifischer Täterstrategien auf Grundlage dissoziativer Symptomatik wird daher als klinisch und empirisch nicht hinreichend abgesichert bewertet.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Annahme großflächiger, über lange Zeiträume bestehender Amnesien für schwere Gewalterfahrungen. Zwar ist partielles Vergessen oder fragmentierte Erinnerung bei traumatischen Erlebnissen dokumentiert, doch verweisen kritische Autor*innen darauf, dass vollständige und langfristige Amnesien für wiederholte, extreme Gewaltereignisse empirisch selten sind (Mokros et al., 2024; Putnam, 1991). Die kritische Literatur betont, dass fragmentierte Erinnerungen auch aus normalen Gedächtnisprozessen, Entwicklungsfaktoren oder nachträglicher Bedeutungszuschreibung resultieren können. Die Annahme gezielter Gedächtnislöschung oder systematischer »Programmierung« überschreite nach Ansicht vieler Autor*innen den empirisch belegbaren Rahmen.

Ein besonders sensibler Aspekt der gedächtnispsychologischen Kritik betrifft mögliche suggestive Prozesse im therapeutischen Kontext. Kritische Beiträge verweisen auf historische Erfahrungen aus der Debatte um verdrängte Erinnerungen und satanisch-rituellen Missbrauch, in denen therapeutische Interventionen unbeabsichtigt zur Entstehung oder Verfestigung problematischer Erinnerungskonstruktionen beigetragen haben könnten (Putnam, 1991; Schmied-Knittel, 2008). Dabei wird nicht unterstellt, dass Therapeut*innen bewusst suggestiv handeln. Vielmehr wird auf strukturelle Risiken hingewiesen, die bestehen können, wenn bestimmte Deutungsrahmen implizit oder explizit nahegelegt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn therapeutische Hypothesen frühzeitig als Erklärungen für Symptome etabliert werden, ohne alternative Interpretationen offenzuhalten (Niehaus & Krause, 2023).

Zusammenfassend richtet sich die gedächtnispsychologische und klinische Kritik nicht gegen die Anerkennung traumabedingter Symptome, sondern gegen spezifische Kausalannahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt«. Die Rekonstruktivität von Erinnerung, die Unspezifität dissoziativer Symptome und die Risiken suggestiver Prozesse markieren zentrale Unsicherheitsfaktoren. Diese Befunde legen nahe, dass klinische Plausibilität und empirische Absicherung systematisch unterschieden werden müssen.

2.3.4 Professionsethische Kritik und therapeutische Verantwortung

Neben begrifflichen, empirischen und gedächtnispsychologischen Einwänden richtet sich ein wesentlicher Teil der kritischen Literatur auf professionsethische Fragen. Im Zentrum steht dabei die Verantwortung von Fachpersonen im Umgang mit hochgradig unsicheren Annahmen, insbesondere in therapeutischen, beratenden und diagnostischen Kontexten (Funkschmidt, 2024; Herzog et al., 2025a, 2025b). Kritisiert wird die Art und Weise, wie bestimmte Deutungsrahmen in professionellen Beziehungen etabliert und weitergegeben werden.

Kritische Beiträge verweisen auf die strukturelle Asymmetrie therapeutischer Beziehungen. Therapeut*innen verfügen über Deutungsmacht, die sich aus fachlicher Autorität, institutioneller Einbettung und der Abhängigkeit von Patient*innen ergibt

(Herzog et al., 2025a, 2025b; Niehaus & Krause, 2023). Diese Asymmetrie gewinnt besondere Bedeutung, wenn hochkomplexe Erklärungsmodelle wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in den therapeutischen Prozess eingebracht werden. Aus professionsethischer Sicht wird problematisiert, dass Interpretationen, die im therapeutischen Kontext zunächst als Hypothesen oder Verständnishilfen eingeführt werden, von Patient*innen als objektive Wahrheit internalisiert werden können. Dies könne weitreichende Folgen für Selbstverständnis, soziale Beziehungen und Lebensplanung haben. Kritische Autor*innen betonen daher die Notwendigkeit epistemischer Zurückhaltung und Transparenz über den hypothetischen Charakter bestimmter Annahmen (Herzog et al., 2025a, 2025b).

Ein zentrales ethisches Spannungsfeld betrifft den Umgang mit Unsicherheit. Die kritische Literatur weist darauf hin, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« häufig mit hoher Gewissheit kommuniziert wird, obwohl die empirische Absicherung begrenzt ist (Funkschmidt, 2024; Niehaus & Krause, 2023). Aus professionsethischer Perspektive stellt sich die Frage, inwieweit Fachpersonen verpflichtet sind, diese Unsicherheiten offen zu benennen (Fegert & Urbaniok, 2024; Herzog et al., 2025a, 2025b). Es wird argumentiert, dass der Anspruch, Betroffenen Sicherheit und Orientierung zu bieten, nicht mit dem Anspruch auf epistemische Gewissheit verwechselt werden dürfe. Professionelles Handeln müsse auch die Fähigkeit einschließen, Ambiguität auszuhalten und Nichtwissen transparent zu machen, ohne therapeutische Beziehung oder Unterstützung zu gefährden.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Gefahr narrativer Verfestigung. Wenn das Narrativ »Rituelle Gewalt« frühzeitig und exklusiv als Erklärung für Symptome etabliert wird, können alternative Interpretationen in den Hintergrund treten. Kritische Stimmen sehen darin das Risiko, dass therapeutische Prozesse verengt und Entwicklungsmöglichkeiten begrenzt werden (Funkschmidt, 2024; Gerke et al., 2024b). Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass narrative Verfestigungen auch institutionell verstärkt werden können, etwa durch Fortbildungsangebote, Leitfäden oder spezialisierte Versorgungsstrukturen, die bestimmte Annahmen implizit normieren (Herzog et al., 2025a, 2025b). Aus professionsethischer Sicht wird daher gefordert, Interpretationsangebote plural zu halten und regelmäßig kritisch zu reflektieren.

Ein besonders sensibler Aspekt der professionsethischen Debatte betrifft das Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Kritik und dem Schutz vor sekundärer Viktimisierung. Kritische Autor*innen betonen, dass Zweifel an bestimmten Erklärungsmodellen nicht als Zweifel an Betroffenen missverstanden werden dürfen (Fegert & Urbaniok, 2024). Gleichzeitig warnen sie davor, wissenschaftliche Einwände aus Sorge vor möglichen Verletzungen zu unterlassen (Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs, 2023; Niehaus & Krause, 2023; Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023). Aus ethischer Sicht wird argumentiert, dass die Vermeidung sekundärer Viktimisierung nicht durch den Verzicht auf Kritik erreicht werde, sondern durch eine klare Trennung zwischen Anerkennung von Leid und Prüfung von Modellen. Wissenschaftliche Kritik könne

vielmehr dazu beitragen, langfristige Schäden durch eine problematische Praxis oder Fehlannahmen zu vermeiden.

Schließlich thematisiert die kritische Literatur die Verantwortung professioneller Institutionen und Fachgesellschaften. Diese seien gefordert, Qualitätsstandards zu definieren, Fortbildungen kritisch zu begleiten und Räume für offene fachliche Diskussion zu schaffen (Mokros et al., 2024; Niehaus & Krause, 2023). Mehrere Stellungnahmen weisen darauf hin, dass öffentliche Polarisierung und mediale Eskalation professioneller Selbstregulation entgegenwirken können (DGfS, 2023; Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs, 2023). Aus professionsethischer Perspektive wird daher ein verstärkter Fokus auf interdisziplinären Austausch, transparente Kommunikation und die Förderung empirischer Forschung gefordert. Ziel sei es, sowohl die Unterstützung Betroffener als auch die wissenschaftliche Integrität zu sichern.

2.3.5 Zwischenbilanz der kritischen Perspektiven

Die kritischen Perspektiven auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« entfalten sich entlang mehrerer, miteinander verschränkter Dimensionen. Gemeinsam ist ihnen das Anliegen, die im affirmativen Diskurs formulierten Annahmen einer systematischen Prüfung zu unterziehen, ohne die Realität sexualisierter Gewalt oder den Unterstützungsbedarf Betroffener infrage zu stellen.

Die begriffs- und konzeptkritischen Analysen haben gezeigt, dass der Begriff der »rituellen Gewalt« in seiner gegenwärtigen Verwendung eine erhebliche semantische Offenheit aufweist. Unterschiedliche Bedeutungen von »rituell«, »organisiert« und »ideologisch« werden miteinander vermischt. Diese begriffliche Unschärfe erschwert nicht nur empirische Forschung, sondern begünstigt auch eine Überdehnung des Konzepts, bei der heterogene Gewaltphänomene unter einem gemeinsamen Deutungsrahmen zusammengeführt werden. Die empirische Kritik hat verdeutlicht, dass die vorhandenen Daten wichtige Einblicke in subjektive Belastungen und professionelle Wahrnehmungen liefern, ihre Aussagekraft jedoch methodisch begrenzt ist. Selbstselektion, fehlende externe Validierung und zirkuläre Interpretationsmuster schränken die Möglichkeit ein, aus diesen Daten belastbare Aussagen über Struktur, Verbreitung und Organisation »ritueller Gewalt« abzuleiten. Die gedächtnispsychologische und klinische Kritik verweist auf die Rekonstruktivität autobiografischer Erinnerung, die Unspezifität dissoziativer Symptome und die Risiken suggestiver Prozesse als zentrale Unsicherheitsfaktoren. Während traumabedingte Symptome als reale und behandlungsbedürftige Phänomene anerkannt werden, problematisieren kritische Beiträge die kausale Zuschreibung dieser Symptome zu spezifischen Täterstrategien. Die professionsethische Analyse hat deutlich gemacht, dass die Debatte um »rituelle Gewalt« nicht allein eine Frage empirischer Evidenz ist, sondern grundlegende normative und ethische Dimensionen berührt. Die Verantwortung von Fachpersonen im Umgang

mit Unsicherheit, Deutungsmacht und potenziellen Risiken steht dabei im Zentrum. In der Zusammenschau wird deutlich, dass sich die kritischen Perspektiven weniger gegen einzelne Elemente des Narrativs richten als gegen dessen strukturelle Logik. Diese Logik zeichnet sich dadurch aus, dass subjektive Berichte, therapeutische Plausibilität, empirische Hinweise und normative Setzungen eng miteinander verschränkt werden. Aus wissenschaftlicher Sicht entsteht dadurch ein Spannungsfeld zwischen erklärender Kohärenz und empirischer Überprüfbarkeit.

Zugleich wird sichtbar, dass die Kontroverse nicht durch einfache Gegenüberstellungen von »Glauben« und »Leugnen« angemessen beschrieben werden kann. Vielmehr stehen unterschiedliche epistemische Ansprüche, institutionelle Aufträge und Schutzgüter einander gegenüber. Diese Befunde verweisen über die Ebene fachlicher Kritik hinaus. Sie legen nahe, dass die Persistenz und Wirksamkeit des Narrativs »Rituelle Gewalt« nicht allein aus empirischen Annahmen erklärbar ist, sondern auch aus seinen diskursiven, historischen und gesellschaftlichen Einbettungen.

2.4 Diskursive Einordnung des Narrativs »Rituelle Gewalt«

Dieses Kapitel vollzieht einen analytischen Perspektivwechsel. Im Zentrum steht nun nicht mehr die Frage nach der empirischen oder theoretischen Tragfähigkeit einzelner Annahmen, sondern die Untersuchung der diskursiven Bedingungen, unter denen das Narrativ »Rituelle Gewalt« entsteht, verbreitet wird und gesellschaftliche Wirksamkeit entfaltet. Die diskursive Perspektive geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit nicht allein durch objektive Ereignisse bestimmt wird, sondern wesentlich durch Deutungsrahmen, Erzählmuster und institutionelle Praktiken geprägt ist (Mulhern, 1994; Richardson, 1997). Narrative fungieren in diesem Zusammenhang als strukturierende Sinnangebote, die komplexe Erfahrungen ordnen, moralisch rahmen und handlungsleitend wirken. Sie verbinden individuelle Erlebnisse mit kulturellen Bedeutungen und kollektiven Deutungsmustern. Auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« angewendet bedeutet dies, dass seine gesellschaftliche Relevanz nicht ausschließlich aus der empirischen Absicherung der zugrunde liegenden Annahmen erklärt werden kann (de Young, 1996). Vielmehr ist zu untersuchen, welche historischen, kulturellen, professionellen und medialen Faktoren dazu beitragen, dass bestimmte Erzählungen als plausibel, erklärungskräftig und moralisch dringlich wahrgenommen werden. Dieser Perspektivwechsel impliziert keine Relativierung von Leid oder Gewalt. Diskursanalytische Ansätze zielen nicht darauf ab, subjektive Erfahrungen zu delegitimieren oder als bloße Konstruktionen zu entwerten. Vielmehr erlauben sie, zwischen dem Erleben von Gewalt, der Deutung dieses Erlebens und der gesellschaftlichen Verarbeitung dieser Deutungen analytisch zu

unterscheiden. Gerade diese Differenzierung eröffnet die Möglichkeit, Polarisierungen zu verstehen, ohne sie zu reproduzieren.

2.4.1 Historische Genealogien ritueller Gewaltvorstellungen

Die diskursive Analyse des Narrativs »Rituelle Gewalt« gewinnt an analytischer Tiefe, wenn seine historischen Vorläufer berücksichtigt werden. Zahlreiche Autor*innen weisen darauf hin, dass zentrale Motive heutiger Erzählungen nicht neu sind, sondern auf lange tradierte kulturelle Deutungsmuster zurückgreifen, die in unterschiedlichen historischen Kontexten reaktiviert und neu gerahmt wurden (Frankfurter, 2003; Richardson, 1997; Schmied-Knittel, 2008).

Bereits im Kontext der frühneuzeitlichen Hexenverfolgung finden sich Erzählungen über geheime nächtliche Zusammenkünfte, sexualisierte Rituale, Kindesopfer, transgenerationale Weitergabe von Wissen sowie die Vorstellung eines verborgenen, kollektiv organisierten Bösen (Mulhern, 1994). Diese Motive dienten der Erklärung von sozialer Devianz, Krisenerfahrungen und moralischen Grenzüberschreitungen und waren eng mit religiösen und politischen Machtverhältnissen verknüpft (Frankfurter, 2003). Ähnliche narrative Strukturen lassen sich in antisemitischen Legenden nachweisen, die seit dem Mittelalter immer wieder aufgegriffen wurden. Auch hier fungierte die Vorstellung rituell motivierter Gewalt als Projektionsfläche für gesellschaftliche Ängste und als Mittel zur Konstruktion klarer Täter-Opfer-Dichotomien. Schmied-Knittel (2008) betont, dass diese historischen Narrative weniger über reale Gewaltpraktiken Auskunft geben als über kulturelle Muster der Feindbildproduktion und Moralisierung.

Im 20. Jahrhundert erfahren diese Motive eine neue Ausprägung im Kontext moderner moralischer Panik[14]. Besonders prägend ist die sogenannte Satanic Panic der 1980er- und frühen 1990er-Jahre, vor allem in den USA, Kanada, Großbritannien und Australien. In dieser Phase wurden Tausende Vorwürfe satanistisch-rituellen Missbrauchs erhoben, die häufig im Zusammenhang mit therapeutischen Interventionen, suggestiven Befragungen und medialer Dramatisierung standen (de Young, 1996; Mulhern, 1994; Putnam, 1991). Die Forschung zeigt, dass diese Vorwürfe trotz intensiver Ermittlungen und gerichtlicher Verfahren nicht bestätigt werden konnten. Unabhängige Untersuchungskommissionen kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass reale Fälle sexualisierter Gewalt existierten, nicht jedoch die behaupteten organisierten satanistischen Täternetzwerke (de Young, 1996; Putnam, 1991). Gleichwohl entfalteten die Erzählungen erhebliche gesellschaftliche Wirkungen, etwa durch langjährige Gerichtsverfahren, Fehlverurteilungen und institutionelle Verwerfungen.

14 Das Konzept der Moral Panic (moralische Panik) wurde vom Soziologen Stanley Cohen (1972) eingeführt und geprägt. Mit moralischer Panik wird eine gesellschaftliche Überreaktion auf ein vermeintliches Bedrohungsphänomen beschrieben, welches in den Medien, der Politik und der Öffentlichkeit stark dramatisiert wird.

Ein zentrales Merkmal dieser historischen Episoden ist die Wiederkehr spezifischer narrativer Elemente: die Annahme allmächtiger, verborgener Tätergruppen; die Erklärung fehlender Beweise durch besondere Geheimhaltung; die Moralisierung von Zweifel sowie die Vorstellung, dass Kritik selbst Teil des Problems sei (Mulhern, 1994; Richardson, 1997). Diese Elemente tragen dazu bei, dass die Narrative eine hohe Binnenkohärenz entwickeln und gegenüber Widerlegung resistent werden. Schmied-Knittel (2012) argumentiert, dass diese historischen Vorläufer nicht als direkte Ursachen heutiger ORG-Erzählungen verstanden werden sollten. Vielmehr handele es sich um kulturelle Repertoires, die in Phasen gesellschaftlicher Unsicherheit reaktiviert und an zeitgenössische Kontexte angepasst würden. Moderne Diskurse griffen dabei selektiv auf ältere Motive zurück, transformierten sie jedoch durch neue wissenschaftliche, therapeutische und politische Wissensformen. Für den deutschsprachigen Raum lässt sich beobachten, dass explizit religiöse oder satanistische Bezüge im Lauf der Zeit an Bedeutung verloren haben (Schmied-Knittel, 2008, 2012). Stattdessen treten säkularisierte Deutungsmuster in den Vordergrund, etwa die Bezugnahme auf »Ideologien«, »Netzwerke« oder »Programmierung«. Diese Transformation erhöht die Anschlussfähigkeit des Narrativs an professionelle Diskurse und reduziert zugleich die Angriffsfläche für Kritik, ohne die grundlegende narrative Struktur zu verändern.

2.4.2 Moralische Panik als analytischer Zugang

Zur Erklärung der Dynamiken, die das Narrativ »Rituelle Gewalt« prägen und stabilisieren, greifen zahlreiche Autor*innen auf das sozialwissenschaftliche Konzept der moralischen Panik zurück. Der Begriff bezeichnet gesellschaftliche Prozesse, in denen bestimmte Phänomene als existenzielle Bedrohung moralischer Ordnung konstruiert werden und dadurch eine überproportionale öffentliche Aufmerksamkeit, institutionelle Mobilisierung und normative Aufladung erfahren (Cohen, 2011; Frankfurter, 2003). Das Konzept bietet einen analytischen Rahmen, um zu verstehen, wie bestimmte Erzählungen kollektive Resonanz entfalten, politische und institutionelle Reaktionen auslösen und sich gegenüber Kritik stabilisieren. Die Anwendung des Konzepts richtet sich somit auf die Dynamik des Diskurses, nicht auf den Wahrheitsgehalt einzelner Berichte.

Die Literatur identifiziert mehrere charakteristische Merkmale einer moralischen Panik, die sich auch im Diskurs um »rituelle Gewalt« wiederfinden. Dazu zählen die Konstruktion klarer Täter-Opfer-Dichotomien, die Annahme verborgener und hochorganisierter Tätergruppen, eine starke Moralisierung der Debatte sowie die Vorstellung einer akuten und allgegenwärtigen Bedrohung (Frankfurter, 2003; Richardson, 1997). Ein weiteres zentrales Element ist die Figur des sogenannten »folk devil«, also eines moralisch eindeutig negativ konnotierten Gegners, dem extreme Eigenschaften zugeschrieben werden (de Young, 2008). Im Diskurs um »rituelle Gewalt« manifestiert sich diese Figur in der Vorstellung allmächtiger Täterkollektive, die jenseits gesellschaft-

licher Kontrolle agieren. Zweifel oder Gegenargumente werden dabei nicht als legitime Einwände, sondern als Ausdruck von Ignoranz, Komplizenschaft oder Verdrängung interpretiert.

Eine moralische Panik wird nicht als spontane Massenreaktionen verstanden, sondern als Prozess, an dem spezifische Akteur*innen beteiligt sind. Die Literatur spricht in diesem Zusammenhang von »moral entrepreneurs«, die durch Expertise, institutionelle Positionen oder mediale Präsenz Deutungsmacht erlangen (Cohen, 2011; de Young, 2008; Frankfurter, 2003). Im Diskurs um »rituelle Gewalt« übernehmen unterschiedliche Akteur*innen diese Rolle, darunter Fachpersonen aus Therapie und Beratung, Aktivist*innen, Medienvertreter*innen sowie politische Institutionen (Schmied-Knittel, 2008). Ihre Beiträge sind häufig vom Anliegen geprägt, auf ein als gravierend wahrgenommenes Unrecht aufmerksam zu machen. Kritische Autor*innen betonen jedoch, dass moralische Dringlichkeit und analytische Zurückhaltung in ein Spannungsverhältnis geraten können, wenn alarmierende Narrative nicht mehr systematisch überprüft werden (de Young, 2008; Frankfurter, 2003).

Im Zentrum der Rekonstruktion einer moralischen Panik steht ihre Eskalationsdynamik. Alarmierende Berichte erzeugen mediale Aufmerksamkeit, diese wiederum verstärkt politischen und institutionellen Handlungsdruck. Maßnahmen wie Sondermittlungen, Förderprogramme oder öffentliche Stellungnahmen können die Wahrnehmung der Bedrohung weiter intensivieren, selbst wenn empirische Klärungen ausbleiben (de Young, 1996; Frankfurter, 2003). Für den Diskurs um »rituelle Gewalt« wird beschrieben, dass institutionelle Reaktionen häufig präventiv oder symbolisch erfolgen, um Handlungsfähigkeit zu demonstrieren. Gleichzeitig können solche Reaktionen unbeabsichtigt zur Stabilisierung des Narrativs beitragen, indem sie dessen implizite Annahmen bestätigen. Kritische Stimmen sehen darin das Risiko, dass institutionelle Dynamiken die Trennung zwischen empirischer Prüfung und moralischer Mobilisierung verwischen (de Young, 2008).

Eine moralische Panik lässt sich außerdem über ihre Tendenz zur Immunisierung gegenüber Kritik charakterisieren. Widersprechende Befunde, fehlende Belege oder methodische Einwände werden nicht als Anlass zur Revision verstanden, sondern in das bestehende Narrativ integriert (Mulhern, 1994; Richardson, 1997). Im Diskurs »rituelle Gewalt« zeigt sich dies etwa in der Annahme, dass das Fehlen von Beweisen selbst Ausdruck besonderer Täterkompetenz oder systematischer Vertuschung sei. Diese Immunisierungsmechanismen tragen dazu bei, dass moralische Paniken eine hohe Binnenstabilität entwickeln. Kritik wird moralisch umgedeutet und verliert damit ihren analytischen Status. Aus diskursanalytischer Sicht stellt dies ein zentrales Hindernis für wissenschaftliche Klärung dar.

Die Anwendung des Konzepts der moralischen Panik auf den Diskurs um »rituelle Gewalt« ist nicht unumstritten. Kritische Autor*innen betonen, dass reale Gewaltphänomene existieren und dass moralische Alarmierung auch legitime Funktionen erfüllen kann, etwa zur Sensibilisierung für bislang vernachlässigte Problemlagen (de

Young, 2008; Schmied-Knittel, 2012). Gleichwohl zeigt die Forschung, dass moralische Paniken insbesondere dort entstehen, wo Unsicherheit, Angst und moralische Grenzfragen zusammentreffen (Goode & Ben-Yehuda, 2009). In solchen Kontexten bieten stark vereinfachende Narrative Orientierung und Handlungssicherheit, gehen jedoch mit dem Risiko analytischer Verkürzung einher. Das Konzept der moralischen Panik erlaubt es daher, die Dynamiken des Diskurses zu erklären, ohne dessen Gegenstand vorschnell zu delegitimieren.

2.4.3 Therapeutische Wissensproduktion und narrative Stabilisierung

Ein zentrales Moment in der diskursiven Stabilisierung des Narrativs »Rituelle Gewalt« liegt in der Rolle therapeutischer und professioneller Wissensformen. Diskursanalytische Arbeiten weisen darauf hin, dass therapeutische Kontexte nicht nur Orte individueller Heilung sind, sondern zugleich Räume der Sinnproduktion, in denen Erlebnisse gedeutet, strukturiert und in umfassende Erzählungen eingebettet werden (Mulhern, 1994; Putnam, 1991). Im Kontext »rituelle Gewalt« fungieren therapeutische Deutungsangebote häufig als vermittelnde Instanz zwischen subjektivem Erleben und gesellschaftlicher Bedeutung. Symptome, Affekte und fragmentierte Erinnerungen werden nicht isoliert betrachtet, sondern in einen übergeordneten Erklärungsrahmen integriert, der komplexe und schwer fassbare Erfahrungen kohärent erscheinen lässt. Aus diskursiver Perspektive liegt hierin eine zentrale Attraktivität des Narrativs: Es bietet eine sinnstiftende Ordnung für extreme Belastungen, die andernfalls schwer erklärbar wären (Schmied-Knittel, 2008). Mehrere Autor*innen betonen, dass therapeutische Plausibilität im Diskurs um »rituelle Gewalt« eine zentrale epistemische Funktion übernimmt. Plausibel ist nicht primär das empirisch Überprüfbare, sondern das klinisch Stimmige: Erklärungen, die Symptome sinnvoll miteinander verbinden, subjektive Gewissheit ermöglichen und emotionale Kohärenz herstellen (Mulhern, 1994; Putnam, 1991). Diese Form der Plausibilität unterscheidet sich grundlegend von wissenschaftlicher Evidenz im engeren Sinne. Gleichwohl kann sie innerhalb professioneller Kontexte eine erhebliche Überzeugungskraft entfalten. Diskursanalytisch betrachtet wird therapeutische Plausibilität damit zu einer Ressource, die das Narrativ stabilisiert, auch wenn externe Validierung fehlt.

Die Stabilisierung des Narrativs wird zudem durch professionelle Netzwerke, Fortbildungsformate und Fachpublikationen unterstützt (Schmied-Knittel, 2012). In spezialisierten Fach-Communities zirkulieren bestimmte Begriffe, Fallvignetten und Erklärungsmuster, die einen gemeinsamen Deutungsrahmen erzeugen. Schmied-Knittel (2012) beschreibt diesen Prozess als eine Form selektiver Wissenszirkulation, in der bestätigende Erfahrungen verstärkt und widersprechende Befunde seltener rezipiert werden.

Ein weiterer Aspekt therapeutischer Wissensproduktion liegt in der Bedeutung von Fallgeschichten. Fallvignetten fungieren im Diskurs um »rituelle Gewalt« als narra-

tive Verdichtungen, die komplexe Annahmen anschaulich machen (Schmied-Knittel, 2008). Sie verbinden individuelle Biografien mit allgemeinen Erklärungsmodellen und erzeugen dadurch eine hohe emotionale und argumentative Wirkung (Mulhern, 1994). Aus diskursiver Sicht liegt die Wirkmacht solcher Fallgeschichten weniger in ihrer empirischen Repräsentativität als in ihrer narrativen Struktur. Sie illustrieren zentrale Motive des Narrativs – frühe Gewalt, Kontrolle, Geheimhaltung, Loyalitätskonflikte – und tragen so zu dessen Plausibilisierung bei. Gleichzeitig erschweren sie die analytische Distanz, da Kritik an allgemeinen Annahmen leicht als Infragestellung individueller Leidensgeschichten wahrgenommen werden kann.

Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass sich im Diskurs um »rituelle Gewalt« die Grenzen zwischen therapeutischer Praxis, wissenschaftlicher Forschung und öffentlicher Kommunikation zunehmend verschieben. Therapeutische Konzepte werden in öffentlichen Debatten als Erklärungsmuster rezipiert, während wissenschaftliche Unsicherheiten in praxisnahen Kontexten oft in den Hintergrund treten (Frankfurter, 2003; Schmied-Knittel, 2008). Diese Grenzverschiebungen tragen dazu bei, dass therapeutische Wissensformen eine diskursive Reichweite entfalten, die über ihren ursprünglichen Anwendungsbereich hinausgeht. Aus analytischer Perspektive erklärt dies, warum das Narrativ »Rituelle Gewalt« nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in Medien und politischen Debatten wirksam wird.

2.4.4 Semantische Transformation und diskursive Modernisierung des Narrativs

Ein zentrales Ergebnis der diskursanalytischen Forschung ist, dass sich das Narrativ »Rituelle Gewalt« im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte semantisch deutlich verändert hat. Diese Transformation betrifft weniger die grundlegende narrative Struktur als vielmehr deren sprachliche und konzeptuelle Ausgestaltung. Kritische Autor*innen sprechen in diesem Zusammenhang von einer diskursiven Modernisierung, durch die das Narrativ an veränderte gesellschaftliche, wissenschaftliche und professionelle Kontexte angepasst wird (Schmied-Knittel, 2008, 2012).

Historisch waren frühere Debatten um »rituelle Gewalt« – insbesondere im Kontext der Satanic Panic – stark von explizit religiösen oder satanistischen Motiven geprägt (de Young, 2008; Richardson, 1997). Diese bildeten zentrale Identifikationsmarker des Narrativs und ermöglichten eine klare moralische Abgrenzung zwischen »gut« und »böse«. In neueren Diskursen treten solche expliziten Bezüge jedoch zunehmend in den Hintergrund (Frankfurter, 2003; Schmied-Knittel, 2008). Stattdessen wird Gewalt häufiger als ideologisch, weltanschaulich oder strukturell motiviert beschrieben, ohne religiöse Zuschreibungen. Diese Verschiebung erhöht die Anschlussfähigkeit des Narrativs an säkulare Fachöffentlichkeiten und reduziert zugleich dessen Anfälligkeit für offene Kritik, die sich in der Vergangenheit häufig an satanistischen Bezügen entzündete.

Mit dem Rückgang expliziter religiöser Motive geht die Einführung neuer Schlüsselbegriffe einher. Begriffe wie »Programmierung«, »Mind Control«, »Netzwerke«, »organisierte Strukturen« oder »ideologische Gewalt« treten an die Stelle älterer Konzepte. Diese Terminologie greift teilweise auf wissenschaftlich klingende oder technisch anmutende Begriffe zurück, die dem Narrativ eine erhöhte Plausibilität verleihen (Funkschmidt, 2024; Schmied-Knittel, 2012). Diskursanalytisch betrachtet handelt es sich hierbei um eine semantische Verschiebung, die weniger neue Inhalte erzeugt als bestehende Annahmen neu rahmt (z. B. Gysi, 2021, 2025).

Ein weiteres Merkmal der diskursiven Modernisierung ist die Entkopplung des Narrativs von konkreten symbolischen Praktiken. Während frühere Darstellungen häufig detaillierte Beschreibungen ritueller Handlungen enthielten, bleiben neuere Versionen oft vager (Hahn, 2019; Niehaus & Krause, 2023). Gewalt wird als »ritualisiert« bezeichnet, ohne dass klar benannt wird, worin diese Ritualisierung konkret besteht. Diese Vagheit kann diskursanalytisch als funktional interpretiert werden. Sie ermöglicht es, sehr unterschiedliche Erfahrungen und Deutungen unter dem Begriff der »rituellen Gewalt« zu versammeln, ohne sich auf überprüfbare Details festlegen zu müssen. Gleichzeitig erschwert sie eine präzise begriffliche oder empirische Kritik.

Die semantische Transformation trägt wesentlich zur Anschlussfähigkeit des Narrativs an professionelle Diskurse bei. Durch die Verwendung von Begriffen aus Psychologie, Neurowissenschaften oder Organisationsforschung wird eine Nähe zu etablierten Wissensformen suggeriert, auch wenn die empirische Fundierung einzelner Konzepte umstritten bleibt (Funkschmidt, 2024; Gerke et al., 2024b). Diese Anschlussfähigkeit erleichtert die Integration des Narrativs in therapeutische, beratende und institutionelle Kontexte. Zugleich trägt sie dazu bei, dass Kritik als fachfremd oder unsensibel wahrgenommen werden kann, wenn sie nicht denselben begrifflichen Rahmen übernimmt.

Parallel dazu zirkulieren auf digitalen Plattformen und in öffentlich-medialen Räumen Verschwörungserzählungen, die ältere satanische, elitenbezogene und antisemitische Motive aufnehmen. QAnon-, Pizzagate-, Deep-State- und Adrenochrom-Erzählungen verbinden Vorstellungen von geheimen Eliten, Kindersexhandel, satanisch motivierter Gewalt und Verjüngungsmotiven mit aktuellen politischen und gesellschaftlichen Konflikten (Deely, 2025; Deutscher Bundestag, 2020; Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen, 2019). Als periphere Anschlussmotive für das Narrativ »Rituelle Gewalt« können sie dessen diskursive Reichweite erweitern, weil sie einzelne Strukturelemente wie geheime Täterschaft, ideologische Rahmung, fortbestehende Bedrohung und verdeckte Steuerung aufnehmen.

Aus diskursanalytischer Sicht führt die beschriebene semantische Flexibilität zu einer erhöhten Resilienz des Narrativs. Indem zentrale Annahmen sprachlich anpassungsfähig bleiben, kann das Narrativ auf Kritik reagieren, ohne seine Grundstruktur zu verändern (Niehaus & Krause, 2023; Schmied-Knittel, 2012). Kritische Einwände gegen spezifische Begriffe oder Motive werden durch semantische Verschiebungen abgefedert, während

die erklärende Funktion des Narrativs erhalten bleibt (Schmied-Knittel, 2012). Diese Dynamik erklärt, warum das Narrativ »Rituelle Gewalt« über verschiedene historische Phasen hinweg Bestand hat, obwohl einzelne Elemente wiederholt kritisiert oder verworfen wurden. Die Modernisierung betrifft somit nicht den Kern der Erzählung, sondern deren diskursive Verpackung.

2.4.5 Extremistische Onlinenetzwerke – eigenständiges Kriminalitätsphänomen statt Beweis für das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Neben der semantischen Flexibilität ist zu beobachten, dass einige Personen, die der affirmativen Position zuzuordnen sind, Fälle um extremistische Netzwerke und damit verbundene Gewalttaten mitunter als aktuelle Bestätigung des Narrativs »Rituelle Gewalt« deuten (vgl. Facebook Account Michaela Huber, YouTube Kanal D.I.S. Ding). Ein wichtiger Bezugspunkt solcher Deutungen ist der unter der Bezeichnung »White Tiger« diskutierte Fall eines aus Hamburg stammenden 21-Jährigen, der mutmaßlich über Onlineplattformen Minderjährige kontaktiert, manipuliert, kontrolliert und zu massiven Gewalthandlungen gegen sich selbst und andere gedrängt haben soll. Er ist Mitglied des Onlinenetzwerks »764« gewesen, das im Schnittfeld von Terrorismus, gewaltsamem Extremismus und der Ausbeutung von Kindern zu verorten ist (Argentino et al., 2024). Medienberichten zufolge wird ihm unter anderem vorgeworfen, zahlreiche, meist minderjährige Betroffene über digitale Kommunikationskanäle gegroomt, sexuell ausgebeutet, zu Selbstverletzungen und Tierquälerei genötigt und im Fall eines 13-jährigen US-Amerikaners auf einen live übertragenen Suizid hingewirkt zu haben (Erdmann et al., 2026; Heinemann, 2026; Heinrichs & Höfner, 2025). Der Fall wird möglicherweise aufgrund der massiven Gewalt und der Netzwerkstruktur innerhalb der affirmativen Position als Referenzpunkt genutzt. Bereits an dieser Stelle ist jedoch festzuhalten, dass die hierzu vorliegenden Befunde nicht auf eine empirische Bestätigung des Narrativs »Rituelle Gewalt« verweisen, sondern auf ein eigenständiges digitales Gewalt- und Rekrutierungsphänomen, das im Folgenden zunächst in seiner Struktur und Logik beschrieben wird.

Die Literatur beschreibt mit »764«, »The Com«, der »Terrorgram«-Szene und angrenzenden Milieus ein hochgradig fluides, plattformübergreifendes Online-Ökosystem, das nicht als einheitliche Organisation, sondern eher als Geflecht aus Untergruppen, Abspaltungen, Neugründungen und wechselnden Bezeichnungen operiert (Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026; Manemann, 2025). Für »The Com« wird hervorgehoben, dass es sich um einen Sammelbegriff für eine Vielzahl lose verbundener digitaler Teilmilieus handelt, die sich fortlaufend neu formieren und über verschiedene Plattformen hinweg agieren. Auch für »764« wird eine lose, dezentral organisierte, zugleich aber widerstandsfähige digitale Gemeinschaft beschrieben, die sich seit ihrer Entstehung rasch transnational

ausgebreitet hat und auch in Europa und Deutschland Anschluss fand. Die hohe Fluidität und die beständige Reorganisation erschweren eine Erfassung in klassischen Organisationskategorien. Analytisch ist daher eher von einem dynamischen digitalen Ökosystem als von einer stabilen, hierarchisch gegliederten Gruppierung auszugehen (Institute for Strategic Dialogue, 2025; Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026; Manemann, 2025).

Zugleich ist dieses Milieu eng mit anderen digitalen extremistischen Szenen verflochten. Die Terrorgram-Szene wird als ein loses transnationales Netzwerk beschrieben, in dem Propaganda verteilt, Gewalttäter glorifiziert und Strategien militanten Akzelerationismus verhandelt werden (Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026). Argentino et al. (2024) heben hervor, dass sich mit engen Verbindungen zu dieser Szene unter der Bezeichnung »764« eine besonders radikale und in vielerlei Hinsicht neue virtuelle Subkultur entwickelt habe, die terroristische und extremistische Elemente mit sexualisierter Gewalt, systematischer Ausbeutung und gezielter Manipulation Minderjähriger verbinde. Auch Manemann (2025) verweist auf erhebliche transnationale Vernetzungen, Mehrfachmitgliedschaften, sprachliche Anpassungsleistungen und ein hohes Aktivitätsniveau deutscher Nutzer in digitalen Gewalt- und Extremismusmilieus.

Das Alter der Mitglieder und Opfer dieser Szene ist über wenige Hellfelduntersuchungen sowie öffentlich gewordene Fälle nicht systematisch bekannt. Es wird aber durchgängig von einer jungen Altersstruktur ausgegangen. Das FBI nennt 11 bis 25 Jahre als typisches Alter der Mitglieder von »The Com« (FBI, 2025). Köhler & Jugl-Kuntzsch (2026) betonen, dass Tatverdächtige in entsprechenden Milieus immer jünger werden und dass gerade jugendliche digitale Sozialisation, Anerkennungssuche, Gewaltfaszination und virtuelle Statusordnungen eine wichtige Rolle spielen. In anderen Analysen wird hervorgehoben, dass die Mehrheit der Mitglieder und der Opfer in »764« minderjährig sei und viele Betroffene bereits Spuren von Selbstverletzung, Trauma oder andere Vulnerabilitäten aufwiesen, die sie für Rekrutierungs- und Missbrauchsprozesse besonders anfällig machten (Argentino et al., 2024; Manemann, 2025; Rousseau et al., 2025).

Ein zentrales Merkmal dieser Szene ist die gezielte Ansprache vulnerabler Personen, insbesondere von Minderjährigen und psychisch belasteten oder sozial isolierten Jugendlichen. Eine Analyse des Institute for Strategic Dialogue (2025) beschreibt, dass Rekrutierung und Viktimisierung bevorzugt in digitalen Räumen erfolgen, in denen sich Personen mit verminderter sozialer Macht, psychischer Belastung und/oder marginalisierten Identitäten aufhalten. Genannt werden unter anderem jugendnahe Plattformen und Spielumgebungen wie Roblox, Minecraft, Discord, Snapchat, Telegram, TikTok, Instagram und X. Kontakte werden in offenen oder halböffentlichen Räumen angebahnt und anschließend in private Kommunikationszusammenhänge verlagert, in denen Grooming, Kontrolle, Erpressung und Eskalation stattfinden. Besonders hervorgehoben wird dabei, dass die Szene nicht nur Opfer sucht, sondern auf demselben Weg auch künftige Täter*innen und Rekrutierende hervorbringen kann. Nach ausgewerteten Chatlogs können einzelne zunächst viktimisierte Personen in einem Kreislauf aus

Traumatisierung, Bindung und Gewaltnormalisierung selbst zu Missbrauchenden und Anwerbenden werden (Argentino et al., 2024; Institute for Strategic Dialogue, 2025).

Die Praktiken innerhalb dieses Milieus werden als Kombination aus sexualisierter Ausbeutung, digitaler Kontrolle, Erniedrigung und Gewaltmobilisierung beschrieben. Für »764« werden insbesondere Sextortion, Grooming, Doxxing, die Herstellung und Verbreitung von Darstellungen sexualisierter Gewalt gegen Kinder, Aufforderungen zu Selbstverletzungen, Nötigung zu Gewalthandlungen gegen Haustiere und andere Tiere sowie Aufforderungen zu Suizidhandlungen oder zu Massengewalt genannt (Heinemann, 2026; Heinrichs & Höfner, 2025). Medienberichte zum Fall »White Tiger« beschreiben diese Handlungslogik als gezielte Anbahnung und Vertrauensgewinn über vermeintliches Verständnis und vorgetäuschte Nähe, anschließende Erpressung mittels intimer Aufnahmen und zunehmende Kontrolle über die Betroffenen. Gerade die Verschränkung von Opferwerdung, Ausbeutung, sozialer Bindung und performativer Gewalt ist für die Beschreibung dieser Szene zentral (Argentino et al., 2024; Institute for Strategic Dialogue, 2025; Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026).

Bei diesen Onlinemilieus handelt es sich nur begrenzt um kohärente Ideologiesysteme, vielmehr sind Aspekte der Hybridisierung, ästhetischer Aneignung und ideologischer Entgrenzung kennzeichnend (Gartenstein-Ross et al., 2025). Für Terrorgram und angrenzende Szenen wird eine Gemengelage aus militantem Akzelerationismus, nationalsozialistischen Referenzen, Gewaltverherrlichung, misogynen und queerfeindlichen Elementen, nihilistischen Orientierungen sowie pop-kulturell und digital codierten Selbstdarstellungen beschrieben (Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026; Manemann, 2025). Für die Hybridisierung bzw. die Angehörigkeit zu unterschiedlichen, von außen scheinbar auch widersprüchlichen Ideologien wurden in der Literatur verschiedene Ausdrücke geprägt: allen voran der vom FBI Direktor Christopher Wray genutzte Begriff der »salad bar ideology« (Hemmila & Perliger, 2025); andere sprechen von »composite violent extremism« (Gartenstein-Ross et al., 2025) oder »mixed, unclear, and unstable ideologies« (Brace et al., 2024). Auch eine klinische Studie von Rousseau et al. (2025) zu jugendlicher und erwachsener ideologischer und nihilistischer Gewalt weist darauf hin, dass sich gerade bei Jugendlichen Formen von Gewaltorientierung beobachten lassen, die weniger durch geschlossene Ideologien als durch fragmentierte, dystopische und nihilistische Gewaltfaszination geprägt sind.

In einigen der Netzwerke spielt ideologisch auch Satanismus eine gewisse, wenngleich immer untergeordnete Rolle. Dies ist zum Beispiel bei der »Order of Nine Angels« (ONA/O9A) der Fall. Das Netzwerk »764« wird als Abkömmling der ONA/O9A beschrieben und an der Schnittstelle von gewaltorientiertem Extremismus und sexueller Ausbeutung von Kindern verortet (Argentino et al., 2024; Koch, 2022). Koch (2022) arbeitet für Gruppierungen mit ONA/O9A-Bezug heraus, dass dort Nationalsozialismus, Satanismus, Tabubruch, Gewaltfaszination und die Legitimation schwerer Gewalt zusammenwirken können. ONA/O9A- und angeschlossene Milieus normalisieren demnach antisoziale und gewaltsame Praktiken, darunter sexualisierte Gewalt, Tier-

quälerei und Mord, und begreifen Tabubruch als Bestandteil einer extremistischen, transgressiven Praxis. Zugleich zeigt die Forschung, dass Anhänger*innen sich als ästhetische oder taktische Übernehmer entsprechender Symbolik und Codes in der Szene bewegen. Satanistische oder ritualisierte Bezüge erscheinen in diesen Milieus daher vor allem als Bestandteile einer Gewaltästhetik und einer auf Schock, Entgrenzung und Macht ausgerichteten subkulturellen Praxis (Koch, 2022).

Vor diesem Hintergrund lässt sich die eingangs genannte Bezugnahme auf »White Tiger« und »764« genauer einordnen. Die beschriebenen Phänomene weisen durchaus einzelne Elemente auf, die im Diskurs um »rituelle Gewalt« als anschlussfähig erscheinen können: extreme Gewaltdarstellungen, satanistische oder okkulte Verweise, ritualisierte Inszenierungen, Manipulation, Geheimhaltung und die systematische Ausübung von Zwang (Heinemann, 2026; Heinrichs & Höfner, 2025). Die Gesamtheit der vorliegenden Befunde spricht jedoch dafür, dass es sich hier um ein eigenständiges digitales Gewalt- und Rekrutierungsphänomen handelt: um lose, fluide, transnationale Onlinemilieus mit überwiegend jungen Beteiligten, plattformvermittelter Rekrutierung, Grooming, Erpressung, sexualisierter Ausbeutung und Gewaltmobilisierung (Köhler & Jugl-Kuntzsch, 2026). Beschrieben werden gerade keine stabilen, generationenübergreifenden Geheimstrukturen eines weltumspannenden Täterkollektivs, keine kohärente Untergrundorganisation im klassischen Sinn und auch keine auf »Mind Control« oder gezielte Persönlichkeitsspaltung gegründete Täterstrategie. Vielmehr verweisen die Quellen auf hybride, digital vermittelte, ästhetisch und ideologisch fragmentierte Szenen, in denen Manipulation und Gewalt zentral sind, deren Struktur und Funktionsweise jedoch anders gelagert sind als im Narrativ »Rituelle Gewalt«. Als diskursanalytischer Befund lässt sich daher festhalten, dass aktuelle Online-Gewaltphänomene aufgrund semantischer Überschneidungen in ältere Deutungsrahmen eingelesen werden können, ohne dass diese dadurch empirisch bestätigt würden.

Die geschilderten, relativ neuen digitalen Gewaltphänomene stellen nicht nur die Organe der Strafverfolgung, sondern auch der Rechtsprechung vor Herausforderungen. So bewegt sich im Fall »White Tiger« eine wesentliche Linie der Auseinandersetzung um die sogenannte mittelbare Täterschaft (§ 25 Abs. 1 StGB).

Die strafrechtliche Diskussion um die mittelbare Täterschaft verläuft im Kern zwischen einer eher restriktiven, am Verantwortungsprinzip orientierten Sicht und weitergehenden Ansätzen, die auf tatsächliche oder normative Tatherrschaft des Hintermanns abstellen (Murmann, 2022; Roxin, 2022; Sinn, 2024). Im Zentrum steht dabei die Frage, unter welchen Voraussetzungen der unmittelbar Handelnde trotz eigener Tatbeiträge nicht mehr als eigenverantwortlicher Täter, sondern als Werkzeug eines Hintermanns einzuordnen ist. Entscheidend ist mithin, ob seine Willensbildung und sein Verhalten noch als selbstbestimmt gelten können oder ob sie in einem Maß von fremder Steuerung geprägt sind, das eine Zurechnung der Tat auf der Ebene täterschaftlicher Beherrschung eröffnet. Gerade an dieser Grenze zwischen fortbestehender Eigenverantwortlichkeit und beherrschender Einflussnahme setzen die wesentlichen Kontroversen an.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit sich diese allgemeinen Abgrenzungsfragen auf den Fall »White Tiger« übertragen lassen. Die Anwendung der Grundsätze zur mittelbaren Täterschaft begegnet hier erheblichen Schwierigkeiten, weil bereits auf allgemeiner Ebene nicht abschließend geklärt ist, unter welchen Voraussetzungen bei fortbestehender strafrechtlicher Verantwortlichkeit des unmittelbar Handelnden noch von einer Tatbegehung »durch einen anderen« gesprochen werden kann (Murmann, 2022; Roxin, 2022). Hinzu kommt, dass die neuere Rechtsprechung in Konstellationen der Selbstschädigung und Selbsttötung zwar die Freiverantwortlichkeit der Willensbildung sowie die tatsächliche Steuerungsmacht des Hintermanns in den Mittelpunkt rückt, die hiermit verbundenen Grenzziehungen jedoch nicht abschließend geklärt sind. Für digital vermittelte, emotional aufgeladene und über längere Kommunikationsverläufe entfaltete Einflusskonstellationen zeigt sich damit, dass die hergebrachten Kategorien nur eingeschränkt übertragbar sind. Die strafrechtliche Erfassung und Beurteilung des Falls verweist daher auf Herausforderungen, die aufgrund der Fallspezifika eine grundlegend neue Bewertung notwendig machen.

2.4.6 Zwischenbilanz: Das Narrativ »Rituelle Gewalt« als diskursive Formation

Die diskursive Analyse des Narrativs »Rituelle Gewalt« hat gezeigt, dass seine gesellschaftliche Wirksamkeit nicht allein aus empirischen Annahmen oder therapeutischen Erfahrungen erklärbar ist. Vielmehr handelt es sich um eine komplexe diskursive Formation, die individuelle Erlebnisse, professionelle Interpretationen, historische Motive und moralische Rahmungen miteinander verbindet und dadurch eine hohe Plausibilität und Stabilität entfaltet. Die historische Rekonstruktion hat verdeutlicht, dass zentrale Motive des Narrativs – etwa die Vorstellung verborgener Täterkollektive, ritualisierter Gewalt, systematischer Geheimhaltung und moralischer Grenzüberschreitung – auf lange tradierte kulturelle Erzählmuster zurückgreifen. Diese Muster werden in unterschiedlichen historischen Kontexten reaktiviert und an zeitgenössische Wissensformen angepasst, ohne ihre grundlegende narrative Struktur zu verlieren. Die Einordnung des Diskurses als moralische Panik hat gezeigt, wie moralische Dringlichkeit, mediale Aufmerksamkeit und institutionelle Resonanz zusammenwirken können. Das Narrativ fungiert dabei als moralisch hoch aufgeladener Deutungsrahmen, der Orientierung bietet, zugleich aber zur Polarisierung beiträgt und Kritik moralisch delegitimieren kann. Die Analyse therapeutischer Wissensproduktion hat herausgearbeitet, dass therapeutische Plausibilität eine zentrale epistemische Ressource des Narrativs darstellt. Therapeutische Interpretationsangebote strukturieren subjektive Erfahrungen, erzeugen Kohärenz und werden über professionelle Netzwerke, Fallgeschichten und institutionelle Kontexte diskursiv verbreitet. Die Untersuchung der semantischen Transformation konnte darlegen, dass das Narrativ durch sprachliche Modernisierung eine hohe dis-

kursive Resilienz entwickelt. Der Rückzug explizit religiöser Motive, die Einführung wissenschaftlich anmutender Schlüsselbegriffe und die zunehmende Vagheit zentraler Konzepte erhöhen die Anschlussfähigkeit an professionelle Diskurse und reduzieren zugleich die Angriffsfläche für Kritik.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« nicht als fest umrissene Theorie denn als offener Deutungsrahmen fungiert. Seine Stärke liegt in der Fähigkeit, heterogene Erfahrungen, Unsicherheiten und moralische Anliegen zu integrieren. Diese Integrationsleistung erklärt sowohl seine Attraktivität als auch die Intensität der Kontroversen, die es hervorruft.

2.5 Institutionelle und gesellschaftliche Folgen der Kontroverse

Die diskursive Analyse im vergangenen Abschnitt hat gezeigt, dass die Persistenz des Narrativs mit konkreten Folgen verbunden ist. Deutungsrahmen strukturieren Wahrnehmungen, beeinflussen professionelle Praxis, legitimieren institutionelle Maßnahmen und prägen öffentliche Debatten (vgl. Kapitel 11). Damit wirkt das Narrativ nicht nur erklärend, sondern handlungsleitend.

2.5.1 Auswirkungen auf psychosoziale Versorgung und therapeutische Praxis

Die Kontroverse um »rituelle Gewalt« bleibt nicht auf theoretische oder diskursive Ebenen beschränkt, sondern entfaltet konkrete Wirkungen in der psychosozialen Versorgung. Therapeutische Praxis, Beratungsstellen und spezialisierte Hilfesysteme sind zentrale Orte, an denen sich die unterschiedlichen Deutungsrahmen materialisieren. Die Auseinandersetzung um das Narrativ beeinflusst dabei sowohl diagnostische Prozesse als auch therapeutische Zielsetzungen, Behandlungsstrategien und institutionelle Strukturen. Innerhalb der affirmativen Perspektive wird argumentiert, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« eine notwendige Grundlage für angemessene Versorgung darstellt (Fachkreis, 2018; Fliß, 2022a). Insbesondere bei Betroffenen mit komplexen Traumafolgestörungen, dissoziativer Symptomatik und lang anhaltenden Belastungen biete der Interpretationsrahmen Orientierung und Anerkennung. Spezialisierte Angebote, Schutzkonzepte und langfristige therapeutische Begleitung werden als adäquate Reaktionen auf ein außergewöhnliches Gewaltphänomen verstanden (ARG, 2014; Fliß & Igney, 2020b). Kritische Stimmen weisen hingegen darauf hin, dass die Übernahme spezifischer Annahmen erhebliche Auswirkungen auf therapeutische Prozesse haben

kann. Wenn das Narrativ »Rituelle Gewalt« frühzeitig als primärer Erklärungsrahmen etabliert wird, besteht aus ihrer Sicht die Gefahr einer Verengung therapeutischer Perspektiven (Gerke et al., 2023; Niehaus & Krause, 2023). Symptome könnten vorschnell als Ausdruck organisierter Täternetzwerke interpretiert werden, während alternative Erklärungen – etwa individuelle Traumadynamiken, soziale Faktoren oder komorbide psychische Störungen – in den Hintergrund treten.

Darüber hinaus wird diskutiert, dass therapeutische Arbeit in einem hoch polarisierten Diskursfeld unter besonderen Spannungen steht. Fachpersonen sehen sich mit widersprüchlichen Erwartungen konfrontiert: Einerseits besteht der Anspruch, Betroffenen uneingeschränkt Glauben zu schenken und Schutz zu gewährleisten; andererseits wird die Notwendigkeit betont, epistemische Zurückhaltung zu wahren und Unsicherheit transparent zu machen (Herzog et al., 2025a, 2025b). Diese Spannung kann zu professioneller Verunsicherung führen und die Qualität interdisziplinärer Zusammenarbeit beeinträchtigen.

Institutionell zeigt sich die Wirkung der Kontroverse unter anderem in der Herausbildung spezialisierter Versorgungsangebote (Gerke et al., 2023). Während Befürworter*innen diese als notwendige Antwort auf besondere Bedarfe betrachten, verweisen Kritiker*innen auf die Gefahr institutioneller Selbstverstärkung. Spezialisierte Strukturen könnten dazu beitragen, bestimmte Deutungsrahmen zu stabilisieren, indem sie jene Fälle bündeln, die in dieses Raster passen, während abweichende Verläufe weniger sichtbar werden.

Insgesamt wird deutlich, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« in der psychosozialen Versorgung nicht nur als Erklärungsmuster fungiert, sondern als handlungsleitende Struktur.

2.5.2 Auswirkungen auf Forschung, Wissenstransfer und Professionalisierung

Die Kontroverse um »rituelle Gewalt« hat auch erhebliche Auswirkungen auf wissenschaftliche Forschung, Wissenstransfer und professionelle Aus- und Weiterbildung. Dabei wird deutlich, dass das Narrativ nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung ist, sondern selbst strukturierend auf Forschungsfragen, Methodenauswahl und Deutungsrahmen wirkt.

Mehrere Autor*innen weisen darauf hin, dass die starke moralische Aufladung des Diskurses die Formulierung offener Forschungsfragen erschwert (Fegert & Urbaniok, 2024; Mokros et al., 2024). Empirische Untersuchungen geraten unter Legitimationsdruck, da sie entweder als notwendige Bestätigung des Narrativs oder als potenzielle Delegitimierung Betroffener interpretiert werden können. Diese Polarisierung kann dazu führen, dass bestimmte Fragestellungen vermieden oder nur eingeschränkt verfolgt werden.

Zugleich beeinflusst das Narrativ »Rituelle Gewalt« die Auswahl und Interpretation von Daten. Forschungsdesigns greifen häufig auf Daten aus spezialisierten Praxisfeldern zurück, da diese leichter zugänglich sind und eine hohe Fallzahl versprechen (Klofstad et al., 2025). Kritische Beiträge betonen jedoch, dass dies zu einer systematischen Verzerrung führen kann, wenn diese Daten als repräsentativ interpretiert oder verallgemeinert werden.

Im Bereich des Wissenstransfers zeigt sich, dass Forschungsergebnisse selektiv rezipiert werden. Studien, die als bestätigend wahrgenommen werden, finden häufiger Eingang in Fortbildungen, Leitfäden und Positionspapiere, während kritisch relativierende Befunde seltener verbreitet werden (Funkschmidt, 2024; Schmied-Knittel, 2012). Diese selektive Zirkulation trägt zur Stabilisierung bestimmter Deutungsrahmen bei und verstärkt bestehende Polarisierungen.

Auch die Professionalisierung in psychosozialen und therapeutischen Feldern ist von der Kontroverse betroffen. Fortbildungsangebote, Curricula und Fachveranstaltungen greifen das Thema »rituelle Gewalt« in unterschiedlicher Weise auf (Gerke et al., 2023; Herzog et al., 2025a, 2025b). Während einige Formate das Narrativ als etabliertes Wissensfeld präsentieren, betonen andere die Unsicherheit der empirischen Lage und die Notwendigkeit kritischer Reflexion. Die fehlende gemeinsame Basis erschwert die Entwicklung einheitlicher Ausbildungsstandards und kann zu Verunsicherung bei Fachpersonen führen.

Institutionelle Stellungnahmen von Fachgesellschaften spiegeln diese Spannungen wider (vgl. 2.5). Mehrere Organisationen betonen die Notwendigkeit, sexualisierte Gewalt in organisierten Kontexten bedingungslos ernst zu nehmen (Betroffenenrat bei der UBSKM, 2024; Sautter, 2023; Traumazentrum Kassel, 2023); auf der anderen Seite wird dafür plädiert, zwischen Anerkennung von Leid und wissenschaftlicher Evidenz zu unterscheiden (Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs, 2023; Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023). Die divergierenden Positionen machen deutlich, dass Professionalisierung in diesem Feld nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch die Fähigkeit zur Ambiguitätstoleranz erfordert.

Insgesamt zeigt sich, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« Forschung und Professionalisierung nicht nur thematisch, sondern strukturell beeinflusst. Es formt Fragestellungen, lenkt Aufmerksamkeit und prägt institutionelle Reaktionen. Die Kontroverse verweist damit auf grundlegende Herausforderungen wissenschaftlicher Arbeit in moralisch hoch aufgeladenen Feldern.

2.5.3 Auswirkungen auf Justiz, Ermittlungsbehörden und Rechtsdiskurse

Die Kontroverse um »rituelle Gewalt« entfaltet auch im Bereich von Justiz und Strafverfolgung erhebliche Wirkungen. Diese ergeben sich aus der Spannung zwischen strafrechtlichen Beweisstandards, subjektiven Berichten Betroffener und öffentlichen Erwartungshaltungen. Der Diskurs beeinflusst sowohl Ermittlungspraktiken als auch rechtsbezogene Deutungsrahmen (Fegert & Urbaniok, 2024; Mokros et al., 2024).

Ein zentrales Problemfeld besteht in der Diskrepanz zwischen den im Narrativ »Rituelle Gewalt« formulierten Annahmen und den Anforderungen des Strafrechts. Strafrechtliche Verfahren sind auf konkrete Tatvorwürfe, überprüfbare Beweise und individuelle Verantwortlichkeit ausgerichtet. Demgegenüber beschreibt das Narrativ »Rituelle Gewalt« häufig langjährige, kollektiv organisierte Gewaltzusammenhänge, deren behauptete Strukturen schwer zu individualisieren und zu rekonstruieren sind. Kritische Autor*innen weisen darauf hin, dass diese strukturelle Differenz systematisch zu Frustrationen auf allen Seiten führt (Mokros et al., 2024; Fegert & Urbaniok, 2024). Für Betroffene kann die Erfahrung ausbleibender Ermittlungs- oder Verurteilungserfolge als erneute Infragestellung oder als Ausdruck institutionellen Versagens erlebt werden. Aus juristischer Perspektive wiederum wird betont, dass das Fehlen belastbarer Beweise nicht mit mangelndem Aufklärungswillen gleichgesetzt werden dürfe (Greuel & Petermann, 2011). Diese Spannung trägt dazu bei, dass strafrechtliche Entscheidungen im öffentlichen Diskurs häufig moralisch bewertet werden, ohne die rechtlichen Rahmenbedingungen angemessen zu berücksichtigen.

Ermittlungsbehörden sehen sich im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Hinweise auf organisierte Täterstrukturen, transgenerationale Netzwerke oder ritualisierte Praktiken erzeugen hohen Ermittlungsdruck, insbesondere bei medialer Aufmerksamkeit (de Young, 1996; Greuel & Petermann, 2011; Putnam, 1991). Zugleich berichten Untersuchungen, dass entsprechende Ermittlungen häufig mangels substanzieller Anhaltspunkte eingestellt werden müssen, was wiederum Zweifel an der Ernsthaftigkeit staatlicher Reaktionen befördert. Die Herausforderung bestehe darin, den Schutz Betroffener zu gewährleisten, ohne fundamentale rechtsstaatliche Garantien zu unterlaufen (Fegert & Urbaniok, 2024).

Historische Analysen der Satanic Panic zeigen, dass moralische Alarmierung auch zu problematischen Ermittlungspraktiken führen kann, etwa zu suggestiven Befragungen, voreiligen Schlussfolgerungen oder langwierigen Verfahren ohne belastbare Ergebnisse (Frankfurter, 2003; Mulhern, 1994). Diese Erfahrungen werden in der kritischen Literatur als Mahnung verstanden, die Trennung zwischen Verdacht, Hypothese und Beweis strikt einzuhalten.

Die Kontroverse hat Auswirkungen auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Differenzen zwischen therapeutischen Einschätzungen und juristischen Bewertungen können das Vertrauen zwischen Professionen beeinträchtigen. Während therapeutische

Kontexte subjektive Plausibilität betonen, operieren juristische Verfahren mit formalen Beweisregeln.

2.5.4 Stellungnahmen, institutionelle Positionierungen und Polarisierung der Fachwelt

Ein besonders sichtbarer Ausdruck der Kontroverse um »rituelle Gewalt« ist die Vielzahl institutioneller Stellungnahmen, Positionspapiere und öffentlichen Erklärungen, die in den vergangenen Jahren veröffentlicht wurden. Diese Stellungnahmen stammen von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Betroffenenvertretungen, psychosozialen Einrichtungen sowie interdisziplinären Zusammenschlüssen. In ihrer Gesamtheit dokumentieren sie die ausgeprägte Polarisierung der professionellen Landschaft.

Institutionelle Stellungnahmen erfüllen im Diskurs mehrere Funktionen. Sie dienen der Positionsbestimmung, der Selbstvergewisserung professioneller Standards und der öffentlichen Kommunikation fachlicher Haltung. Zugleich wirken sie normsetzend, indem sie definieren, welche Deutungen als legitim, verantwortungsvoll oder problematisch gelten. Im Kontext »rituelle Gewalt« übernehmen Stellungnahmen z. T. eine vermittelnde Rolle zwischen wissenschaftlicher Unsicherheit, praktischer Verantwortung und politisch-gesellschaftlichem Erwartungsdruck. Dabei wird deutlich, dass Stellungnahmen nicht primär der Klärung empirischer Fragen dienen, sondern der Orientierung im Umgang mit Kontroversen, Risiken und moralischen Spannungen.

Ein Teil der Stellungnahmen betont die Notwendigkeit, Berichte über organisierte und »rituelle Gewalt« bedingungslos ernst zu nehmen und Schutz sowie angemessene Versorgung Betroffener zu gewährleisten. Positionen aus Betroffenenräten, psychosozialen Fachverbänden und spezialisierten Einrichtungen unterstreichen, dass Zweifel an bestimmten Annahmen nicht zu einer Relativierung von Leid oder zu Versorgungslücken führen dürften (Betroffenenrat bei der UBSKM, 2018, 2024; Pro Mente Sana, 2024; !Via Frauenberatung Rendsburg- Eckernförde et al., 2023). Diese Stellungnahmen heben häufig strukturelle Defizite im Hilfesystem hervor, etwa mangelnde spezialisierte Angebote, lange Wartezeiten oder fehlende interdisziplinäre Kooperation. Der Fokus liegt weniger auf der empirischen Überprüfbarkeit einzelner Gewaltannahmen als auf der ethischen Verpflichtung zur Unterstützung Betroffener. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« fungiert hierbei als Rahmung, um auf besondere Bedarfe aufmerksam zu machen.

Demgegenüber formulieren andere Stellungnahmen explizit wissenschaftliche und professionsethische Vorbehalte. Fachgesellschaften wie die DGPs und der BDP betonen die Notwendigkeit, zwischen Anerkennung von Leid und empirischer Absicherung von Erklärungsmodellen zu unterscheiden (Fachgruppe Rechtspsychologie der DGPs, 2023; Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023). Diese Stellungnahmen problematisieren insbesondere begriffliche Unschärfen, methodische Schwächen vorliegender Studien sowie Risiken suggestiver Prozesse. Sie warnen vor einer Über-

dehnung des Begriffs »rituelle Gewalt« und vor der impliziten Normierung spezifischer Deutungsrahmen in Therapie, Forschung und Ausbildung. Gleichzeitig wird wiederholt betont, dass Kritik an Erklärungsmodellen nicht mit der Infragestellung Betroffener gleichzusetzen sei.

Besonders konflikthaft gestaltet sich der Diskurs dort, wo Stellungnahmen von Betroffenenvertretungen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften aufeinandertreffen. Während erstere häufig eine Sprache der Anerkennung, Dringlichkeit und moralischen Verpflichtung wählen (Betroffenenrat bei der UBSKM, 2018, 2024), operieren letztere mit epistemischen Kategorien wie Evidenz, Validität und Falsifizierbarkeit (Fachgruppe Rechtspsychologie DGPs, 2023; Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023). Diese unterschiedlichen Sprach- und Argumentationslogiken tragen zur Eskalation der Kontroverse bei. Wissenschaftliche Einwände werden mitunter als delegitimierend oder verletzend wahrgenommen, während umgekehrt moralisch aufgeladene Appelle als Einschränkung wissenschaftlicher Freiheit kritisiert werden. Die Stellungnahmen dokumentieren damit nicht nur inhaltliche Differenzen, sondern auch divergierende Verständnisse professioneller Verantwortung (Betroffenenrat bei der UBSKM, 2024; Pro Mente Sana, 2024; Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023).

Auffällig ist, dass viele Stellungnahmen explizite Grenzziehungen vornehmen. Fachgesellschaften betonen ihre Zuständigkeit für wissenschaftliche Standards, während Betroffenenvertretungen ihre Erfahrungsexpertise hervorheben. Psychotherapeutische Verbände positionieren sich häufig vermittelnd und versuchen, sowohl Anerkennung als auch methodische Vorsicht zu betonen (BKSF[15] et al., 2023; DGfPI[16] & Fachverband Traumapädagogik e. V., 2023; GPTG[17], 2023). Diese Grenzziehungen verdeutlichen, dass die Kontroverse nicht allein um empirische Fragen kreist, sondern um die Frage, welche Wissensformen im Diskurs legitim sind und wie sie zueinander in Beziehung gesetzt werden sollen. Stellungnahmen fungieren dabei als Instrumente institutioneller Selbstregulation und Abgrenzung.

In der Zusammenschau zeigen die institutionellen Stellungnahmen die tiefe Zerrissenheit der Fachwelt im Umgang mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt«. Sie dokumentieren den Versuch, widersprüchliche Anforderungen zu balancieren: Schutz und Anerkennung Betroffener (Betroffenenrat bei der UBSKM, 2024), wissenschaftliche Integrität (Sektion Rechtspsychologie im BDP, 2023), professionsethische Verantwortung und öffentliche Kommunikation (DGfPI & Fachverband Traumapädagogik e. V., 2023). Die institutionellen Positionierungen verdeutlichen damit, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« nicht nur ein theoretisches oder diskursives Phänomen ist, sondern konkrete institutionelle Dynamiken hervorbringt.

15 Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend

16 Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e. V.

17 Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung e. V.

Auch jenseits o. g. Stellungnahmen manifestiert sich die Zerrissenheit der Fachwelt im Umgang mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« in konkreten Aufarbeitungs- und Untersuchungsprozessen und daraus sich ergebenden Rechtfertigungsdiskursen. Exemplarisch zeigt sich dies am »Bericht über die Untersuchung zu Vorwürfen Ritueller Gewalt in den Bistümern Münster und Essen sowie dem Erzbistum Köln« der Kanzlei Feigen|Graf, der im Oktober 2025 veröffentlicht wurde (Sartorius & Kindhäuser, 2025). Der Bericht gelangt zu dem Ergebnis, nichts spreche dafür, »dass hohe kirchliche Würdenträger in den Bistümern Münster und Essen sowie dem Erzbistum Köln die ihnen vorgeworfenen Taten Ritueller Gewalt begangen haben könnten« (Sartorius & Kindhauser, 2025, S. 10). Die Untersuchung habe »keinen einzigen belastbaren Hinweis« (Sartorius & Kindhäuser, 2025, S. 10) auf die Vorwürfe »ritueller Gewalt« und organisierte Täternetzwerke ergeben (Sartorius & Kindhäuser, 2025, S. 11).

Gerade die Reichweite der Schlussfolgerung wurde unter anderem in einer Stellungnahme der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2025a) in Reaktion auf den Untersuchungsbericht kritisch hinterfragt. Die Kommission nehme den Bericht »mit Irritation« zur Kenntnis und betone, er stelle methodisch »keine tragfähige Grundlage für die getroffenen Feststellungen« dar (UKASK, 2025a, S. 1). Unter Berücksichtigung von Gegenstand und Methode der Untersuchung könne die Aussage, es habe sich »kein einziger belastbarer Hinweis auf Täternetzwerke« ergeben, nicht überzeugen; auch hinsichtlich der Bewertung von Betroffenenaussagen blieben »zu viele Fragen offen« (UKASK, 2025a, S. 1). Die Kritik zielt dabei nicht allein auf methodische Aspekte, sondern ebenso auf die möglichen Folgen für die Aufarbeitungspraxis. Der Bericht trage nicht dazu bei, Aufarbeitung voranzubringen, sondern erschwere die respektvolle Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Kirche; »die bisherigen Bemühungen der römisch-katholischen Kirche um Aufarbeitung, Prävention und Intervention« drohten Schaden zu nehmen (UKASK, 2025a, S. 1).

Eine zweite Reaktion besteht im FAZ-Artikel »Missbrauch in der Kirche: Die rituelle Ablenkung vom Netzwerk« von Daniel Deckers (2025). Zentral ist dort die Differenzierung zwischen dem umstrittenen Narrativ »Rituelle Gewalt« und dem davon analytisch zu unterscheidenden Phänomen organisierter Täternetzwerke. Der Artikel formuliert die These, dass die starke Fokussierung auf das polarisierende und begrifflich aufgeladene Feld »rituelle Gewalt« dazu führen könne, die strukturelle Frage nach möglichen Netzwerken sexualisierter Gewalt im kirchlichen Kontext zu überlagern. In diesem Sinne kann der Titel als diskursive Diagnose verstanden werden: Die zusammengelegte Bewertung des Narrativs »Rituelle Gewalt« und organisierter Täternetzwerke könne eine Art Ablenkungswirkung entfalten, indem unterschiedliche Phänomene wie ritualisierte Elemente, Täterkooperation und institutionelle Abschirmung semantisch gleichgesetzt, zumindest aber verbunden werden und so eine pauschale Entlastung begünstigt wird.

2.5.5 Zusammenfassende Einordnung und begriffliche Schlussfolgerung

Das Kapitel hat das Ziel, die Kontroverse um »rituelle Gewalt« nicht entlang einer einfachen Dichotomie von »Existenz« oder »Nichtexistenz« zu verhandeln, sondern als komplexes Gefüge aus Annahmen, Deutungen, Wissensformen und institutionellen Praktiken zu analysieren. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass sich im Diskurs unterschiedliche epistemische, normative und professionelle Perspektiven überlagern, die zu einer anhaltenden Polarisierung beitragen.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass das, was unter »ritueller Gewalt« verhandelt wird, nicht allein als empirisch klar umrissenes Phänomen beschrieben werden kann. Vielmehr handelt es sich um einen Deutungsrahmen, der heterogene Erfahrungen, Annahmen und normative Anliegen integriert und dadurch eine hohe Erklärungskraft entfaltet. Diese Erklärungskraft beruht auf narrativer Kohärenz, moralischer Dringlichkeit und institutioneller Anschlussfähigkeit. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Entscheidung, vom Narrativ »Rituelle Gewalt« zu sprechen, als analytisch sinnvoll. Der Begriff des Narrativs erlaubt es, zwischen dem Erleben von Gewalt, der Deutung dieses Erlebens und der gesellschaftlichen Verarbeitung dieser Deutungen zu unterscheiden, ohne diese Differenzierung als Entwertung einer der Ebenen zu begreifen. Er macht sichtbar, dass Wissen nicht nur entdeckt, sondern auch erzeugt, stabilisiert und weitergegeben wird – durch Sprache, professionelle Praktiken und institutionelle Strukturen. Der Narrativbegriff ermöglicht es zudem, die Kontroverse jenseits von Wahrheits- oder Glaubensfragen zu analysieren. Er verschiebt den Fokus von der Entscheidung über einzelne Annahmen hin zur Untersuchung ihrer Funktionen, Wirkungen und Grenzen. Gerade in einem moralisch hoch aufgeladenen Feld bietet dieser Zugriff die Möglichkeit, Kritik zu formulieren, ohne Anerkennung zu verweigern, und Unterstützung zu leisten, ohne epistemische Unsicherheiten zu verdecken. Das Anliegen dieser analytischen Perspektive auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« ist, Komplexität sichtbar zu machen, Polarisierung erklärbar zu machen und Raum für eine differenzierte, verantwortungsvolle Weiterführung des Diskurses zu eröffnen.

Aus dieser Perspektive erschließt sich ein dreifach differenzierter Sprachgebrauch. Der Ausdruck »rituelle Gewalt« kann erstens als subjektiv bedeutsame Selbstbeschreibung verwendet werden, mit der Betroffene Erfahrungen von Gewalt, Kontrolle, Angst, Ohnmacht oder symbolischer Aufladung benennen können. Er kann zweitens auf konkrete Tatkomponenten und Täterstrategien verweisen, wenn rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente zur Rahmung, Legitimation, Einschüchterung, Geheimhaltung oder Bindung eingesetzt werden. Er kann drittens das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« aufrufen, in dem solche Elemente mit Annahmen über »Mind Control«, »Programmierung«, gezielte Persönlichkeitsspaltung und fortbestehenden Täterkontakt verbunden werden. Ergänzend sind periphere Anschlussmotive zu berücksichtigen. Sie gehören nicht zum definierenden Kern des Narrativs »Rituelle

Gewalt«, können aber dessen diskursive Reichweite erhöhen. Dazu zählen Motive geheimer Eliten, satanisch motivierter Gewalt, Verjüngung durch Bluttrinken sowie digital verbreitete Verschwörungsnarrative. Diese Motive bilden eine zusätzliche Ebene neben Selbstbeschreibung, konkreten Tatkomponenten und dem umfassenden Narrativ »Rituelle Gewalt«.

Die in diesem Kapitel vorgenommene Bestimmung des Narrativs bildet zugleich eine Grundlage für die spätere empirische Analyse. In Kapitel 9 wird gezeigt, wie sich dieser breite diskursive Deutungsrahmen in konkreten Therapie- und Beratungsverläufen zu einem spezifischen Erklärungsmodell verdichtet, das Annahmen über organisierte/»rituelle« Gewalt und einer gezielt erzeugten Dissoziativen Identitätsstörung miteinander verbindet.

3 Verschwörungsmythen

Verschwörungstheorien können verstanden werden als »Interpretation eines Phänomens oder Ereignisses [...], die der gängigen Erklärung widerspricht und die mächtigen Personen oder Gruppen unterstellt, insgeheim der Gesellschaft schaden zu wollen« (Harder, 2018, S. 14). Die Konstruktion von Verschwörungen zielt nicht auf eine evidenzbasierte Erklärung realer Ereignisse ab. Vielmehr dient sie dem Zweck, eigene weltanschauliche Idealvorstellungen mit der gesellschaftspolitischen Wirklichkeit in Einklang zu bringen (Salzborn, 2019). In diesem Zusammenhang ist der Begriff »Verschwörungstheorie« problematisch, da die Begriffe »Verschwörung« und »Theorie« im wissenschaftlichen Sinne einen Widerspruch darstellen (Bock & Schubarth, 2022). Aus diesem Grund wird im Folgenden auf den Begriff »Verschwörungstheorie« verzichtet und stattdessen werden die Begriffe »Verschwörungsmythos« und »Verschwörungserzählung« verwendet.

Der historische Ursprung von Verschwörungsmythen ist ungeklärt. Während sie einerseits als anthropologische Konstante bewertet werden, gibt es andere Haltungen, die ihren Ursprung in der Frühen Neuzeit sehen. Während hier die Motive vor allem religiös waren und sich oft auf den Teufel bezogen, wurden mit der Aufklärung zunehmend politische Verschwörungsmythen mit menschlichen Akteur*innen populär. Durch die historische Analyse von Verschwörungsmythen werden zwei Konstanten deutlich: Zum einen treten sie vermehrt in Zeiten politischer, wirtschaftlicher und sozialer Umbrüche auf, die mit einer allgemeinen Verunsicherung einhergehen, z. B. Epidemien, Kriege und außergewöhnlichen Ereignissen. Zum Zweiten sind sie häufig gegen marginalisierte Gruppen gerichtet, während sich aktuelle Verschwörungsmythen vorwiegend auf Instanzen und Personen in Machtpositionen richten, vor allem Regierungen, Medien oder große Konzerne (Mischer, 2019).

Ereignisse von außergewöhnlicher Tragweite, die mit Erschütterungen, großen Einschnitten im alltäglichen Leben sowie einer gesellschaftlichen Zäsur einhergehen, wie der Terroranschlag auf die World Trade Center am 11. September 2001, sind vielfach Grundlage der Entwicklung von Verschwörungsmythen, die sich heutzutage durch die Digitalisierung rasant und mit großer Reichweite verbreiten lassen (Bock & Schubarth, 2022). Verschwörungsmythen zeichnen sich durch die Überzeugung von im Verborgenen agierende Tätergruppierungen aus. Dabei wird angenommen, dass mächtige Akteur*innen sich bewusst zur Verschwörung verabredet haben, um zu kontrollieren oder zu schaden und dass sie dies systematisch vertuschen wollen (Butter & Knight, 2020).

Van Prooijen und Douglas (2018) beschreiben Verschwörungsglauben als universell, emotional, sozial wirksam und mitunter folgenreich. Diese Charakteristika helfen zu

erklären, warum Verschwörungsmythen sowohl gesellschaftliche Diskurse als auch das individuelle Erleben Einzelner tiefgreifend beeinflussen können. Das Erleben und die Überzeugungen der Einzelnen, auch die Neigung, an Verschwörungsmythen zu glauben, werden grundsätzlich sowohl durch individuelle Faktoren als auch durch situative Einflüsse der Umwelt bestimmt (Douglas et al., 2020; Lewin, 1936). Identische Informationen können folglich bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Bewertungen und Verhaltensreaktionen führen, die unter anderem auf Persönlichkeitsunterschiede, Lebenserfahrungen oder soziale Position zurückzuführen sind. Darüber hinaus kommt dem situativen Kontext eine zentrale Bedeutung zu. Insbesondere in Phasen gesellschaftlicher Krisen und Veränderung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Verschwörungsmythen geglaubt und verbreitet werden. Aus psychologischer Perspektive werden durch Verschwörungsmythen die grundlegenden Bedürfnisse nach Kontrolle, nach Sinnstiftung und Komplexitätsreduktion sowie nach der Aufrechterhaltung einer positiven Selbstwahrnehmung erfüllt (van Prooijen & Douglas, 2018; Douglas et al., 2020; Marchlewska et al., 2018; Imhoff & Lamberty, 2017; Stasielowicz, 2022; Lewin, 1936).

Neben diesem psychologischen Nutzen von Verschwörungsmythen erzeugt der Glaube an sie und ihre Verbreitung auch Gefahren. Bekannte Verschwörungsmythen bergen sowohl für die Anhänger*innen als auch für die Gesellschaft insgesamt erhebliche Risiken (van Prooijen & Douglas, 2018). Ein Widerlegen gestaltet sich jedoch schwierig, da Verschwörungsmythen mehrere fundamentale Bedürfnisse gleichzeitig adressieren und sich durch hohe Resistenz gegenüber widersprechenden Informationen auszeichnen (Krekó, 2020).

Im Kapitel 2 wurde das Narrativ »Rituelle Gewalt«, das einen zentralen Bezugspunkt der Studie bildet, dargestellt und kritisch eingeordnet. Sowohl das geschilderte Narrativ selbst als auch die dazugehörigen fachlichen Diskurse enthalten verschiedene verschwörungsmythische Elemente. Ein Untersuchungsbericht zur Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Clienia Littenheid AG in der Schweiz kommt zu dem Schluss, dass »[a]ufgrund der Untersuchungsergebnisse [...] davon auszugehen [ist], dass Dr. X. und auch weitere Mitarbeitende der Traumatherapie-Stationen an die Verschwörungserzählung ›rituelle Gewalt/Mind Control‹ glauben und diese – zumindest teilweise – Eingang in die therapeutische Behandlung von PatientInnen gefunden hat« (Lexperience AG, 2022, S. 5). Der Bericht schildert außerdem einschlägige Fortbildungen an der Klinik, die verschwörungsmythische Inhalte zum Thema satanischer »ritueller Gewalt« enthielten. Das Beispiel macht deutlich, dass eine Auseinandersetzung mit den Charakteristika von Verschwörungsmythen sowie Erklärungsansätze für den Glauben an diese zur Einordnung der Studienergebnisse geboten ist.[18]

18 Eine Diskussion der Studienergebnisse aus Perspektive von Verschwörungsmythen erfolgt in Kapitel 10.

3.1 Definition und verwandte Begrifflichkeiten

Verschwörungsmythen sind von Fehlinformationen und Desinformationen abzugrenzen. Ein Verschwörungsmythos zeichnet sich durch einen unbestimmbaren Wahrheitsgehalt aus – es lässt sich also nicht eindeutig feststellen, ob er wahr oder falsch ist (Imhoff & Bruder, 2014). Entsprechend bleibt auch offen, ob eine Täuschungsabsicht vorliegt. Das zentrale Problem eines Verschwörungsmythos besteht daher in seiner mangelnden Überprüfbarkeit. Im Gegensatz dazu sind Fehlinformationen und Desinformationen eindeutig falsch (Imhoff & Bruder, 2014). Der Unterschied zwischen beiden liegt in der Absicht: Während Fehlinformationen ohne Täuschungsabsicht verbreitet werden, wird mit Desinformationen das Ziel verfolgt, Empfänger*innen zu täuschen (Imhoff & Bruder, 2014). Ein Verschwörungsmythos wird nach Nocun und Lamberty (2021) als Versuch definiert, ein Ereignis, einen Zustand oder eine Überzeugung durch das zielgerichtete und geheime Wirken einer mächtigen Gruppe zu erklären, deren Handeln auf die gezielte Schädigung der Bevölkerung ausgerichtet ist. Verschwörungsmythen zeichnen sich durch eine übergreifende, abstrakte Struktur aus und sind nicht an ein konkretes Einzelereignis gebunden (Bock & Schubarth, 2022). Ein Verschwörungsmythos verbindet oft mehrere konkretere Verschwörungserzählungen zu einer gesamten Weltdeutung. Eine Verschwörungserzählung bezieht sich dagegen auf konkrete Ereignisse, die in der Welt geschehen. Der abstrakte Verschwörungsmythos einer »jüdischen Weltverschwörung«, der Juden und Jüdinnen als vermeintlich destruktive und im Verborgenen agierende Macht konstruiert, ist ein historisch wiederkehrendes Motiv (Bock & Schubarth, 2022). Davon abgeleitete konkrete Verschwörungserzählungen schreiben Juden und Jüdinnen beispielsweise eine vermeintliche Verantwortung für die große europäische Pestwelle Mitte des 14. Jahrhunderts oder die Weltwirtschaftskrise nach 1929 zu.

Verschwörungserzählungen setzen häufig an Ereignissen an, die als außergewöhnlich, bedrohlich oder erklärungsbedürftig wahrgenommen werden. Sie entstehen insbesondere dort, wo etablierte Deutungen als unzureichend erscheinen oder wo tatsächliche bzw. wahrgenommene Erklärungslücken bestehen (Raab et al., 2017). So bildeten sich etwa nach dem Terroranschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 zahlreiche Verschwörungserzählungen heraus, die die offiziellen Erklärungen zu Ursachen, Ablauf und Verantwortlichkeiten des Anschlags infrage stellten oder durch alternative Deutungen ersetzten. Solche Ereignisse können gesellschaftliche Verunsicherung hervorrufen, weil sie bestehende Orientierungen erschüttern und sich nicht ohne Weiteres erklären lassen. Erklärungslücken ergeben sich nach Raab et al. (2017) beispielsweise aus selektiver Medienberichterstattung, eingeschränkter Informationsverfügbarkeit, fehlendem Fachwissen oder der persönlichen Betroffenheit der Rezipient*innen. Hinzu kommt, dass krisenhafte Ereignisse häufig nicht nur durch einen Mangel an gesicherten Informationen gekennzeichnet sind, sondern zugleich durch eine große Menge an verfügbaren, teils widersprüchlichen Informationen. Dadurch entsteht eine unübersichtliche Informationslage, in der verifizierte Fakten, Gerüchte und Desinformationen

miteinander konkurrieren. Verschwörungserzählungen knüpfen an diese Unübersichtlichkeit an, indem sie komplexe Ereignisse auf vermeintlich eindeutige Ursachen und verantwortliche Akteur*innen zurückführen. Offizielle Darstellungen werden dabei häufig als unvollständig, interessengeleitet oder bewusst irreführend gedeutet. Auf diese Weise können Zweifel an staatlichen Institutionen, wissenschaftlichen Expertisen oder medialer Berichterstattung entstehen oder verstärkt werden. Das Bedürfnis nach Orientierung und Erklärung begünstigt dann die selektive Kontextualisierung vorhandener Informationen. Die Gefahr der Manipulation besteht insbesondere dort, wo bestehende Unsicherheiten gezielt durch Desinformationen verstärkt und zur Durchsetzung spezifischer Interessen genutzt werden (Bock & Schubarth, 2022). Exemplarisch ließ sich dieses Muster während der COVID-19-Pandemie beobachten, in deren Verlauf zahlreiche Verschwörungserzählungen an Unsicherheit, Informationsüberfluss und institutionelles Misstrauen anschlossen.

So wurde die Diskussion um Impfrisiken und potenzielle Langzeitfolgen als Grundlage für die unbelegte Behauptung genutzt, Impfungen könnten Erkrankungen wie Autismus auslösen oder als Chance genutzt werden, unmerklich einen Mikrochip unter die Haut zu pflanzen (Mullen, 2015; Sanders, 2020). Durch die zunehmende Digitalisierung der Lebenswelten ist die ständige Verfügbarkeit großer Mengen an Informationen zur Normalität geworden (Arnold et al., 2023). Zur Veranschaulichung der zunehmenden Informationsdichte führen Bawden und Robinson (2009) eine Schätzung an, nach der die innerhalb von zwei Tagen erzeugte Informationsmenge in etwa dem Umfang der gesamten zwischen dem Beginn menschlicher Zivilisation und dem Jahr 2003 entstandenen Informationen entsprach. Die zentrale Herausforderung liegt damit nicht allein in der Menge verfügbarer Informationen, sondern in deren Auswahl, Einordnung und Bewertung. Die Unübersichtlichkeit der Informationslage erschwert, verlässliche Informationen von ungesicherten, verzerrten oder absichtsvoll manipulierten Inhalten zu unterscheiden (Arnold et al., 2023). Gleichzeitig kann die unübersichtliche Informationslage das absichtsvolle Ergänzen oder Verfälschen von Informationen erleichtern (Raab et al., 2017).

Jede Verschwörungserzählung verfügt über mehrere Narrativelemente. Zunächst beinhalten Verschwörungserzählungen angebliche Beweise, wie Bilder oder Zitate, die öffentlich zugänglich sind und die Seriosität der Argumentation belegen sollen (Raab et al., 2017). Weitere Narrativelemente weisen auf die Intransparenz öffentlicher Institutionen hin und unterstellen diesen eine absichtsvolle Zurückhaltung von Informationen gegenüber der Bevölkerung oder gar eine Mitverantwortung oder Beteiligung an verborgenen, konspirativen Aktivitäten (Raab et al., 2017).

Verschwörungsmythen enthalten stets einen direkten Bezug zu persönlichen Werten und Überzeugungen der Anhänger*innen, wobei der Glaube an einzelne Erzählungen besonders davon abhängt, inwiefern die betreffende Person ihre Werte und Überzeugungen als bedroht ansieht (Raab et al., 2017). Zudem ist auch der Vorsatz bzw. die Kausalität des auslösenden Ereignisses entscheidend (Raab et al., 2017). Studienergeb-

nissen zufolge tendieren Menschen eher zum Glauben an Verschwörungserzählungen, wenn die machtvollen Akteur*innen und Gruppen angeblich aus direktem Vorsatz handeln (Raab et al., 2017).

Schließlich sind auch inhärente Widersprüche, etwa zwischen dem behaupteten Einfluss und der vermeintlichen Unsichtbarkeit der mächtigen Organisationen, zentrales Merkmal vieler Verschwörungserzählungen. Diese Widersprüche werden von Anhänger*innen jedoch selten als problematisch empfunden, sondern vielmehr in das Narrativ integriert (Raab et al., 2017).

Neben der strukturellen Betrachtung von Verschwörungsmythen und -erzählungen sind auch die motivationalen und weltanschaulichen Grundlagen entsprechender Überzeugungen zu berücksichtigen. Psychologische, soziologische und theologische Überzeugungen der Anhänger*innen werden als Verschwörungsmentalität bzw. Verschwörungsglaube beschrieben (Bock & Schubarth, 2022). Aufgrund der Annahme einer als einzig richtig deklarierten Überzeugung, welche Nichtanhänger*innen nicht zugänglich ist, werten sich Anhänger*innen von Verschwörungserzählungen selbst auf (Bock & Schubarth, 2022). Wird die Selbstaufwertung durch den Glauben an eine antipluralistische weltanschauliche Komponente, die totalitär durchgesetzt werden soll, ergänzt, entspricht dies einer Verschwörungsideologie. Ein Beispiel hierfür ist die Querdenken-Bewegung, in der sich Akteure wie Corona-Leugner*innen, Impfgegner*innen und Reichsbürger*innen vereinen, um konkrete politische Zielsetzungen, etwa im Sinne rechtsextremer Ideologien, zu verfolgen (Bock & Schubarth, 2022).

3.2 Erklärung von Verschwörungsglaube und -mentalität

Die Ursachen von Verschwörungsglauben werden in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen untersucht. Dabei konnten mehrere voneinander abgrenzbare Phänomene herausgearbeitet und empirisch untersucht werden.

3.2.1 Epistemische, existenzielle und soziale Bedürfnisse

Douglas et al. (2020) nennen drei zentrale menschliche Bedürfnisse, epistemische, existenzielle und soziale Bedürfnisse, die den Glauben an Verschwörungserzählungen erklären können.

Das epistemische Bedürfnis drückt sich als Streben nach dem Verstehen aus (Heider, 1958). Um Unsicherheit zu reduzieren und sich in der Welt zurechtzufinden, ist es notwendig, ein stabiles, kohärentes und konsistentes Weltverständnis zu entwickeln.

Aufgrund dieses kognitiven Strebens suchen Menschen nach kausalen Zusammenhängen und Bedeutungen von Ereignissen, auch wenn diese faktisch nicht existieren (Zhao et al., 2014). Eine Studie von van Prooijen et al. (2018) zeigt, dass die Tendenz, Zusammenhänge zwischen nicht zusammenhängenden Stimuli zu erkennen, signifikant mit der der Tendenz zum Glauben an Verschwörungsmythen zusammenhängt. Auch das Überschätzen der Wahrscheinlichkeit gleichzeitig auftretender Ereignisse (Brotherton & French, 2014) und die Tendenz, eine Absicht oder einen Vorwand zu erkennen, wo keine/r ist, sind mit dem Glauben an Verschwörungsmythen assoziiert (Douglas et al., 2016).

Der Glaube an Verschwörungsmythen scheint dann stärker zu sein, wenn Ereignissen eine besonders große Bedeutung zugeschrieben wird (z. B. der Mord an einem Präsidenten) und Menschen mit alltäglichen Erklärungen dieser Ereignisse nicht zufrieden sind bzw. die als banal empfundenen Erklärungen für die empfundene Bedeutungsschwere der Situation nicht ausreicht (Leman & Cinnirella, 2013). Diese Neigung hängt mit dem Proportionalitätsbias zusammen, der besagt, dass die Erklärungen für Ereignisse ähnliche Ausmaße annehmen müssen, wie das Ereignis selbst (Douglas et al., 2020). Fehlen scheinbar passende Erklärungen für Geschehnisse, ist der Glaube an Verschwörungsmythen mit dem Bedürfnis nach »Cognitive Closure« (dt. kognitive Geschlossenheit) assoziiert (Marchlewska et al., 2018). Die »Cognitive Closure« wird definiert als die Motivation, Informationen zu suchen, die klare Antworten bereitstellen und Ambiguität vermeiden (Marchlewska et al., 2018). Fühlen sich Menschen durch die Ungewissheit einer Situation verunsichert, versuchen sie diese Unsicherheit bzw. den damit verbundenen aversiven mentalen Zustand durch Verschwörungsmythen zu verringern (Douglas et al., 2020). Bisherige Forschung verweist jedoch darauf, dass Verschwörungsmythen nicht zu einer nachhaltigen Befriedigung des epistemischen Bedürfnisses nach Verstehen und Eindeutigkeit führen, sondern im Gegenteil zu weiteren Frustrationen führen bzw. bestehende Frustrationen noch verstärken können (Douglas et al., 2020). Beispielsweise konnten Jolley und Douglas (2014a, 2014b) zeigen, dass das Bereitstellen verschwörungsmythischer Inhalte Ungewissheit bezüglich der betreffenden Thematik hervorrief. So scheint das epistemische Bedürfnis nach Gewissheit zwar oberflächlich befriedigt zu sein, eine tief liegende Ungewissheit über weitreichende gesellschaftliche Abläufe bleibt jedoch bestehen. Darüber hinaus ist Verschwörungsglauben mit rigiden Überzeugungen assoziiert. Diese können ein Widerlegen einmal gefasste Überzeugungen erschweren oder verhindern (Uscinski et al., 2016).

Verschwörungsmythen werden auch dann häufig vertreten, wenn es Menschen an Motivation oder Fähigkeiten fehlt, ihre Informationen anderweitig zu beschaffen und Quellen zu prüfen (Douglas et al., 2020). Fehlen die Fähigkeiten oder Werkzeuge zum Sammeln und Filtern von Informationen, suchen sich Menschen diese in weniger verlässlichen Quellen (Douglas et al., 2016). Der Glaube an Verschwörungsmythen korreliert mit geringem analytischen Denken (Swami et al., 2014) und einem niedrigen Bildungsstand (Douglas et al., 2016). Dieser Zusammenhang lässt sich unter anderem

dadurch erklären, dass Personen mit niedrigerem Bildungsstand häufiger dazu neigen, dort Bedeutung und Intentionalität zu unterstellen, wo diese objektiv unwahrscheinlich sind (Douglas et al., 2016). Die Motivation, nach Bedeutung in Ereignissen zu suchen, kann negative Konsequenzen haben, wenn Personen nicht die Erfahrung besitzen, verlässliche von nicht verlässlichen Informationen zu unterscheiden. Dies zeigt sich in der steigenden Wahrscheinlichkeit, an mehrere Verschwörungsmythen gleichzeitig zu glauben, auch wenn diese sich direkt widersprechen (Wood et al., 2012). Dabei kann die Ursache für das Zustimmen zu Verschwörungsmythen auch in der Lebenssituation begründet sein, wenn diese mit einem Gefühl der Machtlosigkeit und fehlender Handlungskontrolle einhergeht. Darüber hinaus sind Verschwörungsmythen gerade deswegen anschlussfähig, weil sie scheinbar eindeutige, einfache Antworten liefern, die nachvollziehbarer erscheinen als komplexe Erklärungen (van Prooijen, 2017).

Neben dem epistemischen Bedürfnis nach dem Verstehen gilt auch das existenzielle Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit als eine Erklärung für den Glauben an Verschwörungsmythen (Tetlock, 2002). Es wird angenommen, dass Menschen sich Verschwörungsmythen als kompensatorische Befriedigung zuwenden, wenn Sicherheits- und Kontrollbedürfnis anderweitig unbefriedigt bleiben (Douglas et al., 2020). Studien zeigen, dass sich beispielsweise ängstliche Schüler*innen kurz vor einer Prüfung wahrscheinlicher Verschwörungsmythen zuwenden (Grzesiak-Feldman, 2013). Die stellvertretende Befriedigung von Sicherheits- und Kontrollbedürfnissen ist auch auf größere Zusammenhänge anwendbar. Das Aushalten von Kontingenz stellt eine allgemeine gesellschaftliche Herausforderung dar, die sich in Krisenzeiten noch verstärkt (Douglas et al., 2020).

Die empirische Evidenz hierzu ist inkonsistent. Eine Metaanalyse von Stojanov und Halberstadt (2020) kommt zu dem Ergebnis, dass kein konsistenter und signifikanter Effekt vorliegt, der belegt, dass das empfundene Gefühl eines Kontrollverlusts mit dem Glauben an Verschwörungsmythen assoziiert ist. Basierend auf elf Studien mit insgesamt 6.291 Teilnehmenden zeigte sich ein insgesamt sehr geringer und nicht signifikanter Zusammenhang zwischen erlebtem Kontrollverlust und Verschwörungsglauben ($d = -0{,}05$) (Stojanov & Halberstadt, 2020). Insbesondere in Phasen gesellschaftlicher Krisen oder bei individueller Unsicherheit tritt das Bedürfnis nach Kontrolle verstärkt in den Vordergrund (Douglas et al., 2020). Studien zeigen, dass die subjektive Wahrnehmung einer Bedrohung der Gesellschaft oder Gemeinschaft, der man sich zugehörig fühlt, mit einer erhöhten Anfälligkeit für den Glauben an Verschwörungsmythen einhergeht (Federico et al., 2018). Verschwörungsmythen können dabei als psychologische Bewältigungsstrategie fungieren, um der erlebten Ohnmacht durch klare, wenn auch vereinfachende, Erklärungsmodelle zu begegnen. Experimentelle Studien belegen, dass der Glaube an Verschwörungsmythen abnimmt, wenn Kontrollerleben gezielt gestärkt wird (van Prooijen & Acker, 2015). So konnten van Prooijen und Acker (2015) zeigen, dass Teilnehmer*innen, die experimentell induziertes Kontrollgefühl erlebten, signifikant weniger Zustimmung zu verschwörungsmythischen Erklärungen zeigten. Besonders

ein Mangel an soziopolitischer Kontrolle sowie ein geringes Gefühl psychologischer Ermächtigung fördern die Neigung, auf Verschwörungsmythen zurückzugreifen (Bruder et al., 2013). Diese bieten dann eine Möglichkeit, die Komplexität gesellschaftlicher Prozesse zu vereinfachen und eigene Ohnmachtserfahrungen zu externalisieren.

Auch das Bindungsverhalten spielt für den Glauben an Verschwörungsmythen eine entscheidende Rolle. Green und Douglas (2018) zeigen, dass sich ängstlich gebundene Personen eher Verschwörungsmythen zuwenden als Menschen mit anderen Bindungstypen. Der ängstliche Bindungstyp zeichnet sich durch eine Sorge um Sicherheit und eine Tendenz zur Übertreibung von Bedrohung aus (Bowlby, 1969). Das primäre Ziel von Bindungsverhaltensweisen ist es, das Gefühl von Ängstlichkeit zu vermindern und ein Gefühl der Sicherheit herzustellen (Bowlby, 1969). Menschen könnten dementsprechend Verschwörungsmythen annehmen, um so ein Gefühl der Sicherheit zu verstärken und Folgen negativer Bindungserfahrungen aus der Kindheit zu begegnen (Green & Douglas, 2018).

Der Glaube an Verschwörungsmythen kann auch durch andere grundlegende soziale Bedürfnisse des Menschen motiviert sein (Douglas et al., 2020). Insbesondere das Streben nach einer positiven Selbstwahrnehmung und nach sozialer Zugehörigkeit spielt hierbei eine zentrale Rolle. Ein in diesem Zusammenhang bedeutsames Bedürfnis ist jenes nach Einzigartigkeit, also der Wunsch, sich positiv von anderen abzugrenzen (Lynn & Snyder, 2001). Forschungsergebnisse von Imhoff und Lamberty (2017) zeigen, dass dieses Bedürfnis systematisch mit dem Glauben an Verschwörungsmythen zusammenhängt. In zwei korrelativen Studien zeigten die Autor*innen, dass ein hohes Bedürfnis nach Einzigartigkeit positiv mit einer allgemeinen Verschwörungsmentalität sowie mit der Zustimmung zu spezifischen Verschwörungserzählungen assoziiert war. In einer dritten experimentellen Studie veränderten die Forscher*innen das Bedürfnis nach Einzigartigkeit situativ und konnten zeigen, dass dieses zu einer erhöhten Zustimmung zu weniger weitverbreiteten Verschwörungserzählungen führte. Der Zusammenhang zwischen Einzigartigkeitsstreben und Verschwörungsglaube war demnach besonders stark ausgeprägt, wenn es sich um Erzählungen handelte, die in der Allgemeinbevölkerung auf geringe Zustimmung stoßen (Imhoff & Lamberty, 2017). Diese Befunde stützen die Annahme, dass der Glaube an Verschwörungsmythen eine soziale Funktion im Sinne der Selbstaufwertung erfüllt. Indem sich Personen als Inhaber*innen geheimer oder alternativer Informationen verstehen, können sie sich von der vermeintlich naiven Mehrheit abgrenzen und ein Selbstbild als besonders kritisch, aufgeklärt oder wissend konstruieren. Somit kann der Glaube an Verschwörungsmythen als eine Möglichkeit interpretiert werden, das soziale Bedürfnis nach Distinktion und positiver Selbstbewertung zu befriedigen (Douglas et al., 2020).

Es gibt weitere soziale Bedürfnisse, die einen Beitrag zur Erklärung des Glaubens an Verschwörungsmythen leisten können. Hierzu gehört die externale Attribution, insbesondere bei Personen, die sich benachteiligt fühlen (Douglas et al., 2020). Hier können Verschwörungsmythen der Entlastung des Selbst dienen, indem Verantwortung

für individuelle oder kollektive Misserfolge auf mächtige Außengruppen projiziert werden (Imhoff & Bruder, 2014). Dadurch wird eine Erklärung für negative Erfahrungen geliefert, ohne die eigene Rolle oder Verantwortung reflektieren zu müssen (Douglas et al., 2020). Studien zeigen, dass sich vor allem solche Gruppen häufiger Verschwörungserzählungen zuwenden, die sich – unabhängig von ihrer objektiven Lage – subjektiv benachteiligt fühlen (Bilewicz et al., 2013).

Ein weiterer relevanter Faktor ist der kollektive Narzissmus, also der Glaube, dass die eigene Gruppe zwar herausragend, jedoch gesellschaftlich unterschätzt oder ungerecht behandelt werde (Golec De Zavala & Cichocka, 2012). Kollektiver Narzissmus geht mit einer starken Eigengruppenaufwertung einher und steht im Zusammenhang mit einem erhöhten Misstrauen gegenüber Außengruppen, insbesondere solchen, die als mächtig wahrgenommen werden (Cichocka et al., 2016b). Auf individueller Ebene kann eine positive Selbstwahrnehmung auch durch persönlichen Narzissmus aufrechterhalten werden, welcher ähnlich mit Verschwörungsglauben assoziiert ist (Cichocka et al., 2016a). Bedeutsam für das Entstehen von Verschwörungsglauben ist auch das Ausmaß, in dem sich Personen mit vermeintlich bedrohten Gruppen identifizieren (van Prooijen, 2016). Forschung zeigt, dass insbesondere bei einer starken Perspektivübernahme und emotionalen Verbundenheit mit einer Gruppe die Wahrscheinlichkeit steigt, Verschwörungserzählungen zu akzeptieren (van Prooijen, 2016). Vor allem dann, wenn diese Gruppe durch bestimmte Informationen als gefährdet dargestellt wird. Derartige Identifikationsprozesse wirken stärker, wenn Individuen unter einem hohen Maß an Selbstunsicherheit leiden (van Prooijen, 2016). Zwei experimentelle Studien von van Prooijen (2016) zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit und dem Glauben an Verschwörungserzählungen maßgeblich vom Ausmaß der Selbstunsicherheit einer Person abhängt. Nur bei Personen mit einem hohen Maß an Selbstunsicherheit führte ein Gefühl der sozialen Inklusion zu einer signifikanten Zunahme des Verschwörungsglaubens. In solchen Situationen fungiert der Glaube an eine Verschwörung als Mechanismus zur Aufwertung der eigenen Gruppe und zur Verteidigung gegen wahrgenommene Bedrohungen durch Außengruppen (van Prooijen, 2016).

Douglas et al. (2020) gehen davon aus, dass die mit dem Glauben an Verschwörungserzählungen verbundenen Kognitionen häufig emotional motiviert sind. Der Glaube an solche Erzählungen erfolgt demnach im Rahmen schneller, automatisierter und intuitiver Denkprozesse, die stark von emotionalen Zuständen beeinflusst werden (van Prooijen & Douglas, 2018). Negative emotionale Erfahrungen wie Unsicherheit, Angst oder Kontrollverlust aktivieren das epistemische Bedürfnis nach kausaler Erklärung (Park, 2010) und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit, an verschwörungsmythische Inhalte zu glauben (Douglas et al., 2020). Insbesondere Ärger und allgemeiner negativer Affekt stehen in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Verschwörungsglauben. Klein et al. (2019) führten eine linguistische Analyse von Reddit-Beiträgen durch und zeigten, dass Nutzer*innen, die später in Verschwörungsforen aktiv wurden, bereits in

früheren Beiträgen durch eine höhere sprachliche Präsenz von Ärger und negativen Emotionen auffielen, im Vergleich zu jenen, die sich nicht in Verschwörungsforen engagierten. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass Verschwörungserzählungen als Mittel genutzt werden können, um mit belastenden emotionalen Zuständen umzugehen. Sunstein und Vermeule (2009) argumentieren, dass Verschwörungserzählungen dazu dienen können, intensive negative Gefühle wie Wut oder Angst zu rationalisieren. Sie bieten einfache Erklärungsmodelle für komplexe oder beängstigende Ereignisse, wodurch Betroffene ihre emotionalen Reaktionen legitimieren können (Sunstein & Vermeule, 2009). Verschwörungserzählungen erfüllen in diesem Kontext eine affektive Funktion (Douglas et al., 2020). Weitere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bestimmte emotionale Zustände als direkte Vorläufer von Verschwörungsglauben fungieren können. Whitson et al. (2015) untersuchten den Einfluss unterschiedlicher emotionaler Zustände, die entweder mit Unsicherheit (z. B. Sorge, Überraschung, Angst) oder mit Gewissheit (z. B. Ärger, Freude, Ekel) assoziiert sind. Die Studie zeigte, dass das Erleben unsicherheitsbezogener Emotionen signifikant häufiger mit einem erhöhten Glauben an Verschwörungsmythen einhergeht als das Erleben von Emotionen, die mit Gewissheit verbunden sind (Whitson et al., 2015). Dies stützt die Annahme, dass Verschwörungsglaube insbesondere in Situationen gesteigerter Unsicherheit als psychologischer Bewältigungsmechanismus fungieren kann.

3.2.2 Persönlichkeitsmerkmale

Neben den bedürfnisorientierten Erklärungsansätzen können auch verschiedene Persönlichkeits- und soziodemografische Merkmale herausgearbeitet werden, die mit dem Glauben an Verschwörungserzählungen verbunden sind. Befragungsstudien zeigen, dass etwa ein Drittel der 12- bis 22-jährigen Jugendlichen verschwörungsmythischen Aussagen zustimmt (Sturzbecher et al., 2021). In der Shell-Jugendstudie gaben 53 % der 12- bis 25-Jährigen an, an eine gezielte Manipulation durch Eliten zu glauben (Albert et al., 2019). Im Erwachsenenalter stimmten 40 % der 1.890 Befragten aus der Mitte-Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung Aussagen auf allen vier gemessenen Dimensionen der Verschwörungsmentalität (allgemeine Verschwörungsüberzeugungen, Medienverschwörung, Wissenschaftsfeindlichkeit, Klimawandelleugnung) zu (Lamberty & Rees, 2019). Werden gezielt Zahlen zu Verschwörungsmythen betrachtet, die inhaltlich dem Narrativ »Rituelle Gewalt« ähneln, sind die Zahlen niedriger. Beispielsweise wurde in der CeMAS-Studie von Goedeke Tort et al. (2022) eine Bevölkerungsumfrage zu QAnon-nahen Verschwörungsmythen durchgeführt, wobei unter anderem die Verschwörungserzählung eines angeblich weltweit agierenden satanischen Kindersexhandelsnetzwerks abgefragt wurde. Demnach glauben 3,1 % der befragten Menschen (n = 1970) in Deutschland, dass die Regierung, die Medien und die Finanzwelt von einer Gruppe satanischer Pädophiler kontrolliert würde, die einen Kindersexhandel

betreiben (Goedeke Tort et al., 2022). Weitere 5,6 % halten dies für teilweise möglich. Bei einer durch unsere Arbeitsgruppe an der Universität Ulm initiierte, vom Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA durchgeführte, repräsentativen Befragung (n = 2515) erzielte dieselbe Frage deutlich höhere Zustimmungswerte. 6,1 % der Befragten bewerteten die Aussage als eher bis vollkommen zutreffend und 12,9 % sahen sie als teils, teils erfüllt (eigene, bisher unveröffentlichte Erhebung 2023).

Die Mitte-Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung zeigt zudem demografische Unterschiede in der Ausprägung von Verschwörungsmentalität. Männer stimmen verschwörungsmythischen Aussagen häufiger zu als Frauen (44 % vs. 34 %) (Lamberty & Rees, 2019). Personen mit niedrigerem (49 %) und mittlerem (42 %) Bildungsniveau zeigen eine höhere Zustimmung als Personen mit hohem Bildungsniveau (25 %) (Lamberty & Rees, 2019). Darüber hinaus schätzen Verschwörungsgläubige sowohl ihre eigene als auch die gesamtgesellschaftliche wirtschaftliche Lage negativer ein (Lamberty & Rees, 2019). Es zeigen sich in der Studie zudem signifikante Zusammenhänge zwischen Verschwörungsmentalität und demokratieskeptischen Einstellungen.

Zwei Schweizer Befragungsstudien, eine Jugendstichprobe mit 8.227 Schüler*innen und eine Erwachsenenstichprobe mit 2.086 Personen, zeigen konsistent positive Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Anomie (Regel- und Normlosigkeit) und Verschwörungsmentalität ($\gamma = .32$ bzw. .42) (Baier & Manzoni, 2020). In beiden Gruppen senkt ein höheres Vertrauen in politische bzw. gesellschaftliche Institutionen die Ausprägung verschwörungsmythischer Überzeugungen ($\gamma = -.18$ bzw. –.17). Politische Deprivation korreliert positiv mit Verschwörungsmentalität, wobei dieser Zusammenhang bei Erwachsenen stärker ausfällt ($\gamma = .14$ vs. .33). Während in der Erwachsenenstichprobe kein signifikanter Zusammenhang zwischen Autoritarismus und Verschwörungsmentalität festgestellt wurde, zeigte sich in der Jugendstichprobe eine negative Korrelation ($\gamma = -.16$). Die Verschwörungsmentalität der befragten Jugendlichen fällt also umso geringer aus, desto stärker autoritär sie eingestellt sind.

Eine Metaanalyse von Stasielowicz (2022) identifizierte auf Grundlage von 127 unabhängigen Stichproben zentrale Persönlichkeitskorrelate des Glaubens an Verschwörungserzählungen. Am stärksten zeigte sich ein Zusammenhang mit pseudowissenschaftlichen Überzeugungen ($r = .46$), gefolgt von Paranoia ($r = .34$), Schizotypie ($r = .30$) und Narzissmus ($r = .28$). Die Zusammenhänge mit den Big Five-Persönlichkeitsmerkmalen fielen insgesamt sehr gering aus ($-.07 < r < .04$). Der starke Zusammenhang mit pseudowissenschaftlichen Überzeugungen könnte auf eine generelle Neigung zur Wahrnehmung nicht existierender Muster zurückzuführen sein (Stasielowicz, 2022). Personen mit einer Tendenz zum Verschwörungsglauben vertreten häufig auch in anderen Bereichen irrationale oder unbegründete Überzeugungen (Stasielowicz, 2022). Die Assoziation mit Paranoia verweist auf ein generelles Misstrauen gegenüber anderen und eine erhöhte Bereitschaft, anderen Menschen böswillige Absichten zuzuschreiben (Stasielowicz, 2022). Der Zusammenhang mit Narzissmus lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass narzisstische Personen aufgrund einer über-

höhten Selbstwahrnehmung und eines ausgeprägten Anspruchsdenkens ihre eigenen Überzeugungen seltener infrage stellen (Stasielowicz, 2022). Zudem könnte die Verbreitung verschwörungsmythischer Aussagen narzisstischen Personen eine Möglichkeit für Selbstinszenierung bieten und ihr Bedürfnis nach Aufmerksamkeit befriedigen (Stasielowicz, 2022). Darüber hinaus zeigten sich schwächere Zusammenhänge mit Religiosität ($r = .14$) sowie mit kognitiven Fähigkeiten ($r = –.13$) (Stasielowicz, 2022). Sowohl religiöse als auch verschwörungsmythische Überzeugungen dienen häufig der Sinnstiftung in Krisensituationen und beruhen auf der Zuschreibung von Macht an empirische nicht überprüfbare Entitäten (Stasielowicz, 2022).

Ein weiterer emotionaler Prädiktor für den Glauben an Verschwörungserzählungen ist das Persönlichkeitsmerkmal der »Boredom Proneness« (dt. Neigung zur Langeweile) (Brotherton & Eser, 2015). Personen mit einer hohen Neigung, sich schnell zu langweilen, zeigen gleichzeitig auch eine erhöhte emotionale Distanziertheit gegenüber anderen sowie verstärkte Symptome von Depression, Angst, Hoffnungslosigkeit und Aggression (Brotherton & Eser, 2015). Dies legt nahe, dass Verschwörungsglauben mit anderen negativen Emotionen und Erfahrungen verbunden sein könnte.

Darüber hinaus wird in der Forschung verstärkt der Zusammenhang zwischen Verschwörungsmentalität und epistemischem Vertrauen untersucht – verstanden als die grundsätzliche Bereitschaft, kommuniziertem sozialen Wissen Glauben zu schenken. Eine Metaanalyse von Bowes et al. (2023) zeigte signifikante negative Zusammenhänge zwischen Verschwörungsmentalität und Vertrauen, unabhängig davon, auf welche Domäne sich das Vertrauen bezog. Sowohl niedriges Vertrauen in politische Institutionen, in wissenschaftliche Autoritäten als auch in zwischenmenschliche Beziehungen waren gleichermaßen mit einer erhöhten Verschwörungsmentalität assoziiert (Bowes et al., 2023). Diese Befunde deuten auf eine übergreifende Tendenz zum generellen Misstrauen bei Menschen mit ausgeprägter Verschwörungsmentalität hin. Die Ergebnisse von Brauner et al. (2023) untermauern diese Hypothese: In einer Stichprobe von 405 Personen zeigten sich signifikante positive Korrelationen zwischen Verschwörungsmentalität und epistemischem Misstrauen. Personen mit stark ausgeprägter Verschwörungsmentalität waren weniger geneigt, kommuniziertem Wissen Vertrauen entgegenzubringen (Brauner et al., 2023). Darüber hinaus konnte ein weiterer Zusammenhang aufgezeigt werden: Höhere Verschwörungsmentalität ging auch mit einer erhöhten epistemischen Leichtgläubigkeit einher – also der Tendenz, auch fragwürdigen oder wenig fundierten Informationen Glauben zu schenken (Brauner et al., 2023). Dieser Zusammenhang wurde vollständig durch epistemisches Misstrauen mediiert. Das bedeutet: Epistemisches Misstrauen stellt einen zentralen Mechanismus dar, der erklärt, warum Menschen mit hoher Verschwörungsmentalität einerseits offiziellen, autorisierten Quellen misstrauen und gleichzeitig anfälliger für alternative, oft wenig verlässliche Informationsquellen sind (Brauner et al., 2023). Auch Imhoff et al. (2018) fanden Hinweise auf diese doppelte Dynamik: Personen mit stark ausgeprägter Verschwörungsmentalität misstrauen der Wissensvermittlung durch sozial mächtige Akteur*innen, während sie gleichzeitig

dazu neigen, Informationen von machtlosen oder alternativen Quellen unkritisch zu übernehmen.

In der Validierungsstudie des ›Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire‹ zeigten Campbell et al. (2025) signifikant positive Zusammenhänge zwischen selbst berichteten Symptomen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs und sowohl epistemischem Misstrauen (r = .54) als auch epistemischer Leichtgläubigkeit (r = .48). Zudem wiesen Proband*innen mit einem unsicheren Bindungstyp signifikant höhere Mittelwerte im epistemischen Misstrauen auf als sicher gebundene Personen. Darüber hinaus zeigten die Autor*innen, dass belastende Kindheitserlebnisse (ACEs) direkt mit erhöhter psychischer Belastung assoziiert sind. Dieser Zusammenhang wird teilweise durch epistemisches Misstrauen und Leichtgläubigkeit mediiert. Ergänzend zeigten Kampling et al. (2022), dass der Zusammenhang zwischen ACEs und Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls über epistemisches Vertrauen mediiert wird. ACEs beeinflussen die subjektive Belastung folglich sowohl unmittelbar als auch indirekt über epistemische Haltungen. Auch auf das Ausmaß der Symptomatik einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs zeigten sich direkte Effekte von ACEs, die ebenfalls durch epistemisches Misstrauen und Leichtgläubigkeit vermittelt werden (Campbell et al., 2025). Diese Befunde deuten darauf hin, dass Menschen mit Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit im späteren Leben Schwierigkeiten entwickeln könnten, verlässliche und potenziell hilfreiche Informationsquellen zu identifizieren. Die Kombination aus generalisiertem Misstrauen und mangelnder Unterscheidungsfähigkeit gegenüber zweifelhaften Informationen kann als maladaptive Folge gestörter sozialer Lernprozesse verstanden werden (Campbell et al., 2025).

Nach Fonagy et al. (2017) basiert soziales Lernen in der frühen Entwicklung auf der Erfahrung sogenannter »ostensiver Signale«, wie Blickkontakt, geteilter Aufmerksamkeit oder dem spezifischen Tonfall der Bezugsperson (von Boetticher, 2021). Als Signale vermitteln sie dem Kind, dass die Kommunikation auf es bezogen und relevant ist. Diese wiederholte Erfahrung bildet die Grundlage für die Entstehung einer sicheren Bindung, die wiederum Voraussetzung für die Entwicklung epistemischen Vertrauens ist (Fonagy et al., 2017; von Boetticher, 2021). Innerhalb sicherer Bindungsbeziehungen kann das Kind kulturelles und soziales Wissen internalisieren, generalisieren und in künftigen Kontexten anwenden. In missbräuchlichen oder inkonsistenten familiären Umgebungen, in denen die Bezugspersonen nicht verlässlich sind, wird dieser Prozess gestört. Die Folge können Beeinträchtigungen des epistemischen Vertrauens und damit verbundene Einschränkungen sozialen Lernens sein (Fonagy et al., 2017; Nolte, 2024). Aus dem Fehlen sicherer Bindung und der wiederholten Erfahrung sozialer Unzuverlässigkeit kann eine epistemische Störung resultieren (Fonagy et al., 2017). Diese äußert sich entweder in epistemischem Misstrauen, also der generalisierten Abwertung sozialer Informationsquellen, oder in epistemischer Leichtgläubigkeit, die durch eine

mangelnde Differenzierungsfähigkeit zwischen glaubwürdigen und unglaubwürdigen Quellen gekennzeichnet ist (Kampling et al., 2025). Beide Zustände können koexistieren oder in rascher Abfolge auftreten (Nolte, 2024). Angesichts der zentralen Rolle der epistemischen Haltung für zwischenmenschliche Kommunikation und soziales Lernen kann eine derartige epistemische Störung zu einem Abfall des sozialen Funktionsniveaus führen (Nolte, 2024). Dies liefert einen wichtigen theoretischen Beitrag zum Verständnis der psychologischen Mechanismen, die sowohl psychopathologischen Störungen, wie der emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs, als auch der Anfälligkeit für Verschwörungsüberzeugungen zugrunde liegen können.

3.2.3 Macht, Machtlosigkeit und Verbreitungsdynamiken

Ein zentrales Merkmal von Verschwörungserzählungen ist die Vorstellung mächtiger Akteur*innen. Besonders weitreichende Verschwörungsmythen setzen voraus, dass die vermeintlichen Verschwörer*innen nicht nur schädliche Absichten verfolgen, sondern auch über die Mittel verfügen, diese umzusetzen (Imhoff & Lamberty, 2020). Ihnen wird daher zugeschrieben, andere beeinflussen und wichtige Ressourcen kontrollieren zu können. Diese Macht erscheint meist nicht als offiziell legitimierte Herrschaft, sondern als informelle Einflussnahme im Hintergrund. Sie unterscheidet sich damit von formeller Macht, etwa derjenigen von Polizei oder Justiz, die auf rechtlichen Normen und gesellschaftlich anerkannten Strukturen beruht (Imhoff & Lamberty, 2020).

Wenn gesellschaftliche Ereignisse primär als Ergebnis geheimer Einflussnahme verstanden werden, gehen damit häufig Vorurteile gegenüber Gruppen einher, die als besonders mächtig wahrgenommen werden (Imhoff & Bruder, 2014). Imhoff und Bruder (2014) zeigten in einer Umfrage, dass von 32 sozialen Gruppen diejenigen mit mehr Macht als bedrohlicher angesehen wurden ($r = .38$). Dabei variierte die Korrelation in Abhängigkeit von der intraindividuellen Ausprägung von Verschwörungsmentalität. Je ausgeprägter die Verschwörungsmentalität, desto stärker war der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Macht einer Gruppe und der damit verbundenen Bedrohung und desto wahrscheinlicher schätzten die Proband*innen mächtige Gruppen als weniger sympathisch ein (Imhoff & Bruder, 2014). Menschen mit ausgeprägter Verschwörungsmentalität bewerten Macht auch außerhalb konkreter Verschwörungserzählungen häufig skeptisch. So zeigen Imhoff et al. (2018), dass die wahrgenommene Macht einer Informationsquelle unterschiedlich auf deren Glaubwürdigkeit wirkt. Personen mit geringer Verschwörungsmentalität schrieben als mächtig wahrgenommenen Quellen tendenziell mehr Glaubwürdigkeit zu. Personen mit stärker ausgeprägter Verschwörungsmentalität bewerteten dagegen als machtlos wahrgenommene Quellen glaubwürdiger (Imhoff et al., 2018). Insgesamt bedeutet dies jedoch nicht, dass Personen mit hoher Verschwörungsmentalität als machtlos wahrgenommene Quellen grundsätz-

lich bevorzugen. Vielmehr schreiben sie als mächtig wahrgenommenen Quellen keinen automatischen Glaubwürdigkeitsvorteil zu. Imhoff und Lamberty (2020) erklären dieses Ergebnis mit der Abwesenheit eines sogenannten »Halo-Effekts« (dt. Heiligenschein- oder Überstrahlungseffekt): Verschwörungsgläubige nehmen mächtige Gruppen nicht grundsätzlich negativ wahr, sondern bewerten Macht nicht als positives Merkmal.

Da Macht nicht isoliert, sondern im Verhältnis zwischen Gruppen verstanden werden kann, impliziert die Zuschreibung von Macht an eine Gruppe häufig zugleich die Wahrnehmung relativer Machtlosigkeit aufseiten anderer Gruppen (Imhoff & Lamberty, 2020). Daraus ergibt sich die Frage, ob und inwiefern Verschwörungsglaube mit subjektiv erlebter Machtlosigkeit zusammenhängt. Empirisch zeigt sich, dass Verschwörungsmythen vor allem unter Personen verbreitet sind, die sich selbst als machtlos erleben (Abalakina-Paap et al., 1999). Dieses Gefühl kann sowohl aus individuellen Lebensumständen als auch aus der Zugehörigkeit zu gesellschaftlich marginalisierten Gruppen resultieren (Imhoff & Decker, 2013). Auch Personen mit extremen politischen Überzeugungen – sowohl am rechten als auch am linken Pol – neigen häufiger zum Glauben an Verschwörungsmythen als solche aus dem politischen Zentrum (Imhoff & Decker, 2013). Auch der Zusammenhang zwischen geringem Bildungsniveau und Verschwörungsglauben lässt sich über das Erleben von Machtlosigkeit erklären: Bildung vermittelt Wissen, das wiederum mit einem Gefühl von Kontrolle und Einfluss auf das soziale Umfeld einhergeht. Darüber hinaus eröffnen Bildungsabschlüsse den Zugang zu potenziell einflussreicheren gesellschaftlichen Positionen (Mirowsky & Ross, 1998). Der Zusammenhang zwischen Verschwörungsglaube und erlebter Machtlosigkeit lässt sich anhand zweier theoretischer Erklärungsansätze ableiten (Imhoff & Lamberty, 2020). Entsprechend der kompensatorischen Hypothese wird angenommen, dass ein erlebtes Machtdefizit zur verstärkten Annahme von Verschwörungserzählungen führt, um Verantwortung für negative Ereignisse abgeben zu können (Whitson et al., 2015). Verschwörungserzählungen stützen nach dieser Hypothese ein Weltbild, in dem vermeintlich böse Kräfte jenseits individueller Kontrolle wirken. Sie bieten damit eine scheinbare Erklärung für persönliche Schwierigkeiten, da diese so als Teil eines vermeintlich größeren Musters gedeutet werden können (Whitson et al., 2015). Der Bestätigungsfehlschluss kann diesen Prozess verstärken, da Verschwörungserzählungen bestehende Gefühle von Machtlosigkeit bestätigen und sich dadurch gut in das vorhandene Weltbild integrieren lassen (Imhoff & Lamberty, 2020). Umgekehrt postuliert die Verstärkungshypothese, dass der Glaube an die übermächtige Kontrolle einer kleinen Elite das Gefühl von Ohnmacht verstärken kann (Imhoff & Lamberty, 2020). Da beide Mechanismen unabhängig voneinander wirksam sein können, besteht das Risiko einer selbstverstärkenden Negativspirale aus Ohnmacht und Verschwörungsglauben (Imhoff & Lamberty, 2020).

Imhoff und Lamberty (2020) verstehen Machtlosigkeit als eine Form subjektiven Kontrollverlusts. Gemeint ist die Überzeugung, dass das eigene Handeln kaum Einfluss auf relevante Ergebnisse hat. Machtlosigkeit bezieht sich dabei nicht nur auf fehlenden Zugriff auf Ressourcen, sondern auch auf die Annahme, dass andere Gruppen über

diese Ressourcen verfügen und dadurch die Situation bestimmen können (Imhoff & Lamberty, 2020). Damit berührt Machtlosigkeit ein grundlegendes Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit, das besonders in gesellschaftlichen Krisen an Bedeutung gewinnt (Douglas et al., 2020). Verschwörungserzählungen können in solchen Situationen scheinbar Orientierung bieten, indem sie Unsicherheit reduzieren und ein Gefühl von Kontrolle vermitteln. Dies geschieht etwa durch das Zurückweisen allgemein anerkannter Informationen zugunsten einer alternativen Deutung der Ereignisse (Douglas et al., 2020).

Das Bedürfnis nach Kontrolle beeinflusst nicht nur die Interpretation gesellschaftlicher Ereignisse, sondern auch wo und wie Menschen nach Informationen suchen. Die Exposition gegenüber Verschwörungserzählungen ist eine notwendige Voraussetzung für den Glauben an diese (Farhart et al., 2023). Besonders digital, über Social Media und das Internet wird sich heutzutage über Verschwörungserzählungen ausgetauscht (Buchner et al., 2023). Digitale Informationssuche findet dabei jedoch nicht in einem neutralen Raum statt. Plattformen strukturieren die Sichtbarkeit von Inhalten durch algorithmische Empfehlungssysteme, die häufig auf Aufmerksamkeit und Verweildauer ausgerichtet sind. Um Nutzer*innen möglichst lange an die jeweilige Plattform zu binden, werden große Mengen an Nutzungsdaten gesammelt und Inhalte personalisiert. Dadurch werden Nutzer*innen bevorzugt Inhalte vorgeschlagen, die ihren bisherigen Interessen und ihrem Nutzungsverhalten entsprechen. Es entstehen sogenannte »Filterblasen« bzw. »Echokammern« (Buchner et al., 2023). Menschen, die gemeinsame Interessen teilen, finden sich – unterstützt durch die Funktionslogik der Algorithmen – z. B. auf Social-Media-Plattformen zusammen und bestätigen sich in ihren Überzeugungen gegenseitig (Buchner et al., 2023). Ideologische oder identitätsbasierte Filterblasen können beeinflussen, wer mit Verschwörungserzählungen konfrontiert wird und wie intensiv diese wahrgenommen werden (Farhart et al., 2023). Da soziale Medien Zustimmung, Wiederholung und Sichtbarkeit algorithmisch verstärken können, kann dies die Wahrnehmung gesellschaftlicher Mehrheitsverhältnisse verzerren. Verschwörungserzählungen können dann statt als randständige Deutungen, als vermeintlich breit geteilte Perspektiven erscheinen (Buchner et al., 2023).

Damit Verschwörungserzählungen von Personen mit verschwörungsideologischen Überzeugungen aufgegriffen werden können, müssen sie zunächst verbreitet werden. Das Teilen solcher Inhalte setzt jedoch nicht zwingend voraus, dass die teilende Person selbst an deren Wahrheit glaubt. Farhart et al. (2023) untersuchen drei Motive für die Verbreitung von Verschwörungsmythen: das »motivierte Teilen«, also die Bestätigung eigener Überzeugungen oder der Überzeugungen der Ingroup; das »Alarmschlagen«, bei dem kollektives Handeln gegen eine politische Fremdgruppe angeregt werden soll; sowie das »Chaos-Bedürfnis«, das auf eine Mobilisierung gegen das politische System zielt. In ihrer Studie kamen Farhart et al. (2023) zu dem Schluss, dass der Glaube an Verschwörungserzählungen positiv assoziiert ist mit der Bereitschaft, eine solche auf Social Media zu teilen. Das motivierte Teilen ist dementsprechend ein entscheidendes

Motiv für die Verbreitung von Verschwörungserzählungen im Internet (Farhart et al., 2023). Auch das Bedürfnis, andere gegen das politische System zu mobilisieren, korreliert positiv mit der Bereitschaft zur Verbreitung von Verschwörungserzählungen – und zwar unabhängig davon, ob die jeweilige Verschwörungserzählung den eigenen Überzeugungen entspricht (Farhart et al., 2023). Das Erzeugen von kollektiven Aktionen gegenüber einer politischen Fremdgruppe erwies sich hingegen nicht als Prädiktor für die Verbreitung von Verschwörungserzählungen auf Social Media. Entgegen der ursprünglichen Annahme, dass sich insbesondere politisch benachteiligte Personen zum Teilen von Verschwörungserzählungen veranlasst fühlen, zeigte sich, dass Personen, die ihre politischen Interessen vertreten sehen, eine erhöhte Bereitschaft zur Verbreitung entsprechender Inhalte aufweisen (Farhart et al., 2023).

Um Plattformrichtlinien und Moderationen gängiger Plattformen wie beispielsweise Facebook und X bei der Verbreitung von verschwörungsmythischen Inhalten zu umgehen, finden große Teile des verschwörungsideologischen Austauschs auf sogenannten »Alt-Tech«-Plattformen wie Telegram oder über die »Dark-Social«-Kommunikation statt (Buchner et al., 2023). Unter »Dark-Social«-Kommunikation wird die nicht- oder nur teilöffentliche Kommunikation über Messengerdienste wie Discord, Telegram oder WhatsApp verstanden (Buchner et al., 2023). So kann ein paralleles Kommunikationsnetz fernab der digitalen Mehrheitsgesellschaft entstehen, in dem unreguliert demokratiefeindliche und verschwörungsideologische Inhalte verbreitet werden. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 70 % der weltweiten digitalen Interaktionen mittlerweile auf »Dark Socials« stattfinden (Buchner et al., 2023). Ein Beispiel für die Verwendung von Alt-Tech-Plattformen für die Verbreitung von und den Austausch über Verschwörungsmythen stellt die Ausbreitung von QAnon im deutschsprachigen Raum dar. Nachdem YouTube-Kanäle und Facebook-Gruppen der verschwörungsideologischen Gruppen teilweise von den Plattformen gelöscht wurden, verschob sich ein Großteil des Austauschs auf Telegram. Allein der größte deutschsprachige Kanal hat etwa 140.000 Abonnent*innen, alle 115 identifizierten QAnon-Kanäle hatten bis 2022 insgesamt 2.391.392 Beiträge veröffentlicht (Goedeke Tort et al., 2022).

QAnon zeigt exemplarisch, wie unterschiedliche Verschwörungsmotive in digitalen Räumen verbunden und fortlaufend erweitert werden können. In QAnon-nahen Erzählungen verschränken sich Vorstellungen eines »Deep State«, geheimer Eliten, Pädophilie, satanisch codierter Gewalt sowie Adrenochrom- und Verjüngungsmotive. Pizzagate bildet dabei eine Vorläufererzählung, in der politische Eliten mit einem angeblichen Kindersexhandelsring in Verbindung gebracht wurden. QAnon überführt diese Vorstellung in ein breiteres Deutungsgefüge, in dem die Gefährdung von Kindern, verborgene Machtstrukturen und moralische Alarmierung eng miteinander verknüpft sind (Deely, 2025; Deutscher Bundestag, 2020; Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen, 2019).

3.2.4 Persistenz und Widerlegungsresistenz von Verschwörungsmythen

Verschwörungsmythen sind schwer zu widerlegen, weil sie mehrere psychologische Bedürfnisse zugleich ansprechen: Sie bieten scheinbare Erklärungen, vermitteln Kontrolle und können soziale Zugehörigkeit stiften. Zugleich bilden sie häufig ein geschlossenes Deutungssystem, in dem widersprechende Informationen nicht als Korrektur, sondern als Teil der Verschwörung interpretiert werden können (Krekó, 2020). Ein Widerlegen ist besonders dann sinnvoll, wenn ein Verschwörungsmythos weitverbreitet ist und potenziell schädliche Folgen für Gesellschaft, Gesundheit oder einzelne Personen hat. Bei wenig bekannten Verschwörungsmythen besteht hingegen das Risiko, dass der Versuch, sie zu widerlegen, ihnen zusätzliche bzw. größere Aufmerksamkeit verschafft (Krekó, 2020).

Dem Versuch, Verschwörungsmythen zu widerlegen, stehen mehrere psychologische Hindernisse entgegen. Erstens sind viele Verschwörungsmythen gegenüber Fakten besonders resistent. Da sie sich häufig auf im Geheimen agierende Akteur*innen und schwer überprüfbare Annahmen beziehen, sind sie nur begrenzt falsifizierbar (Uscinski & Parent, 2014). Zudem können Gegenargumente selbst als Teil der Verschwörung gedeutet werden: Wer widerspricht, erscheint dann nicht als korrigierende Instanz, sondern als Beteiligte*r oder Unterstützer*in der Verschwörung (Lewandowsky et al., 2015).

Zweitens wirken Fehlinformationen oft auch dann weiter, wenn sie bereits korrigiert wurden. Dieses Phänomen wird als anhaltende Wirkung von Fehlinformationen beschrieben: Die ursprüngliche Information bleibt im Gedächtnis präsent und kann Einstellungen weiterhin beeinflussen, selbst wenn Gegenargumente bekannt sind (Ecker et al., 2017). Damit verbunden ist der sogenannte »Sleeper-Effekt« (dt. Schläfer-Effekt). Informationen aus zunächst unglaubwürdig erscheinenden Quellen können langfristig dennoch wirksam bleiben, weil die Erinnerung an die Quelle mit der Zeit verblasst, während der Inhalt der Information erhalten bleibt (Kumkale & Albarracín, 2004).

Drittens kann bereits die Wiederholung eines Verschwörungsmythos problematisch sein. Um ihn zu widerlegen, muss er zunächst benannt werden. Diese erneute Nennung kann jedoch Vertrautheit erzeugen und dadurch seine Plausibilität erhöhen. Krekó (2020) beschreibt dies als »Familiarity-Backfire-Effekt« (dt. Vertrautheits-Rückschlag-Effekt). Besonders bei wenig bekannten Verschwörungsmythen besteht daher die Gefahr, dass der Versuch, sie zu wiederlegen, unbeabsichtigt zu ihrer Verbreitung beiträgt (Krekó, 2020).

Viertens kann psychologische Reaktanz eine sachliche Auseinandersetzung erschweren. Wenn Menschen den Eindruck haben, in ihrer Meinungsfreiheit eingeschränkt oder belehrt zu werden, reagieren sie mitunter mit verstärkter Zustimmung zur eigenen Position (Miron & Brehm, 2006). Widerlegende Argumente können dann als bevormundend wahrgenommen werden und den Glauben an den Verschwörungsmythos – anders als intendiert – sogar stabilisieren (Krekó, 2020).

Fünftens sind Verschwörungsmythen häufig in Gruppenidentitäten und umfassendere Weltbilder eingebettet. Sie beruhen daher nicht nur auf falschen oder verzerrten Informationen, sondern können Funktionen für die Eigengruppe erfüllen, etwa indem sie kollektives Selbstbewusstsein stärken oder den Zusammenhalt der Gruppe fördern (Krekó, 2020). In solchen Fällen reichen sachliche Gegenargumente nicht aus, um den Glauben an Verschwörungsmythen zu erschüttern (Banas & Miller, 2013). Besonders schwer veränderbar sind Überzeugungen, wenn sie einen zentralen Bestandteil des eigenen Weltbildes bilden oder mit stabilen politischen Einstellungen verknüpft sind (van Prooijen et al., 2015).

Zudem können gesellschaftlich marginalisierte Gruppen oder Personen mit geringerem institutionellem Vertrauen für bestimmte Verschwörungserzählungen besonders empfänglich sein. Gerade diese Gruppen sind für institutionelle Interventionen jedoch oft schwerer erreichbar (Krekó, 2020).

3.3 Individuelle und gesellschaftliche Risiken von Verschwörungsglaube

Der Glaube an Verschwörungsmythen beeinflusst zentrale Lebensbereiche wie Gesundheit, Partnerschaft und Sicherheit, da Überzeugungen – unabhängig von ihrem Wahrheitsgehalt – handlungsleitend wirken (van Prooijen & Douglas, 2018). Besonders deutlich zeigt sich dieser Einfluss im Bereich der Gesundheitsentscheidungen. In einer Studie von Jolley und Douglas (2014a) ließ sich beobachten, dass die Impfbereitschaft der Teilnehmenden sank, nachdem sie mit einer Verschwörungserzählung von Impfgegner*innen konfrontiert worden waren. Auch unabhängig vom konkreten Gesundheitsbezug zeigt sich, dass Personen mit einer hohen Verschwörungsmentalität häufiger alternative Heilmethoden der evidenzbasierten Medizin vorziehen (Lamberty & Imhoff, 2018).

Weiterhin zeigt sich, dass der Glaube an Verschwörungsmythen mit Beeinträchtigungen interpersoneller Beziehungen einhergehen kann. Personen mit erhöhter Verschwörungsmentalität werden wahrscheinlicher stigmatisiert (Harambam & Aupers, 2015) und erwarten negative Einschätzungen durch andere (Lantian et al., 2017). Darüber hinaus geht die Verbreitung von Verschwörungsmythen mit der Angst einher, sozial ausgegrenzt zu werden (Lantian et al., 2017). Der Glaube an Verschwörungsmythen ist zudem verbunden mit Indikatoren eines beeinträchtigten interpersonellen Funktionsniveaus (Lamberty & Imhoff, 2018). Dazu gehören interpersonelle Paranoia (Darwin et al., 2011), Narzissmus (Cichockaet al., 2016), Unverträglichkeit (Swami et al., 2011), unsicherer Bindungstyp (Green & Douglas, 2018) und Machiavellismus (Douglas & Sutton, 2011).

Auch auf gesellschaftlicher Ebene kann Verschwörungsglaube erhebliche Folgen haben. Er steht in Zusammenhang mit politischer Entfremdung, geringerer Wahlbeteiligung (Jolley & Douglas, 2014b) und sinkendem Vertrauen in staatliche Institutionen, selbst wenn der jeweilige Verschwörungsmythos keinen direkten Bezug zu diesen Institutionen aufweist (Einstein & Glick, 2015). Verschwörungsmythen können zu Entfremdung und Loslösung von sowie Zynismus gegenüber der Gesellschaft führen (Butler et al., 1995). Darüber hinaus kann die Auseinandersetzung mit Verschwörungsmythen die Unterstützung politischer und wissenschaftlicher Maßnahmen verringern. So sinkt etwa bei Anhänger*innen von Verschwörungsmythen, die den menschengemachten Klimawandel negieren, die Bereitschaft, Emissionen zu reduzieren (Jolley & Douglas, 2014b). Auch die Abwendung von wissenschaftlichen Empfehlungen kann gesamtgesellschaftliche Risiken erzeugen, etwa wenn impfbezogene Verschwörungsmythen die Impfbereitschaft senken und dadurch bevölkerungsbezogene Schutzmechanismen beeinträchtigen (Jolley & Douglas, 2014b).

Insgesamt zeigen die dargestellten Befunde, dass Verschwörungsglaube nicht nur als individuelles Überzeugungssystem zu verstehen ist, sondern konkrete handlungspraktische Folgen haben kann. Er kann gesundheitsbezogene Entscheidungen, interpersonelle Beziehungen sowie das Vertrauen in Wissenschaft, Politik und staatliche Institutionen beeinflussen. Damit können Verschwörungsmythen sowohl individuelle Bewältigungsversuche als auch gesellschaftliche Desintegrationsprozesse begünstigen.

3.4 Zusammenfassung

Das Kapitel zeigt, dass Verschwörungsmythen als komplexe Deutungsmuster zu verstehen sind, die epistemische, existenzielle und soziale Funktionen erfüllen können. Sie können scheinbare Erklärungen für Unsicherheit bieten, Orientierung und Kontrolle vermitteln sowie zugleich der Selbst- oder Gruppenaufwertung dienen. Gerade dadurch entwickeln sie eine hohe Anschlussfähigkeit, insbesondere in Phasen von Krisen, bei erlebter Machtlosigkeit, oder institutionellem Vertrauensverlust. Ihre Widerlegungsresistenz, digitale Verbreitungsdynamik und potenziell handlungsleitende Wirkung machen sie sowohl individuell als auch gesellschaftlich relevant. Für die vorliegende Arbeit ist dies bedeutsam, weil verschwörungsmythische Deutungsmuster über individuelle Überzeugungen hinaus Eingang in professionelle und institutionelle Kontexte finden und dort handlungsleitend werden können.

4 Der Begriff des Rituals und Ritualtheorien

Als Grundlage für die Diskussion des Narrativs »Rituelle Gewalt« ist eine begriffliche Auseinandersetzung mit dem Ritualbegriff erforderlich. Im entsprechenden Diskurs wird der Begriff »Ritual« weitgehend selbstverständlich verwendet, eine systematische Bestimmung bleibt in der Regel aus (Schmied-Knittel, 2008; Frankfurter, 2001). Auch dort, wo Definitionen organisierter oder »ritueller Gewalt« herangezogen werden, wird nicht expliziert, welches Ritualverständnis diesen zugrunde liegt. Es scheint angenommen zu werden, dass mit einem knappen Verweis auf eine Ideologie, ein Täternetzwerk sowie eine systematische Anwendung von Gewalt (Fachkreis, 2018) ausreichend klar festgestellt werde, was »rituelle Gewalt« sei. Ein Rückgriff oder Verweis auf den historisch in seiner Verwendung weit zurückreichenden Begriff »Ritual« und dessen Bedeutungsgehalt wird im Narrativ »Rituelle Gewalt« nicht vollzogen. Dies ist erklärungsbedürftig.

Rituale gehören zu den ältesten und zugleich beständigsten kulturellen Ausdrucksformen menschlichen Handelns und finden sich in religiösen, politischen und familiären Kontexten ebenso wie im Alltag moderner Gesellschaften (Bergmann, 2000; Glei et al., 1992; Michaels, 2003; Quack, 2013). Gerade diese breite Verankerung trägt dazu bei, dass der Begriff des Rituals als selbstverständlich gilt und selten problematisiert wird. Die alltagssprachliche Diffusion des Begriffs erzeugt ein scheinbar geteiltes Vorverständnis, das jedoch weder theoretisch konsistent noch analytisch trennscharf ist (Bergmann, 2000; Meyer-Blanck, 2017; Michaels, 2003).

Für die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« ist diese begriffliche Unbestimmtheit von besonderer Relevanz. Wenn Ritual als Bezugskategorie für Gewalt herangezogen wird, ohne seinen Bedeutungsumfang zu klären, bleibt unbestimmt, auf welches Phänomen hier Bezug genommen wird (Frankfurter, 2001). Ziel des Kapitels ist es daher, die begrifflichen und theoretischen Voraussetzungen des sozialwissenschaftlichen Ritualverständnisses offenzulegen und zugleich dessen analytische Grenzen sichtbar zu machen. Ergänzend wird in einem Exkurs eine religionswissenschaftliche und praktisch-theologische Perspektive auf Kult, Ritus und Ritual aufgenommen. Dieser Exkurs richtet den Blick auf Gefährdungspotenziale in Missbrauchskontexten, in denen rituelle, kultische oder sakrale Ordnungen umgedeutet, funktionalisiert oder zur Stabilisierung von Autorität und Abhängigkeit genutzt werden.

4.1 Begriffliche und etymologische Annäherungen

Etymologisch wird sowohl auf den aus dem Sanskrit stammenden Ausdruck »rta« (Ordnung, Wahrheit) als auch das indogermanische »ri« (fließen) verwiesen (Michaels, 2003). Im Lateinischen bezogen sich »ritus«, »rite«, »ritualis« und »ritualiter« allgemein auf die Art und Weise des Vollzugs einer Handlung. In der Antike und im Mittelalter ist der Begriff jedoch primär religiös konnotiert und bezeichnet die Ordnung kultischer[19] Handlungen sowie den geregelten Vollzug religiöser Praxis (Glei et al., 1992; Michaels, 2003). Rituale sind nach diesem Verständnis auf Transzendenz bezogen: Sie strukturieren die Beziehung zwischen Menschen und göttlichen oder heiligen Mächten und erhalten ihre Bedeutung aus diesem Bezug.

Diese religiöse Grundbedeutung prägte den Ritualbegriff über lange Zeit. Rituale erscheinen als außeralltägliche, festliche, zeremonielle[20] oder sakrale Handlungen, die

19 Ein Kult ist die nach festen Riten geregelte Verehrung einer Gottheit oder anderen überirdischen Macht, die übertriebene Verehrung einer Person oder die übertriebene Pflege einer Sache (DWDS, 2025). Kulthandlungen schaffen eine Verbindung zwischen dem einzelnen Menschen und dem mit dem Kult verehrten. Bereits Cicero nahm eine Unterscheidung von Kult und Aberglauben vor. Er sprach sich dafür aus, dass der Staatskult das »rechte Maß der Religion« garantiere. Ein Kult basiert nahezu immer auf einem Mythos. Dies ist eine mündliche oder auch schriftliche, sagenhafte Überlieferung der Vorstellungen eines Volkes aus seiner Vorzeit; besonders über die Welt, über Götter und/oder Menschen. Kult und Mythos stehen in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis: Zum einen konstituiert der Kult den Mythos, zum anderen gestaltet der Mythos den Kult. Walter Benjamin hebt hervor, dass der Mythos sich mit dem Ursprung des Menschen befasst und damit hilft, sich der eigenen, aber kollektiven Identität zu versichern. Für den Kult sind Macht und Glauben konstitutiv. Ein Kult kann als Grenzerlebnis des Menschen gegenüber einer Macht verstanden werden, die solche Formen des Kults/der Kulthandlungen fordere. Der Mensch kann in diesem Sinne nur wiederholen, nachfolgen und darstellen. Er ordnet sich im Kult der Macht unter. Ernst Cassirer setzte sich damit auseinander, dass die Identität und Individualität des einzelnen Menschen in der mythisch begründeten Kulthandlung verloren gehe. Im Rahmen des Kults fülle der einzelne Mensch eine Rolle aus. Der einzelne Mensch habe hier also nicht den Status eines individuellen Subjekts (Schmidt-Biggemann, 1976).

20 Eine Zeremonie besteht aus einer festgelegten Abfolge menschlicher Handlungen, die eine Ordnung symbolisch repräsentieren und sie gegenüber den Adressaten ästhetisieren. Ganz ähnlich wie beim Ritualbegriff gibt es ein enges kirchliches und ein weites säkulares Verständnis von Zeremonien. Ersteres bezieht sich auf den Vollzug von Religion; vor allem die Liturgie und die Sakramente. Letzteres bezieht sich auf soziale Hierarchie und politische Herrschaft. Zeremonien sind ein universelles Phänomen, das sich zeit- und kulturübergreifend findet. Sie binden Menschen ästhetisch, körperlich und sinnlich ein. Mit der Adressierung der Sinne vollziehen Zeremonien sowohl innere als auch äußere Ehrerbietung von Untertanen gegenüber einem Herrscher bzw. im religiösen Kontext des Menschen gegenüber Gott. Sie stilisieren so Herrschaft und werden häufig zum Zwecke von deren Stabilisierung eingesetzt. Zeremonien selbst haben mit der festgelegten Handlungsabfolge eine Ordnung. Diese beruht entweder auf religiösem Gebot, säkularem Gesetz oder auf Sitte und Gewohnheit. Ebenfalls ganz ähnlich wie Rituale minimieren auch Zeremonien Verhaltensvariation und erhöhen so Erwartungssicherheit. Anders als der Ritualbegriff, wird im privaten Bereich nicht mehr von Zeremonien gesprochen. Hier wird eher von Benimmregeln oder Etikette gesprochen. Aktuell wird in der Theologie betont, dass gerade durch die äußerliche Befolgung von Zeremonien eine innerliche ethische Erfüllung eintreten könne. In der Sozialphilosophie wird darauf verwiesen, dass bereits die äußerliche Befolgung von Zeremonien einen Eigenwert besitze, denn indem

sich deutlich vom profanen Alltag abheben (Hutter, 2004). Ihre Wirksamkeit liege nicht allein in ihrer sozialen Ordnungskraft, sondern in ihrer Einbettung in einen transzendenten Sinnhorizont (Glei et al., 1992).

Seit der Neuzeit, verstärkte jedoch seit dem 18. Jahrhundert, lässt sich eine schrittweise Bedeutungsverschiebung beobachten. Mit dem Aufkommen der Anthropologie, Ethnologie und Soziologie rücken Rituale als soziale Praktiken in den Blick. Der Fokus verlagerte sich vom Transzendenzbezug auf formale Merkmale wie Wiederholung, Regelhaftigkeit, Institutionalisierung und Symbolik (Bergmann, 1981, 2000). Damit werden nun auch Handlungen als Rituale identifiziert, die keinen expliziten Bezug zum Heiligen haben, etwa politische Zeremonien oder Übergangsriten (Michaels, 2003; Quack, 2013; van Gennep, 1909).

In einem weiteren Schritt wird der Ritualbegriff zunehmend auf alltägliche Praktiken angewendet. Diese begriffliche Ausweitung vollzieht sich nicht abrupt, sondern als Ergebnis einer fortschreitenden theoretischen Verschiebung, in deren Verlauf Rituale immer stärker formal bestimmt und von spezifischen Bedeutungsgehalten gelöst werden (Meyer-Blanck, 2017; Platvoet, 1995).

4.2 Strukturmerkmale und Funktionen ritualisierter Praxis

In der Ritualforschung wurden wiederholt Versuche unternommen, Rituale anhand übergreifender Strukturmerkmale zu bestimmen. Platvoet (1995) und Michaels (2003) sprechen sich für polythetische Definitionen des Ritualbegriffs aus und nennen 13 Dimensionen (Platvoet, 1995) bzw. fünf Merkmale: 1. Verkörperung, 2. Förmlichkeit, 3. Rahmung, 4. Transformation und Wirksamkeit sowie 5. Überhöhung (Michaels, 2003).

Ein Systematisierungsversuch von Bergmann (1981, 2000) unterscheidet Rituale als performative Handlungen, als institutionalisierte Praktiken und als symbolisch aufgeladene Vollzüge (Bergmann, 1981, 2000). Rituale bestehen aus sequenziellen Abfolgen von Teilhandlungen, integrieren sprachliche, parasprachliche und körperliche Elemente und weisen häufig einen szenischen oder ästhetischen Charakter auf. Rituale sind performative Handlungen: Ihre Bedeutung entsteht im Vollzug selbst. Als institutionalisierte Praktiken beruhen Rituale auf kulturell überlieferten Mustern. Sie sind sozial erlernt, vorgeprägt und nur begrenzt individuell variierbar. Ihre relative Stabilität unterscheidet sie von spontanen oder rein situativen Handlungen (Bergmann, 1981).

sie die zwischenmenschlichen Beziehungen reibungslos gestalte, stifte sie Bindungen und könne zu einer gesamtgesellschaftlichen Befriedung beitragen (Vec, 2004).

Zugleich besitzen Rituale eine symbolische Qualität, insofern sie über den konkreten Handlungsvollzug hinaus auf einen Deutungshorizont, normative Ordnungen, soziale Werte oder kollektive Zugehörigkeiten verweisen (Bergmann, 2000).

An diese drei strukturellen Bestimmungen schließen funktionale Zuschreibungen an. Rituale werden als Praktiken verstanden, die soziale Ordnung stabilisieren, Übergänge strukturieren und Kontingenz reduzieren können (Durkheim, 1912/2007; van Gennep, 1909). Diese Funktionen ergeben sich aus der spezifischen Struktur ritualisierter Praxis selbst: Gerade ihre Wiederholbarkeit, Erwartbarkeit und symbolische Rahmung bieten in Situationen erhöhter Unsicherheit Orientierung. Darüber hinaus wird Ritualen eine affektregulierende Funktion zugeschrieben. Durch Formalisierung und Ästhetisierung schaffen sie einen Rahmen, in dem Emotionen sozial kanalisiert und kollektiv verarbeitet werden können (Scheff, 2001).

4.3 Ritualtheoretische Perspektiven und ihre Ausweitung

In klassischen (religions-)soziologischen Theorien erscheinen Rituale als konstitutive Elemente sozialer Ordnung. Bei Émile Durkheim sind Rituale jene Praktiken, durch die Gesellschaft sich ihrer selbst vergewissert. Gesellschaft existiere nur, insofern sie sich periodisch in gemeinsamen Handlungen erneuert (Durkheim, 1912/2007). Rituale sind hier weder bloße Ausdrucksformen bestehender Ordnung noch alltägliche Routinen, sondern sozial außeralltägliche Verdichtungen, in denen Gemeinschaft und Gesellschaft performativ erzeugt werden.

Auch in anthropologischen Ansätzen, etwa bei Arnold van Gennep (1909) und Victor Turner (1969), bleibt der Fokus zunächst auf außeralltägliche Situationen gerichtet. Rituale strukturieren Übergänge im Lebenslauf und schaffen zeitlich begrenzte Schwellenräume, in denen soziale Rollen und Normen suspendiert oder transformiert werden können (van Gennep, 1909; Turner, 1969). Die analytische Aufmerksamkeit gilt hier nicht dem Alltag, sondern gerade dessen Unterbrechung. Aus dieser Perspektive wird vor allem die sinnhafte Strukturierung von Lebenslauf und Lebenszeit in den Blick genommen sowie Transformationen von Status und Identität.

Mit mikrosoziologischen und interaktionistischen Ansätzen verschiebt sich der Fokus deutlich. Bei Erving Goffman (1959, 1967) werden Rituale nicht länger primär als außeralltägliche oder liminale Ereignisse gefasst, sondern als alltägliche Interaktionsformen, die soziale Ordnung im Kleinen sichern. Begrüßungen, Entschuldigungen oder ritualisierte Reparaturmechanismen nach misslungenen Interaktionsschritten dienen laut Goffmann dazu, Erwartungen zu stabilisieren und soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten (Goffman, 1959, 1967). Diese mikrosoziologische Perspektive wird in ethnometho-

dologischen und interaktionstheoretischen Ansätzen weitergeführt. Rituale erscheinen hier ebenfalls als routinisierte Praktiken, durch die soziale Ordnung fortlaufend hergestellt wird (Garfinkel, 1967). In der Theorie der Interaktionsritualketten nach Collins (2004) wird Ritualität schließlich überall dort verortet, wo Interaktionen durch geteilte Aufmerksamkeit, emotionale Synchronisierung und symbolische Markierungen strukturiert sind (Collins, 2004). Der Ritualbegriff wird damit von spezifischen Situationen und deren Struktur gelöst und auf alltägliche Routinen generalisiert. Ritualität wird nun nicht mehr an bestimmte Anlässe, Übergänge oder institutionalisierte Formen gebunden, sondern als grundlegender Mechanismus sozialer Ordnung im Alltag verstanden. Diese begriffliche Generalisierung trägt maßgeblich zur Ausweitung des Ritualbegriffs bei.

4.4 Ritual, Alltag und begriffliche Konsequenzen

Die sozialwissenschaftliche Ausweitung des Ritualbegriffs spiegelt sich in seiner alltagssprachlichen Verwendung wider. »Ritual« bezeichnet nicht nur religiöse oder feierliche Handlungen, sondern ebenso persönliche Routinen oder wiederkehrende Gewohnheiten (Bergmann, 2000; Meyer-Blanck, 2017; Michaels, 2003). Diese Bedeutungsverschiebung erhöht die Anschlussfähigkeit des Begriffs, geht jedoch mit einem Verlust an analytischer Trennschärfe einher. Meyer-Blanck (2017) konstatiert, dass es zu einer »Ausdehnung des Geltungsbereichs [des Ritualbegriffs] bei niedrigerer Erklärungskraft« (S. 1468) gekommen sei.

Diese Entwicklung ist jedoch nicht allein als alltagssprachliche Verwässerung zu verstehen, sondern als Folge ritualtheoretischer Entscheidungen selbst. Walthert (2018) arbeitet heraus, dass die Ritualtheorie bereits seit ihren klassischen Anfängen durch eine Pluralität teils inkompatibler Ritualdefinitionen geprägt ist. Gerade weit gefasste Ritualbegriffe, die Ritualität als allgemeine Dimension sozialen Handelns begreifen, erhöhen zwar die theoretische Reichweite des Begriffs, lösen ihn jedoch zugleich von klar bestimmbaren Handlungstypen. Die analytische Attraktivität solcher Konzepte geht damit auf Kosten begrifflicher Präzision. Ritual wird in diesen Ansätzen weniger als klar umrissene soziale Praxis gefasst denn als heuristische Perspektive auf Ordnung, Sinn und Wiederholung sozialen Handelns (Walthert, 2018).

Für analytische Zwecke ist diese Feststellung problematisch: Je weiter der Ritualbegriff ausgedehnt wird, desto schwieriger wird es, spezifische Formen ritualisierter Praxis voneinander abzugrenzen (Bosch, 2018; Meyer-Blanck, 2017; Michaels, 2003). Die Zuschreibung »rituell« benennt dann weniger klar bestimmbare Handlungstypen als vielmehr eine Perspektive, die Wiederholung, Ordnung oder Sinnhaftigkeit suggeriert – und bleibt ein »fuzzy concept« (Platvoet, 1995).

Für die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« stellt dies eine zentrale Herausforderung dar. Wenn nicht geklärt ist, welches Ritualverständnis im

jeweiligen Kontext zugrunde gelegt wird, bleibt unbestimmt, worauf sich die Zuschreibung »rituell« überhaupt bezieht (Frankfurter, 2001; Schmied-Knittel, 2008). Umso mehr bedarf es einer Verständigung darüber, was im spezifischen Kontext mit Ritual gemeint ist – und was nicht.

4.5 Rituale in der (Post-)Moderne

Diagnosen der (Post-)Moderne verweisen darauf, dass Rituale unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen neue Bedeutungen erlangen. Prozesse der Individualisierung, Enttraditionalisierung und funktionalen Differenzierung führen dazu, dass vorgegebene rituelle Formen an Selbstverständlichkeit und Bindekraft verlieren (Glei et al., 1992).

In der Risikogesellschaft, wie sie Ulrich Beck (1986) beschreibt, lösen sich traditionelle Lebensverläufe und institutionell abgesicherte Übergänge zunehmend auf. Individuen sind stärker gefordert, biografische Entscheidungen selbst zu treffen, zu begründen und zu verantworten. Rituale verlieren damit ihre kollektiv verbindliche Rahmung, fungieren jedoch weiterhin als Mittel der Kontingenzbewältigung (Beck, 1986). Andreas Reckwitz (2017) beschreibt diese Entwicklung als Teil eines umfassenden Prozesses der Subjektivierung. Rituale werden zu Instrumenten der Selbstvergewisserung und Singularisierung, indem sie individuelle Lebensführung symbolisch strukturieren, ohne stabile kollektive Ordnung zu reproduzieren (Reckwitz, 2017). Vor diesem Hintergrund diagnostiziert Byung-Chul Han (2019) ein »Verschwinden der Rituale«. Rituale versteht er als »symbolische Techniken der Einhausung«, die Zeit strukturieren und Gemeinschaft ermöglichen. Ihr Verlust verstärkt Vereinzelung und Beschleunigung, ohne dass damit Ritualität insgesamt verschwindet (Han, 2019, S. 10).

4.6 Ritual und Gewalt: Differenzen und Diskursverschiebungen

Zwischen Ritual und Gewalt besteht keine zwingende Beziehung. Gewalt ist kein definierendes Merkmal ritualisierter Praxis – ebenso wenig ist Ritual ein notwendiges Merkmal von Gewalt (Brosius et al., 2013). In den klassischen ritualtheoretischen Grundlagentexten spielt Gewalt entsprechend keine konstitutive Rolle. Der analytische Fokus liegt auf sozialer Integration, Übergangsbearbeitung, Sinnstiftung und der Herstellung kollektiver Ordnung.

Bei Durkheim (1912/2017) werden Rituale als Mechanismen der Vergesellschaftung analysiert; Gewalt ist hier kein eigenständiger Gegenstand, sondern allenfalls implizit

in der normativen Verbindlichkeit sozialer Ordnung angelegt (Durkheim, 1912/2007). Auch in anthropologischen Übergangstheorien steht nicht Gewalt, sondern Transformation im Zentrum. Selbst dort, wo Rituale körperlich fordernd oder schmerzhaft sind, werden diese Aspekte nicht als Gewalt im engeren Sinne konzeptualisiert (van Gennep, 1909; Turner, 1969).

Praxistheoretisch orientierte Ritualansätze betonen zudem, dass die soziale Wirksamkeit von Ritualen nicht primär aus ihren Bedeutungsinhalten oder normativen Setzungen resultiert, sondern aus der formalen Struktur und der affektiven Organisation des Vollzugs. Rituale stabilisieren Ordnung, indem sie Aufmerksamkeit bündeln, Emotionen rahmen und Erwartungen synchronisieren. Gewalt ist hierfür weder notwendig noch konstitutiv, sondern tritt – sofern sie vorkommt – als kontingente, kontextabhängige Praxis hinzu, die analytisch nicht aus der Ritualität selbst abgeleitet werden kann (Walthert, 2018).

Demgegenüber existieren theoretische Ansätze, die Ritual, Macht und Gewalt explizit zusammendenken. Diese befassen sich jedoch mit klar umrissenen Themenfeldern: z. B. mit der Kanalisierung kollektiver Aggression (Girard, 1972/2006), mit staatlicher Gewalt und deren symbolischer Legitimation (Bell, 1997) oder mit der rituellen Bearbeitung gesellschaftlicher Konflikte (Whitehead, 2004; Simion, 2017). Gewalt wird hier als historisch und kulturell eingebettete Praxis analysiert, nicht als eigenständige Gewaltform, die durch Ritualität definiert wäre. Entscheidend ist, dass diese Ansätze nicht das Phänomen untersuchen, das im gegenwärtigen Diskurs als »rituelle Gewalt« bezeichnet wird. Dieses bewegt sich diskursiv außerhalb der ritualtheoretischen und gewaltsoziologischen Auseinandersetzungen und greift deren Begriffe selektiv auf, ohne an ihre theoretischen Differenzierungen anzuschließen (Frankfurter, 2001).

Die Analyse von Gewaltkonstellationen erfordert eine genaue Bestimmung der Funktion, die rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente im jeweiligen Tatgeschehen übernehmen. Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang religiöse und kirchliche Kontexte, weil Riten, sakrale Räume, symbolische Handlungen, religiöse Sprache und geistliche Autorität bereits institutionell vorstrukturiert sind. In solchen Kontexten können bestehende Riten für Missbrauch umgedeutet oder funktionalisiert werden. Der folgende Exkurs nimmt diese Perspektive auf. Er betrachtet Kult, Ritus und Ritual aus religionswissenschaftlicher bzw. praktisch-theologischer Sicht und fragt nach Gefährdungspotenzialen, die sich aus Transzendenzbezug, Autorität, Aussonderung, Körperlichkeit und ritueller Ordnung ergeben können (Baudy, 2001; Bürkle, 2006; Häussling, 2006; Mitchell, 2001; Sundermeier, 1998).

4.7 Exkurs: Kult, Ritus und Rituale – Perspektiven und Gefahrenpotenziale[21]

4.7.1 Begriffsklärung

Kult als »die Gesamtheit religiöser Praxis im Umgang mit spirituellen oder mit besonderer Zuschreibung versehener Wesen. (...) Wesentlicher Bestandteil des Kults sind die Riten [bzw. Rituale; P. B.[22]][23]. (...) Es handelt sich um einen wiederholbaren, kommunikativen Handlungsablauf, der einer strukturierten und festgelegten Form folgt und für die jeweiligen Interaktionspartner verbindlich ist« (Baudy, 2001, S. 1800). Der Kult weist als symbolischer Akt über sich selbst hinaus. Das heißt, er verbleibt nicht in der innerweltlichen Dimension, sondern bringt eine lebendige Beziehung der an ihm teilnehmenden Menschen zu dem transzendenten Wesen bzw. jener Gottheit zum Ausdruck, an den bzw. die sich der Kult richtet (Bürkle, 2006). Meistens handelt es sich um ein »dienendes und aufwartendes Verhalten des Menschen gegenüber diesen Mächten [i. S. von Gottheiten; P. B.]« (Bürkle, 2006, S. 503). Das Leben der Menschen wird dadurch in einen größeren Sinnzusammenhang eingeordnet und im Blick auf die Orientierung an diesen transzendenten Mächten strukturiert. In diesem Sinne spricht Häussling (2006, S. 509) vom Kult als »dem Menschen eigene Befähigung (...) mittels symbolischen Verstehens und mittels Symbolhandlungen den Sinn des eigenen Daseins und der Welt im ganzen [sic!] zu lichten, ihren Bestand trotz Gefahr des Untergangs und der Vernichtung zu wahren und zu erneuern und mit dem Göttlichen in eine Gemeinschaft des Friedens zu gelangen und darin zu verbleiben«.

4.7.2 Ethische Herausforderung

Durch die kultische bzw. rituelle Einordnung des am Kult/Ritus teilnehmenden Menschen in ein größeres Sinnganzes, das letztlich stets durch eine Gottheit/ein transzendentes Wesen bestimmt wird, ist der Kult »die öffentliche Darstellung der jeweiligen inhaltlichen ›Bestimmtheit‹ des ›Gefühls der schlechthinnigen Abhängigkeit‹, das den Mitgliedern einer religiösen Gemeinschaft gemeinsam und der Quell- wie Orientie-

21 Aufgrund des hier gesetzten Rahmens in formaler und inhaltlicher Hinsicht beschränkt sich die im Folgenden angeführte Literatur im Wesentlichen auf allgemein anerkannte Basisbeiträge in einschlägigen Lexika. Tiefergehende und weiterführende Untersuchungen auf dem Feld von Kult/Ritus/Rituale zum Zusammenhang von Theorie- und Begriffsbildung sowie Praxis einerseits und dem Phänomen Missbrauch in unterschiedlichen Religions- bzw. Glaubenswelten andererseits sind unabdingbar.

22 P. B. steht für Peter Beer, siehe Autor*innenverzeichnis.

23 Die Begriffe Ritual und Ritus werden oftmals synonym verwendet. Vgl. hierzu z. B. Hutter (2004).

rungspunkt ihres Handelns ist« (Stroh, 2001, S. 1815). Dieses Gefühl der »schlechthinnigen Abhängigkeit« (Stroh, 2001, S. 1815) gegenüber einer Gottheit/einem transzendenten Wesen kann in einer Art »Verlängerung bzw. Weiterführung« fehlgedeutet werden, als grundsätzliches Fehlen der Möglichkeit persönlicher Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit im Leben allgemein und dann auch gegenüber anderen Menschen im Besonderen (vor allem jenen gegenüber, die die Kulte vollziehen). Das (angenommene) Fehlen von Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit bildet eine signifikante Bedingung der Möglichkeit von Missbrauch.[24]

4.7.3 Risiken

Bei genauerem Hinsehen auf Eigenart und Struktur des Kultes bzw. der ihn konstituierenden Rituale und Riten können kult- und ritenspezifische Elemente ausgemacht werden, die in der Beschreibung von konkreten Missbrauchsfällen zwar unter anderen kontextuellen Vorzeichen, aber in ihrer Wirkung immer wieder auftauchen. Zu erwähnen ist hier Folgendes:

Das Grundelement fast jeden Kultes ist das Opfer (Häussling, 2006; Baudy, 2001). Es ist Ausdruck der Anerkennung der Größe und Unbedingtheit des Adressaten des Kultes als Gegenüber des Menschen, zu dem sich der Mensch im Kult in Beziehung setzt. Das Opfer bedeutet eine zumindest partielle Selbstaufgabe, um sich umso mehr jenem unbedingten Transzendenten annähern zu können. Die Bereitschaft zum Opfer kann durch Manipulation insofern leicht ausgenutzt werden, als sie unter dem Vorzeichen der Annäherung an das Transzendente nicht dieser, sondern der Unterwerfung unter die Willkür eines zum Missbrauch entschlossenen Menschen dient.

Zum Vollzug des Kultes und zur Teilnahme an ihm gehören das Moment der Aussonderung und ein besonderes Verhalten (Bürkle, 2006). Durch die Aussonderung und das besondere Verhalten wird für die Kultteilnehmenden und Ritusfeiernden unmittelbar erfahrbar, dass es sich bei Kult/Ritual/Ritus um eine Unterbrechung der Alltagsroutinen handelt, die angesichts des unbedingten Transzendenten (auf dessen Nähe Kult, Ritus und Ritual zielen) in den Hintergrund treten und als eigenständige Größe nahezu bedeutungslos werden. Mit der Aussonderung und dem besonderen Verhalten fallen auch sonst übliche Schutzmechanismen weg. Missbrauchende können diese im Kontext von Aussonderung und Besonderung als Hemmnisse im versuchten Kontakt mit dem Transzendenten umdeuten.

Für den Vollzug von Kulten/Riten/Ritualen gibt es Ritual-Expert*innen (Paus, 2006; Baudy, 2001), die die anderen Kult- und Ritenteilnehmenden durch die Abläufe eines Kultes bzw. Ritus führen. Allein schon wegen des Adressaten des Kultes/Rituals/Ri-

24 Nicht umsonst weisen Preul (2004) und Stroh (2001) auf die Notwendigkeit ethischer Reflexion auf Rituale und damit auch auf den Kult hin.

tus, der im Transzendenten festgemacht wird, umgibt die Ritual-Expert*innen eine besondere Aura des Ungewöhnlichen und des Respekts. Diese Aura wird teilweise noch verstärkt durch eine zumindest von außen so empfundene Arkandisziplin in Sachen Ritualvollzug durch Expert*innen. In diesem Kontext ist es zutreffend, von einer Autoritätsbezogenheit des Kultes/Ritus/Rituals zu sprechen (Mitchell, 2001). Durch ihr Ausgreifen über das rein Irdische (Weltimmanente) hinaus, erscheint die im Kontext Kult- und Ritenvollzug sich aktualisierende Autorität als besonders groß und bedeutsam. Ihr Widerspruch entgegenzubringen fällt besonders schwer. Personen, denen eine derartige Autorität zugeschrieben wird, verfügen als Missbrauchende über erhebliche Handlungsspielräume.

»Der Ritus will körperlich ausgeführt werden (...). Die Leiblichkeit ist basal und für die geistig-seelischen Wirkungen konstitutiv« (Sundermeier, 1998, S. 260). Kult/Ritus/Riten sind auf eine ganzheitliche Erfahrung dessen ausgelegt, was sie intentional anstreben. Da es sich auf das In-Beziehung-Setzen zum Transzendenten, zu Gott, zum Absoluten handelt, stellt sich die Frage, wo und wann der ganzheitlichen Erfahrung des Absoluten eine Grenze gesetzt wird. Ohne klare Grenzziehung wird aber auch nicht deutlich, wo grenzverletzendes Verhalten in körperlicher Hinsicht der Kult- und Ritenfeiernden beginnt und wo es aufhört.

Die genaue Einhaltung der klar vorgegebenen und festgeschriebenen Strukturierung und Ordnung eines Kultes/Ritus/Rituals entscheidet über dessen Gültigkeit und Wirksamkeit (Mitchell, 2001). Die Verletzung der Struktur bzw. Ordnung eines Ritus/Rituals/Kultes führt zu dessen Ungültigkeit und Unwirksamkeit. So gesehen kann der Ritus/Kult als solcher eine autoritäre Anmutung haben, insofern er gerade auch für den in rituellen und kultischen Belangen mehr oder weniger unbefangenen Laien*in keine Diskussion über Sinn und Unsinn der rituellen Strukturen und Ordnungen zulässt, ohne dass die rituelle und kultische Wirksamkeit zerstört oder zumindest infrage gestellt wird. Für Kult- und Riten-Expert*innen, die den rituellen und kultischen Vollzügen vorstehen, bedeutet dies Rahmenbedingungen, die es erleichtern, in missbräuchlicher Absicht manipulativ und für den Lai*innen nicht sofort erkennbare Veränderungen am Ritus oder Kult unwidersprochen vorzunehmen.

Diese soeben skizzierte Widerspruchslosigkeit bezüglich bestimmter ritueller und kultischer Abläufe erfährt eine Bestärkung durch die dem Kult vorgelagerten Vorbereitungsphasen, die die Riten- und Kultteilnehmenden auf den Ritenvollzug einstimmen sollen und nicht selten mit einem »Schweigen« angesichts des sich abzeichnenden geheimnisvollen Geschehens im dann erfolgenden Ritenvollzug verbunden sind (Bürkle, 2006).

4.7.4 Wahrscheinlichkeiten

Hinsichtlich der Frage, ob es rituellen Missbrauch gibt, d. h. ob mittels Riten und Ritualen Missbrauch an bestimmten Personen ausgeübt wird, gilt es, eine entscheidende Differenzierung vorzunehmen. Diese bezieht sich einerseits auf bereits bestehende, in unterschiedlichen Religionsgemeinschaften traditionell vorhandene Riten, die als deren »normale« und akzeptierte Ausdrucks- und Vollzugsform gelten, die aber in Missbrauchszusammenhängen selbst von Missbrauchstäter*innen bewusst missbräuchlich umgedeutet und umfunktioniert werden; andererseits auf eigens von Missbrauchstäter*innen konstruierte, nur zum Zweck des Missbrauchs geschaffene, eigenständige, esoterische Missbrauchsrituale.

Um die Frage nach der Wahrscheinlichkeit der Existenz esoterischer Missbrauchsrituale beantworten zu können, gilt es, sich mit folgenden Hypothesen auseinanderzusetzen:

Hypothese 1: Die Wahrscheinlichkeit der Existenz eigens konstruierter Missbrauchsrituale ist geringer als die Wahrscheinlichkeit der in Missbrauchskontexten erfolgten missbräuchlichen Umdeutung/Umfunktionierung allgemein praktizierter und mehr oder weniger anerkannter Riten und Rituale.

Hypothese 2: Die Wahrscheinlichkeit der Möglichkeit der eindeutigen Identifizierung eigens konstruierter esoterischer Missbrauchsrituale ist geringer als die Wahrscheinlichkeit, in Missbrauchskontexten missbräuchlich umgedeutete/umfunktionierte, normalerweise anerkannte Riten und Rituale mit esoterischen Ritualen und Riten zu verwechseln.

Für Hypothese 1 (Umdeutung durch Missbrauchstäter*innen wahrscheinlicher) sprechen:

Bestätigte Missbrauchsabläufe und vorliegende Fakten: In zahlreichen Fällen konnte eindeutig nachgewiesen werden, dass z. B. im Zusammenhang mit dem Ritus der Beichte Missbräuche stattgefunden haben, wobei der Ritus selbst für den Missbrauch instrumentalisiert wurde (vgl. z. B. Dreßing et al., 2018).

Geringer Aufwand: Die Konstruktion eines eigenständig wirksamen Ritus verlangt die Fähigkeit, verschiedenste dafür notwendige Elemente (Worte, Handlungen, Zeichen und Symbole etc.) in einen kohärenten Zusammenhang zu bringen. Die Umdeutung bestehender Riten ist weniger aufwendig als die Konstruktion eines eigenständigen Ritus für Missbräuche.

Hohe Wirksamkeit: Die Vertrautheit mit einem bestehenden Ritus erhöht auch dessen Wirksamkeit, von der auch dessen missbräuchliche Umdeutungen profitieren. Riten wirken weitestgehend über ihre Akzeptanz bei denjenigen, die daran teilhaben und nicht über davon unabhängige Gesetzmäßigkeiten (Mitchell, 2001).

Effektive Verschleierungswirkung: Ein bereits bestehender Ritus, der umgedeutet missbräuchlich eingesetzt wird, ist sowohl für die von Missbrauch Betroffenen selbst als auch für ihr soziales Umfeld in seiner Missbräuchlichkeit weniger auf Anhieb

durchschaubar als ein ungewohnter Ritus, der wahrscheinlich zunächst Befremden, Verunsicherung und Vorsicht hervorruft.

Vereinfachte Selbsttäuschung: Riten, zumindest im christlich-kirchlichen Kontext, realisieren sich normalerweise im Deutungshorizont der evangeliumsgemäßen Tugenden von Glauben, Liebe und Hoffnung – also explizit positiv konnotierter Parameter (Preul, 2004). Die Verwendung eines Ritus aus dem bestehenden Ritenkanon lässt denjenigen, der den Ritus durchführt, auch wenn er diesen Ritus missbräuchlich verwendet, den Anschein wahren, dass er alles nur in guter Absicht tut. In diesem Kontext können auch die exkulpierenden Aussagen von überführten Täter*innen und Umdeuter*innen von bestehenden Riten gesehen werden, dass sie ihre Taten nur zum Wohle des Opfers vollzogen hätten: um zu zeigen, wie sehr Gott das Opfer liebt; um das Opfer in die Liebe einzuführen; um dem Opfer zu helfen, seine Einsamkeit zu überwinden etc. (vgl. z. B. Leimgruber, 2025; Dreßing et al., 2018).

Für Hypothese 2 (Verwechslung durch Missbrauchsbetroffene wahrscheinlicher) spricht:

Varianz in bestehenden Riten: Riten/Rituale/Kulte zeichnen sich zwar durch eine feste Struktur und Abfolge ihrer einzelnen Elemente aus. »Dabei darf das Spielelement nicht übersehen werden. Viele Riten lassen (...) Raum für Improvisation, Spontaneität (...)« (Sundermeier, 1998, S. 263).[25] Wie oben bereits erwähnt, geht es bei Riten und Ritualen darum, die eigene Existenz in Bezug und Beziehung zu einer transzendenten Größe zu setzen. Dies ist aber nur möglich, wenn das Konkrete der eigenen Existenz sich im Ritual/Ritus/Kult widerspiegelt. Entsprechend der Vielfalt der Existenzen führt dies zu einer Varianz innerhalb eines festen Ritus und Rituals. Diese Varianzen bedeuten gewisse Freiräume in der Durchführung eines Rituals, die auch von Missbrauchstäter*innen für Umdeutungsversuche bzw. Versuche der Umfunktionierung eines Rituals genutzt werden können.

Performanz im Kontext bestehender Riten: »Wirksam ist der Kult durch seinen Vollzug selbst. Die heilige Handlung bewirkt das mit ihr Bezeichnete und Gemeinte.« (Bürkle, 2006, S. 503) Konkret bedeutet dies, dass der Erfolg der von Riten und Ritualen intendierten In-Beziehung-Setzung von transzendentem Wesen/Gottheit und den Riten/Rituale-Vollziehenden nicht anders als im Vollzug dieser Riten und Rituale erfahren werden kann. Es gibt kein unabhängig davon existierendes Drittes, das als Produkt des Ritenvollzugs unabhängig davon existieren würde. Mit dem Ende des Ritenvollzugs endet zwar der intendierte intensive Bezug von Transzendentem und Immanentem, dennoch heftet den einzelnen Elementen des Ritus auch weiterhin die Potenzialität zukünftiger In-Beziehung-Setzungen mit dem Transzendenten an. So ist die ritenleitende Vollzugsperson zwar im Alltag eine Person wie du und ich, potenziell kann sich dies aber jederzeit wieder ändern, sobald der Ritus erneut vollzogen und jene

25 Vgl. hierzu auch Berger (2006, S.1212): »Zugleich muss das Ritual sich den sich wandelnden Situationen anpassen, muss Antwort geben auch auf veränderte Gegebenheiten (...).«

Person zum Schlüssel in eine andere Wirklichkeitsdimension wird. Die Scheidelinie zwischen der Alltagsperson und der im Kontext des Rituals zumindest so empfundenen wirkmächtigen Person wird weder von solchen Personen in Auftreten sowie Habitus eingehalten noch von anderen so wahrgenommen. Dies kann letztlich auch dazu führen, dass Handlungen von ritenleitenden Personen auch außerhalb des Ritus eine besondere Bedeutung zugemessen wird und diese fälschlicherweise als rituell aufgeladen empfunden werden.

Unbestimmtheit vorbereitender Handlungen zu bestehenden Riten: »Für die Teilnahme am Kult sind bestimmte Vorbereitungen notwendig.« (Bürkle, 2006, S. 504) Dies leitet sich aus der im Kult/Ritus/Ritual angenommenen Begegnung mit dem her, von dem man sich »schlechthinnig abhängig« (Stroh, 2001, S. 1815) wähnt. Im Sinne des sich daraus ergebenden Ernstes, genauso wie aus Gründen der Respekt- und Ehrerbietung, der Aufmerksamkeitskonzentration und mentalen Öffnung, werden vorbereitende Schritte auf dem Weg zum Vollzug des Ritus gegangen. Diese vorbereitenden Schritte sind weit weniger strikt geregelt als der Vollzug des Ritus selbst. Gerade dies bietet Missbrauchstäter*innen zahlreiche Möglichkeiten, den Graubereich zwischen dem noch nicht stattfindenden, aber schon mehr oder weniger unmittelbar bevorstehenden Ritenvollzug auszunutzen, indem für eigennützige Handlungen der Täter*innen dieselbe Verpflichtung wie für den an sich tabuisierten Ritenablauf postuliert wird. Für die von Missbrauch gefährdete Person ist dabei sehr schwer erkennbar, was tatsächlich zu einem geregelten Ritenablauf und dessen angemessener Vorbereitung gehört und was nicht.

4.8 Konsequenzen

Das Kapitel hat gezeigt, dass der Ritualbegriff historisch aus religiösen und kultischen Zusammenhängen hervorgeht und in sozialwissenschaftlichen Theorien schrittweise ausgeweitet wurde. Diese Ausweitung hat seine Anschlussfähigkeit erhöht, zugleich aber seine analytische Trennschärfe verringert (Bergmann, 2000; Brosius et al., 2013; Michaels, 2003; Quack, 2013). »Ritual« bezeichnet heute religiöse, politische, familiäre und alltägliche Praktiken ebenso wie persönliche Routinen oder wiederkehrende Gewohnheiten. Der Begriff wird daher zwar häufig verwendet, ist aber inhaltlich unscharf.

Ebenso wurde herausgearbeitet, dass zwischen Ritual und Gewalt keine notwendige Verbindung besteht. Gewalt ist kein definierendes Merkmal ritualisierter Praxis, und Ritual ist kein notwendiges Merkmal von Gewalt (Brosius et al., 2013). Für die Analyse von Gewaltkonstellationen ist daher ein funktionaler Zugriff erforderlich. Entscheidend ist, welche Bedeutung rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente in einem konkreten Tatgeschehen übernehmen. Sie können Gewalt rahmen, Machtverhältnisse stabilisieren, Gehorsam einfordern, Schweigen sichern, Angst oder Schuld binden und das Geschehen für Betroffene mit besonderer Bedeutung aufladen.

Der Exkurs zu Kult, Ritus und Ritual präzisiert diese Unterscheidung für religiöse und kirchliche Missbrauchskontexte. Er zeigt, dass bestehende Riten, sakrale Rollen, die Körperlichkeit von Vollzügen, Vorbereitungsphasen, Schweigeanforderungen und Autoritätsstrukturen missbräuchlich umgedeutet oder funktionalisiert werden können. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Unterscheidung zwischen der Umdeutung bestehender, anerkannter Riten und der Annahme eigens konstruierter esoterischer Missbrauchsrituale. Diese Differenzierung ermöglicht es, konkrete Missbrauchskonstellationen genauer zu beschreiben.

Für die Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« folgt daraus die Notwendigkeit, die jeweilige Verwendung des Ritualbegriffs genau zu prüfen. Die Zuschreibung »rituell« erhält ihre analytische Bedeutung erst dann, wenn bestimmt wird, auf welche Merkmale und Funktionen sie sich bezieht: etwa auf formale Merkmale wie Wiederholung, Regelhaftigkeit und körperlichen Vollzug, auf religiös-sakrale Bezüge wie Transzendenz, Ritus und Autorität oder auf funktionale Aspekte im Gewaltkontext wie Geheimhaltung, Bedeutungsaufladung, Einschüchterung oder Bindung. Ohne diese Präzisierung bleibt unklar, ob mit »rituell« eine konkrete Tatkomponente, eine Täterstrategie, eine symbolische, religiöse oder ideologische Rahmung, eine subjektive Selbstbeschreibung oder das weitreichende Narrativ »Rituelle Gewalt« gemeint ist (vgl. Kapitel 11; Frankfurter, 2001; Schmied-Knittel, 2008).

Die begriffliche Konsequenz für die Argumentation des Buches lautet daher: Der Ausdruck »rituell« bezeichnet keine eigenständige Gewaltform. Er kann eine Ebene der Tatgestaltung, der symbolischen Aufladung und/oder der Täterstrategie beschreiben. Rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente können dazu genutzt werden, Machtansprüche zu inszenieren, Gewalt zu legitimieren, Schweigen zu sichern, Schuld zu binden, Abhängigkeit zu vertiefen oder Täter*innen als übermächtig erscheinen zu lassen. Damit ist eine konkrete Funktion im Tatgeschehen beschrieben, die zur Analyse der jeweiligen Gewaltkonstellation beiträgt. Eine präzise Analyse sollte daher benennen, welche Elemente berichtet werden, wie sie eingesetzt werden und welche Wirkung sie für Betroffene, Täter*innen und Institutionen entfalten.

5 Gedächtnisforschung, Erinnerungen an Traumata und falsche Erinnerungen

Dieses Kapitel stellt zentrale Befunde der Gedächtnisforschung dar, soweit sie für die Analyse therapeutischer Interpretationsprozesse im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« relevant sind. Im Mittelpunkt stehen die Rekonstruktivität autobiografischer Erinnerung, die spezifischen Merkmale von Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die Kontroverse um verdrängte und wiedergewonnene Erinnerungen sowie die Entstehung falscher Erinnerungen.

Ausgangspunkt ist die in den 1990er-Jahren besonders kontrovers geführte Debatte um sogenannte »wiedergewonnene Erinnerungen«. Anschließend werden zunächst grundlegende Annahmen der Gedächtnisforschung erläutert. Ein Exkurs zu Boris Cyrulnik veranschaulicht daran anschließend das Verhältnis von kontinuierlich vorhandener Erinnerung, späterer Erzählbarkeit und rekonstruktiver Überformung. Danach werden spezifische Befunde zu traumatischen Erinnerungen, Vermeidung, Vergessen, Verdrängung und dissoziativer Amnesie dargestellt. Darauf aufbauend werden Befunde zu falschen Erinnerungen und suggestiven Einflussfaktoren dargestellt. Abschließend werden die Konsequenzen für psychotherapeutische Praxis und Glaubhaftigkeitsbegutachtung diskutiert.

5.1 Die »Gedächtniskriege« (»Memory Wars«)

Als »Gedächtniskriege« bzw. »Memory Wars« wird eine vor allem in den 1990er-Jahren geführte fachliche und öffentliche Kontroverse um die Frage bezeichnet, ob Erinnerungen an traumatische Ereignisse über längere Zeiträume vollständig unzugänglich sein und später, insbesondere im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen, wiedergewonnen werden können. Die Debatte entstand im Umfeld der sogenannten Satanic Panic und gewann über fachwissenschaftliche Auseinandersetzungen hinaus erhebliche gesellschaftliche und juristische Bedeutung. Im Zentrum standen insbesondere Berichte über im Erwachsenenalter wiedererinnerte sexuelle Gewalt in der Kindheit, verbunden mit Annahmen über organisierte oder rituell gerahmte Gewaltkontexte.

In dieser Kontroverse standen sich zwei konträre Positionen gegenüber. Auf der einen Seite wurde vor allem aus klinischer Perspektive vertreten, dass traumatische Erfahrungen über lange Zeit unbewusst verdrängt und später im Rahmen therapeutischer Arbeit wieder zugänglich werden könnten. Auf der anderen Seite wandten

sich insbesondere Vertreter*innen der experimentellen Gedächtnisforschung gegen die Annahme, dass komplexe traumatische Ereignisse über Jahre hinweg vollständig unbewusst gespeichert, dem bewussten Zugriff entzogen und anschließend zuverlässig wiederhergestellt werden könnten (Lynn et al., 2023; Herman & Harvey, 1997; Patihis et al., 2014; Shaw & Vredeveldt, 2019; Sinason & Conway, 2022). Umstritten war damit nicht, ob Menschen belastende Erfahrungen vermeiden, zeitweise nicht berichten, einzelne Aspekte vergessen oder Schwierigkeiten haben können, über traumatische Ereignisse zu sprechen. Strittig war vielmehr die weitergehende Annahme einer vollständigen, jahrelangen unbewussten Verdrängung und einer späteren akkuraten Wiedergewinnung solcher Erinnerungen.

Obwohl die »Gedächtniskriege« historisch vor allem mit den 1990er-Jahren verbunden sind, zeigen empirische Studien, dass zentrale Überzeugungen aus dieser Debatte weiterhin persistieren. Patihis et al. (2014) untersuchten die Verbreitung entsprechender Annahmen bei Studierenden, in der Allgemeinbevölkerung sowie in verschiedenen psychologischen, psychotherapeutischen und alternativtherapeutischen Gruppen[26]. In einer ersten Fragebogenstudie mit 390 Studierenden stimmten 81 % der Befragten der Aussage zu, traumatische Erinnerungen würden häufig verdrängt, 70 % gingen davon aus, dass solche verdrängten Erinnerungen im Rahmen einer Psychotherapie akkurat wiedergewonnen werden könnten. In einer zweiten Studie verglichen die Autor*innen mehrere Gruppen, darunter forschungsorientierte Psycholog*innen, klinisch-psychologische Praktiker*innen, Psychoanalytiker*innen, alternativtherapeutisch tätige Personen, Studierende und Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Dabei zeigte sich eine deutliche Differenz zwischen den Gruppen: Weniger als 30 % der forschend tätigen Psycholog*innen stimmten der Vorstellung einer Verdrängung traumatischer Erinnerungen zu, und weniger als 25 % hielten eine akkurate Wiedergewinnung solcher Erinnerungen in Psychotherapie für möglich. Demgegenüber war die Zustimmung unter alternativ tätigen Therapeut*innen, Studierenden und Personen aus der Allgemeinbevölkerung deutlich höher. Mindestens 80 % der alternativ tätigen Therapeut*innen und mindestens 75 % der Studierenden sowie der Allgemeinbevölkerung bejahten die Existenz verdrängter Erinnerungen. Die Möglichkeit einer Wiedergewinnung verdrängter Erinnerungen wurde von mindestens 60 % der Studierenden und der Allgemeinbevölkerung sowie von mindestens 50 % der alternativ tätigen Therapeut*innen angenommen (Patihis et al., 2014).

Die Interpretation solcher Befunde hängt wesentlich davon ab, wie der Begriff der Verdrängung verstanden wird. Brewin et al. (2019) wiesen darauf hin, dass Befragungen der Allgemeinbevölkerung zu verzerrten Schlussfolgerungen führen können, wenn nicht eindeutig zwischen unbewusster Verdrängung und bewusster Vermeidung

26 Mit »alternativtherapeutischen Gruppen« sind bei Patihis et al. (2014) vor allem Internal-Family-Systems-Therapeut*innen, Hypnotherapeut*innen sowie Therapeut*innen gemeint, die Neurolinguistische Programmierung anwenden.

unterschieden wird. In ihrer Untersuchung mit einer gemischten, überwiegend studentischen Stichprobe von 160 Personen zeigte sich zunächst, dass 76,3 % der Befragten der Annahme zustimmten, traumatische Erfahrungen könnten über mehrere Jahre verdrängt und später wiedererinnert werden. Zugleich unterstützte ein nahezu gleich hoher Anteil von 74,4 % Aussagen, die eher auf bewusste Vermeidung oder absichtliches Nicht-daran-Denken bezogen waren. Brewin et al. (2019) folgerten daraus, dass öffentliche Überzeugungen differenzierter sein könnten, als es frühere Befragungen nahelegten, und dass der Begriff »Verdrängung« in zukünftigen Studien präziser definiert werden müsse.

Otgaar et al. (2020) griffen diese Kritik auf und replizierten die Untersuchung von Brewin et al. (2019) mit leichten Modifikationen. In einer Onlinebefragung von 255 Erwachsenen wurden neben allgemein formulierten Items zur Verdrängung traumatischer Erinnerungen auch Items verwendet, die ausdrücklich zwischen bewusster Vermeidung und unbewusster Verdrängung unterschieden. Übereinstimmend mit Patihis et al. (2014) und Brewin et al. (2019) zeigte sich erneut eine hohe Zustimmung zur Möglichkeit bewusster Vermeidung bzw. bewusster Unterdrückung belastender Gedanken von etwa 70 %. Darüber hinaus stimmten jedoch auch 59,2 % bis 67,1 % der Befragten der Möglichkeit einer unbewussten Verdrängung traumatischer Erinnerungen zu. Diese Befunde sprechen dafür, dass nicht nur bewusste Vermeidung, sondern auch die Vorstellung unbewusst verdrängter traumatischer Erinnerungen in der Allgemeinbevölkerung weiterhin verbreitet ist. Zugleich betonen Otgaar et al. (2020, 2022), dass für die Annahme einer vollständigen, jahrelangen unbewussten Verdrängung traumatischer Erinnerungen keine hinreichende empirische Grundlage vorliege. Zwar könnten Menschen belastende Gedanken zeitweise bewusst unterdrücken oder vermeiden, daraus folge jedoch nicht, dass komplexe emotionale Erinnerungen über Jahre hinweg vollständig unzugänglich werden und später zuverlässig wiederhergestellt werden könnten.

5.2 Gedächtnis, autobiografische Erinnerung und Rekonstruktivität

Gedächtnis bezeichnet die Fähigkeit, Informationen aus der Umwelt und aus dem eigenen Organismus aufzunehmen, zu encodieren, zu speichern, zu einem späteren Zeitpunkt abzurufen und auch wieder zu vergessen oder zu verändern (Albert & Stapf, 1996). Unter Encodierung wird dabei der Prozess verstanden, durch den aufgenommene Informationen in Gedächtnisrepräsentationen überführt werden, wodurch eine spätere Speicherung und ein späterer Abruf möglich werden.

Es lassen sich verschiedene Gedächtnissysteme voneinander unterscheiden, die unterschiedliche Funktionen erfüllen. Für den vorliegenden Kontext ist insbesondere

die Unterscheidung zwischen explizitem bzw. deklarativem Gedächtnis und implizitem bzw. prozeduralem Gedächtnis bedeutsam. Das explizite Gedächtnis umfasst bewusst abrufbare und verbalisierbare Inhalte. Hierzu gehören zum einen das episodische Gedächtnis, das sich auf zeitlich und räumlich situierte Ereignisse mit persönlichem Bezug bezieht, und zum anderen das semantische Gedächtnis, das allgemeines Wissen umfasst. Das implizite Gedächtnis umfasst demgegenüber automatisierte Fertigkeiten, Gewohnheiten, konditionierte Reaktionen sowie Lernprozesse, die nicht notwendig bewusst zugänglich oder sprachlich vermittelbar sind (Kapfhammer, 2011). Das autobiografische Gedächtnis kann als besondere Form des episodischen Gedächtnisses verstanden werden, in dem persönlich erlebte Ereignisse mit Wissen über die eigene Person und die eigene Lebensgeschichte verbunden werden. Autobiografische Erinnerungen enthalten daher nicht nur Angaben zu einzelnen Ereignissen, sondern sind in ein übergeordnetes Selbst- und Lebensnarrativ eingebettet (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Kapfhammer (2011) hebt hervor, dass funktionstüchtige Gedächtnissysteme eine Voraussetzung für Kohärenz und Kontinuität der Selbststruktur bilden. Das autobiografische Gedächtnis ist damit für das Erleben personaler Identität über die Zeit hinweg relevant.

Erinnern ist kein passiver Abruf unveränderter Informationen, sondern Erinnerungen werden beim Abruf aktiv rekonstruiert. Hierbei werden frühere Wahrnehmungen, gegenwärtige Wissensbestände, emotionale Zustände, spätere Informationen, soziale Kontexte und aktuelle Deutungsrahmen miteinander verbunden. Möglicherweise bestehende Lücken können im Rekonstruktionsprozess durch plausible oder sinnhaft erscheinende Informationen ergänzt werden. Dadurch kann sich eine Erinnerung im Verlauf wiederholten Erinnerns, Erzählens und Deutens verändern, auch wenn sie für die erinnernde Person subjektiv stabil und überzeugend erscheint (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Autobiografische Erinnerungen sind daher als rekonstruktive Prozesse zu verstehen, in die frühere Wahrnehmungen, spätere Informationen, gegenwärtige Wissensbestände und aktuelle Deutungsrahmen eingehen können (Kapfhammer, 2011; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002).

5.3 Exkurs: Boris Cyrulnik – eine immer erinnerte, aber lange nicht erzählte traumatische Erfahrung

Der folgende Exkurs greift eine autobiografische Passage des französischen Arztes, Ethologen, Neurologen und Psychiaters Boris Cyrulnik auf. Sie eignet sich für den vorliegenden Zusammenhang, weil an ihr drei Aspekte sichtbar werden, die für die weitere gedächtnispsychologische Einordnung bedeutsam sind: die Unterscheidung zwischen

Erinnern und Berichten, die soziale Bedingtheit traumabezogenen Erzählens und die rekonstruktive Veränderung einzelner Erinnerungselemente. Cyrulnik beschreibt ein Ereignis aus seiner Kindheit als jüdischer Überlebender im besetzten Frankreich, das ihm über Jahrzehnte innerlich präsent blieb und dessen Mitteilung erst allmählich möglich wurde (Cyrulnik, 2013).

Traumatische Erinnerungen sind individuelle Gedächtnisinhalte, deren Artikulation sozial vermittelt ist. Ob und wie über belastende Erfahrungen gesprochen werden kann, hängt wesentlich davon ab, ob ein kommunikativer Anerkennungsraum vorhanden ist, in dem das Erlebte sprachlich gefasst, gehört und eingeordnet werden kann. Gerade bei Erfahrungen existenzieller Bedrohung kann eine Erinnerung innerlich klar verfügbar sein, ohne dass ein sozialer Ort für ihre Artikulation besteht. Menschen können sich über lange Zeit an belastende Ereignisse erinnern, sie innerlich wiederholen und in ein Selbstnarrativ einordnen, ohne mit anderen darüber zu sprechen. Für die gedächtnispsychologische Einordnung ist diese Unterscheidung bedeutsam: Langes Schweigen verweist nicht ohne Weiteres auf fehlende Erinnerung oder eine vollständige unbewusste Verdrängung. Es kann ebenso Ausdruck von Scham, Angst, Schutzbedürfnis, fehlenden Gesprächsanlässen oder einem mangelnden kommunikativen Anerkennungsraum sein.

Ein anschauliches Beispiel hierfür gibt Boris Cyrulnik (2013) in seinem autobiografischen Buch »Rette dich, das Leben ruft!«. Cyrulnik beschreibt darin ein Erlebnis aus seiner Kindheit im Jahr 1944, das ihm über Jahrzehnte hinweg als fester Bestandteil seines Selbstverständnisses präsent blieb. Als sechsjähriges jüdisches Kind im besetzten Frankreich versteckte er sich während einer Razzia in einer Synagoge in Bordeaux, um einer Festnahme und der drohenden Deportation nach Auschwitz zu entgehen. Nachdem er sich zunächst in den Toilettenräumen verborgen hatte, lief er über die Treppe vor der Synagoge und gelangte auf ein Zeichen einer Krankenschwester hin in einen Lieferwagen. Dort versteckte er sich unter einer Matratze, auf der eine schwer verletzte Frau lag.

Cyrulniks Erinnerung an diese Situation war über lange Zeit mit einem kohärenten inneren Narrativ und dazugehörigen Bildern verbunden. Er war überzeugt, in dem Lieferwagen einen deutschen Soldaten gesehen zu haben, der die verletzte Frau untersuchte. Ebenso ging er davon aus, die Frau sei infolge heftiger Kolbenschläge auf den Bauch an einem Milzriss gestorben. Diese Erinnerung war für ihn subjektiv stimmig und identitätsbildend. Cyrulnik beschreibt rückblickend ein vierzigjähriges Schweigen nach außen, das er ausdrücklich von inneren Erzählungen unterscheidet: »Vierzig Jahre Schweigen. Was nicht heißt, vierzig Jahre ohne stumme Erzählungen und Berichte. Denn ich selbst habe mir meine Geschichte oft erzählt, aber anderen nicht. Ich hätte gern davon gesprochen. [...] jedes Mal, wenn ich ein Stückchen Erinnerung preisgab, ließ mich die Reaktion der anderen verstummen [...]« (Cyrulnik, 2013, S. 38).

Diese Passage ist für den vorliegenden Zusammenhang zentral. Sie zeigt, dass Cyrulniks Erinnerung nicht erst spät auftauchte. Sie war vielmehr über Jahrzehnte präsent, wurde von ihm innerlich wiederholt. Ihre Mitteilung war jedoch an soziale Bedingungen

gebunden. Cyrulnik verweist auf die Bedeutung eines kommunikativen Anerkennungsraums: Eine traumatische Erinnerung wird erzählbar, wenn es ein Gegenüber, eine Sprache und einen gesellschaftlichen Deutungsrahmen gibt, in dem das Erlebte aufgenommen werden kann. Er beschreibt, dass in der französischen Nachkriegsgesellschaft die Verfolgung von Jüdinnen und Juden lange durch Formen der Ausblendung, Abwehr und der Externalisierung der Verantwortung geprägt war. Die Beteiligung der französischen Polizei und der Vichy-Regierung an der Verfolgung und Deportation von Jüdinnen und Juden wurde erst allmählich öffentlich thematisiert. Besonders bedeutsam war in diesem Zusammenhang die Auseinandersetzung um die Rafle du Vél' d'Hiv vom 16. Juli 1942, bei der mehr als 12.000 Jüdinnen und Juden in Paris verhaftet und später deportiert wurden. Die offizielle staatliche Anerkennung der Verantwortung Frankreichs erfolgte erst am 16. Juli 1995 durch Jacques Chirac.

Vor diesem Hintergrund verbindet Cyrulnik sein Schweigen mit gesellschaftlichen Bedingungen der Sagbarkeit. Seine Erinnerung war immer vorhanden, blieb jedoch lange ohne einen sozialen Resonanzraum, in dem sie anschlussfähig hätte werden können. Erst mit der veränderten öffentlichen Auseinandersetzung über die französische Mitverantwortung an der Deportation von Jüdinnen und Juden entstanden andere Möglichkeiten, über die eigene Vergangenheit zu sprechen. Cyrulniks Beispiel macht damit deutlich, dass traumatische Erinnerungen nicht nur im Gedächtnis einer Person verankert sind; sie werden zugleich von sozialen Reaktionen und gesellschaftlichen Anerkennungsverhältnissen mit geprägt.

Für die Gedächtnisforschung ist das Beispiel aus einem zweiten Grund aufschlussreich. Cyrulniks Erinnerung war über Jahrzehnte präsent und subjektiv überzeugend, wurde in einzelnen Elementen jedoch später von ihm korrigiert. Etwa vierzig Jahre nach dem Ereignis der Razzia in der Synagoge begegnete er der Enkelin der verletzten Frau sowie der Krankenschwester. Dabei erfuhr er, dass die Frau die Situation im Lieferwagen überlebt hatte und erst viele Jahre später verstorben war. Zudem wurde ihm deutlich, dass er den Soldaten aus seiner Position unter der Matratze faktisch nicht hatte sehen können. Auch die Annahme eines Milzrisses erwies sich als nachträgliche Interpretation. Das Wissen, das diese Schlussfolgerung ermöglichte, hatte Cyrulnik erst während seines späteren Medizinstudiums erworben. Rückblickend schreibt er: »Um diese Erinnerungen zusammenzusetzen habe ich mich aus verschiedenen Quellen bedient: Exakte Erinnerungsbilder ergänzte ich durch andere Informationen – die Geräusche und Bewegungen des Soldaten, einige Wörter, die ich möglicherweise aufschnappte: ›Können wir fahren? ... Wird sie sterben? ...‹ und eine Vorstellung, die ich später erworben habe, als ich Medizinstudent war und erfuhr, dass ein heftiger Schlag auf den Bauch einen Milzriss und eine innere Blutung hervorrufen kann.« (Cyrulnik, 2013, S. 44–45)

Hier wird die rekonstruktive Struktur autobiografischer Erinnerung deutlich. Cyrulnik reflektiert, dass seine Erinnerung Elemente enthielt, die aus späterem Wissen, plausiblen Ergänzungen und einer nachträglichen Sinnbildung stammten. Sein Gedächtnis verband Wahrnehmungsfragmente, Geräusche, emotionale Eindrücke, medizinisches

Wissen und narrative Kohärenz zu einer Erinnerung, die ihm über Jahrzehnte hinweg als wahrheitsgemäß erschien. Das Beispiel zeigt, dass auch kontinuierlich präsente Erinnerungen, die mit hoher subjektiver Gewissheit einhergehen, durch spätere Informationen und Interpretationen überformt werden können.

Darüber hinaus schreibt Cyrulnik dieser Erinnerung eine psychische Schutzfunktion zu. Das über Jahrzehnte hinweg als wahr empfundene Selbstnarrativ ermöglichte ihm, sich nicht ausschließlich als ausgeliefertes und verfolgtes Kind wahrzunehmen. In seiner inneren Erzählung konnte er sich als handlungsfähiges Subjekt begreifen, das seine Verfolger überlistete und dadurch eine Form von Agency (dt. Handlungsmacht) zurückgewann. Aus dem passiv bedrohten Jungen wurde in seiner Erinnerung ein Kind, das »gerissener [war] als die deutsche Armee und die Gestapo zusammen« (Cyrulnik, 2013, S. 53). Die Erinnerung erfüllte damit eine doppelte Funktion: Sie repräsentierte ein vergangenes Ereignis und trug zugleich zur psychischen Verarbeitung und Stabilisierung bei.

Cyrulniks Beispiel macht mehrere für dieses Kapitel und das Buch relevante Unterscheidungen sichtbar. Langes Schweigen verweist nicht ohne Weiteres auf fehlende Erinnerung oder vollständige unbewusste Verdrängung. Eine traumatische Erinnerung kann über lange Zeit innerlich präsent bleiben und dennoch erst unter bestimmten sozialen Bedingungen erzählbar werden. Zugleich können kontinuierlich vorhandene Erinnerungen nachträgliche Ergänzungen enthalten und durch späteres Wissen, plausible Schlussfolgerungen und narrative Sinnbildung verändert bzw. korrigiert werden. Das Beispiel verweist außerdem auf die psychische Funktion autobiografischer Erinnerung: Sie kann belastende Erfahrung repräsentieren, in ein Selbstnarrativ einbinden und Handlungsmacht stabilisieren. Für die weitere Einordnung sind daher Erinnerung, Erzählbarkeit, subjektive Gewissheit, biografische Bedeutung und historische Genauigkeit analytisch zu unterscheiden.

5.4 Erinnerungen an traumatische Ereignisse: Belastung, Genauigkeit und Veränderbarkeit

Traumatische Ereignisse sind durch ein hohes Maß an emotionaler Erregung, Bedrohungserleben und subjektiver Überforderung gekennzeichnet. Trauma kann als ein »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten« (Fischer & Riedesser, 2020, S. 88) verstanden werden, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirken kann. Damit betreffen traumatische Erfahrungen Ereignisse, die für die betroffene Person eine hohe emotionale, körperliche und biografische Bedeutung haben können.

Emotionale Ereignisse werden im Allgemeinen besser erinnert als neutrale oder wenig bedeutsame Ereignisse. Aversive und bedrohliche Erfahrungen beeinflussen Encodierung, Konsolidierung und Abruf von Gedächtnisinhalten. Dabei spielen insbesondere Amygdala, Hippocampus und präfrontale Strukturen eine wichtige Rolle. Die Amygdala ist an der emotionalen Bewertung von Reizen und an konditionierten Angstreaktionen beteiligt, der Hippocampus an der räumlich-zeitlichen Kontextualisierung von Erfahrungen, präfrontale Strukturen an Regulation, Einordnung und kontrolliertem Abruf emotionaler Reaktionen (Kapfhammer, 2011). Unter Bedingungen extremen Stresses können diese Prozesse verändert ablaufen. Die Aufmerksamkeit kann sich auf zentrale Bedrohungsaspekte verengen, während zeitliche, räumliche oder sprachlich integrierbare Kontextinformationen weniger differenziert verarbeitet werden (Kapfhammer, 2011). Die Forschung zu traumatischen Erinnerungen beschreibt daher ein Spannungsverhältnis zwischen emotionaler Eindrücklichkeit und narrativer Desorganisation. Traumatische Erinnerungen können sehr lebhaft, sensorisch intensiv und körpernah erlebt werden. Gleichzeitig können sie lückenhaft, fragmentiert, desorganisiert oder sprachlich schwer ausdrückbar sein. Dies gilt besonders im Zusammenhang mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zeigen, dass traumatische Erinnerungen bei Personen mit PTBS häufig weniger kohärent, weniger spezifisch und stärker fragmentiert berichtet werden als Erinnerungen an belastende, aber nicht traumatische Ereignisse. Erzählungen können vage, diskontinuierlich oder zeitlich schlecht geordnet erscheinen, während einzelne sensorische oder emotionale Erinnerungselemente sehr präsent bleiben (Barry et al., 2018; Longhi Lorenzzoni et al., 2014; Ono et al., 2016; Thome et al., 2020).

Diese Befunde stehen im Zusammenhang mit der besonderen Form intrusiver Traumaerinnerungen. Intrusionen und Flashbacks treten häufig unwillkürlich auf und können durch innere oder äußere Reize ausgelöst werden, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind. Sie unterscheiden sich von willentlich abgerufenen autobiografischen Erinnerungen durch ihre hohe emotionale Intensität, ihre sensorische Qualität und das Gefühl gegenwärtiger Bedrohung. Statt als vergangenes Ereignis eingeordnet zu werden, kann die Erinnerung phänomenologisch als aktuelles Wiedererleben erscheinen. Neurobiologische Befunde legen nahe, dass bei PTBS markante Elemente der Traumaerinnerung eher wiedererlebt als kontrolliert abgerufen werden, wobei Veränderungen in präfrontalen und posteromedialen Netzwerken beteiligt sind (Thome et al., 2020). Modelle traumatischer Erinnerung gehen außerdem davon aus, dass posttraumatische Symptome begünstigt werden können, wenn Erinnerungsinhalte stärker in visuellen und perzeptiven Systemen repräsentiert sind und weniger in kontextuelle und verbal zugängliche Gedächtnissysteme integriert werden (Longhi Lorenzzoni et al., 2014).

Empirische Längsschnittstudien zu dokumentierten belastenden Kindheitsereignissen ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Genauigkeit traumatischer Erinnerungen. In einer naturalistischen Längsschnittstudie von Goodman et al. (2003)

wurden zwischen 1985 und 1987 Daten von 217 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren erhoben, die Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch geworden waren und deren Fälle gerichtlich verhandelt wurden. Die ursprünglichen Informationen stammten unter anderem aus Polizeiakten und Akten der Staatsanwaltschaft, Interviews mit nicht beschuldigten Elternteilen, Fragebögen und Beobachtungen im Gerichtssaal. Etwa 13 Jahre später nahmen 168 der ursprünglich eingeschlossenen Personen erneut an einer Untersuchung teil. Die Teilnehmenden wurden nicht darüber informiert, dass die neue Studie mit der früheren Studie zusammenhing. Stattdessen wurde sie als Untersuchung zu Einstellungen zum und Erfahrungen mit dem Rechtssystem vorgestellt. In telefonischen Befragungen, Fragebögen und Interviews wurden unter anderem psychische Gesundheit, Erfahrungen mit dem Rechtssystem und Viktimisierungserfahrungen erhoben. Es wurden auch Fragen zu sexuellem Kindesmissbrauch gestellt; bei Offenlegung entsprechender Erfahrungen folgten detailliertere Fragen zur Identität der mutmaßlichen Täterperson, zur Häufigkeit und zur Dauer des Missbrauchs (Goodman et al., 2003). Die Ergebnisse dieser Längsschnittstudie zeigen, dass 81,1 % der Befragten den dokumentierten Missbrauch offenlegten. 1,1 % gaben an, von ihren Eltern über den früheren Missbrauch erfahren zu haben, ohne eigene Erinnerungen daran zu haben. Etwa 4 % berichteten Missbrauchsgeschehen, die ursprünglich nicht dokumentiert worden waren. 9,7 % bestritten, jemals Opfer von Kindesmissbrauch gewesen zu sein. Eine Offenlegung des dokumentierten Missbrauchs war wahrscheinlicher, wenn die Betroffenen zum Zeitpunkt des Missbrauchs älter als fünf Jahre waren, wenn der Missbrauch schwerer war, wenn eine stärkere Unterstützung durch die Mutter bestand und wenn weniger dissoziative Symptome berichtet wurden. Für ein Ausbleiben der Offenlegung wurden neben der Möglichkeit fehlender Erinnerung auch andere Erklärungen diskutiert, etwa bewusstes Verschweigen aus Scham, Vermeidung oder sozialer Erwünschtheit (Goodman et al., 2003).

Die Genauigkeit der berichteten Erinnerungen wurde in einer weiteren Auswertung von Alexander et al. (2005) mit den ursprünglich dokumentierten Informationen verglichen. Eingeschlossen wurden 94 Personen, die den Missbrauch offenlegten und in einem Interview dazu Auskunft gaben. Detailliertere Erinnerungen waren mit stärkerer mütterlicher Unterstützung, erfüllten PTBS-Kriterien und der Bewertung des Missbrauchs als besonders bedeutsames Lebensereignis verbunden (Alexander et al., 2005). Eine engere Beziehung zur Täterperson, schwerere Formen sexueller Missbrauchshandlungen und eine umfangreichere Beteiligung am Strafverfahren gingen mit besseren autobiografischen Gedächtnisleistungen einher. Eine höhere Anzahl zusätzlicher potenziell traumatischer Ereignisse stand dagegen mit geringerer Erinnerungsleistung in Zusammenhang (Quas et al., 2010). Diese Befunde sprechen dafür, dass Erinnerungen an dokumentierte traumatische Kindheitsereignisse häufig verfügbar bleiben, dass ihre Offenlegung und Detailliertheit aber von Entwicklungsfaktoren, Beziehungskonstellationen, sozialer Unterstützung, Symptomatik und weiteren Belastungen beeinflusst werden (Alexander et al., 2005; Quas et al., 2010).

Eine weitere naturalistische Längsschnittstudie von Eisen et al. (2002) untersuchte die Gedächtnisleistung von Kindern und Jugendlichen, die wegen des Verdachts auf Misshandlung aus ihren Familien genommen und vorübergehend auf einer forensischen Station untergebracht worden waren. Verglichen wurden Kinder und Jugendliche, die sexuellen und/oder körperlichen Missbrauch erlebt hatten, Kinder und Jugendliche, die Vernachlässigung erlebt hatten, sowie eine Kontrollgruppe ohne dokumentierte Misshandlungserfahrung. Während des Aufenthalts fand eine dokumentierte medizinische Untersuchung statt, die auch Berührungen im Genitalbereich beinhaltete. Etwa drei Tage später wurden die Erinnerungen an diese Untersuchung erfasst. Höheres Alter, bessere kognitive Leistungsfähigkeit sowie Erfahrungen mit sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch sagten eine höhere Erinnerungspräzision voraus. Stress und Traumafolgesymptome waren bei Kindern und Jugendlichen mit stärkeren dissoziativen Tendenzen und vermehrten fehlerhaften Erinnerungen verbunden (Eisen et al., 2002; Eisen et al., 2007). Etwa 20 Jahre später wurde eine Untergruppe der mittlerweile erwachsenen Teilnehmenden erneut zu den Berührungen im Genitalbereich während der medizinischen Untersuchung befragt. Eingeschlossen wurden 19 Personen mit und elf Personen ohne dokumentierten sexuellen Kindesmissbrauch. Etwa 43 % berichteten die genitale Untersuchung korrekt. Mehr als die Hälfte erinnerte die untersuchten Körperteile nicht mehr, zwei Personen bestritten eine Untersuchung des Intimbereichs, fünf Personen erinnerten sich nicht daran, jemals in der forensischen Abteilung gewesen zu sein. Sexueller Kindesmissbrauch und stärkere depressive Symptomatik im Erwachsenenalter waren mit genaueren Erinnerungen verbunden (Goldfarb et al., 2019).

Ein weiterer Forschungsstrang betrifft die Veränderung traumabezogener Erinnerungen im Zeitverlauf. Das Phänomen der Memory Amplification bezeichnet die Verstärkung oder Ausweitung von Erinnerungen an traumatische Lebensereignisse im Verlauf der Zeit. Es zeigt sich etwa dann, wenn Personen Ereignisse zu einem früheren Zeitpunkt als nicht erlebt, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch als erlebt angeben. Als mögliche Mechanismen werden unter anderem veränderte Bewertung, aktuelle psychische Belastung, wiederholte mentale Beschäftigung, Quellenverwechslung und die Integration späterer Informationen diskutiert (Southwick et al., 1997).

Die zugrunde liegenden Mechanismen wurden unter anderem mittels Trauma-Film-Paradigma untersucht. Dabei sehen klinisch gesunde Proband*innen Filme mit belastenden oder traumabezogenen Inhalten. Anschließend werden Reaktionen, Intrusionen und Erinnerungsleistungen über verschiedene Messzeitpunkte erfasst. Dieses Paradigma erlaubt eine kontrollierte Annäherung an einzelne Aspekte traumabezogener Erinnerung im Labor, ohne reale Traumatisierungen zu erzeugen (Holmes & Bourne, 2008). In einer Studie mit 84 Teilnehmenden, die Filmsequenzen eines tödlichen Autounfalls sahen, zeigte sich eine hohe Genauigkeit beim Wiedererkennen tatsächlich gezeigter Szenen. Zugleich wurden in 26 % der Fälle auch Szenen fälschlicherweise als gesehen erinnert, die in der präsentierten Filmversion nicht enthalten waren. Handlungsrelevante Kernszenen wurden mit 29 % häufiger fälschlich erinnert als nebensäch-

liche Details mit 22 %. Diese fehlerhaften Erinnerungen gingen mit hoher subjektiver Sicherheit einher (Strange & Takarangi, 2012).

Der Zusammenhang zwischen nach Ansehen eines Trauma-Films bzw. aversiven Bildmaterials berichteten PTBS-ähnlichen Symptomen und Memory Amplification wurde in weiteren experimentellen Studien untersucht. In einer Studie von Oulton et al. (2016) betrachteten 96 Teilnehmende mehrere aversive Bilder, etwa zu Tod oder schweren Verletzungen. In späteren Wiedererkennungstests wurden neben zuvor präsentierten Bildern auch neue, zuvor nicht gezeigte aversive Bilder dargeboten. Etwa ein Viertel dieser zuvor nicht gezeigten aversiven Bilder wurde fälschlicherweise als bereits gesehen erinnert. Über die Zeit nahm die Sensitivität ab, also die Fähigkeit, bereits gesehene Bilder korrekt von neuen Bildern zu unterscheiden. Eine allgemeine Zunahme von »Gesehen«-Antworten über die Zeit zeigte sich nicht. Höhere Ausprägungen PTBS-ähnlicher Symptome waren mit stärkerer Memory Amplification verbunden. Das Design wurde mit einer größeren Online-Stichprobe repliziert und auch hier zeigte sich ein Zusammenhang zwischen PTBS-ähnlichen Symptomen, insbesondere Wiedererlebenssymptomen, und Memory Amplification (Oulton et al., 2016). In einer weiteren Studie konnten Oulton et al. (2018) zudem zeigen, dass unkontrollierte Intrusionen Memory Amplification begünstigen können, während eine bewusste und detaillierte Reflexion intrusiver Bilder diesen Effekt reduzieren kann.

Zwei Längsschnittstudien von Nahleen et al. (2019, 2021) zu Erinnerungsberichten über sexuelle Übergriffe untersuchten, ob Memory Amplification auch bei persönlichen und häufig nicht öffentlich berichteten traumatischen Erfahrungen auftritt. In der ersten Studie machten 225 Frauen aus der Allgemeinbevölkerung im Abstand von sechs Monaten Angaben zu 19 Formen ungewollter sexueller Erfahrungen auf einer Ja-/Nein-Skala. Insgesamt zeigte sich keine allgemeine Zunahme berichteter Ereignisse über die Zeit. Die Teilnehmerinnen berichteten zum zweiten Messzeitpunkt weniger Ereignisse als zum ersten Messzeitpunkt. 84,4 % der Teilnehmerinnen berichteten mindestens ein Ereignis zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr, das sie zum ersten Messzeitpunkt angegeben hatten. 59,1 % zeigten dieses Muster bei mindestens zwei Ereignissen. Zugleich traten auch sogenannte Amplification-Fehler auf: 56,4 % berichteten mindestens ein Ereignis erst zum zweiten Messzeitpunkt, und 34,7 % zeigten dieses Muster bei mindestens zwei Ereignissen. Amplification-Fehler standen nicht mit der PTBS-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt in Zusammenhang, korrelierten aber mit stärkerer PTBS-Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt, insbesondere mit Intrusionen sowie einem erhöhten Erregungsniveau und erhöhter Reaktivität. Auch Stress und Angst zum zweiten Messzeitpunkt waren mit Amplification-Fehlern assoziiert. Die Befunde wurden dahingehend interpretiert, dass spätere Belastung und nachträgliche Bewertung traumatischer Erfahrungen mit veränderten Erinnerungsberichten zusammenhängen können. Zudem ergaben sich Hinweise darauf, dass Medienberichte über die eigene Erfahrung eine Rolle spielen könnten (Nahleen et al., 2019).

In einer weiteren Studie wurde das Design repliziert, die Ja-/Nein-Erfassung jedoch durch eine achtstufige Skala ersetzt, auf der die Teilnehmerinnen einschätzten, wie wahrscheinlich sie die jeweiligen Ereignisse erlebt hatten. In die Analysen gingen die Angaben von 199 Frauen ein. Auch hier zeigte sich kein allgemeiner Amplification-Effekt. Bei einer nachträglichen Dichotomisierung der Ratings berichteten 69,8 % der Teilnehmerinnen mindestens ein zunächst angegebenes Ereignis zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr, 46,7 % zeigten dieses Muster bei mindestens zwei Ereignissen. 48,7 % berichteten mindestens ein Ereignis erst zum zweiten Messzeitpunkt und 31,7 % zeigten dieses Amplification-Muster bei mindestens zwei Ereignissen. Insgesamt wurden zum zweiten Messzeitpunkt weniger Ereignisse berichtet als zum ersten Messzeitpunkt. Auch auf Ebene der Wahrscheinlichkeitseinschätzungen zeigte sich im Durchschnitt eine Abnahme: 62,3 % der Teilnehmerinnen wiesen niedrigere mittlere Werte auf, 31,7 % höhere Werte und 6,0 % keine Veränderung. Die durchschnittliche angenommene Ereigniswahrscheinlichkeit war zum zweiten Messzeitpunkt geringer als zum ersten Messzeitpunkt. Amplification-Fehler standen auch in dieser Studie nicht mit der PTBS-Symptomatik zum ersten Messzeitpunkt in Zusammenhang, korrelierten aber mit stärkerer PTBS-Symptomatik zum zweiten Messzeitpunkt sowie mit einer Zunahme der PTBS-Symptomatik über die Zeit. Die Studie spricht daher dafür, dass sich nicht allein dichotome Erinnerungsberichte, sondern auch Überzeugungen über die Wahrscheinlichkeit eigener traumatischer Erfahrungen im Verlauf verändern können (Nahleen et al., 2021). Zusammengenommen zeigen beide Studien bei sexuellen Übergriffserfahrungen keinen allgemeinen Trend zu Memory Amplification. Häufiger zeigte sich eine Abnahme berichteter bzw. als wahrscheinlich eingeschätzter Ereignisse. Gleichzeitig traten in beiden Studien bei einem relevanten Anteil der Teilnehmerinnen auch Amplification-Fehler auf. Diese Befunde sprechen für eine differenzierte Einordnung: Erinnerungsberichte über sexuelle Übergriffe waren über sechs Monate nicht vollständig stabil, veränderten sich aber auch nicht einheitlich in Richtung einer zunehmenden Erinnerung. Veränderungen standen teilweise mit späterer oder zunehmender psychischer Belastung sowie möglicherweise mit nachträglichen Informationen in Zusammenhang. Da die berichteten Ereignisse nicht unabhängig verifiziert werden konnten und die verwendeten Itemformulierungen interpretationsabhängig sein können, erlauben die Studien keine Aussage über die tatsächliche Häufigkeit erlebter Übergriffe. Sie zeigen jedoch, dass Berichte und Überzeugungen über traumatische Erfahrungen im Zeitverlauf variieren können (Nahleen et al., 2019, 2021).

Aktuelle experimentelle Befunde von Battista et al. (2025) weisen zudem darauf hin, dass Intrusionen zur Entstehung von Memory Amplification beitragen können. In einem Längsschnittdesign sahen 39 Teilnehmende ein Video eines sexuellen Übergriffs. Anschließend dokumentierten sie über sieben Tage hinweg täglich auftretende Intrusionen. Die Erfassung bezog sich auf vorab definierte Details, von denen einige im Video tatsächlich enthalten waren, während andere plausible, aber im Video nicht

gezeigte Elemente darstellten. Die Teilnehmenden berichteten dabei auch intrusive Erinnerungen an Details, die im ursprünglichen Video nicht enthalten gewesen waren. Diese Intrusionen zu nicht gezeigten Details unterschieden sich hinsichtlich Lebhaftigkeit und psychischer Belastung statistisch nicht von Intrusionen zu tatsächlich gezeigten Details. Erst gegen Ende der Beobachtungswoche wurden tatsächlich gezeigte Details häufiger intrusiv erinnert als nicht gezeigte Details. Anzahl und Intensität beider Intrusionsformen nahmen über die Woche hinweg ab (Battista et al., 2025).

Als zentraler Mechanismus für Memory Amplification wird die Quellenüberwachung diskutiert. Wenn die Herkunft einer Information nicht eindeutig erinnert wird, können nachträgliche Informationen aus Medienberichten, Gesprächen, wiederholter Vorstellung oder Intrusionen in die Erinnerung an das ursprüngliche Ereignis integriert werden. Dadurch können sich traumabezogene Erinnerungen im Zeitverlauf verstärken, ausweiten oder verzerren (Strange & Takarangi, 2015). Besonders bedeutsam ist dabei, dass sich Intrusionen zu tatsächlich gezeigten Details und Intrusionen zu plausiblen, aber nicht gezeigten Details qualitativ ähneln können. Dadurch können auch fehlerhafte Erinnerungselemente subjektiv überzeugend wirken (Battista et al., 2025).

5.5 Vermeidung, Vergessen, Verdrängung und dissoziative Amnesie

Die Frage, ob traumatische Ereignisse über längere Zeit vollständig unbewusst unzugänglich sein und später wiedererinnert werden können, gehört zu den zentralen Streitpunkten der »Gedächtniskriege«. Für die weitere Einordnung ist dabei entscheidend, unterschiedliche Phänomene begrifflich voneinander zu trennen. Belastende Erfahrungen können bewusst vermieden, in Teilen vergessen, sprachlich schwer ausdrückbar sein, fragmentarisch erinnert oder in ihrer Bedeutung verändert werden. Davon zu unterscheiden ist die weitergehende Annahme einer vollständigen unbewussten Verdrängung, bei der eine Person über Jahre hinweg kein bewusstes Wissen über ein traumatisches Ereignis hat und dieses später wiedererlangt.

Der Begriff der Verdrängung wird in der Literatur uneinheitlich verwendet. In psychoanalytischer Tradition bezeichnet Verdrängung einen unbewussten Abwehrmechanismus, durch den psychisch bedrohliche Inhalte vom bewussten Erleben ferngehalten werden. Im alltagssprachlichen Gebrauch wird derselbe Begriff dagegen häufig auch für bewusste Formen des Nicht-daran-Denkens, Ausweichens oder Vermeidens verwendet. Diese begriffliche Überlagerung erschwert die Interpretation empirischer Studien, weil nicht immer eindeutig ist, ob mit »Verdrängung« eine unbewusste Unzugänglichkeit oder eine bewusste, absichtsvolle Vermeidung gemeint ist. Entsprechend wurde bereits früh kritisiert, dass Begriffe wie »Unterdrückung« und »Verdrängung« in Fach- und

Alltagssprache unterschiedlich verwendet werden und in Studien nicht immer hinreichend definiert sind (van der Hart & Nijenhuis, 1995).

Bewusste Vermeidung bezeichnet absichtsvolle Strategien, mit denen belastende Erinnerungen, Gedanken oder Erinnerungsreize dem bewussten Nachdenken und Erzählen entzogen werden. Dazu können das Meiden bestimmter Gespräche, Orte, Personen oder innerer Bilder sowie das aktive Unterdrücken belastender Gedanken gehören. Ein solches Vermeidungsverhalten setzt zumindest partielles bewusstes Wissen über das Ereignis voraus und ist daher von der Annahme einer vollständigen, jahrelangen unbewussten Unzugänglichkeit zu unterscheiden (Brewin et al., 2019; Otgaar et al., 2020).

Auch gewöhnliches Vergessen ist von Verdrängung zu unterscheiden. Autobiografische Erinnerungen verändern sich über die Zeit. Periphere Details, zeitliche Abfolgen, Kontextinformationen oder genaue Formulierungen können verblassen, während zentrale, emotional bedeutsame Elemente eines Ereignisses erhalten bleiben können. Aus lückenhaften oder unvollständigen Erinnerungen lässt sich daher nicht ohne Weiteres auf eine unbewusste Verdrängung schließen. Sie können auch Ausdruck allgemeiner Gedächtnisprozesse, mangelnder Encodierung, späterer Umdeutung, altersabhängiger Gedächtnisentwicklung oder fehlender Abrufhinweise sein. Die in Abschnitt 5.3 dargestellten Längsschnittstudien zeigen entsprechend, dass dokumentierte belastende Kindheitsereignisse häufig auch nach langen Zeiträumen berichtet werden, dass Erinnerungsberichte aber von Alter, Schweregrad, sozialer Unterstützung, Symptomatik, Dissoziation und weiteren Belastungen beeinflusst werden können (Alexander et al., 2005; Goldfarb et al., 2019; Goodman et al., 2003; Goodman et al., 2019; Nahleen et al., 2021; Quas et al., 2010).

Die Annahme einer vollständigen unbewussten Verdrängung geht über diese Phänomene hinaus. Damit ist ein Zustand gemeint, in dem eine traumatische Erfahrung über Jahre hinweg dem bewussten Zugriff vollständig entzogen ist, ohne dass die Person ein bewusstes Wissen über das Ereignis hat. Befragungsstudien zeigen zwar, dass viele Personen aus Allgemeinbevölkerung und Praxisfeldern an die Möglichkeit solcher Verdrängungsprozesse glauben. Daraus folgt jedoch kein Nachweis, dass komplexe traumatische Ereignisse regelhaft über Jahre hinweg vollständig unbewusst gespeichert, dem bewussten Zugriff entzogen und später zuverlässig wiederhergestellt werden könnten (Otgaar et al., 2020; Otgaar et al., 2022; Patihis et al., 2014).

Eine besondere Stellung nimmt die dissoziative Amnesie ein. Sie bezeichnet nach klinischer Klassifikation einen Erinnerungsverlust für wichtige persönliche Informationen oder Ereignisse, der über gewöhnliches Vergessen hinausgeht und nicht durch hirnorganische Erkrankungen, Substanzeinfluss oder andere körperliche Ursachen erklärt werden kann. Der Erinnerungsverlust betrifft häufig autobiografisch-episodische Inhalte und bezieht sich in vielen Fällen auf belastende oder traumatische Ereignisse (ICD-10; Kapfhammer, 2011). Formen des semantischen und impliziten Gedächtnisses bleiben dabei meist weitgehend erhalten. Klinisch werden unter anderem umschrie-

bene, selektive, generalisierte, kontinuierliche und systematisierte Formen dissoziativer Amnesie unterschieden. Eine sorgfältige Differenzialdiagnostik ist erforderlich, weil neurologische Erkrankungen, Intoxikationen, epileptische Phänomene, transiente globale Amnesien, psychische Störungen, Simulation und artifizielle Störungen alternative Erklärungen für amnestische Symptome darstellen können (Kapfhammer, 2011). Dissoziative Amnesie wird in der Literatur unterschiedlich eingeordnet und im Zusammenhang mit Erinnerungsverlusten nach Belastungen oder Traumatisierungen diskutiert. Da dissoziative Amnesie ein klinisch beschriebenes, zugleich aber diagnostisch sorgfältig abzuklärendes und ätiologisch unterschiedlich erklärtes Phänomen ist, sollte zwischen der berichteten Symptomatik, ihrer theoretischen Interpretation und ihrer empirischen Absicherung unterschieden werden (vgl. Kapitel 6; Kapfhammer, 2011; Mangiulli et al., 2022).

Eine systematische Übersichtsarbeit von Mangiulli et al. (2022) zu 128 zwischen 2000 und 2020 publizierten Fallberichten mit der Diagnose dissoziative Amnesie verdeutlicht diese Unsicherheiten. Es wurde geprüft, inwieweit die berichteten Fälle die diagnostischen Kernmerkmale der dissoziativen Amnesie erfüllten. Bei einem Großteil der Fälle wurden die DSM-5-Kriterien nur unvollständig oder isoliert berücksichtigt. Zudem waren die Fallberichte heterogen, und alternative Erklärungen für den Erinnerungsverlust wurden vergleichsweise selten systematisch geprüft. In etwa 25 % der Fälle wurde keine Traumatisierung vor der Amnesie berichtet. Wenn Belastungen angegeben wurden, handelte es sich in 39 % der Fälle um eher milde arbeits- oder lebensbezogene Stressoren, in 13 % um schwere Traumatisierungen im Erwachsenenalter und in 9 % um Kindheitstraumata. Differenzialdiagnosen oder alternative Erklärungen wie normales Vergessen oder Simulation wurden nur in etwa 30 % der Fälle berücksichtigt (Mangiulli et al., 2022). Die Verläufe in diesen Fallberichten waren uneinheitlich. Die Mehrheit der Betroffenen erlangte Erinnerungen nicht oder nur teilweise wieder. Im Review werden 43 % ohne Wiedererlangung und 12 % mit teilweiser Wiedererlangung berichtet. Unter den 29 Personen, die im Rahmen der Diagnose eine psychotherapeutische Behandlung erhielten, erlangten 69 % Erinnerungen wieder. In etwa 42 % dieser Fälle wurde Hypnose eingesetzt. Die Autor*innen diskutieren dies einerseits als Hinweis darauf, dass dissoziative Amnesie häufig als vorübergehender Gedächtnisverlust beschrieben wird und psychotherapeutische Interventionen mit einer Wiedererlangung von Erinnerungen einhergehen können. Sie diskutieren andererseits, dass solche Befunde auf methodische und klinische Probleme verweisen: Wenn Erinnerungen im therapeutischen Kontext wieder zugänglich werden, ist damit noch nicht geklärt, wie genau sie entstanden sind, wie zuverlässig sie sind und ob suggestive Einflüsse ausgeschlossen werden können (Mangiulli et al., 2022; Staniloiu et al., 2020).

Für Verfahren, die den Abruf von Erinnerungen gezielt fördern oder emotional belastende Erinnerungen imaginativ bearbeiten, ist eine differenzierte Einordnung erforderlich. Für Hypnose weisen ältere Befunde darauf hin, dass zwar die Menge erinnerter Informationen zunehmen kann, dies aber nicht notwendig mit einer ent-

sprechenden Zunahme der Erinnerungsgenauigkeit einhergeht (Steblay & Bothwell, 1994). Einzelne experimentelle Studien zu den für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) typischen Augenbewegungen verweisen zudem auf mögliche aufgabenspezifische Effekte bei späterem Abruf, bei Stimulusdiskrimination oder False-Memory-Maßen (Houben et al., 2020; Leer & Engelhard, 2020; Otgaar et al., 2021). Zugleich zeigen neuere Laborstudien zu leitlinienorientierten traumafokussierten Interventionen keine allgemeine Beeinträchtigung der Erinnerungsgenauigkeit durch Imagery Rescripting, imaginative Exposition oder EMDR (Aleksic et al., 2024; Aleksic et al., 2025; Ganslmeier et al., 2022; Ganslmeier et al., 2023; vgl. 5.6 und 5.7).

5.6 Falsche Erinnerungen, falsche Überzeugungen und Suggestion

Die Debatte um verdrängte und wiedergewonnene Erinnerungen ist eng mit der Frage verbunden, unter welchen Bedingungen Menschen falsche Erinnerungen entwickeln können. Dabei ist zunächst zwischen falschen Überzeugungen und falschen Erinnerungen zu unterscheiden. Falsche Überzeugungen beziehen sich auf die Annahme, ein vergangenes Ereignis erlebt zu haben, ohne dass hierzu eine konkrete Erinnerung mit bildhaften, sensorischen oder narrativen Details vorliegt. Falsche Erinnerungen enthalten demgegenüber zusätzlich zur Überzeugung ein erinnerungsähnliches Erleben, etwa in Form von Bildern, Sinneseindrücken, Gefühlen, räumlich-zeitlichen Einordnungen oder konkreten Handlungsabläufen (Goodman et al., 2025). In der Forschung werden zudem partielle falsche Erinnerungen beschrieben. Gemeint sind Fälle, in denen Personen einzelne Aspekte eines nicht erlebten oder experimentell nahegelegten Ereignisses erinnerungsähnlich berichten, ohne eine vollständig ausgearbeitete Erinnerung an das gesamte Ereignis zu entwickeln (Murphy et al., 2023).

Die Unterscheidung zwischen falschen Überzeugungen, partiell falschen Erinnerungen und vollständig falschen Erinnerungen ist für die Interpretation der Forschungslage zentral. Bislang existiert keine einheitliche und trennscharfe Definition, ab wann eine Erinnerung als partiell oder vollständig falsch zu klassifizieren ist. In einzelnen Studien werden etwa Spekulationen über den Verlauf eines nahegelegten Ereignisses, angestrengte Erinnerungsversuche oder die Umdeutung tatsächlich erlebter ähnlicher Ereignisse unterschiedlich bewertet. Diese uneinheitliche Klassifikation trägt dazu bei, dass Studien zur Häufigkeit falscher Erinnerungen zu teils deutlich voneinander abweichenden Ergebnissen gelangen (Andrews & Brewin, 2024; Goodman et al., 2025; Murphy et al., 2023).

Zur Erklärung falscher Erinnerungen werden mehrere gedächtnispsychologische Mechanismen diskutiert. Ein zentraler Mechanismus ist die Quellenüberwachung.

Erinnernde müssen beim Abruf einschätzen, ob ein Inhalt aus eigener Wahrnehmung, aus Erzählungen anderer Personen, aus Medien, aus eigener Vorstellung oder aus Schlussfolgerungen stammt. Fehler der Quellenüberwachung können dazu führen, dass vorgestellte, gehörte oder nachträglich erhaltene Informationen fälschlicherweise als selbst erlebt eingeordnet werden (Johnson et al., 1993; Otgaar et al., 2017). Weitere Erklärungsansätze betonen die automatische Aktivierung semantisch verwandter Inhalte, die Unterscheidung zwischen der Erinnerung an den allgemeinen Bedeutungsgehalt und der Erinnerung an konkrete Einzelheiten sowie die wachsende Vernetzung von Wissensbeständen über die Lebensspanne hinweg (Brainerd et al., 2008; Howe et al., 2009; Roediger et al., 2001). Relevant ist zudem der Imagination-Inflation-Effekt. Wiederholtes oder detailreiches Vorstellen eines Ereignisses kann die subjektive Überzeugung erhöhen, dass dieses Ereignis tatsächlich stattgefunden habe (Garry et al., 1996; Goff & Roediger, 1998).

Die Erforschung falscher Erinnerungen erfolgt in unterschiedlichen experimentellen Paradigmen. Häufig verwendet wird das Deese-Roediger-McDermott-Paradigma, bei dem Versuchspersonen semantisch zusammenhängende Wortlisten präsentiert werden. Beim späteren Erinnern werden oft thematisch passende, aber nicht präsentierte Begriffe fälschlich erinnert. Weitere Paradigmen untersuchen die Wirkung nachträglicher Fehlinformationen, die Veränderung von Erinnerungen durch Suggestion, Aufgaben zur Quellenüberwachung oder die Implantation ganzer nicht erlebter Ereignisse. Als besonders relevant für klinische Kontexte werden Imagination-Inflation, falsches Feedback und Gedächtnisimplantation diskutiert, weil sie Prozesse simulieren, die auch in Gesprächen, Befragungen oder therapeutischen Situationen auftreten können (Brewin & Andrews, 2017; Pezdek & Lam, 2007). Die Übertragbarkeit von Laborbefunden auf komplexe autobiografische Erinnerungen ist umstritten. Kritisiert wird insbesondere, dass einfache Wortlisten- oder Erkennensaufgaben nur begrenzt mit Erinnerungen an lang zurückliegende, emotional bedeutsame und biografisch eingebettete Ereignisse vergleichbar sind (Pezdek & Lam, 2007). Demgegenüber wurde eingewandt, dass Laborstudien mit hoher experimenteller Kontrolle grundlegende Mechanismen der Gedächtniskonstruktion sichtbar machen können und deshalb auch für das Verständnis autobiografischer Erinnerungen relevant sind (Wade et al., 2007).

Für die Kontroverse um wiedergewonnene Erinnerungen sind insbesondere Studien bedeutsam, in denen nicht nur einzelne fehlerhafte Details, sondern ganze autobiografische Ereignisse nahegelegt werden. Ein bekanntes Beispiel ist die »Lost in the Mall«-Studie (Loftus & Pickrell, 1995). Versuchspersonen wurden mehrere wahre Kindheitserinnerungen vorgelegt, die zuvor durch Bezugspersonen bestätigt worden waren, sowie eine erfundene Erinnerung, in einem Kaufhaus verloren gegangen zu sein. Ein Teil der Teilnehmenden berichtete anschließend, sich ganz oder teilweise an dieses erfundene Ereignis zu erinnern (Loftus & Pickrell, 1995). Eine spätere Replikation mit größerer Stichprobe fand ebenfalls Fälle vollständiger oder partieller falscher Erinnerungen (Murphy et al., 2023). In der ursprünglichen Studie berichteten 25 %

der Teilnehmenden, sich ganz oder teilweise an das erfundene Ereignis zu erinnern; 75 % hielten dagegen daran fest, keine entsprechende Erinnerung zu haben (Loftus & Pickrell, 1995). In der Replikation von Murphy et al. (2023) mit 123 Teilnehmenden wurde zunächst eine Rate von 35 % vollständiger oder partieller falscher Erinnerungen berichtet. Unter strengeren Codierkriterien sank diese Rate in der Reanalyse von Andrews und Brewin (2024) auf 4 %.

Die Bewertung solcher Befunde hängt stark davon ab, wie streng falsche Erinnerungen definiert und codiert werden. Eine Reanalyse der Transkripte aus der Studie von Murphy et al. (2023) zeigte, dass die Rate falscher Erinnerungen deutlich niedriger ausfällt, wenn Personen ausgeschlossen werden, die tatsächlich einmal in einem Kaufhaus verloren gegangen waren, das Kernelement des Verlorengehens nicht explizit erinnerten oder in der Selbstauskunft keine Erinnerung an das fiktive Ereignis angaben. Die Rate falscher Erinnerungen lag so bei 4 % (Andrews & Brewin, 2024). Diese Befunde sprechen dafür, dass in Implantationsstudien häufig eher falsche Überzeugungen oder Reinterpretationen ähnlicher tatsächlicher Erfahrungen entstehen als vollständig ausgearbeitete falsche autobiografische Erinnerungen (Goodman et al., 2025).

Ein weiterer Forschungsbereich untersucht, ob und wie experimentell erzeugte falsche Erinnerungen wieder reduziert werden können. In einer Studie von Oeberst et al. (2021) wurden Versuchspersonen in wiederholten Interviews neben wahren Ereignissen auch zwei plausible, aber nicht erlebte Ereignisse nahegelegt. Unter minimalen und stärkeren suggestiven Bedingungen entwickelten 27 % beziehungsweise 56 % der Teilnehmenden falsche Erinnerungen. Anschließend wurden zwei Strategien eingesetzt: Die Teilnehmenden wurden für die mögliche Quelle ihrer Erinnerungen sensibilisiert und über die Entstehung falscher Erinnerungen im Interviewkontext aufgeklärt. Dadurch sank die Rate falscher Erinnerungen unter beiden Suggestionsbedingungen auf 15 % beziehungsweise 25 %. Ein Jahr später lag sie bei 5 %, wobei falsche Erinnerungen überwiegend abgelehnt wurden. Die Erinnerungen an wahre Ereignisse wurden durch diese Interventionen kaum beeinträchtigt. Der Befund zeigt, dass Aufklärung über Quellenverwechslungen und suggestive Entstehungsbedingungen falsche Erinnerungen reduzieren kann (Oeberst et al., 2021).

Auch manipulierte Fotografien können falsche autobiografische Erinnerungen fördern. In einer Studie von Wade et al. (2002) wurden Versuchspersonen vier Fotografien aus ihrer Kindheit präsentiert, von denen eine manipuliert war und eine erfundene Heißluftballonfahrt zeigte. Die Teilnehmenden wurden gebeten, zu jeder Fotografie zu berichten, woran sie sich erinnerten (freier Abruf). Konnten sie zu der angeblichen Heißluftballonfahrt keine Erinnerung abrufen, wurden zusätzliche Abrufhilfen eingesetzt, darunter geführte Vorstellung und Kontextwiederherstellung. Nach drei Interviews berichteten 20 % der Teilnehmenden vollständige falsche Erinnerungen an das Ereignis, weitere 30 % entwickelten teilweise falsche Erinnerungen, etwa in Form zusätzlicher Angaben zu beteiligten Personen oder Gefühlen (Wade et al., 2002). Eine spätere Wiederholung der Studie fand ähnliche Ergebnisse mit 30 % vollständigen

und 10 % partiellen falschen Erinnerungen. Beide Studien sind wegen der kleinen Stichprobengröße von jeweils 20 Personen vorsichtig zu interpretieren (Johnson et al., 2023; Wade et al., 2002).

In einer Metaanalyse zur Implantation autobiografischer falscher Erinnerungen fassten Arce et al. (2023) 30 Studien zusammen, die das Implantationsparadigma und freien Abruf verwendeten. Insgesamt zeigte sich ein großer Effekt für die Erzeugung falscher Erinnerungen. Moderatoranalysen ergaben Unterschiede zwischen Stimulustypen und Implantationstechniken. Größere Effekte zeigten sich bei Studien, in denen den Teilnehmenden ein nicht erlebtes Ereignis als eigene autobiografische Erfahrung nahegelegt wurde (d = 2.03), im Vergleich zu Studien mit falschen Erzählungen (d = 1.35) oder manipulierten Fotografien (d = 1.29). Nicht direktive Techniken waren mit geringeren Effekten verbunden als geführte Imagination oder sozialer Druck zur Antwort. Sowohl bei emotional positiven als auch bei emotional negativen Ereignissen zeigten sich große Effekte (Arce et al., 2023). Diese Befunde sprechen dafür, dass falsche autobiografische Erinnerungen unter bestimmten Bedingungen experimentell erzeugt werden können. Zugleich bleibt zu beachten, dass die konkreten Raten stark von Definition, Codierung, Suggestionsintensität und Versuchsanordnung abhängen.

Suggestion bezeichnet eine Beeinflussung des Denkens, Fühlens, Wollens oder Handelns, die über zwischenmenschliche Interaktion wirksam wird und von der betroffenen Person nicht ausreichend kritisch-rational geprüft wird. Dabei lassen sich drei Ebenen unterscheiden: die suggestive Einflussnahme durch eine andere Person, die Empfänglichkeit einer Person für solche Einflüsse und der konkrete Inhalt, der nahegelegt wird (Stokvis & Pflanz, 1961). Für Erinnerungsprozesse ist dies relevant, weil im Rahmen der Suggestion Inhalte nicht zwingend ausdrücklich behauptet werden müssen. Suggestive Einflüsse können auch durch wiederholte Befragung, Rahmung, Autoritätseffekte oder imaginative Verfahren entstehen (Schemmel et al., 2024; Aleksic et al., 2025). Suggestibilität ist kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern kann durch situative Bedingungen wie Angst, Unsicherheit, unklare Wahrnehmungs- oder Erinnerungslagen, Abhängigkeit, hohen Leidensdruck oder hypnotische bzw. imaginative Verfahren beeinflusst werden. Ein suggestiver Prozess kann entstehen, wenn ein nicht erinnertes Trauma als mögliche Ursache gegenwärtiger Symptome angenommen wird, obwohl keine Erinnerung vorliegt. Diese Annahme kann von Patient*innen ausgehen oder durch Therapeut*innen nahegelegt werden. Sie kann anschließend durch plausible Erklärungen gestützt werden, etwa durch den Hinweis, Nicht-Erinnern sei bei Trauma, Dissoziation oder Verdrängung erwartbar. Werden Patient*innen dann ermutigt, aktiv nach fehlenden Erinnerungen zu suchen, sie zu imaginieren, Träume zu deuten, Tagebuch zu führen, Hypnose zu nutzen oder innere Bilder als Hinweise auf Vergangenes zu verstehen, steigt das Risiko, dass Vorstellungen, Schlussfolgerungen und nachträgliche Informationen als Erinnerungen eingeordnet werden können (Brewin & Andrews, 2017; Schemmel et al., 2024).

5.7 »Erinnerungswiederherstellung« in der psychotherapeutischen Praxis

In psychotherapeutischen und beraterischen Kontexten können Erinnerungen an belastende oder traumatische Ereignisse auf unterschiedliche Weise thematisch werden. Patient*innen können mit bereits bestehenden Erinnerungen in Behandlung kommen, sie können im Verlauf der Behandlung neue Erinnerungsfragmente berichten, oder sie können selbst die Vermutung entwickeln, gegenwärtige Symptome könnten auf ein bislang nicht erinnertes Ereignis zurückgehen. Von der therapeutischen Bearbeitung vorhandener belastender Erinnerungen ist ein Vorgehen zu unterscheiden, das auf die Wiederherstellung vermuteter, bislang nicht erinnerter traumatischer Ereignisse zielt. Der Begriff »Erinnerungswiederherstellung« wird im Folgenden für solche Vorgehensweisen verwendet, bei denen angenommen wird, gegenwärtige Symptome könnten auf ein nicht erinnertes Trauma zurückgehen, und durch die versucht wird, entsprechende Erinnerungen zugänglich zu machen.

In einer altersrepräsentativen Onlinebefragung von Patihis und Pendergrast (2019) wurden 2.326 Erwachsene der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung befragt. Von ihnen hatten 1.082 Personen, also 46,5 %, bereits Beratung oder Psychotherapie in Anspruch genommen. 9,3 % der Gesamtstichprobe berichteten, dass Therapeut*innen Missbrauch in der Kindheit und unterdrückte Erinnerungen angesprochen hätten. 5,2 % der Gesamtstichprobe gaben an, im Verlauf einer Therapie Erinnerungen an Kindesmissbrauch wiedererlangt zu haben, ohne zuvor eine entsprechende Erinnerung gehabt zu haben. Von diesen Personen glaubten 92,6 % an die wiedergefundenen Erinnerungen, 13,1 % berichteten eine Dissoziative Identitätsstörung und 42,6 % einen Kontaktabbruch zur Familie. Die Studie erlaubt keine Aussage darüber, ob die berichteten Erinnerungen zutreffend oder unzutreffend waren. Zudem können Missverständnisse darüber, was unter »wiedergefundenen Erinnerungen« zu verstehen ist, nicht ausgeschlossen werden (Patihis & Pendergrast, 2019).

Eine französische Replikationsstudie von Dodier et al. (2019) mit 1.312 erwachsenen Personen aus der Allgemeinbevölkerung kam zu niedrigeren Häufigkeiten. In dieser nicht repräsentativen Stichprobe hatten 551 Personen, also 42 %, bereits Beratung oder Psychotherapie genutzt. 4,4 % der Gesamtstichprobe gaben an, mit Therapeut*innen über die Möglichkeit verdrängter Erinnerungen an Kindesmissbrauch gesprochen zu haben. 33 Personen, 2,5 % der Gesamtstichprobe, berichteten, im Verlauf der Therapie Erinnerungen an Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wiedererlangt zu haben, ohne zuvor entsprechende Erinnerungen gehabt zu haben. Von diesen 33 Personen berichteten etwa 79 % wiedergewonnene Erinnerungen an sexuellen Kindesmissbrauch, 12,1 % gaben eine Dissoziative Identitätsstörung an und 24,1 % einen Kontaktabbruch zur Familie (Dodier et al., 2019). Auch diese Studie erlaubt keine Einschätzung zur historischen Genauigkeit der berichteten Erinnerungen. Sie zeigt jedoch, dass Erin-

nerungswiederherstellung aus Sicht eines Teils der Befragten im Kontext von Therapie und Beratung vorkommt und mit erheblichen biografischen und sozialen Folgen verbunden sein kann.

Eine Befragung von Schemmel et al. (2024) mit 258 approbierten oder in Ausbildung befindlichen psychologischen Psychotherapeut*innen in Deutschland untersuchte Erinnerungswiederherstellung aus Perspektive der Behandelnden. 78 % der Befragten berichteten von wiederentdeckten Erinnerungen bei einem oder mehreren Patient*innen, die vor der Behandlung nicht vorhanden gewesen seien. Nach Angaben dieser Therapeut*innen kam es im Mittel bei 20 % der behandelten Patient*innen zu einer Erinnerungswiederherstellung. Dabei zeigten sich schulenspezifische Unterschiede: Bei kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitenden Therapeut*innen lag der geschätzte Anteil bei 15 %, bei psychodynamisch arbeitenden Therapeut*innen bei 35 %. Berichtet wurden wiedererlangte Erinnerungen an positive Kindheitserlebnisse ebenso wie an negative Kindheitserlebnisse. Zu den negativen Inhalten gehörten emotionale Misshandlung (76 %), sexueller Missbrauch (67 %), Vernachlässigung (64 %), körperliche Gewalt (44 %) und Unfälle (26 %). Die weiteren Angaben aus dieser Befragung zeigen, dass Therapeut*innen unterschiedlich mit solchen Erinnerungen umgehen. 36 % der Therapeut*innen, die wiederentdeckte Erinnerungen berichteten, untersuchten die Erinnerung weiter. 33 % versuchten, sie zu klären. 35 % nutzten Supervision oder Intervision und 22 % sprachen die Möglichkeit einer falschen Erinnerung an. Nur wenige Therapeut*innen äußerten Zweifel, ob die Erinnerung auf ein tatsächliches Ereignis zurückging. 53 % derjenigen Therapeut*innen, die wiederentdeckte traumatische Erinnerungen berichteten, behandelten diese mit speziellen Interventionen wie EMDR, mentaler Imagination oder narrativer Konfrontation (Schemmel et al., 2024).

82 % der befragten Therapeut*innen gaben an, bereits mindestens einmal ein Trauma als Ursache der Symptomatik erwogen zu haben, obwohl Patient*innen zuvor keine entsprechenden Ereignisse berichtet hatten. Auch hier unterschieden sich die Therapieschulen: 76 % der kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitenden und 90 % der psychodynamisch arbeitenden Therapeut*innen berichteten solche Annahmen. Als Begründungen wurden unter anderem spezifische körperliche, PTBS-bezogene oder dissoziative Symptome, allgemeines Verhalten, wie Vermeidung oder intensive bzw. verringerte emotionale Reaktionen, fehlende alternative Erklärungen und persönliche therapeutische Erfahrungen genannt. Von den Therapeut*innen, die solche Traumaannahmen getroffen hatten, versuchte etwa die Hälfte mindestens einmal, eine vermutete Erinnerung wiederherzustellen. Auch von Patient*innenseite können entsprechende Annahmen in die Therapie eingebracht werden. 83 % der befragten Therapeut*innen berichteten, dass Patient*innen schon einmal ein zugrunde liegendes Trauma als Ursache ihrer Symptomatik vermutet hätten, ohne zuvor entsprechende Erinnerungen zu berichten. Auf solche Vermutungen reagierten 44 % neutral, 38 % suchten Rat bei Kolleg*innen, 37 % unternahmen Versuche der Erinnerungswiederherstellung, 34 % diskutierten die Annahmen und 27 % informierten über die Möglichkeit falscher Erinne-

rungen. Ausschließlich eine Wiederherstellung der vermuteten Erinnerung versuchten 7 % der Therapeut*innen; ausschließlich über falsche Erinnerungen informierte 1 %. 12 % berichteten beide Reaktionen, also sowohl Aufklärung über falsche Erinnerungen als auch Versuche der Erinnerungswiederherstellung.

Bei denjenigen Therapeut*innen, die bereits Versuche zur Erinnerungswiederherstellung unternommen hatten, wurden unterschiedliche Techniken berichtet. Genannt wurden unter anderem die hypnoanalytische Technik der Affektbrücke (48 %), Traumdeutung (38 %), wiederholte Befragung (34 %), Exposition (31 %), Altersregression (26 %), EMDR (23 %), Spieltherapie (20 %), imaginative Psychotherapie (19 %), Hypnose (14 %) und Familienaufstellung (14 %). Etwa 40 % dieser Therapeut*innen berichteten, bei mindestens der Hälfte der betroffenen Patient*innen eine erfolgreiche Wiederherstellung erreicht zu haben. Diese Angaben zeigen, dass Erinnerungswiederherstellung in der therapeutischen Praxis mit sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen verbunden sein kann. Aus den Selbstauskünften lässt sich jedoch nicht ableiten, ob die berichteten Erinnerungen historisch zutreffend waren, ob suggestive Einflüsse vorlagen oder ob die eingesetzten Interventionen kausal zur Entstehung der Erinnerungen beitrugen (Schemmel et al., 2024).

Zweifel an der Authentizität wiedergewonnener Erinnerungen wurden vergleichsweise selten berichtet. Unter allen Therapeut*innen lag der Anteil der Fälle, in denen sie bezweifelten, dass das erinnerte Ereignis tatsächlich stattgefunden hatte, bei 5 %. Bei kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitenden Therapeut*innen ebenfalls bei 5 %, bei psychodynamisch arbeitenden Therapeut*innen bei 10 %. Als Gründe für Zweifel nannten Therapeut*innen unter anderem Suggestibilität der Patient*innen, bekannte oder vermutete suggestive Einflüsse, Unwahrscheinlichkeit des Ereignisses, mögliche Vorteile aus der Wiedererlangung der Traumaerinnerung sowie Unwahrscheinlichkeit auf Grundlage gedächtnispsychologischer Befunde. Zugleich bestand Uneinigkeit darüber, welche Bedeutung die Authentizität wiederentdeckter Erinnerungen für den Therapieverlauf habe. Eine Mehrheit der antwortenden Therapeut*innen berichtete nach Wiedererlangung der Erinnerung eine Verbesserung der Symptomatik: 76 % gaben eine Verbesserung an, 13 % keine Veränderung, 10 % eine Verschlechterung und 11 % konnten das Behandlungsergebnis nicht bestimmen (Mehrfachantworten möglich). Da unklar bleibt, ob die Angaben auf strukturierten Erhebungen des Therapieverlaufs oder auf subjektiven Einschätzungen beruhten, sind daraus keine kausalen Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit von Erinnerungswiederherstellung ableitbar (Schemmel et al., 2024).

Die Befragung weist zudem auf Ausbildungs- und Orientierungsdefizite hin. Von den antwortenden Therapeut*innen gaben 29 % an, im Rahmen ihrer Ausbildung nie über falsche Erinnerungen gesprochen zu haben. 43 % berichteten, das Thema sei selten behandelt worden und 20 % gaben an, es sei manchmal thematisiert worden. Die Häufigkeit der Auseinandersetzung mit falschen Erinnerungen hing mit selteneren Versuchen der Erinnerungswiederherstellung zusammen. Auf die Frage nach Kriterien

zur Unterscheidung zwischen wahren und falschen Erinnerungen wurden vor allem psychologische Plausibilität sowie Art und Entwicklung der Erinnerung genannt. 84 % der antwortenden Therapeut*innen gaben an, über keine Richtlinien zum Umgang mit wiedergewonnenen traumatischen Erinnerungen zu verfügen, 10 % berichteten von entsprechenden Richtlinien, 6 % waren unsicher (Schemmel et al., 2024).

Die Autor*innen der Studie ordnen die Ergebnisse kritisch ein: »A considerable portion of therapists in this sample utilised suggestive therapeutic techniques to recover presumed trauma memories, but only a smaller subset of therapists appears to engage consistently in recovered memory therapy. These therapists may perceive it as their role to recover assumed memories even though this might lead to false memories. We therefore conclude that suggestive practices remain a concern in (German) psychotherapy.« (Schemmel et al., 2024, S. 191)

Für die psychotherapeutische Praxis ist die Unterscheidung zwischen leitlinienorientierter Traumabehandlung, die vorhandene belastende Erinnerungen bearbeitet, und Vorgehensweisen, die auf das Auffinden vermuteter, bislang nicht erinnerter traumatischer Ereignisse zielen, zentral. Experimentelle Laborstudien haben daher untersucht, ob bildbasierte traumafokussierte Verfahren wie Imagery Rescripting, imaginative Exposition oder EMDR die Genauigkeit willentlich abrufbarer Erinnerungen beeinträchtigen. Die bislang vorliegenden Befunde sprechen nicht für eine allgemeine Beeinträchtigung der willentlichen Erinnerungsgenauigkeit durch solche Interventionen.

In einer Studie von Ganslmeier et al. (2022) mit 100 Teilnehmenden wurde Imagery Rescripting (ImRs) nach einer standardisierten aversiven autobiografienahen Erfahrung untersucht. In der freien Erinnerung stieg die Zahl korrekt berichteter Details in der ImRs-Gruppe von M = 34,00 auf M = 40,26, während sie in der Kontrollgruppe nahezu unverändert blieb (M = 33,04 auf M = 33,96). Die Zahl falsch berichteter Details nahm nicht signifikant zu. Auch im cued recall zeigte sich kein differenzieller Interventionseffekt. Eine Trauma-Film-Studie von Ganslmeier et al. (2023) mit 120 Teilnehmenden verglich Imagery Rescripting, imaginative Exposition und eine Kontrollbedingung. In der freien Erinnerung nahm die Zahl korrekt berichteter Details vor allem nach imaginativer Exposition zu, von M = 128,59 auf M = 157,38. Bei Imagery Rescripting blieb sie nahezu unverändert (M = 160,57 auf M = 158,55), in der Kontrollbedingung stieg sie geringfügig von M = 147,88 auf M = 151,35. In der Wiedererkennensaufgabe ergaben sich keine Gruppenunterschiede; die Mittelwerte korrekter Antworten lagen in Sitzung 3 bei M = 7,36, M = 7,62 und M = 7,70 und in Sitzung 4 bei M = 7,59, M = 7,38 und M = 7,68 für Imagery Rescripting, imaginative Exposition und Kontrollbedingung.

Aleksic et al. (2024) prüften mit 267 Teilnehmenden gezielt mögliche Risikobedingungen, nämlich unklare Ausgangserinnerungen und Rescriptinganleitungen mit sensorischem Fokus. Auch unter diesen Bedingungen zeigte sich keine Verschlechterung der Erinnerungsgenauigkeit. Für korrekte Wiedererkennensantworten ergab sich ein kleiner Interventionseffekt, $F(2, 261) = 4{,}38$, $p = .032$; die Bedingung mit sensorischem Fokus schnitt besser ab als die Kontrollbedingung. Für falsche Antworten

zeigte sich kein signifikanter Interventionseffekt, $F(2, 261) = 0{,}78$, $p = .461$. In einer weiteren Laborstudie von Aleksic et al. (2025) wurden EMDR, imaginative Exposition, Imagery Rescripting und eine Kontrollbedingung direkt miteinander verglichen. Die finale Stichprobe umfasste 253 gesunde Teilnehmende. Der relative Anteil korrekter Antworten in der Wiedererkennensaufgabe lag bei $M = 0{,}57$ für EMDR, $M = 0{,}58$ für Imagery Rescripting, $M = 0{,}60$ für imaginative Exposition und $M = 0{,}57$ in der Kontrollbedingung. Der Gruppenunterschied war nicht signifikant, $F(3, 249) = 2.293$, $p = .08$.

Diese Befunde sprechen gegen eine pauschale Gleichsetzung leitlinienorientierter traumafokussierter Verfahren mit einer Beeinträchtigung der Erinnerungsgenauigkeit. Sie sind zugleich begrenzt zu interpretieren, da es sich überwiegend um Laborstudien mit klinisch gesunden Teilnehmenden, experimentell induzierten aversiven Erinnerungen, einzelnen Interventionseinheiten und begrenzten Gedächtnismaßen handelt (Aleksic et al., 2025; Niehaus & Sonnicksen, 2025; Wolkenstein et al., 2025).

5.8 Exkurs: Glaubhaftigkeitsbeurteilungen

Die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Befunde zur Rekonstruktivität autobiografischer Erinnerung, zu traumatischen Erinnerungen, falschen Erinnerungen und zu möglichen Einflüssen therapeutischer Handlungspraxis auf Erinnerungsberichte sind auch für rechtliche Verfahren relevant. Dies gilt vor allem für strafrechtliche Verfahren zu Vorwürfen sexualisierter Gewalt, in denen häufig wenige oder keine objektiven Beweismittel vorliegen und die Aussage der betroffenen Person dadurch eine zentrale Bedeutung für die Beweiswürdigung erhält. In solchen Aussage-gegen-Aussage-Konstellationen kann eine aussagepsychologische Glaubhaftigkeitsbegutachtung beauftragt werden, um das Gericht bei der Beurteilung zu unterstützen, ob eine konkrete Aussage auf einem realen Erlebnishintergrund beruhen kann oder ob alternative Entstehungsbedingungen in Betracht kommen (Fegert, 1993; Fegert et al., 2024a; Volbert et al., 2019).

Dabei ist zwischen der Glaubhaftigkeit einer Aussage und der Glaubwürdigkeit einer Person zu unterscheiden. Die aussagepsychologische Begutachtung richtet sich nicht auf eine allgemeine Charakterbeurteilung der aussagenden Person, sondern auf die konkrete Aussage, ihre Entstehung, ihre Entwicklung und ihre inhaltlichen Merkmale. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob die Aussage unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen der aussagenden Person, der Befragungsbedingungen, möglicher Einflüsse Dritter und der Aussageentwicklung auch ohne realen Erlebnishintergrund erklärbar wäre (Volbert, 1995; Volbert et al., 2019).

Die Glaubhaftigkeitsbegutachtung ist eine qualitative, einzelfallbezogene Methode. Ihre Ergebnisse beruhen auf der Interpretation aussagepsychologischer Befunde im jeweiligen Einzelfall. Seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 gelten für aussagepsychologische Gutachten wissenschaftliche Mindestanforderungen. Dazu ge-

hört insbesondere ein hypothesengeleitetes Vorgehen, bei dem alternative Erklärungen für eine Aussage systematisch geprüft werden. Neben einer erlebnisbasierten Aussage kommen unter anderem bewusste Falschaussage, Irrtum, Suggestion, Übernahme fremder Informationen, Missverständnisse oder Scheinerinnerungen als Alternativhypothesen in Betracht (BGH, Urteil vom 30. Juli 1999 – 1 StR 618/98; Volbert et al., 2019; Volbert et al., 2025).

Der im Zusammenhang mit Glaubhaftigkeitsbegutachtungen verwendete Begriff der »Nullhypothese« bezeichnet die methodische Ausgangsannahme, dass eine Aussage zunächst nicht als erlebnisbasiert behandelt wird. Diese Annahme soll durch Merkmale und Befunde geprüft werden, die für einen realen Erlebnisbezug sprechen. Der Begriff ist jedoch problematisch, weil er an statistisches Hypothesentesten erinnert. Anders als in quantitativen Testverfahren werden in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung keine statistischen Maße für den Einzelfall berechnet. Fegert et al. (2024a) kritisieren daher, dass die Übertragung des Begriffs »Nullhypothese« auf ein qualitatives Verfahren eine methodische Präzision und Entscheidungssicherheit nahelegen könne, die das Verfahren nicht leisten kann. Die Gefahr liege insbesondere darin, dass qualitative Einzelbefunde in der Praxis wie dichotome Entscheidungen über Wahrheit oder Unwahrheit verstanden werden und damit die richterliche Beweiswürdigung faktisch vorstrukturieren könnten (Fegert et al., 2024a, 2024b).

Volbert et al. (2025) wenden entsprechend ein, dass lege artis durchgeführte Glaubhaftigkeitsbegutachtungen in der Fachliteratur gerade nicht als quantitative Testverfahren verstanden werden, sondern als qualitative Einzelfallanalysen, die fall- und personenspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Zugleich erkennen auch Volbert et al. (2025) an, dass der Begriff der Nullhypothese zu Missverständnissen geführt hat. Die fachliche Kontroverse betrifft daher weniger die Notwendigkeit, Alternativhypothesen systematisch zu prüfen, sondern vor allem die Frage, ob die Begrifflichkeit und Anwendungspraxis der Nullhypothese zu einer unangemessenen Scheinpräzision, zu einer Übertragung strafrechtlicher Beweislogik auf sozialrechtliche, familiengerichtliche oder zivilrechtliche Verfahren oder zu einer Benachteiligung bestimmter Betroffenengruppen beitragen kann (Fegert et al., 2024a; Volbert et al., 2025). Die Kritik zielt dabei nicht auf eine Abkehr von der Unschuldsvermutung und den Beweisanforderungen des Strafverfahrens. Gefordert wird vielmehr eine transparente, qualitative und kontextbezogene Darstellung der Befunde, die für oder gegen einen Erlebnisbezug sprechen, einschließlich der Grenzen dieser Einschätzung (Fegert et al., 2024a; Volbert et al., 2025).

Ein zentrales Instrument der aussagepsychologischen Beurteilung ist die merkmalsorientierte Inhaltsanalyse. Sie geht auf die Annahme zurück, dass Aussagen über tatsächlich erlebte Ereignisse im Durchschnitt andere qualitative Merkmale aufweisen können als erfundene oder suggerierte Aussagen. In der Tradition von Undeutsch (1967) sowie Steller und Köhnken (1989) werden sogenannte Realkennzeichen herangezogen, etwa Detailreichtum, raumzeitliche Einbettung, Schilderung von Komplikationen, Einbettung in Interaktionen, Wiedergabe ungewöhnlicher oder nebensächlicher Details,

spontane Korrekturen oder das Eingeständnis von Erinnerungslücken. Diese Merkmale haben für sich genommen keine beweisende Bedeutung. Ihre Aussagekraft hängt von der Gesamtkonstellation ab, insbesondere von Alter, Sprachfähigkeit, kognitiven Voraussetzungen, Belastung, Befragungssituation, Aussagegeschichte und möglichen äußeren Einflüssen. Eine schematische Addition von Realkennzeichen wird daher als methodisch unzureichend bewertet (Volbert et al., 2019; Volbert et al., 2025). Die Aussagekraft einzelner Realkennzeichen und ihrer Aggregation wird unterschiedlich bewertet. Metaanalysen berichten überwiegend moderate Effekte, zugleich wird kritisiert, dass daraus keine verlässlichen Fehlerwahrscheinlichkeiten für den Einzelfall abgeleitet werden können (Amado et al., 2016; Oberlader et al., 2021; Fegert et al., 2025b). Diese Grenzen dieser Methode sind bei der Interpretation ihrer Ergebnisse zu berücksichtigen. Wenn die Ergebnisse dennoch so verstanden oder kommuniziert werden, entsteht die Gefahr einer überhöhten methodischen Sicherheit (Fegert et al., 2024a, 2024b).

Für traumatische Erinnerungen ergeben sich zusätzliche Herausforderungen. Wie in Abschnitt 5.4 dargestellt, können traumatische Erinnerungen sehr eindrücklich, emotional intensiv und zugleich fragmentiert, lückenhaft oder desorganisiert sein. Bei traumabezogenen Aussagen sind sowohl mögliche Einschränkungen der Aussagefähigkeit als auch Bedingungen der Aussageentstehung und Aussageentwicklung zu berücksichtigen (Volbert et al., 2019).

Besondere Anforderungen stellen sich zudem bei Betroffenen mit eingeschränkten sprachlichen, kognitiven oder entwicklungsbezogenen Ausdrucksmöglichkeiten. Gutachtenanalysen zeigen, dass dies in Sexualstrafverfahren die gutachterliche Einordnung von Aussagen erheblich beeinflussen kann (Fegert, 2003; Fegert et al., 2006; König & Fegert, 2009). An diesem Punkt setzt eine weitere zentrale Kritik von Fegert et al. (2024a) an: Eine geringe Detailfülle, fragmentierte Darstellung oder eingeschränkte narrative Strukturierung kann unterschiedliche Ursachen haben und begrenzt die Aussagekraft merkmalsorientierter Kriterien. Daraus darf nicht automatisch auf fehlenden Erlebnisbezug geschlossen werden. Zugleich bleibt zu prüfen, ob suggestive Einflüsse, Befragungsbedingungen oder nachträgliche Informationen die Aussage beeinflusst haben können.

Auch das Verhältnis von Psychotherapie und Glaubhaftigkeitsbeurteilung ist differenziert zu betrachten. Für die aussagepsychologische Einordnung ist insbesondere relevant, ob und wie tatrelevante Inhalte im therapeutischen Prozess thematisiert wurden. Schemmel und Volbert (2021) verweisen darauf, dass Psychotherapie nicht zwangsläufig zu verzerrten oder vollständig falschen Erinnerungen führe und die Glaubhaftigkeit einer Aussage nicht bereits durch ihr bloßes Stattfinden beeinträchtige. Für die aussagepsychologische Einordnung komme es darauf an, ob im therapeutischen Prozess tatrelevante Inhalte suggestiv eingeführt, aktiv gesucht oder als Erinnerung bestätigt wurden. Eine leitlinienorientierte Behandlung bereits vorhandener belastender Erinnerungen ist davon zu unterscheiden (Schemmel & Volbert, 2021; BMJ, 2024).

Auch die Praxishinweise des Bundesministeriums der Justiz (2024) zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren halten fest, dass eine allgemeingültige Aussage über die Auswirkungen von Psychotherapie auf die Glaubhaftigkeit von Aussagen nicht möglich ist. Es sei im Einzelfall zu prüfen, welche Interventionen erfolgt sind und ob sie die Aussage beeinflusst haben könnten (Schemmel & Volbert, 2021; BMJ, 2024).

Diese Differenzierung ist auch deshalb wichtig, weil im Umfeld laufender Strafverfahren wiederholt empfohlen wurde, psychotherapeutische Behandlungen aufzuschieben, um eine mögliche Beeinflussung der Aussage zu vermeiden (Fegert et al., 2024a). Eine solche pauschale Zurückstellung indizierter Behandlung ist weder rechtlich geboten noch fachlich angemessen. Die Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder und die Praxishinweise des BMJ betonen, dass indizierte Therapie begonnen oder fortgeführt werden darf und dass der Beweiswert einer Aussage nicht allein deshalb generell geringer ist, weil sie nach oder während einer Therapie erfolgt (Deutscher Bundestag, 2022; BMJ, 2024).

Die Unterscheidung zwischen therapeutischer Behandlung und rechtlicher Aussagebewertung verweist auf unterschiedliche professionelle Aufträge. Psychotherapie dient der Behandlung von Leidensdruck, Symptomen und Bedeutungszuschreibungen. Das Strafverfahren dient der Klärung eines konkreten Tatvorwurfs unter rechtsstaatlichen Beweisanforderungen. Eine therapeutisch validierende Haltung ist daher von einer gerichtlichen Tatsachenfeststellung zu unterscheiden. Zugleich sollte die strafrechtliche Notwendigkeit kritischer Beweisprüfung nicht dazu führen, dass Betroffenen wegen möglicher Auswirkungen auf die spätere Aussagebewertung von notwendiger Behandlung abgeraten wird. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen gesundheitlicher Versorgung, Opferschutz, Beschuldigtenrechten und rechtsstaatlicher Beweisprüfung (Fegert et al., 2024a; Schemmel & Volbert, 2021; BMJ, 2024).

Die Belastung durch Glaubhaftigkeitsbegutachtungen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls zu berücksichtigen. Das ausführliche Berichten belastender oder traumatischer Erfahrungen, die kritische Prüfung der Aussage und der Eindruck, die eigene Aussage werde infrage gestellt, können für Betroffene mit erheblicher emotionaler Beanspruchung verbunden sein. Fegert et al. (2024a) beziehen sich auf qualitative Auswertungen von Anrufen beim Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch, in denen Betroffene Glaubhaftigkeitsbegutachtungen unter anderem als mit Macht- und Hilflosigkeit, fehlendem Gehör, Unsensibilität und Überforderung verbunden beschrieben. Diese Berichte verdeutlichen, dass die Durchführung von Begutachtungen besonders sorgfältig, transparent und betroffenensensibel erfolgen muss. Dies gilt umso mehr, wenn die begutachtete Person bereits durch Traumafolgen, kognitive Einschränkungen oder langjährige institutionelle Erfahrungen belastet ist (Fegert et al., 2024a)

Die Anwendung aussagepsychologischer Begutachtung ist außerdem je nach Rechtskontext unterschiedlich zu bewerten. Im Strafverfahren gelten wegen der Unschuldsvermutung und des Grundsatzes »in dubio pro reo« besonders hohe Anforderungen an den Tat- und Schuldnachweis. In sozialrechtlichen, familiengerichtlichen oder zi-

vilrechtlichen Verfahren können andere Beweismaßstäbe, Schutzaufträge und Zielsetzungen gelten. Fegert et al. (2024a) kritisieren daher, dass eine an strafrechtlicher Beweislogik orientierte Anwendung der sogenannten Nullhypothese außerhalb des Strafrechts problematische Folgen haben kann. Volbert et al. (2025) halten dem entgegen, dass die systematische Prüfung von Alternativhypothesen auch in unterschiedlichen Rechtskontexten fachlich sinnvoll bleibt, sofern die jeweiligen Beweisschwellen berücksichtigt werden.

Glaubhaftigkeitsbeurteilungen können insbesondere in Aussage-gegen-Aussage-Konstellationen eine wichtige unterstützende Funktion für die gerichtliche Beweiswürdigung haben. Ihre Ergebnisse sind jedoch als qualitative fachliche Einschätzungen zu verstehen und unter Berücksichtigung der methodischen Grenzen des Verfahrens einzuordnen. Sie können weder die richterliche Beweiswürdigung ersetzen noch erlauben sie eine statistisch gesicherte Entscheidung über Wahrheit oder Unwahrheit einer Aussage. Besondere Sorgfalt ist bei vulnerablen Betroffenen sowie in sozialrechtlichen, familiengerichtlichen oder zivilrechtlichen Verfahren erforderlich, weil dort andere Beweismaßstäbe und Verfahrensziele gelten als im Strafverfahren. Aus gedächtnis- und aussagepsychologischer Perspektive ist eine differenzierte Prüfung von Erinnerungsinhalt, Aussageentwicklung, Befragungs- und Behandlungseinflüssen sowie weiteren Kontextbedingungen maßgeblich.

5.9 Zusammenfassung

Dieses Kapitel hat zentrale Befunde der Gedächtnisforschung, der Forschung zu traumatischen Erinnerungen, zu falschen Erinnerungen und zu suggestiven Einflussfaktoren zusammengeführt. Für die weitere Untersuchung sind daran vor allem die Fragen relevant, wie spät berichtete oder im therapeutischen Verlauf auftretende Erinnerungen einzuordnen sind und in welchem Verhältnis subjektive Überzeugung, emotionale Eindrücklichkeit und therapeutische Interpretation zu dieser Einordnung stehen.

Erinnerung ist ein rekonstruktiver Prozess, bei dem frühere Wahrnehmungen, gegenwärtige Wissensbestände, emotionale Zustände, spätere Informationen, soziale Kontexte und die aktuelle Situation miteinander verbunden werden. Dadurch können sich Erinnerungen im Verlauf wiederholten Erinnerns und Erzählens verändern. Diese Rekonstruktivität verlangt eine Unterscheidung zwischen subjektiver Gewissheit, emotionaler Intensität, biografischer Bedeutung und historischer Genauigkeit. Eine Erinnerung kann für eine Person hoch bedeutsam, emotional lebendig und identitätsstiftend sein. Daraus ist jedoch kein unmittelbarer Rückschluss auf die historische Genauigkeit aller erinnerten Einzelheiten möglich.

Für Erinnerungen an traumatische Ereignisse zeigt sich ein besonderes Spannungsverhältnis: Traumatische oder hoch belastende Erfahrungen können dauerhaft, lebhaft

und emotional eindrücklich erinnert werden. Zugleich können entsprechende Erinnerungen fragmentiert, lückenhaft, schwer sprachlich darstellbar oder zeitlich und narrativ desorganisiert sein. Die dargestellten Längsschnitt- und Experimentalbefunde sprechen für eine differenzierte Einordnung traumabezogener Erinnerungsberichte. Traumatische Bedeutsamkeit ist von Erinnerungsgenauigkeit zu unterscheiden. Veränderungen, Lücken oder Unschärfen in Erinnerungsberichten können verschiedene Ursachen haben, darunter Entwicklungsstand, Encodierungsbedingungen, psychische Symptomatik, Dissoziation, spätere Informationen, wiederholte Beschäftigung mit dem Ereignis, soziale Rückmeldungen und aktuelle Belastung.

Besonders wichtig ist die begriffliche Trennung von bewusster Vermeidung, gewöhnlichem Vergessen, fragmentierter Erinnerung, dissoziativer Amnesie und vollständiger unbewusster Verdrängung. Belastende Erfahrungen können vermieden, zeitweise nicht berichtet, in Teilen vergessen oder später anders eingeordnet werden. Erinnerungslücken und veränderte Berichte lassen sich häufig im Rahmen bekannter allgemeiner und traumabezogener Gedächtnisprozesse verstehen. Die Annahme, komplexe traumatische Ereignisse könnten regelhaft über Jahre hinweg vollständig ungewollt unzugänglich bleiben und später akkurat wiederhergestellt werden, wird durch die empirische Forschung nicht belastbar gestützt.

Die Forschung zu falschen Erinnerungen zeigt, dass sie aus rekonstruktiven Gedächtnisprozessen, Fehlern der Quellenüberwachung, nachträglichen Informationen, Imagination, sozialer Bestätigung oder suggestiven Einflüssen hervorgehen können. Ihre Entstehung hängt von bestimmten Bedingungen ab. Dazu zählen wiederholte Befragung, plausible Rahmung, autoritative Bestätigung, imaginative Ausarbeitung, sozialer Erwartungsdruck und unklare Herkunft erinnerungsähnlicher Inhalte. Für die Einordnung von Erinnerungsberichten ist deshalb relevant, unter welchen Bedingungen sie entstanden sind, wie sie sich im Verlauf verändert haben und welche Informationen, Deutungen oder Interventionen zwischen einem möglichen Ereignis und dem späteren Bericht wirksam geworden sein könnten.

Für die Psychotherapie ergibt sich daraus eine zentrale analytische Unterscheidung: Die Bearbeitung vorhandener belastender Erinnerungen, Symptome und Bedeutungszuschreibungen unterscheidet sich von der aktiven Suche nach vermuteten, bislang nicht erinnerten Ereignissen. Die dargestellten Befunde zu leitlinienorientierten traumafokussierten Verfahren sprechen gegen die Annahme, dass traumatherapeutische Behandlung mit einer Beeinträchtigung der Erinnerungsgenauigkeit einhergeht. Zugleich entstehen und verändern sich Erinnerungsberichte in therapeutischen und beraterischen Kontexten innerhalb sozialer Interaktion. Fragen, Reaktionen und Interpretationen von Therapeut*innen können beeinflussen, wie Patient*innen eigenes Erleben verstehen, erinnern, weitererzählen und biografisch einordnen.

Auch für Glaubhaftigkeitsbeurteilungen sind diese gedächtnispsychologischen Differenzierungen bedeutsam. Aussagepsychologische Verfahren prüfen Aussagequalität, Aussageentwicklung und mögliche Alternativerklärungen. Sie können Hinweise auf

Erlebnisbezug, Suggestion, Übernahme fremder Informationen, Imagination oder nachträgliche Sinnzuschreibung geben. Eine gesicherte Klassifikation einzelner Aussagen als wahr oder falsch können sie nicht leisten. Bei traumabezogenen Aussagen sind daher sowohl mögliche Einschränkungen der Aussagefähigkeit durch Belastung, Entwicklung und Traumafolgen als auch soziale, therapeutische oder andere kontextuelle Einflüsse auf Aussageentstehung und Aussageveränderung zu berücksichtigen.

6 Traumafolgestörungen und Dissoziative Identitätsstörung

Traumatische Erfahrungen können unterschiedliche psychische, körperliche und soziale Folgen haben. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) treten auch andere Traumafolgestörungen sowie komorbide Störungsbilder auf. Ein Fokus des Kapitels ist zudem die Dissoziative Identitätsstörung (DIS), denn sie nimmt im Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« eine zentrale Rolle ein.

6.1 Traumafolgestörungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist die bekannteste, jedoch nicht die einzige mögliche Folge traumatischer Belastungen. Obwohl sie in der klinischen Diagnostik und der öffentlichen Wahrnehmung – so auch in den sozialen Medien – häufig im Mittelpunkt steht, zeigen empirische Befunde, dass potenziell traumatische Ereignisse ein breites Spektrum psychischer, somatischer und interpersonaler Reaktionen hervorrufen können. Neben der PTBS werden beispielsweise affektive und angstbezogene Störungsbilder, Schlaf- und Substanzgebrauchsstörungen, die Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ oder einer Bindungsstörung sowie funktionelle körperliche Beschwerden als mögliche Traumafolgen beschrieben (Afari et al., 2014; Copeland et al., 2018; Heim & Nemeroff, 2001; Lewis & Christopher, 1989; Mandelli et al., 2015; Najavits et al., 2017). Inwiefern entwicklungspsychologische Aspekte bei der Entstehung von Traumafolgestörungen eine Rolle spielen, wird im Konzept der Entwicklungsheterotopie von Schmid et al. (2013) aufgezeigt, das beschreibt, wie chronische oder frühe Traumatisierungen normative Entwicklungsverläufe verschieben, verzögern oder fragmentieren und dadurch langfristig psychopathologische Risiken erhöhen. Gleichzeitig weisen populationsbasierte Studien darauf hin, dass der größte Teil der Betroffenen trotz traumatischer Erfahrungen keine manifeste psychische Störung entwickelt und langfristig psychisch stabil bleibt. So zeigen große epidemiologische Untersuchungen, dass nur ein kleiner Teil derjenigen, die ein potenziell traumatisches Ereignis erfahren, eine PTBS ausbildet, was die zentrale Rolle von Resilienzfaktoren und adaptiven Bewältigungsprozessen unterstreicht (Bonanno, 2004; Yehuda, 2004; Yehuda & Flory, 2007). Diese Befunde machen deutlich, dass Reaktionen auf traumatische Ereignisse nicht uniform verlaufen, sondern von individuellen, sozialen und entwicklungsbezogenen Bedingungen beeinflusst werden.

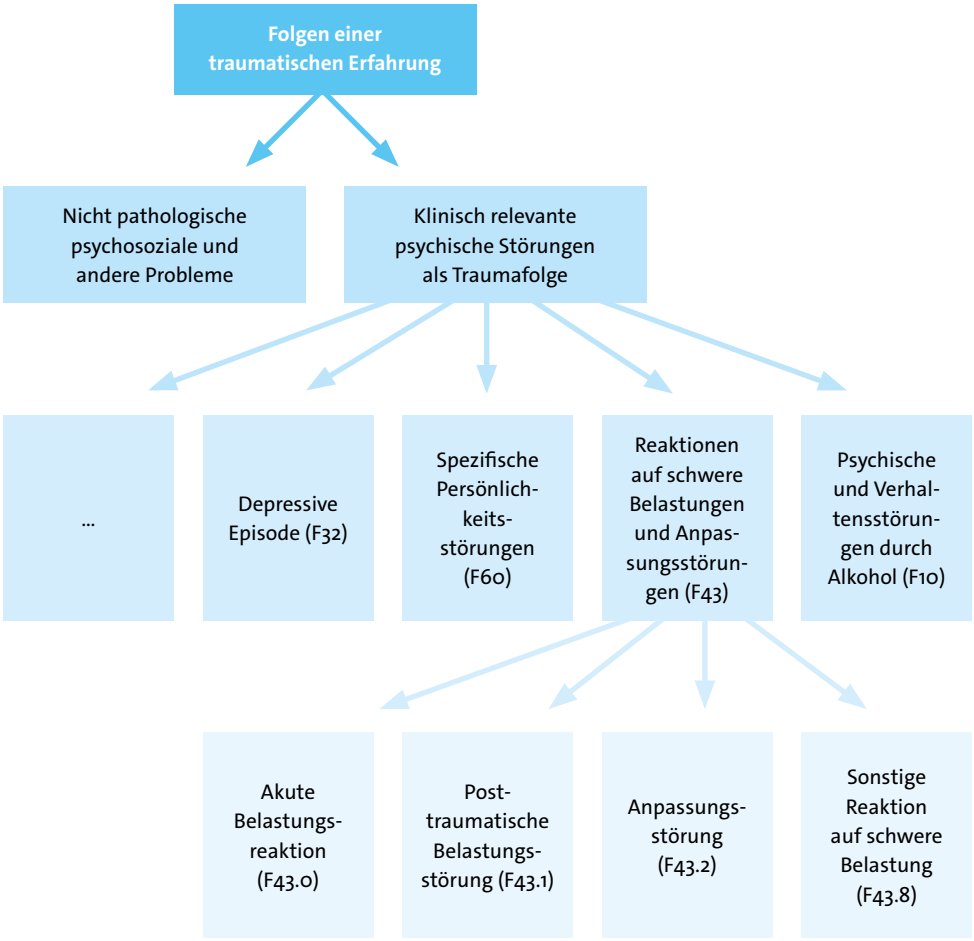
6.1.1 »Trauma«, traumatisches Ereignis, Traumafolgen

»Trauma« ist griechisch und bedeutet Verletzung oder Wunde. Medizinische Traumata sind körperliche Verletzungen bzw. Wunden, die durch gewaltsame Einwirkungen entstanden sind. Traumatische Ereignisse, also Lebensereignisse von besonderer Schwere, können auch auf psychischer Ebene Folgen haben, die – wenn sie in der Symptomatik und Einschränkung des Funktionsniveaus ein klinisch relevantes Ausmaß erreichen – als Traumafolgestörungen bezeichnet werden (siehe auch Abbildung 1). Kennzeichnend sind laut den Klassifikationssystemen DSM-5 sowie ICD-10 bzw. ICD-11 Situationen, die lebensbedrohlich sind, mit dem tatsächlichen Tod konfrontieren, schwere Verletzungen verursachen oder sexuelle Gewalt beinhalten (American Psychiatric Association [APA], 2022; World Health Organization [WHO], 1992, 2019a, 2019b). Dabei kann die betroffene Person selbst oder können Zeug*innen des Ereignisses von psychischen Folgen betroffen sein. In der Literatur werden traumatische Ereignisse oft unterteilt in akzidentelle und interpersonelle Traumata (Maercker, 2013) und es erfolgt weiter eine Kategorisierung in Typ-I und Typ-II-Traumata (Terr, 1991). Erstere sind einmalige oder kurzzeitige Ereignisse, wie z. B. schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z. B. bei Rettungskräften) und (Natur-)Katastrophen (akzidentelle Traumata) oder sexuelle Übergriffe, körperliche, kriminelle und zivile Gewalt (interpersonelle Traumata). Letzteres meint mehrfache oder langfristige traumatische Situationen, dazu zählen ebenfalls Natur-, aber auch technische Katastrophen, die allerdings länger anhalten (akzidentelle Traumata) oder andauernde sexuelle, physische und emotionale Gewalt, Kriege, Folter, politische Inhaftierungen und Entführung (interpersonelle Traumata). Psychische Traumafolgen können zudem durch medizinisch bedingte traumatische Ereignisse entstehen. Hierunter fallen akute sowie chronisch lebensgefährliche Erkrankungen, notwendige medizinische Eingriffe (akzidentelle Traumata) und komplizierte Behandlungen oder Eingriffe nach Behandlungsfehlern (interpersonelle Traumata) (Maercker et al., 2018).

6.1.2 Klassifikationssysteme ICD und DSM

Die Kategorie F43 der ICD-10 (»Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen«) umfasst psychische Störungen, die als unmittelbare oder verzögerte Reaktionen auf außergewöhnlich belastende Lebensereignisse auftreten. Diese Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Symptome in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einem identifizierbaren Stressor stehen, wobei das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung die Erwartungen an normale Anpassungsreaktionen übersteigt und gleichzeitig weder psychotisch noch dauerhaft organisch bedingt ist (WHO, 1992). F43 gliedert sich in drei Hauptgruppen: die akute Belastungsreaktion (F43.0), die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und die Anpassungsstörungen (F43.2).

ABBILDUNG 1 Mögliche Traumafolgen bzw. Traumafolgestörungen mit den jeweiligen Codes des in Deutschland noch gültigen Klassifikationssystems ICD-10



Die akute Belastungsreaktion beschreibt kurzfristige psychische Reaktionen auf außergewöhnliche Belastungen, die innerhalb von Minuten bis Stunden nach dem Ereignis auftreten und in der Regel innerhalb von Tagen bis wenigen Wochen abklingen (WHO, 1992). Klinisch manifestiert sie sich häufig durch Angst, motorische Unruhe, Verwirrtheit, Derealisation, emotionale Taubheit oder dissoziative Symptome. In der Regel handelt es sich um eine vorübergehende Reaktion, die bei unterstützender Umgebung keine langfristigen Störungen hinterlässt.

Die PTBS stellt eine prolongierte und schwerere Form der Reaktion auf ein Trauma dar, das typischerweise mit einer lebensbedrohlichen Situation oder extremer psychi-

scher Belastung verbunden ist. Nach ICD-10 umfasst die Diagnose drei Kernsymptome: Wiedererleben des Traumas (Intrusionen, Flashbacks, belastende Erinnerungen), Vermeidung traumabezogener Reize und erhöhte Erregung (Hypervigilanz, Schlafstörungen, Reizbarkeit).

Anpassungsstörungen beschreiben vorübergehende dysfunktionale Anpassungsreaktionen auf belastende Lebensereignisse und einschneidende Lebensveränderungen, beispielsweise Trennung der Eltern, Schulwechsel, Mobbing, Arbeitsplatzverlust oder finanzielle Probleme. Klinisch können dabei Symptome wie depressive Stimmung, Angst, emotionale Übererregung oder soziale Funktionseinschränkungen auftreten. Die ICD-10 unterteilt Anpassungsstörungen in unterschiedliche Subtypen: depressive, ängstliche, gemischte oder mit Störungen des Sozialverhaltens (WHO, 1992). Die Symptomatik ist in der Regel zeitlich begrenzt und bildet sich zurück, wenn die belastende Situation endet oder Bewältigungsstrategien etabliert werden. Dennoch kann sie die Lebensqualität beeinträchtigen und in einigen Fällen eine Vorstufe für andere psychische Erkrankungen darstellen.

Wie bereits beschrieben, können neben den Störungen aus dem Kapitel F43 (»Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen«) auch weitere psychische Störungen als Folge traumatischer Erlebnisse auftreten (Copeland et al., 2018). Dazu zählen insbesondere affektive Störungen (F3) wie die Major Depression, die durch anhaltende depressive Verstimmtheit, Interessenverlust und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist und bei Menschen, die Gewalt erfahren haben, signifikant häufiger auftritt (Mandelli et al., 2015). Angststörungen (F4) wie generalisierte Angststörung (F41.1), Panikstörung (F41.0) und soziale Phobie (F40.1) sind ebenfalls häufige Traumafolgen, wobei die Prävalenz von Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, für diese Störungen deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung (Heim & Nemeroff, 2001).

Dissoziative Störungen (F44), einschließlich dissoziativer Amnesie, Depersonalisation/Derealisation und Dissoziativer Identitätsstörung, können sowohl als direkte Schutzreaktion auf überwältigende Erlebnisse auftreten als auch unabhängig vom Trauma bestehen; chronische und frühkindliche Traumatisierungen scheinen jedoch das Risiko zu erhöhen (vgl. 6.2).

Darüber hinaus treten Substanzgebrauchsstörungen (F1) bei traumatisierten Personen häufig als maladaptive Bewältigungsstrategie auf, insbesondere Alkohol- und Drogenmissbrauch (Cicchetti & Handley, 2019; Hawn et al., 2020). Auch somatoforme Störungen (F45), charakterisiert durch körperliche Symptome ohne organische Ursache, können als Ausdruck traumatischer Belastung auftreten, beispielsweise funktionelle Schmerzen, Gastrointestinalbeschwerden oder chronische Müdigkeit (Afari et al., 2014).

Frühkindliche Traumatisierungen erhöhen das Risiko für Persönlichkeitsstörungen (F6), insbesondere die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, die durch emotionale Instabilität, impulsives Verhalten und instabile zwischenmenschliche Beziehungen geprägt ist (Ball & Links, 2009). Ebenfalls häufig sind Bindungs-

störungen (F94), insbesondere reaktive Bindungsstörungen und Bindungsstörungen des Kindesalters, die sich in gestörten emotionalen Beziehungen, fehlender Bindungsfähigkeit oder starkem Misstrauen gegenüber Bezugspersonen äußern. Bindungsstörungen treten vor allem nach frühkindlicher Vernachlässigung oder Misshandlung auf (Zeanah & Gleason, 2015).

Die ICD-11[27] (WHO, 2019b) differenziert das Spektrum der Reaktionen auf Belastung deutlicher als die Vorgängerversion ICD-10: Sie führt die PTBS (6B40) mit den Kernsymptomen Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal auf, ergänzt jedoch die komplexe PTBS (kPTBS; 6B41) als neue Diagnose für Folgen meist lang anhaltender oder sich wiederholender Ereignisse bedrohlicher oder katastrophaler Natur. Dabei müssen alle diagnostischen Kriterien für eine PTBS erfüllt sein und zudem eine Störung der Selbstorganisation vorliegen, bestehend aus Affektregulationsstörungen, einem negativen Selbstkonzept und anhaltenden Beziehungsproblemen. Somit adressiert die ICD-11 erstmals explizit das klinisch oft beobachtete Bild chronisch traumatisierter Personen, das in der ICD-10 nur implizit oder unscharf erfasst wurde. Anpassungsstörungen (6B43) bleiben in der ICD-11 ebenfalls eigenständig, werden jedoch stärker auf die psychosoziale Funktionseinschränkung fokussiert (gedankliche Fixierung auf Stressor, ständiges Grübeln über Auswirkungen, Versagen bei der Anpassung an die Belastung) und weniger stark über allgemeine Belastung definiert. Hinzugekommen ist in der ICD-11 in der Kategorie »Spezifische belastungsassoziierte Störungen« die Anhaltende Trauerstörung (6B42), im Rahmen derer eine anhaltende und tiefgreifende Trauerreaktion mit bedeutsamen Funktionsbeeinträchtigungen codiert werden kann. Auch die Bindungsstörungen (6B44, 6B45) sind in der ICD-11 als belastungsassoziierte Störungen verortet.

Im DSM-5 (APA, 2013) wird ebenfalls ein traumatisches Erleben als A-Kriterium beschrieben, dazu Intrusionen (B-Kriterium), Vermeidung (C-Kriterium), negative Kognitionen und Affekte infolge des Traumas (D-Kriterium) sowie ein Hyperarousal (E-Kriterium). Anders als in der ICD-10 wird die komplexe PTBS nicht explizit als eigenständige Diagnose ausgewiesen, sondern die Symptome komplexer Traumatisierung werden teilweise über Subtypen, Schweregrade oder komorbide Diagnosen abgebildet, z. B. Dissoziativer Subtyp der PTBS.

27 Laut des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) trat das ICD-11 als neues Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen grundsätzlich zum 1. Januar 2022 in Kraft. Ein Umstieg auf das neue Klassifikationssystem stellt sich jedoch aufgrund der hohen Verwobenheit des ICD-10 in das deutsche Gesundheitssystem als komplex und zeitintensiv heraus. Bis zur endgültigen Einführung des ICD-11 in die Anwendungsbereiche des Gesundheitssystem bleibt daher das ICD-10 bis heute das gültige amtliche Klassifikationssystem für Diagnosen (BfArM, o.J.).

6.1.3 Prävalenzen

Aktuelle Ein-Monats-Prävalenzraten für die ICD-11-Diagnosen der PTBS und kPTBS im Rahmen einer repräsentativen deutschen Stichprobe liegen bei 1,5 % und 0,5 % (Maercker et al., 2018). Die Lebenszeitprävalenz verschiedener traumatischer Ereignisse zeigt, die am weitesten verbreiteten traumatischen Ereignisse sind Erlebnisse in der Rolle eine*r Zeug*in (11,5 %), gefolgt von schweren Unfällen (7,7 %) und physischer Gewalt (6,9 %). Frauen sind im Vergleich zu Männern häufiger Opfer von Vergewaltigungen (4,1 % vs. 0,5 %) und sexuellem Kindesmissbrauch (3,6 % vs. 1,1 %), während Männer häufiger schwere Unfälle (9,9 % vs. 5,9 %) und physische Gewalt (8,4 % vs. 5,7 %) erleben. Ältere Menschen über 60 Jahren sind häufiger mit Kriegen (8,4 %) und lebensbedrohlichen Krankheiten (9,0 %) konfrontiert. Die Prävalenzrate für PTBS nach einem traumatischen Ereignis war für Entführungen am höchsten (20 %), gefolgt von Vergewaltigungen (16,7 %), sexuellen Kindesmissbrauch (11,1 %) sowie physische Gewalt (11,1 %). Sexueller Kindesmissbrauch (7,4 %), Vergewaltigungen (6,7 %) und physische Gewalt (4,2 %) war für die kPTBS mit den höchsten Prävalenzraten verbunden (Maercker et al., 2018). Insgesamt steigt die Prävalenz für PTBS mit zunehmender traumatischer Last, d. h. bei einer Kumulation verschiedener traumatischer Ereignisse. Dies gilt auch für die Symptomschwere der PTBS und die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Remission (Kolassa et al., 2010).

6.1.4 Ätiologie

Die Ätiologie von Traumafolgestörungen ist ein mehrdimensionaler Prozess, bei dem biologische, psychologische und soziale Faktoren interagieren. Traumafolgestörungen entstehen nicht als automatische oder zwangsläufige Reaktion auf potenziell traumatische Ereignisse; vielmehr ist ihr Auftreten abhängig von einer Vielzahl an Risiko- und Schutzfaktoren, die vor, während und nach dem Ereignis wirksam werden (Brewin et al., 2000). Epidemiologische Befunde zeigen, dass trotz hoher Exposition gegenüber traumatischen Ereignissen nur ein Teil der Betroffenen eine PTBS oder eine andere Traumafolgestörung entwickelt. Studien gehen davon aus, dass etwa 70–80 % derjenigen, die eine potenziell traumatische Situation erleben, langfristig keine manifeste PTBS entwickeln, was die zentrale Bedeutung von Resilienzmechanismen unterstreicht (Bonanno, 2004; Yehuda & Flory, 2007).

Ereignisspezifische Faktoren bilden einen zentralen ätiologischen Kern. Die Schwere, Dauer und Wiederholung der Traumatisierung sowie der interpersonelle Charakter des Geschehens sind signifikante Prädiktoren für die Entwicklung psychopathologischer Traumafolgen. Interpersonelle Gewalt ist mit einem besonders hohen Risiko für komplexe PTBS verbunden (Cloitre et al., 2013). Zusätzlich erhöht ein früher Beginn traumatischer Erfahrungen, insbesondere in kritischen Entwicklungsphasen, die

Wahrscheinlichkeit von Störungen der Affektregulation und Bindungsorganisation (van der Kolk, 2005).

Individuelle Vulnerabilitätsfaktoren umfassen genetische und epigenetische Modulationen, neurobiologische Dispositionen sowie stabile Persönlichkeitsmerkmale. Von besonderer Bedeutung sind Störungen der Stressregulationssysteme, insbesondere der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse). Solche Dysregulationen korrelieren mit charakteristischen Veränderungen der Cortisolsekretion, strukturellen Hippocampusreduktionen und einer erhöhten Amygdala-Reaktivität, wie sie wiederholt bei Personen mit Traumafolgestörungen nachgewiesen wurden (Yehuda, 2002).

Psychologische Faktoren wie kognitive Bewertungen, Angst oder Depressivität, frühere psychische Erkrankungen sowie maladaptive Bewältigungsstrategien stellen zusätzliche Risikofaktoren dar. Der sogenannte »Dual representation theory«-Ansatz beschreibt, wie intrusive und fragmentierte Gedächtnisinhalte durch eine unzureichende Integration des traumatischen Geschehens entstehen (Brewin et al., 1996). Negative Überzeugungen über sich selbst und die Welt, Scham und Schuld oder generalisierte Erwartungen von Gefahr können die Symptomchronifizierung begünstigen (Ehlers & Clark, 2000).

Soziale Faktoren, insbesondere die Qualität des sozialen Umfelds, spielen eine wesentliche Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen. Ein mangelndes soziales Unterstützungsnetz oder negative Reaktionen des sozialen Umfelds gelten als starke Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS, während wahrgenommene soziale Unterstützung einen zentralen Schutzfaktor darstellt (Ozer et al., 2003).

Ein integratives ätiologisches Modell geht davon aus, dass Traumafolgestörungen Ergebnis einer Wechselwirkung mehrerer systemischer Ebenen sind: traumatische Belastungen führen über biologische Stressreaktionen, kognitive Interpretationsprozesse und soziale Umweltbedingungen zu spezifischen Musterbildungen von Symptomen (Maercker, 2013). Diese komplexen Dynamiken erklären, weshalb verschiedene Traumafolgestörungen, etwa PTBS, kPTBS, Angststörungen, Depressionen oder dissoziative Störungen, trotz gemeinsamer Ursprungssituation unterschiedliche Manifestationen annehmen. Damit wird deutlich, dass Traumafolgestörungen keine monokausalen Phänomene darstellen, sondern auf der Interaktion von Ereignisfaktoren, Vulnerabilität und Kontext beruhen.

6.1.5 Diagnostik und Therapie

Die Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen erfordern ein systematisches, multidimensionales Vorgehen, das die Vielfalt der möglichen Symptomverläufe ebenso berücksichtigt wie die Komorbidität anderer Störungsbilder. In der Diagnostik steht zunächst die ausführliche Anamnese im Vordergrund, die sowohl die biografische Ent-

wicklung als auch Traumaanamnese, d. h. Art, Dauer und Kontext der traumatischen Ereignisse, erfasst. Zudem werden in der klinischen Praxis auch Schutz- und Resilienzfaktoren berücksichtigt, da diese maßgeblich den Verlauf von Traumafolgestörungen beeinflussen (Yehuda, 2002).

Für die strukturierte Diagnostik stehen eine Reihe validierter Instrumente zur Verfügung, die laut der S3-Leitlinie (vgl. Kapitel 7.3) genutzt werden sollen (Schäfer et al., 2019). Zu den wichtigsten traumaspezifischen Verfahren zählen die Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5; Weathers et al., 2013a) und die PTSD Checklist (PCL-5; Weathers et al., 2013b) für PTBS nach DSM-5 sowie das International Trauma Questionnaire (ITQ), das spezifisch für die Diagnostik von PTBS und kPTBS nach ICD-11 entwickelt wurde (Cloitre et al., 2018). Dissoziative Symptome werden häufig mithilfe der Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986) oder strukturierter Interviews wie dem SKID-D (Gast et al., 2000) erfasst.

Weitere Diagnosen, beispielsweise affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Substanzgebrauchsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, müssen ggf. mit den jeweiligen störungsspezifischen Instrumenten abgeklärt werden. Die sorgfältige Differenzierung ist klinisch bedeutsam, da traumatische Erfahrungen zwar ein Risikofaktor für unterschiedliche psychische Erkrankungen darstellen, diese jedoch keineswegs mit der PTBS gleichzusetzen sind. Eine vollständige Diagnostik ist zentral, um die Therapie entsprechend zu planen.

Neben der störungsspezifischen Diagnostik ist die Abklärung funktionaler Diagnostik von Bedeutung. Sie berücksichtigt emotionale, soziale und interpersonelle Funktionsbereiche, Ressourcen, Bewältigungsstrategien und aktuelle Belastungsfaktoren.

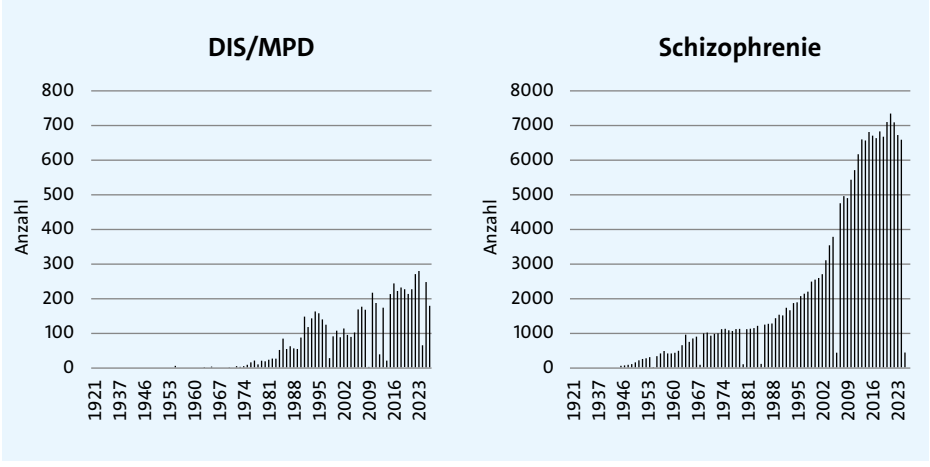
Der Behandlungsplan muss entsprechend der diagnostizierten Traumafolgestörung bzw. Komorbiditäten erarbeitet werden. Als Therapie einer PTBS werden laut S3-Leitlinien für die Behandlung traumafokussierte Interventionen empfohlen. Bei einer kPTBS soll eine Kombination aus traumafokussierten Techniken sowie Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Bindungsproblemen zugrunde gelegt werden (Schäfer et al., 2019). Zu den traumafokussierten kognitiven Therapien gehören beispielsweise die Prolongierte Exposition (Foa et al., 1999) sowie die Narrative Expositionstherapie (NET; Neuner et al., 2011) bzw. im Kindes- und Jugendalter die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach Cohen, Mannarino und Deblinger (Cohen et al., 2009), die Prolongierte Exposition (Foa et al., 2013) oder die Kinderversion der Narrativen Expositionstherapie (KIDNET; Schauer et al., 2017). Außerdem ist die Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1996) eine traumafokussierte Methode, die sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen angewandt werden kann. Im Rahmen eines phasenbasierten Vorgehens können nicht traumafokussierte und traumafokussierte Ansätze kombiniert werden. Dabei werden beispielsweise motivationsfördernde Module oder Module zur Emotionsregulation vor die Traumakonfrontation gesetzt, um eine ausreichende Stabilität der betroffenen Person zu gewährleisten. Das zentrale

wirksame Element einer Behandlung von PTBS ist jedoch die Traumakonfrontation. Nach aktueller Studienlage ist eine Stabilisierung zur Behandlung einer PTBS nicht notwendig und ein direkter Einstieg in die Traumabearbeitung kann sinnvoller und effizienter sein. Bei einer kPTBS ist dagegen laut Leitlinien eine Ergänzung von Techniken zur Emotionsregulation und Verbesserung von Bindungsproblemen indiziert (Schäfer et al., 2019).

6.2 Dissoziative Identitätsstörung

Das Wissen über die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) ist nach wie vor begrenzt. Obwohl ihre Prävalenz mit rund 1 % in etwa so hoch eingeschätzt wird wie die der Schizophrenie, können über die Datenbank für wissenschaftliche Arbeiten Pubmed für Schizophrenie (n = 182 551) fast dreißigmal so viele wissenschaftliche Studien gefunden werden wie für die DIS bzw. Multiple Persönlichkeitsstörung (Multiple Personality Disorder; MPD) (n = 6 184) (siehe Abbildung 2). Dass die DIS in der Wissenschaft noch nicht besonders gut beschrieben und verstanden worden ist und der bisherige Forschungsstand sich im Vergleich zu ähnlich prävalenten Störungen auf sehr wenige Studien beschränkt, sollte in der Diskussion darum stets berücksichtigt werden.

ABBILDUNG 2 Anzahl der wissenschaftlichen Studien auf PubMed seit 1921 zur Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bzw. Multiplen Persönlichkeitsstörung (Multiple Personality Disorder; MPD) im Vergleich zur Schizophrenie (Achtung: unterschiedliche Skalenwerte!)

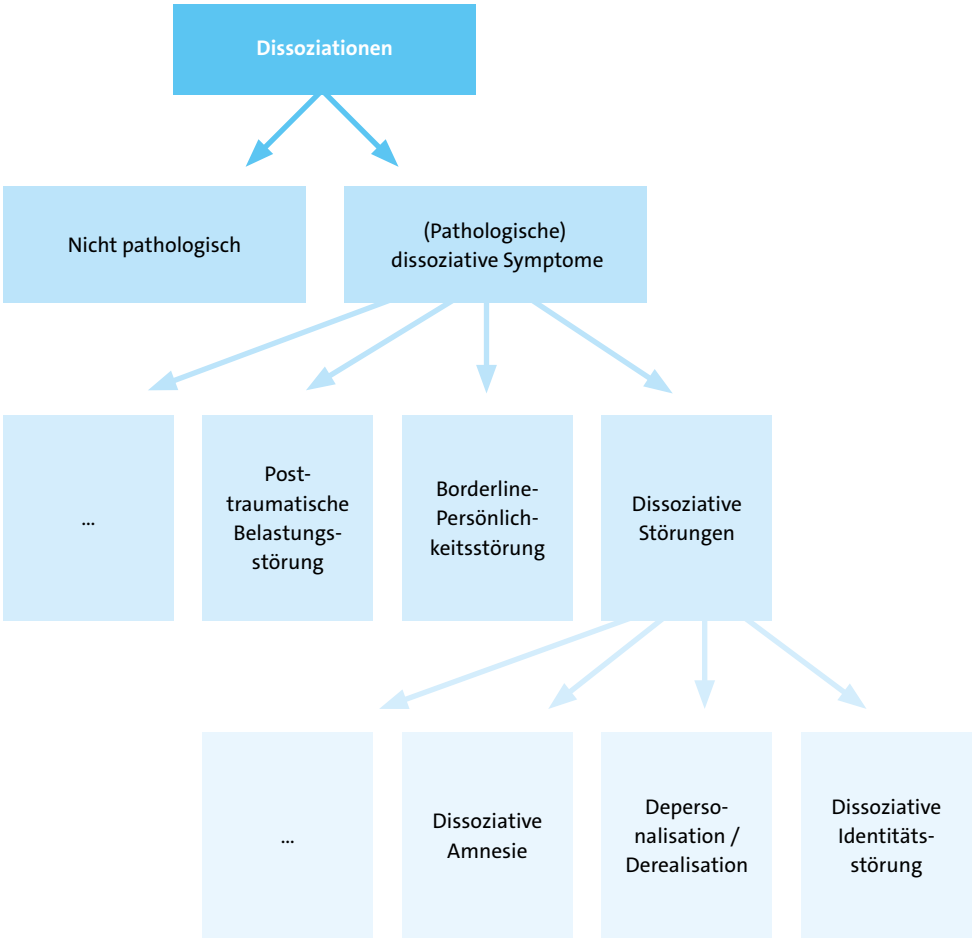


In einem Literaturreview hat Boysen (2024) sich mit aktuellen Entwicklungen in der Forschung rund um die DIS beschäftigt. Er hat Studien aus den Jahren 2011 bis 2021 aufgearbeitet und beschrieben, dass das Rekrutierungsfeld der Studien häufig Therapiesettings waren, in einigen Fällen auch Studierendenpopulationen oder Onlinerekrutierung. Es gab laut Boysen (2024) in den beschriebenen zehn Jahren keine epidemiologische oder prospektive Studie, die neue DIS-Fälle identifiziert hat, die nicht bereits in Behandlung waren. Die meisten Teilnehmenden kamen aus den USA (36 %), Deutschland (16 %, wobei 11 % aus einer Studie kamen) und Australien (10 %). Als diagnostischen Trend beschreibt Boysen (2024), dass Forschende DIS-Fälle von Behandelnden ohne erneute Bestätigung der Diagnose übernehmen (z. B. Brand et al., 2013) oder Diagnosen aus Selbstberichten übernehmen (z. B. Schröder et al., 2018). Die meisten neuen untersuchten Fälle einer DIS kämen zudem aus lediglich wenigen Forschendengruppen und es würden etwa 60 % Stichproben mehrfach analysiert, sodass beispielweise 11 von 18 ätiologischen Studien aus der gleichen Stichprobe stammen. Ein häufig diskutiertes Thema ist laut Boysen (2024) die Ätiologie und verschiedene Entstehungsmodelle. Im Vergleich zum häufiger untersuchten Traumamodell, welches annimmt, dass die DIS im Rahmen schwerer, frühkindlicher Traumata entsteht, gab es laut Boysen (2024) keine Studie, die in einer alleinigen Untersuchung das soziokognitive Modell betrachtete, das die DIS primär als erlerntes, kognitiv-soziales Phänomen versteht, welches durch Erwartungen, Rollenübernahmen und soziale Einflüsse geformt ist. DIS in der Kindheit ist in der Forschung ein kaum beachtetes Thema. Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass die Diagnose oft erst ab dem 16. Lebensjahr vergeben wird – ähnlich wie die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Boysen (2024) zieht das Fazit: »Für eine Störung mit einer angeblichen Lebenszeitprävalenz von 1 % (Johnson et al., 2006) sollten keine Verallgemeinerungen auf der Grundlage einer Forschungsliteratur gemacht werden, die einige Dutzend Fälle enthält.« (Boysen, 2024, S. 181) Dabei sind die Gründe für die dünne Forschungslage zu diskutieren: Fehlende Forschung kann beispielsweise Ausdruck eines Tabus sowie einer Abwehr- und Verleugnungsdynamik unter Forschenden sein (s. hierzu Gast, 2024, S. 21 f.). Vor diesem Hintergrund einer aktuell dünnen Forschungslage, auf Grundlage derer noch vieles infrage gestellt und diskutiert werden darf, ist der folgende Kapitelabschnitt zu lesen.

6.2.1 Dissoziationen, dissoziative Symptome, dissoziative Störungen, Dissoziative Identitätsstörung

Dissoziationen erleben die meisten Menschen, unabhängig von einer psychischen Diagnose oder Störung, beispielweise beim »Tagträumen« oder beim intensiven Fokussieren auf eine Tätigkeit bei gleichzeitigem Ausblenden der Umgebung. Hunter et al. (2004) zeigen, dass solche Erfahrungen eine Lebenszeitprävalenz von 26 % bis 74 % aufweisen. Das Auftreten dissoziativer Erlebnisse allein ist jedoch nicht gleichzusetzen mit dem

ABBILDUNG 3 Begrifflichkeiten Dissoziationen, dissoziative Symptome, dissoziative Störungen und Dissoziative Identitätsstörung im Zusammenhang



Vorliegen einer klinisch relevanten Störung. Dissoziationen können als dissoziative Symptome Teil verschiedener psychischer Störungen sein. Am häufigsten finden sie sich bei den dissoziativen Störungen, treten jedoch auch im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie bei der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ auf (Lyssenko et al., 2018). Dissoziative Symptome lassen sich in eine Negativ- und eine Positivsymptomatik unterteilen. Negative Symptome beschreiben den Verlust oder das Fehlen bestimmter psychischer Funktionen im Hinblick auf Erinnerung, Emotionen oder Körperempfindungen, etwa in Form von Amnesien oder emotionaler Taubheit. Positive dissoziative Symptome hingegen umfassen unwillkürlich auftretende, intrusionsartige Erfahrungen, die nicht willentlich gesteuert werden

können, wie plötzliche Flashbacks, intrusive Bilder oder Emotionen, körperliche Beschwerden mit Erinnerungscharakter sowie andere somatoforme Phänomene.

Dissoziative Störungen bezeichnen klinische Syndrome (d. h. Symptomkomplexe), die durch verschiedene dissoziative Symptome gekennzeichnet sind. Zu ihnen zählen u. a. die Dissoziative Amnesie, die Depersonalisations-/Derealisationsstörung sowie die Dissoziative Identitätsstörung (APA, 2022; WHO, 2019a, 2019b).

6.2.2 Klassifikationssysteme ICD und DSM

Dissoziative Störungen sind in den zwei gängigen Klassifikationssystemen ICD und DSM beschrieben und umfassen einfache Formen wie beispielsweise die dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen oder die dissoziative Amnesie und komplexe Formen wie die DIS und die partielle DIS (Gast & Wabnitz, 2023). Die (partielle) DIS nimmt eine besondere Rolle ein. Sie gilt als die schwerwiegendste Form dissoziativer Störungen und ist zugleich eine der am kontroversesten diskutierten Diagnosen (Lilienfeld et al., 1999; Lynn et al., 2014). In der ICD-10 war die DIS unter dem Begriff »Multiple Persönlichkeitsstörung« bei den sonstigen dissoziativen Störungen eingeordnet. Die dortige Kriterienbeschreibung diskutierte, inwieweit es sich um ein iatrogenes oder kulturspezifisches Phänomen handelt (Dilling et al., 2008). Mit der Einführung des ICD-11 wurde die Störung differenzierter erfasst und die bisherige Diagnose wurde in zwei eigenständige Kategorien aufgeteilt: die Dissoziative Identitätsstörung (6B64) und die Partielle Dissoziative Identitätsstörung (6B65).

Die DIS ist laut ICD-11 durch das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen (dissoziativen Identitäten) gekennzeichnet. Diese gehen mit deutlichen Unterbrechungen und Amnesien im Erleben von Selbst- und Handlungskontinuität einher. Die einzelnen Identitäten zeigen jeweils ein eigenes Muster in Wahrnehmung, Affekt, Kognition, Gedächtnis, Empfindung, motorischer Steuerung und Verhalten und übernehmen abwechselnd die Kontrolle über das Individuum.

Die partielle DIS weist ebenfalls das Vorliegen mehrerer Persönlichkeitszustände auf. Anders als bei dem Vollbild der DIS dominiert hier jedoch ein Zustand den Alltag, während nicht dominante Zustände episodisch Einfluss nehmen – etwa in Form kognitiver, affektiver, motorischer oder verhaltensbezogener Überlagerungen. Diese übernehmen in der Regel nicht dauerhaft die Kontrolle, können jedoch in emotional extremen Situationen oder im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungen vorübergehend das exekutive Erleben bestimmen.

Ähnlich wird die DIS im DSM-5 beschrieben als »a) das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen oder einem Erleben von Besessenheit und b) wiederholten Episoden von Amnesie« (APA, 2022).

6.2.3 Prävalenzen

Dissoziative Störungen wurden im ICD-10 noch als seltene Krankheitsbilder eingestuft. Eine Metaanalyse, in der 104 Studien mit insgesamt 31.905 Studierenden ausgewertet wurden, beschreibt eine Prävalenz von 11,4 % für dissoziative Störungen (Kate et al., 2020), wobei sich deutliche Unterschiede je nach Erhebungsinstrument zeigen (beispielsweise 7 % mit dem Interview SKID-D, Nilsen, 2000; 28,6 % mit dem Interview DDIS, Gillen, 1995, zit. nach Kate et al., 2020).

Für die DIS beschreibt die American Psychiatric Association (APA) eine 12-Monatsprävalenz von 1,5 % bei Erwachsenen in den USA (APA, 2022; siehe auch Johnson et al., 2006; Şar et al., 2007). Bei psychiatrisch behandelten Patient*innen werden in Studien Häufigkeiten von bis zu 12 % angegeben (Foote et al., 2006). Die administrative Prävalenz der Diagnose F44.81 des ICD-10-GM (Multiple Persönlichkeitsstörung, MPS) betrug im Jahr 2021 0,0065 %, wie eine aktuelle Auswertung von Krankenkassendaten über etwa 25 Mio. deutsche Versicherte zeigt. Seit 2012 ist diese Zahl um 58,5 % gestiegen (Bachmann et al., 2026).

Die berichteten Zahlen variieren stark in Abhängigkeit von der Erhebungsmethode (z. B. Fragebogen, Interview, Diagnosestellung) und der untersuchten Stichprobe. Vor diesem Hintergrund sind auch die ermittelten Prävalenzen mit Vorsicht zu interpretieren.

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses dissoziativer Symptome zeigen sich uneinheitliche Befunde. Einige Studien berichten von einer deutlich höheren Betroffenheit bei Frauen (Gast & Wabnitz, 2023; Spitzer & Freyberger, 2008), während andere Untersuchungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen konnten (Foote et al., 2006; Johnson et al., 2006). Interessanterweise deuten bestimmte Ergebnisse darauf hin, dass eine generelle Disposition zur Dissoziation – insbesondere in ihrer schwerwiegenden Ausprägung – eher mit dem männlichen Geschlecht assoziiert ist (Seedat et al., 2003). Auf Symptomebene zeigen sich in mehreren Studien kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Dennoch erhalten Frauen in der klinischen Praxis häufiger eine entsprechende Diagnose (Spitzer & Freyberger, 2008).

Ein deutliches geschlechtsspezifisches Ungleichgewicht wird bei der Diagnose der DIS festgestellt: Das Verhältnis von betroffenen Frauen zu Männern wird auf etwa 6:1 geschätzt (Bachmann et al., 2026). Es wird jedoch diskutiert, ob dieses Ergebnis zumindest teilweise auf soziale Faktoren und methodische Verzerrungen zurückzuführen ist. Männer mit dissoziativen Symptomen scheinen seltener im regulären Versorgungssystem zu erscheinen, während sie überproportional häufig in forensischen Einrichtungen oder im Justizvollzug identifiziert werden (Spitzer & Freyberger, 2008).

Auch weitere soziodemografische Merkmale scheinen mit dem Auftreten dissoziativer Symptome nur begrenzt in Zusammenhang zu stehen. In einer bevölkerungsbezogenen Untersuchung stellten Ross et al. (1990) fest, dass die Ausprägung dissoziativer Erfahrungen weder durch Einkommen, Bildungsniveau, Erwerbsstatus, Religionszu-

gehörigkeit oder Herkunft beeinflusst war. In der bereits erwähnten Auswertung von Krankenkassendaten zeigte sich jedoch für Deutschland eine regionale Häufung der Diagnose in bestimmten Bundesländern bzw. Regionen, insb. Sachsen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hamburg und Bremen, die bisher nicht erklärt werden kann (Bachmann et al., 2026).

Bei etwa zwei Dritteln der Betroffenen treten dissoziative Symptome im Zeitraum zwischen Beginn der Adoleszenz und dem dritten Lebensjahrzehnt erstmals in Erscheinung (Hennig-Fast, 2022). In den letzten Jahren scheint es in der Altersgruppe der 17- bis 24-Jährigen eine Verdreifachung der Diagnosestellung MPS/DIS in Deutschland gegeben zu haben (Bachmann et al., 2026).

6.2.4 Ätiologie

Bei der DIS zeigen sich Auffälligkeiten in allen fünf Bereichen des Fünf-Komponenten-Modells von Steinberg (1995): Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie, Identitätsverwirrung und Fragmentierung der Identität. Diskutiert werden in der Debatte um die DIS vor allem die zwei Bereiche der Identitätsfragmentierung und der dissoziativen Amnesie (Herzog et al., 2025b). Die Fragmentierung der Identität ist durch Unterbrechungen im Erleben von Selbst- und Handlungskontinuität gekennzeichnet, sodass ein Individuum das eigene Handeln und die eigene Person in mindestens zwei verschiedenen Zuständen erlebt. Die dissoziative Amnesie äußert sich durch Defizite bei der Erinnerung wichtiger Informationen, alltäglicher Erlebnisse oder traumatischer Erfahrungen und unterscheidet sich von einer gewöhnlichen Vergesslichkeit. Als Interidentitätsamnesie wird die Amnesie zwischen zwei Persönlichkeitszuständen beschrieben (Herzog et al., 2025b). Intrusionen werden als Symptome im diagnostischen Prozess (z. B. SKID-D) nicht direkt und systematisch erfasst. Dell (2006) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das klassische, am DSM-IV orientierte Verständnis der DIS (multiple Persönlichkeitszustände, Switching und Amnesie) die Störung verkürzt darstellt. Stattdessen schlägt er ein subjektiv-phänomenologisches Modell vor, in dem die DIS als komplexe dissoziative Störung verstanden wird, die wesentlich durch wiederkehrende Intrusionen (beispielsweise fremd erlebte Gedanken, Emotionen oder Handlungsimpulse) gekennzeichnet ist (Dell, 2006).

Die Forschung zur Ätiologie der DIS ist seit mehreren Jahrzehnten von kontroversen Diskussionen geprägt, insbesondere durch die Debatte zwischen dem Traumamodell und dem soziokognitiven Modell als grundlegende ätiologische Erklärungsansätze (Dalenberg et al., 2012, 2014; Loewenstein, 2018; Lynn et al., 2014). Das Traumamodell geht von einer engen Verbindung zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen aus und versteht dissoziative Reaktionen als erlernte Überlebensstrategien (Dalenberg et al., 2012), wobei soziokognitive Einflüsse nicht notwendigerweise ausgeschlossen werden (z. B. Gast et al., 2006)

Eine spezifische Variante des Traumamodells ist das strukturelle Dissoziationsmodell, das von einer Aufteilung der Persönlichkeit in unterschiedliche Zustände mit eingeschränktem, zustandsabhängigem Zugriff auf Erinnerungen (»Interidentitätsamnesien«) ausgeht (Nijenhuis & van der Hart, 2011). In der empirischen Gedächtnisforschung findet die Annahme einer tatsächlichen strukturellen Amnesie zwischen Identitäten bislang keine konsistente Bestätigung: Studien geben Hinweise auf einen Wissenstransfer auch bei traumabezogenem Material (Huntjens et al., 2003; Marsh et al., 2021). Auch neurobiologische Befunde – etwa aus Symptomprovokationsstudien (Reinders et al., 2016) – scheinen keine eindeutige Evidenz für klar abgegrenzte Identitäten zu liefern, da emotionale und physiologische Reaktionen laut den Forschenden ebenso durch Erwartungen und Glaubenssysteme erklärbar sein können (Bruce et al., 2023; McNally et al., 2004). Gleichzeitig ist das Vorliegen klinisch relevanter subjektiv erlebter Amnesien gut dokumentiert (beispielsweise Dell, 2006). Diese werden in neueren Ansätzen weniger als Ausdruck strukturell getrennter Gedächtnissysteme verstanden, sondern vielmehr als Folge dysfunktionaler metakognitiver Überzeugungen und von Vermeidungsverhalten im Sinne einer »Identitätsvermeidung« (Herzog et al., 2025b).

Das soziokognitive Modell erklärt dissoziative Symptome primär durch soziale, kulturelle und suggestive Einflüsse wie Medien, therapeutische Interventionen oder gesellschaftliche Überzeugungen (Giesbrecht et al., 2008; Lynn et al., 2019; Spanos, 1994). Gegen dieses Modell, wenn alleinstehend als ätiologische Erklärung, wird jedoch eingewandt, dass es die konsistent nachgewiesene Rolle schwerer Kindheitstraumata bei der Entstehung dissoziativer Symptomatik nicht hinreichend berücksichtigt und somit empirische Befunde wie auch klinische Beobachtungen nur unvollständig abbildet. Suggestive Einflüsse können zudem in zwei Richtungen gehen: Ein Suggerieren von erlebten traumatischen Ereignissen einerseits und das Suggerieren von Nichterfahrungen andererseits, beispielsweise durch inkonsistentes, widersprüchliches Verhalten von Bezugspersonen und deren Verleugnung (Gast et al., 2006; Otgaar et al., 2023).

Zwei jüngere Modelle – das Schema-Modus-Modell (Huntjens et al., 2019, 2020) und das transtheoretische Modell (Lynn et al., 2022) – markieren eine Verschiebung hin zu dimensionalen, transdiagnostischen Erklärungsansätzen, die die Überschneidungen mit anderen Störungsbildern – insbesondere PTBS und Persönlichkeitsstörungen – stärker berücksichtigen und die zuvor polarisierte Debatte zwischen Trauma- und soziokognitivem Modell durch integrativere Perspektiven ablösen sollen. Das Schema-Modus-Modell geht davon aus, dass dissoziative Symptome nicht Ausdruck getrennter Identitäten sind, sondern auf rigide Wechsel zwischen dysfunktionalen Modi zurückgehen, die in engem Zusammenhang mit belastenden Kindheitserfahrungen stehen (van der Linde et al., 2023). Das transtheoretische Modell versteht die DIS hingegen als Störung normalerweise adaptiver Systeme wie Selbstregulation, Metakognition oder Schlaf und integriert unterschiedliche, potenziell interaktive Einflussfaktoren (Lynn et al., 2022). Eine konzeptuelle Weiterentwicklung (Gysi et al., 2025) führt diese Perspektive weiter, indem sie die DIS noch konsequenter in ein dimensionales Verständnis

traumabezogener Störungen einordnet. So argumentieren Gysi et al. (2025), dass die kategoriale Trennung von DIS und komplexer PTBS konzeptuell unzureichend ist und beide Störungsbilder besser als unterschiedliche Ausprägungen eines gemeinsamen Spektrums verstanden werden sollten.

Insofern kann weder der Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend noch der Einfluss von Suggestion gänzlich ausgeschlossen, jedoch auch nicht als alleiniger ätiologischer Faktor bestätigt werden. Es ist zu vermuten, dass beide Aspekte – sowohl traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend sowie suggestive Einflüsse – bei der Ätiologie der DIS eine Rolle spielen können. DIS-Patient*innen benennen häufige Erfahrungen sexuellen Missbrauchs (86 %), körperlicher Misshandlung (79 %) sowie emotionaler Misshandlung (94 %) (Brand et al., 2009). Für den Beleg eines kausalen Zusammenhangs fehlen jedoch Längsschnittstudien. Neben traumatischen Erfahrungen können auch Scheinerinnerungen eine Rolle bei den hohen Zahlen traumatischer Kindheitserfahrungen spielen. Fegert und Urbaniok (2024) haben die DIS als »Einfallstor für Suggestion« beschrieben. Patient*innen werden laut den Autoren oft nicht als autonom handelnde und sich erinnernde Subjekte wahrgenommen. Die Annahme, dass vollständig abgespaltene Persönlichkeitsanteile existierten, führte dazu, dass bestimmte Erinnerungen zugeschrieben wurden, die für die Alltagspersönlichkeiten der Patient*innen nicht überprüfbar waren (Fegert & Urbaniok, 2024). In Zusammenhang mit Fehlannahmen, wie sie im Leitfaden für die Behandlung der DIS (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011) benannt werden (»recovered memories« sowie »previously unrecalled memories of abuse and/or additional details of partially recalled memories«, S. 166 f.) können so im Rahmen der Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in Scheinerinnerungen entstehen.

6.2.5 Diagnostik und Therapie

Die Diagnostik dissoziativer Störungen stellt in der klinischen Praxis eine besondere Herausforderung dar. Betroffene suchen in der Regel nicht aufgrund der dissoziativen Symptomatik selbst, sondern aufgrund sekundärer Beschwerden wie affektiven Störungen oder Angstproblematiken Hilfe auf (Priebe et al., 2013). Erschwerend kommt hinzu, dass die Symptomatik selten spontan berichtet wird und mit Ausnahme somatoformer Phänomene nicht direkt beobachtbar ist. Faktoren wie Schamgefühle, ein eingeschränktes Vertrauensverhältnis infolge früher traumatischer Beziehungserfahrungen sowie Vorurteile aufseiten der Behandelnden verstärken diese diagnostische Schwierigkeit. Besonders im Hinblick auf die DIS halten sich häufig stereotype Vorstellungen eines floriden klinischen Bildes mit klar erkennbaren Identitätswechseln, obwohl diese Präsentationsform empirisch selten beobachtet wird (Dell, 2006; Gast & Wabnitz, 2023).

Von zentraler Bedeutung ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik, insbesondere zur Abgrenzung von schizophrenen Störungen, emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ sowie affektiven und Angststörungen (siehe hierzu Lyssenko et al., 2018). Komorbiditäten sind häufig und können die diagnostische Einschätzung zusätzlich erschweren. In der klinischen Praxis können dissoziative Störungen, vor allem die DIS, übersehen oder fehldiagnostiziert werden, während andererseits durch die mediale Präsenz ein Risiko für falsch-positive Selbst- oder Fremddiagnosen besteht (Giedinghagen, 2023; Pietkiewicz et al., 2021). Der Einsatz standardisierter Verfahren wie des Fragebogens für Dissoziative Symptome (FDS) oder des Strukturierten Klinischen Interviews für Dissoziative Störungen (SKID-D) gilt daher als essenziell, um eine valide Diagnostik sicherzustellen.

Die Therapie dissoziativer Störungen, insbesondere der DIS, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. Empirisch fundierte Leitlinien fehlen bislang, und auch die Evidenzbasis für wirksame Behandlungen ist bislang begrenzt (Ganslev et al., 2020). Die International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD, 2011) empfiehlt ein phasenorientiertes Vorgehen, das Stabilisierung und Symptomkontrolle, die Bearbeitung traumatischer Erinnerungen sowie die Integration von Persönlichkeitszuständen umfasst. Der Ansatz basiert unter anderem auf der Theorie der strukturellen Dissoziation, die von einer funktionalen Aufspaltung psychischer Systeme ausgeht. Die Annahme vollständig voneinander isolierter Gedächtnisinhalte wird jedoch durch aktuelle empirische Befunde nicht gestützt (siehe Ätiologie).

Die Expertenempfehlungen betonen zudem die Notwendigkeit eines vorsichtigen Umgangs mit traumabezogenen Erinnerungen und warnen ausdrücklich vor suggestiven Einflüssen. Verfahren, die auf eine gezielte Wiederherstellung vermeintlich verdrängter Erinnerungen abzielen (»Recovered-memory«-Techniken), sind wissenschaftlich nicht belegt und mit dem Risiko der Entstehung falscher Erinnerungen verbunden (Lilienfeld, 2007).

Neuere Entwicklungen in der Behandlung der DIS fokussieren insbesondere auf kognitiv-verhaltenstherapeutische und transdiagnostische Ansätze, wobei auch hier eine Wirksamkeit bisher lediglich anhand erster Fallstudien vermutet werden kann (Herzog et al., 2025b). Auch in diesen Ansätzen geht es um eine Traumabearbeitung, jedoch ohne vorherige Stabilisierungsphase, da diese nach aktueller Studienlage zur Behandlung einer PTBS nicht notwendig (Neuner, 2008) und ein direkter Einstieg in die Traumabearbeitung somit sinnvoller und effizienter sein kann (Ehring et al., 2014; van Vliet et al., 2024). In der kurzen traumafokussierten Intervention wird die Dissoziation als Vermeidungsverhalten konzeptualisiert und nach der traumafokussierten Behandlung gezielt abgebaut (van Minnen & Tibben, 2021). Zudem wurde von der Arbeitsgruppe um Prof. Huntjens die Schematherapie adaptiert, die dissoziative Zustände als dysfunktionale Modi versteht und insbesondere auf die Stärkung gesunder Anteile zielt, wobei auch hier erste Fallstudien auf eine Wirksamkeit hinweisen (Bachrach et al., 2023; Huntjens et al., 2019, 2020). Schließlich zeigt die Transdiagnostische

Behandlung emotionaler Störungen (Barlow et al., 2017) erste positive Ergebnisse in Fallserien, wobei insbesondere Emotions- und Selbstregulation sowie Verbesserung der Schlafqualität in den Fokus rücken (Mohajerin et al., 2020).

6.2.6 DIS und Social Media

In den vergangenen Jahren ist auf Social-Media-Plattformen, insbesondere auf TikTok, ein deutlicher Anstieg an Beiträgen zu beobachten, in denen vor allem Mädchen und junge Frauen offen über ihre Erfahrungen mit der DIS berichten. Unter Hashtags wie #dissociativeidentitydisorder (251.100 Beiträge), #didtok (63.900 Beiträge) und #meetthealters (2.647 Beiträge) finden sich Tausende Videos mit zum Teil sehr hoher Reichweite. Darin zeigen sich überwiegend weiblich gelesene Jugendliche oder junge Erwachsene – teilweise auch als nonbinär oder männlich identifiziert – in Alltagssituationen, bei sogenannten »Switches« oder in verschiedenen Persönlichkeitszuständen. Es wird bereits eine Online-Community der »Plurals« beschrieben (Christensen, 2022), die sich in verschiedenen Unterstützendenkreisen und Chats zum Leben als »Plural« austauschen und so eine starke Zugehörigkeit erleben. Davon identifizieren sich einige nur deshalb als »Plural«, um genau diese Zugehörigkeit zu spüren: »In der Online-Community scheint es drei Hauptgruppen zu geben: Menschen mit traumabedingter, traditioneller, klinischer DIS oder partieller DIS bzw. sonstiger näher bezeichneter dissoziativer Störung; Menschen mit falsch positiv diagnostizierter DIS, Vortäuschung, simulierter DIS oder nachahmender DIS, oder soziogener DIS; und Menschen, die sich als ›Plural‹ identifizieren, obwohl sie weder an DIS leiden noch unter Pluralität leiden, aber es hilfreich finden, sich selbst als ›Plurals‹ zu bezeichnen.« (Christensen, 2022, S. 6)

Eine öffentliche Darstellung kann einerseits zur Entstigmatisierung und Aufklärung über eine häufig missverstandene psychische Erkrankung beitragen. Laut einer aktuellen Studie sind etwa 50 % der YouTube-Videos zu diesem Thema als hilfreich im Sinne evidenzbasierter Aufklärung einzustufen, während dies nur auf etwa 5 % der TikTok-Videos zutrifft (Muñoz et al., 2024). Andererseits wirft diese Entwicklung auch kritische Fragen auf und stellt eine Gefahr der Desinformation und des sog. »Looping Effekts« (Hacking, 1995) dar. Der »Looping Effekt« beschreibt, dass Klassifikationen – etwa psychiatrische Diagnosen – das Selbstverständnis der klassifizierten Menschen beeinflussen, was wiederum die Klassifikation selbst verändert. Im Fall von TikTok bedeutet das: Die Diagnosekategorie »DIS« wird durch Onlinevideos und Communities nicht nur abgebildet, sondern auch neu definiert. Jugendliche übernehmen die dort sichtbaren Narrative – etwa die Konzepte von »Systemen«, »Switches«, »verdrängten Erinnerungen« oder »Alters« – und passen ihre eigenen Selbstbeschreibungen und Symptome daran an. Auf diese Weise entstehen Rückkopplungsschleifen, in denen sich Symptome und Kategorien gegenseitig hervorbringen und verstärken. Wenn eine Störung wie die DIS in der öffentlichen Darstellung von sympathischen, nahbaren

Menschen in den sozialen Medien vor allem positiv, spielerisch und als eine angenehme Gemeinschaft der Identitäten dargestellt wird, kann das zu einer Entstigmatisierung und Einstellungsänderung gegenüber der Störung als »psychischer Krankheit« führen – oder die Kategorie selbst verändern, insofern, dass es zu einer Verschiebung des Krankheitskonzepts hin zu leichteren oder bestimmten Symptomen kommt, beispielsweise den »Switches« (Speerforck & Schomerus, 2024).

Salter et al. (2025) beschreiben zudem eine Entwicklung, bei der es verstärkt zu Selbstdiagnosen kommt, die oft auf verzerrten oder fehlerhaften Informationen beruhen. Innerhalb der Selbstdiagnostizierten werden vier Gruppen beschrieben: echte Fälle; echte, aber übersteigerte Fälle; nachgeahmte/imitierte Fälle sowie vorgetäuschte/simulierte Fälle. Während genuine DIS-Fälle laut Salter et al. (2025) klassisch durch traumatische Kindheitserfahrungen, hohen Leidensdruck und funktionale Einschränkungen geprägt sind, präsentieren sich viele Online-Fälle auffällig positiv, spielerisch und ihre multiplen Identitäten bejahend (Salter et al., 2025). Diese Form der neuartigen Social-Media-Präsentationen der DIS in ihrer übersteigerten, imitierten und simulierten Form versteht Giedinghagen (2023) als soziogen bedingte Krankheitsphänomene. Sie beschreibt sie als Formen von Mass Social Media Induced Illness (MSMI), bei denen Symptome durch Nachahmung populärer Influencer*innen unbewusst übernommen werden. Ergänzend verweist sie auf Münchhausen by Internet (MBI), also absichtliches Krankheitsvortäuschen zur Erlangung von Aufmerksamkeit. Beide Modelle werden in dem übergreifenden Konzept des Social Media Associated Abnormal Illness Behavior (SMAAIB) zusammengeführt, das unbewusste und bewusste Anteile gleichermaßen berücksichtigt. Giedinghagen (2023) betont dabei den Verstärkungseffekt algorithmischer Plattformlogiken, die extreme und auffällige Darstellungen systematisch belohnen[28].

Diese Entwicklung erschwert die Diagnostik. Jugendliche kommen zunehmend mit selbst berichteter DIS in Behandlung, zeigen dabei jedoch stark von den diagnostischen Kriterien abweichende Symptomprofile (Porter et al., 2024). Wichtige Merkmale wie schweres Kindheitstrauma, Leidensdruck und funktionale Beeinträchtigung fehlen häufig; stattdessen finden sich schnelle »Switches« oder »Alters«, inspiriert durch Influencer*innen. Gleichzeitig wissen Psychiater*innen zu wenig über dissoziative Störungen bzw. die DIS (di Marco et al., 2025). Porter et al. (2024) plädieren daher für einen nuancierten diagnostischen Zugang zu der Störung, der Social-Media-Einflüsse, sekundären Krankheitsgewinn (Aufmerksamkeit, Community, auch monetäre Vorteile) und entwicklungspsychologische Aspekte (Identitätssuche in der Adoleszenz) berücksichtigt.

28 Algorithmische Empfehlungssysteme spielen bevorzugt besonders auffällige, emotionalisierte oder extreme Inhalte aus und verschaffen ihnen dadurch erhöhte Sichtbarkeit, Reichweite, Interaktion und soziale Bestätigung.

6.3 Zusammenfassung

Traumatische Erfahrungen können ein breites Spektrum psychischer, körperlicher und interpersoneller Folgen nach sich ziehen. Die PTBS ist dabei die bekannteste, jedoch nicht die einzige mögliche Traumafolgestörung. Neben akuten Belastungsreaktionen, PTBS, komplexer PTBS und Anpassungsstörungen können auch affektive Störungen, Angststörungen, Substanzgebrauchsstörungen, somatoforme Beschwerden, Persönlichkeitsstörungen, Bindungsstörungen sowie dissoziative Symptome oder dissoziative Störungen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen auftreten. Gleichzeitig entwickelt ein großer Teil der Betroffenen nach potenziell traumatischen Ereignissen keine manifeste psychische Störung, was die Bedeutung von Resilienz-, Schutz- und Kontextfaktoren unterstreicht. Die Entstehung von Traumafolgestörungen ist als multifaktorieller Prozess zu verstehen, in dem Art, Schwere, Dauer und Wiederholung der Belastung mit individuellen Vulnerabilitätsfaktoren, biologischen Stressreaktionen, kognitiven Bewertungsprozessen sowie sozialen Unterstützungsbedingungen zusammenwirken. Diagnostisch ist deshalb eine sorgfältige, differenzierte Abklärung erforderlich, die sowohl traumaspezifische Symptome als auch komorbide Störungsbilder, funktionale Einschränkungen und aktuelle Belastungsfaktoren berücksichtigt. Therapeutisch stehen bei PTBS und komplexer PTBS traumafokussierte Interventionen im Vordergrund, gegebenenfalls ergänzt durch stabilisierende, emotionsregulierende oder ressourcenorientierte Elemente.

Die DIS ist trotz einer geschätzten Prävalenz von rund 1 % – ähnlich hoch wie die Schizophrenie – nur unzureichend erforscht. (Behandlungs-)Studien basieren auf teilweise kleinen sowie mehrfach analysierten Stichproben, diagnostische Standards variieren, und prospektive epidemiologische Untersuchungen fehlen. Die Ätiologie der Störung bleibt Gegenstand kontroverser Diskussionen. Während die Evidenzlage stärker für das Traumamodell als zentrale Erklärung spricht, sind auch iatrogene Einflüsse, d. h. Einflüsse durch Suggestion nicht ausgeschlossen. Die Annahme vollständig abgespaltener Persönlichkeitsanteile, die jeweils eigene Erinnerungen haben, wird zunehmend infrage gestellt. Darüber hinaus wird diskutiert, dass soziale Medien eine Rolle in der Symptomdarstellung spielen und möglicherweise als Verstärkungs- oder Verbreitungsfaktor wirken können.

7 Qualitätssicherung und Behandlungsfehler in der Psychotherapie

Dieses Kapitel entwickelt den medizinethischen, berufsrechtlichen und begrifflichen Bezugsrahmen, vor dem die in der Studie rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe später eingeordnet werden. Im Zentrum stehen grundlegende Prinzipien guter psychotherapeutischer Praxis, die Bedeutung von Therapiezielen und therapeutischer Beziehung sowie die Unterscheidung von Nebenwirkungen, Kunstfehlern und unethischem Verhalten. Damit wird ein analytisches Instrumentarium bereitgestellt, um Grenzverschiebungen, Zielveränderungen, Autonomieeinschränkungen und mögliche Schädigungszusammenhänge präzise beschreiben zu können.

7.1 Medizinethische Prinzipien als Grundlage psychotherapeutischer Verantwortung

Die Auseinandersetzung mit ethisch verantworteter medizinischer Praxis reicht historisch weit zurück (Baker & McCullough, 2009; Knoepffler, 2021) und unterstreicht die große Verantwortung, die heilberuflich Tätige in ihrem Beruf im Umgang mit vulnerablen Personen tragen. Der hippokratische Eid gilt als erstes ärztliches Gelöbnis und markiert den Ursprung der medizinischen Ethik in Form einer Selbstverpflichtung. Er geht auf den griechischen Arzt Hippokrates von Kos zurück, der etwa zwischen 460 und 370 v. Chr. lebte.

> »Ich schwöre [...], dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde: [...] Meine diätetischen Verordnungen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. [...]. In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten [...]. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach außen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten.« (Übersetzung von Bauer, 1993, S. 2).

Inhaltlich benennt der Eid das Gebot der Nichtschädigung, die ärztliche Schweigepflicht, das Verbot zu töten und das Verbot sexueller Handlungen. Nach den Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs formulierte der Weltärztebund den Eid 1948 als Genfer Gelöbnis

neu, das zuletzt 2017 überarbeitet wurde (Weltärztebund, 2017). Auch wenn der Eid heute keine rechtliche Bindungskraft hat, gilt er als wichtiger historischer Bezugspunkt der Medizinethik.

Weiterhin zentral sind die im Jahr 1979 im Belmont-Report festgehaltenen vier grundlegenden medizinethischen Prinzipien des Nicht-Schadensgebots, des Benefizienzprinzips, der Autonomie und der Gerechtigkeit (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Das Nicht-Schadensgebot beinhaltet die Verpflichtung, Schlechtes abzuwenden und nicht zu schaden. Das Benefizienzprinzip richtet den Blick darüber hinaus auf die Förderung des Wohls der Patient*innen sowie darauf, Gutes zu tun und zu heilen. In Ausübung ihrer Tätigkeit sollen heilberuflich Tätige Respekt vor den zu behandelnden Personen wahren sowie deren selbstbestimmte Entscheidungen berücksichtigen (Autonomie). Dabei sollen sie gerecht vorgehen, das heißt Diskriminierung vermeiden und Ressourcen gleich verteilen (Gerechtigkeit). Diese vier Prinzipien sind auch heute anerkannte Standards für die medizinische Praxis.

7.2 Therapieziele und therapeutische Beziehung als Qualitätsmerkmale psychotherapeutischer Behandlung

Laut Hoyer und Knappe (2020) ist Psychotherapie »ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig« (S. 380). Grundsätzlich ist Psychotherapie also ein geplanter Prozess bei dem Therapeut*innen und Patient*innen gemeinsam an der Verringerung der psychischen Belastung arbeiten und hierfür Gespräche und auf Wirksamkeit geprüfte Methoden verwenden. Voraussetzung für eine Psychotherapie ist das Vorliegen einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung im Sinne eines Musters, eines Verhaltens- oder psychischen Syndroms. Dieses kann bei der betroffenen Person entweder mit einem Leidensdruck, z. B. in Form negativer Gefühle oder Problemen, mit einer Beeinträchtigung in mindestens einem wichtigen sozialen oder beruflichen Lebensbereich oder mit einem erhöhten Risiko zu sterben, Schmerzen, starke Einschränkungen oder einen folgenschweren Freiheitsverlust zu erfahren, verbunden sein. Das Syndrom

oder Muster muss dabei mehr sein als eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf den ursächlichen Auslöser und als eine verhaltensmäßige, psychische, entwicklungsbezogene oder biologische Funktionsstörung einzuordnen sein (Hoyer & Knappe, 2020). Psychotherapie ist folglich als ein geplanter, zielbezogener und fachlich begründeter Prozess zu verstehen, der auf der Kommunikation von Patient*in und Therapeut*in basiert. Zielklärung, Methodenbegründung, therapeutische Beziehung und die Berücksichtigung der Patient*innenperspektive sind dabei zentrale Bezugspunkte für die Qualität von Psychotherapie.

Im Rahmen der Psychotherapie wird die Störung mit Blick auf fest definierte Ziele behandelt, welche grundsätzlich vier Aspekte verfolgen. Erstes und seitens der Patient*innen wohl bedeutsamstes Ziel ist die Reduktion des subjektiven Leidens und damit der (Wieder-)Aufbau des seelischen Wohlbefindens (Wahl, 2025). Dies steht in enger Verbindung mit dem Ziel der Symptomreduktion. Dabei handelt es sich um die messbare Verringerung der psychischen Symptomatik, ihrer Häufigkeit und Intensität. Es ist die meistuntersuchte Zielsetzung, da sie oft als Outcome für die Evaluation von Psychotherapie innerhalb von Wirksamkeitsstudien eingesetzt wird. Drittes Ziel ist die Veränderung kritischer, belastender oder für die Person oder andere gefährlicher Verhaltens-, Emotions- und Einstellungsmuster durch die Erhöhung von Compliance, den Einsatz gezielter Präventions- und Frühinterventionsansätze sowie die Änderung von Dispositionen. Viertens sollte langfristig außerdem die Fähigkeit zur erfolgreichen Lebens- und Problembewältigung gestärkt werden. Dazu zählen ein stabiles Selbstwertgefühl, Urteilsvermögen und die Fähigkeit, kognitiv und emotional flexibel auf verschiedene Anforderungen des Lebens reagieren zu können (Hoyer & Knappe, 2020). Neben der Berücksichtigung dieser allgemeinen Therapieziele ist für den Therapieerfolg auch die Art und Weise der Zielformulierung entscheidend.

Für psychotherapeutische Prozesse ist nicht nur bedeutsam, welche Ziele formuliert werden, sondern auch, welche motivationale Struktur diesen Zielen zugrunde liegt. Cox und Klinger (2002, 2011) unterscheiden in diesem Zusammenhang adaptive Zielstrukturen, insbesondere Annäherungsziele, von maladaptiven Zielstrukturen. Annäherungsziele richten sich auf die Verwirklichung positiver Zustände und stehen mit grundlegenden Bedürfnissen, hoher persönlicher Verbindlichkeit, erwarteter emotionaler Befriedigung und Optimismus hinsichtlich der Zielerreichung in Verbindung. Maladaptive Zielstrukturen sind dagegen dadurch gekennzeichnet, dass eine oder mehrere dieser Komponenten fehlen. Empirische Befunde zeigen, dass bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen häufiger Vermeidungsziele vorherrschen, die auf den Schutz vor Bedürfnisverletzungen ausgerichtet sind. Diese gehen zugleich mit stärkerer Inkongruenz einher, also mit einer als gering wahrgenommenen Zielerreichung. Hieraus kann wiederum eine Verschlechterung des psychopathologischen Zustands von Patient*innen folgen und deren subjektives Leiden kann sich erhöhen. Es kann eine Negativspirale entstehen, die es durch erfolgreiche Psychotherapie zu unterbrechen gilt (Berking et al., 2003b, 2003a; Grosse Holtforth et al., 2005). Forschungsarbeiten

betonen den hohen negativen Zusammenhang zwischen Zielerreichung und Zielpassung im psychotherapeutischen Setting und der psychopathologischen Belastung der Patient*innen. So sind Patient*innen, welche die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung hoch einschätzen und intrinsisch motiviert sind, psychopathologisch weniger belastet und profitieren gleichzeitig auch stärker vom therapeutischen Arbeiten (Michalak et al., 2004). Daher gilt es, im Therapieprozess erreichbare Ziele zu formulieren und deren Erreichung im Verlauf wiederholt mit Patient*innen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, um die Therapiemotivation aufrechtzuerhalten. Für Fragen der Behandlungsqualität ist damit nicht nur bedeutsam, ob Ziele formuliert werden, sondern auch, wie sie zustande kommen, ob sie von Patient*innen mitgetragen werden und ob sie im Verlauf überprüfbar und revidierbar bleiben. Gerade die wiederholte gemeinsame Prüfung von Zielsetzung und Vorgehen ist ein wichtiger Bestandteil professioneller Prozessgestaltung.

Das Berner Inventar für Therapieziele (BIT) stellt ein umfangreiches Klassifikationssystem für therapeutische Zielsetzung dar und soll Patient*innen bei der Auswahl und dem Benennen passender Ziele unterstützen (Grosse & Grawe, 2002). Die Ziele sind in fünf übergeordnete Dimensionen eingeteilt: Bewältigung spezieller Probleme und Symptome (z. B. Bewältigung von Panikattacken), interpersonelle Ziele (z. B. Umgang mit Einsamkeit), Wohlbefinden und Funktionalität (z. B. Entspannung erlernen), Orientierung (z. B. Verarbeitung der persönlichen Geschichte) sowie Selbstentwicklung (z. B. Steigerung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls). Schöttke et al. (2014) untersuchten anhand des BIT, wie sich die Zielformulierungen von verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeut*innen sowie ihren jeweiligen Patient*innen unterscheiden. Dabei zeigte sich zunächst, dass Psychotherapeut*innen deutlich mehr Ziele formulierten als Patient*innen (M = 8.72 vs. 3.83). Zudem formulierten Verhaltenstherapeut*innen tendenziell mehr Ziele als psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut*innen. Inhaltlich wurden Ziele der Dimension »Orientierung« insgesamt seltener genannt als Ziele der Dimension »spezielle Probleme und Symptome«. Verhaltenstherapeut*innen benannten häufiger symptombezogene Ziele, während psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut*innen eher interpersonelle Ziele formulierten. Für das Behandlungsergebnis ergaben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Psychotherapie. Relevant war hierfür vielmehr die Zielperspektive der Patient*innen: Eine höhere Anzahl symptombezogener Ziele aufseiten der Patient*innen ging mit einem geringeren Therapieerfolg einher. Die Studie verweist damit darauf, dass Therapieziele nicht allein aus professioneller Perspektive bestimmt werden sollten, sondern die individuelle Zielwahrnehmung der Patient*innen für den therapeutischen Prozess und dessen Ergebnis bedeutsam ist (Schöttke et al., 2014).

Dies wird auch durch metaanalytische Befunde gestützt: Lindhiem et al. (2016) zeigen, dass individuelle Zielsetzungen der Patient*innen einen stärkeren Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufweisen als allgemeine Symptomreduktion, die

über Symptom-Checklisten erfasst wird (ES = .86 vs. ES = .32). Darüber hinaus ist für den Therapieerfolg bedeutsam, in welchem Maß Patient*innen und Therapeut*innen hinsichtlich der Therapieziele übereinstimmen und kooperativ zusammenarbeiten. Tryon et al. (2018) fanden in einer Metaanalyse auf Basis von 84 Studien mittlere Effekte sowohl für Zielübereinstimmung als auch für kollaborative Zusammenarbeit zwischen Patient*innen und Therapeut*innen (d = .49 bzw. d = .61). Zielübereinstimmung umfasst dabei die gemeinsame Verpflichtung auf Ziele und Methoden, einen Konsens über das zu behandelnde Problemverhalten sowie die aktive Orientierung des therapeutischen Prozesses an diesen Zielen. Damit wird Zielklärung nicht als einmaliger Schritt zu Beginn der Behandlung, sondern als fortlaufender, kooperativer Prozess verständlich (Tryon et al., 2018). Die Frage der Zielklärung bildet zugleich eine Brücke zur therapeutischen Beziehung. Diese ist als professionelles Arbeitsbündnis zu verstehen, in dem Ziele, Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten fortlaufend ausgehandelt und reflektiert werden.

Die therapeutische Beziehung (helping alliance) bezeichnet die professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in während einer Psychotherapie. Sie beruht auf Kooperation, Vertrauen und einer gemeinsamen Orientierung am Behandlungsprozess, ist jedoch nicht symmetrisch angelegt. Während Patient*innen ihr subjektives Erleben, ihre biografischen Erfahrungen, ihre Belastungen und ihre Veränderungsziele einbringen, tragen Psychotherapeut*innen die fachliche Verantwortung für Diagnostik, Behandlungsplanung, methodisches Vorgehen und Reflexion des Prozesses. Gerade diese Verbindung von Kooperation und struktureller Asymmetrie macht Rollenklarheit, Transparenz und professionelle Grenzwahrung zu zentralen Qualitätsmerkmalen psychotherapeutischer Behandlung (Ehrlich & Lutz, 2022).

Die therapeutische Beziehung ist ein wichtiger, wenn auch nicht alleiniger, Wirkfaktor für den Therapieerfolg bzw. für die Behandlungsergebnisse nach Beendigung einer Psychotherapie. So kann etwa 30 % des Therapieerfolgs auf die therapeutische Beziehung zurückgeführt werden (Lammers & Schneider, 2009). Dieser Zusammenhang, in Form einer Korrelation r, wurde bereits umfassend in empirischen Einzelstudien untersucht und auch metaanalytisch zusammengefasst. Therapieerfolg wird dabei anhand verschiedener Faktoren gemessen. Zum Beispiel über die Senkung des Gesamtwertes auf einer (störungsspezifischen) Skala oder über Abbruchraten (Dropout-Raten), Risikoverhalten sowie allgemeinen Fragebögen zu Behandlungsergebnissen. Letztere erfassen neben der Symptomreduktion häufig auch Inhalte, wie zwischenmenschliche Beziehungen oder soziale Kompetenzen (Flückiger et al., 2012, 2018; Lambert et al., 1996; Sharf et al., 2010). Metaanalytisch zeigt sich eine mittlerer positive Korrelation zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsergebnis, wobei die Stärke der Korrelation über verschiedene Metaanalysen lediglich leicht variierte (Del Re et al., 2021: r = .28, k^{29} =152; Flückiger et al., 2012: r = .29, k = 190; Flückiger et al., 2018: r = .28,

29 k kennzeichnet in Metaanalysen die Anzahl der eingeschlossenen Studien.

k = 295; Horvath & Symonds, 1991: r = .26, k = 24; Martin et al., 2000: r = .22, k = 79). Aufgrund hoher Heterogenität (I2 = 45,7 %–81,9 %) wurden in einigen der aufgeführten Metaanalysen Moderatoranalysen durchgeführt. Unter anderem wurden die Behandlungslänge, das Behandlungssetting, das Verhältnis zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen, der Bildungsstand der Patient*innen, die Diagnosen, die für die Messung der Outcomevariablen genutzten Instrumente, das Jahr der Publikation, Rater*innen der therapeutischen Beziehung (Patient*innen, Psychotherapeut*innen, unabhängige Rater*innen, andere Rater*innen [Familie, Partner*in]) berücksichtigt (Del Re et al., 2021; Flückiger et al., 2018; Sharf et al., 2010).

Die Gestaltung und Bewertung der therapeutischen Beziehung ist unter anderem abhängig vom genutzten therapeutischen Verfahren. In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gründet sie auf einer rationalen, kollaborativen Zusammenarbeit zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen. Charakteristisch hierfür sind eindeutig definierte Ziele sowie konkrete Aufgaben (Hentschel, 2005). Die therapeutische Beziehung sollte dynamisch sowie über den Verlauf der Behandlung flexibel anpassungsfähig sein. Zwei Merkmale der Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sind kollaborativer Empirismus und der sokratische Prozess. Mit Ersterem wird ein Erleben von Patient*in und Psychotherapeut*in als Team bezeichnet, welches gemeinsam für den*die Patient*in Aufgaben erstellt und anpasst. Der sokratische Prozess wird verstanden als respektvolle Interaktion auf Basis von induktiven Fragen und reflektivem Dialog. Insgesamt ist nach dem Verständnis der KVT eine positive therapeutische Beziehung für den therapeutischen Prozess notwendig, aber allein nicht ausreichend für wirksame Veränderungen. Entscheidend für den Therapieerfolg sind der Einsatz passender therapeutischer Techniken in der Behandlung und deren Umsetzung im Alltag durch die Patient*innen (Dobson, 2022). Im Verständnis der psychodynamischen Psychotherapie wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung höher eingeschätzt und als zentraler Faktor für den Erfolg der Therapie angesehen. Laut diesem Verständnis handelt es sich bei der therapeutischen Beziehung nicht ausschließlich um eine bewusste Zusammenarbeit, sondern diese enthält auch Elemente unbewusster Übertragungen, die Teil des therapeutischen Prozesses werden (Hentschel, 2005; Lammers & Schneider, 2009). Schulübergreifend herrscht Einigkeit darüber, dass eine emotionalen Bindung sowie Transparenz über Therapieziel und Vorgehen essenzielle Bestandteile einer förderlichen therapeutischen Beziehung sind. Die Forschungsliteratur benennt verschiedene Merkmale, die aus Sicht von Psychotherapeut*innen zur Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung beitragen. Dazu zählen insbesondere interpersonelle Fähigkeiten wie eine ressourcenorientierte Grundhaltung, Empathie, Wärme, Freundlichkeit, Ehrlichkeit, Respekt, Selbstvertrauen, Vertrauenswürdigkeit, Wertschätzung, Kongruenz und authentisches Interesse.

Darüber hinaus werden Flexibilität, Wachsamkeit und die Fähigkeit hervorgehoben, sich an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen anzupassen. Bedeutsam ist zudem die Selbstreflexion der Psychotherapeut*innen, insbesondere die regelmäßige

Überprüfung der eigenen Wirkung auf die therapeutische Beziehung sowie gegebenenfalls die entsprechende Korrektur des eigenen Verhaltens. Weitere relevante Fähigkeiten umfassen Exploration, Reflexion, zutreffende Interpretation sowie die Unterstützung der Patient*innen beim Erleben und Verbalisieren von Gefühlen. Neben diesen interpersonellen Kompetenzen gelten auch fachliche Kompetenz und Erfahrung in der Durchführung psychotherapeutischer Interventionen als wichtige Voraussetzungen für eine tragfähige therapeutische Beziehung (Constantino et al., 2002; Hentschel, 2005; Lammers & Schneider, 2009). Negativen Einfluss können hingegen folgende Merkmale haben: Rigidität, Kälte, Unsicherheit, Kritik, Distanz, Gespanntheit und Abwesenheit (Hentschel, 2005). Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist jedoch nicht ausschließlich von Merkmalen der Psychotherapeut*innen abhängig. Auch patient*innenseitige Faktoren wie eine positive Erwartungshaltung, Offenheit für neue Erfahrungen, emotionale Stabilität, Vertrauensfähigkeit, ein sicherer Bindungsstil sowie Engagement tragen zu einer stabilen therapeutischen Allianz bei (Constantino et al., 2002). Hinderlich können patient*innenseitig häufiges Lügen, Perfektionismus, Dominanz sowie Feindseligkeit und Distanz wirken. Erschwerend kann ebenso die Psychopathologie sein, etwa besonders schwere psychische Erkrankungen, wie Persönlichkeitsstörungen, Misstrauen, emotionale Dysregulation sowie Aggressivität und Stress. Aber auch Persönlichkeitsmerkmale, wie hohe Neurotizismuswerte, unsicherer oder vermeidender Bindungsstil, Passivität, Skepsis gegenüber Autoritätspersonen und Widerstand können einen negativen Einfluss auf die Allianz haben (Constantino et al., 2002; Hentschel, 2005).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Qualität von Psychotherapie auf einer Verbindung von fachlich begründetem Vorgehen, gemeinsamer Zielklärung, tragfähiger therapeutischer Beziehung und professioneller Rollengestaltung beruht.

7.3 Berufsrechtliche Rahmenbedingungen und Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Während Abschnitt 7.1 grundlegende ethische Prinzipien benennt und Abschnitt 7.2 zentrale Qualitätsmerkmale des therapeutischen Prozesses darstellt, richtet sich der Blick im Folgenden auf berufsrechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Behandlung.

Im SGB V ist grundsätzlich geregelt, dass eine Krankenbehandlung, also auch eine Psychotherapie, dazu dienen soll, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V). Für das Erfassen der Wirksamkeit, spezifisch von Psychotherapie, gibt es eine Vielzahl psychometrischer Instrumente. Die Arbeitsgruppe »Klinische Psychodiagnostik und

Psychometrie« des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) hat 2019 einen Vorschlag für zentrale Dimensionen zur Erfassung der Wirksamkeit von Psychotherapie gemacht. Dabei werden fünf Aspekte berücksichtigt: 1. Symptomschwere; 2. gesundheitsbezogene Lebensqualität; 3. interpersonelle Beziehungsgestaltung; 4. Affektregulation und 5. Selbstwirksamkeit (Rabung et al., 2019). Auch die Reduktion von Teilhabebeeinträchtigungen sowie die Erweiterung der Teilhabemöglichkeiten können als Zielsetzung von Psychotherapie angesehen werden (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2018; Bundesteilhabegesetz [BTHG]; SGB IX). Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells von Krankheit, wie es zum Beispiel der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde liegt, sollten die vielfältigen Verflechtungen von Krankheit und Lebensgestaltung bei einer Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie berücksichtigt werden. Demnach sind neben einer im engeren Sinne krankheitsbezogenen Reduktion von Beschwerden bzw. Linderung von Symptomen auch die Stärkung von Integration und Erhöhung von Partizipation als fundamentale Aspekte einer Behandlung zu berücksichtigen (WHO, 2001). Diesem erweiterten Behandlungsverständnis folgend ergeben sich für die Psychotherapie spezifische Anforderungen, die über eine rein symptomorientierte Versorgung hinausgehen. Dazu zählen die sorgfältige diagnostische Abklärung, die kollaborative Festlegung von Therapiezielen, die umfassende Aufklärung über Behandlungsoptionen und damit verbundene Risiken, die Mitbestimmung von Patient*innen sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie Selbstreflexion, Supervision und Intervision (Böker & Schweitzer-Köhn, 2020; Hoyer & Knappe, 2020; Jacobi & Brehm, 2020; Lindhiem et al., 2016; Tryon et al., 2018).

Ein weiterer Bezugspunkt fachgerechter Psychotherapie ist die Orientierung an störungsspezifischen Leitlinien. Leitlinien bündeln den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und geben Empfehlungen zu Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplanung, Auswahl wirksamer Interventionen, Verlaufskontrolle sowie zum Umgang mit Risiken, Komorbiditäten und Kontraindikationen. Sie bieten einen evidenzbasierten Rahmen, innerhalb dessen die Behandlung an die individuelle Problemlage, die Bedürfnisse und die Präferenzen der Patient*innen angepasst werden kann. Leitliniengerechte Psychotherapie ist daher als Verbindung von wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Expertise und partizipativer Entscheidungsfindung zu verstehen.

An diese fachlichen und ethischen Anforderungen schließen die gesetzlichen Grundlagen an, die die Berufsausübung von Psychotherapeut*innen in Deutschland verbindlich regeln. Da psychotherapeutische Leistungen in Deutschland von unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht werden können, ist die rechtliche Rahmung der Psychotherapie komplex. Zu unterscheiden sind insbesondere berufsrechtliche Regelungen zur Approbation und Berufsausübung, leistungsrechtliche Vorgaben für die Versorgung gesetzlich Versicherter sowie vertragsärztliche Regelungen zur Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen.

Seit dem 1. Januar 1999 bildet das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die zentrale rechtliche Grundlage für die Berufsausübung in der Psychotherapie in Deutschland. Es regelt sowohl die inhaltlichen als auch die äußeren Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung und legt die damit verbundenen Rechte und Pflichten der Behandelnden verbindlich fest. Als Aufgaben der Psychotherapie definiert das PsychThG die Feststellung, Heilung und Linderung von Störungen mit Krankheitswert, aber auch die Beratung, Prävention und Rehabilitation zum Erhalt, der Förderung und der Wiederherstellung psychischer Gesundheit. Formal regelt das PsychThG die Berufsbezeichnung, die Voraussetzungen zur Erteilung der Approbation, die Voraussetzung zur Berufsausübung sowie die Rücknahme, den Widerruf oder das Ruhen der Approbation. Weiterhin verpflichtet das PsychThG Psychotherapeut*innen zur Anwendung eines wissenschaftlich anerkannten Richtlinienverfahrens (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie und systemische Psychotherapie). Werden psychotherapeutische Leistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet, gilt zusätzlich die Psychotherapierichtlinie (PT-RL). Die PT-RL legt die geltenden Richtlinienverfahren und dazugehörige Methoden fest, sie definiert Behandlungsdauer und -umfang sowie inhaltliche Vorgaben in der Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026). Dazu zählen unter anderem die Verpflichtung zur Einholung eines Konsiliarberichts, die systematische Dokumentation des Behandlungsverlaufs und die regelmäßige Evaluation des Therapieprozesses. Diese Pflichten sind untrennbar mit der Anforderung verbunden, im Therapieprozess eine beständige Offenheit gegenüber sich verändernden Problemwahrnehmungen und Bedürfnissen der Patient*innen aufrechtzuerhalten. Fachgerechte Psychotherapie gründet auf diagnostischer Sorgfalt, der systematischen Prüfung therapeutischer Hypothesen sowie der konsequenten Berücksichtigung alternativer Erklärungsansätze. Eine ordnungsgemäß durchgeführte Behandlung setzt daher voraus, dass therapeutische Interpretationen grundsätzlich revidierbar bleiben und dass Zweifel, Widersprüche oder uneindeutige Befunde nicht vorschnell geschlossen, sondern als Anlass zur vertieften diagnostischen und konzeptuellen Prüfung aufgegriffen werden (Hermes & Lindel, 2020). Neben diesen inhaltlich-methodischen Anforderungen unterliegt psychotherapeutisches Handeln strukturellen Rechenschaftspflichten gegenüber dem Versorgungssystem. Bei antragspflichtigen Leistungen, insbesondere bei Langzeittherapien, sind hierfür entsprechende Unterlagen und ein Bericht an eine*n Gutachter*in zu erstellen. Ergänzend konkretisiert die Psychotherapie-Vereinbarung die Anwendung der Psychotherapie-Richtlinie innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Sie regelt insbesondere, welche fachlichen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nachzuweisen sind und welche Verfahrensschritte bei Antragstellung, Begutachtung, Abrechnung und Dokumentation einzuhalten sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026; Bundespsychotherapeutenkammer, 2017).

Während PsychThG, Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung die berufsrechtlichen, leistungsrechtlichen und vertragsärztlichen Rahmenbedingungen

psychotherapeutischer Tätigkeit bestimmen, konkretisieren die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern die berufsethischen und professionellen Anforderungen an die Ausübung des Berufs. Sie orientieren sich an der Muster-Berufsordnung des Bundes, welche zum Ziel hat »das Vertrauen zwischen Psychotherapeut*innen und ihren Patient*innen zu fördern, den Schutz der Patient*innen zu sichern, die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen, die freie Berufsausübung zu sichern, das Ansehen des Berufs zu wahren und zu fördern und auf berufswürdiges Verhalten hinzuwirken und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern« (Bundespsychotherapeutenkammer, 2025, S. 3). Es werden grundlegende Regeln für die Berufsausübung festgeschrieben. Dazu zählen z. B. das Abstinenzgebot, Sorgfalts-, Aufklärungs-, Dokumentations- und Schweigepflicht, Datensicherheit, das Einsichtnahmerecht von Patient*innen, Umgang mit minderjährigen und eingeschränkt einwilligungsfähigen Patient*innen, Honorierung, Fortbildungspflicht, Qualitätssicherung und berufsrechtliche Regelungen zur Werbung. Darüber hinaus regeln sie verschiedene Formen der Berufsausübung, etwa die psychotherapeutische Tätigkeit in eigener Praxis, gutachterliche Tätigkeiten sowie wissenschaftliche Tätigkeiten.

Während die Berufsordnungen die berufsethischen und professionellen Anforderungen an psychotherapeutisches Handeln konkretisieren, regeln die §§ 630a ff. BGB die zivilrechtliche Grundlage des Behandlungsverhältnisses. Das Patientenrechtegesetz zielt darauf, die Rechte von Patient*innen im Gesundheitssystem zu stärken, Informations- und Transparenzdefizite im Behandlungsalltag zu reduzieren und zentrale Grundsätze des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts im BGB zu verankern. Im Mittelpunkt steht der Behandlungsvertrag nach § 630a BGB. Dieser verpflichtet Behandelnde zur fachgerechten Erbringung der vereinbarten Behandlung, ohne jedoch einen bestimmten Behandlungserfolg zu garantieren. Für die Psychotherapie bedeutet dies, dass die rechtliche Bewertung nicht an einem garantierten Therapieerfolg ansetzt, sondern an der Einhaltung fachlicher Standards, sorgfältiger Indikationsstellung, angemessener Aufklärung, Dokumentation und kontinuierlicher Qualitätssicherung.

Mit dem Patientenrechtegesetz ist die ordnungsgemäße Durchführung der Behandlung zivilrechtlich bestimmt, die systematische Erfassung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erfordert jedoch ergänzende qualitätssichernde Verfahren. Um die Qualität von Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfassen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 18.01.2024 eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025). Durch die Änderung wird ein Verfahren 16 ergänzt: die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie; Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, o. J.). Das Verfahren dient dazu, die Qualität der ambulant psychotherapeutischen Versorgung zu bewerten und gezielt weiterzuentwickeln. Konkrete Ziele sind die Transparenz sowie Förderung der Behandlungsqualität nach der Psychotherapie-Richtlinie, die Verbesserung der Kommunikation gegenüber

Patient*innen und die Förderung der Partizipation seitens der Patient*innen. Der am 1. September 2024 in Kraft getretene Beschluss legt fest, welche Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung angelegt werden. Mittels Falldokumentation und Patient*innenbefragungen werden 18 Qualitätsindikatoren erhoben und ausgewertet. Seit dem 1.1.2025 wird die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen modellhaft erprobt.

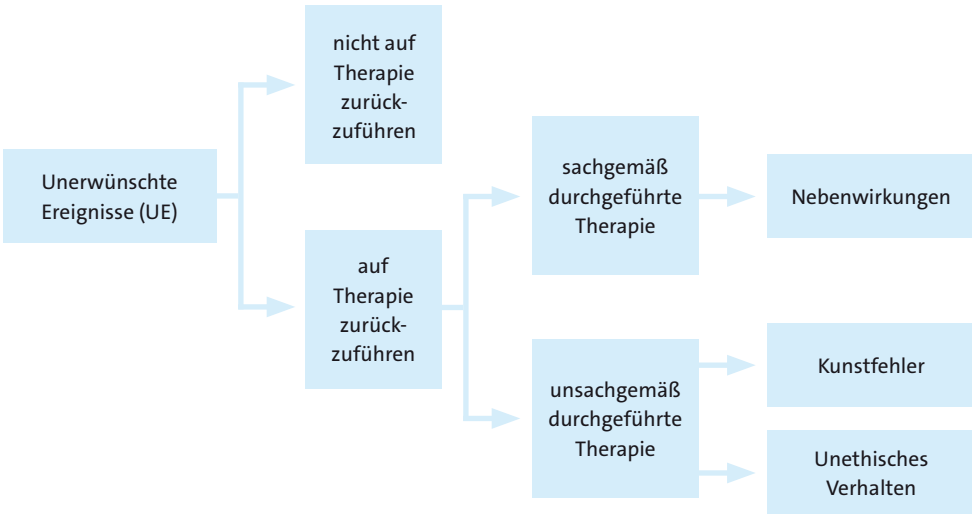
7.4 Begriffliche Differenzierungen: Nebenwirkungen, Kunstfehler und unethisches Verhalten

Die Begriffe Nebenwirkungen, Behandlungsfehler, Kunstfehler und unethisches Verhalten dienen dazu, negative oder unerwünschte Entwicklungen im Zusammenhang mit Psychotherapie genauer zu beschreiben. Lange fehlte es an einer einheitlichen Definition sowie einer klaren Differenzierung dieser Begrifflichkeiten (Gawlytta et al., 2019; Schleu, 2021). Im deutschsprachigen Raum hat sich der Systematisierungsvorschlag von Haupt et al. (2018) als gemeinsamer Konsens etabliert (Gawlytta et al., 2019). Hierbei wird der Kontext betrachtet, in welchem unerwünschte Ereignisse (UE) auftreten. Diese werden definiert als »alle negativen Ereignisse, die parallel zur Therapie in Bezug zum Patienten auftreten« (Haupt et al., 2018, S. 5). Mit dem Adjektiv »unerwünscht« sind Entwicklungen gemeint, die nicht intendiert sind, von den festgelegten Therapiezielen abweichen oder deren Erreichung erschweren (Haupt et al., 2018). Dazu gehören beispielsweise körperliche oder psychische Beschwerden, aber auch persönliche Probleme in Lebensbereichen wie der Partnerschaft oder dem Beruf (Linden & Westram, 2010, zit. nach Haupt et al., 2018). Folglich ist die Therapie nicht notwendigerweise ursächlich für alle UE, diejenigen, die jedoch auf die psychotherapeutische Behandlung zurückzuführen sind, werden als negative Therapiefolgen bezeichnet. Innerhalb der Gesamtheit dieser negativen Therapiefolgen werden Nebenwirkungen von Kunstfehlern[30] unterschieden (Haupt et al., 2018). Erstere beschreiben Folgen für Patient*innen, die nach einer sachgemäß durchgeführten Therapie auftreten können, wie beispielsweise das Erleben von Stigmatisierung durch das soziale Umfeld oder die Gesellschaft (Haupt et al., 2018; Peth et al., 2018; Schleu, 2021). Letztere beziehen sich auf eine nicht korrekt durchgeführte Therapie, welche z. B. durch mangelndes Empathievermögen, Unaufmerksamkeit, kommunikatives Fehlverhalten, unpassende therapeutische Techniken sowie Diagnosen charakterisiert sein kann (Haupt et al., 2018; Peth et al., 2018). Darüber hinaus wird der Begriff des unethischen Verhaltens genutzt,

30 Die Begriffe Kunst- und Behandlungsfehler werden im Folgenden synonym verwendet.

mit dem besonders schwerwiegende Formen des Kunstfehlers bezeichnet werden, wie beispielsweise sexueller Missbrauch, Entmündigung, Abhängigkeit, Manipulation und Bevormundung (Schleu, 2021). Die folgende Grafik veranschaulicht die Differenzierung der Begrifflichkeiten.

ABBILDUNG 4 Differenzierung der Begrifflichkeiten [adaptiert aus Haupt et al. (2018) und Schleu (2021)]



7.5 Empirische Befunde zu Beschwerden, Behandlungsfehlern und negativen Therapiefolgen

Die folgenden empirischen Befunde geben einen Überblick darüber, welche Formen von Beschwerden, Behandlungsfehlern, Grenzverletzungen und negativen Therapiefolgen in der Forschung beschrieben werden.[31]

Schleu (2019, 2022) analysierte naturalistische Daten aus 1350 Beschwerdemeldungen, die innerhalb des Beratungsangebots der letzten 15 Jahre an den Verein für Ethik in der Psychotherapie e. V. herangetragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Von den Beschwerdesteller*innen war die Mehrheit (70 %) selbst betroffen, während sich in 9 % der Fälle Angehörige an den Verein wandten. Etwa 18 % waren

31 Eine tabellarische Übersicht findet sich am Ende dieses Abschnitts.

Psychotherapeut*innen, die eine vertrauliche Beratung wünschten. Davon waren 1,5 % der Grenzverletzung beschuldigt. In 80 % aller Beschwerden waren die Beschwerdestellerinnen weiblich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern tendenziell häufiger psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen (Rommel et al., 2018). Die Ergebnisse der Studie von Schleu (2019, 2022) zeigen, dass in 93 % der Fälle eine bestimmte Behandlung bemängelt wurde und durchschnittlich drei Beschwerdegründe erfasst wurden. Am häufigsten konnten Beschwerden den Kategorien »Verletzung der therapeutischen Basisvariablen« (67 %), »Setting- und Rahmenverletzung« (42 %) und »Soziale Grenzverletzung« (36 %) zugeordnet werden (Schleu, 2019, 2022). Andauernde Missverständnisse, Belehrungen, Beleidigungen, Beschimpfungen, Interesselosigkeit, Empathieversagen sowie Pathologisierungen seitens der Psychotherapeut*innen stellen eine Missachtung grundlegender therapeutischen Prinzipien dar und wurden daher als Verletzung der therapeutischen Basisvariablen codiert. Zur Nichteinhaltung von Setting- und Rahmenbedingungen zählen aufseiten der Psychotherapeut*innen unter anderem anhaltende terminliche Unverbindlichkeit, regelmäßiger verspäteter Beginn sowie frühzeitiger Abbruch der Sitzungen, Aufnahme eines Patientenfalles trotz fehlender fachlicher Kenntnisse über dessen Behandlung oder obwohl die Therapie voraussichtlich nicht angemessen durchgeführt und abgeschlossen werden kann. Weiter beinhaltet diese Kategorie auch die Anwendung von Verfahren und Methoden ohne fachliche Ausbildung, das Angebot des*der Psychotherapeut*in, allzeit und allgegenwärtig für Anliegen zur Verfügung zu stehen, abrupter Therapieabbruch sowie das Nichtstellen eines Verlängerungsantrags trotz notwendiger Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung. Die Beschwerdekategorie der »Sozialen Grenzverletzungen« beschreibt Verletzungen des psychotherapeutischen Abstinenzgebots, welche ursächlich für Rollenvermischungen und Entgrenzungen sind. Im Rahmen der qualitativen Auswertung der Beschwerdemeldungen waren Verhaltensweisen wie Duzen, Umarmungen, private Treffen, regelmäßige bis mehrfach tägliche Kontakte über E-Mail, Telefon oder Messengerdienste, (wiederholter) Austausch über private Inhalte sowie unangemessene Selbstoffenbarungen seitens der Psychotherapeut*innen Inhalt dieser sozialen Grenzverletzungen. Diese dysfunktionalen Verhaltensweisen können bei Patient*innen ein anfängliches Gefühl der »ganz besonderen Beziehung« auslösen, nicht zuletzt wegen Vergünstigungen wie z. B. der Überschreitung der Sitzungsdauer oder der Reduktion des Honorars. Dies konnte im weiteren Verlauf zu einer »nicht auflösbaren« Abhängigkeit beitragen. Die Beschwerden im Bereich der sexuellen Grenzverletzungen richteten sich deutlich häufiger gegen männliche Psychotherapeuten als gegen weibliche (82,8 %; 13,8 %) (Schleu, 2022). Dies zeigt sich auch in der Studie von Kaczmarek et al. (2012), wo männliche Psychotherapeuten signifikant mit sexuellen Grenzverletzungen assoziiert sind. Psychotherapeut*innen können autoritär wirken, ihnen kann der Status einer Koryphäe zugeschrieben werden oder Patient*innen können eine Pflicht zur Dankbarkeit verspüren (Schleu, 2022). Die Befunde machen deutlich, dass Beschwerden über Psychotherapie nicht nur einzelne Handlungen betreffen, sondern häufig die

Qualität der therapeutischen Beziehung, die Einhaltung des Settings, professionelle Rollenklarheit und Formen der Grenzwahrung. Damit verweisen sie auf jene Bereiche, in denen sich Behandlungsqualität, Beziehungsgestaltung und Patient*innenautonomie überschneiden.

Strauss et al. (2021) befragten 244 Menschen in Deutschland mit Therapieerfahrung mittels Telefoninterviews und standardisierter Fragebögen nach unerwünschten oder negativen Auswirkungen der Psychotherapie. Im Rahmen der Erfassung von Behandlungsfehlern und Grenzverletzung gaben 16,8 % der Befragten an, sie fühlten sich durch Aussagen der*des Psychotherapeut*in verletzt, während 6,5 % von einem Gefühl der Nötigung zu Verhaltensweisen oder Aktivitäten, wie z. B. Exposition, berichten und 5,7 % erklärten, der*die Psychotherapeut*in habe sich über ihn*sie lustig gemacht. Sexuelle sowie körperliche Übergriffe und Schweigepflichtverletzungen seitens der Psychotherapeut*innen wurde von jeweils einem Teilnehmenden bejaht (Strauss et al., 2021). Eine Studie von Scholten et al. (2018) wertete insgesamt 50 Beschwerdebriefe von Patient*innen aus, die zwischen 2011 und 2012 an die Psychotherapeutenkammer NRW geschickt worden waren. Die durchschnittlich 2,98 (SD = 1,02) verschiedenen Beschwerden pro Brief beinhalteten ebenfalls größtenteils Verletzungen der therapeutischen Basisvariablen (67,5 %), hier vor allem in Form von Beschimpfungen, Drohungen, mangelnder Berücksichtigung der Lebenssituation und übermäßigem Redeanteil seitens der Psychotherapeut*innen. Die Verletzung der Rahmenbedingungen, wie unpünktlicher Beginn der Therapie (16 %), Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- oder Schweigepflicht (15 %), finanzieller Missbrauch (13 %), soziale sowie sexuelle Grenzverletzungen (jeweils 5 %), unzureichende Diagnostik oder therapeutische Technik, wie das Auslassen einer gängigen Methode (4 %) und ein abrupter Behandlungsabbruch durch Psychotherapeut*innen (3 %) waren weitere Beschwerdekategorien (Scholten et al., 2018). Zusammengenommen zeigen die bis hierher dargestellten Beschwerdedaten, dass sich problematische psychotherapeutische Verläufe empirisch besonders häufig an der Überschreitung basaler therapeutischer Prinzipien, an Rahmenverletzungen, an mangelnder Information oder Dokumentation sowie an sozialen und sexuellen Grenzüberschreitungen festmachen lassen.

Während die genannten Analysen Behandlungsfehler mittels qualitativer Methoden erfassten, nutzten Gawlytta et al. (2019) erstmals das Inventar zur Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie (IKKIP), welches neben der Häufigkeit des Auftretens auch die Belastungen aufseiten der Patient*innen erfasst (Gawlytta et al., 2019). Mittels einer Onlineumfrage wurden Daten von insgesamt 165 Personen mit Psychotherapieerfahrung erhoben. Die deskriptive Statistik zeigt einen deutlich höheren Frauenanteil sowohl unter den befragten Personen (78,2 %) als auch hinsichtlich des Geschlechts der behandelnden Psychotherapeut*innen (62,4 %). In 80,6 % der Fälle berichteten Befragte von der Behandlung in einem ambulanten Setting. Über die Hälfte der Befragten (53,9 %) wurden durch psychologische Psychotherapeut*innen, ca. ein Viertel (27,9 %) von Psychiater*innen und 1,8 % durch Heilpraktiker*innen behandelt.

Im Kontrast zu den bisher dargestellten Studien wurde eine mangelhafte Diagnostik/Technikanwendung am häufigsten als Beschwerdegrund genannt (44,3 %), gefolgt von der Verletzung therapeutischer Basisvariablen (40,9 %), Grenzverletzungen im Rahmen stationärer Therapie (32,6 %), Therapieabbruch seitens Psychotherapeut*innen (31,9 %), Grenzverletzungen im Rahmen von Gruppentherapie (28,3 %), Verstoß gegen therapeutische Pflichten (15,5 %), mangelhaften Rahmenbedingungen (11,7 %), Befangenheit (10,3 %), sozialen und sexuellen Grenzverletzung (9,8 % bzw. 6 %) sowie ökonomischem/finanziellem Missbrauch (3,1 %). Eine starke Belastung wurde im Zusammenhang mit sexuellen Grenzverletzungen, Therapieabbruch und Grenzverletzungen im Rahmen der stationären Behandlung berichtet, während Beschwerden der Kategorien »mangelhafte Rahmenbedingung« und »ökonomischer/finanzieller Missbrauch« mit einer geringen Belastung verbunden waren (Gawlytta et al., 2019). Die Belastungsangaben zeigen, dass nicht alle als fehlerhaft oder problematisch beschriebenen Aspekte psychotherapeutischer Behandlung in gleicher Weise folgenreich erlebt werden.

Für die Einordnung negativer psychotherapeutischer Verläufe ist neben der subjektiven Belastung auch relevant, welche konkreten Folgen Betroffene berichten. Während Gawlytta et al. (2019) hierfür erste Hinweise im Kontext von Behandlungsfehlern liefern, untersuchen Strauss et al. (2021) negative Effekte von Psychotherapie in einem weiteren Sinne. Grundlage der Studie waren 244 Telefoninterviews mit Personen in Deutschland, die sich zum Zeitpunkt der Erhebung in psychotherapeutischer Behandlung befanden oder bereits Therapieerfahrung hatten. Die Analyse zeigt, dass die häufigste Folge aufkommende unangenehme Erinnerungen an Vergangenes darstellte (57,8 %), gefolgt von vermehrten Schlafproblemen (36,9 %), Stress (30,7 %), unangenehmen Gefühlen (30,3 %) und Besorgnis (27,9 %), wobei nur ein Teil der Befragten diese Effekte mit der Psychotherapie assoziierten (unangenehme Erinnerungen: 68,8 %; Schlafprobleme: 21,1 %; Stress: 30,7 %; unangenehme Gefühle: 55,4 %; Besorgnis: 32,4 %). Eine Verschlechterung der Thematik/Symptomatik, die für die Aufnahme der Psychotherapie ursächlich war, sowie aufkommende Suizidgedanken wurde in 8,6 % (47,6 %) bzw. 7,8 % (15,8 %) der Fälle bejaht. Allerdings bewerteten die Befragten die daraus resultierende subjektive Beeinträchtigung als leicht bis nicht vorhanden. Aufgrund der Anlage der Studie bleibt unklar, ob Behandlungsfehler und unethisches Verhalten seitens der Psychotherapeut*innen ursächlich für die genannten Effekte waren oder ob es sich dabei um Nebenwirkungen handelte.

Der Verein für Ethik in der Psychotherapie e. V. berichtet in 64 % der Beratungsfälle von Symptomverschlechterungen oder neuer Symptomatik, 34 % der Beschwerdesteller*innen benötigten eine ambulante Folgetherapie und 13 % erlebten Schwierigkeiten in familiären oder anderen sozialen Beziehungen (Schleu, 2022). Auch Scholten et al. (2018) berichten in erster Linie von Symptomverschlechterungen und -veränderungen auf körperlicher und psychischer Ebene (27 %) sowie zusätzlich von Störungen der therapeutischen Beziehung, wie ein vermindertes Vertrauen in den Berufsstand der Psychotherapeut*innen (23 %). In 15 % der Fälle wurden außerdem affektive Reak-

Tabelle 1: Übersicht empirisch dokumentierter Formen des Fehlverhaltens und

Kategorie	Beispielverhalten
Verletzungen therapeutischer Basisvariablen bzw. kommunikatives Fehlverhalten	Mangelnde Empathie, Beschimpfungen, Drohungen, fehlende Berücksichtigung der Lebenssituation, übermäßiger Redeanteil, Kränkungen oder abwertende Äußerungen, Zwang zu Maßnahmen gegen den eigenen Willen
Setting- und Rahmenverletzungen	Unklare oder unzuverlässige Terminabsprachen, Verletzungen der Sitzungsdauer, fehlende Vereinbarungen über Frequenz und Rahmen, fehlende Qualifikation im angewandten Verfahren oder nicht gestellte Verlängerungsanträge
Technikfehler bzw. mangelhafte Diagnostik	Fehlende oder unzureichende Diagnostik, Ausbleiben erwarteter bzw. indizierter Methoden, die Anwendung einer nicht passenden Therapieform, das fehlerhafte Anwenden eines Verfahrens oder ein nicht verfolgtes Therapieziel
Soziale Grenzverletzungen	Nicht-sexuelle Abstinenzverletzungen und Rollenvermischungen, etwa private Kontakte, Umarmungen, unangemessene Nähe, Eindringen in den Privatraum, private Beziehungen oder die Induktion von Abhängigkeit
Sexuelle Grenzverletzungen	Handlungen mit sexuellem Hintergrund, etwa Erotisierung der Therapiesituation, sexualisierte Bemerkungen, Aufforderungen zum Entkleiden, Massagen, sexuelle Handlungen oder sexueller Missbrauch
Unsachgemäßer bzw. problematischer Therapieabbruch	Abbruch durch Psychotherapeut*innen trotz bestehender Behandlungsbedürftigkeit und Motivation, ohne angemessene Bearbeitung der Beendigung
Pflichtverletzungen	mangelnde Aufklärung, fehlende oder unzureichende Befundberichte, fehlerhafte Dokumentation, verweigerte Einsichtnahme oder die unbefugte Weitergabe von Behandlungsinformationen
Ökonomischer bzw. finanzieller Missbrauch	fehlerhafte Abrechnung, falsch gestellte Rechnungen, unzulässige Zuzahlungen, finanziellen Betrug, Kredite, Arbeiten für Therapeut*innen oder kostenpflichtige Zusatzangebote neben der Therapie
Befangenheit bzw. Mehrfachrollen	Verflechtungen, in denen Therapeut*innen bereits vor Therapiebeginn oder parallel zur Behandlung in anderer Weise mit Patient*innen verbunden sind, etwa als Vorgesetzte, Supervisor*innen, Lehrtherapeut*innen, Vermieter*innen oder als Beteiligte an dem Geschehen, das therapeutisch bearbeitet werden soll

Anmerkung: Nicht alle Studien nutzen dasselbe Klassifikationssystem, Aussagen wurden zur Erhöhung der Übersichtlichkeit kategorisch zusammengefasst. Die Studien basieren jeweils auf unterschiedlichen, selektive Datengrundlagen. Aus Ihnen lassen sich keine repräsentativen Aussagen über Prävalenzen des Fehlverhaltens ableiten. Die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar.

der Pflichtverletzungen in der Psychotherapie

Häufigkeiten	Studien
67,5 % 67,5 % 47,2 % 40,9 % 16,8 %[1]; 6,5 %[2]; 5,7 %[3], 0,4 % [4]	Scholten et al., 2018 Schleu, 2022 Schleu, 2019 Gawlytta et al., 2019 Strauss et al., 2021
42,5 % 29,8 % 16,8 % 11,7 %	Schleu, 2022 Schleu, 2019 Scholten et al., 2018 Gawlytta et al., 2019
44,3 % 33,0 % 11,6 %[5]; 6,5 %[6] 4,0 %	Gawlytta et al., 2019 Schleu, 2022 Schleu, 2019 Scholten et al., 2018
35,9 % 30,0 % 9,8 % 5,0 %	Schleu, 2022 Schleu, 2019 Gawlytta et al., 2019 Scholten et al., 2018
28,4 % 22, 8%; davon 9,8 % sexueller Missbrauch nach § 174c StGB 6,0 % 5,0 % 0,4 %	Schleu, 2022 Schleu, 2019 Gawlytta et al., 2019 Scholten et al., 2018 Strauss et al., 2021
31,9 % 21,4 % 13,6 % 3 %	Gawlytta et al., 2019 Schleu, 2022 Schleu, 2019 Scholten et al., 2018
18,2 % 15,8 %[7]; 12,4 %[8]; 4,6 %[9] 15,6 % 15,0 % 0,4 %	Schleu, 2019 Schleu, 2022 Gawlytta et al., 2019 Scholten et al., 2018 Strauss et al., 2021
16,3 % 14,1 % 12,1 % 3,1 %	Schleu, 2022 Schleu, 2019 Scholten et al., 2018 Gawlytta et al., 2019
12,1 % 10,3 % 9,7 % 0,0 %	Schleu, 2022 Gawlytta et al., 2019 Schleu, 2019 Scholten et al., 2018

1 Aussagen des*der Therapeut*in als übergriffig empfunden; 2 zu etwas gegen den eigenen Willen von Therapeut*in gezwungen; 3 Gefühl, der*die Therapeutin würde sich über ihn*sie lustig machen; 4 körperliche Gewalt; 5 mangelhafte Diagnostik; 6 Probleme mit Folgetherapie; 7 Aufklärungspflicht verletzt; 8 Schweigepflicht verletzt; 9 Dokumentationspflicht verletzt.

tionen, wie Schock oder Ärger angegeben. Darüber hinaus wurden der Verlust des Therapieplatzes (13 %), finanzielle/rechtliche/institutionelle Folgen, wie Arbeitsunfähigkeit (10 %), erhöhter organisatorischer Aufwand, z. B. die Suche nach einem neuen Therapieplatz (8 %), Probleme im sozialen Umfeld (2 %) sowie Stigmatisierungen (1 %) berichtet. Insgesamt nannten Betroffene durchschnittlich 2,82 (SD = 1,82) negative Folgen pro Brief.

Diese Befunde verdeutlichen, dass negative Entwicklungen im Zusammenhang mit Psychotherapie nicht auf Symptomverschlechterungen im engeren Sinne beschränkt sind. Sie können auch Vertrauen in psychotherapeutische Behandlung, soziale Beziehungen, institutionelle Anschlussprozesse, organisatorische Belastungen und Teilhabemöglichkeiten betreffen.

7.6 Rechtliche Folgen psychotherapeutischer Pflichtverletzungen: Berufs-, Zivil- und Strafrecht

Pflichtverletzungen im psychotherapeutischen Kontext können auf unterschiedlichen rechtlichen Ebenen relevant werden. Berufsrechtlich geht es um die Einhaltung professioneller Pflichten und Standards, zivilrechtlich um den Ausgleich erlittener Schäden und strafrechtlich um die Ahndung solcher Pflichtverletzungen, die strafrechtlich geschützte Rechtsgüter wie die Vertraulichkeit, die körperliche Unversehrtheit oder die sexuelle Selbstbestimmung verletzen. Diese Ebenen erfüllen unterschiedliche Funktionen und können unabhängig voneinander zur Anwendung kommen.

Berufsrechtliche Konsequenzen können sich ergeben, wenn Psychotherapeut*innen gegen ihre Berufspflichten verstoßen. Zuständig sind hierfür insbesondere die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern. Bei ärztlichen Psychotherapeut*innen bzw. psychiatrisch tätigen Ärzt*innen können entsprechend die Ärztekammern zuständig sein. Legen Patient*innen oder Dritte Beschwerde bei der zuständigen Kammer ein, wird geprüft, ob ein berufsrechtlich relevanter Verstoß vorliegt (Dittberner, 2024). Je nach Schwere des Verstoßes können Rügen, VerhaltensAufl.n, GeldAufl.n oder die Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungen ausgesprochen werden. Bei schwerwiegenden Pflichtverletzungen, insbesondere bei Abstinenzverletzungen, kann ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet werden. Mögliche Sanktionen durch das Berufsgericht umfassen einen Verweis, eine Geldbuße, berufsbezogene Aufl.n, die Entziehung des aktiven und passiven Kammerwahlrechts sowie die Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Heilberufs. Wird eine solche Unwürdigkeit festgestellt, kann dies in der Folge auch zum Widerruf der Approbation durch die zuständige Approbationsbehörde führen.

Zivilrechtlich stehen demgegenüber haftungsrechtliche Fragen und der Ausgleich erlittener Schäden im Mittelpunkt. Grundlage ist der Behandlungsvertrag nach § 630a

BGB, der Behandelnde zur Behandlung nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards verpflichtet. Für die Psychotherapie ist dabei zentral, dass ein Behandlungserfolg rechtlich nicht geschuldet wird. Ein ausbleibender Therapieerfolg oder eine Verschlechterung der Symptomatik begründet daher nicht ohne Weiteres einen Behandlungsfehler. Haftungsrechtlich relevant wird ein Verlauf vielmehr erst dann, wenn gegen den fachlichen Behandlungsstandard verstoßen wurde, etwa durch unzureichende Befunderhebung, nicht vertretbare diagnostische Schlussfolgerungen, fehlende somatische Abklärung, unzureichende Risikoabklärung oder mangelnde Aufklärung. In diesem Zusammenhang wird die schwierige Abgrenzung zwischen unerwünschten Wirkungen einer lege artis durchgeführten Therapie und Schäden infolge eines Behandlungsfehlers betont (Hermes & Lindel, 2020). Bei Behandlungsfehlern oder anderen Pflichtverletzungen können Patient*innen Schadensersatz für materielle Schäden und Schmerzensgeld für immaterielle Schäden geltend machen (Franke et al., 2016; Schleu, 2021). Voraussetzung hierfür ist in der Regel, dass eine Pflichtverletzung, ein Schaden sowie ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Schaden nachgewiesen werden können. Besondere Bedeutung kommt dabei der Aufklärung und Einwilligung zu: Patient*innen müssen über Art, Umfang, Durchführung, Risiken und mögliche Folgen der Behandlung informiert werden. Dies umfasst auch den Hinweis, dass Psychotherapie keine Erfolgsgarantie bietet und belastende Inhalte vorübergehend zu emotionalen Belastungen oder Symptomverschlechterungen führen können. Bei fehlender oder unzureichender Aufklärung kann die Einwilligung unwirksam sein, wodurch die Behandlung haftungsrechtlich relevant werden kann (Hermes & Lindel, 2020). Auch die Behandlungsdokumentation ist haftungsrechtlich bedeutsam. Sie dient zunächst der Sicherung einer ordnungsgemäßen Behandlung, erfüllt im Haftungsprozess jedoch zugleich eine wichtige Beweisfunktion. Ist eine nachvollziehbare Dokumentation vorhanden, liegt die Beweislast grundsätzlich bei den Patient*innen. Eine lückenhafte oder fehlende Dokumentation kann dagegen zu Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr zulasten der Behandelnden führen. Zur Klärung und Beilegung von Schadensansprüchen sind neben gerichtlichen Verfahren auch außergerichtliche Einigungen möglich.

Strafrechtlich relevant werden vor allem Handlungen oder Unterlassungen, die strafrechtlich geschützte Rechtsgüter wie körperliche Unversehrtheit, sexuelle Selbstbestimmung oder Vertraulichkeit verletzen. Für den psychotherapeutischen Kontext ist § 174c Abs. 2 StGB zentral. Die Norm stellt sexuelle Handlungen zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen als sexuellen Missbrauch unter Strafe. Dies gilt auch dann, wenn die Handlung von den Beteiligten als einvernehmlich beschrieben wird. Der Paragraf trägt dem besonderen Schutzbedarf von Patient*innen in psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsverhältnissen Rechnung, da diese durch ein strukturelles Macht- und Abhängigkeitsverhältnis geprägt sind. Vor diesem Hintergrund kann eine Einwilligung der Patient*innen in sexuelle Handlungen strafrechtlich nicht als frei bewertet werden (Riemer & Schneider, 2006). Empirische

Untersuchungen mit betroffenen Patient*innen zeigen zudem, dass sexuelle Kontakte in Psychotherapie und Psychiatrie häufig mit einem deutlichen Einbruch des allgemeinen Wohlbefindens, Symptomverschlechterungen und langfristigen Belastungen verbunden sind (Eichenberg et al., 2009; Schwabegger & Eichenberg, 2022). Ein Verstoß gegen § 174c Abs. 2 StGB wird mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Allerdings leitet nur ein kleiner Teil der Betroffenen rechtliche Schritte ein, sodass Strafverfahren selten stattfinden (Eichenberg et al., 2009).

Neben § 174c StGB können im psychotherapeutischen Kontext weitere Straftatbestände relevant werden. Dazu zählt die Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB, bei der die unbefugte Offenbarung eines Patient*innengeheimnisses mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe geahndet werden kann (Gruler, 2020). Weitere einschlägige Straftatbestände sind unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB), Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB), Körperverletzung (§ 223 StGB) sowie fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB) (Kneer-Weidenhammer, 2012).

Für Betroffene ist diese Mehrdimensionalität rechtlicher Zuständigkeiten häufig schwer zu überblicken. Je nach Art der Pflichtverletzung, angestrebtem Ziel und zuständiger Berufsgruppe können unterschiedliche Anlaufstellen, Verfahrenswege und Nachweisanforderungen relevant sein. Daraus ergibt sich die Bedeutung niedrigschwelliger Beschwerde- und Informationsstellen, die Orientierung im weiteren Vorgehen bieten können.

7.7 Informations- und Beschwerdestellen

Für Personen, die Grenzverletzungen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung oder psychologischer Beratung erlebt haben, sowie für Angehörige stehen verschiedene Informations- und Beschwerdestellen zur Verfügung.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

https://lpk-bw.de/patienten/patientenberatung/

Psychotherapeutenkammer Bayern

https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_patientenberatung.html

Psychotherapeutenkammer Berlin

https://www.psychotherapeuten-kammer-berlin.de/ratsuchende

Psychotherapeutenkammer Bremen

https://pk-hb.de/ratsuchende/1330-2/

Psychotherapeutenkammer Hamburg

https://ptk-hamburg.de/ratsuchen-de/beschwerdestelle/

Psychotherapeutenkammer Hessen

https://ptk-hessen.de/fur-patienten-und-ratsuchende/rechte-patient_in/

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

https://www.pknds.de/ratsuchende/probleme-bei-der-thearapie/

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

https://www.ptk-nrw.de/patienten-schaft/beratung

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen. Sachsen-Anhalt, Thüringen)

https://www.opk-info.de/fuer-ratsuchende/patientenrechte-und-beschwerdeverfahren

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

https://www.lpk-rlp.de/patien-tinnen/das-beschwerdeverfahren.html

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

https://ptk-saar.de/ratsuchen-de/1330-2/

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

https://www.pksh.de/patienten-rechte-und-beschwerden/

Bundespsychotherapeutenkammer

https://www.bptk.de/beschwerden-und-schutz-vor-missbrauch/

Ethikverein e. V. – Ethik in der Psychotherapie

Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie

7.8 Zusammenfassung

Das Kapitel zeigt, dass Behandlungsqualität in der Psychotherapie mehrdimensional zu verstehen ist. Sie umfasst nicht nur Symptomreduktion und methodische Wirksamkeit, sondern auch diagnostische Sorgfalt, transparente Zielklärung, eine tragfähige therapeutische Beziehung, professionelle Grenzwahrung, Aufklärung, Dokumentation und den reflektierten Umgang mit unerwünschten Entwicklungen. Behandlungsfehler und Grenzverletzungen sind daher nicht allein als individuelle Fehlhandlungen zu betrachten, sondern im Zusammenspiel von therapeutischer Beziehung, institutionellen Rahmenbedingungen, rechtlichen Vorgaben und Beschwerdemöglichkeiten einzuordnen.

8 Forschungsmethodik

Angesichts der methodischen Herausforderungen, die mit der Untersuchung eines hoch polarisierten und zugleich schwer zugänglichen Forschungsfeldes einhergehen, kommt der Offenlegung des methodischen Vorgehens in der vorliegenden Studie besondere Bedeutung zu. Das folgende Kapitel dokumentiert daher das der Untersuchung zugrundeliegende Forschungsverständnis, das gewählte Design sowie die konkrete Durchführung von Erhebung, Auswertung und Qualitätssicherung. Damit soll die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der im weiteren Verlauf des Buches vorgestellten Rekonstruktionen und Befunde gewährleistet werden.

8.1 Forschungsparadigmatische Verortung

Das vorliegende Forschungsprojekt ist im Paradigma der qualitativ-rekonstruktiven Sozialforschung verortet. Dieses Paradigma geht davon aus, dass soziale Wirklichkeit nicht als objektiv gegebene, von den Handelnden unabhängige Struktur existiert, sondern in sozialen Interaktionen sinnhaft hervorgebracht, interpretiert und stabilisiert wird (Berger & Luckmann, 1966; Blumer, 1969). Qualitative Forschung richtet sich dementsprechend auf die Rekonstruktion dieser Sinnzusammenhänge. Sie fragt primär danach, wie soziale Akteur*innen ihre Erfahrungen deuten, ordnen und in biografische sowie institutionelle Kontexte einbetten (Rosenthal, 2015; Flick, 2000; Kraimer, 2000; Krell & Lamnek, 2024; Flick et al., 2012). Zentral ist dabei ein interpretatives Verständnis von Sozialforschung: Empirisches Material – seien es Interviewtranskripte, Dokumente oder Beobachtungsprotokolle – wird nicht als unmittelbarer Zugang zu »Fakten« behandelt, sondern als Ausdruck sozialer Deutungs- und Herstellungsprozesse. Aussagen gelten somit als kommunikative Hervorbringungen, die in spezifischen Interaktionskontexten entstehen. Die Aufgabe der Forschung besteht folglich in der methodisch kontrollierten Rekonstruktion dieser Hervorbringungsprozesse (Rosenthal, 2015; Oevermann, 1973).

Das Erkenntnisinteresse des Projekts richtet sich auf Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung und mit Beratung.[32] Psychotherapie und Beratung werden als

32 Unter den eingeschlossenen 17 Interviews berichtet nur eine Interviewpartnerin, Frau P (IV15), ihre Erfahrungen ausschließlich in einem Beratungsprozess (anstelle von Psychotherapie) gemacht zu haben. Eine andere Interviewpartnerin, Frau N (IV13), berichtet, dass Psychotherapie und Beratung parallel stattfanden. Wenn im Folgenden nur von Psychotherapie geschrieben wird, ist Beratung mitgemeint.

komplexe Interaktionspraxis verstanden, in der Deutungen von Krankheit, Biografie und Lebensrealität ausgehandelt, bestätigt oder transformiert werden. Die Studie zielt darauf, diese interaktiven Prozesse in ihrer Binnenlogik zu rekonstruieren. Besonderes Augenmerk liegt auf der Entwicklung, Übernahme, Modifikation oder Zurückweisung von Deutungen des Selbst, der Lebensgeschichte, Krankheit und Behandlung – im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt«.

Der rekonstruktive Zugang ermöglicht eine doppelte Perspektive: Einerseits werden subjektive Erfahrungsdarstellungen ernst genommen; andererseits werden sie analytisch daraufhin befragt, welche impliziten Orientierungen, Selbst- und Weltdeutungen sowie Interaktionsmuster sich in ihnen ausdrücken. Diese Perspektive schließt an die biografietheoretisch fundierte rekonstruktive Forschung an, wie sie insbesondere von Schütze (1983), Rosenthal (2002) und Rosenthal und Loch (2002) ausgearbeitet wurde. Biografische Darstellungen werden dabei nicht als unmittelbare Abbilder von Erfahrungen verstanden, sondern als rhetorisch strukturierte und sozial gerahmte Formen der Selbstbeschreibung (Koller, 1993, 2016). Dieses Verständnis ist unmittelbar anschlussfähig an die psychologische Forschung zu Gedächtnis und Erinnerung, die davon ausgeht, dass es sich bei Erinnerungen immer um eine Re-Konstruktion handelt, die auch von der gegenwärtigen Situation mitbestimmt wird, und nicht um einen simplen Abruf einer immer gleichen Information (vgl. Kapitel 5; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Zugleich knüpft die Studie an breitere Entwicklungen qualitativer Forschung in den Human- und Sozialwissenschaften an, die auch innerhalb der Psychologie zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Qualitative Zugänge werden dort vor allem eingesetzt, wenn subjektive Erfahrungsdimensionen, biografische Sinnkonstruktionen und soziale Deutungsprozesse im Mittelpunkt stehen (Mey & Mruck, 2020b).

Das Ziel des Projekts bestand im Herausarbeiten eines empirisch fundierten Modells der Behandlungsinteraktion im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt«, das die rekonstruierten Prozesse der Deutungsgenese in Behandlungs- und Beratungsprozessen theoretisch integriert. Im Umfeld der hoch polarisierten Debatte um »rituelle Gewalt« besteht der Beitrag dieses Forschungsprojekts darin, für wenige – aber ein solches Vorhaben dennoch bedeutende Anzahl – von Einzelfällen, mittels Interviews aus drei Perspektiven (direkt Betroffene, Angehörige und Fachpersonen) trianguliert mit Dokumenten der Kranken- und Behandlungsgeschichte sehr genau zu rekonstruieren, und damit verstehbar zu machen, wie sich zunächst die Überzeugung daran, »rituelle Gewalt« erlebt zu haben und weiter zu erleben sowie an einer Dissoziativen Identitätsstörung zu leiden, im Rahmen der Behandlung/Beratung entwickelt haben und wie und warum sich dann nach unterschiedlich langer Zeit, die Abkehr von dieser Überzeugung vollzogen hat.

8.1.1 Orientierung an der Grounded Theory

Als grundlegende Forschungshaltung wurde sich an zentralen Prinzipien der Grounded Theory orientiert. Die Grounded Theory wurde als forschungslogische Orientierung genutzt, die auf der Entwicklung einer gegenstandsverankerten Theorie aus dem empirischen Material abzielt (Glaser & Strauss, 1998; Rosenthal, 2015; Mey & Mruck, 2020a).

Wesentliche Prinzipien, die im Projekt leitend waren, sind:

Offenheit gegenüber dem Untersuchungsfeld: Vorab formulierte Hypothesen wurden nicht im Sinne zu prüfender Annahmen operationalisiert. Stattdessen wurden theoretische Vorüberlegungen als sensibilisierende Konzepte verstanden, die im Analyseprozess überprüft und weiterentwickelt werden konnten.

Zirkuläre Verschränkung von Datenerhebung und Auswertung: Die Analyse begann nicht erst nach Abschluss der Datenerhebung, sondern begleitete diese von Beginn an. Erste Codierungen und Interpretationen flossen in die weitere Auswahl von Interviewpartner*innen und die Interviewführung ein, ohne den weiteren Erhebungs- und Analyseprozess auf bereits entwickelte Lesarten festzulegen. Sie dienten dazu, neue Kontraste, abweichende Perspektiven und bislang nicht berücksichtigte Aspekte gezielt aufnehmen zu können.

Konstanter Vergleich: Interviews und Dokumente[33] wurden systematisch miteinander kontrastiert – sowohl innerhalb einer Akteursgruppe (z. B. Patient*innen untereinander) als auch gruppenübergreifend (Patient*innen, Angehörige, Fachpersonen). Ebenso wurden Interview- und Dokumentenmaterial vergleichend aufeinander bezogen.

Theoretisches Sampling: Die Auswahl weiterer Fälle orientierte sich an der Frage, welche Konstellationen zur weiteren Klärung und Ausdifferenzierung entstehender Kategorien beitragen konnten.

8.1.2 Rekonstruktive Logik, Codierung und methodologische Implikationen

Für das Forschungsprojekt wurde die Kombination einer rekonstruktiv orientierten, grounded-theory-inspirierten Analyselogik mit Elementen qualitativer Inhaltsanalyse verwendet. Dieser Ansatz ist methodologisch anschlussfähig und in der qualitativen Forschung etabliert (Ackermann, 2007; Mey & Mruck, 2020a). Während die Grounded-Theory-Methodologie primär auf die offene, materialnahe Entwicklung theoretischer

33 Wir verwenden einen weiten Dokumentenbegriff. Damit werden hier sowohl schriftliches Material (z. B. in Form von Therapieberichten) als auch Audio- und Videomaterial bezeichnet.

Konzepte und Kategorien sowie die iterative Verschränkung von Datenerhebung und -analyse zielt (Glaser & Strauss, 1998; Mey & Mruck, 2020a), stellt die qualitative Inhaltsanalyse ein systematisches Instrumentarium zur regelgeleiteten Strukturierung und transparenten Auswertung umfangreicher Textmaterialien bereit (Mayring, 2022; Kuckartz, 2018). Beide Ansätze teilen grundlegende Annahmen interpretativer Sozialforschung, insbesondere die Orientierung an einem am Material entwickelten Kategoriensystem und eine fortlaufende Überprüfung und Präzisierung von Kategorien im Analyseprozess. In der vorliegenden Studie wird die qualitative Inhaltsanalyse daher nicht als konkurrierendes Verfahren zur rekonstruktiven Analyse eingesetzt, sondern als methodische Ergänzung, die die Nachvollziehbarkeit, Vergleichbarkeit und Dokumentation der Codier- und Kategorienentwicklungsprozesse unterstützt.

Daraus ergeben sich spezifische methodologische Implikationen für die Untersuchung psychotherapeutischer und beraterischer Prozesse. Die methodologische Entscheidung für einen rekonstruktiven, grounded-theory-orientierten Zugang ist für den Untersuchungsgegenstand besonders bedeutsam. Psychotherapeutische und beraterische Prozesse sind durch klare Rollenzuschreibungen, asymmetrische Machtverteilung, professionelles Deutungswissen und institutionelle Rahmungen geprägt. Krankheits- und Problemnarrative entstehen nicht isoliert im Individuum, sondern im Zusammenspiel von biografischer Erfahrung, professioneller Expertise und dokumentierter Praxis. Ein deduktiver Zugang würde diesen komplexen Herstellungsprozessen nicht gerecht. Erst die rekonstruktive Analyse erlaubt es, die Genese bestimmter Deutungen – etwa hinsichtlich Diagnose, Symptominterpretation, Ursachenzuschreibungen und biografischem Erleben – in ihrer interaktiven Einbettung verstehbar zu machen.

Bei der vorliegenden Forschung handelt es sich um eine sozialwissenschaftliche Rekonstruktion von Bedeutungs- und Interaktionsstrukturen im Kontext psychotherapeutischer Behandlung und Beratung. Die methodologische Anlage trägt diesem Erkenntnisinteresse Rechnung, indem sie subjektive Erfahrungsberichte, professionelle Perspektiven und institutionelle Dokumente als unterschiedliche, aber miteinander verschränkte Ausdrucksformen sozialer Wirklichkeitskonstruktion analysiert, um so ein möglichst umfassendes Bild der Behandlungs- und Beratungsprozesse im Kontext »rituelle Gewalt« herauszuarbeiten.

8.2 Forschungsdesign, Untersuchungsgegenstand und Fragestellungen

8.2.1 Untersuchungsgegenstand und Erkenntnisinteressen

Wie in Kapitel 2 dargelegt, ist der Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« stark polarisiert. Im Zentrum stehen konträre Positionen, die entweder von der Existenz organisierter, ideologisch gerahmter Täternetzwerke (inkl. Annahmen zu »Programmierung«, Dissoziation/Amnesie und transgenerationalen Strukturen) ausgehen oder diese Annahmen grundsätzlich als Ergebnis suggestiver Prozesse in Therapie und Beratung zurückweisen. Die Auseinandersetzung ist moralisch aufgeladen und wird in Praxis- wie Fachöffentlichkeit nicht selten als »Glaubensfrage« verhandelt, wodurch differenzierte Analysen erschwert und professionelle Unsicherheiten verstärkt werden.

Die vorliegende Studie setzt bewusst jenseits der Wahrheits- bzw. Existenzfrage an. Das Erkenntnisinteresse liegt vor allem darauf, wie in konkreten Beratungs- und Behandlungsprozessen mit dem Deutungsrahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« gearbeitet wird, wie er für Betroffene subjektiv plausibel wird und welche Folgen diese Plausibilisierung für Selbstverständnis, Symptominterpretationen, Behandlungsfokus, Lebenspraxis und biografische Sinngebung hat. Ausgangspunkt sind Berichte von Personen, die im Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen und/oder Beratung begannen, sich als lebenslang von »ritueller Gewalt« Betroffene zu verstehen (häufig gekoppelt an Interpretationen über Dissoziative Identitätsstörung, amnestische Barrieren und fortdauernde Gewalt), diesen Deutungsrahmen später jedoch wieder verließen und entsprechende Behandlungen beendeten. Damit rückt ein empirisch besonders aufschlussreicher Verlauf in den Fokus: die Genese, Stabilisierung und spätere Revision des Narrativs »Rituelle Gewalt« innerhalb therapeutischer und beraterischer Praxis – und damit die »praktische Arbeit am Phänomen« unter Bedingungen epistemischer Unsicherheit und diskursiver Polarisierung. Um diese Prozesse mehrperspektivisch zu rekonstruieren und damit besser verstehen zu können, werden im Forschungsprojekt unterschiedliche Datenarten kombiniert: (1) Interviewtranskripte von narrativen Interviews mit Betroffenen, die den Deutungsrahmen »rituelle Gewalt« im Kontext von Behandlung/Beratung angenommen und später wieder verlassen haben, (2) Interviewtranskripte von narrativen Interviews mit Angehörigen als Akteur*innen, die den Prozess der Plausibilisierung, Stabilisierung und Revision mittragen, mitbeobachten oder konfliktiv verhandeln, sowie (3) Interviewtranskripte von narrativen Interviews mit Fachpersonen, die im Rahmen ihrer beruflichen Praxis Erfahrungen mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und entsprechenden Betroffenen gemacht haben, und (4) Dokumente, die Behandlung und Beratung dokumentieren (z. B. Verlaufs- und Abschlussdokumentationen, institutionelle Unterlagen, informelle Kommunikation zwischen Patient*innen und Therapeut*innen).

Der empirische Fokus der Studie liegt auf Beratungs- und Behandlungsverläufen, in denen die Selbst- oder Fremdbezeichnung »rituelle Gewalt« zu einem handlungsleitenden Deutungsrahmen bzw. Erklärungsmodell und später revidiert wurde. Aussagen über diese Verläufe sind daher von der allgemeinen Verwendung des Begriffs als Selbstbeschreibung Betroffener zu unterscheiden (vgl. Kapitel 11).

Im Zentrum des gesamten Forschungsprojekts steht die Fragestellung: Wie wird das Narrativ »Rituelle Gewalt« in Therapie- und Beratungsverläufen wirksam, bearbeitet, stabilisiert und revidiert – und welche Bedingungen, Praktiken und Konsequenzen lassen sich aus Betroffenen-, Angehörigen-, Fachpersonenperspektive sowie aus den Dokumenten rekonstruktiv und kategoriengeleitet herausarbeiten?

Im Forschungsprojekt werden drei Erkenntnisinteressen betrachtet: 1. Die Prozesslogik der Narrativbildung und -revision, 2. Die therapeutische bzw. beraterische Wissensproduktion und Interpretationsmacht (professionsethischer Fokus) und 3. Die diskursive Überformung individueller Erfahrung.

Die **zentrale Forschungsfrage zum ersten Erkenntnisinteresse** lautet: Welche Prozesse der Narrativgenese, -stabilisierung und -revision des Deutungsrahmens »rituelle Gewalt« lassen sich in Therapie- und Beratungsverläufen rekonstruieren, und wie variieren diese Prozesse zwischen Fällen?

Weitere Fragen zum ersten Erkenntnisinteresse lauten:

Bedingungen/Anlässe: Unter welchen biografischen, symptombezogenen und institutionellen Bedingungen wird der Deutungsrahmen »rituelle Gewalt« im Hilfeverlauf relevant und anschlussfähig?

Praktiken/Interaktionen: Welche professionellen und alltagspraktischen Bearbeitungsweisen (z. B. Validieren, Fokussieren, Explorieren, Absichern, Begrenzen) tragen zur Etablierung und Stabilisierung des Narrativs bei?

Konsequenzen: Welche Folgen werden in den Fällen für Selbst- und Symptominterpretation, Beziehungsgestaltung, Lebensführung und Hilfenutzung sichtbar?

Revision/Ausstieg: Welche Konstellationen, Irritationen, Konflikte oder Alternativrahmungen führen zur Infragestellung und Revision – und wie wird die Ablösung narrativ und praktisch vollzogen?

Vergleich/Typenbildung: Welche Typen von Verlaufsmustern lassen sich fallvergleichend herausarbeiten?

Die **zentrale Forschungsfrage zum zweiten Erkenntnisinteresse** lautet: Wie wird in Therapie/Beratung Wissen über »rituelle Gewalt« als Probleminterpretation hergestellt, dokumentiert und begründet – und welche Muster professioneller Positionierung und Grenzziehung zeigen sich im Umgang mit epistemischer Unsicherheit?

Weitere Fragen zum zweiten Erkenntnisinteresse lauten:

Interpretationspraktiken: Wie wird der Fall in Interviews und Dokumenten definiert (Symptome, Ursachen, Ziele, Risiken) und wie verändert sich diese Interpretation im Verlauf?

Legitimationen: Welche Wissensbestände, Diagnosen und Begründungen werden herangezogen, um Interpretationen zu stützen, zu relativieren oder offen zu halten?

Deutungsmacht und Aushandlung: Wie werden Interpretationsangebote zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen ausgehandelt?

Professionelle Grenzziehungen: Welche professionsethischen Spannungen (z. B. Validierung vs. Suggestibilitätsrisiko; Schutz vs. Autonomie; Exploration vs. Fixierung) werden sichtbar und wie werden sie bearbeitet?

Dokument-Narration-Kontrast: Wo zeigen sich systematische Differenzen zwischen Interviewnarrationen und Dokumenten – und was lässt sich daraus über institutionelle Bedingungen ableiten?

Die **zentrale Forschungsfrage zum dritten Erkenntnisinteresse** lautet: Wie werden individuelle Erfahrungen in Erzählungen und Dokumenten mithilfe diskursiver Motive des Narrativs »Rituelle Gewalt« strukturiert – und welche Funktionen erfüllt diese Rahmung in den Therapie- und Beratungsverläufen?

Weitere Fragen zum dritten Erkenntnisinteresse lauten:

Narrative Bausteine: Welche diskursiven Motive/Bausteine werden wie in individuelle Behandlungsgeschichten eingebaut?

Funktionen der Rahmung: Welche Funktionen erfüllt das Narrativ für Kohärenz, Sinngebung, Identitätsarbeit und Handlungsorientierung – und wann kippt diese Funktion?

Mehrperspektivität: Wie unterscheiden sich Rahmungen und Funktionszuschreibungen zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen?

Kontextualisierung durch Dokumente: Wie werden die diskursiven Motive in Dokumenten aufgegriffen, übersetzt oder ausgeblendet?

Polarisierung als Faktor: Wie wird die gesellschaftlich-professionelle Polarisierung in individuellen Erfahrungen wirksam?

Die genannten Forschungsfragen sind nicht als abschließend zu betrachten, da das Forschungsprojekt qualitativ-explorativ ausgerichtet ist. Es geht gerade darum, das Forschungsfeld anhand der erhobenen Daten kennenzulernen. Ein finales Abstecken anhand konkreter Fragestellungen würde mit der Gefahr einhergehen, die Offenheit des Forschungsvorgehens zu konterkarieren, indem das Forschungsfeld bereits vorab determiniert würde. Insofern dienten die genannten Forschungsfragen der Orientierung im Sinne offener Leitfragen, die im Verlauf des Projekts weiter ausdifferenziert wurden.

Gleichzeitig wurde durch die Mitarbeitenden eine Haltung eingenommen, sich von den Daten leiten und überraschen zu lassen (Keller, 2011).

Um die Behandlungsinteraktion in ihrer sozialen Komplexität erfassen zu können, wurde ein mehrperspektivisches Design gewählt. Es wurden narrative Interviews geführt mit: ehemaligen Patient*innen (direkt Betroffene), Angehörigen (mittelbar Betroffene) und Fachpersonen.

Ergänzend wurden behandlungsbezogene Dokumente erhoben, darunter Klinikberichte, Therapieverlaufsdokumentationen sowie schriftliche Kommunikation zwischen Patient*innen und Therapeut*innen. Diese Kombination unterschiedlicher Akteurs- und Materialperspektiven dient der analytischen Kontrastierung und Kontextualisierung. Dokumente werden dabei nicht als objektive Korrekturinstanz verstanden, sondern als eigenständige soziale Produkte mit spezifischer institutioneller Logik (Hoffmann, 2018; Wolff, 2012).

8.2.2 Stichprobe und Materialbasis

Die Rekrutierung der Interviewpartner*innen wurde als opportunistische Stichprobe realisiert, indem Teilnehmende über bestehende Kontakte des Forschungsteams sowie über einschlägige Facheinrichtungen gewonnen wurden. Dabei wurde sich am Prinzip des theoretischen Samplings orientiert. Aus dem Pool potenzieller Interviewpartner*innen wurden tatschliche Gesprächspartner*innen so ausgewählt, dass sie im Hinblick auf vermutlich relevante Dimensionen (z. B. Behandlungssetting, Diagnosekontexte, Verlaufserfahrungen, Konfliktkonstellationen) und Fragestellungen kontrastierende Perspektiven ermöglichen (Glaser & Strauss, 1998; Flick, 2000; Kraimer, 2000; Mey & Mruck, 2020a). Die Auswahl wurde im Verlauf der Analyse fortlaufend angepasst, um entstehende Kategorien weiter auszudifferenzieren und zu versuchen, sie theoretisch zu saturieren.

Die Datenerhebung für die vorliegende Studie erstreckte sich über den Zeitraum von Dezember 2023 bis April 2025, wobei die teils parallel laufende Auswertung des Interview- und Dokumentenmaterials bis September 2025 erfolgte. Insgesamt umfasst die Stichprobe 17 Interviews, wobei die Interviews mit zehn ehemaligen Patient*innen einer Psychotherapie bzw. Beratung (direkt Betroffene) den Kern der Untersuchung bilden. Von ihnen stammen jeweils fünf aus Deutschland und fünf aus der Schweiz. Innerhalb dieser Gruppe identifizieren sich neun Personen als weiblich. Ihr Alter zum Zeitpunkt der Erhebung bewegte sich zwischen 26 und 70 Jahren (M = 39 Jahre). Sechs von ihnen wurden von Frauen, drei von Männern und eine von einer diversen Person behandelt, darunter vier Fachärzt*innen für Psychiatrie, ein Fachärzt*in für Neurologie, drei psychologische Psychotherapeut*innen sowie ein Heilpraktiker*in für Psychotherapie. Weiter umfasst die Stichprobe drei Angehörige (mittelbar Betroffene), von denen zwei aus Deutschland und eine aus der Schweiz stammen. Zwei der Angehörigen sind

Vater eines Betroffenen, eine ist Mutter einer Betroffenen. Darüber hinaus wurden vier Interviews mit Fachpersonen geführt. Darunter eine Psychologische Psychotherapeutin, eine Fachärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein ehemaliges Mitglied eines Betroffenenrats. Von den Fachpersonen stammen zwei aus Deutschland, eine aus der Schweiz, eine aus Österreich. Die Tabellen 2 bis 4 geben einen Überblick über soziodemografische Daten sowie Behandlungssettings.

Tabelle 2: Übersicht direkt Betroffener: Soziodemografische Daten, Behandlungssettings und zusätzliche Dokumente (n = 10)

Interview	Geschlecht	Alter	Geschlecht behandelnde Indexperson[34]	Berufsqualifikation behandelnde Indexperson	Land	Dokumente
1	w	39	m	Facharzt Psychiatrie/ Psychotherapie	CH	ja
3	m	50	m	Facharzt Psychiatrie	CH	nein
4	w	42	w	Fachärztin Psychiatrie	CH	nein
6	w	34	w	Psychologische Psychotherapeutin	CH	ja
9	w	30	w	Fachpsychologin Psychotherapie	CH	ja
10	w	27	m	Heilpraktiker Psychotherapie	DE	ja
12	w	27	div	Psychologische*r Psychotherapeut*in	DE	ja
13	w	47	w (T & B)*	Fachärztin Neurologie, Fachärztin Psychiatrie/Psychotherapie	DE	nein
15	w	70	w (B)*	Psychologische Psychotherapeutin	DE	ja
16	w	26	w	Klinik/Station: mehrere Berufsgruppen	DE	ja
Gesamt	w: 9 m: 1		w: 6 m: 3 div: 1		CH: 5 DE: 5	mit: 7 ohne: 3

Anmerkungen: Geschlecht: Angabe der Geschlechtsidentität. Land: CH = Schweiz, DE = Deutschland. Dokumente: »ja« kennzeichnet Interviewpartner*innen, bei denen zusätzlich zu den Interviews ergänzende Dokumente in die Analyse einbezogen wurden; *(T&B) = Therapeutin und Beraterin; (B) = Beraterin.

34 Mit Indexbehandlung, -therapie oder -beratung ist jeweils der Behandlungs- oder Beratungsprozess gemeint, in dem das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Eingang fand und der im Zentrum der Studie stand. Als behandelnde Indexperson wird jene Person bezeichnet, die diese Behandlung vorrangig durchführte.

Tabelle 3: Übersicht mittelbar Betroffener: Soziodemografische Daten und zusätzliche Dokumente (n = 3)

Interview	Art Betroffenheit	Geschlecht	Land	Dokumente
2	mB	w (w)	CH	ja
7	mB	m (m)	DE	nein
8	mB	m (m)	DE	nein
Gesamt	3	w: 1 m: 2	CH: 1 DE: 2	mit: 1 ohne: 2

Anmerkung: Geschlecht: Die Angaben vor der Klammer bezieht sich auf die Geschlechtsidentität der interviewten Person, die Angabe in der Klammer auf die direkt betroffene Person. Land: CH = Schweiz, DE = Deutschland. Dokumente: »ja« kennzeichnet Interviewpartner*innen, bei denen zusätzlich zu den Interviews ergänzende Dokumente in die Analyse einbezogen wurden.

Tabelle 4: Übersicht Fachpersonen: Soziodemografische Daten und zusätzliche Dokumente (n = 4)

Interview	Art Betroffenheit	Geschlecht	Land	Dokumente
5	FP	w	CH	nein
11	FP	w	DE	nein
14	FP	w	DE	ja
17	FP	w	Ö	nein
Gesamt	4	w: 4 m: 0	CH:1 DE: 2 Ö: 1	mit: 1 ohne: 3

Anmerkung: Geschlecht: Angabe der Geschlechtsidentität. Land: CH = Schweiz, DE = Deutschland, Ö = Österreich. Dokumente: »ja« kennzeichnet Interviewpartner*innen, zu deren Behandlungsverlauf zusätzlich zu den Interviews ergänzende Dokumente in die Analyse einbezogen wurden.

Die Interviews hatten eine minimale Länge von 1:46 Stunden und dauerten maximal 10:00 Stunden. Die Interviews mit Fachpersonen fielen mit einer durchschnittlichen Dauer von 3:01 Stunden am kürzesten aus, während die Gespräche mit Angehörigen im Mittel 4:46 Stunden dauerten. Die Interviews mit den direkt Betroffenen dauerten im Durchschnitt 5:22 Stunden. Aufgrund des Umfangs, der biografischen Komplexität und vor allem der Belastung wurden diese Gespräche teilweise an mehreren Tagen und unter Einplanung von Pausen durchgeführt. Insgesamt beläuft sich das Audiomaterial aus den Interviews mit direkt Betroffenen auf ca. 54 Stunden.

Zusätzlich zu den Interviews konnten weitere Dokumente erhoben und ausgewertet werden, um die Behandlungs- und Beratungsprozesse besser zu verstehen. Die Art

und der Umfang der zusätzlichen Dokumente variierten dabei stark. Es handelt sich hierbei vorwiegend um Klinik- und Entlassberichte, Therapieverlaufsberichte und Sitzungsdokumentationen, diagnostische Stellungnahmen sowie schriftliche, informelle Kommunikation zwischen Patient*innen und Therapeut*innen. Es liegen aber beispielsweise auch psychiatrische Gutachten, Auskunftsberichte von Therapeut*innen gegenüber anderen Institutionen sowie Dokumente aus Strafverfahren vor. Die meisten Dokumente sind schriftlicher Art. In einem Fall liegen aber auch Audio- und Videoaufnahmen von Therapiesitzungen vor. Eine Übersicht über die Art der Dokumente findet sich in Tabelle 5, S. 190.

Da die Dokumente interviewbezogen sind, war es möglich, narrative Selbstdeutungen mit institutionellen Verschriftlichungen desselben Behandlungsverlaufs in Beziehung zu setzen. Die Auswahl der Dokumente erfolgte nicht im Sinne einer Vollständigkeit aller jemals produzierten Unterlagen, sondern in Abhängigkeit von Zugänglichkeit, Einwilligung der Interviewpartner*innen und forschungspraktischen Rahmenbedingungen. Diese Selektivität wurde im Analyseprozess reflektiert.

Bei acht der 17 Interviews wurde zusätzliches Material in Form von Audio-, Video- oder Schriftdokumenten in die Analyse mit einbezogen. Zu drei Interviews liegen mehr als 100 Seiten zusätzlicher Dokumente aus unterschiedlichen Quellen vor, während zu drei anderen Interviews je eine mittlere Dokumentenmenge (z. B. mehrere Entlassberichte oder Video- und Audioaufnahmen aus Sitzungen) zur Verfügung steht. Zwei weitere Interviews können durch wenige Dokumente ergänzt werden. Hierbei handelt es sich um Screenshots von kurzen Kommunikationssequenzen zwischen Patient*innen und Therapeut*innen.

Trotz der Möglichkeit, weitere Teilnehmende zu rekrutieren, wurde die Anzahl der Interviewpartner*innen aufgrund der Reichhaltigkeit und Dichte des vorliegenden Interview- und Dokumentenmaterials begrenzt und die Rekrutierung nach 17 Interviews bewusst eingestellt (Schreier, 2020). Es zeigte sich außerdem, dass neu hinzukommendes Material kaum substanziell neue Kategorien generierte, sondern bestehende Kategorien lediglich weiter illustrierte oder geringfügig variierte. Dieser Zustand war dem der theoretischen Sättigung im Sinne der Grounded-Theory-Logik nahe.

Während die daraus resultierende Selektivität der Stichprobe als methodische Limitation reflektiert werden muss, ist die Gesamtzahl der Fälle für eine qualitativ-rekonstruktive Studie in diesem spezifischen und schwer zugänglichen thematischen Kontext als beachtlich einzustufen.

Tabelle 5: Art und Umfang der zusätzlichen Dokumente

Art des Dokuments	Häufigkeit und Länge
Entlassberichte (stationär/teilstationär)	15 (2-29 S.)
Mailkontakte (Therapeut*in - Patientin)	2 (10-20 S.)
Mailkontakte Fachpersonen	8 (1-2 S.)
Arztberichte	5 (2-4 S.)
Therapieberichte (ambulant)	4 (2-9 S.)
Gefährdungsmeldungen	4
WhatsApp-Verläufe (Therapeut*in - Patientin)	3 (2-650 S.)
WhatsApp-Verlauf (Therapeutin - Polizei)	1
Aufnahmeberichte (stationär)	3 (2-5 S.)
Andere Berichte	3 (1-35 S.)
Psychiatrische Gutachten	3 (20-77 S.)
Unterlagen zur Klinikaufnahme	2 (2-10 S.)
Abschlussberichte (ambulant)	2 (2-3 S.)
Korrespondenz mit und Unterlagen zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen	6 (1 -11 S.)
Therapieverlaufsdokumentationen (stationär)	1 (26 S.)
Therapieverlaufsdokumentation (ambulant)	1 (99 S.)
Entscheid (über Klage gegen Fürsorgerische Unterbringung[35])	1 (10 S.)
Ermittlungsbericht der Polizei	1 (34 S.)
Screenshots einer Online-Therapiesitzung	1 (5 S.)
Weitere schriftliche Dokumente	8 (1-7 S.)
Audioaufnahmen von Therapiesitzungen	2 (1h 6 min - 1h 20 min)
Videoaufnahmen aus Therapiesitzungen[36]	2 (2-35 min)

Anmerkung: Nicht alle vorliegenden Dokumente waren für den Forschungskontext relevant. Bei 8 der 17 untersuchten Behandlungsverläufe wurden zusätzliche Dokumente in die Analyse einbezogen: zu den Interviews 2, 6 und 9 lag eine große Menge an Dokumenten vor, zu den Interviews 1, 10 und 16 lag eine mittlere Menge an Dokumenten vor und zu den Interviews 12 und 15 lagen wenig Dokumente vor, die einbezogen werden konnten.

35 Eine Fürsorgerische Unterbringung (FU) ist eine freiheitsentziehende Zwangsmaßnahme im Erwachsenenschutzrecht der Schweiz.

36 Die analysierten Videos wurden im Rahmen der Behandlung vom Therapeuten zum Zweck aufgenommen, dass ein anderer Persönlichkeitsanteil sich den Inhalt der Therapiesitzung ansehen könne.

8.3 Narrative Interviews

8.3.1 Begründung des narrativen Interviewverfahrens und analytische Relevanz von Textsorten

Für die Rekonstruktion psychotherapeutischer und beraterischer Hilfeprozesse mit Fokus auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« wurde das narrative Interview als zentrales Erhebungsverfahren gewählt. Dieses Verfahren, maßgeblich ausgearbeitet von Schütze (1983) sowie im Kontext biografischer Fallrekonstruktion weiterentwickelt von Rosenthal (2002), zielt darauf, möglichst freie Erzählungen eigenerlebter Lebensgeschichte hervorzurufen, die von den Relevanzsetzungen der Erzählenden selbst geprägt sind. Der methodische Kern des narrativen Interviews liegt in der Annahme, dass Befragte nach einer offenen Erzählaufforderung Ereignisse in eigener zeitlicher Ordnung und mit eigenen handlungslogischen Bezügen darstellen. Folglich sind biografische Erzählungen nicht als unmittelbare Abbildungen vergangener Ereignisse zu verstehen, sondern als soziale Konstruktionen, in denen individuelle Erfahrungen im Lichte gesellschaftlicher Deutungsmuster interpretiert und dargestellt werden (Schütze, 1983; Rosenthal, 2015). Biografische Narrative verweisen zugleich auf persönliche Erfahrungen und auf gesellschaftliche Strukturierungen von Lebensverläufen (Schütze, 1981; Langer & Ahmad, 2018). Lebensgeschichten werden hier als zeitlich strukturierte Verläufe verstanden, in denen Erfahrungen gedeutet, geordnet und in einen biografischen Zusammenhang gebracht werden (Schütze, 1981, 1983; Rosenthal, 2015). Biografisierung meint insofern eine sinn- und ordnungsbildende Leistung des Subjekts, in der Erlebtes rückblickend verbunden, gewichtet und verstehbar gemacht wird (Marotzki, 2012). Für das Forschungsprojekt ist dies besonders relevant, weil sich die Genese, Stabilisierung und Revision des Narrativs »Rituelle Gewalt« als Verlaufsgeschehen rekonstruieren lassen, in dem sich Selbstdeutungen, Relevanzsetzungen und die Einordnung der eigenen Vergangenheit verschieben. Narrative Interviews sind hierfür ein geeigneter Zugang, weil sie lebensgeschichtliche Darstellungen in ihrer zeitlichen Struktur erfassbar machen und damit auch Veränderungen biografischer Deutungen sichtbar werden lassen (Schütze, 1983; Rosenthal, 2002; Langer & Ahmad, 2018). Mithilfe des narrativen Interviews entsteht ein Materialtyp, der nicht lediglich thematische Aussagen enthält, sondern Verlaufsperspektiven sichtbar macht. Für das vorliegende Projekt ist diese Prozessdimension zentral. Psychotherapeutische Behandlung und Beratung vollzieht sich über Zeit hinweg, in wiederholten Interaktionen, unter Bedingungen institutioneller Rahmung und asymmetrischer Rollenverteilung. Die Behandlungsgeschichte und die Selbstdeutungen der Patient*innen im Allgemeinen sowie die Genese, Stabilisierung und spätere Revision des Narrativs »Rituelle Gewalt« im Besonderen, lassen sich nicht isoliert als Einzelereignisse verstehen, sondern müssen als Verlaufsgeschehen im Rahmen der Biografie rekonstruiert werden. Das narrative Interview ermöglicht es, solche Verlaufsstrukturen aus der Perspektive der Beteiligten zu erfassen (Schütze, 1981).

Im Unterschied zu leitfadengestützten, stark strukturierenden Interviewformen eröffnet das narrative Verfahren einen Raum, in dem Relevanzsetzungen primär durch die Interviewten selbst erfolgen. Die Durchführung erfolgt normalerweise in drei Schritten: zunächst werden Interviewpartner*innen möglichst offen eingeladen, ihre Lebensgeschichte mit allen für sie relevanten Ereignissen von Beginn bis zum Ende zu erzählen. Neben der Erzählung können narrative Interviews auch Beschreibungen und argumentative Passagen enthalten. Das narrative Interview zeichnet sich durch eine zunächst passive Rolle der interviewenden Person aus, die eine zurückhaltende, zuhörende Haltung einnimmt, nicht eingreift und nur über Blickkontakt, Nicken und bestätigende Laute, wie »mh« und »ja« die erzählende Person ermutigt, weiterzusprechen. Erst nach Abschluss der Haupterzählung folgen zunächst offene ebenfalls erzählgenerierende Nachfragen, z. B. zur weiteren Ausführung von Lebensphasen, Präzisierung von Unklarheiten und Prozessverläufen. Erst abschließend werden geschlossenere Fragen und solche, die Interviewpartner*innen zu Abstraktionen, Begründungen und theoretischen Einordnungen ihrer Erlebnisse anregen, gestellt (Schütze, 1983; Rosenthal & Loch, 2002; Mey & Mruck, 2020c; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002).

Die Auswertung solcher narrativer Erzählungen erfolgt in der qualitativen Forschung über interpretative Verfahren, die die Struktur der Erzählungen sowie die darin enthaltene Sinngebung rekonstruieren. Dadurch wird sichtbar, welche Ereignisse als bedeutsam erinnert, welche Interaktionen als Wendepunkte markiert und welche Deutungen retrospektiv stabilisiert werden (Hermanns, 1992; Schütze, 1983; Lucius-Hoene, 2020).

Die Entscheidung für das narrative Interview ist eng mit der inhaltlichen Zielsetzung des Projekts verknüpft. Die Rekonstruktion der Behandlungs- und Beratungsprozesse im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« lassen sich nicht auf explizite Interviewaussagen reduzieren. Vielmehr müssen, um ein Verständnis davon zu erlangen, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« Einzug in diese Prozesse erhalten und darin wirkmächtig werden konnte, Verschiebungen von Selbstbeschreibungen, Übernahme diagnostischer Terminologie oder retrospektive Umdeutungen biografischer Ereignisse in die Betrachtung eingeschlossen werden. Im Rahmen der Auswertung wurden solche Dynamiken nicht mittels formaler Sequenzanalyse rekonstruiert, sondern über eine systematische Codierung des Interviewmaterials und den fallbezogenen Vergleich herausgearbeitet. Analysiert wurde insbesondere, ob und wie bestimmte Krankheitsdeutungen vor Beginn der Therapie bereits vorhanden waren, wie therapeutische Interpretationsangebote im Verlauf aufgegriffen, modifiziert oder zurückgewiesen wurden und welche Rolle dabei institutionelle Rahmungen und dokumentierte Verlaufsdarstellungen spielen. Das narrative Interview fungiert damit als Datenerhebungsinstrument, das eine rekonstruierende Analyse biografischer und z. T. institutioneller Sinnbildungsprozesse ermöglicht und zugleich eine fallbezogene Exploration der Bedingungen von Deutungsübernahme und -wandel unterstützt.

Im Anschluss an die narrationsanalytische Tradition wird zwischen erzählenden und argumentativen bzw. kommentierenden Passagen unterschieden (Schütze 1983;

Rosenthal 2002). Während narrative Sequenzen konkrete Situationen, Interaktionen und zeitliche Abläufe rekonstruieren, enthalten argumentative Passagen häufig nachträgliche Bewertungen, Rahmungen und theoretisierende Selbstdeutungen (Hermanns, 1992). Für die Analyse war diese Unterscheidung von der Erzählung konkret erlebter Situationen und nachträglichen Deutungsprozessen von Bedeutung, weil sich an ihr die Genese, Stabilisierung und mögliche Revision des Narrativs »Rituelle Gewalt« als Deutungsrahmen der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte nachvollziehen lässt. So kann etwa sichtbar werden, wie zunächst situativ erzählte Irritationen, diffuse Ängste oder Beziehungskonflikte im weiteren Erzählen schrittweise in eine kohärente Gesamtdeutung eingebunden werden, wie diese Deutung sprachlich abgesichert und plausibilisiert wird – oder auch, unter welchen Bedingungen Brüche, Ambivalenzen und Umdeutungen auftreten. Die Differenz zwischen erzählter Situation und nachträglicher Kommentierung eröffnet damit einen Zugang zu Transformationsprozessen der Selbst- und Wirklichkeitsdeutung. Vor dem Hintergrund des polarisierten Diskurses um das Narrativ »Rituelle Gewalt«, mit dem sich alle Interviewpartner*innen bereits vor dem Interview mehr oder weniger stark auseinandergesetzt hatten[37], erhalten die potenzielle Veränderlichkeit sowie die konkrete Veränderung von biografischer und Krankheitsdeutung eine besondere Bedeutung für die Analyse. Schließlich ist ein Großteil der erzählten Erfahrungen der direkt Betroffenen von massiven Veränderungen in der Deutung geprägt: Es handelt sich um Personen, die in einer Psychotherapie bzw. Beratung die Vorstellung entwickelt haben, Betroffene »ritueller Gewalt« zu sein, einen gewissen Zeitraum (Monate bis Jahre) davon ausgegangen sind, dass dies ihrer Lebensrealität entspricht, dann aber die Deutung, Betroffene »ritueller Gewalt« zu sein, zurückgewiesen haben, sich aus der Beratung/Behandlung gelöst haben und mittlerweile davon ausgehen, dass sie nie »rituelle Gewalt« erlebt hätten. Entsprechend wurde im Analyseprozess darauf geachtet, narrative Sequenzen in ihrer Binnenstruktur zu rekonstruieren und sie nicht mit argumentativen Selbstinterpretationen gleichzusetzen.

8.3.2 Durchführung der Interviews

Der Erstkontakt zu den potenziellen Interviewteilnehmenden fand in der Regel per E-Mail statt. Den Interessierten wurde die Informierte Einwilligung[38] zugeschickt und sie wurden gebeten, diese sorgfältig zu lesen. In Vorbereitung auf die Interviews wurde dann meist ein telefonisches Aufklärungsgespräch zur Thematik sowie der Art des Interviews geführt und Fragen zur Informierten Einwilligung besprochen.

37 Dies wurde bereits in der Vorbereitungsphase der Interviews deutlich und war in allen Interviews Teil der spontanen Erzählungen.

38 Das Einwilligungsformular ist Teil eines wissenschaftlichen Anhangs, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862).

Zu Beginn des Termins der Interviewdurchführung wurde zunächst die psychische Belastung abgefragt ebenso wie, ob sich die Person interviewfähig fühlt. Ein Verneinen hätte zu einem Abbruch des Interviews und dem Hinweis auf Hilfestellen geführt.

Vor der, für narrativ-biografische Interviews typischen Erzählaufforderung, wurden die Interviewpartner*innen einleitend gefragt, was ihnen zur Thematik von in Therapien und Beratungen besprochenen belastenden Kindheitserlebnissen vorab wichtig ist loszuwerden und was sie motiviert habe, an dem Interview teilzunehmen. Hintergrund hierzu ist der polarisierte Diskurs. Anliegen des Forschungsteams war es, den Teilnehmenden eine Möglichkeit zu geben, ihre Haltung und Positionierung im diskursiven Feld vorab loszuwerden, um die folgende Lebenserzählung befreiter davon gestalten zu können. Dieses Vorgehen erschien angemessen, da sich nach der ersten Kontaktaufnahme und der Phase der Interviewanbahnung bei vielen Interviewpartner*innen unmittelbar eine starke Haltung zum Diskurs zeigte (z. B. »es braucht bessere Aufklärung«, »eine solche Behandlung richtet großen Schaden an«; »niemandem soll das passieren, was mir passiert ist«).

Die Interviews wurden als biografisch-narrative Gespräche gestaltet. Mit der Erzählaufforderung wurden die Interviewpartner*innen gebeten, ihre Lebensgeschichte zu erzählen und sich dafür Zeit zu nehmen. Durch eine vorangestellte Einleitung wurde der Fokus innerhalb der Lebensgeschichte, nämlich das Thematisieren von belastenden Kindheitserfahrungen in Beratung und Therapie als besonderes Interesse der Forschenden markiert. Die Erzählaufforderung lautete:

Wir haben schon darüber gesprochen, dass wir uns im Forschungsprojekt für traumatische Kindheitsereignisse interessieren, die in Therapien und Beratungen besprochen werden. Wir wollen dies im Gesamtzusammenhang ihrer Lebensgeschichte zu verstehen versuchen. Wir sind also interessiert an Ihrer Lebensgeschichte und Ihrer Sicht der Dinge. Nur vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte und Ihrer Behandlungserfahrung können wir einen Eindruck davon bekommen, welchen Stellenwert diese Erfahrungen für Sie gehabt haben und weiter haben. Ich möchte Sie jetzt bitten, mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen – gern ausführlich, mit allem, was Ihnen einfällt. Dafür haben Sie viel Zeit. Ich zeichne das Gespräch auf mache mir aber dennoch hin und wieder Notizen, um später nachzufragen. Jetzt dürfen aber erst einmal Sie ganz ungestört erzählen.

Wie für narrative Interviews üblich, wurde während der Haupterzählung bewusst auf Nachfragen oder thematische Lenkungen verzichtet. Die Teilnehmenden wurden im Rahmen der Anbahnungsphase von den Mitarbeitenden darauf hingewiesen, dass die Redelast zunächst eindeutig bei ihnen liege und das ein Nicht-Nachhaken und Nicht-Unterbrechen nicht als Desinteresse fehlgedeutet werden sollte. Die Erzählungen der Teilnehmenden wurden nonverbal vor allem durch Nicken und Blickkontakt sowie verbal durch »ja« und »mh« unterstützt. Erst nach Abschluss der freien Erzählung wurden erzählgenerierende Nachfragen gestellt, die an zuvor erwähnte Situationen, Lebensphasen oder Ereignisse anknüpften. Dabei wurde – in Orientierung an Rosenthal

(2002) – darauf geachtet, Fragen zu stellen, die erneute narrative Konkretisierung ermöglichen. In dieser Interviewphase wurden neben Lebensphasen auch folgende für das Forschungsprojekt besonders aufschlussreiche thematische Felder noch einmal oder erstmalig angesteuert: psychische Gesundheit, Behandlungs- und Therapieerfahrung, das Auftauchen des Themas Gewalt in der Kindheit bzw. des Themas »rituelle Gewalt« (wenn es denn bereits so genannt wurde), das therapeutische Bearbeiten des Themas Gewalt in der Kindheit (bzw. »ritueller Gewalt«). Auch der Prozess der Übernahme der Deutung, Betroffene »ritueller Gewalt« zu sein, sowie die Revision dieser Deutung wurden mittels erzählgenerierender Nachfragen erhoben. Nach den erzählgenerierenden Fragen wurden Fragen zur Bewertung des Geschehens aus heutiger Sicht, Zukunftsperspektive und zu biografischen Daten angeschlossen. Das Interview wurde mittels der Frage beendet, wie belastet sich die Interviewpartner*innen nun fühlten. Wenn nötig wurde als Reaktion auf die Antwort noch einmal auf die zuvor besprochenen Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen.

Da belastende Kindheitsereignisse sowie psychotherapeutische Erfahrungen häufig mit Leidenszuständen, Krisen und konflikthaften Beziehungserfahrungen verbunden sind, stellt das Feld besondere Anforderungen an die Interviewführung. Aufgrund dieser psychischen Belastung wurde auf eine sensible Gesprächsführung geachtet. Im Anschluss an Rosenthal (2002) wurde das Spannungsfeld zwischen forschender Distanz und responsiver Gesprächsführung stets reflektiert. Zentrale Prinzipien waren: eine Transparenz über Ziel und Rahmen des Interviews, die Freiwilligkeit und jederzeitige Abbruchmöglichkeit, ein achtsamer Umgang, insbesondere mit emotional belastenden Passagen sowie eine klare Abgrenzung des Interviews von einem therapeutischen Setting.

Mit den Interviewpartner*innen wurde vorab besprochen, dass das Erzählen biografischer Erfahrungen entlastende und/oder auch irritierende und aufwühlende Effekte haben kann. Im Aufklärungsgespräch über das Interview wurden mögliche Belastungen durch das Interview angesprochen sowie allgemeine und individuelle Unterstützungsmöglichkeiten besprochen. Im Einwilligungsformular sind die Telefonnummern von Hilfsangeboten bei psychischer Belastung aufgeführt. Darüber hinaus wurden Interviewpartner*innen aufgefordert, in das Einwilligungsformular konkrete Personen und/oder Stellen einzutragen, die sie im Falle einer Belastung durch das Interview kontaktieren könnten und würden. Für diejenigen, für die Suizidgedanken ein Thema waren, wurde ein zusätzliches Formular, ein Krisenplan[39], besprochen und ausgefüllt.

Die Interviews mit Angehörigen und Fachpersonen folgten demselben Grundprinzip, wurden jedoch an die jeweilige Rolle der Interviewpartner*innen angepasst. So wurden Angehörige gebeten, die Lebensgeschichte ihrer Familienmitglieder zu erzählen. Bei

39 Der Krisenplan ist Teil eines wissenschaftlichen Anhangs, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862).

Interviews mit Angehörigen wurden die Wahrnehmungen von Veränderungen des*der Patient*in, Konflikte, Deutungsverschiebungen und Konsequenzen für die behandelte Person, aber auch das familiäre Umfeld thematisiert. Bei Fachpersonen lag der Fokus auf der Berufsbiografie sowie auf Erfahrungen in der Behandlung von Patient*innen mit »Ritueller-Gewalt-Problematik«. Auch mit Fachpersonen wurden konkrete Interaktionssituationen, aber auch Entscheidungsprozesse und die professionelle Auseinandersetzung mit der Thematik und dem Diskurs »rituelle Gewalt« angesteuert.

Alle Interviews wurden audioaufgezeichnet und vollständig transkribiert. Dafür wurde die Software F4 zu Hilfe genommen (Dresing & Pehl, 2024). Es wurde ein erweitertes inhaltlich-semantisches Transkriptionssystem zugrunde gelegt (Dresing & Pehl, 2020). Die Transkriptionen der Interviews bildeten die Grundlage der rekonstruktiven Analyse.

8.4 Methodologische Einordnung und Analyse der Dokumente

Ergänzend zu den narrativen Interviews wurden behandlungs- bzw. beratungsbezogene Dokumente in die Untersuchung einbezogen. Damit wird die Behandlungs- bzw. Beratungsinteraktion nicht nur aus subjektiven Erfahrungsdarstellungen, sondern zugleich auch aus institutionell gerahmten Verschriftlichungen rekonstruiert.

8.4.1 Dokumente als soziale Artefakte und institutionelle Produkte

Dokumente werden in der qualitativen Forschung nicht als neutrale Informationsquellen verstanden, sondern als sozial produzierte Artefakte, die in spezifischen organisationalen und institutionellen Kontexten entstehen und bestimmten kommunikativen Funktionen folgen (Wolff, 2012; Hoffmann, 2018). Sie sind als Spuren sozialer Praxis zu begreifen: Sie verweisen auf vergangene Handlungen, Entscheidungen und Interaktionen, stellen jedoch zugleich eigenständige Hervorbringungen mit spezifischer (Text-)Logik dar.

Die Analyse im Projekt richtete sich daher zwar primär auf den Informationsgehalt, berücksichtigte dabei aber auch die Herstellungsbedingungen, Adressierungen, institutionellen Funktionen und impliziten Deutungsmuster, die sich in Dokumenten niederschlagen (Wolff, 2012; Hoffmann, 2018). Gerade im Kontext psychotherapeutischer Behandlung kommt Dokumenten eine besondere Bedeutung zu: Klinikberichte, Diagnosedokumentationen oder Therapieverlaufsprotokolle erfüllen nicht nur eine dokumentierende Funktion, sondern sind häufig auch kommunikative Instrumente – etwa gegenüber Kostenträgern, weiterbehandelnden Institutionen oder juristischen

Instanzen – und damit in Legitimations- und Rechtfertigungskontexte eingebettet. Sie werden für bestimmte Adressaten und Zwecke hergestellt, welche bei der Analyse berücksichtigt werden müssen.

8.4.2 Dokumente in der Analyse von Selbst- und Fremddeutung

Im Hinblick auf die zentrale Fragestellung des Projekts – der Rekonstruktion von Behandlungs- und Beratungsprozessen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« – kommt Dokumenten eine doppelte Bedeutung zu: Erstens können sie Aufschluss darüber geben, welche Interpretationsangebote seitens der Therapeut*innen formuliert wurden, etwa in Form diagnostischer Zuschreibungen oder biografischer Ursachendeutungen. Zweitens können sie als Medium der Verfestigung solcher Interpretationen fungieren, indem bestimmte Interpretationen schriftlich fixiert und damit autoritativ abgesichert werden. Im Forschungsprojekt wurde davon ausgegangen, dass Dokumente eine wichtige Rolle in der Entwicklung, Stabilisierung und Revision von Krankheitsnarrativen gegenüber Patient*innen, Mitgliedern der eigenen Profession, aber auch Angehörigen anderer Professionen haben können. In der Analyse wurde daher beispielsweise untersucht, ob und wie sich diagnostische oder therapeutische Interpretationen in narrativen Interviews wiederfinden, ob terminologische Übernahmen erkennbar sind und inwiefern narrative Selbstbeschreibungen und dokumentierte Verlaufsdarstellungen konvergieren oder divergieren. Differenzen zwischen Interview- und Dokumentenmaterial wurden nicht als Widersprüche im Sinne eines Richtig oder Falsch bewertet, sondern als analytisch produktive Hinweise auf unterschiedliche Perspektiven, Interessenlagen und Deutungsrahmen verstanden.

Zentrale Leitfragen, die an die Dokumente gerichtet wurden, waren:

- In welchem (institutionellen) Kontext entstand das Dokument?
- Wer ist explizite*r oder implizite*r Adressat*in?
- Welche Textsortenkonventionen sind erkennbar?
- Welche Begriffe und diagnostischen Kategorien werden verwendet? Wie wurde sich auf Behandlungsvorgaben und -leitlinien bezogen?
- Welche Informationen über den Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie über die Lebensgeschichte der Patient*in sind im Dokument aufgenommen?
- Welche Aspekte werden dargestellt, welche bleiben implizit oder unerwähnt?
- Wird Bezug genommen auf »rituelle Gewalt«? Wenn ja, welche Inhalte und in welcher Form?
- Welche narrative Struktur weist der Text auf?

Die Dokumente wurden nicht isoliert, sondern im Rahmen fallbezogener Analysen ausgewertet. Für jeden Fall wurden Interviewtranskripte, Memos und Dokumente zusammengeführt. Dadurch war es möglich, Interaktions- und Deutungsprozesse multiperspektivisch zu rekonstruieren.

Die Codierung der Dokumente erfolgte in enger Anlehnung an die aus dem Interviewmaterial entwickelten Kategorien. Gleichzeitig wurden dokumentenspezifische Codes gebildet, etwa zu Textfunktion, Adressierung oder diagnostischer Rahmung. Auf diese Weise wurden Dokumente sowohl als eigenständige Datenquelle als auch als Kontextmaterial für die Interpretation narrativer Selbstdeutungen genutzt. Die methodologische Entscheidung, Interviews und Dokumente systematisch zu verschränken, trägt dem Umstand Rechnung, dass psychotherapeutische und beraterische Praxis nicht allein in subjektiven Erzählungen oder institutionellen Akten existiert, sondern im Zusammenspiel beider Ebenen hergestellt wird.

8.5 Auswertung

Die Auswertung der Interviews und Dokumente erfolgte in einem rekonstruktiv angelegten Analyseprozess, der Elemente der Grounded-Theory-Methodologie mit Verfahren qualitativer Inhaltsanalyse verbindet. Die Grounded-Theory-Perspektive wurde zur Rahmung des gesamten Forschungsprozesses genutzt, um die offene, materialnahe Entwicklung eines Verständnisses des zu untersuchenden Phänomens anhand analytischer Kategorien und die iterative Verschränkung von Analyse und Theorieentwicklung zu betonen (Glaser & Strauss, 1998; Mey & Mruck, 2020a). Die qualitative Inhaltsanalyse wurde als konkretere Methode zur regelgeleiteten Strukturierung, transparenten Bearbeitung und Dokumentation umfangreicher Textmaterialien angewandt (Mayring, 2022).

8.5.1 Analyselogik: Iteration, Fallbezug und Vergleich

Die Auswertung erfolgte in einem iterativen, zirkulären Verfahren, das Datenerhebung und -analyse eng miteinander verschränkte. In Orientierung an der Grounded-Theory-Methodologie wurde die Analyse als fortlaufender Prozess gestaltet, der bereits mit den ersten Interviews einsetzte und die weitere Auswahl von Interviewpartner*innen sowie die Fokussierung der Erhebung beeinflusste.

Für die Analyse zentral war eine fallbezogene Rekonstruktionslogik. Jeder Fall – bestehend aus dem Interviewtranskript und ggf. ergänzenden Dokumenten – wurde zunächst einzeln analysiert, bevor übergreifende Vergleiche vorgenommen wurden. Dieses Vorgehen diente dazu, die Binnenlogik einzelner Verlaufs- und Deutungsstrukturen nicht vorschnell durch generalisierende Kategorien zu überformen. Der konstante

Vergleich erfolgte auf mehreren Ebenen: zwischen unterschiedlichen Fällen derselben Akteursgruppe, zwischen verschiedenen Akteursgruppen (Patient*innen, Angehörige, Fachpersonen) sowie zwischen Interview- und Dokumentenmaterial. Ziel war es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede systematisch herauszuarbeiten und Kategorien so lange zu differenzieren, bis sie unterschiedliche Konstellationen angemessen erfassen konnten.

Die konkrete Durchführung der Analyse orientierte sich an zentralen Verfahrensschritten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022b) sowie des Codierprozesses entsprechend der Grounded Theory (Böhm, 2012). Durch die Kombination beider Perspektiven konnten interpretative Sensibilität gegenüber den im Interview- und Dokumentenmaterial enthaltenen Deutungsstrukturen und eine transparente, nachvollziehbare Codierlogik miteinander verbunden werden. Ein wesentliches Merkmal des Vorgehens war die regelgeleitete und transparente Dokumentation der Analyseschritte. Codierentscheidungen, Kategorienentwicklungen und theoretische Verdichtungen wurden in analytischen Memos festgehalten. Dadurch blieb nachvollziehbar, wie interpretative Schlussfolgerungen aus dem Interview- und Dokumentenmaterial entwickelt wurden.

8.5.2 Schritte des Codierprozesses: Phänomennahe Konzeptbildung

Zur Unterstützung der Analyse, die manuell vorgenommen wurde, wurde das Programm F4 verwendet (Dresing & Pehl, 2024). Ausgangspunkt bildete zunächst eine vollständige Durchsicht des Interview- und Dokumentenmaterials, um einen Überblick über zentrale Themen und Bedeutungszusammenhänge zu gewinnen. In einem ersten Analyseschritt wurden Interviews und Dokumente vollständig gelesen und relevante Textstellen markiert. Dabei wurde das Material als fixierte Kommunikation verstanden, deren Bedeutungsgehalt nur unter Berücksichtigung von Kontext und kommunikativer Funktion interpretierbar ist (Mayring, 2022). Anschließend erfolgte eine erste Codierung relevanter Passagen. Die Codes wurden möglichst materialnah formuliert, um Phänomene der Interaktion, Interpretationsangebote sowie Veränderungen in Krankheits- und Selbstbeschreibungen zu erfassen. Ziel war es, relevante Phänomene zu identifizieren, ohne sie vorschnell theoretisch zu überformen. Das offene Codieren diente der Sensibilisierung für wiederkehrende Muster und der Generierung erster konzeptueller Verdichtungen. Parallel wurden analytische Memos verfasst, in denen Hypothesen, Irritationen und vorläufige Zusammenhänge festgehalten wurden.

In einem zweiten Schritt wurden offene Codes zu übergeordneten Kategorien gebündelt und schließlich in Beziehung zueinander gesetzt. In diesem Schritt des axialen Codierens steht insbesondere die Frage im Vordergrund, wie bestimmte Aspekte des Untersuchungsphänomens miteinander zusammenhängen. Analytisch wurden unter anderem folgende Dimensionen betrachtet: Bedingungen, Interaktionen, Strategien

und Konsequenzen. Diese relationale Verdichtung ermöglicht es, Behandlungs- und Beratungsprozesse nicht als lose Abfolge einzelner Ereignisse, sondern als strukturierte Interaktionszusammenhänge zu rekonstruieren.

Im weiteren Analyseverlauf wurden die entwickelten Kategorien zu einem übergreifenden analytischen Modell miteinander integriert. Dieses Modell zielt darauf ab, die Dynamik von Behandlungs- und Beratungsinteraktionen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« theoretisch zu fassen. Die theoretische Integration erfolgte nicht als lineare Ableitung, sondern als wiederholtes Zurückgehen ins Material, um die Tragfähigkeit und Differenziertheit der Kategorien und ihrer Beziehungen zueinander zu prüfen. Für die Modellentwicklung spielten unter anderem folgende Aspekte eine tragende Rolle: institutionelle Rahmung, professionelle Interpretationsangebote, biografische Vorerfahrungen der Patient*innen, Interaktionsdynamiken in konkreten Sitzungen und im gesamten Behandlungs- bzw. Beratungsverlauf, dokumentarische Fixierung und Weitergabe von Deutungen, langfristige Veränderungen im Selbst- und Krankheitsnarrativ sowie Folgen der Behandlungen bzw. Beratungen.

Die Codierung der Dokumente erfolgte in enger Abstimmung mit den im Interviewmaterial entwickelten Kategorien. Durch die parallele Codierung beider Materialtypen konnten Konvergenzen und Divergenzen systematisch erfasst werden. Beispielsweise wurde analysiert, ob eine in Dokumenten festgeschriebene Diagnose in narrativen Selbstbeschreibungen aufgegriffen oder transformiert wurde. Die Integration von Interview- und Dokumentenanalyse ermöglichte es, Dynamiken der Entwicklung, Übernahme, Stabilisierung und Revision von Deutungen sowohl auf der Ebene der Interaktion als auch auf der Ebene institutioneller Verschriftlichung zu rekonstruieren.

Abschließend wurden die zentralen Kategorien systematisch aufeinander bezogen und in ein kohärentes analytisches Gesamtmodell überführt. Dieses Erklärungsmodell bildet den inhaltlichen Kern der gewonnenen Ergebnisse (vgl. Kapitel 9).

8.6 Qualitätssicherung

In der Konzeption und Durchführung des Forschungsprojekts wurde sich zur Sicherung der Qualität an Gütekriterien orientiert, die eigens für qualitative Forschung entwickelt wurden (Steinke, 2012; Steinke, 1999). Dies sind vor allem intersubjektive Nachvollziehbarkeit, methodische Transparenz und Reflexivität.

8.6.1 Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Reflexivität

Zentral für die Qualität der Analyse war die systematische Dokumentation aller Auswertungsschritte (Steinke, 2012; Steinke 1999). Codierentscheidungen, Kategorienentwicklungen und theoretische Verdichtungen wurden fortlaufend in Memos festgehalten. Veränderungen im Kategoriensystem wurden dokumentiert und begründet. Für die Durchführung und Dokumentation der manuellen Auswertung wurde das Programm F4 verwendet (Dresing & Pehl, 2024). Die Analysen wurden in strukturierter Form verschriftlicht. Dadurch blieb nachvollziehbar, auf welche Textstellen sich interpretative Schlussfolgerungen stützten und wie sich Kategorien aus dem Interview- und Dokumentenmaterial entwickelten.

Zentrale Interpretationen wurden fortlaufend gemeinsam in der interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsgruppe diskutiert. Das Gesamtteam des Forschungsprojekts kam mehrmals im Verlauf des Forschungsprozesses zusammen, um gemeinsam am Material zu arbeiten, Ergebnisse zu diskutieren und ausgehend davon die weiteren Erhebungen sowie Analysen zu gestalten. Unterschiedliche Lesarten wurden als produktive Irritationen verstanden, die zur Präzisierung von Kategorien beitrugen.

Rekonstruktive Forschung geht davon aus, dass Forschende nicht außerhalb des Untersuchungsfeldes stehen. Ihre theoretischen Vorannahmen, fachlichen Hintergründe und normativen Orientierungen beeinflussen Wahrnehmung und Interpretation (Steinke, 2012; Steinke, 1999). Im Projekt wurde daher besonderer Wert auf reflexive Selbstverortung gelegt. Eigene Vorannahmen über Psychotherapie, Beratung, Behandlungsfehler oder »rituelle Gewalt« wurden expliziert und im Analyseprozess kritisch überprüft. Irritationen, emotionale Reaktionen oder implizite Wertungen wurden in Memos festgehalten, um ihre mögliche Wirkung auf die Interpretation zu reflektieren. Reflexivität wurde als methodische Anforderung ernst genommen, die dazu dient, implizite Vorannahmen transparent zu machen und damit die argumentative Tragfähigkeit der Analyse zu erhöhen.

8.6.2 Triangulation und Grenzen des Designs

Das mehrperspektivische Design des Projekts stellt eine Form methodischer Triangulation dar (Flick, 2012). Interviews mit Patient*innen, Angehörigen und Fachpersonen wurden mit behandlungsbezogenen Dokumenten in Beziehung gesetzt. Divergenzen zwischen unterschiedlichen Perspektiven galten als analytisch aufschlussreich, da sie auf unterschiedliche Deutungsrahmen, institutionelle Logiken oder Interessenlagen verweisen. Die systematische Verschränkung unterschiedlicher Materialtypen erhöhte die interpretative Dichte der Rekonstruktionen und ermöglichte eine differenzierte Analyse von Interaktions- und Deutungsprozessen.

Zugleich muss die Aussagekraft der Ergebnisse vor dem Hintergrund des gewählten Forschungsdesigns methodisch eingeordnet werden. Das qualitativ-rekonstruktive Design zielt nicht auf statistische Repräsentativität. Die Ergebnisse sind als theoretisch nur bis zu einem gewissen Grad verallgemeinerbare Rekonstruktionen spezifischer Behandlungs- und Beratungskonstellationen zu verstehen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass narrative Darstellungen retrospektiv konstruiert sind und von aktuellen Selbstdeutungen beeinflusst werden. Ebenso sind Dokumente selektiv und institutionell gerahmt. Nicht alle Interaktionen werden verschriftlicht, und nicht alle Verschriftlichungen sind zugänglich. Schließlich ist zu beachten, dass die Analyse von Deutungsprozessen in psychotherapeutischer Behandlung und Beratung rekonstruktiv erfolgt und keine klinische oder juristische Bewertung einzelner Behandlungs- oder Beratungsverläufe darstellt.

8.7 Forschungsethik und Datenschutz

Die Studie bewegt sich in einem sensiblen Feld, das sowohl personenbezogene Gesundheitsdaten als auch belastende biografische Erfahrungen umfasst. Entsprechend wurden forschungsethische und datenschutzrechtliche Aspekte von Beginn an sehr ernst genommen. Das Forschungsprojekt hat von der Ethikkommission der Universität Ulm ein positives Votum erhalten (Nr. 323/23). Das Projekt versteht sich als Beitrag zur sozialwissenschaftlichen Analyse psychotherapeutischer und beraterischer Praxis. Es verfolgt das Ziel, Interaktions- und Deutungsdynamiken besser verständlich zu machen und damit zur reflexiven Weiterentwicklung professioneller Praxis beizutragen, ohne individuelle Akteur*innen zu exponieren. Hierbei werden auch potenziell problematische und fehlerhafte Praktiken als Teil komplexer Interaktions- und Deutungsdynamiken rekonstruiert. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird darauf geachtet, keine identifizierbaren Details zu veröffentlichen und Einzelfälle nicht sensationalisierend darzustellen.

Alle Interviewteilnehmer*innen wurden vor Beginn der Datenerhebung umfassend über Zielsetzung, Fragestellung, Vorgehensweise und Verwendung der Daten informiert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig auf Grundlage einer schriftlichen Einwilligungserklärung. Dabei wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden kann, einzelne Fragen nicht beantwortet werden müssen und aus einem Abbruch keinerlei Nachteile entstehen. Im Hinblick auf die Einbeziehung von Dokumenten wurde über ein extra Kreuz eine gesonderte Einwilligung eingeholt. Die Entscheidung über die Bereitstellung von Unterlagen lag ausschließlich bei den jeweiligen Beteiligten; nicht alle haben zusätzlich zum Interview Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Die erhobenen Daten umfassen Informationen zu psychischen Erkrankungen, therapeutischen Behandlungsverläufen und interpersonellen Konflikten. Diese Daten wurden als besonders schützenswert behandelt. Alle Interviews wurden pseudonymisiert. Per-

sonen- und institutionsbezogene Angaben wurden durch Pseudonyme ersetzt. Identifizierende Details, wie z. B. konkrete Ortsangaben, seltene Berufsbezeichnungen oder spezifische Ereignisse wurden so verändert, dass die analytische Aussagekraft erhalten blieb, ohne Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Einrichtungen zu ermöglichen. Die Interviewteilnehmer*innen wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bestimmte Konstellationen und Lebenswege für Personen, die sich in der »Szene« um das Narrativ »Rituelle Gewalt« auskennen, trotz Pseudonymisierung erkennbar bleiben können und gebeten, dies in ihre Entscheidung über eine (Nicht-)Teilnahme einfließen zu lassen. Die Zuordnungsschlüssel zwischen Realnamen und Pseudonymen wurden getrennt von den Forschungsdaten und passwortgeschützt aufbewahrt. Der Zugriff auf das Interview- und Dokumentenmaterial war auf das unmittelbar beteiligte Forschungsteam beschränkt. Der Umgang mit den Daten wurde in Form eines Datenschutzkonzepts[40] mit dem Datenschutzteam der Universität Ulm abgestimmt.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt in anonymisierter Form. Zitate werden so ausgewählt und bearbeitet, dass sie die rekonstruierten Sinnstrukturen angemessen illustrieren, ohne Rückschlüsse auf konkrete Personen zuzulassen.

8.8 Zusammenfassung

Das Kapitel verortet die Studie in der qualitativ-rekonstruktiven Sozialforschung und begründet den grounded-theory-orientierten und vergleichenden Forschungszugang. Im Zentrum steht die Rekonstruktion der Genese, Stabilisierung und Revision des Narrativs »Rituelle Gewalt« in Therapie- und Beratungsverläufen. Hierfür wurde ein mehrperspektivisches Design gewählt, das narrative Interviews mit direkt Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen mit behandlungs- und beratungsbezogenen Dokumenten verschränkt. Die Auswertung erfolgte iterativ, materialnah und kategoriengeleitet unter Einbezug qualitativer Inhaltsanalyse. Qualitätssicherung wurde durch transparente Dokumentation, Memos, Teamdiskussionen, Reflexivität und Triangulation gewährleistet. Aufgrund der Sensibilität des Forschungsfeldes wurden zudem Forschungsethik, Datenschutz, Freiwilligkeit, Pseudonymisierung und anonymisierte Ergebnisdarstellung besonders berücksichtigt.

40 Das Datenschutzkonzept ist Teil eines wissenschaftlichen Anhangs, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862).

9 Ergebnisse der Analysen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse des Interview- und Dokumentenmaterials dargestellt. Dabei steht die Rekonstruktion im Zentrum, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen zu einem wirksamen Deutungsrahmen wird, sich dort ausdifferenziert und in unterschiedlichem Ausmaß wieder in Frage gestellt und revidiert wird. Die Darstellung verbindet eine fallübergreifende Verdichtung mit der durchgehenden Rückbindung an das empirische Material.

9.1 Einführung in die Ergebnisdarstellung

Die Darstellung folgt der rekonstruktiven und vergleichenden Logik des Forschungsprojekts. Ziel ist es nicht, die Erfahrungen der Gesprächspartner*innen in ihrer gesamten biografischen und institutionellen Komplexität vollständig nachzuzeichnen, sondern diejenigen Deutungs-, Interaktions- und Prozessstrukturen herauszuarbeiten, die sich im Interview- und Dokumentenmaterial als besonders relevant für das Verständnis des untersuchten Phänomens erwiesen haben (vgl. Kapitel 8). Die Ergebnisdarstellung ist damit notwendigerweise mit analytischer Verdichtung und Komplexitätsreduktion verbunden, bleibt jedoch durchgehend an die analysierten Interviews und das ergänzende Dokumentenmaterial rückgebunden.

Ausgangspunkt der Analyse war die Frage, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in Therapie- und Beratungsverläufen hergestellt, bearbeitet, stabilisiert und revidiert wird. Im Verlauf der Auswertung zeigte sich, dass sich die Erfahrungen der unterschiedlichen Gesprächspartner*innen trotz ihrer jeweiligen Individualität auf einen gemeinsamen Deutungsrahmen beziehen lassen, der im Folgenden als Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation gefasst wird. Dieses Erklärungsmodell verbindet Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine Dissoziative Identitätsstörung (DIS) und fungiert in Therapie- und Beratungsverläufen als Deutungsrahmen für Biografie, gegenwärtige Lebenssituation und psychische Symptomatik der Patient*innen. Ihm kommt damit im Gesamtzusammenhang der Ergebnisse eine besondere Bedeutung zu. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« und das im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation überschneiden sich, sind aber nicht deckungsgleich. Während das Narrativ den breiteren diskursiven Deutungsrahmen bereitstellt, kann das Erklärungsmodell als dessen therapeutisch-praktische Konkretisierung gefasst werden,

in der die narrative Figur interaktiv zu einer handlungsleitenden Folie für Biografie, Symptomatik und Intervention verdichtet wird.

Für die Darstellung der Ergebnisse ist jedoch nicht allein das Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation selbst relevant, sondern auch seine Einbettung in weitere Kontexte. Die Analyse hat gezeigt, dass das Modell in zweifacher Hinsicht zu kontextualisieren ist: zum einen durch die konkreten Therapie- und Beratungsprozesse, in denen es aufgegriffen, ausgestaltet und stabilisiert wird, zum anderen durch den polarisierten Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt«, der Deutungsangebote, Selbst- und Fremdpositionierungen sowie den Umgang mit Kritik mitprägt. Das Erklärungsmodell bildet somit den Ausgangspunkt der Ergebnisdarstellung, erschließt sich in seiner Reichweite jedoch erst in der Verschränkung mit therapeutischen, beraterischen und diskursiven Kontexten.

Die Darstellung der Ergebnisse ist entsprechend mehrstufig aufgebaut. Nach einer knappen Übersicht über die geführten Interviews wird zunächst das zentrale Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in abstrahierter Form vorgestellt. Daran anschließend werden diejenigen Befunde entfaltet, die das Modell im Kontext von Therapie- und Beratungsprozessen verorten. Hierzu zählen insbesondere Merkmale der Patient*innen und Therapeut*innen, spezifische therapeutische und beraterische Vorgehensweisen sowie die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*in und Patient*in. Im weiteren Verlauf wird das Erklärungsmodell im Kontext des polarisierten Diskurses um das Narrativ »Rituelle Gewalt« betrachtet. Dabei werden vor allem gemeinsame Formen der Selbst- und Fremdpositionierung, die Bezugnahme auf angenommene Täternetzwerke sowie der Umgang mit Kritik relevant. Ergänzt wird dies um zusätzliche Ergebnisse, die sich in besonderer Weise aus den Perspektiven von Fachpersonen sowie aus der Dokumentenanalyse ergeben.

Ein weiterer Befund der Analyse besteht darin, dass sich die Erfahrungen danach unterscheiden, in welchem Ausmaß das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation von den Patient*innen übernommen und zur Grundlage der eigenen Selbst- und Weltdeutung gemacht wird. Diese Unterschiede werden im Forschungsprojekt als unterschiedliche Grade der Immersion in das Erklärungsmodell gefasst. Die Immersion stellt damit eine wichtige vergleichende Differenzachse dar, entlang derer sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verläufe systematisch beschreiben lassen.

Insgesamt zielt das Kapitel darauf, das untersuchte Phänomen als rekonstruierbare Deutungs- und Prozessdynamik darzustellen. In der Verbindung von abstrahierender Modellrekonstruktion, empirischer Vertiefung, Perspektivenverschränkung und Kontextualisierung lässt sich nachvollziehen, unter welchen Bedingungen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Plausibilität gewinnt, durch welche Praktiken es stabilisiert wird und welche Folgen seine Übernahme beziehungsweise seine spätere Revision für Patient*innen, ihr soziales Umfeld und professionelle Kontexte haben kann.

9.2 Übersicht über die geführten Interviews

Die folgenden Kurzbeschreibungen dienen der groben Orientierung der Lesenden. Die hier aufgeführten Informationen können durch Fallvignetten[41] sowie die Tabellen in Kapitel 8 ergänzt werden.

9.2.1 Direkt Betroffene

Es wurden zehn narrative Interviews mit Personen geführt, die selbst als Patient*innen in Psychotherapie und/oder Beratung waren und hier mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« in Berührung gekommen sind.

IV1 mit Frau A: Die 1985 in der Schweiz geborene Frau A war vier Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Indexbehandlung[42] bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit hoher Sitzungsfrequenz. Zu Beginn zeigte sie dissoziative Symptome, Flashbacks, innere Stimmen, selbstverletzendes Verhalten und eine langjährige Essstörung. Ihre Biografie umfasst Erfahrungen von sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend sowie häuslicher Gewalt im Erwachsenenalter. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sie die Überzeugung, eine dissoziative Identitätsstruktur mit zahlreichen Persönlichkeitsanteilen zu haben und weiterhin organisierte Gewalt innerhalb eines Prostitutionsnetzwerks zu erleben. Damit verbunden entwickelte sie ein Gefühl anhaltender Bedrohung. Die Therapie fokussierte auf innere Anteile und bislang nicht erinnerte Traumata, wobei die Interviewpartnerin unprofessionelle und unethische Handlungen beschreibt. Ausgelöst durch eine Auszeit des Indextherapeuten und dem damit verbundenen Besuch eines anderen Therapeuten, erlebte sie eine andere Art von Behandlung, durch die sie sich besser fühlte. Diese Erfahrung zusammen mit kritischen Einschätzungen der Indexbehandlung durch Familie und Freunde sowie die Rezeption kritischer Berichterstattung zum Narrativ »Rituelle Gewalt«, führte zur Entscheidung der Patientin, die Indexbehandlung zu beenden.

IV3 mit Herrn C: Der 1974 geborene Herr C aus der Schweiz suchte aufgrund stressbedingter Hörstürze einen Psychiater auf und befand sich kurzzeitig in ambulanter Indexbehandlung (vier Termine). Seine Biografie umfasst eine belastete Kindheit mit einer als kalt erlebten Mutter und einem pädophilen Vater, ohne eigene Übergriffe erlebt zu haben. Nach wenigen Sitzungen brachte der Therapeut als mögliche Erklärung für

41 Die Fallvignetten befinden sich zusammen mit weiterem Material in einem wissenschaftlichen Anhang, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862)

42 Mit Indexbehandlung, -therapie oder -beratung ist jeweils der Behandlungs- oder Beratungsprozess gemeint, in dem das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Eingang fand und der im Zentrum der Studie stand.

die Hörstürze die Vorstellung ein, der Patient habe »rituelle Gewalt« erlebt, welche der Betroffene jedoch nach Gesprächen mit Familienmitgliedern vollständig ablehnte. Es ist nicht zu einer Übernahme dieser Interpretation gekommen. Die Behandlung wurde von Herrn C beendet und der Therapeut gewechselt.

IV4 mit Frau D: Die 1982 geborene Frau D aus der Schweiz befand sich über viele Jahre in psychotherapeutischer Behandlung, darunter stationäre und ambulante Phasen sowie eine zehnjährige ambulante Indextherapie bei einer Psychiaterin. Zu Beginn standen Belastungssymptome wie Dissoziationen, Erinnerungslücken und Schwierigkeiten mit Nähe im Vordergrund. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt« und anhaltender Bedrohung. Nach einer Familienfeier, auf der sie auch mit ihrem Vater sprach, der laut der entwickelten Vorstellung zum Täternetzwerk gehöre, ihr Gewalt angetan habe und weiter antun wolle, und auf der Feier »nichts Schlimmes passierte«, distanzierte sich Frau D von diesem Modell, beendete die Indextherapie und fand in einer Autismus-Diagnose eine alternative Erklärung für ihre Symptome.

IV6 mit Frau G: Die 1990 geborene Frau G aus der Schweiz befand sich über mehrere Jahre in psychotherapeutischer Behandlung mit zahlreichen stationären Aufenthalten und einer dreijährigen ambulanten Indextherapie bei einer Psychologischen Psychotherapeutin. Zu Beginn berichtete sie über Schlafstörungen, Ängste und Panikattacken. Ihre Biografie umfasst vielfältige Belastungen in ihrer Familie in der Kindheit und Jugend sowie (sexuelle) Gewalterfahrungen. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«. Hierzu gehört auch die Annahme, Frau G sei in der Hierarchie des Täternetzwerks weit oben angesiedelt, verfüge über Spezialwissen und übe selbst Gewalt aus. Zur Beendigung der Indexbehandlung kommt es, als die Therapeutin einerseits den Eindruck hat, sie komme mit Frau G nicht weiter, weil diese ihr nicht genug Informationen zum Täternetzwerk gebe und andererseits, weil sie sich von der Patientin bedroht fühle und ihr vorwirft, sie müsse ihr nachspioniert haben oder gar in ihr Haus eingedrungen sein. Die Therapeutin beendet daraufhin die Therapie. Frau G löst sich nach Recherchen zum Narrativ »Rituelle Gewalt« auch vom Erklärungsmodell.

IV9 mit Frau J: Die 1994 geborene Frau J aus der Schweiz befand sich über sieben Jahre in ambulanter traumatherapeutischer Indexbehandlung bei einer Fachpsychologin für Psychotherapie, begleitet von wiederholten stationären Aufenthalten. Zu Beginn berichtete sie über chronische Schmerzen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken und sozialen Rückzug. Ihre Biografie umfasst Gewalt in der Kindheit und eine Herausnahme aus der Familie im Alter von 14 Jahren. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt« mit anhaltendem Bedrohungserleben. Zur Ablösung aus der Indexbehandlung kommt es, als sie fürsorgerisch in einer Klinik untergebracht ist, in dieser Situation wieder Kontakt zu ihrer Schwester aufnehmen und diese als ihre Bezugsperson benennen »darf«. Die Schwester bringt eine kritische Perspektive auf das Erklärungsmodell ein

und setzt sich für ein Ende der fürsorgerischen Unterbringung ein. Angeregt durch die Schwester und in Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« löst sich Frau J vom Erklärungsmodell und beendet die Indextherapie.

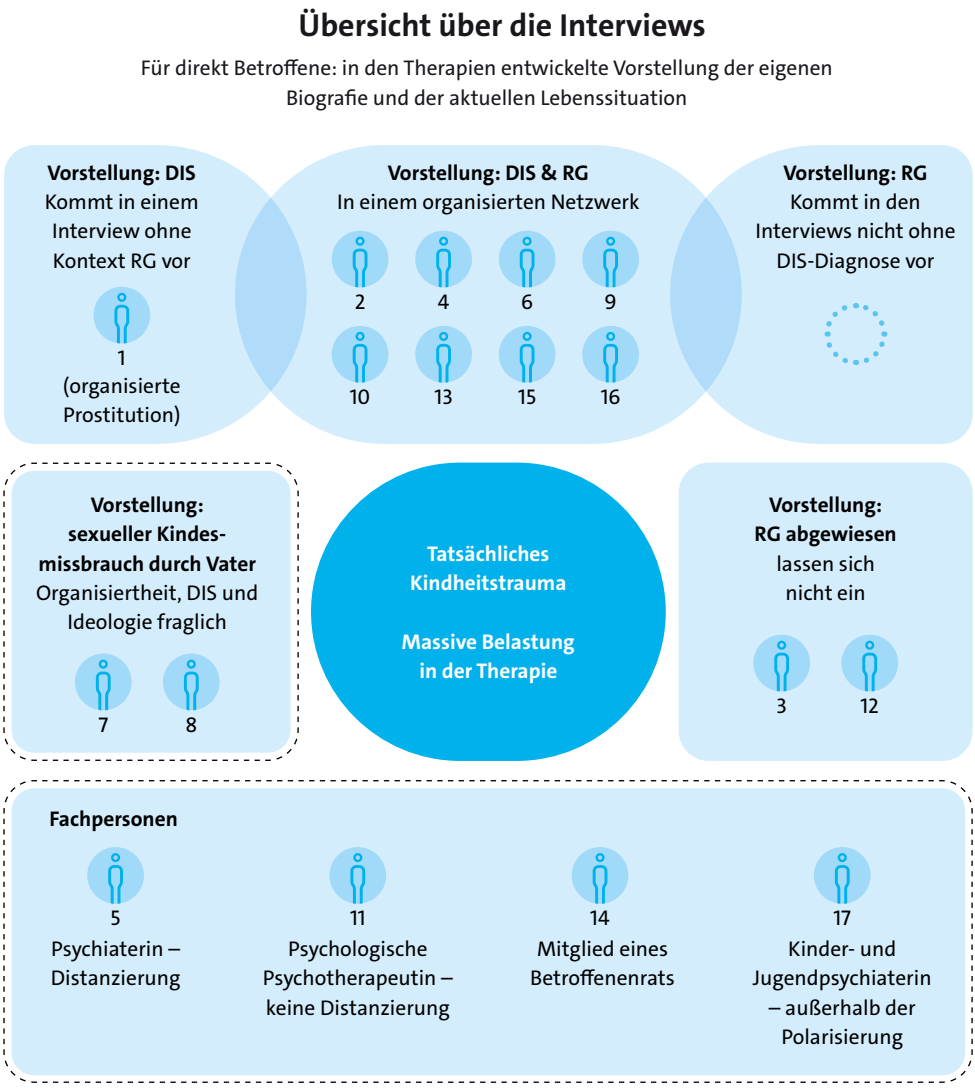
IV10 mit Frau K: Die 1997 geborene Frau K aus Deutschland befand sich in traumatherapeutischer Behandlung im ambulanten und tagesklinischen sowie kurzzeitig im stationären Setting, wobei die Indexbehandlung über zehn Monate ambulant bei einem Heilpraktiker für Psychotherapie stattfand. Zu Beginn berichtete sie über Depressionen, Ängste, Suizidgedanken und Erinnerungslücken. Ihre Biografie umfasst belastende Kindheitserfahrungen und Gewalt in der Familie. Im Verlauf der Behandlung entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«, die sie teilweise übernommen hat. Eine selbst initiierte Auseinandersetzung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt«, Gespräche mit Freund*innen und einer Beraterin führten zu einer kritischen Haltung gegenüber dem Erklärungsmodell und einer Beendigung der Indextherapie. Während sie weiterhin von der DIS-Diagnose ausgeht, distanziert sie sich von der Vorstellung, »rituelle Gewalt« erlebt zu haben.

IV12 mit Frau M: Die 1997 geborene Frau M aus Deutschland befand sich für sieben Monate in ambulanter Psychotherapie. Zu Beginn berichtete sie über Hypervigilanz, Dissoziationen, Albträume und körperliche Stressreaktionen im Kontext belastender Kindheitserfahrungen. Im Verlauf der Indexbehandlung wurden durch den*die Therapeut*in die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur und »ritueller Gewalt« eingebracht, die die Betroffene nach Rücksprache mit ihrem Bruder und im Wissen um das Narrativ »Rituelle Gewalt« klar zurückwies. Es kam zu keiner Übernahme dieser Interpretationen und die Behandlung wurde direkt nach Einbringen des Interpretationsvorschlags durch die Patientin beendet.

IV13 mit Frau N: Die 1977 geborene Frau N aus Deutschland befand sich über mehr als 20 Jahre in ambulanter Traumaberatung und therapeutischer Behandlung bei wechselnden Therapeutinnen, wobei die Indexberatung durch eine Fachärztin für Neurologie und die im Interview im Zentrum stehende Indextherapie von einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurden. Zu Beginn zeigte sie Symptome wie Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken und dissoziative Symptome. Ihre Biografie umfasst schwere und vielfältige Gewalterfahrungen im familiären und institutionellen Kontext. Im Verlauf der Indexberatung und -therapie entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«. Zur Ablösung aus der Indexbehandlung kam es, als sie zum Thema dissoziative Identitätsstörung recherchierte und einen Spiegel-Artikel zu Behandlungen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« las. Sie versuchte daraufhin, mit Therapeutin und Beraterin darüber zu sprechen und mit der Beraterin einen Ablöseprozess zu gestalten, der jedoch von der Beraterin abrupt beendet wurde.

IV 15 mit Frau P: Die 1954 geborene Frau P aus Deutschland suchte eine Beratung mit dem Ziel auf, den Kontakt zu ihrer Tochter und ihren Enkeln zu verbessern. Vor dem Hintergrund belastender Kindheitserfahrungen entwickelte sich im Verlauf

ABBILDUNG 5 Übersicht über die geführten Interviews sowie entwickelte Lebensvorstellungen



der fünfjährigen Indexberatung bei einer psychologischen Psychotherapeutin die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«, welche bei ihr erhebliche Verunsicherung und Ängste auslöste. Wenngleich Frau P nie zweifelsfrei von der Interpretation überzeugt war, ging sie dennoch mit deutlichen Belastungen im Alltag und sozialer Isolation einher. Als die Beratungsstelle in die

Kritik geriet und schließlich geschlossen wurde, endete die Beratung. Frau P setzte sich in der Folge mit der kritischen Berichterstattung auseinander und löste sich von dem Erklärungsmodell.

IV 16 mit Frau Q: Die 1998 geborene Frau Q aus Deutschland befand sich über vier Monate in stationärer psychiatrischer Indexbehandlung. Zu Beginn zeigte sie ausgeprägte psychische Belastungen, darunter Suizidalität, Depressionen und dissoziative Symptome, vor dem Hintergrund von Gewalterfahrungen in der Kindheit. Im Verlauf der Behandlung entwickelte sich die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«, die sie teilweise übernommen hat. Frau Q hatte sich bereits vor Beginn der stationären Behandlung Wissen zur Umstrittenheit des Narrativs »Rituelle Gewalt« angeeignet und empfand die Behandlung als zu lenkend. Sie beendete die Indexbehandlung eigenständig und löste sich von der Vorstellung, »rituelle Gewalt« erlebt zu haben.

9.2.2 Mittelbar Betroffene

Mittels dreier Interviews wurde die Perspektive von Angehörigen eingeschlossen, die ihre Sicht auf die Behandlung ihrer Kinder erzählen und vor allem hinsichtlich der Folgen des Phänomens für Familienbeziehungen und z. T. rechtliche Konsequenzen für Angehörige berichten können (IV2 mit Frau B, IV7 mit Herrn H, IV8 mit Herrn I). Die Erfahrungen von zwei Angehörigen zeigen die Schnittmengen der spezifischeren Variante (Narrativ »Rituelle Gewalt«) mit dem grundlegenderen Phänomen der vermeintlichen Wiedererlangung von Erinnerungen an sexuellen Missbrauch in Psychotherapie/Beratung auf (»Scheinerinnerungen«, »False Memory«).

IV2 mit Frau B: Frau B aus der Schweiz, Mutter einer 1998 geborenen Tochter, berichtet, dass ihre Tochter seit über acht Jahren kontinuierlich psychiatrisch und psychotherapeutisch von verschiedenen Fachpersonen ambulant und stationär behandelt wird. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte ihre Tochter die Vorstellung einer dissoziativen Identitätsstruktur aufgrund »ritueller Gewalt«. Es kam zu erheblichen familiären Belastungen und einem Kontaktabbruch mit der gesamten Familie. Während das Ausmaß der Beeinträchtigung der Betroffenen selbst unklar bleibt, wird die Belastung für die Familie als sehr hoch beschrieben. Beispielsweise hat es ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren gegeben, das schließlich eingestellt wurde. Die Tochter ist weiterhin vom Erklärungsmodell überzeugt und es gibt keinen Kontakt zur Familie.

IV7 mit Herrn H: Herr H aus Deutschland ist Vater eines 1991 geborenen Sohnes und berichtet über eine etwa zweieinhalbjährige psychotherapeutische Behandlung seines Sohnes. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sein Sohn die Überzeugung, als Kind vom Vater sexuell missbraucht worden zu sein. Dies führte zu einem langjährigen Kontaktabbruch und erheblichen familiären Belastungen. Später kam es zu einer Wiederannäherung, wobei der Sohn seine Anschuldigungen zurücknahm und

als falsch bewertete. Herr H beschreibt anhaltende Belastungen innerhalb der Familie, trotz der Wiederannäherung.

IV8 mit Herrn I: Herr I aus Deutschland ist Vater eines 1974 geborenen Sohnes und berichtet über eine seit über fünf Jahren andauernde ambulante Psychotherapie seines Sohnes bei einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Verlauf der Indexbehandlung entwickelte sein Sohn die Überzeugung, vom Vater sexuell missbraucht und einem Täternetzwerk zugeführt worden zu sein. Diese Annahme führte zu erheblichen Belastungen innerhalb der Familie und zu einem andauernden Abbruch der Beziehungen zu seinem Sohn und seinen Enkelkindern.

9.2.3 Fachpersonen

Die dritte Perspektive auf das Phänomen besteht in derjenigen von Fachpersonen, die als Psychotherapeutinnen in dem Bereich tätig sind (IV5 mit Frau F, IV11 mit Frau L und IV17 mit Frau R). Eine Fachperson hat jahrelang entsprechend der Prämissen des Narrativs »Rituelle Gewalt« behandelt, tut dies mittlerweile jedoch nicht mehr (Frau F). Eine andere Fachperson behandelt weiterhin in ebendieser Weise (Frau L). Eine dritte Fachperson hat in ihrer gesamten beruflichen Laufbahn drei Personen behandelt, die angaben, Opfer »ritueller Gewalt« zu sein (Frau R). Die vierte interviewte Fachperson, Frau O, hat nicht therapeutisch gearbeitet. Sie ist ehemaliges Mitglied eines Betroffenenrats und berichtet von ihren Erfahrungen in dem Gremium und in der Zusammenarbeit mit Betroffenen »ritueller Gewalt«.

IV5 mit Frau F: Frau L, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie aus der Schweiz, war mehrere Jahre in einer Klinik tätig und arbeitete intensiv mit traumatherapeutischen Konzepten. Im Rahmen ihrer Ausbildung und Supervision spezialisierte sie sich auf dissoziative Störungsbilder, was ihre klinische Arbeit prägte. Sie sah sich als kompetente Ansprechpartnerin für komplexe Traumapatient*innen und war in ein entsprechendes fachliches Netzwerk, in dem auch »rituelle Gewalt« thematisiert wurde, eingebunden. Ihr kamen Zweifel an der Behandlungsweise auf, nachdem sie einige kritische Reportagen rezipiert hatte sowie ein Untersuchungsbericht zur Arbeit in ihrer Klinik veröffentlich wurde – und sie distanzierte sich schließlich davon.

IV 11 mit Frau L: Die 1955 geborene psychologische Psychotherapeutin Frau L aus Deutschland beschäftigt sich seit den 1990er-Jahren in ihrer klinischen Arbeit intensiv mit »ritueller Gewalt« und dissoziativen Störungsbildern. Darüber hinaus publiziert und gibt sie Fortbildungen zu diesen Themen. Sie vertritt eine feste Überzeugung hinsichtlich der Existenz entsprechender Phänomene und sieht sich als Expertin in diesem Bereich. Ihre tiefe fachliche Immersion ist über die Jahre stabil geblieben, Kritik an ihren Positionen weist sie zurück.

IV 14 mit Frau O: Die 1959 geborene Frau O aus Deutschland, selbst von sexualisierter Gewalt in der Kindheit betroffen, war einige Monate Mitglied eines Betroffenenrats. In dieser Funktion setzte sie sich mit unterschiedlichen Perspektiven auf »rituelle Gewalt« auseinander. Im Austausch mit anderen Betroffenen kam es zu Spannungen, insbesondere aufgrund divergierender Überzeugungen hierzu. Die Konflikte führten dazu, dass sie den Betroffenenrat verließ.

IV 17 mit Frau R: Frau R ist eine 1969 geborene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich und berichtet aus ihrer beruflichen Praxis von wenigen Patient*innen mit Bezügen zu »ritueller Gewalt«. Sie versucht sich von den polarisierten Sichtweisen abzugrenzen. Dabei hält sie die Existenz entsprechender Phänomene grundsätzlich für möglich, betont jedoch die Notwendigkeit sorgfältiger Einordnung und therapeutischer Zurückhaltung.

9.3 Das zentrale Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation

Im Folgenden wird das Erklärungsmodell dargestellt, das im Verlauf der Analyse als zentraler Bezugspunkt für die vergleichende Rekonstruktion der Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte.

9.3.1 Stellenwert des Erklärungsmodells im Gesamtzusammenhang der Ergebnisse

Im Verlauf der Analyse zeigte sich, dass sich die unterschiedlichen Erfahrungen aller Interviewpartner*innen trotz ihrer biografischen, institutionellen und interaktionellen Verschiedenheit auf ein gemeinsames Deutungsgefüge beziehen lassen. Dieses Deutungsgefüge erwies sich im Verstehensprozess als so wesentlich, dass es im Folgenden als zentrales Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation gefasst wird. Damit ist eine spezifische, in Therapie- und Beratungsverläufen wirksam werdende Verbindung von Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt[43] und Annahmen über eine Dissoziative Identitätsstörung bezeichnet. Das Erklärungsmodell

43 Wenn im Folgenden auf »rituelle« bzw. organisierte Gewalt Bezug genommen wird, wird damit die im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierte Deutungsebene bezeichnet. Der Begriff erscheint darin als Selbstbezeichnung, therapeutische Interpretation und Dokumentationskategorie. Analysiert wird, wie diese Bezeichnungen im Behandlungsverlauf in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation eingehen und dort mit Annahmen über Dissoziative Identitätsstörung, Täterkontakt, Steuerung und Schutzhandeln verbunden werden.

bildet im Gesamtzusammenhang der Ergebnisse den analytischen Bezugspunkt, von dem aus sich sowohl die rekonstruierten Behandlungs- und Beratungsprozesse als auch die damit verbundenen Folgen, Konflikte und Revisionsbewegungen systematisch beschreiben lassen.

Seine besondere Bedeutung ergibt sich daraus, dass sich eine Vielzahl der im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierbaren Phänomene erst vor dem Hintergrund dieses Modells in ihrer inneren Logik erschließen. Dies betrifft nicht nur die Art und Weise, wie psychische Beschwerden, biografische Erfahrungen und gegenwärtige Belastungen gedeutet werden, sondern auch die Struktur therapeutischer und beraterischer Beziehungen, bestimmte Formen professionellen Handelns sowie Veränderungen in der Selbst- und Weltdeutung der Patient*innen. Das Erklärungsmodell bildet den inneren Zusammenhang, mit dem unterschiedliche Befunde aufeinander bezogen werden können.

Zugleich ist das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht als individuelles Erklärungsschema einzelner Beteiligter zu verstehen. Vielmehr handelt es sich um ein interaktiv hervorgebrachtes und in professionelle wie diskursive Kontexte eingebettetes Deutungsgefüge. Es wird in Therapie und Beratung aufgegriffen, ausgestaltet, stabilisiert und von manchen Interviewpartner*innen bzw. deren Angehörigen auch wieder infrage gestellt. Mithilfe des uns vorliegenden Interview- und Datenmaterials können wir nicht abschließend klären, wie die mit dem Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verbundenen Annahmen Eingang in die Therapie fanden. Das Erklärungsmodell fungiert als zentraler Knotenpunkt der Ergebnisdarstellung: Es ist Ausgangs- und Angelpunkt für die Rekonstruktion der weiteren Aspekte.

9.3.2 Struktur und Grundannahmen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation

Das rekonstruierte Erklärungsmodell setzt sich aus zwei eng miteinander verschränkten Komponenten zusammen: einer Deutung im Sinne einer Betroffenheit von »ritueller« bzw. organisierter Gewalt und einer Deutung im Sinne einer Betroffenheit von einer absichtlich herbeigeführten Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Beide Komponenten erscheinen im Interview- und Dokumentenmaterial nicht als voneinander unabhängige Annahmen, sondern als wechselseitig aufeinander bezogene und sich gegenseitig stützende Elemente. Die angenommene Gewaltgeschichte dient zur Erklärung der dissoziativen Symptomatik, während umgekehrt die angenommene Dissoziative Identitätsstörung als Hinweis auf extreme, nicht erinnerte Gewalt interpretiert wird. Auf diese Weise entsteht ein in sich geschlossenes, zirkuläres Deutungsgefüge, in dem beide Elemente sich gegenseitig plausibilisieren und konstitutiv füreinander sind.

Betroffenheit »rituelle«/organisierte Gewalt:

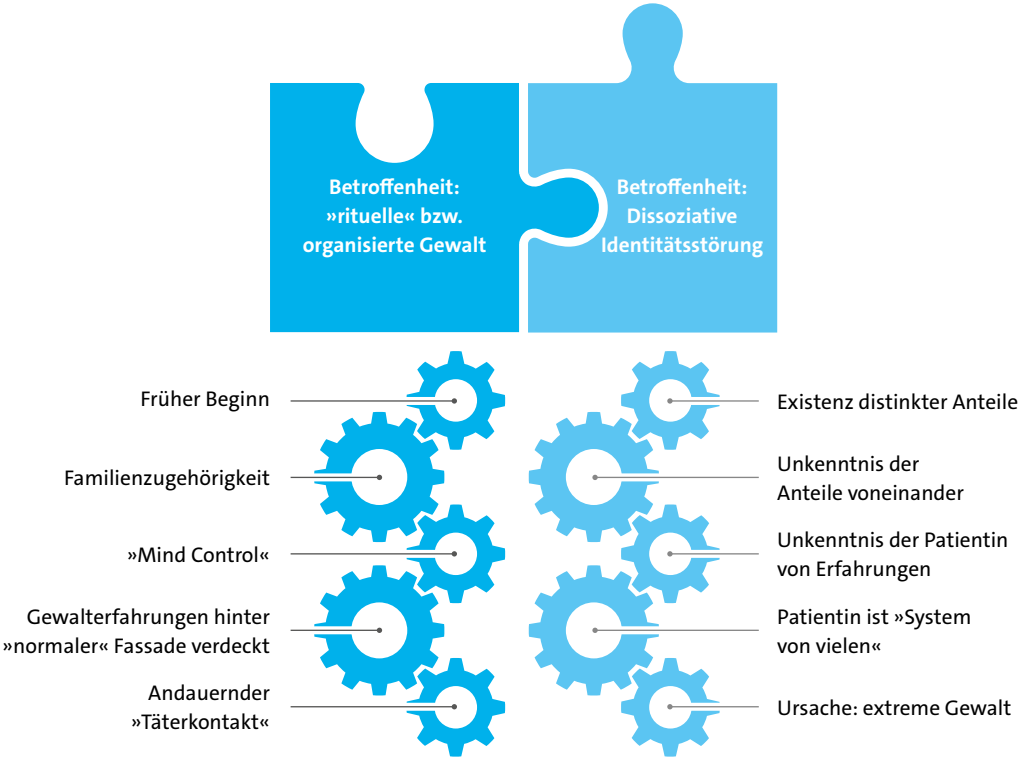
- Die Patientin ist bereits früh im Leben Teil des Gewaltnetzwerks geworden (z. T. sei sie nur deswegen geboren worden).
- Die Familie ist Teil des Täternetzwerks und hat die Patientin darin eingeführt (Notwendigkeit des Kontaktabbruchs, Misstrauen gegenüber der Familie).
- Die Täter*innen haben die Patientin als Kind extremer Gewalt ausgesetzt, um gezielt deren Persönlichkeit zu spalten und eine DIS hervorzurufen.
- Die Täter*innen haben der Patientin als Kind »Programme eingeschrieben«, die sie gezielt steuerbar macht. Dies wird auch als »Mind Control« oder »Programmierung« bezeichnet.
- So kann auch die erwachsene Patientin weiter Teil von Gewaltakten im Netzwerk sein, unter der Fassade eines scheinbar normalen Lebens, ohne sich daran zu erinnern und ohne sich dagegen zu wehren.
- Die Patientin ist anhaltend in Kontakt mit den Täter*innen (»Täterkontakt«) und wird im Netzwerk weiter Opfer von Gewalt.

Betroffenheit Dissoziative Identitätsstörung:

- Die Identität der Patientin ist aufgeteilt in verschiedene, distinkte Persönlichkeitsanteile.
- Die Persönlichkeitsanteile haben z. T. überhaupt keine Kenntnis voneinander.
- Aufgrund der gegenseitigen Unkenntnis und der Unmöglichkeit des Zugriffs auf bestimmte Persönlichkeiten durch die Patientin, hat sie ständig Amnesien und nur Kenntnis von einem Teil ihres Lebens und Erlebens → (Aushebeln der Autonomie der Patientin).
- Einige Persönlichkeitsanteile im »Innensystem« sind »negativ«, weil sie »täterloyal« und so »programmiert« sind, dass sie ein Aufdecken der anhaltenden Gewalt und ein Verhindern der Gewalt unterbinden sollen → (Misstrauen gegenüber sich selbst).
- Die Persönlichkeitsanteile werden als eigene Entitäten verstanden und als »System von vielen«. Daraus resultiert auch der Sprachgebrauch, dass Therapeut*innen Patientinnen als Mehrzahl ansprechen; z. B. Wie geht es euch? Wie habt ihr die letzte Woche erlebt?
- Eine DIS könne nur durch extreme, länger andauernde Gewalt hervorgerufen werden. Die immer erinnerlichen Traumata der Patientinnen (z. B. sexueller Missbrauch durch einen Cousin, emotionale und körperliche Gewalt durch die Eltern) könnten nicht die Ursache für die DIS sein. Es müsse etwas Schlimmeres erlebt worden sein, was aber nicht erinnert wird → (Rechtfertigung der Suche nach Erinnerungen).

Im Hinblick auf den Aspekt »ritueller«/organisierter Gewalt umfasst das Modell mehrere Grundannahmen. Zunächst wird davon ausgegangen, dass die betroffene Person bereits früh in ein entsprechendes Gewaltgeschehen eingebunden worden sei. Daran schließt die Vorstellung an, dass familiäre Bezugspersonen Teil eines entsprechenden

ABBILDUNG 6 Zusammenwirken der Annahmen, von »ritueller Gewalt« und der Dissoziativen Identitätsstörung betroffen zu sein



Täternetzwerks gewesen seien und sind oder die Einbindung zumindest ermöglicht hätten. Weiterhin wird angenommen, dass die betroffene Person im Kindesalter schwerster Gewalt ausgesetzt gewesen sei und dass diese Gewalt nicht allein vergangenheitsbezogen, sondern bis in die Gegenwart hinein wirksam und fortdauernd sei. Teil des Modells ist darüber hinaus die Vorstellung eines mächtigen, im Verborgenen operierenden Täternetzwerks, das über besonderes Wissen zur gezielten Spaltung von Persönlichkeiten sowie zur Steuerung Betroffener verfüge. In diesem Zusammenhang spielen Annahmen über »Programmierung«, »Mind Control« und über anhaltenden »Täterkontakt« eine zentrale Rolle (vgl. Kapitel 2).

Der zweite Bestandteil des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ist die Annahme einer Dissoziativen Identitätsstörung. Diese wird im Modell so verstanden, dass die Identität der Patientinnen in verschiedene Persönlichkeitsanteile aufgeteilt sei, die nur begrenzt oder gar nicht wechselseitig voneinander wüssten. Daraus wird abgeleitet, dass die betroffene Person nur über fragmentiertes Wissen über ihr eigenes Erleben und ihre eigene Biografie verfüge und dass Amnesien, innere Unzugänglichkeiten und Selbstfremdheit nicht nur Ausdruck psychischer Belastung,

sondern Hinweis auf eine tiefgreifende strukturelle Spaltung seien. Innerhalb dieser Logik erscheinen einzelne Persönlichkeitsanteile zudem als unterschiedlich positioniert, etwa als schutzbedürftig, wissend, gefährdet oder »täterloyal«. Das Modell impliziert damit nicht nur ein Misstrauen gegenüber der äußeren Umwelt, sondern auch gegenüber dem eigenen Inneren/dem eigenen Selbst.

Kennzeichnend für die Struktur des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ist, dass es sich nicht auf die Erklärung einzelner Symptome beschränkt. Vielmehr stellt es eine umfassende Rahmung bereit, in der biografische Erfahrungen, psychische Beschwerden, Erinnerungslücken, gegenwärtige Ängste, Beziehungsprobleme und alltägliche Irritationen in einen einheitlichen Deutungsrahmen überführt werden können. Gerade diese Ausweitung zu einem übergreifenden Deutungsrahmen ist für seine Reichweite im Behandlungs- und Beratungskontext von zentraler Bedeutung.

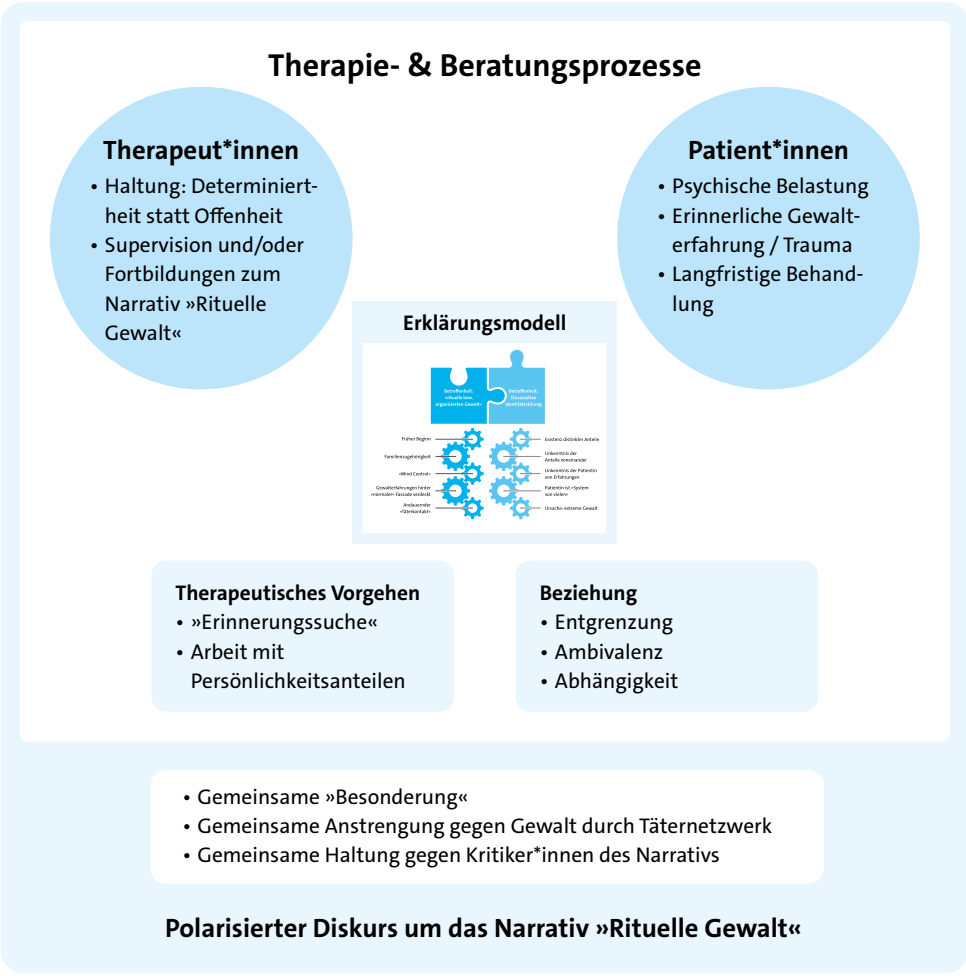
9.3.3 Funktion des Erklärungsmodells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in Therapie- und Beratungsverläufen

Das Erklärungsmodell übernimmt in Therapie- und Beratungsverläufen mehrere Funktionen. Zunächst fungiert es als Ordnungsschema, das disparate Erfahrungen und Symptome in eine kohärente Gesamtinterpretation überführt. Belastungen, die zuvor möglicherweise als diffus, widersprüchlich oder unverbunden erlebt wurden, können im Rahmen des Modells als Ausdruck einer übergeordneten Ursache verstanden werden. Dies betrifft sowohl psychische Beschwerden als auch Schwierigkeiten im sozialen Leben, Probleme in Beziehungen oder Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Biografie. Das Modell stellt damit eine Interpretationsressource bereit, die Komplexität reduziert und unterschiedliche Erlebensaspekte auf einen gemeinsamen Ursprung zurückführt.

Zugleich verschiebt das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation den Fokus therapeutischer und beraterischer Arbeit. Erinnerliche Belastungen und bereits bekannte Gewalterfahrungen erscheinen innerhalb dieser Logik häufig nicht als hinreichende Erklärung des gegenwärtigen Leidens, sodass ihnen eine Relevanz für die Behandlung abgesprochen wird. An ihre Stelle tritt die Annahme von der Existenz weiterer, schwerwiegenderer, bislang nicht erinnerter Gewalterlebnisse. Damit wird die Suche nach verborgenen Ursachen, nach bisher nicht zugänglichen Erinnerungen und nach inneren Anteilen, die entsprechendes Wissen in sich tragen sollen, zu einem zentralen Bezugspunkt und Motiv der weiteren therapeutischen Arbeit. Das Modell erzeugt insofern nicht nur eine Interpretation, sondern zugleich eine spezifische Dynamik der weiteren Exploration.

Darüber hinaus strukturiert das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation die Positionierung der beteiligten Akteur*innen. Innerhalb der Logik erscheinen Patient*innen als in besonderer Weise gefährdet, verletzlich und auf Schutz,

ABBILDUNG 7 Grafische Darstellung des Erklärungsmodells im doppelten Kontext der Hilfeprozesse und des Diskurses



Anleitung und spezifisches Wissen angewiesen. Therapeut*innen bzw. Berater*innen können demgegenüber als Personen relevant werden, die über dieses besondere Wissen verfügen, die Zusammenhänge erkennen, das Erleben der Patient*innen einordnen sowie Orientierung und einen vertrauensvollen Schutzraum in einer als bedrohlich verstandenen inneren und äußeren Wirklichkeit anbieten. Damit kann das Modell zur Aufwertung der professionellen Beziehung beitragen und ihre Reichweite über ein reguläres therapeutisches Arbeitsbündnis hinaus erweitern.

Schließlich ist das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation auch deshalb bedeutsam, weil es Folgen für die Lebenspraxis der Patient*innen haben kann.

Wenn Familie, soziales Umfeld und auch eigene innere Zustände unter dem Vorzeichen potenzieller Gefährdung gedeutet werden, verändert dies die Bedingungen von Vertrauen, Selbstdeutung und sozialer Orientierung. Das Modell ist daher nicht nur ein interpretativer Rahmen, sondern ein wirkmächtiger Bezugspunkt für Handeln, Beziehungsgestaltung und Alltagsorganisation. Seine Funktion erschöpft sich nicht in der Erklärung von Vergangenheit, sondern reicht in gegenwärtige Lebensführung und Zukunftsperspektiven hinein.

9.3.4 Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation als vergleichende Differenzachse

Ein zentraler Befund der Analyse besteht darin, dass sich die Erfahrungen der Interviewpartner*innen danach unterscheiden, in welchem Ausmaß das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation von den Patient*innen übernommen und zur Grundlage der eigenen Selbst- und Weltdeutung gemacht wurde. Diese Unterschiede werden im Forschungsprojekt als unterschiedliche Grade der Immersion in das Modell gefasst. Mit Immersion ist gemeint, in welchem Maß sich Patient*innen innerhalb des Modells bewegen, seine Prämissen auf die eigene Biografie und Lebenssituation beziehen, ihr Handeln daran ausrichten und ihr Erleben dadurch bestimmt wird. Die Immersion bezeichnet die Tiefe der lebenspraktischen und biografischen Aneignung des Modells – eine Art Abtauchen in ein Selbstverständlichwerden dieser Deutung.

Die Rekonstruktion des Interview- und Dokumentenmaterials führte zur Unterscheidung dreier Ausprägungen der Immersion: 1. Fälle, in denen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht übernommen, sondern zurückgewiesen wird; 2. Fälle, in denen einzelne oder auch mehrere Elemente des Modells zeitweise aufgegriffen werden, jedoch unter fortbestehenden Zweifeln; und 3. Fälle, in denen das Modell über längere Zeiträume hinweg zur selbstverständlichen und kaum mehr hinterfragten Grundlage der Deutung des eigenen Lebens wird. Diese Unterscheidung erweist sich für die vergleichende Analyse als besonders aufschlussreich, weil sich an ihr Unterschiede in Beziehungsverläufen, in therapeutischen Praktiken, in sozialen Folgen und in Revisionsprozessen systematisch beschreiben lassen.

Die Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ist ein Zusammenspiel von Interpretationsangeboten, professionellen Praktiken, Beziehungsgestaltung, biografischen Voraussetzungen und diskursiven Rahmungen. Sie stellt damit eine analytische Differenzachse dar, entlang derer sich die Wirksamkeit des Modells in den rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufen genauer bestimmen lässt. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse knüpfen an diese Unterscheidung an und entfalten das Modell schrittweise in seinen therapeutischen, beraterischen und diskursiven Kontexten.

9.4 Das Erklärungsmodell im Kontext von Therapie- und Beratungsprozessen

Im Folgenden werden diejenigen Befunde dargestellt, die das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in seinem nahen Kontext von Therapie- und Beratungsprozessen verorten und rekonstruktiv nachvollziehbar machen, unter welchen Voraussetzungen es anschlussfähig wird, durch welche Praktiken es ausgestaltet und stabilisiert wird und in welcher Weise es in die Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen eingebettet ist.

9.4.1 Merkmale der Patient*innen

Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigen sich einige wiederkehrende Merkmale der Patient*innen, die für das Verständnis der Anschlussfähigkeit des Modells bedeutsam sind. Diese Merkmale sind nicht im Sinne eines einheitlichen Profils oder gar als hinreichende Erklärung für die spätere Übernahme des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zu verstehen. Vielmehr handelt es sich um Merkmale, die in unterschiedlicher Kombination auftreten und im Zusammenspiel mit therapeutischen, beraterischen und diskursiven Bedingungen relevant werden. Die Daten erlauben insofern keine allgemeinen Aussagen über die Gruppe von Patient*innen, wohl aber die Rekonstruktion solcher Merkmale, die im analysierten Interview- und Dokumentenmaterial wiederholt sichtbar werden.

Zunächst fällt auf, dass es sich bei den direkt Betroffenen nahezu ausschließlich um Frauen handelt. Neun der zehn direkt Betroffenen sind weiblich; lediglich ein direkt Betroffener ist männlich. Die Interviewpartner*innen befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung überwiegend im jungen bis mittleren Erwachsenenalter, wobei das Altersspektrum von etwa 25 bis 70 Jahre reicht. Es deutet sich damit zwar eine Tendenz an, jedoch kein belastbares demografisches Muster, das über die vorliegende Stichprobe hinaus verallgemeinert werden könnte.

Für alle direkt Betroffenen ist kennzeichnend, dass sie von tatsächlichen Belastungen, Gewalterfahrungen und/oder Traumatisierungen in Kindheit, Jugend oder frühem Erwachsenenalter berichten. Dabei handelt es sich insbesondere um sexualisierte Gewalt, körperliche und emotionale Gewalt sowie um andere biografische Belastungserfahrungen. Diese immer erinnerlichen Traumatisierungen bilden einen wichtigen Hintergrund für die Analyse. Sobald das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation handlungsleitend wird, werden sie in der Behandlung nicht als hinreichende Erklärung des aktuellen Leidens bewertet und nicht weiter bearbeitet. Gerade darin liegt ein zentraler Aspekt der Wirksamkeit des Modells: Bereits bekannte Belastungserfahrungen verlieren innerhalb des Modells an Relevanz, weil sie als nicht

schwerwiegend genug erscheinen, um die angenommene Dissoziative Identitätsstörung erklären zu können.

Hinzu kommt, dass fast alle Patient*innen bereits vor Beginn der jeweiligen Indexbehandlung länger in psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosozialer Behandlung waren. Die Indextherapie ist in der Regel nicht die erste Hilfeerfahrung, sondern reiht sich in längere Verläufe der Suche nach Erklärung, Entlastung und Besserung ein. Die Patient*innen bringen damit häufig nicht nur erhebliche psychische Belastungen, sondern auch Erfahrungen mit unterschiedlichen Diagnosen, Behandlungssettings und zum Teil wiederholten stationären psychiatrischen Aufenthalten mit. Diese Vorgeschichte macht deutlich, dass viele von ihnen sich bereits seit längerer Zeit in Auseinandersetzung mit ihren Beschwerden, deren möglichen Ursachen und unterschiedlichen professionellen Interpretationsangeboten befinden.

Auch hinsichtlich der Symptomatik zu Beginn der Indexbehandlung zeigt sich eine erhebliche Belastung. Berichtet werden unter anderem Dissoziationen, Erinnerungslücken, Ängste, depressive Symptome, Suizidgedanken, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Schlafstörungen, chronische Schmerzen und starke innere Verunsicherung. Diese Symptomatik ist unterschiedlich ausgeprägt, macht aber deutlich, dass es sich häufig um Patient*innen in komplexen und lang andauernden Krisen- und Behandlungskonstellationen handelt. Gerade in dieser Situation kann ein Erklärungsmodell, das disparate Beschwerden, biografische Brüche und gegenwärtige Unsicherheiten in eine scheinbar kohärente Deutung überführt, in besonderer Weise anschlussfähig werden.

Ein Unterschied zwischen den analysierten Erfahrungen betrifft die soziale Einbindung der Patient*innen. In der vergleichenden Betrachtung zeigt sich, dass insbesondere in den Fällen ohne oder mit nur mittlerer Immersion häufiger Kontakte zu Geschwistern, Freund*innen, Ärzt*innen oder anderen Vertrauenspersonen bestehen, die alternative Interpretationen ermöglichen oder Zweifel am Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation stützen können und deren Einschätzungen hierzu von den Patient*innen als bedeutungsschwerer angenommen werden können. Demgegenüber sind Fälle tiefer Immersion eher durch stärkere soziale Isolation gekennzeichnet. Diese Isolation ist teils bereits biografisch angelegt, teils entwickelt sie sich im Verlauf der Behandlung (weiter), insbesondere dann, wenn Misstrauen gegenüber Familie und Umfeld wächst oder Kontaktabbrüche therapeutisch nahegelegt oder gar gefordert werden. Soziale Einbindung beziehungsweise ihr Verlust ist ein wichtiger Aspekt für das Verständnis unterschiedlicher Verläufe.

Schließlich unterscheiden sich die analysierten Erfahrungen auch danach, in welchem Maß Patient*innen bereits vor oder während der Indexbehandlung um die Umstrittenheit des Narrativs »Rituelle Gewalt« wussten. In einzelnen Fällen trägt gerade dieses Vorwissen dazu bei, Interpretationsangebote zurückzuweisen oder ihnen nur begrenzt zu folgen. Andere Patient*innen verfügen demgegenüber zunächst kaum über außertherapeutische Orientierungspunkte und begegnen dem

Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in einer Situation hoher Belastung und starker Abhängigkeit von professionellen Einschätzungen. Auch dieser Aspekt verweist darauf, dass die Anschlussfähigkeit des Modells nicht allein aus patient*innenseitigen Merkmalen erklärt werden kann, sondern erst in ihrem Zusammenspiel mit therapeutischen Beziehungen, professionellen Vorannahmen und sozialen Kontexten verständlich wird.

Insgesamt zeigt sich, dass die Patient*innen häufig bereits vor der Indexbehandlung erheblich belastet, therapeutisch vorerfahren und auf der Suche nach Orientierung und Erklärung für ihr Leiden sind. Diese Voraussetzungen machen das Modell nicht notwendig, wohl aber in spezifischer Weise ansprechend und anschlussfähig. Seine spätere Übernahme oder Zurückweisung lässt sich deshalb nur in der Verschränkung mit dem therapeutischen Vorgehen, der Beziehungsgestaltung und den im weiteren Verlauf dargestellten professionellen und diskursiven Kontexten rekonstruieren.

9.4.2 Merkmale der Therapeut*innen bzw. Berater*innen

Auch im Hinblick auf die Therapeut*innen bzw. Berater*innen zeigen sich im Interview- und Dokumentenmaterial einige wiederkehrende Merkmale, die für das Verständnis der Etablierung und Aufrechterhaltung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bedeutsam sind. Dabei geht es nicht darum, ein einheitliches persönliches Profil der Behandelnden zu entwerfen. Vielmehr lassen sich bestimmte professionelle, interaktionelle und haltungsbezogene Merkmale rekonstruieren, die in unterschiedlicher Ausprägung dazu beitragen, dass das Erklärungsmodell in Therapie- und Beratungsverläufen wirksam werden kann. Die Daten erlauben insofern keine Aussagen über Therapeut*innen oder Berater*innen im Allgemeinen, wohl aber über solche Merkmale, die in den Interviews und Dokumenten wiederholt als bedeutsam hervortreten.

Zunächst fällt auf, dass die Behandelnden hinsichtlich ihrer beruflichen Qualifikation nicht auf eine einzelne Berufsgruppe beschränkt sind. Die Behandelnden sind Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin für Neurologie, Psychologische Psychotherapeut*innen, eine Fachpsychologin für Psychotherapie sowie ein Heilpraktiker für Psychotherapie. Die Analyse spricht damit gegen die Annahme, das Phänomen sei an eine bestimmte Berufsgruppe oder an formale Qualifikationen gebunden. Es zeigt sich, dass auch formal hoch qualifizierte Fachpersonen Träger*innen entsprechender Interpretationen sein können. Aus der Qualifikation allein lässt sich daher nicht erklären, ob und in welcher Weise das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in eine Behandlung eingeht.

Auffällig ist, dass ein Teil der Therapeut*innen bereits vor der konkreten Behandlung mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und dem damit verbundenen Verständnis dissoziativer Störungen vertraut zu sein scheint oder im Verlauf der Behandlung – und mit dem

in das Forschungsprojekt einbezogenen Fall – zunehmend in dieses Deutungsgefüge hineinwächst. Im Interview- und Dokumentenmaterial ist wiederholt von einschlägigen Fortbildungen, Supervisionen, kollegialen Verweisungszusammenhängen sowie von Bezugnahmen auf bestimmte Fachpersonen, Institutionen und Publikationen die Rede. Dadurch entsteht der Eindruck eines professionellen Zusammenhangs, in dem bestimmte Annahmen nicht nur geteilt, sondern auch wechselseitig gestützt und ausgeweitet werden. Für einen Teil der Behandelnden scheint das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation daher nicht erst im Kontakt mit einzelnen Patient*innen relevant zu werden, sondern bereits im Vorfeld als verfügbares Raster des Verstehens bereitzustehen.

Von großer Bedeutung ist, dass sich im Interview- und Dokumentenmaterial eine spezifische Haltung der Therapeut*innen rekonstruieren lässt, die weniger durch Offenheit gegenüber unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten als durch eine vergleichsweise frühe Festlegung auf bestimmte Annahmen geprägt ist. Diese Haltung ist für das Verständnis der weiteren Prozesse zentral. Das Vorhandensein eines diagnostischen oder verstehensorientierten Rasters ist im therapeutischen Alltag zunächst nicht ungewöhnlich, insbesondere dann nicht, wenn Patient*innen nur fragmentarisch berichten, Erinnerungslücken aufweisen oder diffuse Beschwerden schildern. Problematisch wird ein solches Raster dort, wo es nicht als vorläufige Hypothese behandelt, sondern gegen widersprechende Informationen, Zweifel und alternative Interpretationen aufrechterhalten wird. In der Analyse zeigt sich mehrfach, dass gerade diese Form der Determiniertheit für die therapeutische Arbeit prägend wird. Sie ist damit nicht nur ein Merkmal einzelner Interaktionen, sondern auch Ausdruck einer übergeordneten (un-)professionellen Haltung.

Daneben fällt auf, dass die Therapeut*innen ihr Handeln häufig nicht als problematisch, sondern im Gegenteil als Ausdruck besonderer Verantwortungsübernahme, Hilfsbereitschaft und Engagement für ihre Patient*innen verstehen. Die Daten sprechen nicht dafür, dass das therapeutische Vorgehen in erster Linie von einer bewussten Schädigungsabsicht getragen wäre. Vielmehr erscheint es vielfach als von der Überzeugung geleitet, den Patient*innen in einer extrem bedrohlichen Lebenssituation helfen zu müssen. Gerade diese Überzeugung trägt jedoch dazu bei, dass Grenzüberschreitungen, intensive Einmischung in die Lebensführung und ein Ausweiten des therapeutischen Zugriffs als notwendig und legitim erscheinen können. Der Drang zum Helfenwollen ist Teil der Dynamik des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation.

Eng damit verbunden ist ein besonderer professioneller Selbstentwurf, der im Interview- und Dokumentenmaterial sichtbar wird. Therapeut*innen erscheinen in dieser Logik als Personen mit speziellem Wissen über Dissoziation, »Programmierung«, Täterkontakte und die Dynamik organisierter/»ritueller Gewalt«. Dieses Wissen wird nicht nur als fachliche Kompetenz, sondern zum Teil als etwas verstanden, das andere Fachpersonen gerade nicht anerkennen wollen. Darin liegt ein Moment der Besonderung: Die eigene Position erscheint als diejenige, die das eigentliche Geschehen erkennt,

während andere Fachpersonen, Institutionen oder auch Angehörige von Patient*innen als naiv, uninformiert oder verharmlosend – im Extremfall auch als loyal dem Täternetzwerk gegenüber – wahrgenommen werden können. In dieser Konstellation gewinnt die therapeutische Rolle zusätzliche Bedeutung. Sie ist nicht nur auf Behandlung im engeren Sinne bezogen, sondern auch auf Schutz, Aufklärung und Deutungshoheit.

Zugleich deutet das Interview- und Dokumentenmaterial darauf hin, dass die Arbeit mit dieser Patient*innengruppe für manche Therapeut*innen mit einer Form professioneller Aufwertung verbunden sein kann. Dies zeigt sich etwa in der Vorstellung, mit besonders komplexen, besonders schwer belasteten oder von anderen nicht verstandenen Patient*innen arbeiten zu können. Die Behandlung erscheint dann als Aufgabe, die besonderes Wissen, besondere Hingabe und besondere Belastbarkeit erfordert. Daraus kann ein Selbstverständnis entstehen, das zwischen Expert*innentum, besonderem Engagement und Retter*innenposition oszilliert. Ein solches Selbstverständnis bleibt nicht folgenlos für die konkrete Beziehungsgestaltung, sondern kann zur Ausweitung therapeutischer Zuständigkeit und zur Intensivierung der Bindung an die Patient*innen beitragen.

Schließlich zeigt sich auch im Vergleich der interviewten Fachpersonen, dass diese selbst unterschiedlich tief in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation eingebunden sein können. Die Spannweite reicht von stabiler und über Jahre fortgesetzter Überzeugung über Zweifel und spätere Distanzierung bis hin zu deutlich zurückhaltenderen Positionierungen. Dieser Befund ist insofern wichtig, als er verdeutlicht, dass auch aufseiten der Fachpersonen nicht von einer homogenen Gruppe ausgegangen werden kann. Vielmehr gibt es unterschiedliche Grade der Immersion, unterschiedliche Formen der Vernetzung und unterschiedliche Weisen, mit der Polarisierung des Diskurses umzugehen. Gerade dadurch wird sichtbar, dass die Merkmale der Therapeut*innen nicht als starre Eigenschaften, sondern als Teil professioneller und diskursiver Prozesse eingebettet werden müssen.

Insgesamt legen die Fachkräfteinterviews nahe, dass die Wirksamkeit des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation aufseiten der Therapeut*innen bzw. Berater*innen insbesondere dort begünstigt wird, wo einschlägige Vorerfahrungen mit der Thematik »rituelle Gewalt«, frühe Festlegung, starke innere Überzeugung und ein besonderes professionelles Selbstverständnis zusammenkommen. Diese Merkmale allein erzeugen das Erklärungsmodell nicht, sie tragen jedoch dazu bei, dass es als plausibler Bezugsrahmen verfügbar ist und im Kontakt mit Patient*innen eine strukturierende Kraft entfalten kann. In welcher Weise sich dies konkret im therapeutischen und beraterischen Vorgehen niederschlägt, wird im Folgenden näher dargestellt.

9.4.3 Therapeutisches und beraterisches Vorgehen

Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich, dass die Etablierung und Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht allein über allgemeine Interpretationsangebote oder über die besondere therapeutische Beziehung erfolgt, sondern auch über konkrete Formen therapeutischen und beraterischen Handelns. Diese Praktiken sind im Einzelnen nicht für alle Fälle gleichermaßen dicht rekonstruierbar, weil der Zugang zu den tatsächlichen Interaktionen in den Sitzungen durch die Forschungsmethodik begrenzt ist. Gleichwohl lassen sich aus Interviews und zusätzlichem Dokumentenmaterial einige wiederkehrende Muster des Vorgehens herausarbeiten. Diese betreffen insbesondere die Suche nach bislang nicht erinnerter Gewalt, die spezifische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, die interaktive Verstärkung des Erklärungsmodells sowie die Verschiebung therapeutischer Zielsetzungen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass wir für die meisten untersuchten Behandlungsverläufe nicht rekonstruieren konnten, wie die Diagnosestellung der Dissoziativen Identitätsstörung erfolgte. Nur für drei Behandlungsverläufe konnten wir eine fundierte Diagnostik rekonstruieren bzw. aus den Dokumenten ablesen.

9.4.3.1 Erinnerungssuchen und das »Auftauchen« neuer Erinnerungen

> – Also es es war immer immer dieses Suchen nach noch Schlimmerem. (IV4, Z. 890–891) –[44]

Als ein zentrales Moment des therapeutischen Vorgehens konnte die Suche nach weiteren, bislang nicht zugänglichen Erinnerungen an Gewalt, herausgearbeitet werden. Diese Suche wird dadurch legitimiert, dass die immer erinnerlichen Belastungs- und Gewalterfahrungen der Patient*innen innerhalb des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation als nicht schwerwiegend genug erscheinen, um die Entste-

44 Die Transkripte sind für die Publikation etwas geglättet worden, um die Lesbarkeit zu erleichtern und gleichzeitig Authentizität des Gesprochenen zu erhalten. Um die Verständlichkeit weiter zu erhöhen, folgt hier eine knappe Darstellung der basalen Transkriptionsregeln. Eine ausführlichere Darstellung der Regeln findet sich im wissenschaftlichen Anhang, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862).

/	Wort- oder Satzabbruch
(.)	Pausen von einer bis drei Sekunden
(4)	Pausen ab vier Sekunden
LAUT	besonders betont
:	langgezogen
@1@	Lachen, lachend gesprochen
(unv.)	unverständlich
//mh//	überlappendes Sprechen
[…]	Durch das Forschungsteam vorgenommene Auslassung

hung der angenommenen Dissoziativen Identitätsstörung zu erklären. Daraus folgt die Annahme, es müsse schwerere, frühere und fortdauernde Gewalterfahrungen gegeben haben, an die sich die Patient*innen jedoch nicht erinnern könnten. Die therapeutische Arbeit richtet sich folglich nicht auf die Bearbeitung des bereits Bekannten, sondern auf das Auffinden von etwas, das als eigentliche Ursache des Leidens angenommen wird, den Patient*innen aber gerade noch nicht präsent ist.

Im Interview- und Dokumentenmaterial wird diese Form des Vorgehens wiederholt als ein »Suchen nach noch Schlimmerem« beschrieben. Gemeint ist damit eine therapeutische Dynamik, in der vorhandene Erinnerungen, Befürchtungen oder diffuse Belastungsempfindungen als Hinweise auf bislang verborgene Gewalt interpretiert werden. Die Erinnerungssuche ist keine neutrale Exploration, sondern häufig mit starken Erwartungen und Lenkungen verbunden. Einerseits wird z. T. ganz offen von den Therapeut*innen angesprochen, dass eine erinnerliche Gewalterfahrung nicht als Ursache für die Dissoziative Identitätsstörung ausreichend sei und die Vermutung bis Überzeugung geäußert, dass solche Erinnerungen aber »bei anderen Persönlichkeiten« abgespeichert seien, mit denen der*die Therapeut*in ins Gespräch kommen wolle. Zum anderen wird mit assoziativen Methoden, wie z. B. Traumreisen, gearbeitet, und auftauchende Bilder und Empfindungen werden als tatsächliche Erlebnisse eingeordnet.

Frau J, direkt Betroffene: Also sie ging in Supervision bei Herrn Fachperson A (.) und hat mich dahin mitgenommen, (.) damit er mich kennenlernt mal (.) und (.) da hat er mich ich ich erinnere mich so gut an diesen Satz, als er mir gesagt hat ja (.) mein Kindheitstrauma reicht nicht aus für die DIS. (.) Also das was ich in der Kindheit erlebt habe, ist nicht/ (.) daraus entsteht keine DIS. (.) [...] man war sich sicher die Diagnose ist [DIS] also muss ja mehr Trauma sein (.) und (.) in diesem Gespräch ging es (.) soweit ich mich erinnere zum ersten Mal darum, dass ich gefragt wurde ob ich mich erinnern kann, dass es auch (.) im Missbrauch ob es da auch um (.) eben Rituale, ob es da irgendwie mit Blut ging, ob es da Keller, Burgen/ ob ich mich an irgendwas so was denn erinnern kann (.) und (.) so was kann ich oder konnte ich mich nicht erinnern? (.) Und daraufhin ist dann eben dieser Satz gefallen, dass irgendwie mehr sein muss (.) woran ich mich aber offenbar nicht erinnern kann, weil das von mir abgespalten ist (.) und ab dem Moment eigentlich war nicht mehr die DIS an sich Thema, sondern [...] Was ist da mehr noch als das Trauma? (..) Und das Trauma an sich wurde gar nie/ das haben wir in all diesen Jahren nicht einmal bearbeitet. Das war wie ja nicht schlimm genug. (...) Es ging nur darum was könnte da sonst noch sein? (IV9, Z. 333-350)

Frau D, direkt Betroffene: Also meine Therapeutin ist ja dann überzeugt gewesen, dass mein (.) Vater mir was angetan hat. Und sie hat immer gesagt, dass irgendwelche (.) Anteile ihr das gesagt hätten. (..) Und da wird es schwierig, wenn mir gesagt wird, dass ich etwas gesagt habe, was ich nicht weiß, weil ich es ja nicht wissen kann. (.) Ich weiß, dass ich als Kind manchmal Angst vor meinem Vater hatte, weil er (.) konnte laut sein. Das hat mich erschreckt und verunsichert. (.) Und dann (.) und (..) ja und das dann aus

dem irgendwie (.) was und so ich habe Angst vor meinem Vater, (.) also muss er ja was getan haben. Er hat was getan. Es war halt nur Nichts dramatisch genug. (...) Also es es war immer, immer dieses Suchen nach noch Schlimmerem. (IV4, Z. 883-891)

Aus diesen Zitaten gehen gleich mehrere Aspekte hervor. Zum einen die Überzeugung der Therapeut*in und die Annahme, es müsse Erinnerungen an schlimmere und dramatischere Gewalterlebnisse geben. Außerdem beschreibt Frau D, wie die Vorstellung davon, es gebe unterschiedliche Persönlichkeitsanteile, die nichts voneinander wüssten, ihre Autonomie aushebelt und sie abhängig von den Aussagen und der Einschätzung der Therapeutin macht.

Darüber hinaus berichten Patient*innen, dass Träume, Flashbacks, Affekte, Körperzustände oder Irritationen in Sitzungen in Richtung »ritueller«/organisierter Gewaltannahmen ausgelegt wurden. Gerade in Fällen mittlerer und tiefer Immersion entsteht so ein Setting, in dem immer neue Anhaltspunkte für bislang nicht erinnerte Gewalterfahrungen gesucht und auf diese Art auch (scheinbar) gefunden werden können. Dafür werden zum Teil fragwürdige, assoziative Methoden verwendet, wie in den folgenden Beispielen Traumreisen oder freie Assoziationen zu Postkarten. Darüber hinaus wird von einigen Interviewpartnerinnen berichtet, dass es Bestandteil der Therapie war, bestimmte Bücher zur Dissoziativen Identitätsstörung und zu »ritueller Gewalt« zu lesen und zu besprechen.

Frau P, direkt Betroffene: Und ja, immer wieder dieses Rumreiten auf den Bildern [die Frau P gezeichnet hatte]. Und da ist doch der Beweis, dass du das erlebt hast (.) und dass du in dem Kult bist. (IV15, Z. 2603-2605)

[Beschreibung einer Traumreise] Sie stand hinter mir. [...] Und wie dann explizit der Einstieg war, habe ich gar nicht mehr auf dem Sender. (4) Und (..) irgendwie war einmal das irgendwie so eine Art Höhle (.) als Ort vorgegeben wurde (.) und ich sagen sollte, was ich in der Höhle (.) sehe und rieche und (.) ob da noch andere sind. [...] (5) Also es war irgendwie so eine Höhle. (..) Und (..) überall Kerzen. Ziemlich dunkel. (.) Und (.) vom Geruch her so eine Mischung aus modrig, so wie irgendwelche alten Keller, sag ich mal, (.) aber andererseits auch irgendwas [...] es gibt ja (.) auf diesen Mittelaltermärkten so Räucherwaren zu kaufen, sowas in der Art muss da irgendwie (.) und irgendwie so ein, so ein, so ein (.) Gang führte dahin, (.) wo überall so Fackeln waren. Also wie in so einer Mittelalterburg, so in der Art etwa. (4) Und jetzt wird's heftiger. (...) Ja, (.) also, da waren ganz viele Kinder, Mädchen und Jungen. (..) Und das, was ich auf den Bildern gemalt habe, waren immer so schwarze Kapuzenmänner. (..) Die waren da auch (.) in diesen Räumlichkeiten. Also wie viele Kinder und (.) wie viele von den Kapuzenmännern? Keine Ahnung, weiß ich nicht. (..) Und (...) Ja, es war so eine Stimmung von, (4), ja, dass die Kinder alle unheimliche Angst hatten. (...) Und jetzt erzähle ich nicht weiter. (.) Das geht nicht. [...] (12) Das war eine Mischung, würde ich sagen aus heutiger Sicht, (..) was Person H auf irgendeine Art vorgegeben hat, die hat irgendwie so Stichworte gegeben. (4) Und ich erinnere mich, (5) dass ich dann irgendwann mich so unter Druck

gefühlt habe, (5) in der Hinsicht, dass (4) ich überlegt habe, was für Antworten erwartet sie? (4) Also es war ganz seltsam irgendwie. [...] Was erwartet sie, was ich jetzt sage? (...) Ja. Und dann verschwammen die/ (...) Das das ging alles so ineinander über. [...] Was erwartet sie jetzt, was als Antworten kommt? (.) Und gleichzeitig habe ich sie aber reden hören (.) und dass sie irgendwelche Stichworte in den Raum warf. (IV15, Z. 2453-2494)

Frau G, direkt Betroffene: Therapiedokumentation[45] 21. Sitzung: »Mit dem Pat-en wird konsequent versucht Kontakt zu verschiedenen Persönlichkeitsanteilen herzustellen. Dafür wurden Postkarten benutzt. Es wurden sehr viele ausgewählt, die was ›berührt‹ haben. in den Stunden werden die Karten eine nach der anderen genauer angeschaut, es wurden dabei zum Teil unerwartete Erinnerungen hervorgerufen.«

Frau J, direkt Betroffene: Aber später ging es dann auch darum, dass sie sich wir zusammen eigentlich in der Therapie das Buch gelesen haben, (.) wo eine Betroffene sie nennt sich glaube Frau [...] Katze oder so (.) beschreibt, was alles (.) sie da immer an Halloween und all diesen Feiertagen eigentlich in Wahrheit erlebt hat. Und wir haben dann in der Therapie zusammen hat- also Frau Therapeutin C hat dann (.) bestimmte Abschnitte, wo diese Frau Katze (.) vorliest. (...) ha/ also hat sie gelesen (.) und hat dann mit mir darüber gesprochen, was das mit mir macht. Also ob ich jetzt (.) dabei mich total unbeteiligt fühle oder das Gefühl habe, das hat gar nichts mit mir zu tun oder ob ich dabei das Gefühl habe, (.) das könnte etwas mit mir zu tun haben, oder ob ich vielleicht sogar irgendwie Gedankenblitze habe, irgendwie eine Erinnerung kommt. (..) Und teilweise (.) gab es da halt Situationen, die sich überschnitten haben mit Dingen, (.) die es wirklich gab, aber die nichts mit Ritualen oder irgendwas zu tun haben. Und wenn ich dann aber gesagt habe ja, (.) da gibt es/ (.) oder ich kann mich jetzt an das oder das hat mich gerade voll getriggert. (.) Dann (.) war das für sie wie so ein Beleg dafür (IV9, Z. 360-373)

Das »Auftauchen« neuer Erinnerungen ist insofern nicht einfach als spontaner Erinnerungsprozess zu verstehen, der sich in der Therapie vollzogen hätte, sondern als ein interaktives Geschehen, in dem gezielte Suche, Erwartung, Interpretation durch Therapeut*innen und Äußerungen der Patient*innen ineinandergreifen und sich wechselseitig beeinflussen. Die Daten erlauben keine abschließende Rekonstruktion solcher Prozesse, geben aber deutliche Hinweise darauf, dass Erinnerungssuchen ein zentrales Vehikel der scheinbaren Bestätigung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation und damit eines weiteren Eintauchens hierein darstellen.

45 Schriftliche Dokumente haben wir im Original übernommen und nicht verändert. Da es den Lesefluss beeinträchtigen würde, haben wir entschieden, darin enthaltene Besonderheiten und Fehler nicht mit einem [sic!] zu versehen.

9.4.3.2 Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen

– [...] in dem Moment [...] waren all diese Anteile ja plötzlich noch viel mehr ein Mensch und nicht mehr nur ein Anteil. (IV9, Z.2042-2044) –

Ein zweites zentrales Element des therapeutischen Vorgehens ist die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen. Im Interview- und Dokumentenmaterial wird deutlich, dass diese nicht lediglich als innere Zustände oder innere Modi behandelt werden, sondern vielfach als eigenständige, voneinander getrennte Entitäten – im Sinne von Personen. Entsprechend richtet sich die therapeutische Arbeit nicht nur an den*die Patient*in als Person, sondern auch an einzelne Anteile, die als Träger*innen spezifischer Erinnerungen, Funktionen, Aufträge oder Gefährdungen verstanden werden. In dieser Logik werden Anteile als kindlich, schutzbedürftig, alltagsfähig, wissend oder »täterloyal« bewertet. Sie werden angesprochen, sollen kennengelernt, beruhigt, befragt oder von anderen Anteilen unterschieden werden.

Frau Q, direkt Betroffene: Aber da geht es dann halt irgendwie so darum zu/ jeden zu fragen und und (.) irgendwie (.) ja. Dann ist ja immer quasi die Annahme, dass es manchen Anteilen ja nicht so gut geht und dass man sich dann um die kümmern muss und [...] es ist halt sehr anstrengend. Also ja, ich habe es versucht und ich (..) ich fand es extrem. Ich fand es wirklich extrem, weil das ist ja wie als wenn man im Kopf die ganze Zeit versucht irgendwie hundert verschiedene Leute, also hundert nicht, aber halt mehrere verschiedene Personen irgendwie zu unterhalten und da jetzt dann eine sinnvolle Entscheidung zu treffen, das ist manchmal einfach, also das ist Quatsch. Entschuldigung, aber das (.) kann ich mir nicht vorstellen, dass das bei irgendwem dazu führt, dass er klarer wird mit sich oder im Leben oder sonst irgendwie. Und vor allem ist es ja auch so, (.) dass dazu gehört ja auch, dass (.) Symptome super gerne auch irgendwelchen Anteilen zugeordnet werden. Und damit entziehe ich mich natürlich auch aus jeglicher Verantwortung und gehe immer weiter weg von mir selbst und und und splitte mich ja tatsächlich immer weiter auf, wenn ich immer sage, ach ja, das ist jetzt aber der Anteil (.) da, da kann ich ja gar nichts dafür. Also das ist ja immer irgendwie ein von sich Wegschieben, statt dass man sich einfach selber annimmt und sagt das gehört zu mir, ich habe das jetzt gerade, ist so. Keine Ahnung, wie kann ich damit vielleicht umgehen? Will ich damit überhaupt umgehen oder lasse ich es vielleicht einfach? (.) Stattdessen (.) mache ich jedes Mal irgendwie so ein Fass auf und/ (.) also das war für mich irgendwann einfach (.) zu viel. Also es sind einfach zu viele Fässer, die man irgendwann offen hat, also zu viele Anteile, die man irgendwann einfach (.) wie soll ich die unter einen Hut kriegen? Das ist ja, also (.) ich konnte das nicht. (IV16, Z. 2332-2353)

Die Arbeit mit Anteilen erscheint im Interview- und Dokumentenmaterial als besonders folgenreich, weil sie das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in mehrfacher Hinsicht stabilisiert. Zum einen ermöglicht sie, fehlende Erinnerung an

gegenwärtig oder früher erlebte Gewalt durch die Annahme zu erklären, das Wissen liege in anderen Anteilen vor. Zum anderen können Zweifel, Widerstände oder Inkonsistenzen wiederum auf bestimmte Anteile zurückgeführt werden, etwa auf solche, die »täterloyal« seien oder Therapieprozesse sabotieren wollten. Damit wird die innere Welt der Patient*innen selbst zum Ort der Bestätigung des Modells: Nicht nur die Außenwelt, sondern auch die eigene Innenperspektive wird interpretativ umgebaut.

Frau A, direkt Betroffene: Ausschnitt aus einem WhatsApp-Chat mit dem Therapeuten:
[19.12.18, 20:42:31] Therapeut: Hallo Y [Vorname eines Anteils], noch eine kurze Korrektur zu gestern: es war nicht meine Absicht, Dich wütend zu machen. Darum ging es mir nicht. Ich wollte Dir aber deutlich zurückmelden, dass ich Dein Handeln mit Z [Vorname eines Anteils] und A [Vorname eines Anteils] nicht ok fand. Mir tun beide leid, das habe ich Dir mitgeteilt. Hast Du noch was von B [Vorname eines Anteils] gehört? Und dann hätte ich noch eine andere Fragen an Dich. LG
[19.12.18, 21:49:16] Therapeut: Aber danke für die Info, Y [Vorname eines Anteils]. Es geht noch nicht ganz auf, aber ist ok für den Moment. Was wolltest Du fragen?
[19.12.18, 21:49:52] Patientin: Meine Frage: Spielt sie das vor oder hat sie wirklich immer ein »black out«?
[19.12.18, 21:50:44] Patientin: Spielt sie vor, dass sie sich nicht mehr erinnert oder weiß sie das wirklich nicht?
[19.12.18, 21:51:36] Patientin: Ist das nicht das, was ich vorher gesagt habe? Habe ich den Ausdruck verwechselt?
[19.12.18, 21:52:06] Therapeut: Ich weiss es ehrlich gesagt nicht. Vielleicht ist es ihre Art, mit den wiederholten Retraumatisierungen der Prostitution umzugehen.
[19.12.18, 21:53:30] Patientin: Oder sie hat mir ne Story aufgetischt. [...]
[19.12.18, 21:54:46] Therapeut: Nein, die Kontakte mit den Freiern sind für sie Retraumatisierungen. Du traumatisierst sie im Prinzip immer wieder. Früher war es C [Vorname eines Täters], der sie hingeschickt hast, heute bist Du es. Sie versucht auf ihre Weise, mit dieser Gewalt umzugehen.
[19.12.18, 21:55:21] Therapeut: Ich will damit nicht sagen, dass Du so bist wie C. Auch Du wiederholst alte Handlungen und bist auch von C traumatisiert.
[19.12.18, 21:56:32] Patientin: Ist es nicht möglich, dass sie vom Schlag eine Gehirnerschütterung hat? Ich weiß das nur von ihr, ich bin ja nicht dabei gewesen.
[19.12.18, 21:57:30] Therapeut: ja, das wäre möglich. Aber sie hätte nicht Erinnerungsverlust seit 19 Jahren. Interessant, wie Du mir bei den Retraumatisierungen von Z [Vorname eines Anteils] immer wieder ausweichst. Merkst Du das?
[19.12.18, 21:58:37] Patientin: Es wäre nicht möglich, dass sie das erfunden hat?
[19.12.18, 21:59:20] Patientin: Echt? Machen die das?
[19.12.18, 22:01:50] Therapeut: Nein, den Schlag hat sie nicht erfunden. Aber stell Dir vor, Du lebst 18 Jahre in einem Keller und darfst nur rauskommen, wenn Du einem Mann für dessen (perversen) sexuellen Bedürfnisse hinhalten musst, um dann wieder im Keller eingesperrt zu werden. Kein Kontakt zu niemandem. Totale Isolation. Und

keine Ablenkung, kein Buch, keine CD, [...] nichts. Nur ein Foto des einzigen Mannes in ihrem Leben, der keinen Sex mit ihr wollte und der Interesse für sie selber (und nicht ihren Körper) gezeigt hat. Wie würdest Du damit umgehen?
[19.12.18, 22:04:08] Patientin: Es tut mir leid. Ich kann das doch nicht beurteilen!
[19.12.18, 22:05:13] Patientin: Ich weiß nicht wie das ist und kann es mir nicht vorstellen. Ich denke sie ist beleidigt.
[19.12.18, 22:05:37] Therapeut: Schön, dass es Dir leid tut. Das zeigt, dass Du nicht wie C bist.
[19.12.18, 22:06:09] Therapeut: Nein, sie hatte Angst, dass C ihr eine Falle stellen würde. Das hat sie verwirrt und verunsichert
[19.12.18, 22:06:13] Patientin: ☺
[19.12.18, 22:07:02] Patientin: Das gehört zur ersten SMS. Wegen C.
[19.12.18, 22:08:14] Therapeut: habe ich verstanden.
[19.12.18, 22:09:47] Patientin: Ich weiß grad nicht wegen der Angst vor C. Ich mache mir mal Gedanken. Ist deine Frage jetzt eigentlich beantwortet? Ich weiß auch nicht mehr.
[19.12.18, 22:10:12] Patientin: Ich lass mir das mal durch den Kopf gehen, vielleicht fällt mir noch was ein. Ok?
[19.12.18, 22:11:07] Therapeut: Die Antwort hilft mir für den Moment. Mal schauen, wie es das nächste Mal ist. Gute Nacht, Y, und ich hoffe, Dich eines Tages persönlich kennenzulernen im Gespräch 😉[...]
[19.12.18, 22:12:00] Patientin: Gute Nacht 😭
[19.12.18, 22:15:15] Therapeut: Lieber Monsieur Y, ich lade Dich hiermit hochoffiziell zu einer Sitzung bei mir ein. Es ist natürlich Dir überlassen, ob Du diese Einladung annehmen willst. Ich verspreche sogar, freundlich zu sein 😉
[19.12.18, 22:15:19] Therapeut: Gute Nacht

Darüber hinaus berichten Patient*innen, dass im Verlauf der Behandlung immer mehr Anteile »auftauchten« oder benannt wurden. Diese Ausweitung wird nicht als hilfreicher diagnostischer Erkenntnisgewinn erlebt, sondern häufig als belastend und verunsichernd. Im Interview- und Dokumentenmaterial gibt es Hinweise, dass die Arbeit mit Anteilen nicht integrierend, sondern im Erleben der Patient*innen auf ihre Identität und ihr Selbst-Gefühl eher zersplitternd wirken kann. Je stärker die therapeutische Aufmerksamkeit auf die Differenzierung, Separierung und das Identifizieren von weiteren Anteilen gerichtet ist, desto eher kann sich der Eindruck verstärken, kein zusammenhängendes Selbst mehr zu sein. Die Patient*innen beschreiben den Verlust eines Selbst-Verständnisses und der Sicherheit zu wissen, wer sie sind (vgl. 9.6). Dieser Aspekt kann auch durch den besonderen Sprachgebrauch, dass DIS-Patient*innen häufig im Plural als »ihr« angesprochen werden und oftmals auch für sich diese sprachliche Konvention übernehmen und mit »wir« von sich sprechen, gestützt, wenn nicht gar verstärkt werden. Es wird damit deutlich, dass die Behandlung von Anteilen als eigenständigen Personen als ein therapeutisches Vorgehen bewertet werden muss, das

die Logik des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation praktisch realisiert und weiter vertieft.

Frau J, direkt Betroffene: Also am Anfang (.) hat sie oft (.) gefragt, wer alles da ist, wie viele Anteile das es gibt. (.) Wir sollen im Inneren schauen ob es nicht noch eine Tür gibt im Verborgenen da sind doch sicher noch mehr Anteile. (..) Da gab es auch Sitzungen, da, ging es quasi nur um/darum aufzuzeichnen, wie diese innere Landschaft aussieht, wo diese Anteile sind (.) und wer davon welcher Anteil wie aussieht. Also (.) zum Beispiel dass der 6-jährige Anteil kann ja nicht aussehen wie ICH jetzt. Und dann ging es darum okay die 6-jährige Vorname B wie sieht die aus? Hat sie kurze Haare? Hat sie lange Haare? Und, da wir aber darüber so intensiv gesprochen haben habe ich das visualisiert. Also für mich war dann immer, wenn sie gesagt hat okay, ich möchte mit Vorname B sprechen, dann habe ich mich aufgeführt wie die Vorname B aber für mich war dann visuell und alles/ das das hat sich dadurch noch viel mehr verstärkt, weil ich dann in dem Moment war (.) waren all diese Anteile ja plötzlich noch viel mehr ein Mensch und nicht mehr nur ein Anteil und dadurch (.) ja, [...] es ist eigentlich das Gegenteil von Integration. (IV9, Z. 2263-2276)

Frau D, direkt Betroffene: Und (.) ja (..) und hat immer wieder das das das Nachhaken und fragen, wer ist jetzt da? wer is/ Mit wem spreche ich jetzt? Wie heißt du? Wie alt bist du? (IV4, Z. 431-432)
Und (.) was sie auch gemacht haben, ist nicht nur die Therapeutin, auch Leute von der Pflege (..) in mich hineingeredet. So haben die es genannt. Ich weiß nicht. Es fühlt sich [...] so ein bisschen hypnotisch oder oder so an, so. (..) Ich spreche jetzt in Sie hinein. Ich spreche jetzt zu allen Anteilen. [...] Das das fühlt sich ganz anders an, als wenn jemand normal mit einem redet. (IV4, Z. 451-455)
[...] je länger man drin ist, ist es einfach die die normale Realität und und (.) man hat nur noch Leute um sich rum die (.) mit einem so reden, [...] die davon ausgehen, dass, wenn sie mit mir reden, dass sie mit mehr als einer Person reden. @1@ Heute finde ich das so abstrus, aber das war das war völlig lang Realität. (IV4, Z. 697-701)

9.4.3.3 Immersion in Interaktion: Erwartungen, Interpretationen und Verstärkung

– Aber dass ich es [Täterkontakt] regelmäßig frage, in eine Amnesie rein. Das ist natürlich suggestiv (IV5, Z. 1089) –

Die Daten legen nahe, dass die Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation wesentlich in Interaktion verläuft und eine einseitige Betrachtung von Handlungen der Therapeut*innen oder Patient*innen dem Phänomen nicht

gerecht wird. Mit dem vorliegenden Interview- und Dokumentenmaterial lässt sich nicht klären, wer das Narrativ in einer Behandlung zuerst in die Therapie einbringt. Rekonstruierbar ist jedoch, dass sich die Verfestigung des Modells und die Immersion in einem Zusammenspiel aus therapeutischen Erwartungen, patient*innenseitigen Beiträgen und wechselseitiger Verstärkung vollzieht.

Für die Immersion in das Modell lassen sich aus dem Interviewmaterial drei unterschiedliche Mechanismen rekonstruieren. Der erste Mechanismus ist gekennzeichnet davon, dass Patient*innen Erwartungen der Therapeut*innen zu Gewalterlebnissen wahrnehmen und diese Erwartungen »bedienen«. Dabei werden Erwartungen nicht immer explizit formuliert. Sie können auch indirekt über Fragen, Reaktionen, wiederholte Themenadressierungen oder die besondere Aufmerksamkeit für bestimmte Inhalte vermittelt werden. Patient*innen berichten, solche Erwartungen wahrgenommen und auf sie reagiert zu haben. Die Patient*innen, die diesen Mechanismus in ihren Interviews schildern, nennen den Wunsch nach Besserung ihres Gesundheitszustands sowie nach Erhalt der Beziehung zum*zur Therapeut*in als Motive hierfür. Eine der interviewten Fachpersonen macht deutlich, dass sie solche Erwartungen in Form von wiederholten Fragen nach Täterkontakten an Patient*innen kommuniziert habe, die nach mehrfachem Verneinen durch das Wiederholen der Frage verunsichert wurden und in diesen Situationen schließlich so geantwortet hätten, wie sie vermuteten, dass es die Therapeutin erwarte.

> **Frau F, Fachperson:** Und dann habe ich natürlich/und jetzt kommt MEIN Anteil. ICH habe sie wiederholt [...] nach Täterkontakten gefragt [...] (.) Und sie hat IMMER geantwortet Nein. Ich kann mich nicht erinnern. Ich glaube nicht, dass ich Täterkontakt habe. Ich weiß NICHTS von Täterkontakt. (.) Und ich habe aber sehr REGELMÄßIG das Thema Täterkontakt angesprochen und sie war dann zeitweise sehr verunsichert und hat gesagt Ja, aber vielleicht habe ich Täterkontakt und erinnere mich nicht das finde ich total gruselig [...] Ja? Und da komm ICH dann mit meinem Teil Täterkontakt. Das ist das [...] wo ich heute finde, das würde ich NIE wieder so machen. Weil suggestiv war von meiner Seite her (.) dass man natürlich Patientinnen (.) die gerade so traumatisiert sexualisierte Gewalt erlebt [...] hatten fragt Haben Sie noch Kontakte, die schädlich sind? Das gehört wie dazu. [...] (.) Aber dass ich es regelmäßig frage, in eine Amnesie rein. Das ist natürlich suggestiv, Das würde ich heute nicht mehr so machen. (IV5, Z. 1075-1190)

> **Frau J, direkt Betroffene:** [...] vierundzwanzig sieben hat sich mein Leben um diese Therapie gedreht, (.) war es für mich unvorstellbar, diese Frau zu verlieren. (.) Und dadurch weiß ich ganz klar, dass ich diese Anteile gezeigt habe, weil sie die sehen wollte. Für sie dreht sich ja alles nur um diese DIS und um diese rituelle Gewalt [...]. Und irgendwann habe ich halt in einer Kleinkindverhalten gezeigt (.) aus Angst, ich verliere die Therapeutin. (.) Und so war es aus meiner Sicht bei ganz vielen Dingen auch in Bezug auf diese angebliche Gewalt (.) Rituale alles Mögliche draußen. (IV9, Z. 323-330)

Der zweite Mechanismus ist dadurch gekennzeichnet, dass Patient*innen in von ihnen als anstrengend oder irritierend erlebten Therapiesituationen, in denen sie mit Unterstützung der Therapeut*innen Erinnerungen beschreiben sollten, schließlich Interpretationen der Therapeut*innen zustimmten, die sie zunächst nicht geteilt hatten.

> **Frau K, direkt Betroffene:** Nein, (.) nein, (.) die kamen nicht mit toten Tieren an, ich musste auch kein Tier jetzt (.) häuten. [...] Die haben mich missbraucht. Ich habe ja auch beschrieben, wie (.) und das haben die gerne in einen theatermäßigen Zustand mit Maske und Verkleidung gemacht, aber es wurde da nichts angebeten oder ähnliches. (.) Ja, der Psychologe hat immer wieder betont, dass es doch ein Ritual dann stattgefunden hat, währenddessen ich dann auch gefesselt war. Und ich muss zugeben, ich hatte irgendwann den Moment, weil er ganze Zeit noch mit diesem Zeigefinger, (.) was wie Hypnose für mich war gemacht hat, dass ich dann einfach gesagt habe, ja, so war das, (.) obwohl es so nicht war. Und da habe ich gesagt, ja, bestimmt [...] war das so. Vielleicht bin ich einfach nur grad unsicher, (.) weil [...] er [...] mich selber so sehr unsicher machte durch seine Wortwahl, weil er die Wörter so verkehrt umgedreht hatte auf einmal, (.) dass ich dem einfach Recht gegeben hatte. Im Nachhinein. (.) Nee. Und ja dann (..) genau dadurch wurden die Dinge wahrscheinlich dann so aufgeschrieben. (IV10, Z. 1309-1322)

Der dritte Mechanismus für die Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation besteht darin, dass nicht eindeutige Äußerungen, emotionale Reaktionen oder Verunsicherungen der Patient*innen in den Sitzungen therapeutisch so gerahmt werden, dass sie als Bestätigung der erwarteten Gewaltgeschichte erscheinen. Einige Therapeut*innen hielten an dieser Form des »Hineindeutens« in das Erklärungsmodell auch dann fest, wenn Patient*innen Zweifel daran äußerten (vgl. 9.4.5).

> **Frau G, direkt Betroffene:** Mir ist die eine Situation so geblieben. Ich weiß nicht mehr, wie es dazu gekommen habe, aber ich habe einen (.) Weinkrampf bekommen [...] und wurde dann, obwohl ich geweint habe, trotzdem mutistisch. Also es ging nur das Weinen und nichts anderes. Und dann fing sie einfach an, ja, (.) es muss schon grausam sein, andere Kinder umzubringen und in dem Moment wurde das Weinen noch hysterischer und ich stand daneben und sehe die Situation von außen und sag, (.) fang nicht an noch mehr zu weinen. Sie wird es genauso interpretieren. Das willst du nicht und ich konnte es nicht aufhalten. Es war einfach nur ätzend und (.) und sie hat aber dadurch, dass das Weinen in dem Moment (.) zugenommen hat, einfach gefunden. Ja, okay sie ist auf dem richtigen Weg, (.) dass das [...] einfach der Fall ist (IV6, Z. 1506-1516)

Bemerkenswert ist dabei, dass Zweifel und Widerspruch von Patient*innen nicht zu einem Relativieren oder Hinterfragen des Modells führen. Vielmehr können sie innerhalb seiner Logik gedeutet werden: Zweifel gelten als Ausdruck von Dissoziation, von Abwehr, von »Programmierung« oder von »täterloyalen« Anteilen, die die Aufgabe hätten, die Therapie zu stören. Dadurch erhält das Modell einen zirkulären Charakter und mit dieser Zirkularität ist das Erklärungsmodell gegenüber Einwänden von

Patient*innen im Prinzip abgeschlossen und immunisiert. Es ist äußerst wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese hermetische Abriegelung gegenüber Zweifeln, Widerständen und konfligierenden Informationen von Patient*innen Letztere in eine völlig ausweglose Situation gebracht werden. Sie werden mit ihren Zweifeln von den Therapeut*innen nicht ernst genommen. Zweifel werden nicht als relevante Affekte validiert, die eine echte Auseinandersetzung mit diesen oder eine neue therapeutische Suchbewegungen hin zu möglichen anderen Erklärungsansätzen für die Symptome der Patient*innen in Gang setzen würden. Während Validierung und Suchbewegung als Reaktionen der Therapeut*innen den Patient*innen zurückgemeldet hätten, dass ihre Wahrnehmungen wichtig sind und berücksichtigt werden, werden Zweifel stattdessen als erwartbare, von durch Täter implementierte Persönlichkeitsanteile ausgelöste »Programme« im Sinne des Erklärungsmodells gedeutet. Damit werden nicht nur die Zweifel abgewertet, sondern zugleich das Vertrauen der Patient*innen in ihre Selbstwahrnehmung unterminiert und ihr Verständnis von ihrem Selbst verunsichert. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bietet damit nicht nur eine Interpretation für Symptome und biografische Lücken, sondern auch jene Reaktionen, die ihm widersprechen könnten.

Frau Q, direkt Betroffene: Aber dann hat sie gesagt Ja, und welcher Anteil das jetzt war und das ist ja therapieboykottierendes Verhalten und und (.) Selbstschädigung und hier und da und (.) und auf den Zug bin ich dann halt aufgesprungen. Also da dachte ich dann halt auch, okay scheiße, ich habe jetzt irgendwie/ (..) ich weiß nicht, wer von welchen meiner 100 Anteile das jetzt war und und warum und oh Gott, oh Gott. Und jetzt schade ich mir selbst und ich weiß gar nicht mehr, wie mir geschieht und überhaupt und außerdem und ich war echt völlig/ also (.) ich konnte damit nicht umgehen. Also ich wusste nicht, was ich jetzt tun soll oder was das jetzt bedeutet oder/ (.) also für mich war das so, okay, ich kann mir selbst nicht mehr vertrauen. (.) Das war für mich wirklich (.) okay, also dann kann ich mir also selber überhaupt nicht mehr vertrauen. (IV16, Z. 2140-2149)

Frau G, direkt Betroffene: Und wenn ich und ich bin jedes Mal, wenn ich gekommen bin, in die in die Stunde und gesagt habe, es war ein Albtraum. (.) Ja, Sie müssen sich endlich eingestehen, dass das Flashbacks sind, dass das Erinnerungen sind. (..) So und (4) klar fängt man das Wanken an, so, aber (.) ich habe ich habe immer wieder kritisch hinterfragt und immer wieder gesagt, es betrifft mich nicht und [...] es steht also in den Unterlagen, dass ich mich, (.) dass ich eben die, die (.) die Therapie blockiere und dass ich nicht mitarbeite und täterloyale Anteile und dass ich versuche, die Therapie zu sabotieren und zu boykottieren. Und dass (...) null Reflektion da ist und (.) dass ich einfach nicht bereit bin, mich darauf einzulassen. (IV6, Z. 221-229)

9.4.3.4 Therapeutische Zielverschiebungen und fehlende Mitbestimmung

– [...] das Ziel der Therapie muss sein, (..) der Ausstieg aus der Gewalt. [...] das Therapieziel war eigentlich immer vorgegeben und zwar von ihr (IV9, Z. 1978-1987) –

Neben Erinnerungssuchen und der Arbeit mit Anteilen fällt im Interview- und Dokumentenmaterial auf, dass therapeutische Zielsetzungen im Verlauf der Behandlung häufig nicht transparent verhandelt oder gemeinsam reflektiert werden. Anders als es für professionelle Psychotherapie zu erwarten wäre, berichten Patient*innen kaum von expliziten Auseinandersetzungen über Therapieziele, ihre Prioritäten oder über eine regelmäßige Justierung der Behandlung. Stattdessen entsteht hinsichtlich der Erfahrungen mehrerer Interviewpartner*innen der Eindruck, dass sich der Fokus der Behandlung zunehmend verschiebt – weg von der Linderung von Beschwerden oder der Bearbeitung bereits bekannter Belastungen und hin zur Suche nach Belegen für das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, zur Aufdeckung vermeintlicher Gewalterfahrungen oder zur Abwehr angenommener Täterkontakte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es nach der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von akuten psychischen Traumata, die zum Zeitpunkt der Durchführung aller Interviews galt, durchaus üblich ist, den Aspekt der äußeren Sicherheit zu berücksichtigen. Insbesondere für Betroffene körperlicher und/oder sexueller Gewalt sei es wichtig, zunächst den Schutz und die Sicherheit von Betroffenen herzustellen, um sich nach einer hinreichenden Stabilisierung mit dem Trauma auseinandersetzen zu können (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2019, S. 16). Für die Analyse muss hinsichtlich der Herstellung äußerer Sicherheit jedoch berücksichtigt werden, dass, erstens, Patient*innen schildern, sich nicht an Täterkontakte erinnern zu können und zweitens, in einigen Behandlungen das Unterbinden von vermeintlichen Täterkontakten und die Beweisführung gegen das Täternetzwerk für die Therapeut*innen so zentral werden, dass sie andere therapeutische Ziele, wie Symptomlinderung und Verbesserung von Alltagsbewältigung, aus dem Blick zu verlieren scheinen.

Diese Einordnung ist durch die inzwischen erschienene S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung zu ergänzen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2026). Während die S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung akuter Folgen psychischer Traumatisierung den Fokus auf frühe Versorgung, äußere Sicherheit, Ressourcenklärung und bedürfnisorientierte Frühintervention legt, betont die neue S3-Leitlinie für die Behandlung der PTBS bzw. kPTBS stärker die Notwendigkeit der Evidenzbasierung der Behandlung. Für Patient*innen mit PTBS wird eine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting als evidenzbasierte Empfehlung mit hohem Empfehlungsgrad ausgewiesen. Auch einzelne Verfahren wie EMDR, Kognitive Therapie, Kognitive Verarbeitungstherapie, Narrative Expositionstherapie und Prolongierte Exposition werden dabei aufgrund robuster Evidenz benannt. In Bezug auf Stabilisierung hält die Leitlinie zugleich ausdrücklich fest: »Die in Empfehlung 2.1

empfohlenen hochwirksamen Therapieprogramme für PTBS beginnen unmittelbar mit der traumafokussierten Therapie ohne vorherige Stabilisierungsphase. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Stabilisierungsphase vor der traumafokussierten Therapie nicht generell notwendig ist.« (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2026, S. 41) Bei komplexer PTBS werden stabilisierende bzw. regulierende Elemente nicht als eigenständiger Ersatz für traumabezogene Behandlungsziele verstanden, sondern als Bestandteil eines Behandlungsplans, der traumafokussierte Techniken mit Emotionsregulation, Stärkung des Selbstwertgefühls und Bearbeitung zwischenmenschlicher Muster verbindet.

Einige Patient*innen beschreiben rückblickend, sie hätten den Eindruck gewonnen, es sei irgendwann nicht mehr um ihre Genesung gegangen, sondern darum, die therapeutische Interpretation zu bestätigen, Beweise für das angenommene Netzwerk zu finden oder die besondere therapeutische Kompetenz der Behandelnden zu bekräftigen. Diese Zielverschiebungen zeigen, dass die therapeutische Arbeit sich vom ursprünglichen Auftrag lösen und zunehmend um das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation selbst organisieren kann. Damit verändert sich auch die Stellung der Patient*innen in der Behandlung: Sie sind nicht mehr primär Subjekte eines gemeinsam ausgehandelten Arbeitsprozesses, sondern werden in stärkerem Maße zu Repräsentant*innen einer bestimmten Fallkonstellation, an denen bestimmte Annahmen überprüft, verdichtet oder verteidigt werden.

Frau J, direkt Betroffene: Da gab es seltener Mal dies/ die Gesprächsfetzen es war nicht das ganze Gespräch, wo sie gesagt hat okay, (.) wir müssen ein klares Ziel in der Therapie haben, worauf wir hinarbeiten sonst macht die Therapie keinen Sinn. Das Problem ist aber, dass für sie das Ziel klar war, also, es war nicht so, dass ich da jetzt ein Ziel hätte definieren können oder sollen sondern für sie war ja klar, das Therapieziel ist der Ausstieg aus der Gewalt. [...] wir müssen ja mit den Anteilen wir müssen ja schauen also, in der Gewalt weiterleben das ist ja KEINE Option und (.) eigentlich immer an Punkten wo wo es therapeutisch jetzt nicht mehr so vorwärts ging weil ich vielleicht nicht mehr genau das gemacht habe, was sie wollte, gab es dann eben manchmal so Situationen wo sie gesagt hat wir brauchen ein gemeinsames Ziel wo wir darauf hinarbeiten und wo sie mir dann klar gemacht hat, okay, das Ziel der Therapie muss sein, (..) der Ausstieg aus der Gewalt. Und wenn du das nicht willst und da nicht mitarbeitest (.) dann bin ich weg. [...] aber, wie gesagt, das Therapieziel war eigentlich immer vorgegeben und zwar von ihr und entweder du machst mit oder (.) du verlierst mich. Also. (.) Das war eigentlich mehr Druckmittel als sonst was. (IV9, Z. 1965-1988)

Frau Q, direkt Betroffene: Also hier sind die vereinbarten Ziele: Anteile und deren Trigger besser kennenlernen und ihnen die Chance geben, ihr Erleben mit den anderen zu teilen, also mit den anderen Anteilen. (unv.) war ich ja auch schon mit drin, aber damit meinte ich nicht, dass ich jetzt 100 Anteile mehr haben möchte. (.) Bessere Innenkommunikation durch besseres Kennen und Verstehen untereinander. (4) @1@ Bedürfnisse der/ also das

> ist nicht in der Einzeltherapie. Da hat es finde ich, nicht so sehr (.) stattgefunden, sondern eher in den Gruppentherapien. Das Innenkommunikation war ein Riesenthema in der Gruppentherapie. Die Bedürfnisse der Anteile besser wahrnehmen, beantworten können, weniger von Symptomen überfallen werden. (..) Erfahren, was es mit dem Gefühl zu meinem Vater auf sich hat und Standpunkt zu meiner Familie finden. Und das ist der Punkt, der bearbeitet wurde. Und (.) lernen, mit Ablehnung und Scham umzugehen und Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. (...) Gar nicht. Also überhaupt nicht. Und ich würde behaupten, dass halt jetzt dieser vierte Punkt, das mit dem Gefühl zu meinem Vater als Ausgangspunkt genommen worden ist und dann von da aus da diese ganzen Bilder entwickelt wurden und der Rest im Endeffekt nicht wirklich bearbeitet worden ist. (IV16, Z. 2758-2772)

Insgesamt zeigt sich damit ein therapeutisches und beraterisches Vorgehen, das in mehrfacher Hinsicht zur Etablierung und Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation beiträgt. Erinnerungssuchen, die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, interaktive Verstärkungsprozesse und Zielverschiebungen wirken zusammen, liefern scheinbare Bestätigungen und machen das Modell im Verlauf der Behandlung zunehmend lebenspraktisch wirksam. Das therapeutische Vorgehen ist als ein zentraler Ort der Hervorbringung und Verfestigung des Erklärungsmodells zu verstehen.

9.4.4 Die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in

Ein Kernbefund der Analyse besteht darin, dass die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in für die Entwicklung, Etablierung und Aufrechterhaltung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation eine besondere Bedeutung hat. Zwar ist ein Machtgefälle zwischen Therapeut*in und Patient*in konstitutiver Bestandteil psychotherapeutischer Beziehungen, ebenso wie ein gewisses Maß an Vertrautheit und persönlicher Bedeutsamkeit. Problematisch wird dieses Verhältnis dort, wo die professionelle Rahmung zunehmend zurücktritt, Grenzen unscharf und überschritten werden. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich, dass insbesondere in Fällen mittlerer und tiefer Immersion die Beziehung selbst zu einem zentralen Medium der Stabilisierung des Modells relevant wird, in Fällen tiefer Immersion jedoch besonders ausgeprägt hervortritt. Die Beziehung wird hier zum eigenständigen Wirkfaktor, der die Interpretationsübernahme mittels Abhängigkeit und Entmündigung verstärkt.

9.4.4.1 Entgrenzung

– Drei Mal die Woche [...] anderthalb Stunden (.) Sitzungen. (.) Ja, und dann noch Chat dazu jeden Tag (IV1, Z. 1392-1394) –

Ein wesentliches Merkmal der im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierten Beziehungen ist ihre Entgrenzung. Diese zeigt sich zunächst auf der zeitlichen Ebene. In mehreren Interviews und Dokumenten wird von einer hohen Sitzungsfrequenz, langer Sitzungsdauer und über Jahre anhaltende Behandlungsverläufe berichtet. Hinzu kommt in vielen Behandlungen eine Kommunikation außerhalb der regulären Sitzungen, die sich nicht auf organisatorische Fragen beschränkt, sondern therapeutische Inhalte einschließt. Diese Kommunikation findet über Telefonate, E-Mails und/oder Messengerdienste statt und kann ein Ausmaß annehmen, das die Grenze zwischen professioneller Behandlung und privatem Kontakt deutlich überschreitet. Aus den Interviews und dem ergänzenden Dokumentenmaterial ergibt sich das Bild von Beziehungen, in denen die Therapeut*innen weit über den Sitzungsraum hinaus in den Alltag der Patient*innen hineinreichen und für diese als Kommunikationspartner*innen und Vertrauenspersonen zur Verfügung stehen.

Frau N, direkt Betroffene: Also es war [...] beste Freundin, Mama, mit großen Geschenken, mit Überwachung schon fast, stündlich sollte ich Frau Fachperson II zum Beispiel mitteilen, wo ich bin, per WhatsApp. [...] Dazu gehörte eben, jeden Tag Kontakt. Mehrmals Kontakt. Geschenke (IV13, Z. 3000-3024)

Frau D, direkt Betroffene: Ja, dass sie so außerhalb der Therapiesitzungen Kontakt aufnehmen. [...] WhatsApp schreiben oder so irgendwas. Oder E-Mails schreiben. [...] bis hin zu, dass sie dann zu mir nach Hause gekommen ist. (IV4, Z. 1289-1295)

Frau J, direkt Betroffene: [...] ich habe jetzt heute noch die Chatverläufe [...] da sieht man ganz viel, dass wir ganz oft/wir haben uns über ihren Hund ausgetauscht. Als sie den neu hatte, hat sie Fotos geschickt, wie sie ihn am Flughafen abholt. Oder in ihren Ferien haben wir nicht nur telefoniert [...] sondern dann hat sie Fotos geschickt aus ihren Ferien [...] alles, was mich im Leben irgendwie beschäftigt hat, lief über diese Frau. Alles. (IV9, Z. 274-282)

Frau A, direkt Betroffene: So viel hat der geschrieben, damit die Krankenkasse bezahlt. (.) Die haben das immer bezahlt drei Sitzungen (.) die Woche [...] aber zuerst war ich bei einer anderen Versicherung und dann habe ich eben gewechselt (.) weil ich die nicht mehr zahlen wollten und dann habe ich gewechselt. Das hat er gesagt ich soll wechseln die Krankenkasse X die [...] bezahle besser (.) und die die kriegen wir schon. Und genau die haben dann nochmal bezahlt. Und so war ich vier Jahre bei ihm. Drei Mal die Woche anderthalb Stunden (.) Sitzungen. (.) Ja, und dann noch Chat dazu jeden Tag die ersten (.) sechs Monate. Jeden Tag (.) drei vier Stunden so bis am Morgen eins zwei drei

(.) ich weiß genau er hat immer um acht Uhr Feierabend gemacht. (..) So um neun war er zuhause (.) so ungefähr haben wir begonnen zu chatten und dann (..) ja ging das so bis zwei zwölf ein (.) ja und manchmal bis morgen um drei (.) und so wir haben einen Chatverlauf von 450 Seiten. (IV1, Z. 1386-1398)

Entgrenzung zeigt sich zudem in der Aufweichung der Grenze zwischen professioneller und privater Sphäre. Im Dokumentenmaterial finden sich Belege für Kommunikation, in denen nicht nur therapeutische Inhalte, sondern auch private Elemente Platz finden. Die Therapeut*innen erscheinen dann nicht mehr nur als professionelle Gegenüber, sondern als besonders nahestehende, in den Alltag eingebundene Bezugspersonen. Diese Ausweitung überschreitet das professionelle Arbeitsbündnis. Gerade in Verbindung mit den Annahmen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, nach denen Familie, Außenwelt und teilweise auch das eigene Innere potenziell gefährlich seien, gewinnt die entgrenzte therapeutische Beziehung zusätzlich an Gewicht.

Frau A, direkt Betroffene: Auszug aus einem WhatsApp-Chat mit dem Therapeuten:
[12.05.19, 19:23:38] Therapeut: Sorry, wenn [Fußballverein] Heimspiel ist bin ich nicht erreichbar😁. Und ja, N [Vorname eines Anteils] (und alle), die Überforderung des Umfelds ist eklatant. Können wir gerne besprechen. Kein Wunder tut Euch das megaweh
[12.05.19, 19:24:34] Therapeut: Ja, typischer Y [Vorname eines Anteils]-Humor 😁
[12.05.19, 19:52:32] Patientin: Gewonnen?? 😐
[12.05.19, 19:53:33] Therapeut: Hm, als K-Fans habt Ihr noch Nachholbedarf 😂
[12.05.19, 20:49:36] Patientin: So so, da gibt es noch eine Chance mich auf Vordermann zu bringen🙈 ich kenne da einen guten Coach 😉 so und jetzt machs nicht so spannend ..... gewonnen?? 🤩
[12.05.19, 21:45:48] Therapeut: 3:1 gegen den Erzfeind L [Fußballverein] 😁👏
[13.05.19, 08:14:26] Therapeut: Bin ca. 10 min zu spät
[13.05.19, 13:08:03] Patientin: https://www.blick.ch/...
[13.05.19, 13:10:53] Patientin: Jetzt wissen wirs... deshalb haben fünf Polizeiautos da drüben gestanden ... ha ich glaube das hat mit dem Bordell zu tun 🙈 du siehst ich werd paranoid 🤭😁
[13.05.19, 20:29:42] Patientin: Und keine anderen Dinge sind heute mehr »erwarteterweise« aufgefallen 😉
[13.05.19, 20:30:32] Patientin: ...mein Therapeut ist heiser 🙊
[13.05.19, 20:31:02] Patientin: ... ob das mit K zu tun hat? 😁
[13.05.19, 20:46:41] Therapeut: 🥷 [Nachname der Patientin] 😁
[13.05.19, 20:49:48] Patientin: 🙊🙈🙉 sehe höre und sage doch gar nichts 🥷🤐
[13.05.19, 20:50:00] Patientin: 😂
[13.05.19, 20:59:56] Patientin: Bild weggelassen
[13.05.19, 21:03:53] Therapeut: Ja, sehr
[13.05.19, 21:57:41] Patientin: Verpasster Videoanruf
[13.05.19, 21:57:54] Patientin: Sorry wollte nicht anrufen 🙈

[13.05.19, 22:00:08] Patientin: Richtig, dass du diese Woche keine Zeit für ein drittes Gespräch hast? [beschreibt, dass sie eine gerade gestellte Anzeige gegen einen Täter stresst]
[13.05.19, 22:26:47] Therapeut: Sorry, das geht leider nicht. Ich bin am Mittwoch an einer Weiterbildung im Bereich Menschenhandel (und halte dort einen Vortrag), und am Donnerstagmittag fahre ich nach Land A bis am Samstag (bin für Referat und Workshop an einer Fachtagung eingeladen worden). Viele Pat. sehe ich diese Woche gar nicht, die zweiten Termine habe ich bei allen ausser Euch gestrichen....
[13.05.19, 22:27:08] Therapeut: Erfahrungsgemäss halten sich auch Psychopathen nach einer Anzeige ruhig

Frau J, direkt Betroffene: Auszug aus einem WhatsApp-Chat mit der Therapeutin:
11.05.19, 16:02 - Patientin: Das klingt cool
11.05.19, 16:02 - Therapeutin: Ja aber ich möchte ja schaffen mit dem Hund zu spielen
11.05.19, 16:02 - Patientin: Und für dich anstrengend 😉
11.05.19, 16:03 - Therapeutin: Ja das ganz sicher
11.05.19, 16:03 - Therapeutin: Ich, die ich nie Mama sein wollte [...]
11.05.19, 16:03 - Patientin: Du bist schon lang Mami
11.05.19, 16:04 - Patientin: 😉
11.05.19, 16:04 - Therapeutin: Aber das habe ich nicht gewählt
11.05.19, 16:04 - Patientin: 😂
11.05.19, 16:05 - Therapeutin: Entscheidung für Verantwortung ist nicht die gleiche Ausgangsposition
11.05.19, 16:05 - Patientin: Ein Hund passt zu dir. Ich sehe dich schon mit dem Welpen joggen gehen 😊
11.05.19, 16:05 - Therapeutin: Das freut mich sehr
11.05.19, 16:05 - Therapeutin: Wieso meinst du passt ein Hund?
11.05.19, 16:06 - Patientin: Weil du mit einem Hund Sport machen kannst und ihn zur Arbeit mitnehmen kannst. Beides ist mit einem Kind schwierig. [...]
11.05.19, 16:09 - Therapeutin: Es ist ein Schäferhund.
11.05.19, 16:09 - Patientin: Ein Farbe A Schäferhund?
11.05.19, 16:09 - Therapeutin: Ja
11.05.19, 16:09 - Therapeutin: Rasse B Schäferhund
09.07.19, 06:15 - Patientin: [...] Bis später, ich freue mich sehr, deine neue Begleiterin kennenzulernen! 🐕
09.07.19, 07:50 – Therapeutin: <Medien ausgeschlossen>
09.07.19, 07:52 – Therapeutin: Ich weiß nicht, ob ich es ganz pünktlich mit ihr schaffe.
09.07.19, 07:53 - Therapeutin: Ich versuche 11:05, kein Stress für euch
09.07.19, 09:55 - Patientin: <Medien ausgeschlossen>
09.07.19, 10:57 - Therapeutin: Guck mal links
09.07.19, 10:57 - Therapeutin: Liiinks
09.07.19, 14:27 - Patientin: Danke für die schöne Zeit! Mir haben es mega genossen, das gute Gespräch, Sonne und die süße T [Name des Hundes], mehr können wir uns nicht

wünschen! Danke vielmals! [...] Wir haben jetzt einen richtigen Energieschub und Motivation [...] vielleicht sogar noch die Wohnung weiter zu putzen. 😊 Es ist ein gutes Gefühl mit T, [...] sie ist so herzig vom Wesen her, dass sie das System schon erobert hat 👧😊
09.07.19, 14:48 - Therapeutin: Danke für das Geschenk für die T!
09.07.19, 15:27 - Patientin: Keine Ursache, mich freut's, dass sie es angenommen hat 👧
09.07.19, 16:55 - Therapeutin: Wieso hast du nicht geschlafen?
09.07.19, 16:56 - Therapeutin: Ohne oder mit Blackout?
10.07.19, 07:51 - Therapeutin: Guten Morgen kommt ihr weiter mit der Wohnung?

9.4.4.2 Ambivalenz

– Ein Jahr [...] habe ich gebraucht, um mich abzulösen, weil sie mich [...] immer wieder angezogen hat und sie gesagt hat, Sie sind nichts weiter als eine arrogante Täterkuh. (IV13, Z. 1783-1785) –

Ein zweiter zentraler Aspekt der therapeutischen Beziehung, der aus dem Interview- und Dokumentenmaterial herausgearbeitet werden konnte, ist die von Patient*innen wahrgenommene Ambivalenz. In den Interviews wird wiederholt deutlich, dass Patient*innen die Beziehung zu ihren Therapeut*innen gleichzeitig als stützend und belastend erleben. Einerseits beschreiben sie Erfahrungen von Anerkennung, Halt, Orientierung und dem Gefühl, endlich mit ihrem Leiden gesehen und ernst genommen zu werden. In der Perspektive der Patient*innen kann dies eine große Bedeutung gewinnen und Entlastung bedeuten, insbesondere dann, wenn sie auf lange Behandlungsgeschichten, biografische Gewalt- und Ohnmachtserfahrungen sowie wiederholte Erfahrungen des Nicht-verstanden-Werdens zurückblicken. Die therapeutische Beziehung erscheint dann als Ort besonderer Zuwendung und als scheinbar sicherer Gegenpol zu einer als bedrohlich und/oder unzuverlässig erlebten Außenwelt.

Andererseits berichten dieselben Patient*innen von Druck, Drohungen, Herabsetzungen und dem Gefühl, sich bestimmten Erwartungen fügen zu müssen. Diese belastende Seite der Beziehung zeigt sich insbesondere dann, wenn Patient*innen Zweifel äußern, Interpretationen hinterfragen und zurückweisen oder Anforderungen der Therapeut*innen nicht erfüllen. Im Interview- und Dokumentenmaterial finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass in solchen Situationen Druck aufgebaut wird, etwa indem in Aussicht gestellt wird, ohne Einsicht in die angenommene Gewaltgeschichte könne nicht geholfen werden, oder indem Verlustängste in Bezug auf die Beziehung aktiviert werden. Die Beziehung nimmt damit nicht nur die Rolle einer Ressource im therapeutischen Prozess ein, sondern wird auch zum Medium der Einflussnahme. Ihre Ambivalenz besteht gerade darin, dass dieselbe Person, die Schutz und Halt bietet, zugleich als Quelle von Verunsicherung, Angst und Anpassungsdruck erscheint.

Frau A, direkt Betroffene: Ausschnitt aus einer Audioaufnahme einer Therapiesitzung:
01:09:14 Therapeut: Es nützt nichts, wenn du nicht weißt, was ich alles über C [Name eines Täters] Aber wenn du mit ihm redest und wenn du ihn fragst, dann kannst du etwas erfahren. Du musst auch mit mir reden und zulassen [...] wollt auch, dass die Kinder geschützt sind. (...) Ich kenne Cs Schwachstellen und ich weiß für was und ich weiß, dass er panische Angst davor hat und ich weiß, wie man ihn schachmatt setzt [...] Weil er Angst hat vorm Knast, weil er weiß, dass er jahrelang in den Knast müsste panische Angst. Er ist angezeigt worden ... Ich zeige dir die Unterlagen aber so lange du von der ganzen Anzeige keinen blassen Schimmer hast, der C hat dir selber gesagt, dass er ne riesen Angst hat [...] Haben wir einen Deal? Einen Monat? Keinen Kontakt mehr mit Männern [...] Das Problem ist aber, ich brauche mehr Zeit zu erklären, weil du checkst nicht was mit der Anzeige passiert ist, was das bedeutet hat, was er zur Staatsanwaltschaft gesagt hat (?) schachmatt gestellt [...] Wenn du nicht einen Monat gehst, ich habe noch/ (...) wenn es nicht von dir kommt, dann muss ich halt drohen [...]
1:15:35 Patientin: Können wir das morgen noch besprechen? [...]
1:15:37 Therapeut: Ja, ja, aber bis morgen ist kein Kontakt mehr mit niemandem! [...] (IV1, Audioaufnahme 14.12.2020, 01:09:14-01:15:52]

Frau P, direkt Betroffene: Irgendwann kriegte ich dann zum Beispiel einen Kaffee gebracht. (..) Und weil sie dann der Meinung war, dass ich besonders fertig aussah, kriegte ich da irgendwie noch (..) so einen Schokoriegel zu gelegt. (..) Und (..) im nächsten Moment prasselte es wieder auf mich ein, wie das Ganze denn sich verhält, (..) weil sie das Wissen hat. Und sie weiß eben, dass das so ist. (.) Also es (..) ja, ich weiß nicht, wie ich das erklären soll. Es wechselte halt immer. (.) Ja, (.) es war (.) nicht klar kalkulierbar das Verhalten. (.) Das fand ich. (.) Also das hat, weil das eben so eine Ambivalenz hatte, hat das natürlich auch wieder für Verunsicherung gesorgt. (IV15, Z. 1520-1527)
Auf die nächste [Traumreise] habe ich mich dann sehr zögerlich eingelassen und ich glaube (.) nach relativ kurzer Zeit abgebrochen und dann gesagt, das will ich nicht mehr. (..) Und dann war sie genauso sauer wie Fachperson G. (..) Dann kam immer so (.) das Argument, ja, wer sich nicht helfen lassen will, ist selber schuld. So in der Art dann (..) geht es dir eben weiter beschissen. (..) Du willst ja das, was wir dir als Hilfe anbieten, nicht annehmen. (IV15, Z. 2573-2578)

Die Ambivalenz der Beziehung ist für die Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation relevant. Die Anerkennung des Leids, die Exklusivität der Beziehung und die Erfahrung, von einer vermeintlich eingeweihten mit Spezialwissen ausgestatteten Person verstanden zu werden, erhöhen die Bindung an die therapeutische Beziehung. Zugleich erschweren Druck und Drohungen eine Distanzierung, weil Zweifel nicht folgenlos geäußert werden können. Patient*innen beschreiben rückblickend, dass gerade diese Mischung aus erlebter Zuwendung und Verlustangst dazu beigetragen habe, in der Beziehung zu verbleiben und sich dem therapeutischen

Interpretationsrahmen immer wieder anzunähern. Einige Interviewpartner*innen schildern, dass das Erleben der Auseinandersetzungen um Zweifel an der Richtigkeit des Erklärungsmodells sie in verzweifelte Situationen gebracht habe.

Frau G, direkt Betroffene: Und weil ich (.) mir ging es einfach über die drei Jahre immer massiv schlechter, schlechter, schlechter und (.) ich habe nicht verstanden warum, weil ich habe so [...] gekrampft [...] ich habe es so sehr wollen (.) und (...) einfach diese Ohnmacht und den Eindruck bin ich so unfähig? (...) [...] Ich war selber sauer auf mich, weil ich (.) mich dieser ganzen rituelle Gewalt Geschichte einfach nicht öffnen konnte. (IV6, Z. 1493-1498)

Frau N, direkt Betroffene: Bei Frau Fachperson NN war ich von 2005 bis 2007. Ein Jahr, bis 2008 habe ich gebraucht, um mich abzulösen, weil sie mich als kleine Vorname Frau N, sag ich mal, immer wieder angezogen hat und sie gesagt hat, Sie sind nichts weiter als eine arrogante Täterkuh. Sie stecken mit denen unter einer Decke. [...] Sie haben nur nicht den Arsch in der Hose zuzugeben, dass sie jede Nacht Täterkontakt haben. Sieht man doch an ihren Armen. (.) Das waren Selbstverletzungen (.) weil ich mich immer weniger gespürt habe (.) [...] Und ich habe dann eben ged/ (.) ja solche Dinge. Sie sind nicht besser als ihre Mutter. Arrogante Täterkuh. (..) Das hat gesessen. Ab da war ich, glaube ich, auch extrem verunsichert. (..) [...] Und daraufhin bin ich dann (.) zu zwei (.) anderen Therap/ und ich habe immer zur Beratungsstelle gesagt ich glaube ich brauche Hilfe. Die Beratungsstelle hat gesagt (.) du hast doch alles im Griff. Ich habe nicht das Gefühl, dass du Probleme hast. Du müsstest nur mal das mit der rituellen Gewalt eben auch anerkennen (.) und machen was die Therapeuten [sagen] (IV13, Z. 1782-1805)

9.4.4.3 Abhängigkeit und Entmündigung

– Ich weiß ja selbst gar nicht, was ich gesagt habe und was nicht und (.) und das ist das ist, (.) das macht abhängig (IV4, Z. 1033-1034) –

Besonders deutlich tritt im Interview- und Dokumentenmaterial die Entwicklung von Abhängigkeitsverhältnissen hervor. Diese Abhängigkeit ist zum einen Resultat großer therapeutischer Nähe und gleichzeitig eng mit dem Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verknüpft. Wenn Patient*innen davon ausgehen, seit ihrer Kindheit in ein verborgenes Gewaltgeschehen eingebunden zu sein, gegenwärtig weiter gefährdet zu sein und sich selbst aufgrund von Dissoziation, Amnesien und »täterloyalen Anteilen« nicht selbst, aber auch ihrer Umwelt nicht vertrauen zu können, dann erscheint eine Vertrauensperson mit Spezialwissen als notwendig. Therapeut*innen werden in dieser Logik zu denjenigen, die Zusammenhänge erkennen, innere und äußere Gefahren einschätzen, Schutz bieten und das eigene Leben besser deuten können als die Patient*innen selbst. Die Beziehung erhält dadurch eine asymmetrische

Qualität, die weit über das in Psychotherapie übliche Machtgefälle hinausgehen kann. Die Abhängigkeit der Beziehung wird aus dem Erklärungsmodell heraus verstehbar. Im Modell selbst ist angelegt, dass sowohl Patient*innen als auch Therapeut*innen je eine spezifische Rolle zugewiesen bekommen – als besonders hilflose und unselbstständige Gewaltopfer sowie als besonders kenntnisreiche und unerschrockene Helfende. Diese Konstellation befördert eine besondere Angewiesenheit aufeinander und Nähe zueinander, gegenüber einem bedrohlichen oder indifferenten Außen. Die Patient*innen sind also qua der Annahmen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in besonderer Weise von den Therapeut*innen abhängig.

Frau A, direkt Betroffene: WhatsApp-Chat mit dem Therapeuten:
[28.04.19, 11:47:18] Therapeut: Merci für die Informationen in den Videos. Gestern Abend gab es via Telegram verschiedene wichtige Nachrichten, die ich am Abend nicht mehr lesen konnte und die heute weg waren. Ich erinnere mich noch, dass ich gelesen habe, dass Ihr [...] von Anteilen geredet habt, und dass dann Dämonen ausgebetet wurden. Heute wollte ich nachlesen, aber wie gesagt war alles weg.
[28.04.19, 11:48:56] Therapeut: Das Ausbeten von Dämonen kenn ich von Menschen mit DIS in Freikirchen. Bestenfalls macht das Beten nichts, schlimmstenfalls führt es innerlich zu riesigem Stress. Es könnte sinnvoll sein, ein Familiengespräch zu machen, speziell wenn solches Beten immer noch stattfinden sollte.
[28.04.19, 11:50:43] Therapeut: Das Löschen von wichtigen Nachrichten zeigt für mich, dass es Anteile gibt, die gegen die Therapie arbeiten. Die Frage ist halt, wozu diese Anteile gegen die Therapie arbeiten, und ob sie von Herr Anonym [Name eines Anteils] beeinflusst (und angestachelt) werden. Schönen Sonntag Euch allen, liebe Grüsse
[10.11.20, 13:53] Therapeut: Hallo Y [Vorname eines Anteils], mein Verdacht hat sich heute bestätigt; jemand scheint Dich wegzukicken, wenn Du wichtige Erkenntnisse zu C [Name eines Täters] machen könntest. Und ich vermute, dass dieser Anteil Dich auch sonst von hinten zu blockieren und Dein Vertrauen zu mir zu stören versucht. Wir bleiben dran.
[10.11.20, 13:54] Therapeut: An alle: viel Geduld und Kraft heute vor, während und nach der OP von D [Name eines Kindes der Patientin]
[10.11.20, 14:17] Patientin: Haben D jetzt in den OP gebracht und ich durfte bei ihm sein bis er eingeschlafen ist.
[10.11.20, 14:17] Patientin: Warum hat sich dein Verdacht bestätigt?

Mehrere Patient*innen beschreiben rückblickend sehr deutlich, dass sie sich den Therapeut*innen ausgeliefert fühlten. Die Annahme einer Dissoziativen Identitätsstörung kann in diesem Zusammenhang entmündigend wirken, weil den Patient*innen damit die Fähigkeit abgesprochen wird, sich selbst, ihre Erinnerungen und ihr eigenes Handeln verlässlich einschätzen zu können. Konflikte, Unsicherheiten oder unterschiedliche Erinnerungen können dann stets zugunsten der therapeutischen Interpretation aufgelöst werden: Wenn der*die Patient*in etwas nicht weiß, könnte es ein anderer Anteil wissen;

wenn er*sie widerspricht, könnte dies Ausdruck von Abwehr, Dissoziation oder »Täterloyalität« sein. Auf diese Weise wird nicht nur die äußere, sondern auch die innere Deutungshoheit der Patient*innen geschwächt bzw. untergraben. Die Beziehung zu den Therapeut*innen wird damit zur einzig verlässlichen Instanz, der*die Therapeut*in zur Vertrauensperson, die in der Lage ist, die Wirklichkeit, Biografie und Gegenwart der Patient*innen richtig zu interpretieren.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Also ich war irgendwo ausgeliefert, (.) mir selbst, aber auch den anderen so. Das war ja dann auch so, dass zum Beispiel (.) hat man irgendwas abgemacht oder so oder ich habe ich habe was gesagt, so so und so und dann hat nein, du hast du hast (.) das und das gesagt. Und dann sag ich, nee, habe ich nicht. Ja, dann war es ein anderer Anteil dann. Ich hatte keine Chance, (.) weil irgendw/ irgendwer war es dann wohl immer. Und das ist/ Und es ist ja eigentlich so normale Diskussionen, die man auch hat. Einer erinnert sich, es war so und der andere so, aber bei mir, ich habe immer den Kürzeren gezogen, weil das ich hätte ja. Ich weiß ja selbst gar nicht, was ich gesagt habe und was nicht und (.) und das ist das ist, (.) das macht abhängig, (.) das macht hilflos. Es macht einsam. (.) Es macht/ (...) Ja, ich ich kann mir nicht vertrauen. (.) Ich kann mir nicht vertrauen. (IV4, Z. 1026-1035)

Diese Abhängigkeit wird laut Interview- und Dokumentenmaterial zusätzlich dadurch verstärkt, dass andere Bezugspersonen an Bedeutung verlieren oder aktiv aus dem Leben der Patient*innen herausgedrängt werden. Die Patient*innen mit mittlerer und tiefer Immersion haben alle geschildert, dass sie von den Therapeut*innen aufgefordert wurden, Kontakte zur Familie abzubrechen, z. T. wurde dahingehend Druck ausgeübt. Der Beziehungsabbruch wurde dadurch begründet, dass die Familie dem Täternetzwerk angehöre und weitere Gewalt ermögliche.

> **Frau Q, direkt Betroffene:** Ja, und und dann war ja das Problem dann auch noch mit dem Kontakt mit meinen Eltern, weil ich wusste, ich muss wieder Kontakt mit meinen Eltern aufnehmen, wenn ich halt (.) wieder nach Hause gehe, weil das funktioniert nicht anders. Schließlich zahlen die meinen Lebensunterhalt und so. Und die hatten dann nämlich/ meine meine Mutter hatte dann meine Zahlung/ also die haben ja nicht, haben mir mein Geld nicht mehr überwiesen. (..) Ja, (.) dann habe ich also auch wieder mit meiner Ärztin [langjährige Psychiaterin; nicht in Indexbehandlung involviert] auch darüber gesprochen und so dann (.) mit meiner Therapeutin darüber gesprochen und habe darum gebeten, weil ich das mit meiner Ärztin auch mitunter auch besprochen hatte, (.) darum gebeten, dass wir dann vielleicht von der Klinik gemeinsam Kontakt aufnehmen, dass ich halt unterstützt bin und dann eben dieser Kontakt aufgenommen wird. (.) Nee, machen wir nicht. Ja. (.) Nein, das machen sie nicht. (IV16, Z. 2185-2195)

Wenn Kontakte zur Familie abgebrochen werden, Freundschaften ausdünnen und die therapeutische Beziehung zunehmend den Alltag strukturiert, bleibt der*die Therapeut*in häufig als wichtigste oder einzige verlässliche Bezugsperson zurück. Gerade

in Fällen tiefer Immersion ist deshalb eine spezifische Retter*in-Opfer-Konstellation rekonstruierbar: Patient*innen nehmen sich als hilflose, unsichere und schutzbedürftige Betroffene wahr, während die Therapeut*innen in die Rolle außerordentlicher Helfer*innen geraten, die als einzige in der Lage seien, die Gefahr zu erkennen, Schutz zu gewährleisten und die richtige Hilfestellung zu leisten. Diese Konstellation ist für das Verständnis tiefer Immersion zentral. Sie verweist darauf, dass die besondere therapeutische Beziehung und das Eintauchen in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation sich wechselseitig bedingen und verstärken.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die therapeutische Beziehung im untersuchten Feld nicht lediglich der »gewöhnliche« Hintergrund therapeutischer Arbeit ist. Sie ist vielmehr selbst ein zentraler Ort der Hervorbringung und Stabilisierung des Erklärungsmodells. Entgrenzung, Ambivalenz und Abhängigkeit bilden ineinandergreifende Phänomene, die die Plausibilität des Modells verstärken, während das Modell umgekehrt die Ausweitung, Aufladung und Entgrenzung der Beziehung legitimiert. Gerade in dieser Verschränkung liegt ein wesentlicher Schlüssel zum Verständnis der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe.

9.4.5 Determiniertheit statt Offenheit[46]

> – Sie wollte nur immer wissen, was ich die Woche über gemacht habe und ich konnte es ihr nicht sagen und das war dann halt für sie immer gleich ein Anzeichen, dass ich geholt worden bin. (IV6, Z. 2564-2566) –

Ein weiterer zentraler Befund der Analyse betrifft die Haltung, mit der Therapeut*innen bzw. Berater*innen den Patient*innen, ihren Schilderungen und dem therapeutischen Prozess begegnen. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich wiederholt, dass die Behandlung in den Fällen mittlerer und insbesondere tiefer Immersion nicht durch ergebnisoffene Prüfung unterschiedlicher Interpretationsmöglichkeiten geprägt ist, sondern durch eine ausgeprägte Determiniertheit. Mit Determiniertheit ist dabei eine Haltung gemeint, in der bestimmte Annahmen über die Lebensgeschichte, die gegenwärtige Gefährdung und die psychische Struktur der Patient*innen vergleichsweise früh feststehen und im weiteren Verlauf nicht als vorläufige, überprüfbare Hypothesen, sondern als leitende Gewissheiten behandelt werden. Das betrifft insbesondere die Annahme einer Dissoziativen Identitätsstörung, die Annahme früher und fortdauernder

46 Dem Forschungsteam ist hier wichtig zu betonen, dass dieser Aspekt nicht allein aus den Interviews rekonstruiert wurde – in denen die Interviewpartner*innen aufgrund der vollzogenen Revision des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation und einer damit verbundenen veränderten Einschätzung der Therapieerfahrung eine eher kritische Perspektive eingenommen haben könnten –, sondern genauso aus dem Zusatzmaterial herausgearbeitet werden konnte.

»ritueller« bzw. organisierter Gewalt sowie die Verknüpfung beider Elemente im Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation.

Zunächst ist festzuhalten, dass therapeutisches Arbeiten notwendig auf Interpretations- und Klassifikationsleistungen angewiesen ist. Gerade bei Patient*innen mit komplexer Symptomatik, bruchstückhaften Schilderungen ihrer Biografie, Erinnerungslücken oder schwer einzuordnenden Belastungszuständen ist es unvermeidlich, mit vorläufigen Annahmen zu arbeiten. Problematisch wird dies dort, wo solche Annahmen nicht mehr als heuristische Orientierung behandelt, sondern gegenüber widersprechenden Informationen aufrechterhalten werden. Im vorliegenden Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich wiederholt, dass Zweifel der Patient*innen, alternative Interpretationen anderer Fachpersonen oder auch das Ausbleiben bestätigender Hinweise nicht zu einer Revision der therapeutischen Annahmen führen. Vielmehr werden solche Irritationen häufig innerhalb des Erklärungsmodells selbst verarbeitet und dadurch neutralisiert. Gerade hierin liegt ein zentrales Merkmal der rekonstruierten Determiniertheit.

Die Determiniertheit der Therapeut*innen wird besonders deutlich im Umgang mit Zweifeln seitens der Patient*innen. Mehrere von ihnen berichten, dass ihre Einwände, Unsicherheiten oder Zurückweisungen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht als Anlass zu erneuter gemeinsamer Prüfung aufgegriffen wurden, sondern als Ausdruck der Störung und der Betroffenheit von »ritueller Gewalt« selbst galten. Zweifel erscheinen dann etwa als Folge von Dissoziation, »Programmierung«, »Täterloyalität« oder als Hinweis darauf, dass bestimmte innere Anteile den therapeutischen Prozess boykottieren wollten. Auf diese Weise können Widerspruch und Gegenperspektive nicht als Korrektiv des therapeutischen Verstehens wirksam werden, sondern werden im Sinne des Modells verarbeitet. Die therapeutische Interpretation immunisiert sich damit gegen jene Informationen, die sie infrage stellen könnten.

Frau Q, direkt Betroffene: Entlassbericht Indexklinik 2023 : Während des Therapieaufenthalts seien erste Erinnerungen sexuellen Missbrauchs durch den Vater und Fremdtäter deutlich geworden, werden vom Innensystem aber schnell verneint und als Hirngespinste der Pat. abgetan (S. 6)

Frau A, direkt Betroffene: Auszug aus einem WhatsApp-Chat mit dem Therapeuten: [06.12.19, 18:23] - Therapeut: F oder Y sind »nur« unterschiedliche Namen für den gleichen Anteil. »Y« ist ein Triggerwort, mit dem ein Täter ungeheure Macht über den Anteil »Y« ausüben kann. Wenn F definitiv einen neuen Namen hat, dieser Name konsequent benutzt wird, dann hätten Täter nicht mehr diese macht über ihn/sie. Ein von Tätern gegebener Name (der zudem noch mit traumatischen Erinnerungen und negativen Assoziationen verbunden ist) wirkt viel stärker als ein Name, den sich ein Anteil selbst gegeben hat. In diesem Sinne ist ein neuer Name ein grosser Schritt zu mehr Kontrolle und Autonomie. Für mich ändert er zum Umgang mit Y/ F aber nichts.

[06.12.19, 18:26] - Therapeut: Im Skript zu den spezifisch traumabezogenen Störungen findet Ihr bei der komplexen PTBS die Störung der Selbstorganisation, u.a. mit der Störung der Beziehungen zu Mitmenschen. Bei Stress hat F massive Intrusionen auf Ebene der Störung der Beziehungen zu Mitmenschen. Sie wird dann mit Zweifeln zu mir, zu meinem Engagement, meiner Verlässlichkeit etc. überflutet (d. h. Intrusionen), und sie schafft es im Moment noch nicht, diese Intrusionen nachhaltig zu regulieren.
[06.12.19, 18:28] - Therapeut: Und wenn F mit diesen Intrusionen überflutet wird, dann schaut sie jedes kleine Detail in SMS mit der Tendenz, nach Beweisen zu suchen, dass ich sie nicht mehr möge, dass ich sie verlasse, etc.
[06.12.19, 18:30] - Therapeut: Ihr könnt F helfen, mit diesen Intrusionen umzugehen, indem Ihr ihr auch andere Perspektiven aufzeigt, zB die Hinweise, dass ich dran bleibe. Noch darf F nicht mit Euch reden, weil sie noch einen Rest Täterloyalität hat, aber Ihr dürft ja gerne an F schreiben.
[06.12.19, 18:31] - Therapeut: Zum Beispiel könntet Ihr auf dem Papier oben direkt an F schreiben und ihr mitteilen, wie Ihr die Situation einschätzt. Denn nicht alle von Euch haben diese extremen Verlassenheitsintrusionen.
[06.12.19, 18:32] - Therapeut: In diesem Sinne: G [Name eines Anteils], Du kannst gerne F direkt schreiben. Sie könnte Unterstützung von Dir brauchen, auch wenn sie vermutlich noch zu stolz ist, um dies zuzugeben 😉

Determiniertheit zeigt sich darüber hinaus im konkreten Interaktionsgeschehen. Wie weiter oben bereits beschrieben, zeigen sich im Interview- und Dokumentenmaterial zahlreiche Hinweise auf wiederholtes Fragen nach bestimmten Inhalten, auf die erneute Thematisierung angenommener Täterkontakte, auf das Deuten uneindeutiger Affekte oder Äußerungen in Richtung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation sowie auf Druck, sich bestimmte Annahmen »einzugestehen«. In solchen Situationen erscheint die therapeutische Kommunikation nicht offen gegenüber unterschiedlichen Lesarten des Erlebens, sondern auf die Bestätigung bereits bestehender Annahmen ausgerichtet. Dies gilt insbesondere für die Suche nach »noch Schlimmerem«, also nach schwereren, bislang nicht erinnerten Gewalterlebnissen, die als eigentliche Ursache der Symptomatik gelten. Die Determiniertheit ist damit nicht nur eine abstrakte Haltung, sondern schlägt sich in Formen der Gesprächsführung und Fragestellung nieder.

Frau N, direkt Betroffene: Ich bin dann zu Frau Fachperson II und habe gesagt, ich muss was korrigieren. (.) Ich glaube, ich habe hier Dinge bestätigt, die ich nicht erlebt habe und hatte erwartet, sie so oh toll und ach, und (.) dann gucken wir mal und (.) die ging hoch. Da war nichts mehr mit freundlich Lächeln. Das war ein Umschwung, den ich nicht vertragen habe [...]. Dort gab es auch körperliche (.) Übergriffe. Bei diesen Sessions auf dem Boden hat sie mich festgehalten und ich wollte gehen (.) aufstehen und sie hat gesagt, Sie hauen hier nicht ab. Das ist typisch, ich halte sie ja fest, es passiert ja nichts, sonst rennen sie den Tätern in die Arme. Und sie hat mich auch umarmt und auch (.)

geküsst. So wie eine Mutter ihr Kind als Kleine. (.) [...] ganz lieb ganz. Und plötzlich schlug das um. Das war ein (.) hasserfülltes Gesicht fast, und, ja, das wäre typisch. (..) Jetzt kriegen Sie Schiss, weil Sie so täterloyal. Sie hatten wieder Kontakt und wollen das nur nicht zugeben. Das kenne ich von anderen. Wenn Sie Schiss kriegen, dann behaupten Sie, das würde alles nicht stimmen. (.) Das ist nichts weiter als Täterloyalität. (.) Und ich habe davor gesagt, das kann sein (.) aber ich glaube, das ist nicht meine Geschichte. (IV13, Z. 2035-2050)

Im Zusammenhang mit dem Erklärungsmodell erhält diese Haltung besonderes Gewicht, weil sie mit einer strukturellen Schwächung der Interpretationshoheit der Patient*innen einhergeht. Wenn die Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung so verstanden wird, dass Patient*innen keinen verlässlichen Zugang zu Teilen ihres eigenen Erlebens haben, dann können ihre Selbstauskünfte grundsätzlich relativiert werden. Die therapeutische Perspektive gewinnt in dieser Konstellation einen epistemischen Vorrang: Therapeut*innen erscheinen als diejenigen, die die eigentliche Wahrheit über die Biografie, die Gefährdung und die innere Struktur der Patient*innen besser erkennen können als diese selbst. Determiniertheit bedeutet in diesem Zusammenhang daher nicht nur Festhalten an einer Interpretation, sondern auch eine Verschiebung der Autorität über das eigene Erleben weg von den Patient*innen hin zu den Therapeut*innen.

Hinzu kommt, dass diese Haltung durch professionelle und diskursive Kontexte gestützt werden kann. Das Interview- und Dokumentenmaterial enthält zahlreiche Hinweise darauf, dass einschlägige Fortbildungen, Supervision, kollegiale Vernetzung und der Austausch innerhalb eines affirmativen Fachkreises dazu beitragen, bestimmte Annahmen weiter zu stabilisieren. Determiniertheit ist damit nicht nur ein individuelles Merkmal einzelner Therapeut*innen, sondern kann auch in professionellen Milieus verankert sein, in denen die Existenz »ritueller Gewalt«, die Bedeutung von »Programmierung« oder die Notwendigkeit spezieller therapeutischer Vorgehensweisen als gegeben angesehen werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass alternative Interpretationen nicht als fachlich gleichwertige Perspektiven, sondern als Ausdruck von Unwissen, Verharmlosung oder mangelnder Sensibilität erscheinen.

Frau R, Fachperson: Und dann auch wirklich immer wieder die gleichen Leuten sich in den gleichen Fortbildungen trafen. Also irgendwie kannte man dann die Personen. Ich merk/ ich habe tatsächlich gemerkt, dass ich mich dann irgendwann aus diesen Fortbildungen distanziert habe. Also nach der dritten oder vierten habe ich gedacht, das ist nicht meine Welt. (IV17, Z. 255-259)

Frau Q, direkt Betroffene: Ausschnitt aus einem Klinikskript (wurde an Patient*innen ausgegeben und mit ihnen besprochen)
Umgang mit »Programmierung« – Deprogrammierung
Ein Programm ist ein täterinduziertes und unter Einsatz von schwerer Gewalt konditioniertes Verhalten, das dem Zweck dient, die betroffene Person an die Täter und deren

> Regeln und Gesetze zu binden. Es ist gegen die eigene Person gerichtet und soll dafür sorgen, bei Abweichung von den Regeln ein großes Maß an Leid bis hin zur Selbstzerstörung auszulösen, sodass entweder die Regeln wieder eingehalten werden oder durch die Selbstzerstörung das Geheimnis und die Grundsätze der Täter gewahrt bleiben. Es gibt Selbstbestrafungsprogramme (Hungern, Fressen, Selbstverletzungen), Rückholprogramme, Suizidprogramme oder auch Therapiestörungsprogramme oder Programme, die ein bestimmtes Verhalten einleiten, das die Täter fordern, z. B. Prostitutionsprogramme. (IV16, Skript, S. 30)

> **Frau D, direkt Betroffene:** [...] und dann war [von der Klinik] aus auch klar, dass ich eine andere ambulante Therapeutin brauche. Es geht nur die, die auch mit dem [DIS, »rituelle Gewalt«] arbeiten, weil sonst macht das ja gar keinen Sinn (IV4, Z. 189-191)

Aus der Perspektive der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe ist diese Determiniertheit von erheblicher Tragweite. Sie trägt dazu bei, dass Patient*innen immer stärker in einen Interpretationsrahmen eintauchen, dessen Voraussetzungen und Schlussfolgerungen im therapeutischen Prozess selbst kaum mehr zur Disposition stehen. Gerade weil die Haltung nicht als offen und prüfend, sondern als wissend und festgelegt erlebt wird, kann sie in Verbindung mit der asymmetrischen therapeutischen Beziehung, mit Abhängigkeit und mit dem Wunsch nach Erklärung und Besserung eine erhebliche Wirksamkeit entfalten. Determiniertheit ist folglich ein zentraler Mechanismus der Etablierung und Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation.

Im Umkehrschluss zeigt das Interview- und Dokumentenmaterial auch, dass Distanzierungs- und Ablösungsprozesse häufig dort einsetzen, wo außertherapeutische Perspektiven wieder Bedeutung gewinnen, Zweifel nicht länger aus dem Modell heraus interpretiert werden oder reale Erfahrungen den festgelegten Interpretationen widersprechen. Gerade daran wird sichtbar, wie folgenreich die Determiniertheit im therapeutischen Prozess ist: Sie begrenzt nicht nur die Offenheit gegenüber alternativen Erklärungen, sondern erschwert auch die selbstbestimmte Prüfung der eigenen Lebensgeschichte durch die Patient*innen.

9.4.6 Abweichungen von professioneller Therapie: Kunstfehler, Grenzverletzungen, unethisches Verhalten

> – Dort gab es auch körperliche (.) Übergriffe. Bei diesen Sessions auf dem Boden hat sie mich festgehalten (IV13, Z. 2040-2041) –

Die vorliegenden Interviews und Dokumente weisen darauf hin, dass die im Kontext des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation durchgeführten Be-

handlungen nicht nur durch spezifische Interpretationen und eine besondere Beziehungsgestaltung gekennzeichnet sind, sondern vielfach auch durch Abweichungen von professioneller Therapie. Diese Abweichungen betreffen unterschiedliche Ebenen: die Rahmenbedingungen der Behandlung, das kommunikative und methodische Vorgehen, die Wahrung professioneller Grenzen sowie in einzelnen Fällen Handlungen, die als unethisch oder standes- bzw. strafrechtlich relevant einzuordnen sind. Nicht in allen Fällen liegen hierfür gleich dichte Informationen vor. In ihrer Gesamtschau ergibt sich jedoch ein konsistentes Bild, dass Behandlungen mit tiefer Immersion ins Erklärungsmodell auch immer mit Überschreitungen professioneller Standards einhergehen.

Eine erste Ebene dieser Abweichungen betrifft die Rahmenbedingungen der Behandlung. In mehreren Fällen berichten Patient*innen von sehr langen Behandlungsverläufen, von hoher Sitzungsfrequenz und von Sitzungen mit überdurchschnittlicher Dauer. In Fällen tiefer Immersion beträgt die Dauer der Indexbehandlung zum Teil mehrere Jahre, in Einzelfällen deutlich über ein Jahrzehnt. Zum Teil kommt es hier zu einem Wechsel von Versicherungen oder Finanzierungswegen, um die Behandlung fortsetzen zu können. Hinzu treten wiederholte stationäre Aufenthalte und Kriseninterventionen. Die Länge und Intensität einer Therapie sind für sich genommen noch kein Beleg für Fehlbehandlung. Im Interview- und Dokumentenmaterial werden sie jedoch gerade dort auffällig, wo zugleich keine nachhaltige Besserung eintritt, der Gesundheitszustand sich vielmehr verschlechtert und das therapeutische Vorgehen dennoch nicht grundlegend hinterfragt wird. Dadurch werden die Rahmenbedingungen selbst zumindest zu einem Indikator für eine problematische Prozessdynamik.

Eine zweite Ebene betrifft die Ausweitung therapeutischer Kommunikation über den institutionell vorgesehenen Rahmen hinaus. Dieser Aspekt wurde unter dem Stichwort der Entgrenzung bereits als unter 9.4.4.1 dargelegt. In mehreren Fällen beschränkt sich der Kontakt nicht auf die Sitzungen und organisatorische Absprachen, sondern umfasst intensive E-Mail-, Telefon- oder Messengerkommunikation. Diese Kommunikation wird nicht nur zur Terminabstimmung genutzt, sondern schließt therapeutische Arbeit, Beziehungsregulation und zum Teil auch private Fürsorgekommunikation ein. Damit wird die Grenze zwischen professionellem und privatem Kontakt verwischt. Solche Formen der Dauerverfügbarkeit erscheinen im Interview- und Dokumentenmaterial nicht als Ausnahme, sondern in Fällen tiefer Immersion, mit der Ausnahme von IV6 mit Frau G, als wichtiger Bestandteil der Beziehungsgestaltung.

Eine dritte Ebene der Abweichung betrifft das methodische und kommunikative Vorgehen in den Sitzungen. Hierzu gehören wiederholte, auf bestimmte Inhalte hinführende Fragen, die Interpretation uneindeutiger Äußerungen in Richtung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, das Übergehen von Zweifeln sowie die Fortsetzung von Erinnerungssuchen trotz offensichtlicher Verunsicherung der Patient*innen (vgl. 9.4.3). Diese Praktiken sind zum Teil als Kunstfehler einzuordnen, etwa dann, wenn unpassende diagnostische Annahmen, kommunikatives Fehlverhalten, mangelnde Offenheit oder zweifelhafte Techniken zur Anwendung kommen.

Dabei wird deutlich, dass die Grenze zwischen methodischer Unangemessenheit und ethisch problematischer Lenkung fließend sein kann. Gerade im Zusammenspiel mit der bereits beschriebenen Determiniertheit ergibt sich eine therapeutische Praxis, in der alternative Interpretationen kaum Raum erhalten und Patient*innen nur eingeschränkt an der Gestaltung des therapeutischen Prozesses beteiligt sind.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Und dann kam ich (.) nach Ortschaft A (.) auf die die/ da hatte ich neue (unv.) Psychotrauma-Station beim Herrn A. (.) Ich hatte das das Vorgespräch bei ihm (...) und weil der der Verdacht mit DIS sozusagen war ja schon im Raum und so und aber eigentlich dachte ich, ja ich gehe dahin und die schauen mich an und die wissen nee, das ist/ die ist nicht so ne? Passt ja nicht. Und ich kann mich noch erinnern (.) im im Aufnahme- oder Vorgespräch. Das Einzige, was ich wirklich erinnern kann, ist, dass Herr A plötzlich aus dem Nichts (.) zum Schrank dann macht er (.) BAM. (.) Und ich bin erschrocken und er sagt, ah schreckhaft, ja Traumafolgestörung. [lacht] So ungefähr. Und das kann ich mich noch erinnern. Das war dann das war dann so, ja, klar. [...] Und dann war für den Herrn A klar, dass ich hier auf diese Station gehöre. Und dann konnte ich dann ein paar Monate später dort eintreten. Und dann und dann war es dann Ernst mit dem ganzen DIS-Gedöns und und so ähm [ausatmen] Ja. (..) Das das war dann. (6) Hauptthema. (IV4, Z. 148-165)

Darüber hinaus finden sich im Interview- und Dokumentenmaterial Hinweise auf verbale Grenzverletzungen und Formen des Drucks, die deutlich über eine konfrontative oder herausfordernde Gesprächsführung hinausgehen. Patient*innen berichten von Drohungen, vom Abwerten ihrer Sichtweisen, von impliziten oder expliziten Ultimaten und von Beschimpfungen (vgl. 9.4.4.2). Diese Vorkommnisse treten besonders häufig in Situationen auf, in denen Patient*innen das Erklärungsmodell infrage stellen, Kontakt zu ihrer Familie behalten wollen oder sich bestimmten therapeutischen Anforderungen entziehen möchten. Die therapeutische Beziehung wird in solchen Momenten nicht als Raum gemeinsamer Prüfung und Aushandlung erfahrbar, sondern als Ort asymmetrischer Einflussnahme. Dass Zweifel oder Widerspruch mit Druck beantwortet werden, ist ein wiederkehrender Bestandteil problematischer Behandlungsverläufe.

In einzelnen Fällen gibt es Hinweise auf Handlungen, die nicht nur als Grenzverletzungen, sondern als Kunstfehler oder als unethisches Verhalten von besonderer Schwere einzuordnen sind. Dazu zählen das Festhalten und Fixieren von Patient*innen, das Verhindern des Verlassens einer Situation, andere Formen von Bevormundung sowie sexualisierte Kontakte.[47] Diese Handlungen überschreiten professionelle Standards in deutlicher Weise. Sie markieren eine Qualität therapeutischer Beziehung, in der die

47 Diese Grenzüberschreitungen und dieses unethische Verhalten werden zumeist in den Interviews beschrieben und unterliegen damit der Bewertung der Interviewpartner*innen. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Fehlverhalten, wie Drohung mit Beendigung der Therapie, herabwürdigender Umgang/Beleidigungen, sexualisiertes Verhalten und körperliche Festhalten in anderen Materialformen vorliegen.

Vulnerabilität der Patient*innen ausgenutzt und ihre Autonomie massiv verletzt wird. Auch dort, wo solche schwerwiegenden Überschreitungen nicht vorliegen, zeigen die von den Interviewpartner*innen berichten Erfahrungen und zur Verfügung gestellten Dokumente jedoch vielfach eine Richtung an, in der Kontrolle, Einflussnahme und Abhängigkeit die professionelle Distanz zunehmend untergraben.

Frau A, direkt Betroffene: Videoaufnahme einer Therapiesitzung (35:36)[48]
[Selektive Beschreibung durch das Forschungsteam]
Video startet, Patientin zieht sich Top runter, will sich weiter ausziehen. Therapeut sagt »Nein«, greift nach ihrem Handgelenk, um ein weiteres Ausziehen zu unterbinden, zieht sie auf das Sofa. Patientin hat eine Leggins und Socken an; ihr Top ist zur Hüfte heruntergezogen. Für die gesamte Dauer des Videos von 35 Minuten ist ihr Oberköper nur mit einem BH bekleidet.
Bei 1:09 nimmt der Therapeut die Hand der Patientin und hält für den Rest der Videoaufnahme die Patientin dauerhaft am Handgelenk, z.T. auch an beiden Handgelenken.
3:00 Patientin will sich die Leggins ausziehen; Therapeut sagt: »Anteil G, nein, es gibt keinen Sex«.
Inhaltlich geht es darum, was Patientin am Vortag in der Sitzung gesagt habe. Bei Minute 20 fragt der Therapeut: »Was ist passiert (unverständlich)? Du hast gesagt, die hätten vor dir masturbiert.«
Therapeut: »Wie viele waren das?«
Patientin: »5«
Therapeut: »Und wie viele hast du im Ganzen da gesehen?«
Patientin: »Mehr«
Therapeut: »10, 20, 50, 100?«
Patientin: »Ich weiß es nicht; vielleicht 50, 40?«
Therapeut: »Du hast gestern erzählt, jemand habe einen Orgasmus gehabt«
Patientin: »Sie hat/haben gespritzt und gesagt, dass ich grusig bin«
Therapeut: »Und was haben sie noch gemacht?«
Es geht dann darum, wo sie festgebunden worden sei. Der Therapeut fragt mehrfach nach, was für Ringe das gewesen seien, wo und wie genau sie angebunden worden sei. Er nutzt wiederholt die Fragen: Was ist passiert? Was ist genau passiert?
32:00 Patientin sinkt nach hinten in Kissen, wirkt schlaff und weit weg
34:07 als Patientin weggedriftet ist, berührt er sie am Oberarm und spricht sie an.

48 Die analysierten Videos wurden im Rahmen der Behandlung vom Therapeuten zum Zweck aufgenommen, dass ein anderer Persönlichkeitsanteil sich den Inhalt der Therapiesitzung ansehen könne. Zum Teil werden gezielt Persönlichkeitsanteile angesprochen, an die sich Videos richten.

Frau J, direkt Betroffene: Ausschnitt einer Therapievereinbarung für einen stationären Klinikaufenthalt
Vereinbarung
Frau J bleibt bis auf Weiteres freiwillig in [Klinik] so lange bis das ambulante Setting aufgegleist ist und sie sich bereit fühlt, auszutreten.
Der Austritt erfolgt frühestens am [Datum]. Das Austrittsdatum ist vorbesprochen und erfolgt nicht plötzlich.
Frau J darf somit von [Klinik] ohne ärztlichen FU zurückgehalten werden, wenn gewisse Anteile vor diesem Datum austreten wollen.
Frau J darf auf die Nacht fixiert werden, wenn sie dies zum Schutz braucht. Die Fixierung bleibt jeweils bis am Morgen, auch wenn gewisse Anteile in der Nacht gelöst werden wollen.
Frau J wird nicht rechtlich gegen [Klinik] vorgehen, wenn sie im Verlauf mit oben genannten Punkten nicht mehr einverstanden ist. [...]

Bemerkenswert ist dabei, dass diese Abweichungen nicht notwendigerweise von den Beteiligten selbst als solche erkannt oder benannt werden. Mehrere Patient*innen berichten rückblickend, ihnen sei vieles während der Behandlung zwar »komisch« oder irritierend erschienen, sie hätten dies aber zunächst nicht als Grenzverletzung oder Fehlbehandlung eingeordnet, weil sie den Therapeut*innen als Expert*innen vertrauten. Erst mit zeitlicher Distanz, im Vergleich mit anderen professionellen Kontakten oder durch die Auseinandersetzung mit kritischen Perspektiven konnten diese Praktiken neu bewertet werden. Dies unterstreicht, dass Abweichungen von professioneller Therapie im Feld nicht immer als solche hervortreten, sondern gerade innerhalb enger, asymmetrischer und durch das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation aufgeladener Beziehungen eine eigene Normalität gewinnen können.

Insgesamt legt die Analyse nahe, dass die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe durch ein Bündel unterschiedlicher Abweichungen gekennzeichnet sind. Diese reichen von problematischen Rahmenbedingungen über Grenzverletzungen bis hin zu methodischen Kunstfehlern und gravierendem unethischen Verhalten. Ihre besondere Relevanz liegt nicht allein in ihrer Schwere, sondern darin, dass sie eng mit der Etablierung und dem Aufrechterhalten des Erklärungsmodells verbunden sind. Die Abweichungen erscheinen im Interview- und Dokumentenmaterial als Teil einer therapeutischen Praxis, die unter dem Vorzeichen von Determiniertheit, Interpretationshoheit und besonders enger und asymmetrischer Beziehungsgestaltung steht. Gerade dadurch gewinnen sie für das Verständnis der rekonstruierten Verläufe tiefer Immersion zentrale Bedeutung. Innerhalb der zeitlich viel Raum einnehmenden und durch die vermeintliche Bedrohung und Hilflosigkeit der Patient*innen sehr stark moralisch aufgeladenen Behandlungsbeziehungen scheint es eher zum Überschreiten professioneller Grenzen zu kommen und diese scheinen dann im Auftreten zu kumulieren.

9.4.7 Unterschiedliche Grade der Immersion

Ein zentraler Befund der Analyse besteht darin, dass sich die Fälle deutlich danach unterscheiden, in welchem Ausmaß Patient*innen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation übernehmen und zur Grundlage ihrer Selbst- und Weltdeutung machen. Diese Unterschiede wurden bereits an früherer Stelle (vgl. 9.3.4) als verschiedene Grade der Immersion in das Erklärungsmodell eingeführt. Im Folgenden werden sie vergleichend weiter ausdifferenziert. Mit Immersion ist dabei nicht bloß gemeint, ob einzelne Annahmen des Modells zustimmend wiedergegeben werden, sondern in welchem Maß Patient*innen sich innerhalb dieses Deutungsrahmens bewegen, ihre Biografie und gegenwärtige Lebenssituation auf seiner Grundlage interpretieren und ihr Handeln danach ausrichten. Die rekonstruierten Fälle lassen sich diesbezüglich drei Ausprägungen zuordnen: einer Ablehnung des Erklärungsmodells, einer mittleren Immersion und einer tiefen Immersion. Diese Unterscheidung erweist sich für die weitere Analyse als besonders aufschlussreich, weil sich an ihr Unterschiede in den Beziehungsverläufen, im therapeutischen Vorgehen, in der sozialen Einbindung, in den Folgen der Behandlung und in den späteren Revisionsprozessen systematisch beschreiben lassen.

Wichtig ist dabei, dass sich die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht aus einem einzelnen Merkmal erklären lassen. Weder die Komplexität der Symptomatik noch die Länge der Behandlung noch die biografische Belastungsgeschichte reichen jeweils für sich genommen aus, um die Tiefe der Immersion zu erklären. Vielmehr verweist die Immersion auf ein Zusammenspiel aus patient*innenseitigen Voraussetzungen, therapeutischem Vorgehen, Beziehungsgestaltung, außertherapeutischer Einbindung und diskursiver Rahmung. Gerade deshalb ist die Typisierung nicht als starres Klassifikationsschema zu verstehen, sondern als analytisches Instrument, mit dem Unterschiede in der Wirksamkeit des Erklärungsmodells rekonstruiert werden können.

9.4.7.1 Ablehnung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation

> – Und ich glaube, ich war zwei oder drei Mal da und bin dann geflüchtet. Weil ich meine, dann wusste ich einfach, das ist nicht die Wahrheit. (IV3, Z. 30-31) –

Die erste Ausprägung besteht im Ablehnen des Erklärungsmodells und betrifft zwei der erhobenen und ausgewerteten Erfahrungen. Hier wird das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation von den Therapeut*innen an die Patient*innen herangetragen, von diesen jedoch nicht übernommen. In der einen Erfahrung geschieht

dies zu Beginn der Behandlung nach etwa drei bis vier Sitzungen; in der anderen befindet sich die Patientin bereits deutlich länger in der Indexbehandlung. Hier wird das Erklärungsmodell nach etwa sieben Monaten eingebracht. Die Patient*innen gehen auf die Interpretationsangebote nicht ein oder weisen sie nach kurzer Auseinandersetzung ausdrücklich und eindeutig zurück. Die Behandlung wird in der Folge von den Patient*innen beendet. Beide Erfahrungen verdeutlichen, dass die Einführung des Erklärungsmodells nicht zwangsläufig zu dessen Übernahme führt.

Auffällig ist, dass die Ablehnung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in diesen Fällen mit dem Fortbestehen alternativer biografischer Deutungen und mit einem Austausch mit außertherapeutischen Bezugspersonen verbunden ist. In einem Interview wird geschildert, dass die Zurückweisung unter anderem gestützt durch Gespräche mit Familienmitgliedern geschieht, insbesondere mit einem Geschwisterkind und der Mutter, die die eigene Einschätzung der Kindheit bestätigen. In dem anderen Interview wird berichtet, dass bereits vor der Behandlung Wissen über die polarisierte Debatte um das Narrativ »Rituelle Gewalt« besteht, was dazu beiträgt, das Deutungsangebot als nicht passend einzuordnen. Auch hier wird der Austausch mit einem Geschwisterkind als wichtig beschrieben. In beiden Fällen ist ablesbar, dass das Interpretationsangebot der Therapeut*innen insofern ernst genommen wird, als dass es aus dem therapeutischen in den privaten Raum mitgenommen und dort einer Überprüfung mit Hilfe von Familienmitgliedern unterzogen wird. Da dann die eigenen Einschätzungen der Patient*innen von den Bewertungen der Familienmitglieder gestützt werden, können diese das Erklärungsmodell der Therapeut*innen verwerfen. Damit bleibt die Deutungshoheit über ihre eigene Biografie bei ihnen und wird nicht vom Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation abgelöst. Beide Patient*innen gehen nicht weiter in die Auseinandersetzung mit den Therapeut*innen, sondern beenden direkt nach Einbringen und Verwerfen des Interpretationsvorschlags diese Therapie und suchen andere Therapieplätze.

> **Herr C, direkt Betroffener:** Aber mein Glück war, dass ich 27 war, da war es wirklich zum Glück, weil sonst wäre ich vielleicht hätte ich das als eben wieder eine Autoritätsperson [...] Die da sagte ja, als er [Therapeut] hörte von meinem Vater und pädophil und so sagte, (.) ja, vermutlich sind sie da hin und hergereicht worden als Kind und man hat sie in Ritualen vergewaltigt und so. Und ich wusste einfach das ist Blödsinn. Es ist wirklich/ ich wusste, das kann nicht sein. Das ist einfach/ meine Mutter hätte das nie zugelassen. Ich habe nie in Träumen sowas geträumt. Ich habe (.) keinerlei Rückerinnerung an so etwas. Ich habe dann ganz bewusst mit meinem Bruder, der er ein erstaunliches Gedächtnis hat. Er weiß (.) Dinge, wo ich wo ich fünf Jahre war, weiß er mit drei Jahren, wo man sagt, teilweise weiß er besser als ich noch. (.) Habe ich du, hast du irgendwann je? Und dann sagt er, pff, (.) also ja. (.) Ich habe auch mit meinem Bruder drüber, (.) Klammer auf, gesprochen, (.) ob er von meinem Vater je. Und er hat gesagt, nein, auch nicht. Also da war nichts passiert (...) und deswegen war ich einfach nach nach, glaube ich, nach zwei Mal mal kam/ das zweite Mal kam so eine leichte Andeutung. Das dritte Mal kam dann

so der Versuch mich dahin und nach diesem dritten Mal (.) habe ich das durchgedacht und eben mit einem Bruder und so gesprochen. Ich habe dann auch meine Mutter kurz gefragt und so und mein Vater und mein Vater hat eigentlich immer ehrlich geantwortet, wenn ich etwas gefragt habe. (IV3, Z. 2756-2774)

Frau M, direkt Betroffene: Also ich hatte immer eigentlich klare Erinnerungen an die Dinge, die passiert sind. (..) Ich habe mir nur selber nicht getraut. (..) Ja. Aber dadurch, dass ich die Bestätigung von meinem Bruder dann bekommen habe, (...) ja, weiß ich Bescheid. (IV12, Z. 1405-1407)

Die Fälle der Ablehnung markieren gewissermaßen die untere Grenze der rekonstruierten Prozessdynamik: Das Erklärungsmodell wird angeboten, aber nicht zum handlungsleitenden Deutungsrahmen. Gerade im Kontrast zu den anderen Fällen wird sichtbar, wie bedeutsam soziale Einbindung, das Vertrauen in die Einschätzung von Personen aus dem sozialen Umfeld, eine gewisse Sicherheit in der Bewertung der eigenen Biografie und die Möglichkeit des Widerspruchs für die Zurückweisung des Modells sein können.

9.4.7.2 Mittlere Immersion

– Und [...] das ist wahrscheinlich ein Grund, warum ich da immer wieder hingegangen bin, in der Hoffnung, (.) es gibt da jetzt (.) irgendeinen Punkt, (...) wo es [schnipst] (.) und ich erinnere mich. (IV15, Z. 1853-1856) –

Die zweite Ausprägung ist durch eine mittlere Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation gekennzeichnet. In diesen Fällen werden einzelne oder auch mehrere Elemente des Modells zeitweise übernommen, jedoch nicht in vollständig verfestigter Weise. Charakteristisch ist, dass die Patient*innen sich auf Teile des Erklärungsmodells einlassen, zugleich aber fortdauernde Zweifel behalten. Diese Zweifel können sich auf einzelne Bestandteile des Modells, auf dessen Reichweite oder auf dessen Passung zur eigenen Biografie beziehen. Im Interview- und Dokumentenmaterial lassen sich drei direkt Betroffene dieser Ausprägung zuordnen; hinzu kommen angrenzende Konstellationen in den Angehörigenerfahrungen, die eine strukturelle Ähnlichkeit zur mittleren Immersion aufweisen.

Die Behandlungsdauer in dieser Gruppe ergibt kein einheitliches Muster. In zwei der Erfahrungen ist die Dauer der Indexbehandlung mit vier Monaten stationär und zehn Monaten ambulant vergleichsweise kurz, in einer weiteren Erfahrung dauert sie fünf Jahre an. Dies spricht gegen die Annahme, mittlere Immersion ließe sich auf Grundlage der Behandlungsdauer verstehen. Entscheidend ist vielmehr, dass die Patient*innen sich

nie restlos im Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zurechtfinden. In zwei Fällen ist etwa die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung zunächst oder auch dauerhaft für die Patient*innen plausibel, während die Annahme »ritueller Gewalt« nicht vollständig übernommen oder später zurückgewiesen wird. Hieran wird deutlich, dass die Elemente des Erklärungsmodells nicht immer in gleichem Maße angeeignet werden, auch wenn sie im Modell selbst eng miteinander verschränkt sind. Hierdurch lassen sich Anknüpfungspunkte für eine Ablösung aus diesen Indextherapien herausarbeiten, über die die Patient*innen mittlerer Immersion von außen ansprech- und abholbar sind, da im gesamten Behandlungsverlauf Zweifel fortbestehen.

Im Vergleich zu Fällen tiefer Immersion fällt auf, dass die Patient*innen mit mittlerer Immersion häufiger über außertherapeutische soziale Einbindung verfügen oder im Verlauf erneut auf solche Bezugspersonen zurückgreifen können. Dazu zählen Freund*innen, Geschwister, langjährige Ärzt*innen oder andere Vertrauenspersonen. Auch Wissen um die Umstrittenheit des Narrativs »Rituelle Gewalt« spielt in diesen Fällen eine Rolle. Diese außertherapeutischen Bezüge fungieren nicht von Beginn an als Schutzfaktor – wie bei den Fällen der Ablehnung des Erklärungsmodells –, können aber im Verlauf Bedeutung gewinnen und für die Distanzierung vom Modell nutzbar gemacht werden. Zugleich zeigen die Erfahrungen, dass auch bei mittlerer Immersion bereits erhebliche Belastungen, Verunsicherung, Ängste und sozialer Rückzug auftreten können. Mittlere Immersion ist damit keineswegs als folgenarme oder bloß oberflächliche Beteiligung am Modell zu verstehen, sondern als eine Form der zeitweisen und teilweise wirksamen Aneignung unter anhaltender Ambivalenz.

Frau K, direkt Betroffene: Also ganz, ganz am Anfang. Das war so circa 2018, Anfang 2019 durch die Tagesklinik nämlich tatsächlich (.) da hatte da hatte ich ja den Therapeut A kennengelernt und er war derjenige, der diesen Verdacht das erste Mal angesprochen hatte. Ich kannte es zu dem Zeitpunkt den Begriff [DIS] nur durch [...] Sender X Dokumentation, wenn ich mich nicht grad täusche. (.) Das/ da ging es um die Nikis. Hießen die. [...] Ich hab/ war da schon sehr zwiegespalten über die Dokumentation (.) war, aber (.) ich fand sie gleichzeitig auch ein bisschen interessant, weil ich das heftig finde, was eigentlich für Missbrauchsfälle es gibt. Kurz gesagt, das war das erste Mal, dass ich davon gehört hatte. Ansonsten davor noch gar nicht großartig und habe es dann auch schnell beiseitegeschoben, weil ja [...] sonst [...] wo ich darüber was gesehen habe, habe ich geguckt, gibt es da noch noch welche Fälle? Dann kam ich auf irgendwelche Verschwörungstheorien-Seiten und dann habe ich den Abschnitt einen Haken gemacht, weil ich nichts mit Verschwörungssachen zu tun haben wollte (IV10, Z. 1897-1911)
Glücklicherweise nur kurzzeitig, weil ich dann auch mich mit meinen Freunden auch ausgetauscht habe, die mich auch glücklicherweise dann auch beruhigt. [...] Moment mal, wir sind, wir sind jetzt mal ganz realistisch und faktisch. (.) Das ist doch Quatsch, was er [Therapeut] erzählt. (.) Wenn wir wirklich mal ehrlich mal zu uns sind. Das ist doch Quatsch. (.) Du bist doch extra umgezogen. Du hast doch deinen alten damaligen Bekannten/ Bekanntschaftskreisen hast du doch gar nicht mehr. (.) Und im Gegenteil,

ich wurde sogar viel selbstbewusster, weil ich hier mir neue Freundeskreis auch aufgebaut habe. Weil ich mehr aus mir rausgekommen bin. Weil ich nun mal in der Szene unterwegs war, wo ich mich wohlfühle. [...] Und dann kommt der Therapeut aber an und sagt zu mir Kontaktabbruch mit den Leuten, die mir starkes Selbstbewusstsein gegeben haben. [...] Das hat man mir auf der Arbeit auch gemerkt [...], dass ich Dinge noch mehr hinterfragte, noch mehr verunsichert war bei einem von Aufgaben, die ich schon selbstbewusst gemacht habe [...] Ich war so emotional mit einem Schlag, (.) da/ da/ das kannte mein Ausbilder so von mir auch noch gar nicht. Und da hat er selber auch gesagt, dass das das so absolut nicht geht. Das tut Ihnen absolut nicht gut. (IV10, Z. 2451-2478)

Frau P, direkt Betroffene: Ja, das hat mich zutiefst verunsichert. Also, dass ich nicht wirklich Erinnerungen habe (.) und auch dieses (.) Fotoalbum, was mir so wichtig war, dass ich das bekomme. (.) Also auch, um es mit meinen Enkeln mal anzugucken. (.) Und (..) ja, und da waren halt viele Fotos drin, wo ich überhaupt nicht wusste, (...) was das für eine Situation ist oder so, keine Ahnung. (..) Ja, und da wurde mir halt geballt eingeredet, ähm, (.) ja, das passiert, wenn man multipel ist [...] Eine andere Person wüsste genau, was da passiert ist, (.) oder? (...) Ja, ist ja klar. Keine Erinnerung. Sie sind betäubt worden. Und (.) die Bilder [gemalte Bilder], das ist die Wahrheit. (.) Und weil das immer (...) undurchschaubarer wurde auf irgendeine Art und Weise. (.) Also, es gab für mich keine Erklärungsansätze, sage ich mal so, ich habe nicht verstanden, (.) was die mir da einreden wollen. (...) Ich habe das angezweifelt, was die gesagt haben. (.) Und (5) ja, und das ist wahrscheinlich ein Grund, warum ich da immer wieder hingegangen bin, in der Hoffnung, (.) es gibt da jetzt (.) irgendeinen Punkt, (...) wo es [schnipst] (.) und ich erinnere mich. (..) Aber stattdessen (..) wurde es immer komplizierter, weil das, was mir da ausgemalt wurde, (..) was so ein Szenarium gewesen sein müsste, wo ich mich gefragt habe, woher wollen die das denn wissen, (.) dass das, dass der Ablauf so und so gewesen ist, die waren ja nicht dabei [...] Und. (..) Das kann ich mir nur so erklären, dass ich da deshalb wieder hingegangen bin, weil ich einfach herausfinden wollte, was ist denn jetzt (.) wirklich passiert? (IV15, Z. 1842-1866)

Frau Q, direkt Betroffene: Für mich war ja total wichtig meine Ärztin, weil sie hat ja mich unterstützt. Und zwar nicht, indem sie geglaubt hat, dass das alles stimmt und so. Sie hat auch nicht gesagt, dass es falsch ist oder sonst irgendwas, aber sie hat einfach geschaut, wie sie mir akut jetzt gerade helfen kann. Und das war auf jeden Fall gut. (IV16, Z. 3271-3275)

9.4.7.3 Tiefe Immersion

– Für mich war es wirklich mehr die Angst, immer, okay da gibt es eine Gruppierung (.) die mich regelmäßig missbraucht, die mich irgendwie an anderen Männer noch zusätzlich verkauft, um Geld einzunehmen (IV9, Z. 1708-1711) –

Die dritte Ausprägung ist durch eine tiefe Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation gekennzeichnet. In diesen Fällen wird das Modell über längere Zeiträume hinweg zur selbstverständlichen und kaum mehr infrage gestellten Grundlage der Selbst- und Weltdeutung. Die Patient*innen sind dann überzeugt, seit ihrer frühen Kindheit schwerster (»ritueller«) Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, diese zum Teil in der Gegenwart weiter zu erleben und sich hieran aufgrund der angenommenen Dissoziativen Identitätsstörung nicht erinnern zu können. Die eigene Biografie, Symptomatik, gegenwärtige Lebenssituation und Zukunftsperspektive werden umfassend durch das Erklärungsmodell gerahmt. Dies betrifft fünf direkt Betroffene sowie eine Angehörige. Hier können die Erfahrungen aus der Perspektive der interviewten Mutter und den dazugehörigen schriftlichen Dokumenten entsprechend eingeordnet werden.

Kennzeichnend für diese Erfahrungen sind lange bis sehr lange Behandlungs- oder Beratungsverläufe, intensive Beziehungen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen und eine tiefe Einbindung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in den Alltag. Die Behandlungsdauer reicht von mehreren Jahren bis zu knapp zwei Jahrzehnten. Die Patient*innen berichten in diesen Verläufen nicht nur von der Übernahme einzelner Interpretationsaspekte, sondern von einer grundlegenden Umstrukturierung ihrer Lebensgeschichte entlang des Erklärungsmodells. Dazu gehören die Vorstellung fortdauernden Gewalterlebens, Misstrauen gegenüber der Außenwelt aufgrund von angenommener Gefährdung, Misstrauen gegenüber sich selbst, die Interpretation von Alltagserfahrungen unter dem Vorzeichen von Täterkontakten oder »Programmierung« sowie die Ausrichtung der Lebensführung auf Schutz, Vermeidung und therapeutische Arbeit. Tiefe Immersion bedeutet damit, dass das Modell nicht nur geglaubt, sondern verinnerlicht und praktisch gelebt wird.

Tiefe Immersion geht nicht zwangsläufig damit einher, dass Patient*innen all ihre Zweifel am Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verlören oder diese nicht mehr äußerten, allerdings scheint es eine Art Gewöhnungseffekt zu geben, mit dem das Erklärungsmodell über die Zeit zur Selbstverständlichkeit wird. Hinzu kommt, dass die Prämissen des Modells so angelegt sind, dass sie systematisch die Autonomie der Patient*innen aushebeln und ihnen suggerieren, dass sie sich selbst, ihren Wahrnehmungen und Einschätzungen misstrauen müssten. Das einzige Umfeld, in dem sie sich bewegen, ist vielfach das therapeutische, egal ob im ambulanten oder stationären Setting. Die Therapie wird zum einzigen und wichtigsten Bezugspunkt im Leben, das daraus besteht, Gewalt zu verhindern, Persönlichkeitsanteile kennenzulernen, Erinnerungen an schreckliche Gewalt aufzufinden sowie mit Hilfe der Therapeut*innen

gegen »Programmierungen« zu kämpfen. Patient*innen und Therapeut*innen werden in diesem gemeinsamen Unterfangen eng aneinandergebunden und investieren viel. Die Therapeut*innen in den Fällen tiefer Immersion werden in der Nutzung des Erklärungsmodells und therapeutischer Methoden durch andere Fachpersonen mit ähnlichen Überzeugungen bestätigt, z. B. auch dann, wenn sie in Supervision gehen, weil sie in einem Fall Mühe haben oder über lange Zeit keinen Fortschritt sehen. Sie bewegen sich in einem bestimmten Fachkreis mit affirmativer Haltung zum Narrativ »Rituelle Gewalt« (vgl. Kapitel 2).

Auch Patient*innen können diese scheinbar von außen kommende Bestätigung des Modells für ihre Lebensgeschichte bei Klinikaufenthalten, im Austausch mit anderen Patient*innen oder bei Fachpersonen anderer ebenfalls affirmativ ausgerichteter Institutionen (z. B. Opferberatung) erleben. So bewegen sich sowohl Therapeut*innen als auch Patient*innen zunehmend in einem Umfeld, das ihre Interpretation bestätigt und damit verstärkt. Alternative Interpretationen werden nicht zugelassen bzw. ernst genommen, sondern als Täterstrategien und Propaganda täterloyaler Personen oder Gruppen disqualifiziert. Diese Immunisierung nach außen bringt eine besondere Herausforderung für die Ablösung aus der infrage stehenden Therapie und dem Modell mit sich.

Im Vergleich zu den anderen Gruppen ist tiefe Immersion besonders eng mit sozialer Isolation, entgrenzter therapeutischer Beziehung und ausgeprägter Determiniertheit des therapeutischen Vorgehens verbunden. Häufig wird die therapeutische Beziehung zur zentralen oder einzigen verlässlichen Bezugsinstanz. Kontakte zur Familie oder zu anderen Bezugspersonen werden reduziert oder ganz abgebrochen; Zweifel werden innerhalb des Modells absorbiert, alternative Interpretationen verlieren an Plausibilität. Die Folgen dieser tiefen Immersion sind entsprechend gravierend und lang anhaltend. Sie betreffen den Gesundheitszustand, die Alltagsbewältigung, soziale Teilhabe, Identitätswahrnehmung und die Möglichkeit, sich später wieder aus dem Modell zu lösen. Gerade deshalb ist die tiefe Immersion nicht nur eine stärkere Form desselben Phänomens, sondern ein eigenständiger Typus von Hilfeverlauf, in dem sich das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, die therapeutische Beziehung und die Lebenspraxis besonders eng miteinander verschränken.

Insgesamt zeigt die vergleichende Betrachtung, dass die Grade der Immersion eine tragfähige Achse zur Differenzierung der rekonstruierten Verläufe darstellen. Sie machen sichtbar, dass sich das Erklärungsmodell nicht einheitlich auswirkt, sondern in unterschiedlichen Tiefen angeeignet, bezweifelt, gelebt und wieder verlassen wird. Zugleich verweisen die Unterschiede zwischen den Gruppen darauf, dass Immersion nicht allein aus der Plausibilität des Modells selbst resultiert, sondern aus seinem Zusammenspiel mit sozialer Einbindung, therapeutischem Vorgehen, Beziehungsgestaltung und professionellen Überzeugungen. Die Frage, wie es unter bestimmten Bedingungen zur Infragestellung des Modells und zur Ablösung aus Therapie kommt, wird im folgenden Abschnitt näher betrachtet.

9.4.8 Infragestellung, Revision und Ablösung

– [...] ohne meine Schwester wäre ich da wahrscheinlich nicht draußen (IV9, Z.1146-1147) –

Neben der Frage, wie sich das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in Therapie- und Beratungsverläufen etabliert und vertieft, ist für das Verständnis der rekonstruierten Fälle ebenso bedeutsam, unter welchen Bedingungen es zu seiner Infragestellung, zur Revision seiner Prämissen und schließlich zur Ablösung aus dem therapeutischen Zusammenhang kommt. Die vorliegenden Daten zeigen, dass solche Ablösungsprozesse nicht ausreichend verstanden werden, wenn sie als punktuelle Entscheidungen begriffen werden. Es handelt sich meist um mittelfristige, von Irritationen, Ambivalenzen und wiederholten Prüfbewegungen geprägte Prozesse. Dabei unterscheiden sich die Verläufe erheblich: In einigen Fällen wird das Erklärungsmodell früh zurückgewiesen, in anderen kommt es erst nach Jahren zu einer allmählichen Distanzierung. Gemeinsamer Bezugspunkt ist jedoch, dass die Selbstverständlichkeit des Modells brüchig wird und alternative Interpretationen wieder an Gewicht gewinnen oder – wie in den Fällen unmittelbaren Zurückweisens – von vornherein als bedeutsamer und passender für die eigene Biografie wahrgenommen wurden als das Interpretationsangebot des Erklärungsmodells.

Ein erster wichtiger Befund besteht darin, dass die Infragestellung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nur dort einsetzt, wo außertherapeutische Perspektiven (wieder) Bedeutung gewinnen. In mehreren Fällen spielen Gespräche mit Geschwistern, Freund*innen, langjährigen Ärzt*innen oder anderen Vertrauenspersonen eine wichtige Rolle. Solche Bezugspersonen fungieren als Gegenüber, mit denen biografische Erinnerungen, Einschätzungen der Kindheit oder die Plausibilität therapeutischer Interpretationen abgeglichen werden können. Gerade in Fällen ohne oder mit mittlerer Immersion tragen diese außertherapeutischen Kontakte dazu bei, dass das Erklärungsmodell nicht alternativlos bleibt. Die Möglichkeit, die eigene Geschichte in einem anderen sozialen Rahmen zu verhandeln, wirkt dabei als Gegengewicht zu jener Interpretationshoheit, die im therapeutischen Setting entstanden war. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es entscheidend für die Wirkmacht der alternativen Interpretationen von außen ist, wie die subjektive Einschätzung der Patient*innen gegenüber den Personen ausfällt, die diese mit ihnen besprechen. Es handelt sich um Vertrauens-Personen, im Wortsinn signifikante andere, deren Perspektive von den Patient*innen ein Wert zugeschrieben wird. Dieser Wert ist bei den Patient*innen, die das Erklärungsmodell von Anfang an ablehnen, direkt höher als jener, der der Interpretation des*der Therapeut*in zugeschrieben wird. Für Herrn C und Frau M werden die Einschätzungen der Geschwister und der Mutter als bedeutsamer und zutreffender bewertet als jener Vorschlag des*der Therapeut*in. In den Fällen mittlerer und tiefer Immersion konkurrieren die alternativen Deutungen der signifikanten

anderen ebenso mit jener der Therapeut*innen, hinzu kommt hier aber, dass der Status der Therapeut*innen im Leben der Patient*innen sich im Lauf der Behandlung verändert hat. Sie sind für die Patient*innen einerseits zu wichtigen Bezugspersonen geworden, darüber hinaus wird ihnen für die Behandlung relevantes Fachwissen und ein Expert*innenstatus zugeschrieben, während die Bedeutung anderer sozialer Kontakte im Verlauf der Behandlung abgenommen hat.

Frau J, direkt Betroffene: Also die Klinikleitung hat dann (.) meine große Schwester/ich durfte ja da gar nicht zu irgendjemandem Kontakt haben. Also man hat von Anfang an mir das Handy weggenommen. Ich durfte mit niemandem mehr telefonieren, außer wenn die Pflege dabei war. [...] ich durfte keinen Besuch haben, ich durfte nicht nach draußen. Einfach ich wurde von der ganzen Welt abgeschottet. [...] und (.) weil es juristisch so ist das, wenn man eine Fürsorgerische Unterbringung hat und in die Klinik gezwungen wird, dann (.) hat man das Recht auf eine Bezugsperson, die man selber aussucht. Und da habe ich damals meine Schwester (.) ausgewählt, weil sie da im Medizinstudium gerade fertig war und Zeit hatte (.) und (..) die Klinikleitung hat dann eigentlich sie zu einem Gespräch eingeladen und hat ihr [...] eigentlich die Situation erklärt. Eben dass ich Opfer rituellen Missbrauchs sei, dass ich verschiedene Anteile habe. [...] Und letztendlich ging es darum, dass man meiner Schwester dann aber ans Herz gelegt hat sie soll unbedingt mit mir (.) reden (.) und mir eigentlich ans Herz legen, dass ich unbedingt ins Ausland gehen soll (.) zu meinem Schutz (..) Und (..) das hat meine Schwester dann auch gemacht. Die war dann nach diesem Gespräch völlig verstört (.) obwohl sie ja als Ärztin eigentlich sehr/ sie ist eine sehr gefasste Person, aber die war da total durch den Wind, weil sie auch vorher noch nie von dieser Thematik gehört hat. Und obwohl sie ja wusste, (.) was bei mir in der Kindheit war, hat sie sich gleichzeitig halt auch gefragt. (...) Kann es sein, dass sie da so viel verpasst hat? Also das das da so viel mehr ist was sie nicht weiß? (.) Und wir haben danach irgendwie zwei drei Tage später ganz viel geredet und sie hat dann gesagt hey, du da das Gespräch, da stimmt irgendwie was nicht. Und so ab dem Moment eigentlich hat sie dann sehr viel sich involviert und hat eigentlich dann auch meine Rechte erst mal so (.) erkundigt und und hat sich für mich eingesetzt und hat MIR dann zum ersten Mal eigentlich jemand so richtig gesagt, was da eigentlich abgeht und dass das absolut nicht (.) die Wahrheit ist. (.) Und (..) ja, deswegen (.) kann ich eigentlich/ (.) ohne meine Schwester wäre ich da wahrscheinlich nicht draußen also (.) es war danach auch nicht durch also (.) ich musste dann vors Obergericht gehen erst mal diese (.) Behördensache anfechten, damit ich wieder nach Hause gehe und (.) die Fürsorgerische Unterbringung anfechten beim Gericht und also das (.) war endlos. (IV9, Z. 1116-1150)

Also für mich war es nicht wie das Thema alles gibt es nicht, sondern (..) diese Menschen die Klinik ist schlecht. [...] und am Anfang war ich zu Hause (.) und ich fiel zuerst in ein großes Loch, weil ich gemerkt habe die Frau Therapeutin C ist nicht mehr da. Also auch da war eigentlich nicht das Thema wieder (..) ich habe da noch gar nicht mich damit

auseinandergesetzt, dass es die Täter nicht gibt und so, sondern für mich war da wirklich ganz lange das große Problem, Frau Therapeutin C, wie bekomme ich Frau Therapeutin C zurück? Sie ist nicht mehr da. Ich kann nicht ohne sie. (IV9, Z. 3333-3339)

Hinzu kommen Irritationen, die sich aus realen Erfahrungen ergeben und den Prämissen des Modells widersprechen. In einzelnen Interviews werden konkrete Situationen geschildert, in denen die erwartete Gefährdung ausbleibt oder befürchtete Konsequenzen nicht eintreten, z. B. der Besuch einer Familienfeier und das Zusammentreffen mit einem vermeintlich gewaltausübenden Familienmitglied. Solche Erfahrungen können eine erhebliche destabilisierende Wirkung entfalten, weil sie nicht ohne Weiteres in die therapeutische Logik integriert werden können.

Damit verbunden ist häufig ein erstes vorsichtiges Wiederzulassen von Zweifel. Diese Zweifel erscheinen im Interview- und Dokumentenmaterial nicht als plötzliche Gegengewissheit, sondern zunächst als Risse in einer bislang überwiegend geschlossenen Interpretation. Gerade in Fällen tiefer Immersion ist bedeutsam, dass solche Irritationen oft erst dann wirksam werden, wenn sie durch weitere außertherapeutische Erfahrungen, Gespräche oder Distanz zur therapeutischen Beziehung gestützt werden. Ein besonderer Ermöglichungsfaktor für die Distanzierung scheint dabei in der therapeutischen Beziehung selbst zu liegen. Diese wird durchweg als ambivalent wahrgenommen – einerseits als schützend und geradezu überlebenswichtig, andererseits als verletzend und Druck ausübend.

Frau D, direkt Betroffene: Und ich hatte ja keinen Kontakt zu meinen Eltern [...]. Das wäre ja gefährlich gewesen [...] das hätte mich getriggert. [...] Und dann dachte ich, na ja, (.) ich will jetzt aber getriggert werden. Ich will, dass das hochkommt. Ich will daran arbeiten. Ich will weiterkommen. Und dann habe ich zum ersten Mal meiner Therapeutin vorgeschlagen. Ich will Kontakt zu meinen Eltern aufnehmen. Nee, kannst du nicht machen. [...]. Ich so, ich will aber. Ich muss ich muss was tun. (.) Und [...] ich hatte (.) Scheiß Angst davor, den Kontakt aufzunehmen, (.) weil ich dachte/ Also zum einen dachte ich, oh Gott, was passiert, an was werde ich mich erinnern? [...] Aber auch was, wenn die da so vernetzt sind? [...] Ich war voll paranoid und voll panisch [...] Und dann hatte ich (.) diesen ersten Kontakt mit meiner Mutter. (.) Und es lief eigentlich ganz gut [...] und da bin ich bis heute so froh, dass meine Eltern schlussendlich (.) so (..) großzügig waren. Also sie haben mir nichts vorgeworfen oder so. [...] Die waren froh, dass ich wieder da war. @1@ Dass es mich noch gibt. [...] Ja doch dann und dann war dann (.) etwas später Geburtstag, meiner kleinen Schwester [...] und da war dann so das erste Mal, dass ich (.) wusste, ich, ich treffe auf meinen Vater. (.) Jetzt jetzt wird es ernst. Jetzt jetzt geht es los. Und dann war das [...] so geplant, so dass er [Ehemann von Frau D] dabei ist und und das das das irgendwie/ keine Ahnung und dann ist er (.) Auto umparken gegangen? Ich weiß nicht was. Ich bin da gelaufen. Und dann kam mein Vater auf mich/ nur wir zwei. Und ich dann so, Scheiße, oh mein Gott, was mache ich hier? (.) Und dann ist einfach nichts passiert. (...) @1@Und dann habe ich das System gecrasht, weil dann habe ich

gemerkt okay, da ist was faul [...] Und von da an ging es eigentlich dann (.) immer besser. (IV4, Z. 255-296)

Aber da war ich schon so halb draußen aus dem Ganzen. [...] Ich/ genau das war so, ich komm nicht weiter mit eurem Modell, ich komm nicht weiter und ich will weiterkommen. Und dann war dann halt meine (.) völlig logische (.) Überlegung, ich trigger mich (.) und dann kommen die Erinnerungen, dann kann ich die verarbeiten und dann geht es endlich weiter. [...] Ich finde das völlig logisch. Ich weiß nicht, warum nicht alle irgendwann an diesen Punkt kommen, die in diesem System stecken [...] und von da aus ging es dann (...) durch durch dass ich dann wieder Kontakt zu meiner Familie (.) hatte, (...) hat sich zum einen natürlich mein mein soziales Netz verdoppelt oder verdreifacht. Einfach nur, dass ich wieder andere Leute im System hatte (..) und (...) und das hat dann irgendwann auch dazu geführt, dass ich immer weniger Angst hatte vor der Welt draußen. (IV4, Z. 1109-1121)

Neben den Bezugspersonen liegt ein weiterer wichtiger Faktor der Infragestellung – der ebenfalls nicht der innertherapeutischen Dynamik entspringt, sondern von außen eindringt – in der Konfrontation mit kritischen Informationen über das Narrativ »Rituelle Gewalt« und entsprechende Behandlungspraktiken. In mehreren Interviews wird berichtet, dass Medienberichte und eine daran anschließende Auseinandersetzung mit fachlicher Kritik eine wichtige Rolle für die Revision des Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation spielten. Solche Impulse wirken jedoch nicht isoliert. Sie werden vor allem dann relevant, wenn bereits ein gewisses Maß an Zweifel vorhanden ist oder wenn die therapeutische Beziehung an Bindungskraft verliert. IV6 mit Frau G und IV15 mit Frau P sind für eine Analyse der Revision insofern besonders interessant, als dass hier die Behandlungen durch die Therapeutin bzw. die Schließung der Beratungsstelle beendet werden, bevor bei Frau G und Frau P selbst eine Revision begonnen hätte. Sie bewegen sich also zum Zeitpunkt des therapeutischen und beraterischen Bruchs noch selbstverständlich innerhalb des Erklärungsmodells, erfahren aber durch das abrupte Ende der Behandlung/Beratung eine starke Irritation, die zu Suchbewegungen führt, welche sie schließlich zu kritischer Berichterstattung zum Narrativ »Rituelle Gewalt« führt. Die Auseinandersetzung mit der Berichterstattung ist es schließlich, die die Revision des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bewirkt.

Frau G, direkt Betroffene: Ich habe keinerlei Ventil und ich habe das Gefühl, ich platze (..) und und ich habe dann (.) oftmals gesagt, ich weiß gerade nicht, ob ich das mit Ihnen in meinem Kopf besprochen habe oder effektiv besprochen habe. (4) Also quasi so introjektmäßig. Und dann hat sie dann gesagt, [...] ich sollte doch das Introjekt fragen, wie ihre Schuhsohlen, welche Farben die hätten. (.) Und irgendwann und für was die Sohleneinlage, das wären Spezialsohlen. Für was die denn wären. Und zu einem späteren Zeitpunkt (..) hat sie mich das gefragt und (.) es war viel dieses, ich habe oft blockiert, weil ich nicht wusste (.) was soll ich jetzt? Und dann hat sie gesagt, was würden Sie antworten,

wenn Sie müssten? (.) Oder was kommt Ihnen gerade in den Sinn? Was geht Ihnen durch den Kopf? (..) Und dann [...] habe ich dann spontan gesagt, ja, (.) ich ich soll doch mal in mich reinhorchen wegen den Sohlen noch mal und da habe ich gesagt, ja, apfelgrün und (..) gegen diese (.) den den Halux. (..) Und ich habe volle Kanne ins Schwarze getroffen, (.) einfach weil ich geraten habe (..) und sie und sie dachte eben, das könnte ich nur wissen, indem ich mir ihre Schuhe genau angucke oder den Schuhmacher anfrage oder irgendwie sowas. (.) Und (.) sie sagte dann bei der letzten Sitzung, ja, das wäre also eine bewusste List gewesen. Sie hätte also schon Vermutungen gehabt und hat mir eine Falle gestellt. (.) Und dadurch, dass ich ja Insiderwissen habe. (..) Selbst wenn ich es mir nicht selber (.) beschafft habe, haben es andere gemacht und haben mich dann bei einer der diversen (.) Nachprogrammierungen. (4) Bin ich quasi mit den Informationen gefüttert worden. (..) Und es war ja, es war ja das Thema, dass ich nach wie vor aktiv bin, dass ich regelmäßig geholt werde, dass ich nachprogrammiert werde, (.) dass Täterkontakt besteht, dass Zwangsprostitution besteht. (...) Und. (...) Ja, (..) aber erstaunlicherweise, sie hat mich ja auf die auf die Dokumentation vom [...] Schweizer Fernsehen überhaupt darauf gelüpft. Das habe ich ja gar nicht mitgeschnitten gehabt. [...] Und dann habe ich mir das angeguckt und da war das, da war die Dokumentation aber schon online und das online gehen von dem zweiten und dritten Teil habe ich dann aber mitbekommen. (...) Genau. Aber ohne ohne sie wäre ich da gar nicht draufgekommen. Und ich glaube, ich hätte mich auch, (.) wenn sie mich nicht vor vollendete Tatsachen gestellt hätte, wäre ich, denke ich, immer noch bei ihr in Therapie. (IV6, Z. 1307-1337)

Und (.) im Bericht steht dann nur, sie hätte über mehrere Wochen, bevor es zum Ende gekommen ist, immer wieder gefragt, (.) dass ich Namen nennen kann, (.) dass ich die (Gesichter?) besser beschreibe. (..) Dass ich Orte benenne, dass ich (.) Prozesse innerhalb der schwarzen Elite preisgebe, also Insiderwissen einfach rausgebe. Beschreibe, wie die Folterungen laufen, was das Ziel ist, wie gefoltert wird. (6) Und sie sagte dann, ich habe ihr nichts gegeben, was sie hören wollte. (..) Und (.) das wäre quasi, wenn ich [...] bei der letzten Sitzung irgendwas gegeben hätte, (.) irgendwas für sie Handfestes, (.) hätte sie die Therapie weitergeführt. Aber auf die Art und Weise dann eben nicht. (...) Und. (..) Ich ich ich war von dem plötzlichen Ende völlig überrumpelt und überfordert, weil ich damit wirklich nicht gerechnet hatte (.) und war dann auch (.) am (.) Weinen und habe immer wieder beteuert, dass dass ich nichts getan habe und gebettelt, sie möge mir doch glauben und aber dann immer wieder kam, nein, sie weiß, was Sache ist. Sie weiß, ich habe es getan. [...] Es war einfach klar, ich habe es getan, egal was ich sage. (.) Und selbst wenn ich mich nicht daran erinnert hätte, (..) wäre es auf jeden Fall jemand anderes aus meinem System gewesen. (...) Und so ist es dann eigentlich. (.) Sie hat dann nur gesagt eben, (.) das steht auch im Bericht, Alternativ zur Opferberatungsstelle A. (.) Ich [...] sollte aber nicht denken, ich könnte dort lügen. Sie hätte die Leute bereits vorinformiert. (6) Und (.) dann war die Sitzung fertig und ich bin gegangen. (IV6, Z. 2344-2364)

Frau P, direkt Betroffene: [...] das ist so entstanden [...] dass ich (.) von Fachperson G eine Nachricht bekam, eine WhatsApp [...] wo sie mir mitteilte, (.) dass sie krank sei und unseren Termin absagen müsste. [...] Dann habe ich im Videotext gelesen, dass die Beratungsstelle geschlossen wurde (..) und dann habe ich Fachperson G angeschrieben. (.) Die Antwort war, tja, so schnell kann es gehen. (..) Also das war vorher immer schon Thema, dass das Ganze auf der Kippe steht, weil der Geldgeber (.) irgendwie die Finanzierung streichen wolle und sie da völlig abgenervt war. (.) Und ja, (.) und dann schrieb sie noch, (.) sie würde öffentlich auf dem Scheiterhaufen verbrannt, (.) ob ich Interesse an dem Zeitschrift X-Artikel hätte oder so, sinngemäß, ne. (.) Und dann habe ich zurückgeschrieben, ja, (.) hat sie mir das geschickt (.) und auch noch einen Artikel über rituelle Gewalt Schließung (..) und. (4) Ja, dann war (...) nichts mehr. (.) Sprich, (..) habe ich nichts mehr von ihr gehört. (IV15, Z. 1073-1087)

Die Ablösungsprozesse stehen häufig in enger Verbindung mit Krisen, Eskalationen oder Brüchen im therapeutischen Verlauf. In einigen Interviews wird die Beziehung zu den Therapeut*innen als so konflikthaft, druckvoll oder entwertend beschrieben, dass die therapeutische Bindung selbst erschüttert wird. In anderen Interviews wird geschildert, dass durch Klinikaufenthalte, Unterbrechungen der Behandlung oder Kontakte zu anderen Fachpersonen, die sich außerhalb des affirmativen Expertenkreises befinden, neue Vergleichsmöglichkeiten entstehen. Gerade solche Brüche können dazu beitragen, die bislang selbstverständliche therapeutische Wirklichkeit zu relativieren. Die Ablösung erfolgt dann nicht primär aufgrund einer Art theoretischer Neubewertung des Erklärungsmodells, sondern aus der Erfahrung, dass andere professionelle Umgangsweisen einen Kontrast zur bisherigen Behandlung bilden.

Frau A, direkt Betroffene: Februar März 22 hatte er sein Timeout (.) und da wollte er mich mit einem Psychiater gerade als Überbrückung von ihm/ einer der [mit] mir umgehen kann (.) und da habe ich dann gesagt nein stopp jetzt (.) nehme ich selber einen und da bin ich nicht zu einem Traumatherapeuten. Ich wollte nichts mehr so (.) und ging zu einem Burnoutspezialisten und diese zwei Monate und dann (..) bin ich zurück, obwohl meine Kinder das nicht wollten, bin ich zurück (.) und musste halt wirklich ich bin dann ich habe das Gespräch aufgenommen ich habe dann gesagt Therapeut A, es gibt keinen Körperkontakt mehr, es gibt kein per du mehr (.) genau. Ich sitz auf dem Stuhl, du auf dem und nicht mehr auf dem Sofa. (...) [...] Und ich sperre dich auf WhatsApp. [...] Keinen Kontakt mehr neben den Sitzungen. Und wenn etwas ist per Mail. (...) Ja. (.) Drei, vier Punkte so habe ich ihm gesagt und so habe ich ich ich konnte ihn nicht loslassen. Und ich wusste aber, dass mir das andere schadet. Und ich wollte dann mir selber Grenzen setzen [...] Und dann hat er gesagt, ah das ist dann schön, ah das ist ein Therapiefortschritt. (.) Und dann habe ich zuerst noch gedacht, ah super ja Therapiefortschritt und im Nachhinein habe ich dann gedacht äh also warum warum warum muss ich in der Therapie in/ als Therapiefortschritt Grenzen setzen? Sollten die nicht einfach von Anfang an sein? [...] Ja genau und dann bin ich eben im August dann bin ich eine

> Zeit lang beider Orten gegangen [...] Weder Herr Therapeut B noch Herr Therapeut A wusste, dass ich beiden Orten geh (.) Ah Herrn Therapeut B habe ich es dann aber mal gesagt und habe gesagt Herr Therapeut B ich kann Therapeut A noch nicht loslassen, ich gehe noch einmal die/ ich bin dann einmal die Woche zu Therapeut A und einmal die Woche zu Herrn Therapeut B oder? [...] ich wusste es wird ein Schreiben kommen von der Krankenkasse warum geht die zwei Orten in Therapie? [...] Und dann (.) ja genau dann habe ich da (4) mich entscheiden müssen. (...) Und das war schwer. (.) Und dann habe ich meinen Vater (.) angerufen und den frag ich sonst nicht um Rat. [...] Und dann habe ich doch gewusst jetzt brauche ich aber doch jemand der bodenständig ist und nicht irgendwo abgehoben und so. Und da war er irgendwie der Richtige. Und dann habe ich ihn angerufen und habe gesagt was soll ich machen? Die Kinder wollen nicht, dass ich zurückgehe. Ich kann ihn nicht loslassen. Er ist der Trauma-Experte (.) für solche wie mich. Was soll ich tun? Und dann hat mein Vater gesagt ja, jetzt bist du (.) drei, vier Jahre bei diesem Therapeut A und es geht dir nicht besser (.) eher schlechter (..) eine Zweitmeinung darf man auch sonst einholen bei einem Arzt. (..) Mach doch diesen Wechsel und wenn er wirklich professionell ist, dann nimmt er dich zurück, wenn du wieder zurück möchtest. (.) Dann ist diese Tür nicht zu und ich wusste aber irge/ oder das war wirklich noch so das Thema gerade groß in den Medien die mangelnden Therapieplätze und so und der Experte, wenn ich den lasse oder also kann ich nicht zurück. [...] Aber ja, und dann habe ich gedacht ja (.) ich mach's einfach ja ich probier's. [...] Ja und dann habe ich (.) das nicht zu Stande gebracht, ich musste wirklich jemand mitnehmen. (.) Ich habe dann eine Frau mitgenommen, die mich, die ich da jetzt auch aufgeschrieben habe auf dem Blatt, mit der Unterschrift [...] und die mich dann begleitet [...] und dann habe ich ihm das mit ihrer Unterstützung konnte ich das dann sagen (.) dass ich äh/ nicht mehr möchte und dass ich wechsle und (.) ja und er hat dann auch die Übergabe nicht/ er hat dann gesagt immer noch geschrieben eben (.) die Tür sei immer offen ich dürfe jederzeit/ er finde es schade dass ich gehe und (.) ich dürfe jederzeit zurückkommen (.) ich sei eine interessante Patientin (IV1, Z. 1639-1696)
>
> Und eben dann im Monat X seine Pause [...] Und da diese Erfahrung oder mit dem Therapeuten, der dann anders gearbeitet hat (.) das da war es mir dann klar, das was ich nicht verstanden habe, konnte ich dann einordnen. Und das hat mir dann geholfen [...] zu verstehen, dass ich eigentlich/ dass das etwas Imaginäres ist, dass ich mir vorgestellt habe. Das hilft mir heute, (.) mich zu lösen von diesen Anteilen, von diesen Persönlichkeitsanteilen (.) ist/ ich ordne es für mich heute ein [...] als etwas Imaginäres. (IV1, Z. 3748-3756)

Die Revision des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation vollzieht sich dabei nicht notwendig vollständig oder gleichzeitig auf allen Ebenen. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich, dass einzelne Bestandteile des Modells früher infrage gestellt werden als andere. So kann etwa die Annahme »ritueller Gewalt« zurückgewiesen werden, während die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung zunächst

oder auch dauerhaft bestehen bleibt. In anderen Fällen wird das gesamte Modell nach und nach als unzutreffend für die eigene Biografie bewertet. Die Ablösung ist daher nicht als einheitlicher Umschlag von Glaube zu Nichtglaube zu verstehen, sondern als gestufter Prozess der Neuordnung, in dem unterschiedliche Elemente der bisherigen Selbst- und Weltdeutung neu bewertet werden. Er markiert neben dem Beginn der Indexbehandlung und der damit verbundenen Immersion in das Erklärungsmodell ebenso einen Wendepunkt in der Biografie der Patient*innen, der mit wesentlichen Umbrüchen verbunden ist (vgl. 10.4). Die Erfahrung tiefer Immersion von Frau N verdeutlicht, wie erschütternd die Ablösung erlebt werden und wie sehr sie ein Ringen sein kann. Frau N bewegte sich über 20 Jahre im Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, das in parallel laufender Beratung und Therapie entwickelt und stabilisiert wurde. Über Medienberichte und die Auseinandersetzung mit dem Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« und Berichte von Behandlungsfehlern, setzt bei ihr eine Irritation und ein Hinterfragen ein. Anders als bei anderen Interviewpartner*innen, bei denen sich nach einer gewissen Zeit und in Begleitung von Vertrauenspersonen eine neue Deutung als stimmig für die Patient*innen erweist, beschreibt Frau N ihre mühevolle Suche nach Orientierung im polarisierten Feld und nach einer Vertrauensperson, die bereit ist, sich ihre Lebensgeschichte tatsächlich nuanciert anzusehen und nicht vorschnell dem einen oder anderen Pol zuzuordnen.

> **Frau N, direkt Betroffene:** Und habe dann auch ein paar Monate später (..) Frau Nachname R [...] ich glaube wir hatten uns in dem Januar [...] nicht komplett verabschiedet. Sie hat gesagt, ich habe da jetzt so viel Stress, ich muss das erstmal regeln. Es ist nicht klar, ob es die Beratungsstelle hier wie/ ich melde mich dann nochmal. Und so war es genau, weil ich da auch nicht stark genug war, endgültig zu s/ (.) weil dieses (.) WISSEN, dieses Wissen (.) dass es komplexe (.) Gewalt gibt (..) und komplexe Folgen, weil ich immer die Idee hatte, irgendwas scheint bei mir komplexer zu sein (.) irgendwie. (.) Aber ich weiß nicht was. Und das hat mich immer wieder rangezogen. (.) Und dieses, ihr und auch ihr Lieben, das war verlockend und zugleich auch abstoßend, weil ich dachte Sie (.) klopfen hier meine quälende Dissoziation fest. [...] Genau und Frau Nachname R/ dann kam die Zeitschrift X-Reportage, und da habe ich wirklich auf dem Fußboden gelegen in meiner Wohnung und geweint. (..) Und (.) aber auch da schon wieder die Hoffnung aufgebaut, vielleicht war ALLES eingeredet und ich habe überhaupt GAR nichts erlebt. Ich bin nur irgendwie @ein bisschen gestrauchelt im Leben das muss@ (.) ich, so orientierungslos, so (.) suchend, so (.) erschüttert. [...] und ich habe dann genau mit Frau Fachperson V einige Male gesprochen. Das hat nicht funktioniert, weil da ging genau das Gegenteil. (.) Nee, DIS gibt es nicht. Ich habe auch da, Hilfe versucht zu holen und gesagt, ich glaube, mit mir stimmt wirklich was nicht. Was mache ich denn jetzt? (...) Genau dasselbe bei Herrn Pfarrer A. (IV13, Z. 2400-2423)

Das Interview- und Dokumentenmaterial macht deutlich, dass Ablösung nicht mit unmittelbarer Entlastung gleichzusetzen ist. Vielmehr geht sie häufig mit erheblicher

Verunsicherung einher. Patient*innen verlieren mit dem Erklärungsmodell nicht nur eine Interpretation ihrer Symptome und ihrer Lebensgeschichte, sondern immer auch eine haltgebende Gewissheit sowie oftmals auch eine ganze Weltsicht, ein Zugehörigkeitsgefühl und eine zentrale Beziehung. In Fällen tiefer Immersion ist diese Erfahrung besonders einschneidend. Die Ablösung bedeutet hier nicht nur Distanzierung von einer therapeutischen Interpretation, sondern auch den Verlust einer lange handlungsleitenden Ordnung. Entsprechend berichten Patient*innen von Orientierungslosigkeit, Alleinsein, fortbestehender Angst und Schwierigkeiten, neue professionelle Hilfe zu finden (vgl. 9.6). Im Interview- und Dokumentenmaterial wird ebenfalls sehr deutlich, dass bei tiefer Immersion das Beenden der Beziehung zum*zur Therapeut*in als besonders schwierig, verunsichernd und angstauslösend erlebt wird und zentraler Faktor ist, weshalb die Patient*innen sich nicht früher aus Modell und Behandlung lösen. Der Prozess der Ablösung ist damit kein rein kognitiver Revisionsakt, sondern ein biografisch und sozial folgenreicher Prozess, der den Umgang mit Verlust und Verunsicherung notwendig macht und eine erneute Hilfebedürftigkeit mit sich bringt.

Insgesamt legen die analysierten Erfahrungen nahe, dass Infragestellung, Revision und Ablösung dort möglich werden, wo die Geschlossenheit des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation aufgebrochen wird: durch andere Beziehungen, durch widersprechende Erfahrungen, durch kritische Informationen oder durch Brüche im therapeutischen Verlauf selbst. Gerade daran wird deutlich, wie stark die Wirksamkeit des Modells von sozialem und relationalem Kontext sowie dem Zugang zu kritischen Informationen abhängig ist. Signifikante andere nehmen eine entscheidende Rolle ein, sie bringen alternative Deutungen ein, verhandeln diese in Bezug auf die Biografie mit den Patient*innen, unterstützen und begleiten diese schließlich im Ablöseprozess und im Umgang mit der neuen Selbst- und Weltsicht. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass Infragestellung und Ablösung in keinem der ausgewerteten Fälle durch ein kritisches Hinterfragen der Therapie und seiner Annahmen durch die Therapeut*innen und eine Veränderung ihrer auf das Erklärungsmodell ausgerichteten Haltung erfolgte, sondern ausnahmslos von den Patient*innen vollzogen wurde.

9.5 Das Erklärungsmodell im Kontext des polarisierten Diskurses um das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Die Rekonstruktion der Therapie- und Beratungsverläufe zeigt, dass das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht nur in Therapie- und Beratungsprozessen Anwendung findet, sondern zugleich in einen breiteren, hoch polarisierten Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« eingebettet ist. Dieser Diskurs stellt Deu-

tungsangebote, Begriffe, Fallgeschichten, Feindbilder und Legitimationsmuster bereit, die in den rekonstruierten Fällen aufgegriffen, verdichtet und handlungsleitend werden können (eingebracht unter anderem durch einen fragwürdigen Einsatz von Büchern im therapeutischen Setting). Das Erklärungsmodell ist folglich keine individuelle Konstruktion, sondern eine Art kollektives Deutungsgefüge, das im Zusammenspiel mit therapeutischer Wissensproduktion, professionellen Netzwerken und gesellschaftlicher Auseinandersetzung in den analysierten individuellen Erfahrungen Plausibilität und Wirkmacht gewinnen kann. Das in Kapitel 2 rekonstruierte Narrativ »Rituelle Gewalt« dient als Kontextfolie: Es beschreibt einen moralisch stark aufgeladenen Deutungsrahmen, der subjektive Erfahrungen, therapeutische und institutionelle Positionierungen miteinander verbindet.

Für den Ergebnisteil ist dabei entscheidend, dass der Diskurs nicht als bloßer Hintergrund zu verstehen ist. Vielmehr zeigt das Interview- und Dokumentenmaterial, dass sich die therapeutischen und beraterischen Verläufe in ihrer Dynamik, ihrer Sprache und ihren Grenzziehungen nur dann angemessen verstehen lassen, wenn diskursive Anleihen und Überformung individueller Erfahrung mitberücksichtigt wird. Die im Folgenden beschriebenen Phänomene – gemeinsame Besonderung, Fachkreisbildung, Immunisierung gegen Kritik, die Bezugnahme auf angenommene geheime Täternetzwerke sowie die gemeinsame Haltung gegenüber Kritiker*innen – verweisen darauf, dass das Erklärungsmodell in ein diskursives Umfeld eingebettet ist, das trotz der inhärenten Polarisierung seine Stabilisierung begünstigt und seine innere Logik zu verstärken vermag.

9.5.1 Gemeinsame »Besonderung« von Betroffenen und Therapeut*innen

> – Ich fand es eher ein bisschen geil, (..) dass das Umfeld mich für so wichtig hielt (IV5, Z. 739-740) –

Ein erster zentraler Befund betrifft die gemeinsame »Besonderung« von Betroffenen und Therapeut*innen. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich wiederholt, dass Patient*innen, die als Betroffene »ritueller Gewalt« und als Personen mit Dissoziativer Identitätsstörung verstanden werden, einen besonderen Status erhalten. Sie erscheinen nicht lediglich als schwer belastete Patient*innen unter anderen, sondern als Personen, die einem besonders extremen, schwer verständlichen und von anderen kaum erfassbaren Gewaltzusammenhang ausgesetzt seien. Diese Zuschreibung geht mit einer Aufladung ihrer Biografie, ihrer Symptomatik und ihres Hilfebedarfs einher. Ihre Belastungen werden nicht nur als schwer, sondern als außergewöhnlich und in besonderer Weise erklärungsbedürftig gerahmt. Darin liegt eine Form der Besonderung, die Leid anerkennt, zugleich aber auch eine spezifische Stellung innerhalb des

therapeutischen und diskursiven Feldes erzeugt. Die Polarisierung der Auseinandersetzung um das Narrativ »Rituelle Gewalt« kann hier dazu beitragen, den besonderen Betroffenenstatus zu unterstreichen. Nicht nur die besonders schweren Formen und lang anhaltende Dauer der Gewalt, sondern gerade das gesellschaftliche Hinterfragen der Existenz »ritueller Gewalt« begründe, dass jene Betroffene besonderer Berücksichtigung und Unterstützung bedürften.

Parallel dazu erfahren auch Therapeut*innen eine Form der Besonderung. Wer mit dieser Patient*innengruppe arbeitet, erscheint im Interview- und Dokumentenmaterial vielfach als Person mit exklusivem Wissen, besonderer Hingabebereitschaft und einer Aufgabe, die andere nicht leisten könnten oder nicht leisten wollten. Die Arbeit mit den Patient*innen wird als sehr anspruchsvoll, belastend und zugleich als Ausdruck besonderer Kompetenz gerahmt. In dieser Konstellation werden Therapeut*innen nicht nur zu professionellen Helfer*innen, sondern zu Eingeweihten, Retter*innen und außergewöhnlich engagierten Fachpersonen. Diese wechselseitige Besonderung rahmt und stabilisiert die Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen zusätzlich: Die einen erscheinen als besonders hilflose und bedrohte Betroffene, die anderen als besonders fähige und unverzichtbare Helfer*innen. Dadurch gewinnt das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht nur inhaltlich, sondern auch relational an Plausibilität.

Frau F, Fachperson: Ich würde heute sagen, den Großteil der Patientinnen kriegt man NICHT besser. [...] Und das ist das, was man ja auch sieht. Teil von Satanic Panic ist ja, sobald die in diesen Therapien sind, werden die schlechter oder sie werden zumindest nicht BESSER. (..) Ich glaube sie werden per se sowieso nicht besser und Satanic Panic, (.) um da diesen Überbegriff zu nennen (..) bindet sie natürlich TOTAL an die Therapeuten und dann werden sie schlechter, weil sie werden natürlich NOCH abhängiger. Und das ist für die Therapeuten (.) natürlich schon was besonders Wichtiges, also man ist ja der EINZIGE, der sie aushält, der es kann, der es verstanden hat. Und dann gibt es da ja so ein Netz drum herum, [...] so ist das ein kleiner Kreis, der die Patienten noch retten kann. [...] Das heißt, diese KRASSE Abhängigkeit von mir als Person gab es natürlich ein Stück weit auch, wobei natürlich alle Patienten abhängig sind, (.) aber sie waren es natürlich mehr, weil es war schon die Polizei ruft an [...] also der Punkt war da und da fühlt man sich dann natürlich auch ein bisschen wichtig. (.) Kann ich ja gar nicht schönreden, weil man ist die Einzige, die es machen kann. (.) So, aber ich hatte mich gar nicht so wichtig gefühlt (.) bei dem Patienten. (.) Ich fand es eher ein bisschen geil, (..) dass das Umfeld mich für so wichtig hielt, auch wenn sie mich für bescheuert hielten, dass ich die komischen Patienten behandele. Aber sie waren auch alle froh, dass ich da war. (.) Also das war für meinen Narzissmus sehr nahrhaft, dass ich von außen genährt wurde. (IV5, Z. 711-742)

Frau R, Fachperson: Irgendwo (.) sind sie [Patientinnen mit »ritueller Gewalt«] schon unterschiedlich, aber haben schon Gemeinsamkeiten. [...] ich weiß nicht, das habe ich mich auch immer wieder gefragt, (.) inwieweit das auch was mit uns Therapeuten zu tun hat. Also dass wir natürlich auch besondere Geschichten gerne aufgreifen und (.) dann (..) mit diesem Hilfsaspekt, dem oder derjenigen müssen wir helfen, ob das nicht auch was Therapeutisches hat? Also weil (.) es sind ja Patienten, die (...) relativ intelligent [...] einem Bruchstücke hingeworfen haben (.) mit einem gleichzeitigen Element von Hilflosigkeit, (.) die so sämtliche (.) Charaktereigenschaften, die ein Therapeut hat, aktiviert haben @1@ (.) und das dann noch mit nem/ wenn man noch ein bisschen Sympathie dabei hatte, [...] dann ist man schnell an der Geschichte festgehangen. (.) Und das können sie besser als andere Patienten. Also ich habe auch andere Patienten, die ich mag, aber ich finde tatsächlich, dass können oder konnten alle ... sehr gut, muss man sagen. (.) Und dann auch einen herausfordern durch deren extreme Hilflosigkeit, dass der Therapeut mehr, mehr, mehr machen muss, damit dann doch wirklich auch Hilfe reinkommt. Also das hat dann so Nachzugseffekt. (..) Je hilfloser der Klient ist und [...] je weniger er tut, um selbst in seinem Leben stehen zu bleiben, umso mehr muss der Therapeut tun. Und wenn man das, das meine ich mit Nähe Distanz, wenn man das nicht in eine vernünftige Waage reinkommt, ist man, glaube ich, ganz schnell an der Position, dass wenn ich das jetzt nicht tue, dann bringt sich der andere um oder dann passiert irgendwas Schreckliches oder dann wird er wieder vergewaltigt oder dann, was ja eigentlich gar nicht die Rolle des Therapeuten ist. (.) Der Therapeut [...] soll ja was Neutrales sein im Sinne von wo man Sachen reflektieren kann, wo man hilfreiche Hinweise kriegen kann, (.) aber der nicht die Rundumversorgung einer Mama oder eines beschützenden Wesens (.) darstellen sollte. (IV17, Z. 633-656)

Frau L, Fachperson: Und ich habe immer versucht, auch in Fortbildungen und und Supervision niemals Details zu benennen, (.) wenn ich nicht unbedingt gefragt wurde. Und auch in Fortbildungsgruppen. Wenn jemand das so alles genau wissen will, dann frage ich auch noch mal die anderen und ansonsten muss jemand mich in der Pause dann fragen, (.) weil der Schock ist einfach da und das weiß ich aus der Erfahrung. (.) Und ich habe mich mit der Zeit gewöhnen. Das ist erstaunlich, wie man habituieren kann (.) und (..) aber das alles, wenn ich vorher gewusst hätte, weiß ich nicht, ob ich es nochmal machen würde. (.) Wahrscheinlich komme ich aus meiner Haut nicht raus und würde es auch wieder tun. Und mit solchen Kollegen und Kolleginnen habe ich ja auch immer zu tun. Ich frage die das aber am Anfang von Fortbildung auch immer, ob sie sich sicher sind und wenn sie das doch lieber unterbrechen wollen und ist nachher auch nicht machen möchten. Keine Frage, das ist so schwer, das muss man wirklich sich gut überlegen. [...] Na ja, und mit der Zeit lernt man auch. Also ich habe das zumindest gelernt. Ich kenne auch andere, die das inzwischen so erleben, dass man das innerlich ausbalancieren kann, (.) also dass man emotional beteiligt sein kann, aber so viel Distanz dazu hat. Vor allen Dingen, wenn man so viel schon weiß, was die, was die erleben. (IV11, Z. 346-362)

Die diskursive Kontextfolie macht verständlich, weshalb diese Besonderung so wirksam werden kann. Im Narrativ »Rituelle Gewalt« wird die Annahme extremer, geheimer und schwer beweisbarer Gewalt mit moralischer Dringlichkeit und therapeutischer Plausibilität verbunden. Gerade diese Kombination verleiht sowohl den Betroffenen als auch den Behandelnden eine besondere Stellung. Das Interview- und Dokumentenmaterial legt nahe, dass diese Besonderung nicht nur ein Effekt des individuellen Hilfeverlaufs ist, sondern ein im Diskurs bereits angelegtes Muster, das in der individuellen Behandlung aktualisiert und zugespitzt wird.

9.5.2 Der Kreis von Expert*innen: Vernetzung, Fachjargon und Verweisungszusammenhänge

> – Und dann [...] war [...] auch klar, dass ich eine andere ambulante Therapeutin brauche. Es gibt nur die, die auch mit dem arbeiten. Was, sonst macht das ja überhaupt keinen Sinn. (.) Da könnte mir ja sonst jemand einreden, dass das alles nicht stimmt. @1@ (IV4, Z. 189-192) –

Ein weiterer Befund betrifft die Existenz eines professionellen Zusammenhangs, der im Interview- und Dokumentenmaterial als eine Art Kreis von Expert*innen rekonstruierbar wird. Gemeint ist damit kein formal klar begrenztes Netzwerk, sondern ein Gefüge aus Therapeut*innen, Berater*innen, Supervisor*innen, Fortbildner*innen und spezialisierten Einrichtungen, die durch Verweisungszusammenhänge, Supervision und kollegiale Beratung sowie gemeinsame Begriffe und ähnliche Grundannahmen miteinander verbunden sind. In mehreren Fällen zeigt sich, dass Patient*innen gezielt an solche Fachpersonen weiterverwiesen werden, weil eine Behandlung »nur« bei jemandem sinnvoll erscheine, der oder die »damit arbeitet« – gemeint sind das Narrativ »Rituelle Gewalt« und das sich daraus für die Praxis ergebende Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation. Das deutet auf einen Zusammenhang hin, in dem die Geltung des Erklärungsmodells nicht erst für eine*n individuelle*n Patient*in ausgehandelt, sondern bereits vorausgesetzt wird.

> **Frau N, direkt Betroffene:** Auf jeden Fall ging das dann auseinander und die Beratungsstelle hat mich zur nächsten (.) Therapeutin Dr. Fachperson II die hat Ausbildung gemacht bei (.) Frau Fachperson Y (IV13, Z. 1660-1662)

> **Frau J, direkt Betroffene:** Also (.) ich war auch bei Beratungsstelle H, (.) bei Frau, Frau Fachperson C in der Ausstiegsberatung, wo es darum ging, (.) wie komme ich von diesen Tätern weg, was kann ich machen? (.) Eben, Herr Fachperson A war so ein Teil (..) und die Kliniken. (IV9, Z. 386-389)

Zur Stabilisierung dieses Fachzusammenhangs trägt ein spezifischer Fachjargon[49] bei. Im Interview- und Dokumentenmaterial und im Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« wird deutlich, dass Begriffe wie »System«, »ANP« bzw. »EP«[50], »Programmierung«, »Täterkontakt« oder »täterloyale Anteile« nicht bloß Beschreibungen sind, sondern Teil eines gemeinsamen Deutungsrepertoires. Dieser Jargon verdichtet das Erklärungsmodell, macht es professionsintern anschlussfähig und erzeugt zugleich eine Differenz zu Nicht-Gruppenzugehörigen. Wer diese Begriffe teilt und versteht, gehört zum Kreis derjenigen, die einen Fall »richtig« einordnen können und wird durch diese sprachlichen Marker als solche Person erkannt. Wer sie infrage stellt oder nicht übernimmt, erscheint entweder als fachlich unzureichend informiert oder gar »täterloyal«. Die Verwendung dieses spezifischen Fachjargons trifft nicht nur auf den Kreis der Fachpersonen, sondern auch auf die Betroffenen zu, die die Begrifflichkeiten auch in den geführten Interviews weiterhin relativ selbstverständlich genutzt haben.

Die im Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« beschriebene therapeutische Wissensproduktion und selektive Wissenszirkulation liefern den Kontext zur Abgrenzung durch einen exklusiven Fachjargon: Bestimmte Begriffe, Fallgeschichten und Erklärungsmuster werden in spezialisierten Fach-Communities zirkuliert, verdichtet und miteinander verstärkt. Gegenläufige Befunde werden seltener rezipiert oder direkt als unwissenschaftlich, naiv bzw. den Tätern nahe stehend abgewertet.

Frau L, Fachperson: Und erst wurde der Workshop abgesetzt und das hat dann Person U übernommen. Weil wir verstehen uns eigentlich sehr gut, schon länger und er ist ja in seiner (.) Klinik da in der Nähe von Stadt J. Ist ja auch sehr fortschrittlich. Die arbeiten super gut mit traumatisierten Menschen, das ist nicht so standardisiert und so liebevoll [...] Und wir verstehen uns grundsätzlich als vom therapeutischen Verständnis auch sehr gut. Und ich habe dann gedacht, na ja gut, ich finde das jetzt nicht toll, aber finde auch nicht, dass man so feige sein sollte. Also feige, feige darf man nicht sein, wenn man mit diesem Thema sich beschäftigt und fand es feige (.) persönlich und habe dann (.) irgendwie gesagt, aber eigentlich muss man doch jetzt klare Kante zeigen und muss sagen, wie man sich da positioniert. [...] und wir hatten immer uns noch auf das Symposium vorbereitet, drei andere Kolleginnen und ich und dann wurde dann auch noch abgesetzt. [...] Und [...] dann gab es ja irgendwann eine große Veranstaltung, wo das alles diskutiert wurde. Und da habe ich gedacht, da gehe ich jetzt nicht hin. Also es gibt bestimmte Punkte, da sage ich, da muss ich nicht auftreten und von der Menge mich noch rechtfertigen.

49 Mit Jargon verweisen wir darauf, dass es sich nicht um einen allgemein verständlichen, sondern besonderen sprachlicher Wortschatz bestimmter sozialer oder Berufsgruppen handelt. Der Ausdruck betont die Symbolisierung von Gruppenzugehörigkeit sowie Unterscheidung zwischen Zugehörigen und Nicht-Zugehörigen (Adorno, 1964/2015; Stevenson & Barbour, 1998; Kieserling, 2001).

50 Im Fachjargon zur DIS wird als Anscheinend Normaler Persönlichkeitsanteil (ANP), derjenige Anteil bezeichnet, der den Alltag meistert, während Emotionale Persönlichkeitsanteile (EP), jene Anteile sind, die das Trauma tragen.

> Besonders (unv.), (.) da gab es ja dann auch hier bei der Psychotherapeutenkammer, [...] die gerne die False Memory (.) Argumentationen aufgegriffen haben. (.) Also zweimal auf jeden Fall schon. Und da muss man sich ja auch mit auseinandersetzen und muss das (.) man muss was rechtfertigen, was man gar nicht gemacht hat, (.) ist auch nie was rausgekommen. Es gab keine Behandlungsfehler, es gab nichts (IV11, Z. 566-589)

Der Kreis von Expert*innen ist für die Ergebnisdarstellung deshalb relevant, weil er über die einzelnen Therapie- und Beratungsverläufe hinausgeht. Er macht sichtbar, dass die in den Fällen rekonstruierte therapeutische Wissensproduktion nicht allein aus dyadischen Beziehungen zwischen Patient*innen und Therapeut*innen hervorgeht, sondern in professionelle Verweisungs-, Beratungs- und Bestätigungsstrukturen eingebettet sein kann. Das erklärt auch, weshalb alternative Perspektiven im Verlauf der Behandlung häufig wenig Resonanz finden: Nicht nur einzelne Therapeut*innen, sondern eine Art fachliche Mikromilieus tragen zur Stabilisierung des Erklärungsmodells bei.

9.5.3 Überzeugungen der Therapeut*innen und Immunisierung gegen Kritik

> – [...] es hat was von WIR haben verstanden wie Täter und Trauma funktionieren (.) und die anderen halt alle nicht. Und jeder der uns kritisiert, hat es nicht verstanden im guten Fall oder ist täterloyal im schlechten Fall. (.) Und ich war da MEGA drin und man rutscht sehr langsam rein und es gibt dann nicht mehr viel außenrum (IV5, Z. 369-373) –

Besonders deutlich wird die diskursive Einbettung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation im Umgang mit Kritik und Widerspruch. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich wiederholt, dass Therapeut*innen ihre Annahmen nicht lediglich als klinisch hilfreiche Hypothesen behandeln, sondern vielfach als sachlich zutreffende Beschreibung der Lebensrealität ihrer Patient*innen. Diese Überzeugungen betreffen die Existenz geheimer und mächtiger Täternetzwerke, die Fortdauer von Gewalt in der Gegenwart, die gezielte Herstellung dissoziativer Persönlichkeitsstrukturen sowie die Möglichkeit anhaltender Steuerung und »Programmierung«.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Also [...] Frau Fachperson D, war so: überzeugt von der ganzen Thematik, (..) [...] dass sie (.) eine Anzeige gemacht hat. Also, (.) während dem ich in der Klinik war, (.) ohne dass ich das wusste ging sie zur Polizei und hat denen gesagt, (.) ich ich sei (.) Opfer ritueller Gewalt und (.) ich würde in einem Täterring quasi, sei ich das Opfer und (.) sie hat dann mit der Polizei ausgemacht, dass immer wenn ich die Klinik verlasse, (.) die Polizei gerufen wird und die mir quasi mich observieren. (.) Und ich durfte aber eigentlich die Klinik gar nicht verlassen, weil sie ja so Angst hatte, dass etwas passiert. Und ich erinnere mich [...] Und es war so offensichtlich einfach alles und (.) es war mir sofort klar, was passiert, obwohl ich ja vorher nie irgendwie observiert wurde.

> [...] Und dann habe ich gesehen, dass der im Ohr so ein (.) Mikrofon und dann habe ich ihn halt angesprochen. Ich habe ihm dann gesagt, ich wüsste nicht, was das solle, dass er mir nachläuft. (.) Ich meine, wenn man ja sowieso schon in dieser Paranoia drin ist, dass man denkt, man wird verfolgt, man hat Täter, die auf einen warten, überall. Und dann wird man wirklich von Männern ganz die ganze Zeit verfolgt. (.) Ich habe dann wirklich einfach gesagt, was soll das? Was macht ihr hier? Und dann hat er gesagt, nö nö er sei nicht von der Polizei. [...] Und am nächsten Tag dann (.) kamen zwei Polizistinnen in Zivil und Frau Fachperson D zu mir und haben gesagt, ich müsste ins Frauenkrankenhaus nach Ort A (..) mit der Gerichtsmedizin eine Spurensicherung machen. (IV9, Z. 428-472)

Bemerkenswert ist, dass solche Annahmen im Hilfeverlauf gegenüber widersprechenden Informationen häufig stabil bleiben. Weder Zweifel der Patient*innen noch alternative Einschätzungen anderer Fachpersonen oder ausbleibende bestätigende Hinweise führen zu einer Revision. Hierin zeigt sich ein zentraler Immunisierungsmechanismus: Das Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« beschreibt solche Prozesse als Teil einer moralisch aufgeladenen und gegen Kritik widerstandsfähigen diskursiven Formation. Fehlende Belege, widersprüchliche Befunde oder methodische Einwände werden nicht als Anlass zur Relativierung verstanden, sondern können selbst wieder in das Narrativ integriert werden – etwa als Ausdruck besonderer Geheimhaltung, besonderer Täterkompetenz oder institutioneller Blindheit. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich eine ähnliche Logik: Zweifel von Patient*innen gelten als Abwehr, »Täterloyalität« oder Ausdruck dissoziativer Persönlichkeitsstrukturen; ausbleibende Evidenz wird als Teil des Erklärungsmodells, als besondere Befähigung der Täter*innen und scheinbare Folgen der Art von Gewalterfahrung interpretiert. Damit laufen Kritik und Zweifel ins Leere, denn sie können innerhalb der Logik des Erklärungsmodells absorbiert werden. Dies ist ein Mechanismus, der auch Verschwörungsmythen und -narrative auszeichnet. Hierauf wird in Abschnitt 10.2 des folgenden Diskussionskapitels eingegangen.

> **Frau F, Fachperson:** Dann kam (.) im Winter 21 [...] Die erste Dokumentation von Journalist X Satanic Panic [...] Wir waren damals schon auch alle ein bisschen geschockt so, weil (.) das Thema so neu aufkam. [...] Und die Stimmung bei Traumatherapeutinnen rund um Fachperson B war so hey, die gegen uns. Die sind täterloyal und die tun uns was. Und der Journalist X ist von den Tätern und so (.) und (.) ich weiß, dass es damals ein Prozess war, auch für mich und meine Kollegin und wir gesagt haben Hey. Ja, (.) aber, so/ also Journalist X tritt sehr unangenehm auf [...] aber (.) INHALTLICH fand ich, musste man schon mal drüber nachdenken. (.) Hat er nicht auch einen Punkt? [...] Und so fing das an, dass ich mit der Zeit dann auch/ Wir waren ja in diesem Verein für Opfer/ den es gab (.) [...] gab es immer Zoomsitzungen und ich habe dann versucht oder auch mit Fachperson B und den anderen das zu thematisieren und zu sagen ja, hey, aber müssen wir da nicht hingucken? (.) Und es war aber immer sehr die Rückmeldung nein, und die sind halt täterloyal und die wissen nicht, was wir wissen (.) Und die haben halt keine Ahnung. Und das ist sehr typisch. (.) Dann kam die zweite Dokumentation, das geht ja

> so ein bisschen auch wieder in die Richtung. [...] Dann war die Haltung wieder so, wir gegen den REST und die wollen uns halt was Böses. Und ich habe weiterhin gedacht, ja: (..) vielleicht müssen mal drüber nachdenken, ob das alles gut ist, was wir machen oder nicht. (.) So. Und da war dann aber auch schnell klar, diese Diskussionsmöglichkeit innerhalb der Gruppe war nicht da. (IV5, Z. 174-196)

Die Immunisierung trägt wesentlich dazu bei, dass das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation auch unter Bedingungen epistemischer Unsicherheit stabil bleibt. Im Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« wird darauf bezugnehmend vom Spannungsfeld zwischen moralischer Dringlichkeit und analytischer Zurückhaltung gesprochen. Die in den rekonstruierten Fällen tätigen Therapeut*innen erscheinen nicht als bewusst manipulierende Akteur*innen, sondern als Personen, die aus Überzeugung helfen wollen und bereit sind, z. T. deutlich über das professionelle Maß hinaus in die Behandlung der Betroffenen »ritueller Gewalt«, zu investieren. Möglicherweise fällt es ihnen gerade deshalb schwer, Kritik oder Unsicherheit zuzulassen. Neben der Ebene der individuellen Einstellungen ist auch die Ebene der diskursiven Formation, in die das Erklärungsmodell eingebettet ist, für ein Verstehen der Überzeugungen der Therapeut*innen und ihr Festhalten an diesen notwendig zu berücksichtigen.

9.5.4 Gemeinsame Anstrengung gegen angenommene Gewalt und Täternetzwerke

> – [...] bei Frau Fachperson D ging es definitiv darum, dass sie diejenige sein wollte, [...] die Patientin hat, [...] wo die Polizei belegen kann, dass es das gibt, wo man beweisen kann. (IV9, Z. 3032-3034) –

Ein weiterer Befund betrifft die gemeinsame Anstrengung gegen angenommene Gewalt- und Täternetzwerke. Im Interview- und Dokumentenmaterial wird deutlich, dass das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht nur eine Interpretation von Vergangenheit und Gegenwart bereitstellt, sondern auch Handlungsimperative für die Zukunft erzeugt. Wenn davon ausgegangen wird, dass Patient*innen weiterhin gefährdet sind, dass Täter*innen organisiert agieren und dass andere Institutionen diese Bedrohung nicht erkennen, unterschätzen oder gar schützen, dann werden unterschiedliche Schutzmaßnahmen, wie Verhaltensanweisungen an die Patient*innen, Anzeigen bei der Polizei oder anderen Behörden zu gebotenen Reaktionen. Hierzu gehören beispielsweise, dass Patient*innen Kontakte zu Familienmitgliedern abbrechen, sich in ihrer Wohnung isolieren oder sich in stationäre Behandlung zu begeben, um an einem sicheren Ort zu sein. Diese Maßnahmen gehen zum großen Teil deutlich über das hinaus, was Aufgabe von Psychotherapie ist und in einer professionellen therapeutischen Behandlung legitim wäre.

Das Erklärungsmodell befördert damit eine Praxis der wahnhaften Gefahrenabwehr, in der Therapeut*innen und Patient*innen Folie à deux-artig gemeinsam gegen ein angenommenes Netzwerk ankämpfen. Diese gemeinsame Anstrengung ist für die Beziehung zwischen Therapeut*innen und Patient*innen sowie die Stabilisierung des Modells folgenreich. Sie kann den therapeutischen Prozess von der Bearbeitung subjektiven Leids hin zu einer gemeinsamen Auseinandersetzung mit einer angenommenen äußeren Bedrohung verschieben. Es entsteht dann ein Deutungshorizont, in dem Therapeut*innen und Patient*innen zu Verbündeten im Kampf gegen ein Täternetzwerk werden. Patient*innen werden hierin nicht nur als Hilfesuchende, sondern zugleich als gefährdete Zeug*innen und Opfer fortdauernder Gewalt positioniert. In dieser Konstellation kann die therapeutische Beziehung zusätzlich aufgeladen werden: Gemeinsames Wissen, gemeinsame Wachsamkeit und gemeinsame Gegenmaßnahmen können die Binnenbindung stärken und die Distanz zu außenstehenden Perspektiven vergrößern. Die gemeinsame Anstrengung gegen angenommene Täternetzwerke ist Ausdruck eines Deutungsrahmens, der aus subjektiver Erfahrung, therapeutischer Plausibilität und moralischer Alarmierung konkrete Handlungsnotwendigkeiten ableitet.

Frau A, direkt Betroffene: Ja, und so war es natürlich dann (.) wo es dann eskaliert ist [...] ich habe mich überall distanziert habe mehr oder weniger alle Freunde verloren (.) umgezogen. Das habe ich noch nicht gesagt oder? Ich bin im 2018 unter Polizeischutz nach Großstadt Z gezogen, wegen dem Täteranteil (.) durfte niemandem sagen wo wir wohnen. (..) Meine Geschwister wussten lange Zeit gar nicht wo wir wohnen, weil ich das nicht sagen durfte, da es unter Polizeischutz war. (6) Ja, ich habe viele Menschen verloren verlassen. (IV1, Z. 3983-3990)

Frau P, direkt Betroffene: Und (.) die Täter fahren große schwarze Autos mit drei Sechsen im Kennzeichen. (.) Und wenn so was hinter mir ist, dann wird es richtig gefährlich für mich. (.) Oder auch, wenn ein Auto längerfristig hinter mir herfährt. (.) Kennzeichen merken, fotografieren und am besten irgendwo abfahren. (IV15, Z. 593-596)

9.5.5 Gemeinsame Haltung gegenüber Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt«

– Aber dann hat sie [Therapeutin] gesagt ja, [...] das ist ja therapieboykottierendes Verhalten und [...] Selbstschädigung [...] und auf den Zug bin ich dann halt aufgesprungen. Also da dachte ich dann halt auch, [...] jetzt schade ich mir selbst (IV16, Z. 2140-2145) –

Schließlich zeigt sich im Interview- und Dokumentenmaterial eine gemeinsame Haltung gegenüber Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt«. Diese Haltung ist unterschiedlich stark ausgeprägt, lässt aber wiederkehrende Muster erkennen. Kritik wird häufig

nicht als Beitrag zur Klärung oder als Ausdruck einer Suchbewegungen verstanden, sondern als moralisch problematische Infragestellung von Leid und Gefährdung sowie als Relativierung interpretiert.

Für die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe ist diese Haltung vor allem deshalb relevant, weil sie die Möglichkeit der Revision erschwert. Wenn Kritik am Narrativ als Ausdruck von Ignoranz, Unsensibilität, Komplizenschaft oder als Angriff auf Betroffene verstanden wird, dann sinkt die Wahrscheinlichkeit, im therapeutischen Prozess als hilfreiche Gegenperspektive wirksam werden zu können. Das gilt sowohl für wissenschaftliche Einwände als auch für Zweifel anderer Fachpersonen, institutionelle Gegenargumente oder kritische Medienberichte. Erst dort, wo Patient*innen beginnen, solche Gegenperspektiven nicht mehr nur als Bedrohung, sondern als mögliche Ressource der Neuorientierung zu betrachten, kann Kritik destabilisierend auf das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation wirken. Bis dahin trägt die gemeinsame Abwehr von Kritik zu seiner Stabilisierung bei.

Zugleich wird sichtbar, dass sich in dieser Haltung die Zerrissenheit des Feldes widerspiegelt. Das Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« beschreibt die Polarisierung als Spannungsfeld zwischen dem Anspruch, Betroffenen grundsätzlich zu glauben, und dem Anspruch, sie vor problematischer Einflussnahme zu schützen. Für die Ergebnisse des Projekts ist gerade diese Spannung zentral: Das Zurückweisen der Kritik ist nicht allein durch eine dogmatische Abwehrhaltung zu erklären. Therapeut*innen handeln vor dem Hintergrund einer Verantwortungs- und Schutzorientierung. Sie sind in besonderer Weise darauf ausgerichtet, Betroffene vor Entwertung und Infragestellung schützen sowie tragfähige Arbeitsbeziehungen erhalten zu wollen. Kritik an zentralen Interpretationen wird daher von Therapeut*innen nicht auf der Sachebene wahrgenommen; sie lesen die Kritik vorwiegend auf moralischer Ebene. Diese Dynamik verschärft sich unter Bedingungen epistemischer Unsicherheit, in denen Erfahrungen, Erinnerungen und biografische Rekonstruktionen nur begrenzt überprüfbar sind und unterschiedliche Interpretationen nebeneinanderstehen.

Insgesamt zeigt sich, dass das Erklärungsmodell in den rekonstruierten Fällen eng mit einem polarisierten Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« verflochten ist. Gemeinsame Besonderung, Fachkreisbildung, Immunisierung gegen Kritik, die gemeinsame Anstrengung gegen angenommene Täternetzwerke und die Abwehr kritischer Gegenperspektiven verweisen auf ein diskursives Umfeld, das die therapeutische und beraterische Wirksamkeit des Modells stützt. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ist die behandlungsbezogene Anwendung des Narrativs »Rituelle Gewalt«, die vor allem die Implikationen für Selbst- und Weltverständnis von Patient*innen und Therapeut*innen sowie das therapeutische Vorgehen konkretisiert.

9.6 Folgen der Behandlung und der Immersion in das Erklärungsmodell

– Ich habe im Prinzip in dieser Therapie gelernt, dass ich erstens mir nicht vertrauen kann und zweitens der Welt nicht vertrauen kann. (IV4, Z. 749-750) –

Die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe zeigen, dass die Behandlung im Kontext des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation sowie die unterschiedlich tiefe Immersion in dieses Modell mit weitreichenden Folgen verbunden sind. Diese Folgen betreffen nicht nur die Patient*innen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld, die therapeutischen und institutionellen Kontexte sowie in weiterem Sinne den Fachdiskurs. Dabei lässt sich analytisch nicht eindeutig trennen, welche Folgen unmittelbar auf bestimmte Behandlungspraktiken, welche auf die besondere therapeutische Beziehung und welche auf die Übernahme des Erklärungsmodells zurückzuführen sind. Grundsätzlich ist es aufgrund des Studiendesigns nicht möglich, kausale Schlüsse von der Behandlung auf die Folgen zu ziehen. Dennoch sind die Folgen als zum Gesamtkomplex der rekonstruierten Behandlungsdynamik zugehörig zu verstehen, in der therapeutisches Vorgehen, Erklärungsmodell, Beziehungsgestaltung und soziale Einbettung ineinandergreifen.

Aus dem Interview- und Dokumentenmaterial lässt sich herausarbeiten, dass die Schwere und Dauer der Folgen und Grad der Immersion eng miteinander verbunden sind. In Fällen tiefer Immersion sind die Folgen typischerweise besonders umfassend, lang anhaltend und lebenspraktisch wirksam. Aber auch bei mittlerer Immersion zeigen sich erhebliche Belastungen, Verunsicherungen und Einschränkungen. Selbst dort, wo das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation relativ früh abgelehnt wird, können die Konfrontation mit entsprechenden Interpretationen und die damit verbundenen therapeutischen Erfahrungen irritierende Wirkungen entfalten. Die folgenden Unterabschnitte differenzieren diese Folgen entlang ihrer zeitlichen, relationalen und institutionellen Reichweite.

9.6.1 Folgen für direkt Betroffene während der Behandlung

– Ich konnte nicht mehr unterscheiden, wer ist Freund, wer ist Feind? (IV15, Z. 2806) –

Während der Behandlung zeigen sich für direkt Betroffene vor allem Folgen, die den Gesundheitszustand, das Erleben von Sicherheit und Kontrolle sowie die Alltagsbewältigung betreffen. In allen Fällen tiefer Immersion berichten Patient*innen davon, dass es ihnen im Verlauf der Behandlung nicht besser, sondern deutlich schlechter ging. Beschrieben werden eine Zunahme von Symptomen, eine Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens, wiederholte Krisen, stationäre Aufenthalte, starke Verzweiflung

sowie das Gefühl, trotz großer Anstrengung keine Stabilisierung zu erreichen. Unter Berücksichtigung der Anwendung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation können diese Verschlechterungen nicht als Nebenwirkungen einer insgesamt hilfreichen Therapie gedeutet werden. Sie sind vielmehr als Teil jener Dynamik zu verstehen, in der das Erklärungsmodell die psychischen Beschwerden neu bewertet und gerade dadurch verstärkt, dass weitere Prämissen die Lebensgeschichte und -realität der Patient*innen betreffend hinzutreten, welche von einer permanenten Gefährdung, anhaltender Gewaltexposition sowie Unmöglichkeit des Selbst-Vertrauens ausgehen.

Frau A, direkt Betroffene: Die Therapie hat mit mir gemacht, dass ich mir fast nicht mehr vertrauen kann. (IV1, Z. 5621-5622)

Frau D, direkt Betroffene: Also ich habe im Prinzip in dieser Therapie gelernt, dass ich erstens mir nicht vertrauen kann und zweitens der Welt nicht vertrauen kann. Und das ist nicht (schön?). Ich kann mich an Situationen erinnern, wo ich (.) von dem Ort, wo wir da gewohnt haben, war in der Straße ein Auto (unv.), Autonummer, Schild. Meine Eltern kommen ursprünglich aus dem Region A und das ist einfach so stundenlang dort gestanden. Ich hatte Panik, da kommt jemand mich holen oder so. Und dabei (.) hat es überhaupt nichts mit mir zu tun gehabt. Aber so habe ich die die Welt gesehen und und und und (.) alle sind potenziell böse oder (.) wollen mir schaden. (IV4, Z. 749-756)

Vor allem die Interviewpartnerinnen, deren Immersion als tief bewertet wurde, beschreiben eine tiefgreifende Verunsicherung in Bezug auf die eigene Identität und das eigene Erleben. Wenn Symptome, Affekte, Erinnerungslücken und innere Spannungen im Rahmen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation als Ausdruck einer Dissoziativen Identitätsstörung, »täterloyaler Anteile« oder anhaltender Gefährdung verstanden werden, verlieren Patient*innen nicht nur Sicherheit über ihre Vergangenheit, sondern auch über ihre Gegenwart. Mit dem »Auftauchen« neuer Erinnerungen, dem Herausarbeiten immer weiterer Anteile, mit der Arbeit mit diesen Anteilen und mit der ständigen Möglichkeit verborgener Steuerung entsteht der Eindruck, sich selbst nicht mehr verlässlich einschätzen zu können. Die Patient*innen beschreiben dann Gefühle von Ohnmacht, Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Misstrauen gegenüber sich selbst. Gerade diese Entfremdung vom eigenen Erleben bildet eine der zentralen Folgen der Behandlung im Kontext des Erklärungsmodells und wird als extrem belastend wahrgenommen.

Frau G, direkt Betroffene: Also es wurde sich ja angeguckt, [...] dass es solche Programmierungen gibt, (.) dass sie unter Folter (..) quasi installiert werden. (9) Dass (...) trotz allem, egal wie gut der Programmierer war, immer wieder nachprogrammiert werden muss. (5) Das ist (.) so ziemlich zu jedem Verhalten ein Programm gibt. (.) Also ich (.) ich ich kann ich kann nicht mehr eigenständig (.) reagieren, weil so ziemlich jede Reaktion ein Programm sein könnte. (..) Also war ich dann quasi von diesen ständigen (...) Flashbacks und Albträumen und (..) und den und dem Schlafmangel und den Schmerzen,

[...] dass ich dann da immer wieder gesagt habe, also das ist kein Leben, ich möchte, dass es aufhört, ich kann nicht mehr. Und dass es dann einfach gesa/ hieß, (.) das ist ein Selbstmordprogramm. (..) Und dass es dann tatsächlich Formen angenommen hat, dass mir dann die Worte durch den Kopf gingen, bring dich um und ich habe ich habe dann, (.) ich habe so vehement am Leben bleiben wollen, aber die/ das hat sich so selbstständig gemacht und das und das lief und das lief ständig, das lief einfach. (...) Das war sehr unheimlich. (IV6, Z. 2227-2239)

Frau P, direkt Betroffene: Also es ist, dass der Puls hochgeht und manchmal eben so, (.) je nach Verfassung, es ist nicht mehr täglich, (.) aber je heftiger diese (.) Aktionen von Fachperson G und Person H wurden, (..) gab es Zeiten, wo ich wirklich nicht in der Lage war, tagelang das Haus zu verlassen, vor lauter Angst und Panik, (.) was da draußen ist. (.) Und (..) ich mir zwischenzeitlich Auto fahren auch nicht mehr zugetraut habe. (.) Und (..) Ja, ganz viele Einschränkungen. Also es war nicht nichts mehr wie früher. (.) Ich meine durch Corona, wars dann eh schon ein Problem (.) mit dem Einkaufen und (.) viele Menschen (.) und dieses, (..) steht auch in dem Bericht. Ich konnte nicht mehr unterscheiden, wer ist Freund, wer ist Feind? (.) Es waren irgendwie Bedrohungen an jeder Ecke (IV15, Z. 2798-2807)

Eine weitere zentrale Folge während der Behandlung ist das Entwickeln der Vorstellung fortdauernder und permanenter Gefährdung. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation rahmt Familie, soziales Umfeld, öffentliche Räume und auch das eigene Innere als potenziell bedrohlich. Dadurch entsteht ein Zustand ständiger Wachsamkeit, Angst und Unsicherheit. Wenn jederzeit mit »Täterkontakt«, Reaktivierung von »Programmen« oder unbewusstem Handeln gerechnet werden muss, verändert dies die Lebensführung grundlegend. Alltag wird unter dem Vorzeichen möglicher Gefahr organisiert. Dies schränkt die Teilhabe am sozialen Leben erheblich ein: Kontakte werden reduziert, Orte gemieden, Aktivitäten aufgegeben, und die Aufmerksamkeit richtet sich zunehmend auf Schutz und therapeutische Bearbeitung. Die Behandlung entsprechend des Erklärungsmodells verändert also sowohl das Symptomverständnis und greift außerdem z. T. sehr tief in die Lebenspraxis der Patient*innen ein.

Schließlich wird im Interview- und Dokumentenmaterial deutlich, dass die Behandlung selbst im Lebensalltag der Patient*innen enorme Bedeutung einnehmen kann. Unüblich hohe Sitzungsfrequenz, intensive Kommunikation auch außerhalb der Sitzungen und das Organisieren von Schutzmaßnahmen können rein auf zeitlicher Ebene dazu führen, dass sich das Leben von Patient*innen nahezu ausschließlich um Therapie und das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation dreht. Von einigen Interviewpartner*innen wird die Therapie nicht nur zeitlich, sondern auch hinsichtlich nicht mehr vorhandener sozialer Kontakte und Beschäftigungen als der einzige verbliebene Fokus im Leben beschrieben.

Frau N, direkt Betroffene: Und da hatte ich zweit/also ich habe dann 2016 mein Studium irgendwie abgeschlossen und hatte da gedacht ich muss jetzt (.) aufräumen in meinem Leben, ich muss gucken, wer ich bin. Ich konnte bis dahin auch nirgendwo mit Karte unterschreiben (.) äh zahlen, weil ich meine Unterschrift/ ich habe gedacht, das ist nicht meine, du darfst das nicht hier hinschreiben. Ich hatte KEIN Gefühl mehr für Identität, KEIN persönliches Leben (.) keine Freunde, keine Hobbys. Ich habe nur versucht durchzukommen. (IV13, Z. 562-568)
[...] und sage Leute (.) mehr als um Verschwörung geht es hier, um Machtmissbrauch, und das finde ich hochgefährlich (..) und habe Frau Nachname R gesagt, Sie haben mir SEHR geschadet. Alles, was ich hier gesagt habe, ist in die Sektenrichtung (.) das hat mich noch mehr auseinander geFETZT (IV13, Z. 2553-2556)

Damit geht nicht nur eine Verringerung von Lebensqualität einher, sondern auch der Verlust alternativer Quellen von Sinn und Selbstwirksamkeit. Wie bereits an verschiedenen Stellen angesprochen, hat die mit dem Erklärungsmodell einhergehende Umdeutung der eigenen Biografie auch weitreichende Folgen für die Einschätzung von Gegenwart und Zukunft. In Fällen tiefer Immersion können Relevanzen so weit verschoben werden, dass die Zukunft zugunsten einer Auseinandersetzung mit der Vergangenheit im Sinne »verschütteter Erinnerungen« völlig zurücktritt und Teilhabe am Arbeitsmarkt auf Dauer eingeschränkt wird.

Frau D, direkt Betroffene: Und alles was ich wollte, war ja wieder funktionieren können. (.) Das das war mein Ziel deswegen. (...) Aber schlussendlich wurde ich dann in der Klinik schon [...] Also ich war ja schon bei der Krankenrente angemeldet, die/ das Studium [...] ja, das geht jetzt nicht mehr weiter. Und das war für mich in dem Moment auch so, dass das geht nicht ich ich kann mir nicht vorstellen, (.) ich hatte Panikattacken und überhaupt (.) und dann [...] (.) weil ich dann am Ende des Aufenthalts nicht mehr [...] eine Masterstudentin, die gerade im Krank-Semester ist, sondern eine Krankenrente/ Rentnerin mit, wie alt war ich da? 26 (.) ungefähr plus minus @1@ Da da da war es ja vorbei @1@ mit meiner Zukunft sozusagen. Da war nur noch die Vergangenheit relevant. Und dann und dann habe ich mich auch in das Zeugs (.) gestürzt, weil (.) ich wollte ja wieder raus. (IV4, Z. 176-188)

Frau J, direkt Betroffene: Und ab dem 20. Lebensjahr habe ich seither eine volle Erwerbsminderungsrente. Und, obwohl ich mehrfach Revision eingelegt habe, gesagt habe, ich möchte (.) im zweiten Arbeitsmarkt irgendwas machen, ich möchte, ich möchte einfach eine Perspektive haben. Ich möchte ja nicht mit damals 20, jetzt 30, dasitzen und denken ja, ich lebe jetzt den Rest meines Lebens einfach vor mich hin und mache nichts. Ich möchte ja, (.) ich möchte auch was tun. (.) Aber dadurch, dass eben Frau Therapeutin C (..) die musste dann Berichte schreiben und das, was sie da geschrieben hat, war natürlich immer, dass ich viel zu krank bin, als dass man mich überhaupt irgendwo eingliedern könnte. Und wegen der Gefährdung ja natürlich sowieso. Also, (.) das hat mir da auch beruflich natürlich einen Weg, einen Stein in den Weg gelegt. (IV9, Z. 2581-2590)

9.6.2 Folgen für direkt Betroffene nach Verlassen der Behandlung

– [...] am Ende kommt es mir nicht auf Details an, sondern zu verstehen, wie meine Identität SO zerrissen wurde [...]. Und ich lebe heute [...] in großen Schwierigkeiten, in sozialer Isolation, in Armut. (IV13, Z.1151-1154) –

Es ist sehr wichtig festzuhalten, dass die Belastungen nicht einfach mit der Ablösung aus Therapie und Erklärungsmodell enden. Vielmehr zeigt sich, dass viele Folgen über längere Zeit bestehen bleiben und zum Teil erst nachträglich in ihrer ganzen Tragweite sichtbar werden. Eine zentrale Folge nach Verlassen der Behandlung ist der Verlust einer zuvor handlungsleitenden Ordnung. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bot, bei aller Bedrohlichkeit, eine umfassende Erklärung für Biografie, Symptome und Gegenwart ebenso wie Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe Betroffener. Fällt dieser Deutungsrahmen weg oder wird grundlegend infrage gestellt, entsteht häufig nicht sofort Entlastung, sondern zunächst Orientierungslosigkeit und der Verlust einer Weltsicht. Die Patient*innen verlieren damit nicht nur eine Erklärung, sondern auch ein zuvor etabliertes Selbstverständnis.

Eng damit verbunden sind anhaltende Identitätsverunsicherungen. In einigen Fällen tiefer Immersion wird deutlich, dass die therapeutisch erzeugte oder verstärkte Vorstellung innerer Zersplitterung nach der Ablösung nicht verschwindet. Selbst dort, wo das Erklärungsmodell als unzutreffend zurückgewiesen wird, bleiben Fragen nach dem eigenen Erleben, nach den früheren Überzeugungen und nach dem »was davon noch zu mir gehört«, was wahre Erinnerungen sind und was nicht, bestehen. Die Ablösung ist damit nicht nur eine Distanzierung von einem problematischen Deutungsrahmen, sondern ein biografischer Wendepunkt, der einen Bearbeitungsprozess in Gang setzt, in dem das eigene Selbstverhältnis neu geordnet werden muss. Das gilt insbesondere für Fälle tiefer Immersion, in denen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation über Jahre hinweg die zentrale Grundlage der Selbst- und Weltdeutung war.

Frau A, direkt Betroffene: [...] ja also (.) das da/ ich war da halt (.) alleine zuhause. Und das war wirklich so, dass ich so das Gefühl hatte, boah bin das ich? [...] Gibt es mich? Wirklich so? Und deshalb wollte ich meine Mutter anrufen. Ich war in meiner Wohnung, ich hatte die Kinder-Sachen. Ich wusste, ich habe Kinder und trotzdem wusste ich nicht mehr. (.) Ich dachte vielleicht spinnt es mir einfach total und das ist alles gar nicht wahr. [...] und wenn ich eine Stimme gehört hatte, die mir gesagt hätte, doch ich habe dich geboren, so. Dann hätte ich gewusst, ah ich bin auf die Welt gekommen. (.) Ich bin nicht nur irgendwo in (.) ja (.) und das ist nicht so, dass ich Science Fiction schaue. [...] ja, es war wirklich sehr existenziell (..) dass ich einfach nicht mehr wusste, wenn (.) ich dachte ja und wenn das nicht stimmt. Und wenn das falsche Erinnerungen sind, wenn es diese Anteile nicht gibt, dann gibt es doch das auch nicht. [...] Ja, weil da da (.) ich habe gemerkt, wenn ich, wenn ich wenn das nicht stimmt, dann gibt es mich gar nicht.

[...] dann sind es trotzdem irgendwie wie Identi/ eine Identität von mir, diese Anteile. [...] Und das alles infrage stellen zu müssen (.) ist einfach (.) da habe ich mich verloren. (IV1, 2280-2304)

Frau N, direkt Betroffene: [...] und so bin ich [...] Bis heute (.) unterwegs (.) habe sehr viel allein gemacht [...] Gucke, genau. Kann das sein? Kann das sein? Ist das ein (.) Angst oder ist das eine Erinnerung? Oder ist das ein/ am Ende kommt es mir nicht auf Details an, sondern zu verstehen, wie meine Identität SO zerrissen wurde (.) und ich keine Würde mehr fühle. Und ich lebe heute (.) würde ich noch zum Abschluss erstmal sagen, in großen Schwierigkeiten, in sozialer Isolation, in Armut. (.) Ich, Hobbys. Urlaub, gibt es nicht. Ich kämpfe eigentlich den ganzen Tag gegen Traumafolgen. (IV13, Z. 1146-1155)

Hinzu kommen Empfindungen fortbestehender Angst, Misstrauen und Einsamkeit. Auch nach der Ablösung berichten Patient*innen von Unsicherheit darüber, wem sie noch trauen können, wie sie ihre eigene Geschichte einordnen sollen und an wen sie sich mit ihren Erfahrungen wenden können. Gerade weil die Ablösung oft mit dem Verlust der therapeutischen Hauptbezugsperson und mit dem Zusammenbruch eines zuvor geschlossenen Deutungsrahmens verbunden ist, entsteht eine besondere Vulnerabilität. Das Interview- und Dokumentenmaterial legt nahe, dass die Patient*innen nach der Ablösung nicht in ein stabiles Hilfesystem übergehen können, sondern zunächst in einer Zwischenlage verbleiben, in der sie zwar das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zurückweisen, aber noch keine tragfähige alternative Unterstützung gefunden haben.

Besonders belastend und aus der Versorgungsperspektive fatal ist in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, kompetente therapeutische Folgehilfe zu finden. Mehrere Interviewpartner*innen schildern, dass das Erwähnen einer vorangegangenen Behandlung im Kontext von »ritueller Gewalt« ebenso wie die erlebten Behandlungsfehler dazu führen können, dass neue Therapeut*innen zurückhaltend reagieren oder eine Behandlung nicht übernehmen wollen. Die Patient*innen stehen dann vor dem Problem, dass sie Unterstützung zur Aufarbeitung der Folgen benötigen, gerade dieser Hilfebedarf aber durch die besondere Vorgeschichte schwer anschlussfähig an reguläre Versorgungsangebote ist. Die Folgen der Behandlung reichen damit institutionell weiter als ihr Ende: Sie behindern auch den weiteren Zugang zu Hilfe.

Frau J, direkt Betroffene: Und da war ich jetzt im letzten Jahr in den letzten zwei Jahren wieder an diesem Punkt (.) als ich wirklich wie eine Wahnsinnige einen Therapieplatz gesucht habe und (..) überall/ also einerseits gibt es nicht [...] viele freie Plätze (.) und überall (.) sobald die wussten, um was für ein Thema es geht oder spätestens, wenn sie wussten, wer ich bin, kam immer die Aussage ja ne ich kann mir ja meine Patienten aussuchen und dann nehme ich sicher nicht einen solchen Fall wie Sie. [...] Und das fühlte sich für mich immer so an wie (.) okay, dann bin ich ja offenbar schuld daran (...) dass diese Fehltherapie passiert ist (.) also (..) so fühlt es sich danach an weil (.) sonst

würde ja jemand helfen wollen. Also. (...) ich habe ja kein Problem damit, dass (...) es ist passiert und das kann man nicht ändern aber, dass jetzt wirklich (.) überall und jeder einfach wegschaut. (...) Und einfach (.) wie gesagt, ich habe [...] eineinhalb fast zwei Jahre (..) ALLEINE nach einem Therapieplatz gesucht. Da war niemand mehr. Ich hatte ja auch keine Organisation J mehr nachdem ich (.) öffentlich aufgetreten bin. Da habe wirklich alle mich da auf einen Moment fallen gelassen, weil niemand mehr mit mir zu tun haben wollte und ich stand da und dachte (.) was habe ich jetzt falsch gemacht? Weil es ist meine Schuld, dass ich falsch therapiert wurde? Also klar, ich habe dazu beigetragen, ja, aber. (..) Es/ ich KANN nicht mir selber NUR die Schuld geben. Ich bin nicht nur ich dafür verantwortlich und ich finde es so frustrierend und (...) schlimm einfach (.) dass (.) niemand (.) helfen möchte und niemand hilft und (..) ja: (.) ich konnte in diesen zwei Jahren jetzt auch die ganze Geschichte nie aufarbeiten [...] (IV9, Z. 2651-2672)

Frau G, direkt Betroffene: Und dadurch, dass ich ja von vornherein gesagt habe, weswegen die Person C die Therapie beendet hat, (.) waren sie einfach mir gegenüber vorsichtig (..) und da hat es einfach nicht viel gebraucht, um dann wieder in die (.) Richtung zu kommen. Und (.) die Person F [Opferberatung] hat mir dann zwei Therapeutinnen empfohlen. Das eine ist die Person G [...] sie sagt, sie ist sehr eng mit der Person F und sie würde eben (.) jeweils bei den Weiterbildungen von der Person H mit dabei sein. Und die Person H ist ja viel in der Opferberatungsstelle A (.) und. (..) während während der einen Sitzung, wo ich bei ihr war [...] Also sie [Hund von Frau G] hat sich so derart unwohl gefühlt und da habe ich dann gefunden, also das ist kein Ort für uns. (.) Wohl wissentlich, dass mich kein anderer Therapeut nehmen wollen würde. Ich habe aber gesagt, das ist keine Lösung. [...] ich möchte aus diesem ganzen Dunstkreis raus (.) und da ist dann diese, diese Ablösung eigentlich gekommen. (.) Und jetzt bin ich eigentlich (.) bei der bei der Person J [...] und die ist mir über über drei Ecken empfohlen worden und (.) der hatte ich von vornherein gesagt, was mit der Person C mal vorgefallen ist (IV6, Z. 326-347) Und habe dann eigentlich so versucht klarzukommen mit (.) mit der Person J, ist es jetzt einfach so, dass ich quasi nur so 0815 Alltagsthemen besprechen kann. Es war von vornherein klar, mit mit Trauma oder komplexeren Sachen, kann sie nicht, möchte sie nicht. [...] Aber es ist für mich einfach (.) ich habe keinerlei Ventil, wo ich damit hin kann. (..) Sie weiß aber, dass das diese (.) oftmals täglichen Flashbacks oder Albträume, dass das mich das einfach beschäftigt [...] weil es mir nicht gut geht. (.) Und (.) ich muss jetzt einfach/ Das musste jetzt einfach so gehen. (IV6, Z. 384-392)

Die Ablösung aus Therapie und Erklärungsmodell stellt damit einen eigenständigen krisenhaften Prozess dar. Mit dem Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verlieren die Patient*innen einen Deutungsrahmen, der Symptome, biografische Brüche, gegenwärtige Ängste und soziale Konflikte über längere Zeit kohärent verstehbar gemacht hatte. Zugleich endet die Beziehung zu Therapeut*in bzw. Berater*in, welche*r die oft einzig verbleibende, zentrale Bezugsperson war. Die Patient*innen

stehen damit allein vor der herausfordernden Aufgabe, ihre eigene Biografie, frühere Gewalterfahrungen, ihre psychische Symptomatik und Erfahrungen aus der Indextherapie neu einzuordnen.

9.6.3 Folgen für Angehörige und soziale Beziehungen

– Ja, und dann hat man die Tochter verloren. (IV2, Z. 2852) –

Die Folgen der Behandlung und der Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation betreffen nicht nur die Patient*innen selbst, sondern in erheblichem Maß auch ihre Angehörigen und sozialen Beziehungen. Im Interview- und Dokumentenmaterial wird besonders deutlich, dass Familienbeziehungen durch das Erklärungsmodell belastet und/oder dauerhaft beschädigt werden können. Wenn Eltern, Geschwister oder andere Angehörige als Teil eines Täternetzwerks oder als Personen verstanden werden, die schwerste Gewalt gegen die Patient*innen ermöglichen, führt dies meist zu Kontaktabbrüchen, lang anhaltender Entfremdung und tiefen Loyalitätskonflikten. Die Familienbeziehungen werden nicht nur belastet, sondern teilweise grundlegend umgedeutet: Vertraute Personen erscheinen plötzlich als Täter*innen oder Kompliz*innen.

Für Angehörige gehen diese Prozesse mit erheblichen psychischen und sozialen Belastungen einher. In den Interviews mittelbar Betroffener werden Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit, somatische Belastungen, Stigmatisierung und die Erfahrung beschrieben, kaum angemessene Ansprechpartner*innen zu finden. Die Konfrontation mit massiven Gewaltvorwürfen, mit strafrechtlichen Ermittlungen oder mit dem völligen Abbruch der Beziehung zur eigenen Tochter oder zum eigenen Sohn wirkt auch dort fort, wo sich einzelne Annahmen später als unzutreffend erweisen oder zurückgenommen werden. Besonders deutlich wird, dass der Schaden für soziale Beziehungen nicht ohne Weiteres reversibel ist. Selbst dort, wo es irgendwann zu einer Wiederannäherung kommt, bleiben Brüche und Verlusterfahrungen bestehen.

Frau B, Angehörige: Ja, und dann hat man die Tochter verloren. [...] Ich spürte, dass es ihr schlecht geht. Und eigentlich vom Instinkt her ist man für das Kind da wenn es ihm schlecht geht. [...] und dann hat man ein Kind, man weiß, es geht ihm schlecht und man kommt nicht ans ran. Das ist das ist ganz schwierig auszuhalten. Und dann die ganzen Behörden und Anzeigen und das läuft irgendwie [...] dahinten. (.) Also man hat dann nicht die Kraft oder die Energie [...] zum sich da jetzt wirklich reinknien [...] weil das andere ist schon (.) im Fokus. (IV2, Z. 2852-2862)
Das zerrt, das zerrt extrem. (..) Und ich glaube, da ist sich auch die Justiz überhaupt nicht im Klaren, dass man halt Fälle, wo (.) wo man am Anfang bereits sieht, dass es unwahrscheinlich ist oder dass man halt einfach mal schnell einige Abklärungen macht, um zu sagen, kann es sein oder kann es nicht sein, dass dann die über ein Jahr oder über

zwei Jahre einfach offen sind. (.) Das sind solche Belastungen, weil man hat ja schon das Familiensystem, man hat die Töchter nicht mehr, man hat/ man ist ja schon belastet. Oder? Aber das aber das zusätzlich das ist (.) das ist ganz extrem (.) und ich denke da eine eine Beschleunigung. Oder auch [...] wenn man halt sieht, dass diese Vorwürfe sind erst in der Therapie, das sind vielleicht dann auch die Fragestellungen wo man bei den Einvernahmen (.) einfach so ein bisschen den Augenmerk auch. Ja seit wann haben Sie diese diese Erinnerungen, wann sind denn die gekommen. Und einfach so da ein paar Fragen einbaut ganz am Anfang [...] und wenn man dann sieht, dass es diese Konstellation hat, dass man dann wirklich schnell (4) abklärt und das dann auch einstellen kann, dass das nicht über Monate und Jahre einfach (.) aufrechterhalten bleibt, oder? (IV2, Z. 2050-2065)

Ich denke, es ist die Scham. (.) Ich glaube, es ist die Scham. Und ich glaube, es ist auch bei uns als das Verfahren eingestellt wurde, habe ich auch mit einigen gesprochen. Natürlich sind/ (.) wir hatten nicht so viele Freunde, aber (..) von denen, die wir hatten, sind ganz, ganz wenige geblieben. Die meisten sind weggefallen, (.) weil halt die ja, man weiß ja nicht, was hinter den Türen wirklich gelaufen ist. Und auch als der der die Einstellung war, (.) konnte mir dann eine aufsagen, ja, sie konnten es ja nicht beweisen. Man weiß ja nicht, war doch was. (.) Und ich glaube, es bleibt eben hängen. Also es bleibt. Ich glaube, an einem Mann bleibt es einfach hängen, ob da was war oder eben auch nichts war. (.) Die Leute, die die haben dann die Meinung. Ja, (.) man konnte es halt nicht beweisen. (.) Und ich glaube, das ist das was, was viele eben zurückschreckt. Und das habe ich mir gar nie überlegt. Das war mir auch nie bewusst, (.) dass die Leute so reagieren. (IV2, Z. 383-394)

Herr H, Angehöriger: Also es war wirklich so, (.) es war wirklich so ein Ohnmachtsgefühl. (...) Wie ich dieses Wort heute verwende, machtlos und Ohnmacht, (.) habe ich immer einen bitteren Beigeschmack, weil die erste Familientherapeutin mal zu mir gesagt hat in dem ersten Gespräch, (.) ja aber ohnmächtig und machtlos, das deutet ja an, dass Sie keine Macht hatten, die Sie vorher hatten. (5) Bleibt mir auch sehr (.) definiert in Erinnerung (.) und ich glaube schon, dass das einfach/ (...) Ja, (.) das Wort Ohnmachtsanfall im wahrsten Sinne des Wortes eigentlich beschreibt, dass man (.) überhaupt nicht mehr wusste in welche Richtung man überhaupt gucken und denken sollte. Und es brach irgendwie alles irgendwo zusammen, was man so an (.) an an an an guten (.) Erlebnissen. Es war alles quasi war alles mit nichts mehr wert. Also es war wirklich wie so, deswegen sage ich auch, es war die Atombombe, die hat alles bis in seine Grundfesten (.) vernichtet. Und da (.) passt auch sehr gut diese Metapher, weil wir jetzt in diesem verseuchten Gebiet langsam versuchen anzufangen wieder Stein auf Stein aufeinander zu setzen. Genauso kann man das nämlich auch sehen. Und es war wirklich für mich unfassbar. (IV7, Z. 1166-1179)

Aber (...) es braucht auch schon immer. (.) Ich finde immer viel Kraft, sich nach wie vor von dieser ganzen Problematik abzulenken und die so als/ oder ad acta zu legen. Ad acta kann man das gar nicht legen, das wird einen immer wieder einholen. (IV7, Z. 866-869)

Herr I, Angehöriger: Ja, also diese es gab noch ein (.) dieses eine Treffen in der Gemeinde. Aber das war nur dazu da, mir klar zu machen, dass ich (.) alles dransetzen sollte, mich dran zu halten, dem Person A [Sohn von Herrn I] nicht mehr zu begegnen, (.) nicht (.) mich zu fragen. (.) Also das das das das die Situation mit mir ist klar, darüber brauch man nicht zu reden. Ich bin ein Täter. Ja. (4) Und (.) diesem Täter muss man jetzt klar machen. (.) Halt dich bitte dran, dass du dem Person A nicht mehr (.) begegnest. (...) Und (.) nachdem ich da so etwas über eine Stunde mir angehört habe, (.) immer wieder. [...] Und da bin ich nach einer Weile aufgestanden und sagte, okay. (...) Ich habe großes Interesse daran, meinem Sohn keinen Schaden zuzufügen. (.) Ich will ihn nicht stressen. (..) Das war nicht beabsichtigt. Und ich gehe jetzt. (...) Also. (6) Ja, (.) das war nur ein Gespräch. Dann dann hatten wir einen Pastorenwechsel. Vor einem Jahr. Anderthalb Jahren. [...] Letztes Jahr war das. [...] Jedenfalls im August hatten wir Pastorenwechsel. Und ich dachte, ach, probierst es mal mit dem neuen Pastor, ob der sich anders verhält, [...] und dann gingen wir auf ihn zu und (.) stellte ich mich nochmal vor, weil er war ja neuer Pastor. (.) Und wir wollten mit ihm reden. Da sagte er gleich von Anfang an, er ist schon informiert von dem Ältesten davor (.) und er möchte mit der Sache nichts zu tun haben. (IV8, Z. 574-603)

Über die Familie hinaus zeigen sich auch Folgen für weitere soziale Beziehungen und für die gesellschaftliche Teilhabe der Patient*innen. Kontakte zu Freund*innen, Partner*innen oder Kolleg*innen können abreißen, wenn das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ihre Rolle neu definiert oder wenn die Therapie und das Erleben von Gefährdung immer mehr Raum einnehmen. Soziale Isolation ist im Interview- und Dokumentenmaterial daher nicht nur eine Voraussetzung mancher Verläufe, sondern auch eine Folge der Behandlung und der Immersion. Die Patient*innen verlieren im Verlauf häufig jene sozialen Beziehungen, die alternative Deutungen, praktische Unterstützung oder alltagsnahe Stabilisierung hätten bieten können. Gerade diese sozialen Verluste verstärken wiederum die Bindung an die therapeutische Beziehung und an das Erklärungsmodell.

9.6.4 Folgen für Fachpersonen, Hilfesysteme und den Fachdiskurs

– Das ist die oberste Regel, was viele Betroffene sagen. Also reden drüber dürfen sie nicht und es darf nichts nach außen kommen. (.) Da versucht False Memory für zu sorgen. (IV11, Z. 1733-1735) –

Schließlich reichen die Folgen über die unmittelbaren Therapie- und Beratungsverläufe hinaus in professionelle und institutionelle Kontexte hinein. Für einzelne Fachpersonen zeigt das Interview- und Dokumentenmaterial, dass auch auf professioneller Seite Veränderungen, Brüche und Folgewirkungen entstehen können. Dies betrifft

Therapeut*innen oder andere Fachpersonen, die sich später von den zuvor vertretenen Überzeugungen distanzieren, Netzwerke verlassen oder rückblickend den eigenen Beitrag zu problematischen Interpretations- und Behandlungsprozessen reflektieren. In anderen Fällen bleibt die Immersion professioneller Akteur*innen stabil und verstärkt gerade dadurch die Polarisierung des Feldes.

Von besonderer Bedeutung für die Versorgungslandschaft ist, dass die rekonstruierten Erfahrungen das Vertrauen in Psychotherapie und psychosoziale Hilfe insgesamt beeinflussen. Dort, wo Patient*innen über Jahre hinweg intensive, entgrenzte und problematische Behandlungen erleben, entstehen nicht nur individuelle Schäden, sondern auch Zweifel an der Einhaltung von Qualitätsstandards, an der Möglichkeit sicherer Hilfe und an der Verlässlichkeit therapeutischer Beziehungen. Im Interview- und Dokumentenmaterial wird deutlich, dass dies auf die Wahrnehmung von Psychotherapie in Öffentlichkeit und Fachwelt zurückwirken kann. Die Folgen sind somit nicht nur biografisch, sondern auch professionsbezogen.

Frau N, direkt Betroffene: [...] und da denke ich, und ich habe das ganze Jahr nicht eine einzige Anlaufstelle als Aussteiger (.) gefunden (.) wo ich jetzt mit der doppelten Katastrophe/ ich bin jetzt quasi auf dem Weg zu erkennen oh Gott/ ich habe ja dann nachdem ich mit Fachperson V und Journalist X habe ich gedacht (.) vielleicht stimmt das alles nicht mit meiner Tante vielleicht habe ich auch das, vielleicht ist mir das eingeredet/ also ich war völlig/ (...) [...] Ich muss hier raus. Ich gehöre nicht zu den Menschen, die (.) nur mit tragischen Falscherinnerung zu kämpfen haben. [...] und gleichzeitig das Gefühl ich bin von schwerster Falschtherapie über Jahrzehnte betroffen und das und da braucht es auch erst mal eine Grundsensibilität, die sehe ich nicht bei Professoren, die sehe ich nicht/ [...] und der Schwerpunkt ist für mich nicht (..) Verschwörungs/ das ist SUPER wichtig, finde ich jetzt doch langsam. Aber nicht nur. Wichtig ist, die Folgen solcher Falschtherapien nicht nur für die Betroffenen von [..]. Falschbeschuldigungen sondern was heißt es denn, wenn Missbrauchsfolgen (.) verschlimmert werden für ein Leben? [...] Genau, das ist wichtig, Anlaufstellen zu schaffen. (IV13, Z. 1287-1307)
Ich habe in der Zwischenzeit auch beim Missbrauchshilfetelefon [...] ich hatte dort mehrfach angerufen, [...] Und gedacht oh Gott, was ist denn mir nur passiert, was ist/ und dort angerufen und habe gesagt, ich glaube, ich habe komplexe Gewalt erlebt und auch immer mit der Diagnose hantiert. Also ich habe schon (.) das Wort dissoziative Identität verwendet, das muss ich so sagen [...] und sofort bin ich jedes Mal ans Organisation X und eine Frau am Hilfetelefon hat auch zu mir gesagt, als ich gesagt habe ich glaube, vielleicht stimmt was mit den Therapien nicht. (..) Irgendwas oder ich habe was falsch/ und sie sagte dann na ja, wenn Sie schon so eine Therapeutenkarriere/ da kann man Ihnen wahrscheinlich wirklich nicht mehr helfen. So was höre ich von einem Missbrauchs/ (.) Hilfetelefon. (..) Und nach nachdem dieser Bericht vom Zeitung X, den ich mittlerweile auch ein bisschen kritisch, weil er genau ins Gegenteil schwappt [...] In der Zwischenzeit hatte ich schon ein paar Mal beim Aufarbeitungskommission [...] angerufen, um zu sagen, es gibt auch Menschen (.) die Schwierigkeiten haben mit ihrer Identität, aber nicht

so was erlebt haben. Wo sollen die denn hin? (.) Sie haben ja nur Angebote für rituelle Gewalt. [...] Es hat sich so echt (.) es hat mich so umgehauen. Ich wollte nichts als Hilfe. Ich hatte keine Würde mehr, so dass ich auch ALLES mit mir machen lassen habe. (.) Ich bin komplex verletzt worden. (.) Ich bin (...) mit schwerer Verwahrlosung, na groß geworden bin ich ja eben nicht. Aber ich musste so überleben. Das ist noch mal was anderes (..) als einmalige (.) und es gibt in Land C keine einzige Anlaufstelle. Was bleibt mir übrig, als zu sagen, okay, dann habe ich rituelle Gewalt erlebt, um irgendwohin zu gehören? (IV13, Z. 2438-2470)

Frau F, Fachperson: Und ich mache jetzt auch fast nicht mehr Psychotherapie, sondern ich mache jetzt sehr psychiatrisch. Wie geht es Ihnen? Welche Medikamente brauchen Sie? Wir sehen uns in vier Wochen (.) also ich habe meine Arbeit auch sehr verändert. (....) Was aber nicht nur schlecht ist so. Aber ich bin einfach an einem ganz, ganz anderen Punkt noch als vorher. (..) Mit Fachperson B habe ich schon ganz lange gar keinen Kontakt mehr. [...] Ich bin die EINZIGE, die ich kenne unter den Traumatherapeutinnen, (.) die sich (.) öffentlich geäußert hat und es nach wie vor tut. Und ich tue das nicht vor der Presse, aber auf Kongressen oder bei/ in Gesprächen habe ich eine klare Haltung. (.) Und obwohl ich meine Stellungnahme so: breit verschickt habe, auch an die deutschsprachige Gesellschaft für Trauma und und ich habe überall hingeschickt. Es hat keiner Kontakt mit mir aufgenommen (.) Und es hat niemand von Traumatherapeutinnen gesagt, hey, Frau F, kann ich mal mit Ihnen reden können wir das diskutieren? [...] Sondern ich war in der Szene halt die Böse (IV5, Z. 380-396)

Schließlich wirken die beschriebenen Fälle in weitere, angrenzende Fachdiskurse hinein. Die Behandlung entsprechend des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation und die darin teilweise erzeugten oder stabilisierten problematischen Interpretationen beeinflussen die Debatte um Glaubhaftigkeit, Suggestion, therapeutische Verantwortung und Qualitätssicherung. Das Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« zeigt, dass der Diskurs selbst institutionelle Dynamiken, Stellungnahmen und Professionalisierungsprozesse prägt. Die Ergebnisse der Studie machen sichtbar, dass diese Diskurse nicht abstrakt bleiben, sondern sich in konkreten Therapie- und Beratungsverläufen niederschlagen und von dort aus wiederum in Fachöffentlichkeit, Justiz, Versorgungspraxis und öffentliche Wahrnehmung zurückwirken.

Frau R, Fachperson: Ich finde es trotz allem ein wichtiges Thema [rituelle Gewalt]. [...] Ich finde es auch deswegen ein wichtiges Thema, weil wir, glaube ich, immer wieder [...] mit dem einem oder dem anderen Klienten da konfrontiert werden (.) und man bei jedem Einzelnen dann entscheiden muss, (..) wie man mit dem oder der umgehen möchte. (..) Und deswegen braucht jeder Therapeut dazu eine gewisse Haltung, weil das ungünstigste ist, wenn man einfach davon überfahren wird, sich nie damit beschäftigt hat und (.) das eigentlich ein Mismatch zwischen Klient und Therapeut gibt. [...] Und wir haben ja zunehmend, finde ich, wenn man sieht, was an Zunahme ist, an Psychotherapie, an An-

fragen in den letzten 20 Jahren, (.) dann sind auch diese Klienten letztendlich darunter. Also und deswegen finde ich schon auch wichtig, dass wir uns als Gesellschaft damit beschäftigen, (..) auch in der Politik. Auch in dem, [...] der [...] unabhängigen Beauftragten (.) vom Bundesministerium für sexuellen Missbrauch. Also all solche Institutionen finde ich schon wichtig, auch wenn man eine Meinung vielleicht fünfmal verändert in den nächsten fünf Jahren. (.) Aber das kann ja nur sein, wenn man sich damit beschäftigt. Also insofern ist das ein wichtiger Bestandteil. (IV17, Z. 1239-1254)

Frau F, Fachperson: Also man ist halt MEGA alleine in der Psychiatriewelt dafür, dass danach alle angeSCHISSEN kommen und sagen Was habt ihr für einen Scheißjob da gemacht, muss ich sagen, Was habt ihr für ein Scheißjob gemacht, dass ihr die Patienten gar nicht behandelt habt? (.) Sie sind ja da. Sie sind da. Sie bringen ALLE Akkustationen zum Dekompensieren. Sie machen 100 Polizei- und Rettungsdiensteinsätze die Notfälle bre/ brechen zusammen unter diesem Patienten (.) sind nicht so viele, aber sie sind gravierend. (.) Und 90 Prozent aller ambulanten Therapeuten sagen, oh ne, mach ich nicht (.) Ja. (.) So. (..) Das ist die Situation (IV5, Z. 617-624)

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die Behandlung im Kontext des Erklärungsmodells und die Immersion in dieses Modell tief in Biografien, Beziehungen und institutionelle Zusammenhänge eingreifen. Die Folgen reichen von Verschlechterungen des Gesundheitszustands und Identitätsverunsicherung über den Verlust sozialer Einbindung bis hin zu langfristigen Auswirkungen auf Hilfesysteme und fachliche Auseinandersetzungen.

9.7 Zusätzliche Ergebnisse aus einzelnen Perspektiven und Materialtypen

Im Folgenden werden zusätzliche Ergebnisse dargestellt, die sich aus einzelnen Perspektiven und Materialtypen ergeben und die bislang rekonstruierten Befunde ergänzen und erweitern. Dabei handelt es sich nicht um von den vorangehenden Analysen getrennte oder nachrangige Aspekte, sondern um Einsichten, die bestimmte Dynamiken des Untersuchungsfeldes aus einer jeweils besonderen Perspektive sichtbar machen oder anhand eines spezifischen Materialtyps weiter konturieren. Während die vorangehenden Abschnitte vor allem die übergreifenden Strukturen des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, seiner Einbettung in Therapie- und Beratungsprozesse, seiner diskursiven Rahmung sowie seiner Folgen rekonstruiert haben, richtet sich der Blick nun auf zusätzliche Einsichten aus der Perspektive von Fachpersonen sowie aus der Dokumentenanalyse. Gerade diese Zugänge ermöglichen es, professionelle Positionie-

rungen, Prozesse der Wissensbildung und institutionelle Aushandlungen noch einmal in einer Weise zu beleuchten, die über die bisher dargestellten Befunde hinausgeht.

9.7.1 Zusätzliche Ergebnisse aus der Perspektive von Fachpersonen

Für die zusätzlichen Einsichten aus der Perspektive von Fachpersonen sind vier Interviews relevant, die unterschiedliche und jeweils eigenständige Zugänge zum Untersuchungsfeld eröffnen. Frau F, Frau L und Frau R sprechen aus ihrer Tätigkeit in der therapeutischen Praxis; Frau O bringt als Betroffene sexueller Gewalt in der Familie und mit ihrer Erfahrung in einem Betroffenenrat eine eigenständige Perspektive auf Dynamiken von Betroffenheit, Expertise und Konflikt im diskursiven Feld ein. Insgesamt machen diese Interviews jene Aspekte sichtbar, die in den bisherigen Analysen bereits angelegt sind, aus der Perspektive der Fachpersonen jedoch eine zusätzliche Tiefenschärfe gewinnen. Dies betrifft insbesondere Prozesse des Hineinwachsens in affirmative Fachkreise, unterschiedliche professionelle Positionierungen im Umgang mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und der Dissoziativen Identitätsstörung sowie Konflikte um Deutungsmacht und Expertise in angrenzenden institutionellen und diskursiven Zusammenhängen.

9.7.1.1 Einstieg in, Bewegung innerhalb und Ablösung aus affirmativen Fachkreisen

> – Und man kann mit niemandem drüber reden, weil alle sagen, das ist mir zu krank. (.) Und Supervisoren haben ja mit einer Verantwortung [...] Also sagen alle Supervisoren [...] besser nicht (IV5, Z. 539-542) –

Ein erster zusätzlicher Befund aus den Fachpersoneninterviews betrifft die Frage, wie Therapeut*innen in fachliche Zusammenhänge hineingeraten, in denen das Narrativ »Rituelle Gewalt« in affirmativer Weise aufgegriffen und in Form des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation weitergetragen wird. Besonders deutlich wird dies am Interview mit Frau F. Das Interview macht sichtbar, dass der Einstieg in einen solchen Zusammenhang nicht aus einer prä-existenten Überzeugung heraus erfolgt, sondern aus einer Situation professioneller Unsicherheit im Umgang mit als besonders komplex und herausfordernd erlebten Fällen. Die Suche nach geeigneter Supervision und fachlicher Orientierung ist dabei von zentraler Bedeutung. Frau F beschreibt, dass sie an vielen Stellen, an denen sie Aus- und Fortbildungen besucht hat, nach Supervisor*innen sucht und dann erlebt, dass sie damit abgewiesen wird. Die Übernahme solcher Fälle wird abgelehnt oder Institutionen/Personen erklären sich ihr gegenüber für nicht zuständig bzw. nicht fachlich geeignet. Sie schildert im Interview, dass so qua

Ausschlussprinzip nur eine Fachperson übrig blieb, die sich bereit erklärt hat, sie in der Behandlung dieser komplexen und krisenhaften Patient*innen zu supervidieren. Darüber hinaus macht sie deutlich, dass ein Teil der Attraktivität des Supervisors darin lag, dass er sich ausdrücklich als Experte für die Dissoziative Identitätsstörung sowie organisierte und nachrangig auch »rituelle« Gewalt bezeichnete – und ein kohärentes Interpretationsangebot bereitstellte.

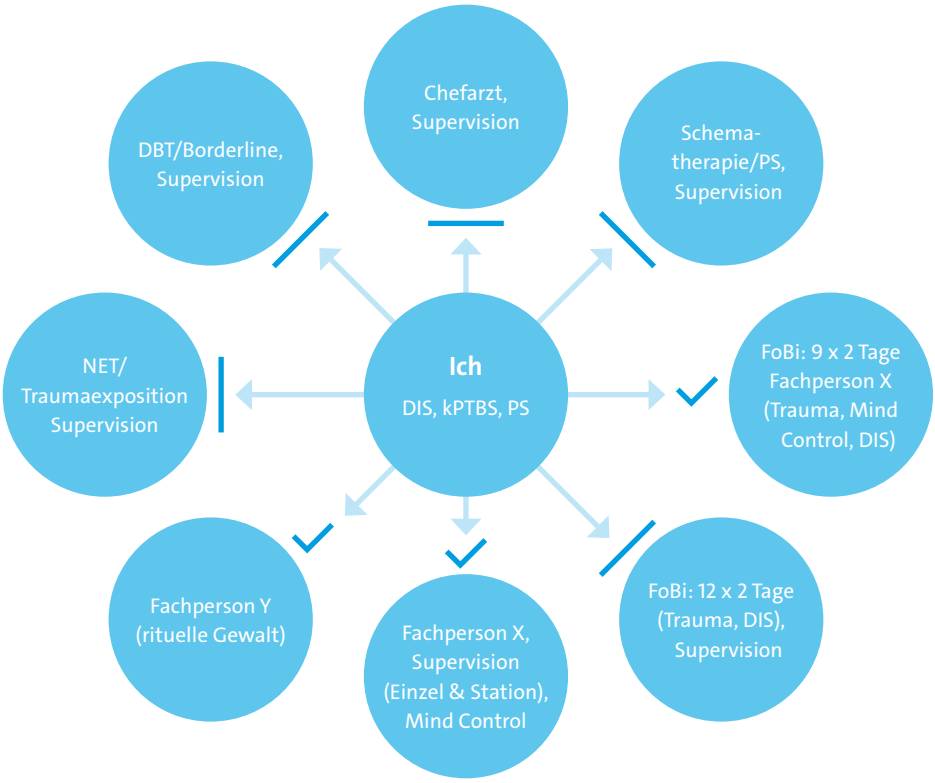
Die Interviewanalyse legt nahe, dass das Hineinwachsen in einen affirmativen Fachkreis schrittweise verläuft. Es vollzieht sich über Supervision, Zusatzausbildungen, persönliche Einbindung, die Übernahme gemeinsamer Begriffe und die Erfahrung, Teil einer abgeschlossenen In-Group zu sein, die über besonderes Wissen verfüge. Frau F beschreibt rückblickend, dass sie langsam reingerutscht und nicht mehr viel außen herum geblieben sei. Gerade diese Formulierungen veranschaulichen, dass es sich auch beim professionellen Hineinwachsen – ähnlich wie bei der Immersion der Patient*innen – nicht um die punktuelle Übernahme einzelner Annahmen handelt, sondern um eine zunehmende soziale Einbindung und epistemische Schließung. Der Fachkreis bietet nicht nur Erklärungen für schwierige Fälle, sondern auch Zugehörigkeit, Anerkennung und eine besondere professionelle Position. Das wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass einzelne, zentrale Figuren als besonders charismatisch, eloquent und anschlussfähig beschrieben werden (vgl. 10.3).

Frau F, Fachperson: Und (..) wenn man DIS-Patienten hat (.) oder noch nicht mal DIS, komplex traumatisierte Patienten die [...] suizidal sind, die immer sagen (.) Ich bringe mich morgen um, ich schneide mich, ich schluck Tabletten, ich mach Essstörungen, ich hunger mich halt zu Tode. Also die so dysfunktional sind, dass kein Mensch sie behandeln will. Wenn ich jetzt diese Patienten habe/ das war halt mein Auftrag von der Psychiatrie A die zu behandeln und ich hatte aber auch kein Problem mit ihnen [...] ich habe sie gut ausgehalten. [...] Wenn ich jetzt diese Patienten habe und sage, okay, das sind die Hauptproblempatienten, weil die Durchschnittspatienten, die muss man dann irgendwann in der Supervision nicht mehr besprechen. Dann komme ich also zu (.) sage ich, hey, ihr Schematherapeuten, ich möchte gern meine DIS-Patienten mit euch besprechen oder die komplex Traumatisierten. Dann sagen die Schematherapeuten (.) DIS/ da kann ich dir gar nicht weiterhelfen, (.) weil da kenn ich mich halt nicht mit aus. (..) Dann gehe ich zu den DBTlern und sage, kann ich's mit euch besprechen. Dann sagen die (.) du musst nur genügend Verhaltensanalysen machen, dann werden die besser. (..) Das funktioniert aber in der Realität bei den Patienten nicht. Also (.) fallen diese auch weg. (.) Dann kommt ein Chefarzt (..) der sagt, hey, ich bin so froh, dass du das mit denen machst, wir ziehen das zusammen durch. Aber inhaltlich kann ich dir nicht wirklich weiterhelfen. [...] Dann gehe ich zu den NET-Leuten, (.) die sagen (.) also bei DIS machen wir ja gar nicht NET und wir können wirklich nur Exposition/ aber und komplex/ wenn die zu komplex traumatisiert sind, na dann können wir dir auch nicht weiterhelfen. [...] Am Fortbildungsinstitut Y [...] hatte ich ein bisschen Supervision. (.) ABER (.) Fachperson A fand ich zu unangenehm und Fachperson C war auch nicht

> meins. Das wären die zwei. Mit denen hätte ich sicher über die DIS reden können wollte ich aber nicht. Aber alle anderen haben gesagt (.) da kann ich dir auch nicht weiterhelfen (...) das fällt mir jetzt auf wenn wir hier drüber nachdenken das ist eine gute Frage. (.) Dann bleiben ähm Fachperson B (.) und DER sagt (.) hey (.) ich bin GENAU dein Mann. [...] Weil ich weiß genau, wie es funktioniert. (.) Und ich erkläre dir jetzt mal (...) wie die Welt funktioniert. (...) Und dann ist man halt genau bei Fachperson B (.) und alle anderen sagen entweder (..) Also du hast die eine Art von Therapeuten, Chefärzte, Leute, die lange in der Psychiatrie sind, wo ich nicht Supervision habe, aber wo ich mich UNTERHALTE (.) die sagen, hey sorry die sind alle histrion, die nehmen alle zu viel Temesta, würden die mehr trinken und weniger Temesta nehmen, dann hätten sie die Symptomatik nicht. [...] und die anderen sagen, oh nein, das kann ich auch gar nicht hören die Geschichten sind so schlimm, das belastet mich zu doll. (.) Und die nächsten, sagen mit den ganzen Persönlichkeitsgestörten habe ich auch nix am Hut (.) Also (.) ehrlich gesagt ist auch kein Mensch da, der mit einem über diese Patienten reden will. Ob sie jetzt eine DIS haben oder eine kPTBS (..) oder einfach MEGA persönlichkeitsgestört sind aber diese (.) high need mega suizidalen Patienten will KEINE SAU haben. Was auch immer sie für eine Diagnose haben, keiner will sie (.) Und man kann mit niemandem drüber reden, weil alle sagen das ist mir zu krank. (.) Und Supervisoren haben ja mit einer Verantwortung [...] Also sagen alle Supervisoren, joa besser nicht, besser nicht. (.) [...] Dann landet man bei Fachperson B [...] Und am Schluss natürlich/ aber das war erst (.) 22 (.) ganz spät. Natürlich bei Fachperson O ja. (..) So (..) und Fachperson O sag ich mal so (.) sechs Tage zu rituelle Gewalt? [...] großes Kino ganz großes Kino (.) Da fand dann auch ich (.) Holy shit. Aber Fachperson O sagt natürlich auch Ich erklär dir die Welt. (IV5, Z. 487-547)
>
> Ich hatte keinen Grund, an ihm [Supervisor, Fachperson B) zu zweifeln. (.) Und bei Fachperson B muss man einfach verstehen, er ist halt WAHNSINNIG eloquent. (.) Und es ist nicht so, dass Fachperson B in irgendeiner Form zu irgendeinem Zeitpunkt unseriös wirkt, sondern er wirkt immer SEHR seriös, sehr durchdacht. [...] Und habe bei ihm dann in den Jahren sehr viel Supervision gehabt (IV5, Z. 115-119)

Gerade hierin liegt ein wichtiger Zusatzbefund der Fachpersonenperspektive. Die Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation ist nicht nur an die Vulnerabilität von Patient*innen gebunden, sondern auch an professionelle Unsicherheiten und Anerkennungsbedürfnisse aufseiten von Therapeut*innen, Supervisor*innen und Fortbildner*innen. Frau F beschreibt deutlich, dass in dem affirmativen Umfeld die Haltung vorherrschte, nur Angehörige des Fachkreises hätten verstanden, wie Täternetzwerke und die Kontrolle von Opfern funktionierten, während andere zu naiv, blind dafür oder Tätern gegenüber loyal seien. Damit entsteht die Kontur und Logik einer epistemisch und moralisch aufgeladenen In-Group, die bereits aus den früheren Analysen bekannt ist, hier jedoch aus professioneller Binnenperspektive sichtbar wird. Aus den Analysen von IV5 mit Frau F und IV11 mit Frau L lassen sich drei Motive der Therapeut*innen für die Behandlung dieser besonders an-

ABBILDUNG 8 Wie Frau F Teil des Fachkreises geworden ist[51]



spruchsvollen Patient*innen rekonstruieren. Diese werden von den Therapeut*innen, die sich in affirmativen Fachkreisen bewegen, in der Regel nicht als solche reflektiert und/oder bewusst angestrebt, können ihr Handeln jedoch auch unbewusst leiten. Das erste Motiv ist bereits genannt worden. Es liegt darin, sich als Teil eines Fachkreises zu verorten, der über exklusives Spezialwissen verfüge und somit die Welt und insbesondere die Patient*innengruppe besser verstehen als Angehörige der Out-Group. Das Erklärungsmodell zu »ritueller« und organisierter Gewalt sowie der Dissoziativen Identitätsstörung bindet die dadurch in ihrer Selbstbestimmung und ihrem Selbstvertrauen eingeschränkten Patient*innen an ihre Therapeut*innen. Letztere werden zu den einzigen Bezugspersonen und gleichsam zu Retter*innen und Verbündeten im Kampf gegen anhaltende Gewalt und Täternetzwerke. Hierin liegt das zweite Motiv. Das dritte Motiv besteht darin, dass Therapeut*innen auch für Angehörige anderer

51 Das Schaubild basiert auf einer Darstellung, die Frau F während des Interviews auf einem Whiteboard entwickelt hat.

Hilfeinstitutionen (z. B. Polizei, Opferberatung, Rettungsdienst) zu kenntnisreichen Ansprechpartner*innen werden, die Tipps zum Verständnis von und zum Umgang mit Betroffenen »ritueller Gewalt« geben können. Alle drei Motive gehen mit einer indirekten Aufwertung der eigenen Position einher und können ein Baustein für den Einstieg und auch Verbleib im affirmativen Fachkreis sein.

> **Frau F, Fachperson:** Also habe ich ja nur noch meinen Kreis, in dem ich mich bewege [...] Und wenn ich da dann was Kritisches frage, dann kommt halt schnell [...] das Verschwörungstheoretische (.) ah die anderen haben es halt nicht verstanden. (.) Und dadurch kriegt man natürlich auch ein bisschen was wichtig Aufgewertetes, weil man ist halt diejenige, die es verstanden hat. Das kann ich schon nicht (.) SCHÖNREDEN (.) Das hat was narzisstisch Aufwertendes zu glauben, man ist die Einzige, die es verstanden hat. (IV5, Z. 628-634)

Frau F beschreibt, dass kritische Medienberichte von ihr und anderen Mitgliedern des affirmativen Fachkreises zwar rezipiert wurden, aber nicht zu einer grundlegenden Auseinandersetzung mit den Prämissen und Methoden der eigenen Arbeit geführt hätten. Im Gegenteil habe sie zu diesem Zeitpunkt eher noch ein engeres Zusammenstehen innerhalb des Fachkreises als Kämpfer*innen für diese besondere Betroffenengruppe und eine Bestätigung der abwertenden Haltung gegenüber kritischen Positionen erlebt. Erst als ihr ein Untersuchungsbericht den Vorwurf macht, sie habe falsch behandelt, setzt dies bei ihr einen schnellen Prozess der Ablösung aus dem affirmativen Fachkreis und eine Re-Positionierung in Gange. Diese Distanzierung kann als erneuter Such- und Klärungsprozess therapeutischer Haltung und Methodik verstanden werden, der nach öffentlicher Kritik an der Arbeit der sie beschäftigenden Institution und ihrer ganz persönlichen Arbeit notwendig wird. Bedeutsam ist, dass Frau F den Zweifel gerade nicht als Ergebnis eines offenen inneren Diskurses im affirmativen Fachkreis beschreibt. Vielmehr sei die Diskussionsmöglichkeit innerhalb der Gruppe gerade nicht vorhanden gewesen. Das zeigt, dass der Fachkreis nicht nur Zugehörigkeit und Orientierung bot, sondern in sich so geschlossen war, dass er die Revision der Annahmen auf individueller Ebene erschwerte.

Ebenso bedeutsam ist, dass Frau F einen Verlauf beschreibt, der den Erfahrungen der direkt Betroffenen mit mittlerer oder tiefer Immersion sehr ähnlich ist. Auch sie rekapituliert einen Prozess des Eintauchens in die Annahmen des affirmativen Fachkreises, ein Selbstverständlichwerden von Prämissen zu organisierter Gewalt und der Dissoziative Identitätsstörung sowie ein Ausrichten ihres therapeutischen Handelns hieran. Die Zugehörigkeit zum Fachkreis sei mit einer Verstärkung der eigenen Positionen und einem Aufwerten der eigenen In-Group einhergegangen. Wie bei den direkt Betroffenen, brauchte es auch für Frau F einen äußeren Anlass, der schließlich zur Ablösung und Revision geführt hat.

Besonders aufschlussreich am Interview ist, dass Frau F explizit vor einem Hineinrutschen ins Gegenextrem warnt: Die Ablösung aus dem affirmativen Fachkreis hat eine

Neubewertung der eigenen Praxis und der eigenen Fachlichkeit sowie professioneller Netzwerke geführt. Aus ihrer Sicht bestehe hier die Gefahr, vom einen Pol der affirmativen Haltung gegenüber dem Erklärungsmodell direkt in eine Haltung radikaler Ablehnung bis hin zum Negieren der Existenz der Dissoziativen Identitätsstörung zu geraten. Damit schreibe sich die Polarisierung des Diskurses jedoch nur fest und es brauche differenziertere Positionen.

> **Frau F, Fachperson:** Und als ich auf dem Forensikertagung war, habe ich ja zufällig am ersten Tag (..) neben einer von der Organisation B gesessen, (.) die für die Psychiatrie B zuständig war (.) Und die hat beim Kaffee ein bisschen was erzählt dass sie von dem Satanic Panic/ weil ich mich geoutet hatte [...] und hat gesagt, dass sie ja da auch Fälle hatten [...] und ich habe ja dann auch die (.) Angehörige A kennengelernt (.) mit der bin ich per Du ich bin in der Szene jetzt komisch (.) es läuft so muss ich aufpassen, dass ich nicht in die nächste Szene reingerate (IV5, Z. 885-895)

9.7.1.2 Professionelle Positionierungen zwischen tiefer Immersion, Ablösung und reflektierter Zurückhaltung

> – Also [...] ich fand immer, das war so eine bestimmte Haltung, die man hat, also dass man auch die dann ganz schrecklich schützen muss und dann über seine Grenzen weggeht, obwohl man es bei anderen Fällen gut [...] kann. (IV17, Z. 253-255) –

Die Fachpersoneninterviews machen darüber hinaus sichtbar, dass sich auf professioneller Seite deutlich unterschiedliche Positionierungen im Umgang mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung rekonstruieren lassen. Dabei bilden IV5 mit Frau F und IV11 mit Frau L den schärfsten Kontrast. Beide Interviews verweisen darauf, dass sich Fachpersonen über Jahre in einem Deutungszusammenhang bewegen können, in dem »rituelle« bzw. organisierte Gewalt, Persönlichkeitsanteile, »Täterloyalität« und besondere therapeutische Vorgehensweisen eng miteinander verschränkt sind. Der Unterschied liegt jedoch darin, dass Frau L in diesem Deutungszusammenhang verbleibt und ihn weiter ausarbeitet, während Frau F sich aus einer solchen Position herausgelöst hat und sie rückblickend kritisch reflektiert. Gerade diese Kontrastierung macht einen zentralen Zusatzbefund sichtbar: Auch aufseiten professioneller Akteur*innen lassen sich unterschiedliche Grade der Immersion in das Erklärungsmodell rekonstruieren.

Der Bericht der Interviewpartnerin Frau L ist charakterisiert durch eine unerschütterliche, tiefe professionelle Immersion in das Narrativ »Rituelle Gewalt« und die damit verbundenen Prämissen sowie das sich daran anschließende Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, das in Behandlungen wirksam wird. Im Interview lässt sich rekonstruieren, dass diese Position nicht nur auf der Zustimmung zu einzelnen

Annahmen beruht, sondern auf einer über Jahre gewachsenen, in sich geschlossenen therapeutischen und theoretischen Binnenlogik. »Rituelle« bzw. organisierte Gewalt, Dissoziative Identitätsstörung, abgespaltene Persönlichkeitsanteile, »Täterloyalität«, »Programmierung« und besondere therapeutische Vorgehensweisen erscheinen bei Frau L als eng aufeinander bezogene Elemente eines konsistenten Deutungszusammenhangs. Kennzeichnend ist dabei nicht nur, dass sie dieses Modell vertritt, sondern dass sie sich in ihm mit hoher Selbstverständlichkeit bewegt und es aus einer langjährigen Praxisperspektive heraus fortlaufend differenziert und weiter ausarbeitet. Das Interview verweist damit auf eine professionelle Position, die die Voraussetzungen, Begrifflichkeiten und Problemdeutungen von Narrativ und Erklärungsmodell dauerhaft eingerichtet hat.

Besonders aufschlussreich ist zunächst die von Frau L geschilderte Genese dieser Position. Sie rekonstruiert ihre erste Patientin mit Berichten über »rituelle Gewalt« als biografisch und professionell prägende Schlüsselerfahrung. Ausgehend von Schilderungen extremer Gewalt, ritualisierter Praktiken und lokaler Täterstrukturen beschreibt sie ihr anfängliches Nichtverstehen, das in eine gezielte Suche nach Deutungsangeboten übergeht: Sie konsultiert einschlägige Literatur, sucht den Austausch mit einer externen Referenzperson, die sich vor allem mit Satanismus auskennt, und erhält von dort Erklärungen für das, was sie zunächst nicht einordnen konnte. Aus dieser ersten Begegnung mit einer Betroffenen »ritueller Gewalt« entwickelt sich im weiteren Verlauf ein professioneller Lern- und Gewissheitsprozess der Therapeutin, zulasten einer Haltung der Offenheit. Frau L beschreibt, dass der Prozess eine Art des Hineinwachsens war, in dem Patient*innen sie fortgebildet hätten. Gerade diese Selbstbeschreibung ist analytisch bedeutsam: Das Wissen über »rituelle Gewalt« erscheint hier nicht als kritisch distanzierte Hypothese, sondern als Erfahrungswissen, das aus Patient*innenkontakten, Fortbildungen, Publikationen und einem sich allmählich entwickelnden Expert*innenkreis nach und nach verdichtet wird.

Im weiteren Verlauf des Interviews wird deutlich, dass diese Immersion über die Anerkennung einzelner Gewalterfahrungen hinausgeht. Frau L übernimmt zentrale Prämissen des gesamten Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation. Sie spricht von wiederkehrenden »Grundprinzipien«, die »immer gleich« abliefen, von bestimmten Gruppierungen und Lebensphasen, in denen bestimmte Dinge geschähen, von typischen inneren Rollen wie Opfer-, Helfer-, Täter-identifizierten oder »Lebensbewahrer«-Anteilen sowie von komplexen inneren Hierarchien, »Programmierungen« und Systemlogiken. Es besteht die Gefahr, dass neue Fälle vor diesem Hintergrund nicht mehr offen exploriert, sondern anhand bereits bekannter Muster gelesen werden. Wenn Frau L formuliert, sie könne bei manchen Patientinnen »ungefähr denken«, worum es gehe, oder dass sie im weiteren Verlauf »immer mehr verstanden« habe, verweist dies darauf, dass Narrativ und Erklärungsmodell bei ihr den Status eines vorgeordneten Erkennungsschemas erhalten. Gerade darin zeigt sich die Tiefe der Immersion: Das Modell dient sowohl dazu, Erzähltes zu deuten; es bewertet darüber hinaus bereits im Vorfeld, was als bedeutsam, typisch und erwartbar erscheint.

Zugleich positioniert sich Frau L nicht nur als Teil eines affirmativen fachlichen Zusammenhangs, sondern auch als dessen aktive Mitgestalterin. Sie berichtet von eigenen Publikationen, Fortbildungen, Workshops, Supervisionen und fachlicher Vernetzung. Mehrfach wird deutlich, dass sie sich nicht bloß in einem spezialisierten Kreis bewegt, sondern selbst zu dessen Reproduktion beiträgt. Ihre Aussagen zu Symposien und Workshops sowie ihre Rolle als Supervisorin und Fachbuchautorin eines zentralen Werkes zum Thema »Rituelle Gewalt« machen deutlich, dass sie über den erwähnten spezialisierten Kreis hinaus eine wahrgenommene Akteurin ist. Das ist für die Ergebnisdarstellung wichtig, weil sich an IV11 mit Frau L nicht nur individuelle Überzeugtheit, sondern auch die professionelle Zirkulation und Stabilisierung des Narrativs beobachten lässt.

Gerade vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, wie Frau L methodische Vorsicht, offene Fragen und ethische Reflexion in ihre Position integriert. Sie betont wiederholt, Therapeut*innen dürften keine Inhalte vorgeben, müssten vorsichtig fragen, sollten keine ausgiebige Psychoedukation betreiben und Menschen nicht zu etwas drängen, woran sie sich nicht erinnern wollten. Das gesamte Interview- und Dokumentenmaterial, das der Studie zugrunde liegt, deutet nicht auf böswillig agierende Therapeut*innen hin, die Patient*innen absichtlich etwas »einreden« oder ihnen schaden wollten. Im Gegenteil, Frau L weist einen solchen Suggestionsvorwurf ausdrücklich zurück und hält ihn nur dann für plausibel, wenn Therapeut*innen geradezu sadistisch handeln würden. Darin liegt ein analytisch aufschlussreicher Punkt, denn das Interview zeigt zugleich, dass die Gefahr therapeutischer Einflussnahme von Frau L ausschließlich als Frage absichtsvoller, grober Suggestion verstanden wird. Für subtilere Formen der Suggestion, die sich aus einem bereits stark vorstrukturierten Erwartungshorizont, aus besonderem Interesse an bestimmten Inhalten, aus der Verdichtung von Fallparallelen oder aus einem impliziten Mitwissen der Therapeut*in ergeben können, bleibt in ihrer Reflexion kein Raum. Genau hierin liegt eine zentrale therapeutische Problematik. Auch wenn Frau L auf offene Fragen und Vorsicht insistiert, bewegt sich dieses Fragen nicht in einem theoriefreien Raum. Vielmehr ist es in ein stark vorausgesetztes Modell eingebettet, das bereits festlegt, welche Symptome als Hinweis auf verborgene Gewalt gelten können, welche inneren Dynamiken zu erwarten, wie Abwehr oder Zweifel zu interpretieren sind und welche Muster sich zwischen Fällen wiederholen. Wenn Frau L etwa ausführt, bestimmte Symptomkonstellationen ließen zumindest vermuten, »dass da was war«, oder sie könne bei neuen Patient*innen anhand von Parallelen zwischen Fällen ungefähr einschätzen, worum es gehe, wird sichtbar, dass sie mit einem in gewissen Teilen bereits festgelegten Vorverständnis an Erzählungen von Patient*innen herangeht. Die therapeutische Gefahr liegt dann nicht primär in direkter, absichtsvoller Suggestion, sondern in einer epistemisch vorgeprägten Art von »Offenheit«: Eine Frage an sich mag offen formuliert sein, aber innerhalb eines Deutungsrahmens, der stark beeinflusst, was überhaupt als plausibel, anschlussfähig und erwartbar gilt.

Hinzu kommt, dass Frau L die Arbeit mit diesen Patient*innen in einer Weise beschreibt, die auf eine ausgeprägte Schutz- und Rettungsorientierung verweist. Bereits im ersten Fall schildert sie, dass sie die Patientin nach Sitzungen lange in der Praxis bleiben ließ, besondere Arrangements ermöglichte, sich um Vermittlungen bemühte und lange nach Beendigung der Therapie Kontakt hielt. An anderen Stellen spricht sie explizit davon, dass sie »solche Menschen« schützen wolle, dass ein starkes moralisches und Gerechtigkeitsempfinden mitspiele und dass Therapeut*innen leicht in die Vorstellung geraten könnten, nun etwas tun und eingreifen zu müssen. Die Auswertung weist darauf hin, dass der Behandlung nicht böswilliges therapeutisches Handeln zugrunde liegt, sondern eine Konstellation, in der hochgradig hilflos erscheinende Patient*innen und ein starker therapeutischer Schutzimpuls aufeinandertreffen. Gerade aus dieser Konstellation kann ein überengagiertes Helfen hervorgehen, das subjektiv fürsorglich und ethisch motiviert ist, zugleich aber das Risiko birgt, die Plausibilität des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zu stabilisieren, seine Voraussetzungen nicht mehr grundlegend zu hinterfragen – und damit Offenheit zugunsten von Determiniertheit aufzugeben. Diese Dynamik zeigt sich auch daran, dass Frau L selbst dort, wo sie Grenzen, Vorsicht und ethische Zurückhaltung betont, innerhalb des Modells verbleibt. So schildert sie zwar einzelne Fälle, in denen sie einer Patientin gerade keine »rituelle Gewalt« zuschreibt oder Diagnosen differenziert. Diese Passagen zeigen, dass sie nicht unterschiedslos jede Symptomatik in das Narrativ einordnet. Gleichwohl ändert dies nichts an der grundsätzlichen Struktur ihrer Position: Das Erklärungsmodell selbst wird nicht relativiert, sondern als differenziert genug dargestellt, um auch Grenzfälle, Fehldeutungen und komplexe Verläufe intern zu verarbeiten. Zweifel, Ambivalenzen und Gegenfälle führen somit nicht aus dem Modell heraus, sondern erscheinen als Anwendungsprobleme innerhalb desselben.

Besonders deutlich wird die tiefe Immersion schließlich im Umgang mit Kritik. Frau L weist Kritik am Narrativ »Rituelle Gewalt«, an therapeutischer Suggestion, an einschlägigen Fortbildungen sowie an Untersuchungsberichten, die Fehlbehandlungen feststellen, pauschal zurück. Fehlende Beweise erscheinen ihr nicht als ernsthafter Einwand gegen das Modell, sondern als strukturelles Charakteristikum des Gegenstands: Täterkreise seien schwer nachweisbar, Betroffene nicht aussagefähig, Beweise verschwänden, und Kritiker*innen unterschätzten die Realität des Phänomens oder handelten aus problematischen Motiven. Auch Zweifel von Patient*innen, die äußern, sie hätten sich »alles nur ausgedacht«, werden nicht als möglicher Anlass verstanden, das therapeutische Interpretationsmodell grundsätzlich zu revidieren. Solche Zweifel werden als Ausdruck von Angst, innerer Abwehr, Tätereinfluss oder Indoktrination gelesen. Hierin zeigt sich die Immunisierung gegen Kritik, die darin besteht, Gegeninformationen, Zweifel und fehlende Bestätigungen innerhalb der bestehenden Deutungslogik zu verarbeiten und damit unschädlich zu machen.

Die nachfolgenden längeren Passagen aus dem Interview mit Frau L geben Einblick in die Binnenperspektive dieser professionellen Position. Sie zeigen erstens die bio-

grafisch und therapeutisch prägende Erstbegegnung mit einer Betroffenen »ritueller Gewalt«, zweitens die Herausbildung eines übergreifenden Musterwissens, drittens die Verbindung von methodischer Vorsicht, ethischem Anspruch und theoretischer Vorstrukturierung sowie viertens die modellinterne Verarbeitung von Zweifel und gegenläufigen Informationen. Gerade in dieser Zusammenschau wird die tiefe professionelle Immersion von Frau L in das Narrativ »Rituelle Gewalt« und seine Prämissen besonders deutlich.

Frau L, Fachperson: Und dann war ich aber in Stadt B niedergelassen und da tauchte meine erste Betroffene [ritueller Gewalt] auf, ohne dass ich das wusste. [...] Da ging das eigentlich schon los. Jaja, (.) weil mit Frauen, die auch (.) sexuelle Gewalt erlebt hatten, war ich schon viel in Kontakt. (..) Und auch durchaus schwere Gewalterfahrungen in der Kindheit, in den Familien. Inzest, das kannte ich schon, (.) aber das kannte ich natürlich nicht. Und das war eine junge Frau, die war damals 21. [...] also die hat mir sämtliche Daten freigegeben, hieß Patientin A (.) und hat (.) sich selber aus der Psychiatrie Stadt F entlassen. Mit ganz viel Mühe, weil die da eigentlich schon Langzeit eingesperrt werden sollte. Anders kann ich das gar nicht benennen. Angeblich mit Psychose. (.) Und sie war völlig gestresst. Die war außer sich ganz oft hoch angespannt, hatte eine wahnsinnige Panik, aber ist regelmäßig in die Therapie gekommen und (.) sie hat die Kriterien der Psychose nicht erfüllt. Ganz einfach nicht, (.) wo ich sagte das ist keine Psychose, das ist eine Panikstörung, das ist eine Sozialphobie. (.) Die war wahrscheinlich auch depressiv, die hatte psychosomatische Probleme, die hatte eine Essstörung, die war magersüchtig. Und dieses ganze Konglomerat, und die hat dann irgendwann einfach angefangen, mir was zu erzählen und hat dann Dinge aus dem Alltag in der Familie erzählt, die ich noch nicht gehört hatte. (.) Und sie hat eben auch auf bestimmte Geräusche reagiert, dass manche Sachen vergisst man ja nicht. Dann ging die Waschmaschine im Haus an [...] Und (.) dann ging die Waschmaschine an und sie hatte sie wurde völlig panisch, völlig erstarrt. (.) Und ich habe dann gesagt, was ist denn? Und dann, Waschmaschine. Und dann habe ich gefragt, was denn mit der Waschmaschine ist und hat sie das mühsam wirklich wort/brockenweise rausgebracht, dass der Vater sie als Kind in die Waschmaschine eingesteckt hat und angestellt hat. (.) Und heute kann man das jetzt unter Konditionierungsprozesse fassen und verstehen. Aber ich habe das damals überhaupt nicht verstanden.
Dann hat sie Dinge erzählt, wie, dass sie dann die Penisse von Schweinen essen musste, die er geschlachtet hatte und solche Dinge, dass er eine Kreissäge auf dem Hof stehen hatte, man gedroht hat, ihr Gliedmaßen abzusägen. (.) Also, ich verschone sie mit vielen Details. Das muss nicht sein. Aber das waren so die Dinge, die ich nicht verstanden habe. Und (.) sie wollte ihn auf keinen Fall anzeigen. Das hatte sie schonmal versucht und ihr ist nicht geglaubt worden. Und dann ist sie wieder in der Psychiatrie gelandet (.) und ihre Geschwister waren auch schwer gestört (.) und sie hat dann einfach irgendwann hat sie auch gesagt, ob ich wüsste, was ein Pentagramm ist, habe ich gesagt, weiß ich nicht. Keine Ahnung. Und dann hat sie mir das auf dem Arm gezeigt. Hat gesagt, das will sie sich noch wegmachen lassen. Ich sag, wieso ist doch ein netter Stern? (.) Nein. Und dann

hat sie angefangen von Ritualen zu erzählen. Im Wald, das war in der Nähe von Stadt B, in einem Ort, der wohl ziemlich (.) besetzt war von Tätergruppen. Sie hat mir auch noch Namen genannt, von Leuten, die auch in der Kleinstadt involviert sein sollten. Ich habe neulich noch die alte Liste gefunden, weil ich jetzt anfange zu schreddern. Das ist ganz interessant. Die leben wahrscheinlich alle gar nicht mehr, weil die inzwischen die waren ja alle schon älter als ich damals. (.) Und (.) dann hat s/ dann waren das Sachen, wie das wirklich hochgradig sadistisch Kinder gequält und umgebracht wurden. (.) Und es wirkte gar nicht so, wie Satansanbetung im Sinne einer Ideologie, sondern eher total sadistisch. Und (.) ich wusste einfach nicht, was das ist.
Und dann habe ich geguckt, was gibt es denn dazu? Und da gab es das Titel Buch Y schon von den beiden Brüdern Personen XY. (.) Und dann habe ich geguckt, wie ich an Person I rankomme, habe den angerufen und habe gefragt, was machen die da? (.) Und der ist auch ein paar Mal gekommen und hat sich auch mit der Klientin unterhalten. Es gab auch so ein paar kleine Fernsehbeiträge damals auf Fernsehsender A war der tätig. Die gibt es glaube ich, alle gar nicht mehr. (.) Und der hat mir dann solche Hintergründe erklärt. (..) Genau. Und dann (.) habe ich versucht, irgendwie mit ihr zu arbeiten. (.) Ich bin im Nachhinein auch sicher, dass sie da nie rausgekommen ist. Wirklich. (.) Also es waren ja auch so Gedanken, wie was man ja erstmal im Alltag denkt, man muss die Menschen schützen. (.) Das heißt, ich habe sie manchmal ganz lange auch noch in der Praxis bleiben lassen, damit sie erstmal sich wieder beruhigen konnte. Sie am Ende von so einem Tag genommen, weil da hatte ich nur einen Praxisraum. (.) Hier ist das auch über Jahre noch gelaufen, dass die im Warteraum dann warten konnten bis sie wieder orientiert waren, nach Hause gehen konnten. (.) Habe versucht, sie zu Ärzten vermitteln, denen ich vertraut habe, wo sie dann nicht hingehen konnte und immer nur zu denen, zu denen sie immer schon gegangen war. Also insgesamt waren das glaube ich, zehn Jahre (.) und das ist so in so einen Erstlingsfall. Ich habe einfach versucht zu verstehen. (.) Und sie hat mir eigentlich auch keine Zusammenhänge erzählt, sondern es ging einfach um diese Grausamkeiten und um diese Abkehr von der Familie, die sie immer abgefangen hat, unter Druck gesetzt hat. (..) Sie hat dann eben auch noch von Schule erzählt, wo der Rektor dann (.) sie auch rausgerufen hat und sie nochmal bestraft hat, auf üble Weise. (..) Dann ging es auch noch um eine Institution, in der sie als Kind gewesen war. Die sind ja zum Teil aus der Familie rausgenommen worden, weil das so sehr desolat da zu Hause war, aber wieder zurückgebracht. (.) Habe da auch versucht mit einer Jugendamtsmitarbeiterin zusammenzuarbeiten, was mit einer auch ganz gut ging und ein anderer, da ging das überhaupt nicht. (.) Also was man dann so erstmal überhaupt nicht versteht. (.) Und warum dann manche eben Täter schützen. (.) Das ist ja heute eine gute Frage. Ne? Mit der kann man sich mal beschäftigen. Es ist ja auch schwer, sowas zu glauben und das als Realität irgendwie in unserer Gesellschaft (.) wahrhaben zu wollen (.) oder können. Ne, (.) und (..) also ich bin dann irgendwann ja auch umgezogen und dann habe ich sie woanders hin vermittelt, weil es mir einfach auch viel war. Das, was sie nicht geschafft hat, ist von ihrer Schwester sich abzuwenden. Die hatte auch zwei Kinder

und sie war eben Patin von den Kindern und sie hat versucht diese Kinder zu schützen. Dass man das mit dem jetzigen Wissen nicht mehr für realistisch halten konnte, wusste ich auch alles nicht. (.) Als sie/ sie ist selber umgezogen, dann auch von Stadt B weg, das war gut. Und dann zog die Schwester aber hinterher. (.) Ja, und das war, wann war denn das, da war ich schon in Stadt D, das muss (.) 2008 vielleicht gewesen sein. Da hatte ich sie nochmal am Telefon und sagte, ob ich zu ihr käme (.) und ob ich sie noch einmal besuchen würde. Sie hatte Krebs, würde bald sterben, (.) und da war ich hin und hergerissen. Mach ich das? Und ich bin hingefahren. Ich kann das dann nicht nicht tun. (.) Und da habe ich zum ersten Mal sämtliche Persönlichkeiten gesehen, die haben sich reihenweise verabschiedet. Ich hatte die vorher nie gesehen. (...) Und das war (.) also, dass sie eine multiple Persönlichkeitsstörung das war/ hieß ja damals so, man konnte ja auch das Buch von Person J lesen, das Erste 95, (.) sie kam 91 zu mir. Ne? (..) Das das war für mich sehr beeindruckend. Und die haben sich bedankt, obwohl ich die nie gesehen hatte. Und sie ist sehr im Frieden gestorben. Sie hat mich gefragt, (.) sterben wir alle gleichzeitig? Kommen wir zusammen, wenn wir sterben? (.) Und, habe ich gedacht, ich glaube schon. Weil sie ja auch durch Nahtoderfahrungen und fast tot sein auseinandergefallen sind. Das hat sie sehr beruhigt. Und irgendwann kriegte ich eine Nachricht dann von ihrem Mann. Die hat später auch noch geheiratet. (.) Wie weit der involviert war, das weiß ich natürlich jetzt auch nicht, aber (.) also sie hat irgendwo so ihren Weg gefunden und hat ein eigenes Haus nachher gehabt und (.) einen kleinen Hund, was sie immer haben wollte. Also ich glaube, eine Verbesserung der Lebensqualität hat es auf jeden Fall gegeben. (V11, Z. 242-303)

Na ja, und irgendwie haben die Frauen immer mehr erzählt und ich habe immer mehr verstanden. Also das Buch von Person J fand ich, (.) insofern ganz gut, als das Thema bestand, aber ich fand es sehr schwierig, es zu lesen. Und würde so was selber nie schreiben. Mit so vielen Details und (.) also mit so viel erschrecken müssen. Das ist ja vielleicht auch bei ihr eine Frage. Man muss es ja auch inzwischen historisch über die Zeit betrachten. Auch eine Form von Entlastung gewesen, das weiß ich nicht, aber das fand ich nicht so günstig. Und ich habe immer versucht, auch in Fortbildungen und und Supervision niemals Details zu benennen, (.) wenn ich nicht unbedingt gefragt wurde. Und auch in Fortbildungsgruppen. Wenn jemand das so alles genau wissen will, dann frage ich auch noch mal die anderen und ansonsten muss jemand mich in der Pause dann fragen, (.) weil der Schock ist einfach da und das weiß ich aus der Erfahrung. (.) Und ich habe mich mit der Zeit gewöhnen. Das ist erstaunlich, wie man habituieren kann (.) und (..) aber das alles, wenn ich vorher gewusst hätte, weiß ich nicht, ob ich es nochmal machen würde. (.) Wahrscheinlich komme ich aus meiner Haut nicht raus und würde es auch wieder tun. Und mit solchen Kollegen und Kolleginnen habe ich ja auch immer zu tun. Ich frage die das aber am Anfang von Fortbildung auch immer, ob sie sich sicher sind und wenn sie das doch lieber unterbrechen wollen und ist nachher auch nicht machen möchten. Keine Frage, das ist so schwer, das muss man wirklich sich gut überlegen. Und manche Menschen sind hochsensibel und merken ganz viel, aber können

das überhaupt gar nicht tragen. (..) Na ja, und mit der Zeit lernt man auch. Also ich habe das zumindest gelernt. Ich kenne auch andere, die das inzwischen so erleben, dass man das innerlich ausbalancieren kann (.) also, dass man emotional beteiligt sein kann, aber so viel Distanz dazu hat. Vor allen Dingen, wenn man so viel schon weiß, was die, was die erleben. (.) Weil irgendwo gibt es (.) bestimmte Grundprinzipien, die laufen immer gleich ab. Es gibt in bestimmten Gruppierungen bestimmte (.) Lebensphasen, in denen die bestimmte Dinge machen (.) und das, wenn man dann so eine Gruppierung, also wenn man in einem Raum lebt, hat man doch eher mit einer bestimmten Gruppierung zu tun. (..) Nicht nur, aber (.) es gibt einfach Parallelen, die man dann zwischen den Fällen merkt. (.) Und manchmal sage ich, Sie müssen das jetzt nicht erzählen, Sie dürfen, wenn Sie sich entlassen wollen, aber ich kann mir ungefähr denken, um was es geht. (.) Und dann zeigt sich ja im weiteren Verlauf der Stunde auch, ob man da mit der Vermutung richtig gelegen hat. (...) Was lernen/ (.) was ich lernen musste, was aber gefühlsmäßig von Anfang an da war, (.) war ein Unterschied zu entwickeln zwischen, (.) was ist Psychoedukation (.) und wo ist sie richtig und wo nicht. (.) Also das, glaube ich, ist ein wichtiger Punkt. Das versuche ich auch in Fortbildungen immer wieder zu vermitteln und auch in Supervision nochmal zu sagen, weil wir haben Vorschriften, dass wir Psychoedukation machen müssen. Wenn man von dem Thema was weiß, kann man anhand bestimmter Symptome zumindest vermuten, dass da was war. Das ist wie bei sexuellem Missbrauch. Es gibt gibt ja keine spezifischen. Ich weiß auch nicht, ob es jemals welche geben wird, aber es gibt eine Ansammlung verschiedenster Symptome, die ungewöhnlich sind (.) und wo man dann hinterfragen kann. Da gibt es zum Beispiel im Fragebogen zur dissoziativen Störung so ein paar Items. Wenn die angekreuzt werden, dann frage ich, was meinen Sie damit? (.) Was verstehen Sie darunter? Was für Situationen haben Sie erlebt, wo Sie das jetzt beschreiben würden? Und dann kann man manchmal nachfragen. (.) Also das ist so meine Strategie, (.) wo dann entweder was kommt oder nicht (.) oder wo auch eine Abwehr kommt. (..) Also, und (.) wenn diese Abwehr kommt, muss man einfach sehr vorsichtig sein, dass man kann Menschen, wenn sie/ das geht jetzt ja um nicht nicht erinnerte [...] Und das hat man ja bei den hochgradigen dissoziativen Störungen hat man das ja, dass bestimmte Dinge einfach abgespalten sind und bei anderen Persönlichkeiten gespeichert sind bzw. die das anderen abgenommen haben. Und diejenigen, die in der anfänglichen Situation waren, das gar nicht erlebt haben und die Erinnerungen dann bei anderen liegen. (.) Man greift mit zu vielen konkreten Fragen praktisch in den Menschen rein emotional und das sollte man nicht machen. (..) Man sollte auch keine Psychoedukation machen, also allenfalls zu Traumafolgestörungen, (.) wenn man die eben ja auch nachweisen kann. Beziehungsweise die Leute kommen ja in der Regel mit Symptomen, die zu Traumafolgestörung passen. Das haben wir bei Mono-Trauma genauso, wie bei Komplex-Trauma oder bei hochgradigen dissoziativen Störungen. Die erzählen ja was von Erinnerungslücken oder Ähnlichem. Ja, wenn die nur wegen einer Depression kommen, dann behandelt man eine Depression und dann kann es sein, dass noch was kommt. Aber das weiß man selber vorher ja auch gar nicht. Ja, (.)

also man muss wirklich vorsichtig sein. Das habe ich in unserem Buch, also Therapiebuch, was ja ich mit Person K und Person L zusammengeschrieben habe, auch immer wieder betont, wie vorsichtig man da sein muss (.) und (.) dass man eben auch keine ausgiebige Psychoedukation machen kann mit all dem, was man weiß. Und je mehr man sich mit dem Thema beschäftigt, je mehr man mit Betroffenen arbeitet, desto mehr weiß man natürlich auch, desto konkreter könnte man fragen. Aber muss man nicht und sollte man nicht. Also ich glaube, das ist wirklich ganz wichtig. Und da könnte ich auch mit den Aussagepsychologen auf einen Nenner kommen, dass man offene Fragen stellen sollte und auf keinen Fall was anderes. Ja, (.) das ist für mich auch eine ethische Frage. Aber das ist manchmal auch nicht so leicht, wenn Menschen wissen wollen, was sagen Sie denn? Ne? (.) Fällt mir eine ein, die sagte/ die war ziemlich überzeugt, dass sie rituelle Gewalt erlebt hat hatte, weil es ihr einfach schlecht ging. (.) Im Grunde war das nachher eine ausgeprägte dissoziale Persönlichkeitsstörung. Die hat ganz viel Gewalt in der Kindheit erlebt. Die ist vom Vater praktisch zur Prostituierten gemacht worden und ist dann gleich an die nächsten Zuhälter weitergegeben worden mit 16, die hat bis über 50 in der Prostitution gearbeitet, war knallhart vom Typ her und schwierig zu nehmen, aber da war nichts mit ritueller Gewalt. (.) Das war ihr schwer zu vermitteln. (.) Aber das macht man eben auch mit Fragen (.) ganz vorsichtig. Und wir konnten uns ganz gut drauf einigen, nachher am Ende, dass das eine Bindungs- und Beziehungsstörung war. (.) Ja. Also es gibt so viele Kombinationen von von Problemen, die Menschen so herbringen in so eine Praxis, dass man einfach sorgsam sein muss. Und (.) die Supervisanden, die bei mir bisher waren, waren das auch. Die waren eher unsicher, die waren eher fragend. (.) Also ich habe, (.) ich wüsste mich nicht zu erinnern, dass ich jemand erlebt habe, der da drauf losgerannt ist und gesagt hat, so, (.) ich weiß, dass das bei Ihnen so ist. (...) Ich kann es mir auch schlecht vorstellen, weil ich irgendwie auch denke, was soll man denn (.) selbst wenn man schon so viel gehört hat, wozu sollte man jemandem das (.) vorgeben wollen? Also dieses Suggestionsfrage, (.) warum sollte man das tun? Da müsste man ja richtig sadistisch sein, dass man die Menschen damit belasten möchte mit etwas, was er gar nicht kennt (.) oder dass man (.) etwas sagt, wo die sofort sich erinnern müssen und dann können sie nicht mehr entscheiden, ob sie sich überhaupt erinnern wollen. (..) Also es sind viele ethische Fragen, die da (.) die da für mein Empfinden mit reinspielen. (.) Gut, beruflicher Werdegang. (...) Naja, ich bin ja in der Selbstständigkeit auch geblieben und bin in die Fortbildung und auch Supervisionen gegangen. Das waren aber immer Anregungen erstmal von außen, (.) also das, was wirklich Eigeninitiative war. Das war das erste Buch. (IV11, Z. 340-436)

Also die erfolgreichen Fälle, das kann ich sogar ein bisschen verallgemeinern. (.) Da hat einfach dieser Coachingprozess funktioniert. (.) Und die grundsätzliche Bereitschaft (.) des Menschen selber, so wie er auf die Welt gekommen ist, keine Gewalt zu mögen, (.) war hilfreich. (...) Das heißt, das ist eine Strategie, die ich irgendwann (unv.) drauf gekommen, dass ich sage auch in den höchstrangigen, täterloyalen Persönlichkeiten ist der Kern noch ein Stückchen drin. (.) Also die Kernqualität, wie das Kind mal auf die

Welt gekommen ist, das hat ganz oft ganz gut gewirkt. (.) Also da war es möglich, dass die vorderen Persönlichkeiten, die in die Therapie kommen, bereit waren, nach Innen zu fragen, (.) sich mit dem auseinanderzusetzen, was dann kam. (.) Also erstens die Opferpersönlichkeiten, was die denen abgenommen haben, was die erlitten haben, (.) sich damit auseinanderzusetzen, sich Fragen zu stellen wie passt das eigentlich in meine AutoBiografie rein? Das ist für viele von Persönlichkeiten sehr wichtig gewesen, (.) sich an eigene Traumata zu erinnern, weil die waren ja irgendwann auch mal betroffen. (.) Dann zu gucken, sich von diesen Wächtern nicht abschrecken zu lassen, (.) Kontakt zu suchen zu denen, (.) die sie verachten. Die Programmierer verachten die vorderen Persönlichkeiten, diese Schwächlinge da vorne, die wissen gar nicht, wie gut es denen geht. (.) Ja? (.) Was wir denen alles abgenommen haben. Und darum behandeln wir die jetzt auch so! Also diese ganze hierarchische Struktur, die in Täterkreisen ist, bildet sich ja in den Systemen auch ab. Und (.) sich denen zu stellen, mit denen ins Gespräch zu gehen, (.) was ganz wichtig immer war, (.) sind die kindlichen Persönlichkeiten nicht zu unterschätzen. Also freundliche Menschen, wenn die Front-Persönlichkeiten freundlich sind, die versuchen immer die Kinder zu schonen. (.) Ist prinzipiell ja auch nett, aber das sind meistens die Persönlichkeiten, die nicht so weit entwickelt wurden, weil sie zu gefährlich für die Täter wurden nach meiner Erfahrung. (.) Und von daher manchmal so viel Wissen haben, so viel beobachtet haben und auch viel/ (.) also die können viel mehr aushalten und die kennen ja aus denen wurden ja immer auch andere weiterentwickelt, ne? Also abgespalten, weiterentwickelt. Die kennen ja auch ein paar andere und die Kinder werden immer unterschätzt. Die können sich im System oft bewegen, das heißt, die können Kontakte aufnehmen. (..) Eine, die kann das war dieselbe mit Gut und Böse, die sagte, mich fragt ja keiner, ich weiß das ja, warum fragen die mich eigentlich nicht? Und dann und dann wurde sie mehr gefragt. (.) Das war richtig gut (.) so, und dann müssen natürlich am Ende alle mitmachen. (.) Das ist wichtig. Und da landet man natürlich auch bei Persönlichkeiten, die gar nicht mehr existieren wollen, die wirklich sterben wollen, also die hochgradig suizidal sind. Und wenn man erfährt, was die erlebt haben, versteht man das auch. Also ich verstehe das menschlich, dass die nicht mehr leben wollen (.) und die dann aber zu überzeugen, dass sie zumindest so weit mitmachen, dass die Kinder weiterleben können. (.) Also das ist (wie?) dieses Coaching, diese Verbindung, das Verständnis füreinander aufzubauen. Und wenn die das einigermaßen hinkriegen und alle mitmachen und keiner mehr dahin geht, (.) dann klappt das. (.) Und das ist halt ein irrer Prozess, weil da so viele Traumata bearbeitet werden müssen. Man muss gucken, das sind ja meist die Traumata, wo sich die Persönlichkeit dann auch getrennt wurden, (.) dass die bearbeitet werden können und wenn die, die abgelöst wurde, zuerst traumatisiert wurde und dann kam die nächste. Wenn die bereit ist, das zu bearbeiten, ist das eine Mutprobe sondergleichen. Da kriegen viele auch im hinteren Bereich Hochachtung vor der. Also wenn das klappt, ist das gut, sonst hilft es, wenn die danach das macht und die aber wieder einbezogen wird. Also man muss die Vorderen mit einbeziehen. Auch ein Fehler, den manche machen, weil da andere Persönlichkeiten kommen die arbeiten

wollen. (.) Und wenn die Vorderen aber nicht mitmachen, klappt das auch nicht. Die sind für den Alltag total wichtig. Also eigentlich immer, dass das zusammenkommt (.) so und alle müssen mitmachen. Wenn da Wichtige nicht mitmachen, klappt es nicht. (..) So, das ist ein wichtiger Punkt, glaube ich. Und dafür braucht es eben diese Beziehung und auch einen Menschen, der fair ist, der authentisch ist, der glaubhaft ist, der vertrauensvoll ist, der ehrlich ist, (.) der nicht weggeht, (.) außer er hält es nicht mehr aus. Das muss man vorher auch klar machen, dass man nicht alles mitträgt, unter Umständen, dass man das nicht genau weiß, was man vorher besprechen muss. (.) Also ich habe eine Sache mitgetragen im Nachhinein. Ich wusste es nicht. Das werde ich nicht erzählen. (.) Ganz furchtbar. Das habe ich zum Glück nicht nochmal erleben müssen. Wo ich im Nachhinein sagen würde, das hätte ich mit einigen ganz anders aushandeln müssen. Wusste ich aber nicht. (.) Ich habe dann den Effekt begleitet. Ich habe sie nicht allein gelassen damit. (IV11, Z. 1200-1258)

Nee, vorgeworfen nicht. Hm (verneinend). Nee, aber so was hat es natürlich gegeben, dass die dann einfach zurückgeschreckt sind und gesagt haben, ich habe mir das alles nur ausgedacht, (.) das kann nicht sein. (.) So was lasse ich dann stehen, das respektiere ich. Also warum soll ich, wenn jemand ich vermute Angst dahinter, da weiter zu gucken, warum sollte ich dann sagen, aber wir haben doch und (..) das, ich sage, na ja, haben Sie das gut geprüft? Haben Sie das gut geprüft? [...] Das kann zwischendurch auch mal auftauchen. Ja. Und dann reagiere ich genauso. Und dann kann es sein, dass jemand in der nächsten Stunde wiederkommt und sagt (.) ihr, der oder der hat mir auch noch was gesagt, ich (.) muss das wohl glauben. (..) Na ja, und da ist eben die Erfahrung auch, dass man so oft solche dann Situationen geschildert kriegt, wo man weiß, das sind so bestimmte Vorgehensweisen. Es gibt so bestimmte, in bestimmten satanistischen Kulten bestimmte Knoten-Traumata, also bestimmte Traumatisierungen, die in einem bestimmten Alter hoch komplex stattfinden. (.) Und (.) wenn dann davon erzählt wird oder nur ein Teil erzählt wird, da haben die natürlich öfters auch Angst, aber es gibt auch andere. Und dann gibt es ja Innen auch Persönlichkeiten, die sagen das hast du dir alles nur ausgedacht. (..) Das ist ja ein Teil der der ganzen Indoktrinierung ja auch (.) dass dann auch gesagt, das hast du nur geträumt. (IV11, Z. 1322-1340)

I: Nur nochmal abschließend zu dem Ort-A-Bericht [Untersuchungsbericht Schweiz], das heißt, Sie würden sagen, (.) dieser Vorwurf der Fehlbehandlung, der fußt //eigentlich auf//

Frau L: //Der müsste// bewiesen werden. [...] Der müsste nachgewiesen werden. [...] eine macht jetzt gerade so eine Furore und legt sich mit der False-Memory an, wo ich sage, machen Sie das nicht. (.) Ja, (.) Gerechtigkeitssinn kann ich verstehen, aber es ist unklug, völlig unklug. (.) Man muss immer auch so ein bisschen (.) überlegen, welchen Effekt hat denn das, was man gerade tut ja und mit mit wem legt man sich denn da an? [...] Das ist sowas, wo ich sage, ich weiß nicht, ob ich es noch erlebe. Es ist auch egal. Ich finde, ich habe jetzt auch genug gemacht, (.) die sagte eines Tages werden (.) Betroffene genügend Mut haben, objektive Beweise vorzulegen, (.) weil es gibt (.) (die sind auf?) Videos, die

> die haben. (.) Das Problem, was dabei ist, ist, dass die, die kriegen das ja geliefert, wenn die aussteigen wollen, die werfen das in die Briefkästen, wo die selber Täter waren auch, (.) wo die dann Angst haben, ich muss das vernichten, weil dann werde ich ja nachher verurteilt, wo ich sage, na, ich glaube nicht, aber dann ist das Ding schon wieder weg. Die kriegen Leichenteile in Briefkasten geworfen, die sie sofort entsorgen, weil sie das nicht aushalten. [...] Die wissen, wo Leichen verbuddelt sind. (.) Das nutzen die aber irgendwann, um aus Täterkreisen rauszukommen, dass sie sagen, ich rede nicht, wenn ihr mich jetzt in Ruhe lasst. (.) Das heißt, das wird für die Deals benutzt, (.) das Wissen, was die haben. (.) Ich weiß auch unglaublich viel (.) über Täter, über wo was ist, (.) aber das ist zum Schutz rede ich da natürlich auch nicht drüber, ne? (IV11, Z. 1648-1683)

Die zitierten Passagen machen die Binnenperspektive einer tiefen professionellen Immersion von Frau L deutlich. Die Erfahrungen der Fachperson Frau F zeigen ebenfalls eine tiefe professionelle Immersion, auf die anschließend aber eine Ablösung folgt. Für den Vergleich von IV11 und IV5 ist wichtig, dass Frau F rückblickend gerade jenen Fachkreis reflektiert, in dem sie zuvor verankert war und sich bewegt hat: die Abgeschlossenheit der »Traumawelt«, die Haltung eines »wir für diese besonders Betroffenen« und »wir gegen den Rest«, die fehlende Diskussionsmöglichkeit echter Alternativen innerhalb der Gruppe und das Interpretationsraster, das alternative Erklärungen systematisch diskreditiert. Ihre spätere Kritik richtet sich deshalb nicht lediglich auf einzelne Inhalte, sondern auf die gesamte Struktur des Eingebundenseins, v. a. die Immunisierung gegen Kritik, die suggestive Wirkung von Supervision und die Schwierigkeit, eine fachliche Debatte zu führen, die über ein Bestätigen der eigenen Annahmen hinausgeht. Der Unterschied zu Frau L lässt sich deshalb als Unterschied zwischen fortbestehender tiefer Immersion und reflektierter Ablösung aus einem solchen Zustand beschreiben. In IV5 und IV11 zeigen sich daher nicht Gegenpositionen, sondern sie stimmen in der Immersion und dem Bewegen im Fachkreis überein. IV5 mit Frau F steht zugleich für die Möglichkeit, aus diesem affirmativen Fachkreis herauszutreten sowie ihn und die dementsprechende therapeutische Handlungspraxis zum Gegenstand kritischer Reflexion zu machen.

Gerade vor dem Hintergrund des Vergleichs von IV5 mit Frau F und IV11 mit Frau L ist die Analyse von IV17 mit Frau R besonders aufschlussreich. Sie erzählt, dass sie in ihrer therapeutischen Laufbahn, drei Betroffene »ritueller Gewalt« behandelt habe, wobei sich eine Behandlung im Rahmen einer ambulanten Traumatherapie über eine Dauer von sechs Jahren erstreckte. Frau R ist – obgleich sie eine Betroffene, die von »ritueller Gewalt« berichtet, intensiv behandelt – nicht in einen affirmativen Fachkreis und die mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verbundenen Prämissen eingetaucht. Vielmehr vertritt sie eine Position, die sich in gewisser Weise von der Polarisierung der Fachwelt zu distanzieren und das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation aus der Behandlung herauszuhalten versucht. Ihr Interview ist durchgehend vom Bemühen geprägt, weder in eine unkritische Affirmation noch in ein pauschales Negieren zu geraten.

Im Interview wird deutlich, dass Frau R für sich ein eigenständiges Verständnis »ritueller Gewalt« entwickelt hat, das nicht mit der gängigen ORG-Definition (Fachkreis, 2018) übereinstimmt. Zwar werden Organisiertheit und ideologische Bezüge grundsätzlich bejaht, im Vordergrund stehen für Frau R aber die besondere Vulnerabilität der Patient*innen, ihre Dissoziationsneigung sowie das Machtgefälle zwischen Täter*innen und besonders hilflosen Opfern. Ihr Verständnis »ritueller Gewalt« entspricht auch nicht jenem mit dem Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verknüpften, sondern sie sieht darin vielmehr eine therapeutisch relevante Konstellation, die durch hohe Verletzlichkeit, starke Abhängigkeit und besondere Risiken in der Behandlung gekennzeichnet ist. Sie entwickelt damit eine Problemdefinition aus therapeutischer Praxisperspektive. Den Fachdiskurs zum Thema »rituelle Gewalt« nimmt Frau R als polarisiert wahr: Entweder werde Betroffenen vorbehaltlos geglaubt, oder es drohe der Ausschluss aus dem thematischen Zusammenhang. Von einem solchen dichotomen Denken distanziert sie sich ausdrücklich. Dies habe sie vor Herausforderungen auf der Suche nach Supervision, Fortbildung und fachlichem Austausch geführt. Gute Supervision im Themenfeld »rituelle Gewalt« wird als wichtig, aber kaum auffindbar beschrieben. Zugleich verweist Frau R auf einen einschlägigen Fachkreis, in dem sich dieselben Personen vor allem bei Fortbildungen wiederholt begegneten. Ihre Aussagen bestätigen damit die vorherigen Ergebnisse, dass eine spezialisierte fachliche Infrastruktur existiere, in der das Thema bearbeitet und abgesichert wird. Auf der Suche nach Supervision habe sie bewusst diesen Expert*innenkreis gemieden, um der Notwendigkeit einer eindeutigen Positionierung zu entgehen und eine tatsächliche »Außenperspektive« zu erhalten, die nicht bereits im Vorfeld an die Prämissen des Narrativs »Rituelle Gewalt« gebunden ist.

> **Frau R, Fachperson:** Wobei ich mich nie habe reinziehen lassen. Ich finde, das ist ja fast eine Community, die sich um die (.) rituelle Missbrauchs Gewalt Szene zieht. Also entweder man glaubt denen alles und es ist alles irgendwie ganz schrecklich und man muss die armen Frauen retten (.) oder man ist draußen vor und glaubt dir nicht. So ungefähr. Und wird fast ausgestoßen, so zu sagen. (.) Und da habe ich mich tatsächlich nie reinziehen lassen. (IV17, Z. 220-225)

Frau R entwickelt demgegenüber ein engeres Verständnis dessen, was sie als »rituelle Gewalt« oder »rituellen Missbrauch« bezeichnet. Im Vordergrund steht für sie nicht eine umfassende Täterstruktur, sondern eine wiederkehrende Machtkonstellation zwischen Täter und Opfer. Auf die Frage, nach welchen Kriterien sie Patient*innengeschichten dieser Kategorie zuordnet, verweist sie zunächst auf schwere Traumatisierung und wiederkehrende Dissoziation. Entscheidend wird anschließend das »Element des wiederkehrenden, sehr machtvollen Auftretens des Täters«, verbunden mit »extremer Hilflosigkeit des Opfers« und dem Glauben an das, »was der Täter versucht zu suggerieren«. Zugleich relativiert Frau R diese Machtzuschreibung: »Eigentlich sind sie es ja gar nicht« (IV17, Z. 135-141).

> **Frau R, Fachperson:** Ich glaube, das erste, was ich bei Ihnen allen dreien wahrgenommen habe, ist eine schwere Traumatisierung mit einer deutlichen oder kontinuierlichen, immer wieder auftauchenden Dissoziation. Dann ist es aber eine rituelle Gewalt oder ein ritueller Missbrauch. Es gehört für mich dazu. Da ist das Element des wiederkehrenden, sehr machtvollen Auftretens des Täters. Mit einer extremen Hilflosigkeit des Opfers und auch einem Glauben dessen, was der Täter versucht zu suggerieren. Also, dass er so machtvoll ist. Eigentlich sind sie es ja gar nicht. (...) Das finde ich, ist das gemeinsame Merkmal, was ich in allen dreien Fällen irgendwo erlebt habe und einer hohen Schwierigkeit, das anzuerkennen als Unrecht oder als einem gewalttätigen Übergriff, mit einer Tendenz, sich dadurch auch immer wieder in schwierige Situationen zu begeben, obwohl sie dann vielleicht irgendwann Hilfssysteme vorhanden sind. (IV17, Z. 135-146)

Diese Passage ist für die Analyse bedeutsam, weil sie »rituelle Gewalt« in erster Linie über die Funktion von Machtinszenierung, Einschüchterung und subjektiv wirksamer Überwältigung beschreibt. Rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente erscheinen in dieser Lesart als Mittel, mit denen Täter*innen Übermacht darstellen, Angst erzeugen und die Anerkennung des Geschehens als Unrecht erschweren können. Frau Rs Perspektive ist damit vom Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation unterscheidbar. Sie verdichtet die Gewaltkonstellation nicht zu einer umfassenden therapeutischen Interpretationsschablone aus organisierter Gewalt, DIS, »Programmierung« und fortbestehendem Täterkontakt, sondern richtet den Blick auf die Funktion bestimmter Elemente im Tatgeschehen.

Kennzeichnend für die professionelle Haltung von Frau R ist darüber hinaus eine ausgeprägte epistemische Zurückhaltung im Umgang mit Berichten über »rituelle Gewalt«. Sie betont, dass Therapeut*innen vorsichtig sein müssten, Äußerungen von Patient*innen vorschnell als wahr oder unwahr festzuschreiben. Entscheidend sei zunächst, dass es sich für die Betroffenen in der jeweiligen Situation um eine »subjektive Wahrheit« handle. Sie betont, dass der therapeutische Bezugspunkt nicht im Bewerten eines faktischen Status der berichteten Ereignisse liege, sondern in der Arbeit mit den Gefühlen, Bedeutungen und Belastungen, die mit diesen Erzählungen verbunden sind. Diese Haltung beschreibt sie als eine Herausforderung und einen schmalen Grat, der zwar Anerkennung vermitteln, aber möglicherweise vorhandene Annahmen der Patient*innen nicht ungewollt verstärken soll.

> **Frau R, Fachperson:** Also mir ist glaube ich, sehr klar geworden, dass man als Therapeut vorsichtig sein muss, was überhaupt zu werten (.) als wahr oder unwahr, also als sonst wie vorhanden. Sondern das ist für den Patienten oder Klienten in dem Moment tatsächlich eine subjektive Wahrheit, ganz egal, was stimmt oder nicht stimmt. Für denjenigen stimmt es in dem Moment. (.) Das kann auch durchaus ein Jahr später noch mal anders sein. Und dass es eher darum geht, mit dem (.) aus meiner Sicht Gefühl des Patienten zu der der Geschichte irgendwo sozusagen zu arbeiten und zu schauen passt die, ist die gut ist, die schlecht. Und dass man sehr auf (..) Nähe Distanz achten muss und auch auf

> Grenzen. Eigene, aber auch die des Patienten. Man kann als Therapeut durchaus suggerieren, wenn man möchte, weil das ein sehr empfängliche Patienten. (.) Und gleichzeitig ist aber ein Nichtglauben auch gefährlich, weil das Patienten, der tatsächlich Sachen erlebt hat, auch allein lässt. Und dadurch ist es als als/ aus therapeutischer Sicht finde ich eine hohe Kunst und Herausforderung, (.) mit diesen Klienten zu arbeiten. (...) Weil man ihnen auch Unrecht tut, und wenn man nicht/ (.) ihnen nicht Glauben schenkt oder ihnen nicht die Hilfe anbietet, die sie sich erhoffen. (.) Insofern geht es/ eigentlich muss man ein ständiges Überprüfen von sich selbst und dem Patienten durchführen. Und das ist anders als bei anderen Patienten und auch anstrengend. (IV17, Z. 402-418)

Damit eng verbunden beschreibt Frau R Suggestion als zentrales Risiko in der Arbeit mit dieser Patient*innengruppe. Sie bewertet Patient*innen mit der Geschichte »rituelle Gewalt« als besonders empfänglich für Einflussnahmen. Therapeutische Fragen, Deutungsangebote oder assoziative Verfahren könnten daher in problematischer Weise auf die Erinnerungs- und Bedeutungsbildung einwirken. Sie benennt hier beispielsweise auch Skepsis gegenüber EMDR, weil bei hoch dissoziativen Patient*innen jede Form assoziativer Intervention als potenziell riskant gelten müsse. Bemerkenswert ist dabei, dass aus der Warnung vor Suggestion keine einfache Forderung nach eindeutiger therapeutischer Distanz folgt. Frau R formuliert, dass es in der Arbeit mit diesen Patient*innen zu einer besonderen Zuspitzung des Nähe-Distanz-Problems komme. Einerseits bedürfe es klarer Grenzen, andererseits reichte eine Unterstützung, die übliche professionelle Distanz wahre, aus ihrer Sicht in diesen Fällen nicht immer aus. Aufgrund der extremen Hilflosigkeit der Patient*innen könne eine Art Sog entstehen, in dem Therapeut*innen zu stärkerem Engagement, zu mehr Halt und zu größerer persönlicher Einbringung aufgefordert seien. Sie nennt dies einen »Graubereich«, in dem mitunter mehr Vertrauen und mehr Halt nötig seien und auch zugestanden werden sollten als bei anderen Patient*innen. Sie betont aber zugleich das Erfordernis einer »absoluten Eckgrenze«, über die die Therapie und die Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in nicht hinausgehen dürfe. Die therapeutische Beziehung erscheint damit zugleich als notwendige Ressource und als potenzieller Gefährdungsraum: Sie soll Schutz und Stabilisierung ermöglichen, muss aber fortlaufend gegen Grenzverschiebungen und suggestive Dynamiken abgesichert werden.

> **Frau R, Fachperson:** Deswegen habe ich an irgendeiner Stelle auch geschrieben (.) »Überschreiten der Grenzen in Grenzen« oder so was ähnliches. Also [...], dass man eine gewisse/ man braucht eine absolute Grenze. Aber es gibt den Graubereich zwischen der absoluten Grenze und der üblichen Grenze, die man gegenüber Patienten setzt und in die hinein zu gehen. Ich glaube, um den kommt man nicht drumrum. Also, weil es geht schon darum, das sind ja Patienten, die Grenzüberschreitung ohne Ende erlebt haben, die haben keine Grenzen. Das ist wie eine diffuse/ diffuser Wackelpudding irgendwo. Egal wo man reinfasst, (es wird?) mitgegangen oder reingefallen oder wie auch immer. (..) Und es braucht eine absolute Eckgrenze, also sozusagen, also die nicht überschritten

> wird. Aber es braucht auch den Graubereich (.) weil es braucht manchmal mehr Halt, als andere Patienten brauchen würden. (.) Es braucht (.) auch manchmal mehr Vertrauen als man vielleicht/ oder mehr privates Vertrauen oder weiß nicht, wie man es nennen soll. Aber Sachen, wo man selber sich als als als Beispiel Figur mit reinbringt. Also (.) mehr als man es vielleicht bei anderen Patienten machen würde. (.) Das hätte ich jetzt bei allen drei Patienten erlebt, dass man bestimmtes Überschreiten von Grenzen hat und man muss deswegen DAS als Therapeut sehr, sehr klar haben, also dass das nicht normal ist, dass es außergewöhnlich ist, dass man da ein Stück weit über seine eigene Grenze geht, soweit es für einen noch okay ist. (.) Weil wenn man sich an dem Punkt immer wieder reflektiert, ist die Gefahr, dass es grenzenlos wird, nicht ganz so sehr vorhanden. (..) [...] und ich glaube, das muss man individuell festlegen. Ich weiß nicht, ob ich meinen Hausschlüssel rausgeben würde. Wahrscheinlich nicht, (.) auch wenn ich die Praxis hätte. Und das, glaube ich, ist was, (.) obwohl ich mit (.) der Vorname A sehr eng gearbeitet habe. Aber (..) das ist, glaube ich, das muss man sehr persönlich für sich entscheiden. (..) Aber es braucht eine Eckgrenze. (IV17, Z. 799-840)

Gerade aufgrund dieser doppelten Anforderung wird die Arbeit mit Betroffenen »ritueller Gewalt« als besonders anspruchsvoll beschrieben. Frau R verweist darauf, dass ein Nichtglauben ebenso ein Risiko für die Behandlung sein könne wie eine problematische Einflussnahme, weil Patient*innen dadurch mit möglicherweise realen Gewalterfahrungen allein gelassen würden. Daraus ergibt sich ein professionelles Selbstverständnis, das durch ein ständiges Überprüfen des eigenen Handelns und der Interaktion mit den Patient*innen geprägt sein müsse. Die therapeutische Arbeit wird von Frau R als mühsam und als ein Ringen aufgefasst, als ein fortlaufendes Austarieren von Anerkennung und Zurückhaltung, Nähe und Begrenzung, Hilfe und Selbstkontrolle. Anders als bei den anderen Fachpersonen, die das Narrativ und das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation als Deutungsrahmen nutz(t)en, wird die epistemische Unsicherheit hinsichtlich der Existenz »ritueller Gewalt« bei ihr nicht aufgelöst, sondern als dauerhafte Bedingung professionellen Handelns beständig offengehalten. Der therapeutische Auftrag besteht in dieser Perspektive darin, begleitende, teilhabeermöglichende Unterstützung zu gewähren, ohne Abhängigkeiten zu schaffen oder Deutungshoheit zu beanspruchen. Das übergeordnete Ziel therapeutischen Handelns wird von Frau R entsprechend in der Verminderung von Leidensdruck verortet, nicht in der Herstellung von Gewissheit.

Frau R betont darüber hinaus die Notwendigkeit gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzung mit dem Thema »rituelle Gewalt« und verbindet dies ausdrücklich mit dem Gedanken, dass sich fachliche Einschätzungen auch verändern können. Insgesamt erscheint der ihre Haltung damit als Ausdruck einer reflexiven, therapeutisch orientierten Position, die »rituelle Gewalt« weder einfach affirmiert noch verwirft, sondern als Gegenstand besonderer professioneller Vorsicht, Selbstbeobachtung und fachlicher Rückbindung bearbeitet.

Damit eröffnet Frau R eine professionelle Position, die für die Ergebnisdarstellung besonders wichtig ist: Sie zeigt, dass im Umgang mit der Thematik und dem professionellen Feld eine Form therapeutischer Haltung und Praxis möglich ist, die sich jenseits der dichotomen Logik von Affirmation und Ablehnung verortet, Schilderungen von Patient*innen als subjektive Wahrheit hinnimmt, ohne sie durch Bestätigung, besonderes Interesse oder andere Mittel, die über ein bloßes Hinnehmen hinausgehen, zu verstärken oder gar zu expandieren und die zugleich bereit ist, auf die besondere Hilflosigkeit der Patient*innen mit einem bewussten, reflektierten mehr an Halt und Nähe einzugehen.

In der Zusammenschau der Interviews mit Frau F, Frau L und Frau R ergibt sich damit ein zusätzlicher Befund, der über die bisherigen Analysen hinausführt. Die Fachpersoneninterviews erlauben nicht nur Aussagen über einzelne professionelle Haltungen, sondern die Rekonstruktion unterschiedlicher Modi, sich zu einem hoch polarisierten Praxisfeld zu verhalten: als tiefe professionelle Immersion in einen affirmativen Deutungszusammenhang, als Ablösung aus einem solchen Zusammenhang und als reflexive, epistemisch zurückhaltende Positionierung, die sich um Distanz zu der dichotomen Logik des Feldes bemüht. Diese Kontrastierung ist für das Verständnis des Feldes besonders ergiebig, weil sie zeigt, dass nicht nur Patient*innen, sondern auch Fachpersonen in unterschiedlicher Weise in Deutungsordnungen eintauchen, sie mit stabilisieren, sich von ihnen lösen oder ihnen gegenüber eine reflektierte Distanz zu halten versuchen.

9.7.1.3 Expertise, Betroffenenstatus und Konflikte um Deutungsmacht in angrenzenden Gremien

> – Ich hätte nie gedacht [...] ich will für eine gute Sache arbeiten. Ich komme mit Betroffenen zusammen. Dass es so einen Kampf gibt, das hätte ich nie gedacht. (IV14, Z. 1759-1761) –

Ein dritter zusätzlicher Befund ergibt sich aus der besonderen Perspektive von Frau O. Anders als Frau F, Frau L und Frau R spricht Frau O nicht aus therapeutischer Praxis, sondern aus ihrer Erfahrung als Betroffene sexueller Gewalt in der Familie und aus ihrer Tätigkeit in einem Betroffenenrat. Dadurch rückt ein Aspekt in den Blick, der in den bisherigen Analysen nur am Rand erscheint: die Frage, wie sich Betroffenenstatus, erfahrungsbezogene Expertise und Deutungsmacht in institutionellen und diskursiven Räumen zueinander verhalten. Die Perspektive von Frau O erweitert den Blick damit über therapeutische Beziehungen im engeren Sinn hinaus auf Foren, in denen Erfahrungen von Gewalt öffentlich und politisch relevant werden.

Im Interview beschreibt Frau O, dass Betroffene »ritueller Gewalt« im Betroffenenrat in besonderer Weise präsent gewesen seien und sowohl die internen Aushandlungs-

prozesse der Betroffenen untereinander als auch die Kommunikation nach außen stark geprägt hätten. Sie schildert in diesem Zusammenhang Konflikte um eingeforderte Rücksichtnahmen, um Trigger sowie um die Frage, in welcher Weise und mit welchem Geltungsanspruch gesprochen werden könne. Sichtbar wird damit eine Konstellation, in der Betroffenheit nicht nur als biografischer Erfahrungsstatus, sondern zugleich als Ressource diskursiver Autorität wirksam werden kann. Zugleich deutet die Erzählung von Frau O darauf hin, dass diese Autorität von den Betroffenen »ritueller Gewalt« nicht allein aus dem Erlebthaben abgeleitet wird, sondern aus einer Verbindung von Betroffenheit, angeeignetem Wissen, öffentlicher Positionierung und institutioneller Beteiligung. Sie schildert viele Konflikte, die innerhalb des Betroffenenrats aufgekommen seien und auch mithilfe der begleitenden Mediation nicht hätten gelöst werden können. Zum einen handelt es sich um eine Auseinandersetzung darum, ob Frau O vor einem Betroffenengremium, an dem sie als Betroffene teilnehmen sollte und wollte, ihre persönliche Geschichte als Betroffene sexueller Gewalt in der Familie erzählen könne. Für sie sei es selbstverständlich gewesen, dass sie ihre persönlichen Erfahrungen teilen und Fachpersonen so ermöglichen wolle, aus ihrer persönlichen Geschichte und der Reflexion dazu Schlussfolgerungen für eine bessere Prävention und Unterstützung von Betroffenen sexueller Gewalt zu ziehen. Sie habe erlebt, dass die Betroffenen »ritueller Gewalt«, ihr dies zunächst untersagen wollten, weil eine andere Betroffene (»ritueller Gewalt«), die im Fachgremium anwesend sein wollte, dadurch hätte getriggert werden können. Darüber hinaus wurde vonseiten einer anderen Betroffenen (»ritueller Gewalt«) argumentiert, dass die Anfrage des Leiters des Betroffenengremiums übergriffig gewesen sei – was Frau O nicht so empfunden habe. Für sie sei deutlich gewesen, dass es sich um ein Angebot bzw. eine Idee handele und die Betroffenen nicht darauf eingehen müssten. Drittens argumentierten Betroffene »ritueller Gewalt«, die Betroffenen sollten sich vor allen Betroffenengremien immer gleich verhalten: Also entweder sollten alle Betroffenen ihre Geschichte teilen oder keine. Dabei war von vornherein klar, so Frau O, dass die Betroffenen »ritueller Gewalt« dazu nicht bereit seien, da sie sich in einer Lage permanenter Gefährdung durch Täternetzwerke befänden, die dies unmöglich mache. Darüber hinaus habe die Annahme der Gefährdung dazu geführt, dass die Betroffenen »ritueller Gewalt« nicht mit ihren echten Namen im Betroffenenrat partizipierten, sondern zu ihrem Schutz Alias verwendeten, eigens für die Arbeit im Betroffenenrat eingerichtete E-Mail-Konten verwendeten und nicht über ihre Erfahrungen berichteten. Dies führte bei Frau O zu Irritation, deren primäre Motivation zur Beteiligung am Betroffenenrat darin bestand, ihre persönliche Erfahrung einzubringen.

Eine zweite Ursache für Irritation bei Frau O war das Selbstverständnis der Betroffenen »ritueller Gewalt«, die ihre Berechtigung bzw. »Qualifikation« für die Teilnahme am Betroffenenrat nicht allein darin sahen, selbst Betroffene zu sein, sondern vor allem auch darin, sich Wissen über die Thematik »rituelle Gewalt« über Fachbücher und Fortbildungen angeeignet zu haben und sich aktiv im polarisierten Diskursfeld zu positionieren (z. B. über Websites).

Zuletzt lässt sich aus dem Interview mit Frau O und den dazugehörigen Dokumenten herausarbeiten, dass die Betroffenen »ritueller Gewalt« einen starken Einfluss auf die Art der Kommunikation der Betroffenen untereinander hatten. Aus Sicht von Frau O sei der Begriff des »Triggers« sehr häufig strategisch eingesetzt worden, um eine Auseinandersetzung bereits vor bzw. zu Beginn zu steuern. Frau O hat als Konsequenz wahrgenommen, dass es nicht ausgereicht habe, Rücksichtnahme und Vorsicht zu versichern, sondern es nicht möglich war, bestimmte Themen überhaupt zu besprechen. Insofern haben Trigger in ihrer Erfahrung im Betroffenenrat als Besprechungshemmnisse gewirkt, die bestimmte inhaltliche Leerstellen hinterlassen hätten.

Frau O, Fachperson: [...] und das steht auch in ihrem [Betroffene von »ritueller Gewalt«] Brief an mich, dass sie schon viel (.) Trau/ Traumaausbildungen oder Fortbildungen gemacht hätte. [...] Deswegen weiß sie so viel dazu. (.) Und ich war das nicht. Also ich habe gedacht, ich bin wirklich schlecht. [...] Und das hat sie mir vorgehalten in ihrem Brief, dass sie alles weiß und sie Expertin ist und sie alle Experten sind und niemand anderes. Das haben die so generalisiert und das fällt mir immer wieder auf. [...] Das ist so eine Überheblichkeit, die traue ich mir nicht zu. Das geht nicht, finde ich. Ne? Also Experten gibt es noch und das haben sie mir ja abgestritten (IV14, Z. 2287-2299)

[...] da habe ich dann diese Reaktion von ihr nochmal geschickt und [...] da hatte sie geschrieben, da beim Bistum, ich bitte dich um Zurückhaltung im öffentlichen Raum. Wie vorhin in Gegenwart deiner Kollegin meine Rolle als Betroffenenrätin zu thematisieren oder das Nachfragen bei dieser Tagung, ob wir teilnehmen. Das empfinde ich als massive Grenzüberschreitung und Verletzung des Datenschutzes. Wir sind als Betroffenenrat bis heute anonym und das hat Gründe. Wenn ich diese Rolle publik machen möchte, entscheide ich das selbst. Das steht dir nicht zu. (IV14, Z. 2601-2607)

Und ich habe dann vor der ersten AG meine Partnerin, die von ORG war oder Dissoziation strukturelle DIS Dissoziation hatte (.) hat, hatten wir eine Einladung gekriegt, dass wir, wenn wir wollen. Also Sie schlagen vor, wir könnten ja auch unsere Geschichte erzählen. [...] und da habe ich (.) dann [...] hingeschrieben, dass ich (.) mir das vorstellen könnte. Und zwar vorstellen konnte ich mir den Brief, den ich mal an meine Nichte geschrieben habe, aber gekürzt. Also mit dem Bedingungsgefüge und Täterstrategien, weil das habe ich auch meine/ meinen Nichten geschrieben. Darum ging es ja. (.) Ich kann mir es vorstellen, aber ich würde zuerst noch mal mit Betroffenenrat bei der nächsten Sitzung sprechen und da ging das dann schon los [...] (IV14, 1419-1428)

und [...] muss ich dann quasi da (.) abverhandeln, wie man das jetzt machen in der AG und hat die [Betroffene »ritueller Gewalt«] gesagt, ja, warum willst du das? Warum willst du das? Wir sollten doch alle gleich alles gleich machen. Und dann ist es doch besser, wenn die einen nichts machen. Dass ich auch nichts mache. So in dem Inhalt. (IV14, Z. 1525-1532)

Person H [...], der ist ja [...] von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Ort B Uni, der war da und [...] eine (.) Teilnehmerin hat was gefragt und zwar irgendwie ging es drum, dass ja so das Missbrauchsdenken, das fängt ja schon im Kopf an. [...] Und da

> hat er dann [...] das erklärt. Er hat ja auch seine Kinder (.) mit großgezogen, hat ja auch Erziehungszeit übernommen und so und da hat er dann auch die Kinder gewickelt und da entsprechend (.) der wunde Po eingerieben und so. Und da hat die geschrien, da hat die den angeschrien [...] und hat gesagt, ja, er würde triggern. Und (.) und sofort der ganze Mannschaft, war die Polizei, war vom Justizministerium waren Leute, da waren ja lauter Fachleute, 20 Fachleute da. [...] ich habe auch länger beobachtet, weil es war dann eine Pause, wie er rausgegangen ist und hat sich erst mal hingesetzt. [...] Ich verstehe das. Aber so ein Angriff und habe und das habe ich denen auch gesagt und dann haben die gesagt, damit muss der klarkommen, der ist ja schließlich Psychiater und Therapeut. (.) Da habe ich gesagt, finde ich nicht. (.) Und ich habe dann auch bei der ersten Fachtagung, die im September war, habe ich gesagt, dann setzt euch doch an die Tür zum Ausgang, da könnt ihr ganz schnell rausrennen, wenn euch das zu viel wird. Und da haben sie sich natürlich auf den Schlips getreten gefühlt. (.) Aber das ist doch die Lösung. Ich kann doch nicht von anderen verlangen, dass sie alle rausgehen. Ich muss doch für mich sorgen. (IV14, Z. 974-995)

Erstens wird deutlich, dass sich die bereits beschriebene Logik der Besonderung nicht auf therapeutische Konstellationen beschränkt. Sie kann sich auch in angrenzende Beteiligungs- und Repräsentationsräume hinein verlängern. Zweitens zeigen sich auch dort Konflikte um Deutungsmacht, um die Legitimität unterschiedlicher Sprecher*innenpositionen und um die Frage, wie weit Kritik innerhalb eines solchen Rahmens möglich ist, ohne als Grenzüberschreitung oder Infragestellung von Betroffenheit verstanden zu werden. Die Perspektive von Frau O verweist damit darauf, dass sich die Polarisierung des Feldes nicht nur zwischen affirmativen und kritischen Fachpersonen sowie zwischen Therapeut*innen und Patient*innen entfaltet, sondern auch in solche Foren hineinreicht, in denen Betroffene selbst Sprecher*innen und Wissensträger*innen sind. Das Interview mit Frau O ist auch deshalb aufschlussreich, weil sich an ihm eine Form von Expertise rekonstruieren lässt, die weder als professionelles Fachwissen noch als bloß unmittelbares Erfahrungswissen hinreichend beschrieben wäre. Sichtbar wird vielmehr eine Position an der Schnittstelle von biografischer Erfahrung, kollektiver Aushandlung, institutioneller Einbindung und öffentlicher Artikulation (vgl. Kapitel 11). Gerade diese Verschränkung macht verständlich, weshalb Auseinandersetzungen in solchen Gremien nicht nur als persönliche Konflikte, sondern auch als Konflikte um Anerkennung, Repräsentation und Deutungshoheit Betroffener verstanden werden müssen, die nach der Bewertung von Frau O vor allem durch Betroffene »ritueller Gewalt« verschärft werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse aus den Interviews mit Fachpersonen, dass das Untersuchungsfeld nicht nur aus Sicht direkt Betroffener oder anhand von Dokumenten, sondern auch über professionelle Positionen als Feld von Zugehörigkeiten, Überzeugungen, Suchbewegungen und Konflikten rekonstruierbar wird. Es konnten Prozesse des Hineinwachsens in spezialisierte Fachzusammenhänge, unterschiedliche Grade

professioneller Immersion, Möglichkeiten der Ablösung sowie Auseinandersetzungen um Expertise und Sprecher*innenstatus in diskursiven Räumen herausgearbeitet werden. Damit erweitern diese Perspektiven die bisherigen Befunde nicht nur inhaltlich, sondern auch analytisch: Sie zeigen, dass die Dynamik des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht ausschließlich in der dyadischen Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in Wirksamkeit entfaltet, sondern auch in professionellen, institutionellen und diskursiven Zusammenhängen mitgetragen, stabilisiert und ausgehandelt wird.

9.7.2 Zusätzliche Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse eröffnet für das vorliegende Untersuchungsfeld eine gegenüber den Interviews eigenständige und komplementäre Perspektive. Wie im Kapitel 8 zur Forschungsmethodik ausgeführt, sind Dokumente kontextgebundene, adressatenbezogene und zweckgebundene Hervorbringungen, deren Aussagekraft nur unter Berücksichtigung ihrer Entstehungszusammenhänge angemessen eingeordnet werden kann. Gerade darin liegt ihr besonderer Erkenntniswert. Sie erschließen andere Ausschnitte des Feldes als Interviews: zeitliche Verläufe von Behandlungen, diagnostische Verschiebungen, schriftlich fixierte Interaktionen sowie die institutionelle Bearbeitung von Fällen. Während Interviews retrospektive und subjektive Zusammenhangsbildungen zugänglich machen, erlauben Dokumente eine Rekonstruktion der sequenziellen Entfaltung von Fallverständnissen und ihrer Weiterbearbeitung in unterschiedlichen institutionellen Kontexten.

9.7.2.1 Dokumente als eigenständiger Zugang: Verläufe, Interaktionen und institutionelle Bearbeitungen

Die ausgewerteten Dokumente erschließen einen Zugang zum Untersuchungsfeld, der über die Möglichkeiten der Interviews in mehrfacher Hinsicht hinausgeht. Sie zeigen nicht allein, wie Fälle im Rückblick erinnert und gedeutet werden, sondern auch, wie sie in unterschiedlichen Situationen schriftlich festgehalten, bearbeitet und an andere Stellen weitergegeben werden. Dadurch werden vor allem drei Aspekte sichtbar, die sich im Interviewmaterial nur eingeschränkt rekonstruieren lassen: längere Behandlungsverläufe, schriftlich dokumentierte Interaktionen sowie institutionelle Bearbeitungen jenseits des therapeutischen Settings.

Ein erster Erkenntniswert der Dokumente liegt in der Rekonstruktion von Verläufen über längere Zeiträume. Für mehrere Interviewpartner*innen lässt sich nachvollziehen, welche Diagnosen zu welchem Zeitpunkt im Vordergrund standen, wie sich Behandlungsziele verschoben und welche Einrichtungen nacheinander oder parallel beteiligt

waren. So zeigen die Unterlagen zum Behandlungsverlauf von Frau K, dass sich die diagnostische Rahmung im Verlauf mehrfach verändert: von depressiver Symptomatik und Angst über die Einordnung als Posttraumatische Belastungsstörung oder Psychose bis hin zu einer zunehmend dissoziativen Lesart. Auch bei IV16 mit Frau Q und IV6 mit Frau G ist erkennbar, dass die spätere Zentrierung auf Dissoziation, Persönlichkeitsanteile und verborgene Traumatisierungen nicht von Beginn an vorliegt, sondern sich erst im Verlauf verdichtet. Dokumente machen damit die zeitliche Entwicklung von Diagnosen und Fallverständnissen nachvollziehbar.

Ein zweiter Erkenntniswert betrifft den Zugang zu Interaktionen. Besonders Mail- und Chatverläufe, Therapiedokumentationen und ähnliche Unterlagen erlauben Einblicke in Kommunikationsformen, die in Interviews häufig nur nachträglich und summarisch geschildert werden. Sichtbar wird dann, in welcher Dichte kommuniziert wird, welche Themen wiederkehren, wie auf Symptome oder Befürchtungen reagiert wird und wie Informationen aus der Behandlung in andere Kontexte gelangen. Dies zeigt sich besonders deutlich in den umfangreichen Mail- und Chatverläufen zu IV9 mit Frau J, in denen sich die enge Kommunikation zwischen Patientin und Therapeutin ebenso nachvollziehen lässt wie die fortlaufende Weitergabe therapeutisch relevanter Informationen an weitere beteiligte Stellen. Auch die Therapieverlaufsdokumentation von Frau G verdeutlicht, wie eng therapeutische Interpretationen, patient*innenseitige Rückmeldungen, Zweifel, Hinweise auf neue »Anteile« und Veränderungen auf der Beziehungsebene ineinandergreifen können.

Ein dritter Erkenntniswert liegt darin, dass Dokumente institutionelle Bearbeitungen von Fällen zugänglich machen. Sie zeigen, wie unterschiedliche Stellen dieselben Sachverhalte aufnehmen und in je eigene Prüf- und Handlungskontexte übersetzen. In den Unterlagen zu Frau J zeigt sich, dass therapeutische Stellungnahmen, Gefährdungsmeldungen, klinische Einschätzungen, Rückmeldungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB[52]) und polizeiliche Ermittlungen aufeinander Bezug nehmen und gleichzeitig unterschiedliche Maßstäbe dafür setzen, was als plausibel, gefährlich oder handlungsrelevant gilt. Auch im Behandlungsverlauf der Tochter von Frau B wird sichtbar, dass Behandlungsdokumente, forensische Gutachten, gerichtliche Entscheidungen und staatsanwaltschaftliche Einschätzungen nicht von einem einheitlichen Fallverständnis ausgehen. Dokumente zeigen damit, dass sich die rekonstruierten Verläufe in institutionellen Zusammenhängen entfalten, in denen Deutungen aufgenommen, geprüft, bestätigt oder zurückgewiesen werden.

52 Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) ist in der Schweiz das zentrale, interdisziplinär arbeitende Organ zur Umsetzung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts.

9.7.2.2 Verdichtung, Verschiebung und Stabilisierung von Diagnosen und Erklärungen im Zeitverlauf

Ein zentraler zusätzlicher Befund der Dokumentenanalyse besteht darin, dass Diagnosen und Erklärungen in den rekonstruierten Fällen nicht von vornherein als feste Ausgangspunkte vorliegen, sondern sich im Verlauf herausbilden, verschieben und verfestigen. Während Interviews solche Prozesse häufig in gerafter oder rückblickend bereits geordneter Form darstellen, erlauben Dokumente eine Rekonstruktion ihrer zeitlichen Genese. Sichtbar wird dabei, dass die spätere Rahmung von Symptomen im Horizont von Dissoziativer Identitätsstörung und »ritueller« bzw. organisierter Gewalt in keinem der Fälle von Beginn an in dieser Form vorliegt, sondern sich schrittweise entwickelt.[53]

Deutlich zeigt sich dies beispielsweise für den Behandlungsverlauf von Frau Q. Die vorliegenden Unterlagen dokumentieren zunächst eine Behandlungsvorgeschichte, in der eine depressive Symptomatik und posttraumatische Belastungen im Vordergrund stehen. Erst in späteren Dokumenten wird eine dissoziative Störung ausführlicher thematisiert, zunächst im Sinne einer gemischten oder partiellen dissoziativen Störung, später dann im stationären Kontext als Dissoziative Identitätsstörung. Parallel dazu verändert sich auch die Beschreibung von Frau Q. Während anfangs vor allem Symptome, Belastungen und biografische Schwierigkeiten festgehalten werden, treten später zunehmend noch unbekannte Persönlichkeitsanteile, Hinweise auf nicht zugängliche Erinnerungen und die Annahme »ritueller Gewalt« in den Vordergrund. Verschoben wird damit nicht nur eine Diagnose, sondern das gesamte Raster, in dem Symptome und biografische Hinweise gelesen werden.

Ein ähnlicher, wenngleich anders verlaufender Prozess zeigt sich bei Frau G. Frühere Dokumente beziehen sich zunächst ebenfalls auf eine depressive Symptomatik, Erschöpfungszustände, den Verdacht einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie auf Traumafolgen im Zusammenhang mit belastenden familiären Verhältnissen und Gewalt in einer Partnerschaft. Im stationären Setting wird später zwar eine Abklärung der Dissoziativen Identitätsstörung durchgeführt, die Diagnose jedoch nicht bestätigt. Außerdem wird »rituelle Gewalt« in einem Dokument ausdrücklich ausgeschlossen. Erst mit Beginn der ambulanten Langzeittherapie verschiebt sich die Einschätzung markant. Nun wird von einer Dissoziativen Identitätsstörung ausgegangen, werden neue Persönlichkeitsanteile dokumentiert, ein System von Persönlichkeitsanteilen und Hinweise auf eine »Programmierung« formuliert – und auch Bezüge zum Narrativ »Rituelle Gewalt« hergestellt. Die Unterlagen machen damit sichtbar, dass die spätere Zentrierung auf eine DIS und »rituelle Gewalt« nicht den Ausgangspunkt bildet, sondern in einen längeren Diagnose- und Behandlungsprozesses eingebettet ist.

53 Übersichten über Diagnoseverläufe für die Fälle, in denen Dokumente vorliegen, finden sich in einem wissenschaftlichen Anhang, den wir parallel zum Buch auf dem Open Repository Server der Universität Ulm veröffentlichen (https://doi.org/10.18725/OPARU-57862).

Auch IV10 mit Frau K verdeutlicht, dass solche Verläufe nicht linear sind. In frühen Berichten stehen depressive Symptome und Ängste im Vordergrund, später folgen eine posttraumatische Verdachtsdiagnose, psychotische bzw. schizophreniforme Einordnungen und schließlich zunehmend eine dissoziative Rahmung bis hin zur Festlegung auf die DIS. Zugleich bleiben die Dokumente von konkurrierenden Lesarten geprägt. Einerseits wird bereits unter einer Verdachtsdiagnose mit Anteilen und dissoziativen Konzepten gearbeitet, andererseits problematisieren andere Berichte die Validität der dissoziativen Symptomatik, verweisen auf eine hohe Suggestibilität der Patientin oder benennen iatrogene Effekte als möglichen Ursprung. An den Dokumenten zur Behandlung von Frau K wird damit besonders deutlich, dass diagnostische Verdichtung in den untersuchten Behandlungsverläufen kein geradliniger Prozess sein muss, sondern durch Brüche, Gegenlesarten und nebeneinanderstehende Deutungsangebote geprägt sein kann.

> **Frau K, direkt Betroffene:** Abschlussbericht 5.-7.2021: Subjektive Angaben [...] der Patientin sowie Testbefunde deuten auf das Vorliegen einer multiplen Persönlichkeitsstörung mit zahlreichen dissoziativen Momenten hin. Wir entschieden uns jedoch vor dem Hintergrund des klinischen Bildes gegen die Vergabe dieser Diagnose. Iatrogene Effekte der hoch suggestiblen Patientin könnten vorliegen, hier erscheint der Verlauf eines längerfristigen ambulanten Behandlungssettings abzuwarten. [...] Auch die dissoziative Symptomatik wie bspw. Im SKID-D beschrieben konnte klinisch nicht hinreichend validiert werden. Hinweise auf eine bewusste Simulation bestanden jedoch nicht. Zudem ergaben sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen der vorbefundeten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Für den Behandlungsverlauf der Tochter von Frau B tritt ein weiterer Aspekt hinzu. Frühe Dokumente verweisen zunächst auf eine Adoleszenzkrise, eine Anpassungsstörung und familiäre Konflikte; ein einzelner sexueller Übergriff wird genannt und außerhalb der Familie verortet. Erst in späteren Behandlungsdokumenten wird das berichtete sexuelle Missbrauchsgeschehen zeitlich und inhaltlich ausgeweitet auf Kindheit und Familie und weitere mit dem Vater verbundene Täter, während zugleich Trauma- und Dissoziationssymptome stärker betont werden. Parallel dazu entstehen forensische und gerichtliche Gegenlesarten, die diese Erinnerungen und Beschuldigungen nicht bestätigen, sondern unter anderem mit Paramnesie, False-Memory-Syndrom oder wahnhafter Problematik in Zusammenhang bringen. Die Analyse zeigt damit, dass diagnostische und erklärende Verschiebungen nicht auf therapeutische Kontexte beschränkt bleiben, sondern in anderen institutionellen Zusammenhängen aufgenommen und dort nach anderen Kriterien geprüft werden.

Mittels der durch Dokumente rekonstruierten Behandlungsverläufe lässt sich ein wiederkehrendes Muster erkennen: Frühere Interpretationen werden in späteren Dokumenten aufgegriffen, umformuliert und weitergeführt. Verdachtsdiagnosen erscheinen in Anschlussdokumenten als vorausgesetztes Vorwissen; einzelne Begriffe wie

DIS, »Anteile«, strukturelle Dissoziation oder Täterkontakt dominieren die weitere Beschreibung; und neue Beobachtungen werden in bereits etablierte Deutungsraster eingeordnet. Dokumente tragen damit selbst dazu bei, dass bestimmte Verständnisse an Stabilität gewinnen. Diese Stabilisierung verläuft jedoch nicht widerspruchsfrei. In mehreren Fällen bleiben alternative Diagnosen und Erklärungen präsent, etwa Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychotische Störungen, artifizielle Störung, Pseudologia phantastica oder komplexe Traumafolgestörungen. Gerade deshalb ist es analytisch bedeutsam, die spätere Dominanz des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation nicht als selbstverständlich zu behandeln. Die Dokumente zeigen vielmehr, dass es sich in einem Feld konkurrierender Lesarten schrittweise und teilweise konflikthaft durchsetzt.

9.7.2.3 Der Beitrag der Patient*innen zur interaktiven Herstellung des Erklärungsmodells

Ein weiterer Befund der Dokumentenanalyse betrifft die Frage, in welcher Weise Patient*innen an den Prozessen beteiligt sind, in denen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation im therapeutischen Verlauf Kontur gewinnt. Dieser Befund bedarf einer sorgfältigen Einordnung. Die Rekonstruktion patient*innenseitiger Beiträge relativiert weder die asymmetrische Struktur therapeutischer Beziehungen noch die institutionelle Autorität und das professionelle Interpretationswissen der Behandelnden. Die Dokumente zeigen deutlich, dass sich das Erklärungsmodell in Interaktionen herausbildet, in denen Patient*innen Fragen, Selbstbeobachtungen, Erinnerungsfragmente, Unsicherheiten und Deutungsversuche einbringen, die im therapeutischen Prozess aufgegriffen und in bestimmter Weise gelesen werden. Der zusätzliche Ertrag der Dokumente besteht diesbezüglich darin, diese Beteiligung genauer sichtbar zu machen, ohne sie als eine Verantwortung für den weiteren Verlauf zu interpretieren.

Ein erster Aspekt betrifft Suchbewegungen nach Erklärung. In mehreren Fällen zeigen die Unterlagen, dass Patient*innen mit Fragen, Befürchtungen oder dem Wunsch nach einer bestimmten diagnostischen Klärung in Behandlungen gehen. Im Fall von Frau K halten mehrere Dokumente fest, dass die Patientin eine DIS-Diagnostik und -Behandlung wünscht und frühere psychotische Rahmungen ausdrücklich zurückweist. Bei Frau Q wird sichtbar, dass bereits vor einem stationären Aufenthalt Wissen über die Dissoziative Identitätsstörung vorhanden ist und die Patientin selbst nach Zusammenhängen zwischen ihrer Symptomatik und möglichen Ursachen sucht. Diese Suchbewegungen sind vor dem Hintergrund belastender und schwer verständlicher Erfahrungen plausibel. Dokumente zeigen hier vor allem, dass therapeutische Interpretationen an bereits formulierte Fragen und Erwartungen anschließen können.

Ein zweiter Aspekt betrifft die Übernahme und Verwendung einer bestimmten Sprache zur Beschreibung des eigenen Erlebens. Gerade schriftliche Kommunikati-

onsformen erlauben hier genauere Einblicke als Interviews. In mehreren Fällen wird erkennbar, dass Patient*innen Begriffe und Modelle aus dem therapeutischen oder weiteren diskursiven Umfeld aufgreifen und zur Selbstbeschreibung nutzen. Dies reicht von der Rede über »Anteile«, »Innensystem« und »Zeitverluste« bis hin zu elaborierten Beschreibungen unterschiedlicher innerer Zustände und ihrer Beziehungen zueinander. Beispielsweise wird dies bei Frau K erkennbar, wo die Verwendung psychologischer Fachbegriffe und der Wunsch nach einer DIS-Diagnostik hervorgehoben werden, sowie bei Frau G, wo Mails, unterschiedliche Unterschriften und Hinweise auf verschiedene »Anteile« dokumentiert sind. Die Dokumente legen damit nahe, dass Patient*innen die von Therapeut*innen verwendete Sprache aktiv nutzen, um ihr Erleben beschreibbar zu machen. Sichtbar wird weniger die bloße Übernahme eines fertigen Modells als die sprachliche Anschlussleistung an ein verfügbares Vokabular.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Dritter stationärer Aufenthalt Privatklinik seit August 2017, Leitender Arzt: »[Patientin] spricht über ihre ›DIS‹ wie andere Leute über ihre Dissertation« (S. 48)

> **Frau G, direkt Betroffene:** Therapiedokumentation 138. Sitzung: »in der Stunde - Persönlichkeitsanteil, die erzählt von der Einführung in eine ›Reiki-Lehre‹, bereits als ein 3-j Kind wurde eingeführt durch Rituale, von den Eltern durchgeführt, dabei V.a. Konditionierung (Code-Wörter, sie habe besondere Kräfte Realität zu beeinflussen, ›Energie‹), hatte Mühe zeitlich das einzuordnen, Erinnerung an die Dunkelheit, Kerzenlicht, Edelsteine und Bedeutung davon. Hat später ein YouTube-Video gefunden, wo eine Teilnehmerin erzählte, wie ihr Aufstieg in der Sekte durch Edelsteine markiert wurde.«
> 152. Sitzung: »In der Stunde wurde erneut über die inner Programmierung diskutiert, die PAt-in fühle sich verpflichtet jeglichen ›Befehl‹ zu folgen und zu gehorchenegal wie dubios oder lächerlich das Befehl sein mag.«

Ein dritter Aspekt betrifft den Umgang mit Erinnerungen, Bildern, Träumen, Körperzuständen und inneren Spannungen. In mehreren Fällen bringen Patient*innen solche Phänomene in die Behandlung ein, verschriftlichen sie oder versuchen, sie gemeinsam mit Therapeut*innen einzuordnen. Zugleich wird deutlich, dass ihre Bedeutung nicht unabhängig feststeht, sondern im therapeutischen Prozess zugeschrieben wird. So dokumentieren die Unterlagen zu Frau Q, dass die Patientin Fragen zur Rolle des Vaters, zu körperlichen Abneigungen und anderen Symptomen in die Behandlung einbringt. Im stationären Kontext werden diese Hinweise dann gezielt weiterverfolgt, mit der Suche nach »verdrängten Erinnerungen« und dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verknüpft. Bei Frau G wird sichtbar, dass imaginative assoziative Verfahren, die Besprechung von Albträumen sowie die Auseinandersetzung mit Büchern oder Videos zum Thema »rituelle Gewalt« in einen Prozess eingebettet sind, in dem Bilder und innere Zustände zunehmend als Hinweise auf das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« gelesen werden. Die Dokumente zeigen, dass Erlebens- und Erinnerungsfragmente in

einen therapeutischen Prozess eingehen, der bereits durch bestimmte Annahmen und Deutungsmöglichkeiten vorstrukturiert ist.

Frau B, Angehörige: E-Mail der Patientin an ambulante Therapeutin 13.9.2017, 12:59
»Guten Tag Frau Therapeutin
Ich weiss jetzt von insgesamt 3 Anteilen die Namen: A., B. und L.. A. sagte mir B. sei gefährlich und hält sich im hintergrund, weil er nicht will, dass ich ihn manipuliere. L.ist wie ein kleines Kind, das einfach Spass haben will und stur ist. A. ist die verletzliche, traurige und hilfsbereite. Warum kommen so plötzlich diese Namen und nicht gleich am Anfang? Die Anteile sagten mir, weil ich es nicht mehr versuchte zu verdrängen. Stimnt das? Liebe Grüsse«

E-Mail der Patientin an ambulanten Therapeuten 5.8.2017, 20:46
»Guten Abend Herr Therapeut
Mir ist gerade eben wieder eine Erinnerung hoch gekommen als ich in Ort A war, doch dieses Mal genauer und mit meinem Anteil der auch Emotional darauf reagiert und immer wieder schreien will. Es spielte in Ort A auf dem Friedhof neben der Christlichen Kiche ab. Es waren Erwachsene in schwarzen Umhängen dort, und einige Kinder in weissen Kleider. In der Mitte lag ein Baby und eine Person im schwarzen Gewand hatte eine Axt oder so was in der Art in der Hand und hackte die Arme und Beine und den Kopf vom Körper ab. Danach ists wieder Brüchig und ich erinnere mich an ein Feuer und dann ist alles wieder schwarz. Mein Anteil von dieser erinnerung sagt mir dass es gegessen wurde, damit man selber wieder rein wird. Aber ich kann das nicht glauben und ich will es auch nicht zulassen, dass diese erinnerung hochkommt. Ich könnts mir nicht verzeihen, wenn ich von einem Menschen gegessen hätte. Liebe Grüsse«

E-Mail der Patientin an ambulanten Therapeuten 5.8.2017, 23:41:
»Guten Abend Herr Therapeut,
Mir sind noch mehr Erinnerungen hoch gekommen, die Zeremonien betreffen wo ich teilnehmen musste. Ich liste sie einfach [...] auf. [...] Am kreuz hängen wie jesus (wiedergeburt) [...] babyfleisch essen eines menschen (zum rein bleiben), blut von verschiedenen tieren trinken mit wein [...]«

Besonders aufschlussreich ist, dass die Dokumente auch Zweifel, Widerstände und Gegenbewegungen der Patient*innen festhalten. Gerade dies ist wichtig, um ihre Beteiligung nicht als lineare Zustimmung und Übernahme misszuverstehen. In mehreren Fällen finden sich auch in Dokumenten Hinweise darauf, dass Patient*innen bestimmte Interpretationen zurückweisen, ihre Reichweite bestreiten oder sich durch sie überfordert fühlen. Bei Frau G wird mehrfach dokumentiert, dass die Patientin »rituelle Gewalt« gerade nicht als ihr Thema ansieht oder sich gegen bestimmte diagnostische Rahmungen und deren Folgen wehrt.

> **Frau G, direkt Betroffene:** E-Mail der Patientin an die Therapeutin 22.7.2021: Ich finde es ätzend, wenn speziell eine Diagnose (DIS) benutzt wird, um ständig meine Aussagen und meine Realität in Frage zu stellen.

Auch bei Frau J und Frau K finden sich Hinweise darauf, dass Patientinnen therapeutische Konzepte oder einzelne Interpretationen nicht vorbehaltlos übernehmen, sondern den Therapeut*innen gegenüber Zweifel äußern. Die Beteiligung der Patient*innen erscheint damit als ambivalenter Prozess, in dem Aneignung, Hoffnung auf Erklärung, Zweifel, Überforderung und Widerstand miteinander verflochten sein können. Gerade diese Ambivalenz unterstreicht die Notwendigkeit, die besondere Asymmetrie des therapeutischen Verhältnisses für ein Verständnis der Immersionsprozesse zu reflektieren. Dass Patient*innen Erklärungsangebote aufgreifen, Fragen und Eindrücke einbringen und Interpretationen übernehmen, bedeutet nicht, dass sie den therapeutischen Prozess in gleicher Weise steuern oder überblicken könnten wie die Behandelnden. Die Dokumente zeigen, dass Patient*innen sich in Situationen hoher Abhängigkeit, großer Verunsicherung und des starken Wunsches nach Orientierung befinden. Sie verspüren – auch dadurch, dass sie nach zum Teil lang andauernden Indextherapien eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands wahrnehmen – einen großen Leidensdruck und einen hohen Hilfebedarf.

Insgesamt zeigt die Dokumentenanalyse, dass das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in den untersuchten Fällen interaktiv herausgebildet wird. Patient*innen bringen Suchbewegungen, Rechercheergebnisse, Symptome, Ängste, Erinnerungsfragmente und sprachliche Anschlussleistungen in den therapeutischen Prozess ein. Deren Einordnung erfolgt innerhalb eines asymmetrischen professionellen Verhältnisses, in dem Therapeut*innen Interpretationsangebote strukturieren, bestätigen und weiterführen.

9.7.2.4 Hilfenetzwerke, Gegenlesarten und Konflikte um Plausibilität

Ein weiterer zentraler Befund der Dokumentenanalyse betrifft die Rolle von Helfernetzwerken und die zwischen unterschiedlichen Institutionen ausgetragenen Konflikte um die Plausibilität von Falldeutungen. Während die Interviews bereits erkennen lassen, dass Patient*innen, Therapeut*innen, Beratungsstellen, Kliniken, Behörden und weitere Institutionen in komplexe Unterstützungszusammenhänge eingebunden sind, zeigen die Dokumente genauer, wie diese Akteur*innen aufeinander Bezug nehmen, Informationen austauschen und Fälle nach unterschiedlichen Maßstäben bewerten. Sichtbar wird damit ein Feld, in dem Plausibilität zwischen verschiedenen professionellen Kontexten hergestellt, bestritten und praktisch folgenreich gemacht wird.

Besonders deutlich wird dies für IV9 mit Frau J. Die vorliegenden Unterlagen geben einen dichten Einblick in die Zusammenarbeit zwischen ambulanter Therapeutin,

stationären Behandler*innen, KESB, Beiständin, Opferberatung, Polizei und weiteren Beteiligten. Erkennbar wird ein Netzwerk, in dem therapeutische Einschätzungen in verschiedene institutionelle Kontexte hineingetragen werden und dort Anschlusskommunikation auslösen. Gefährdungsmeldungen, Hinweise auf Täterkontakte, Entführungsgefahr und »rituelle Gewalt« werden kommuniziert und machen Positionierungen anderer Stellen erforderlich. Die Dokumente zeigen damit einen arbeitsteiligen Zusammenhang, in dem sich Interpretationen aus der Therapie über institutionelle Grenzen hinweg ausbreiten und andere Stellen beteiligen.

Gerade der Behandlungsverlauf von Frau J zeigt jedoch auch, dass solche Netzwerke nicht homogen sind. Neben affirmativen Akteur*innen treten wiederholt Fachpersonen und Institutionen auf, die zentrale Annahmen nicht in gleicher Weise wie beispielsweise die ambulante Indextherapeutin und eine Klinikärztin teilen. So weisen die KESB und auch eine Beiständin darauf hin, dass bestimmte Behauptungen, etwa zu Entführungsgefahr oder konkret erlebter Gewalt, nicht verifiziert werden konnten und von der Patientin gegenüber der Beiständin nicht entsprechend geschildert worden seien. Auch Dokumente anderer Institutionen markieren Distanz, indem sie auf fehlende Hinweise für Täterkontakt, auf die mangelnde Beobachtbarkeit wechselnder Identitäten oder auf alternative diagnostische Erklärungen wie eine artifizielle Störung oder pathologisches Lügen verweisen. In polizeilichen Ermittlungsberichten wiederum wird dokumentiert, mit welchem Aufwand gemeldete Täterkontakte und behauptete Gewaltereignisse überprüft werden, ohne dass sich diese bestätigen ließen. Die Dokumente machen damit sichtbar, dass Konflikte um Plausibilität an unterschiedlichen Prüfmaßstäben gewertet werden: an klinischer Beobachtbarkeit, an diagnostischer Konsistenz, an fürsorgerischer Gefährdungseinschätzung oder an forensischer Überprüfbarkeit. Da zum Behandlungsverlauf von Frau J eine besonders dichte Rekonstruktion der interinstitutionellen Kommunikation über und die jeweilige Bewertung von Frau J möglich ist, folgen einige längere Ausschnitte.

Frau J, direkt Betroffene: Antrag auf eine »fürsorgerische Unterbringung« (FU)[54] durch Klinikärztin Y vom 1.8.2017

[...] Die oben genannte Patientin befindet sich seit dem 14.6.2017 in stationärer Behandlung in unserer Klinik und wird seit dem 1.8.2017 nach Art. 427 ZGB in unserer Klinik gegen ihren Willen zurückbehalten.
Wir beantragen die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung nach Art. 426 ZGB durch die Erwachsenenschutzbehörde, da die von der oben genannten Patientin freiwillig akzeptierten Behandlungsmassnahmen nicht ausreichen, um bei ihr die Eigen- und Fremdgefährdung auf ein mit einem Klinikaustritt zu vereinbarendes Mass zu reduzieren. [...] Frau J ist nicht in der Lage, sich selber zu schützen. [...] Da ihre

54 Eine Fürsorgerische Unterbringung (FU) ist eine freiheitsentziehende Zwangsmaßnahme im Erwachsenenschutzrecht der Schweiz.

Persönlichkeit aufgesplittert ist kann sie nicht in unserm Sinn vernünftig reagieren. [...] in einer Befragung kann sie keine stichhaltigen Angaben machen, da sie dafür wieder betraft wird. [...]

Tatsachenbericht einer Klinikärztin Y vom 2.8.2017 (wurde mit dem Antrag auf eine Fürsorgerische Unterbringung an die KESB verschickt)
[...] Frau J wurde als zweite von drei Schwestern geboren. Ihre Eltern [...] gehören einer satanistischen Sekte an.
Frau J wurde für die Sekte gezeugt und für die Sekte von klein auf programmiert. Ziele der Programmierung sind absoluter Gehorsam, Glaube an die dunkle Welt und deren Herrscher Satan, Akzeptanz der eigenen Schuld und des Nichts-wert-seins.
Frau J lernte früh, dass ihr Lebensauftrag die sexuelle Befriedigung von Männern ist. Sie wurde von klein auf sexuell missbraucht, durch den Vater, durch Sekten Mitglieder oder durch Kunden, die dafür zahlen. Sie wurde mehrmals von ihrer Mutter und ihrer Schwester zu internationalen satanistischen Treffen begleitet, an denen sie sexuelle Wünsche erfüllen musste, während Mutter und Schwester einen Stadtbummel erlebten. Seit sie allein lebt erhält sie zuhause Besuch von Männern, die sie in ihrer Wohnung sexuell ausbeuten. Oft wird sie per Telefon zu einem Treffen aufgeboten.
Mehrmals fanden auch sodomistische Rituale statt. Die Täter verlustierten sich selber an Kälbern. Später wird Frau J gefilmt, wenn sie von einem Hund, der vorher aufgegeilt wurde, penetriert wird. Für Penetration durch ein Pferd wird sie auf einem Tisch platziert.
Frau J wurde mehrmals geschwängert. Die Schwangerschaften wurden stets in einem frühen Stadium beendet, sodass der Fetus nicht gemeldet werden musste. (Im Zirkel stehen auch Frauenärzte zur Verfügung).
In Voll- und Leermondnächten treffen sich die Männer in schwarzen Kutten und roten Augen auf einem Friedhof. Sie bringen im Kofferraum nackte Mädchen mit, die in der Kreismitte stehen. Eines der Mädchen muss einen Fetus schlachten. Das Blut wird zur Reinigung getrunken, das kleine Herz gegessen. Den Mädchen wird gedroht, dass sie lebendigen Leibes beerdigt werden, falls sie sich nicht an die Regeln halten. Vorsichtshalber muss jedes Mädchen einen Abschiedsbrief an seine Eltern schreiben, worin es beteuert, dass es das Land schnell verlassen musste, um im Ausland zu heiraten und dass es nie mehr zurückkehren werde.
Frau J musste auch Drogenpäckchen schlucken, über die Grenze bringen und am Ziel in einen Topf stuhlen. Dabei wurde sie instruiert, dass sie, falls sie erwischt würde, die Schuld selber tragen müsste. Namen nennen würde hart bestraft.
Frau J leidet an einer dissoziativen Identitätsstörung. Sie wurde von Geburt an dazu trainiert, grausame Erinnerungen gänzlich abzuspalten. Sie wurde eingesperrt, litt unter großen Ängsten und war jedem dankbar, der sie herausliess. Man konnte von ihr alles verlangen – sie musste Sperma schlucken, Kot essen, durfte nicht erbrechen, nicht weinen – sie war trotzdem dankbar, wenn sie herausgelassen wurde. Solche grausamen Erlebnisse werden vom Gedächtnis abgespalten; es entsteht ein neuer Persönlichkeitsanteil. Jeder abgespaltene Persönlichkeitsanteil reagiert auf einen Code; wird dieser

benutzt, so reagiert dieser Persönlichkeitsanteil täterloyal. Er gehorcht aufs Wort und tut wie ihm befohlen wird.
Frau J wurden unter Zwang abartige Sexualpraktiken antrainiert. Sie lernte, dass dies ihr Lebensauftrag sei, dass alle Mädchen zu diesem Zweck geboren würden. Sie musste Kinder verletzen, Säuglinge umbringen und so Schuld auf sich laden. Noch heute reagieren kindliche Persönlichkeitsanteile auf eben diese Art; sie verteidigen die Täter und erkennen nicht, dass sie ausgebeutet werden.
Frau J weilte im Frühjahr 2017 zum ersten Mal auf unserer Schwerpunktstation für Patienten mit Traumafolgestörungen. Unser Ziel war, sie vor Übergriffen zu schützen und die Innere Kommunikation zu fördern, um einen Ausstieg aus Sekte aus der zu planen. Damals wurde sie per Handy oder SMS zu Treffen aufgeboten. Meist informierte Frau J uns über die Termine, worauf wir sie daran hindern konnten, die Klinik zu verlassen. Gelegentlich lief sie weg ohne uns zu informieren. Wir informierten die Polizei und baten um Hilfe, um die Patientin vor Offizialdelikten zu bewahren. Leider gelang es uns nicht, einen Übergriff zu beobachten. Die Polizei schloss die Akte ohne Erfolg. Nach diesem Klinikaufenthalt erfolgte durch die Täter eine intensive Nachprogrammierung, mittels Strom und Drogen. Dadurch wurden neue Persönlichkeitsanteile geformt, die nur mit den Tätern kommunizieren. Beim zweiten stationären Aufenthalt verzichteten die Täter auf Handy und SMS. Die Aufgebote wurden direkt übermittelt. Die Täter bewegten sich oft auf dem Klinikparkplatz und passten Frau J ab. Sobald sie einen Täter sah, switchte sie in einen kindlichen Anteil, der gehorcht und tut, wie ihm befohlen wird. Jedesmal, wenn Frau J etwas über die Täter erzählte, erfolgte innerlich ein Stromstoss, einem Elektroschock ähnlich, und Frau J war längere Zeit wie eingefroren und nicht ansprechbar.
Frau J ist durch ihre aufgesplittete Persönlichkeit nicht in der Lage »erwachsen« zu reagieren. Sie switcht, sobald sie sich überfordert fühlt, in einen kindlichen Persönlichkeitsanteil und reagiert täterloyal. Somit haben die Täter die junge Frau völlig in der Hand; sie können sie jederzeit zurückholen. In jeder polizeilichen Anhörung wird sie sich überfordert fühlen, switchen und täterloyal reagieren. Ihr wurde auch aufgetragen, uns Therapeuten körperlich zu attackieren.
Frau J möchte aus der Sekte aussteigen. Sie wünscht sich ein normales Leben, ohne sexuelle Übergriffe, ohne täterloyale Persönlichkeitsanteile. Sie möchte eine Ausbildung machen, eine Zukunft planen, normal sein. [...]

WhatsApp-Chat zwischen ambulanter Indextherapeutin (T) und Sachbearbeiter der Polizei (S)
4.11.17, 21:27, T an S: Gem plan müsste heute ja ritual sein(abschluss fest u mond) Meistens sind die mondrituale laut pat bei friedhof/burg u finden zur dunklen stunde an (also nach mitternacht)
4.11.17, 21.48, S an T: Genau. Wir haben Augen und Ohren offen.
5.11.17, 10:18, T an S: Die sms ist v täterloyalem antwil geschriebwn (die `jungs` halten sich f männer)
5.11.17 , 10:26, S an T: Danke für die Erklärung

5.11.2017, 21:48 T an S: Dann guet obs oder so
[...]
20.11.2017, 15:46, T an S: Guten tag herr S, gab es bewegung oder ‚riecht' es nach bestrafung im inneren oder flashback? Können Sie dazu was sagen? Mit freundlichen Grüßen
20.11.2017, 15:52, S an T: Ob es eine innere Bestrafung oder ein Flashback ist kann ich nicht beurteilen. Aber die bisherigen Erkenntnisse der Reise zeigen keine Anzeichen auf deliktische Handlungen aus oder können mit Sicherheit ausgeschlossen werden.
[...]
21.11.2017, 17:50, T an S: Guten tag herr S, wenn ixh Sie richtig verstanden habe, schliessen sie das berichtete aus. Können bzw. durfen Sie mich informieren, wie Sie zu dieser schlussfolgerung kommen? [...]
21.11.2017, 18:52, T an S: Gem. pat geht sie heute (jetzt bald) zu kunde..
21.11.2017, 22:23, T an S (Sei ein fernkunde gewesen via com.phone)
[...]
6.12.17, 14:13, T an S: Guten Tag Herr S, war noch mit der pat im kaffee und auch mit täterloyaler Y gesprochen. Sie hat todesangst jetzt, die anderen anteile auch angst. [...] Haben Sie die pat weiterauf dem radar? Anteil Z sagte, dass täterhandys nichts gefunden werde, weil allesimmer gelöscht werde, sogar ein `clean`programm angewendet werde.
6.12.17, 15:47, S an T: Danke für die Info. Wir sind betreffend der Ängste der Patientin unbesorgt. Solange Patientin sich nicht selbst gefährdet, sehen wir keine konkrete Gefahr«
7.12.17, 22:04, T an S: Pat sagt, Sie haben ein handy nicht gefunden... DAS täterhandy sei auf dem »terässli« gewesen
7.12.17, 22:06, S an T: Das stimmt nicht. Wie haben extra darauf nachgeschaut

Ermittlungsbericht der Polizei vom 9.2.2018
[...] 3. Rolle Therapeutin C
[...] Dafür besucht Frau J in der Regel wöchentlich zwei Mal, Therapiesitzungen mit Therapeutin [...] Therapeutin ist gemäss den Erkenntnissen der Untersuchungen für Frau J praktisch rund um die Uhr erreichbar und pflegt einen regen Austausch, meist per WhatsApp oder per Telefon. Dabei informiert Frau J ihre Psychologin zeitnah über angeblich geschehene Übergriffe und schildert ihr detailliert die Vorfälle zu bestehenden Treffen mit Kunden. [...] Auch während den Ferien oder Kursbesuchen war Therapeutin regelmässig in Kontakt mit Patientin und beantwortete Meldungen über angebliche Vorfälle zum Nachteil von Frau J [...] Weiter kann anhand des regelmässigen Austauschs zwischen dem Schreibenden und Therapeutin gesagt werden, dass sie, obwohl viele Meldungen von Frau J betreffend deren Inhalt entkräftet werden konnten, se nicht recht daran glauben will, dass Frau J keine Übergriffe oder zumindest Kontakt mit der Täterschaft erleidet. [...]
4. Technische Massnahmen [...]
Echtzeitüberwachung Telefon [...] Videoüberwachung [...] Observation [...]
5. Technische Auswertung/Spuren [...]

> Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Frau J bei den alltäglichen Telefongesprächen mit ihrer Mutter, anderen Frauen, die in derselben Einrichtung Freiwilligendienst leisten und vor allem medizinischen Instituten gänzlich unauffällige Gespräche führte. Von unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, welche die Kontrolle über Frau J übernehmen konnten, konnte bei keinem der Telefongespräche jemals ein anderer Anteil festgestellt werden. Lediglich bei den nicht verwertbaren Gesprächen von Frau J mit Therapeutin konnte festgestellt werden, dass Frau J in unterschiedlichen, teils kindlichen Formen mit Therapeutin kommunizierte [...]
>
> Zusammengefasst kann gesagt werden, dass bei keinem der von Frau J geschilderten Übergriffe auf ihre sexuelle Integrität eine reale Täterkonfrontation mit ihr festgestellt werden konnte. [...]
>
> 8. Erkenntnisse/ Fazit [...]
>
> Für den Schreibenden stellt sich abschliessend die Frage, ob die von Frau J gemeldeten Übergriffe und Taten in dem grossen Umfang nicht eine Option für sie darstellt, um überhaupt bei jemandem in ihrem Leben Aufmerksamkeit zu erlangen. So ist Therapeutin für sie praktisch zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar und bestätigt sie immer wieder in den Ausführungen zu erlebten Taten und Gewaltmeldungen. Andere soziale Kontakte oder Freundschaften sowie Kontakt zu der eigenen Familie sind im Leben von Patientin nicht oder zumindest begrenzt vorhanden. [...]
>
> Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass die von Frau J gemeldeten Ereignisse und Übergriffe in der Zeitspanne der Ermittlungen vom 20. Oktober 2017 bis 08. Januar 2018 zu einem hohen Prozentsatz komplett ausgeschlossen werden können. Bei einigen gemeldeten Ereignissen ist aufgrund der ermittlungstechnischen Unschärfe mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass Frau J Opfer von sexuellen Übergriffen wurde. Die Untersuchungsbehörden konnten kein einziges Treffen oder Ereignis zum Nachteil von Frau J festgestellt werden. [...]
>
> Die Polizei konnte trotz grossem Aufwand an Ermittlungen keine Hinweise zu Kontakten zu einem Täternetzwerk feststellen. [...]

Am Behandlungsverlauf wird deutlich, dass kritische Gegenlesarten nicht automatisch zu einer Revision des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation führen. Obwohl dokumentierte Einwände aus Beistandschaft, KESB, Polizei oder einzelnen klinischen Kontexten vorliegen, bleibt das Modell in Teilen des Hilfesystems handlungsleitend und wird in der Zusammenarbeit von affirmativer Klinikärztin und ambulanter Indextherapeutin verstärkt. Die kritischen Positionen relativieren die therapeutische Interpretation, ersetzen sie aber nicht. Hierzu sind schließlich Impulse einer Angehörigen nötig, die sich in die Entscheidungsfindung bezüglich einer fürsorglichen Unterbringung der Patientin einbringt. Erst dieses Engagement der Angehörigen verstärkt bei der Patientin die eigenen Zweifel und führt schlussendlich zur Revision des Erklärungsmodells. In der abschließenden Bewertung durch einen Richter spricht dieser von einer »Folie a systeme«, in der nicht nur eine Therapeutin und eine Patientin die

Vorstellung des Vorhandenseins einer bestimmten psychischen Erkrankung miteinander entwickelt haben, sondern in der ein ganzes Hilfesystem an der Entwicklung und Stabilisierung der Vorstellung beteiligt war.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Auszug aus dem Brief eines Richters an den Praxisleiter, bei dem die Indextherapeutin tätig ist, vom April 2022: Heute hatten wir eine Verhandlung in Sachen Frau J. [...] Der Fall ist bemerkenswert. Nicht zuletzt wegen der »Folie à système« von welchem das beiliegende Gutachten [...] der Chefetage der Klinik K zeugt. [...] Frau J war bemerkenswert normal, hat selbst von einem »Theater« gesprochen, welches von externen und internen Therapeuten am laufen gehalten wurde und hat eingeräumt, dass sie vielleicht auch nicht ganz unschuldig am »Theater« sei, da es absolut keine »Täter« gebe [...] Wir haben ihre FU aufgehoben.

Die Analyse legt damit nahe, dass institutionelle Gegenlesarten zwar vorhanden sein können, ihre Korrekturkraft jedoch auf den eigenen innerinstitutionellen Raum begrenzt bleibt, weil diese Institutionen nicht über den eigenen Prüf- bzw. Arbeitsauftrag hinaus Einfluss auf die therapeutische Behandlung nehmen.

Auch in anderen Fällen treten solche Plausibilitätskonflikte hervor. Bei Frau K dokumentieren die Unterlagen ein Nebeneinander dissoziativer, psychotischer und borderlinebezogener Lesarten. Einzelne Berichte weisen ausdrücklich auf hohe Suggestibilität, schwer einschätzbare Authentizität der Angaben und mögliche iatrogene Effekte hin. Sichtbar wird hier, dass die Plausibilität des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation auch dort nicht selbstverständlich ist, wo zeitweise mit ihm gearbeitet wird. Vielmehr bestehen unterschiedliche fachliche Maßstäbe dafür, wann eine DIS-Diagnose als tragfähig gilt und wie mit der Möglichkeit suggestiver Einflüsse umzugehen ist.

Ein ähnlicher Befund zeigt sich für den Behandlungsverlauf der Tochter von Frau B. Frühe Behandlungsdokumente, spätere trauma- und dissoziationsbezogene Rahmungen, polizeiliche Berichte, gerichtliche Entscheidungen und forensische Gutachten stehen nicht für eine einheitliche Deutungslinie, sondern für konkurrierende institutionelle Lesarten. Besonders deutlich wird dies in forensischen Einschätzungen und in der staatsanwaltschaftlichen Einstellungsverfügung, in denen die berichteten Gewaltvorwürfe nicht bestätigt und stattdessen unter anderem mit Paramnesie oder False-Memory-Syndrom in Zusammenhang gebracht werden. Trotz der Einstellungen der Ermittlungen der Staatsanwaltschaft im Jahr 2018 läuft die Behandlung der Patientin entsprechend des Erklärungsmodells bis heute weiter.

> **Frau B, Angehörige:** Einstellungsverfügung vom 14.08.2018, betreffend Strafanzeige i.S. versuchte vorsätzliche Tötung, sexuelle Handlungen mit Kindern, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung, Inzest
> Selbstverständlich ist grundsätzlich nicht auszuschliessen, dass Tochter B je Opfer sexueller Gewalt wurde. Im Rahmen dieser Strafuntersuchung gegen ihren Vater, X, erhärtete sich dieser Verdacht jedoch nicht. Insgesamt lässt sich der Anzeigeverdacht nach den

> vorgenommenen Ermittlungen durch das vorliegende Beweisergebnis nicht bestätigen. Fehlende Beweisergebnisse verunmöglichen damit eine andere Verfahrenserledigung bzw. erscheint beim vorliegenden Beweisergebnis bei einer Anklageerhebung ein Freispruch deutlich wahrscheinlicher als eine Verurteilung. Das Verfahren ist deshalb mangels Nachweis einer strafbaren Handlung gemäss Art. 319 Abs. I lit, a StPO einzustellen. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass aufgrund der psychischen Erkrankung und damit vorhandenen Überzeugung bei Tocher B zu keinem Zeitpunkt davon ausgegangen werden musste, dass die Privatklägerin den Beschuldigten wider besseres Wissen bzw. böswillig dieser Straftaten beschuldigt. Ihre psychische Erkrankung verbundenen mit einer auftretenden Paramnesie vermögen die Anzeigeerstattung zu erklären, ohne den Verdacht eines Rechtspflegedelikts entstehen zu lassen.

Hier ist dokumentiert, wie bei Frau J auch, dass eine Einschätzung in einem institutionellen Kontext nicht automatisch Einfluss auf die Praxis anderer Institutionen hat. Die Dokumente zeigen hier nicht nur unterschiedliche Beschreibungen eines*r Patient*in, sondern unterschiedliche Kriterien dafür, was als realitätsadäquat, glaubhaft oder entscheidungsrelevant gilt.

Insgesamt weisen die Dokumente darauf hin, dass Helfernetzwerke Orte der Unterstützung, der Prüfung und der Auseinandersetzung um Deutungen sind. In den Analysen zeigt sich, dass sich dennoch immer die das Erklärungsmodell bestätigende Interpretation durchsetzt, was dadurch zu begründen ist, dass Therapeut*in und Patient*in eng miteinander arbeiten und alle weiteren Institutionen Zwecke verfolgen, die als Zusatz zur Therapie gewertet werden müssen. Lassen sich diese Institutionen nicht überzeugen, zusätzliche Hilfestellung zu leisten, wird dies zwar möglicherweise als bedauerlich bewertet; die Einschätzung der anderen Institution greift aber nicht in den therapeutischen Prozess an sich ein, der unverändert weiterläuft.

9.7.2.5 Dokumente als wirkmächtige Praxis: Verschriftlichung, Weitergabe und Eskalation

Ein weiterer zentraler Befund der Dokumentenanalyse besteht darin, dass Dokumente im vorliegenden Untersuchungsfeld die Dynamik der rekonstruierten Verläufe mitbestimmen. Sie halten Wahrnehmungen, Einschätzungen und Entscheidungen fest, fixieren Interpretationen, machen sie für weitere Texte anschlussfähig, transportieren sie zwischen Institutionen und können dadurch neue Maßnahmen auslösen. Die Verschriftlichung ist damit selbst Teil der Prozessdynamik.

Diese Wirksamkeit zeigt sich zunächst in der stabilisierenden Funktion schriftlicher Fixierungen. Sobald Symptome, biografische Hinweise oder Annahmen über »Anteile«, Dissoziation oder »rituelle« bzw. organisierte Gewalt in einem Bericht formuliert sind, können sie in späteren Dokumenten als Bezugspunkt dienen. Frühere Formulierungen

werden aufgegriffen, Vorbefunde vorausgesetzt und neue Beobachtungen in bereits etablierte Kategorien eingeordnet. Besonders deutlich ist dies bei Frau Q, wo sich über mehrere Berichte hinweg eine Verdichtung hin zu einer Interpretation als Dissoziative Identitätsstörung nachvollziehen lässt. Einmal formulierte Annahmen zu Anteilen, struktureller Dissoziation oder »ritueller« Gewalterfahrungen werden in späteren Dokumenten erneut aufgegriffen, mit weiteren Beobachtungen verknüpft und dadurch verstetigt. Dokumente erzeugen hier Kontinuität, indem sie ein Verständnis textförmig verfügbar halten.

Ähnliches gilt für Frau G. In der ambulanten Verlaufsdokumentation werden über längere Zeit neue »Anteile«, programmierungsbezogene Überlegungen, Hinweise auf ein »System« sowie Bezüge zum Narrativ »Rituelle Gewalt« festgehalten. Gerade die fortlaufende Protokollierung sorgt dafür, dass einzelne Beobachtungen, Träume, Mails oder Interaktionen nicht isoliert bleiben, sondern als Bestandteile eines zusammenhängenden Modells lesbar werden. Die Dokumentation wirkt hier ordnend: Sie fügt heterogene Einzelphänomene in einen zunehmend verdichteten Deutungsrahmen ein. Zugleich wird im Dokumentenmaterial auch sichtbar, dass Dokumente Zweifel, alternative Erklärungen und Beziehungskonflikte festhalten können. Ihre Wirksamkeit liegt daher darin, bestimmte Deutungsräume zu eröffnen, offenzuhalten oder zu verengen.

Über die stabilisierende Funktion hinaus zeigen die Dokumente, dass Verschriftlichung häufig mit Weitergabe verbunden ist. Berichte werden an Kliniken, Hausärzt*innen, Gutachter*innen, Behörden oder weitere therapeutisch und beraterisch tätige Stellen übermittelt. Gefährdungsmeldungen lösen Prüfungen aus, Stellungnahmen und Gutachten werden zu Entscheidungsgrundlagen weiterer Maßnahmen. Mit dieser Weitergabe kann sich die Reichweite einer Deutung verändern. Was zunächst innerhalb des therapeutischen Settings formuliert wird, kann an andere Institutionen weitergegeben werden und dort als feststehender Bestandteil erscheinen. Besonders deutlich ist dies wiederum bei Frau J. Therapeutische Einschätzungen werden dort in Gefährdungsmeldungen, Anträge, E-Mails und Berichte übersetzt und gelangen so in Kontexte, in denen über polizeiliche Ermittlungen, Schutzmaßnahmen oder Begutachtungen entschieden wird.

Gerade im Behandlungsverlauf von Frau J wird zudem sichtbar, dass die Zirkulation von Dokumenten zu einer Eskalation von Handlungen beitragen kann. Hinweise aus der Therapie bleiben nicht auf die Behandlungsinteraktion beschränkt, sondern werden an Kontakte bei KESB, Polizei, Opferberatung und weiteren Stellen weitergegeben. Dadurch entstehen wiederholt neue Reaktionen: Abklärungen zu fürsorgerischer Unterbringung, stationäre Aufenthalte, Austausch mit Ermittlungsbehörden, Überwachungsmaßnahmen oder Begutachtungen. Dokumente wirken hier, weil sie Deutungen in institutionelle Verfahren übersetzen, auf die reagiert werden muss.

Ein weiterer Aspekt ihrer Wirksamkeit besteht darin, dass Dokumente Handlungsdruck erzeugen können, auch wenn die in ihnen festgehaltenen Annahmen nicht verifiziert sind. Unterlagen zum Behandlungsverlauf von Frau J dokumentieren dies

ausdrücklich: Einerseits wird im polizeilichen Untersuchungsbericht wiederholt festgehalten, dass behauptete Täterkontakte oder Gewaltereignisse nicht bestätigt werden konnten; andererseits werden auf Grundlage derselben Annahmen weiterhin Schutzmaßnahmen, stationäre Aufenthalte, Abklärungen und weitere Interventionen angestoßen. Ähnliches zeigt sich in anderer Form auch bei Frau K und der Tochter von Frau B. Dort bleiben diagnostische Unsicherheit und konkurrierende Lesarten zwar dokumentiert, die einmal verschriftlichten Annahmen über Trauma, Dissoziation oder Missbrauch prägen die weitere Bearbeitung jedoch weiterhin. Dokumente können damit eine Doppelstruktur erzeugen: Sie halten Unsicherheit fest und stabilisieren zugleich jene Deutungen, über deren Status Unsicherheit besteht.

Schließlich zeigen die Unterlagen auch, dass Dokumente Prozesse begrenzen können. Skeptische Stellungnahmen, zurückweisende Antworten von Behörden, kritische Gutachten oder Ermittlungsberichte können Maßnahmen abbremsen und alternative Lesarten einführen. Durch die Analysen wird allerdings ebenfalls sichtbar, dass solche Gegensteuerung auf den jeweiligen institutionellen Raum begrenzt bleibt. So kann etwa eine fürsorgerische Unterbringung abgelehnt oder eine Behauptung als nicht verifizierbar bewertet werden, ohne dass damit automatisch eine weiterreichende Veränderung der therapeutischen Interpretation verbunden ist.

Insgesamt zeigt die Dokumentenanalyse damit, dass Verschriftlichung und Weitergabe im vorliegenden Untersuchungsfeld eine eigenständige Praxis mit erheblicher Reichweite darstellt. Dokumente fixieren Interpretationen, machen sie für weitere Texte anschlussfähig, transportieren sie zwischen Institutionen und können dadurch Maßnahmen auslösen, Eskalationsdynamiken verstärken oder begrenzen.

Insgesamt zeigen die zusätzlichen Ergebnisse der Dokumentenanalyse, dass Dokumente im vorliegenden Untersuchungsfeld weit mehr sind als bloße Ergänzungen der Interviews. Sie eröffnen einen eigenständigen Zugang zu zeitlichen Verläufen, zu diagnostischen und erklärenden Verschiebungen, zu interaktiven Prozessen zwischen Patient*innen und Behandelnden sowie zu institutionellen Auseinandersetzungen um Plausibilität. Zugleich wird sichtbar, dass Dokumente selbst Teil des Geschehens sind: Sie fixieren Interpretationen, machen sie anschlussfähig, tragen sie in andere institutionelle Kontexte und prägen damit den weiteren Behandlungsverlauf. Der besondere Ertrag der Dokumentenanalyse liegt somit darin, das Zusammenspiel von therapeutischer Interpretation, patient*innenseitiger Beteiligung, professionellen Netzwerken und institutioneller Bearbeitung in seiner Prozesshaftigkeit und Mehrstimmigkeit genauer rekonstruieren zu können.

9.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Zusammenschau der Ergebnisse zeigt sich das untersuchte Phänomen als mehrschichtige Interpretations- und Prozessdynamik, die sich nur aus der Verschränkung mehrerer Ebenen erschließt. Im Zentrum steht das im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, das Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine Dissoziative Identitätsstörung verbindet. Seine Bedeutung liegt darin, dass es biografische Erfahrungen, psychische Symptomatik, gegenwärtige Verunsicherungen und therapeutisches Handeln auf einen gemeinsamen Deutungszusammenhang bezieht. Zugleich entfaltet es seine Wirksamkeit nicht für sich allein, sondern im Zusammenhang mit konkreten Therapie- und Beratungsverläufen, mit professionellen Vorannahmen, mit sozialen Beziehungen der Patient*innen und mit dem polarisierten Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt«.

Für die Gesamtschau ist zunächst wesentlich, dass das Erklärungsmodell im Interview- und Dokumentenmaterial als prozesshaft hervorgebrachte Ordnung erscheint. Die Analysen machen sichtbar, wie es im Verlauf von Hilfeprozessen an Kontur gewinnt, in therapeutischen Interaktionen ausgestaltet, in Diagnosen und Interpretationen verdichtet und in Dokumenten festgehalten wird. Gerade die Dokumentenanalyse zeigt, dass diese Verschriftlichungen kein bloßes Nachzeichnen bereits bestehender Verhältnisse darstellen. Sie tragen dazu bei, Deutungen zu stabilisieren, zwischen Institutionen weiterzugeben und in neue Bearbeitungszusammenhänge zu überführen.

Die Ergebnisse zu Therapie- und Beratungsprozessen verdeutlichen, durch welche Praktiken das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation in den untersuchten Verläufen Plausibilität gewinnt. Wiederkehrend sind Erinnerungssuchen, die auf bislang nicht zugängliche Gewalterlebnisse gerichtet sind, die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen als eigenständigen Entitäten, die Verstärkung therapeutischer Erwartungen im Interaktionsgeschehen sowie Zielverschiebungen, in deren Verlauf die weitere Ausgestaltung des Modells selbst zunehmend zum Bezugspunkt der Behandlung wird. Damit verändert sich auch der Fokus therapeutischer Arbeit. Die Bearbeitung bereits bekannter Belastungen und die Linderung der gegenwärtigen Symptomatik verlieren an Gewicht, während sich die Aufmerksamkeit stärker auf die Rekonstruktion verborgener Zusammenhänge, auf innere Differenzierungen und auf die Abwehr angenommener Gefährdungen richtet.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der therapeutischen Beziehung zu. In den Fällen mittlerer und tiefer Immersion erscheint sie als ein zentraler Ort, an dem das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Stabilität gewinnt und lebenspraktisch wirksam wird. Entgrenzung, Ambivalenz, Abhängigkeit und eine Schwächung patient*innenseitiger Deutungshoheit treten hier als wiederkehrende Muster hervor. Die Beziehung erhält dadurch ein Gewicht, das über eine tragfähigen therapeutische Arbeitsbeziehung hinausgeht. Sie wird zu einem Medium,

in dem Deutungen plausibilisiert, Zweifel bearbeitet und Bindungen an das Modell verstärkt werden können. Gerade in dieser engen Verflechtung von Erklärungsmodell und Beziehungsgestaltung liegt ein zentraler Schlüssel zum Verständnis der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe.

Die vergleichende Analyse macht darüber hinaus sichtbar, dass sich die Fälle deutlich nach dem Grad der Immersion unterscheiden. Diese Differenzachse erweist sich für die Gesamtauswertung als besonders ergiebig, weil sich an ihr Unterschiede in der Übernahme des Modells, in der Beziehungsgestaltung, in der sozialen Einbindung, in den Folgen der Behandlung und in den Möglichkeiten späterer Distanzierung beschreiben lassen. Die Spannweite reicht von einer frühen Zurückweisung des Modells über ambivalente und nur teilweise Aneignungen bis hin zu Verläufen, in denen das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation über lange Zeiträume zur selbstverständlichen Grundlage des eigenen Selbst- und Weltverständnisses wird. Damit wird deutlich, dass seine Wirksamkeit nicht einheitlich zu bewerten ist, sondern unterschiedliche Tiefen der Aneignung und unterschiedliche Grade lebenspraktischer Durchdringung annimmt.

Die zusätzlichen Ergebnisse aus den Fachpersoneninterviews erweitern diese Befunde um eine professionelle Perspektive. Sichtbar werden unterschiedliche Weisen, sich zu einem hoch polarisierten Feld zu verhalten: tiefes Eintauchen in einen affirmativen Deutungszusammenhang, spätere Ablösung aus einem solchen Zusammenhang sowie eine reflektierte, epistemisch zurückhaltende Positionierung. Damit tritt hervor, dass die Dynamik des Feldes auch aufseiten der Fachpersonen von Suchbewegungen, Gewissheiten, Zugehörigkeiten und Distanzierungen geprägt ist. Fachliche Netzwerke, Supervision, Fortbildungen und geteilte Begrifflichkeiten gewinnen in diesem Zusammenhang besonderes Gewicht, weil sie Deutungen nicht nur stützen, sondern auch ihre Reichweite und Stabilität erhöhen können.

In der Zusammenschau wird ferner deutlich, dass die rekonstruierten Verläufe in einen breiteren diskursiven Zusammenhang eingebettet sind. Der polarisierte Diskurs um das Narrativ »Rituelle Gewalt« stellt Begriffe, Plausibilitätsmuster, Legitimationsfiguren und Feindbilder bereit, die in Therapie und Beratung aufgegriffen, im Erklärungsmodell weiter verdichtet und praktisch wirksam werden. Die Ergebnisse zu gemeinsamer Besonderung, zu affirmativen Fachkreisen, zur Immunisierung gegen Kritik und zu gemeinsamen Anstrengungen gegen angenommene Täternetzwerke verweisen auf ein Umfeld, in dem das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zusätzliche Stützung erfährt. Seine Plausibilität speist sich damit nicht allein aus den konkreten Interaktionen einzelner Behandlungen, sondern auch aus einem diskursiven Raum, in dem bestimmte Annahmen zirkulieren, bekräftigt und gegen Einwände abgeschirmt werden.

Zugleich zeigen die Analysen, dass Patient*innen an der interaktiven Herstellung des Erklärungsmodells beteiligt sind. Sie greifen Deutungsangebote auf, versuchen Symptome und innere Zustände einzuordnen, reagieren auf Erwartungen und tragen

in unterschiedlichem Maß zur weiteren Ausgestaltung des Modells bei. Für die Einordnung dieses Befunds bleibt jedoch die Asymmetrie therapeutischer Beziehungen zentral. Patient*innen handeln in Situationen erheblicher psychischer Belastung, unter Bedingungen professioneller Autorität und in einem von Behandelnden strukturierten Deutungsraum. Die Verantwortung für diagnostische Zurückhaltung, methodische Sorgfalt und die Wahrung professioneller Grenzen verbleibt deshalb bei den Fachpersonen.

Die Zusammenschau der Ergebnisse legt nahe, die rekonstruierten Prozesse als einen Verlauf der Entmächtigung zu verstehen. Der englische Begriff des »dis-able« bringt den gesamten Bedeutungsgehalt zusammen. Gemeint ist damit eine Dynamik, in deren Verlauf Patient*innen in ihrer Selbstständigkeit, ihrer alltagspraktischen Handlungsfähigkeit und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe geschwächt werden. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation wird in den untersuchten Behandlungsverläufen zum zentralen Referenzpunkt für die Deutung des eigenen Lebens, der eigenen Symptome, der eigenen Beziehungen und der eigenen Gegenwart. Damit geht eine Verschiebung von Deutungshoheit einher, in deren Verlauf Patient*innen ihrer eigenen Wahrnehmung, ihren Erinnerungen und ihrem Urteil zunehmend misstrauen. Zugleich wird ihre Lebensführung in wachsendem Maß durch therapeutische Vorgaben, Gefährdungsannahmen und die Ausrichtung auf das Modell strukturiert. Im Ergebnis zeigt sich eine Behandlung, die Selbstständigkeit einschränkt, Alltagsbewältigung behindert und Teilhabemöglichkeiten verringert. Darin liegt eine Tragik der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe: Die therapeutischen Prozesse geraten in deutlichen Widerspruch zu jenen Zielen, auf die sie ihrem Anspruch nach ausgerichtet sein sollten, nämlich der Linderung von Symptomen, der Verbesserung von Lebensqualität und der Erweiterung gesellschaftlicher Teilhabe.

Die Folgen der rekonstruierten Dynamik reichen weit über die einzelnen Behandlungssituationen hinaus. Sichtbar werden Verschlechterungen des psychischen Zustands, tiefgreifende Verunsicherung in Bezug auf das eigene Erleben, das Entwickeln fortdauernder Bedrohungsvorstellungen, soziale Isolation und erhebliche Belastungen für Angehörige und andere Bezugspersonen. Hinzu kommen langfristige Schwierigkeiten nach der Ablösung aus Therapie und Erklärungsmodell, insbesondere bei der Suche nach neuer professioneller Unterstützung. Auch institutionelle und fachliche Kontexte bleiben von diesen Verläufen nicht unberührt. Die Analysen verweisen damit auf eine Reichweite der Folgen, die biografische, relationale und professionelle Ebenen zugleich betrifft.

Ebenso deutlich wird, unter welchen Bedingungen Destabilisierung, Revision und Ablösung möglich werden. Ausschlaggebend sind hier vor allem außertherapeutische Perspektiven von signifikanten anderen, widersprechende Erfahrungen, kritische Informationen sowie Brüche in der therapeutischen Beziehung selbst. Solche Prozesse vollziehen sich in der Regel nicht abrupt, sondern als schrittweise Neuordnung von Deutungen, Beziehungen und Selbstverhältnissen. Auch darin bestätigt sich noch einmal

die Bedeutung sozialer und institutioneller Kontexte für das Verständnis des gesamten Phänomens.

Insgesamt fügen sich die Ergebnisse zu dem Bild eines Gefüges, in dem therapeutische Interpretationsmacht, professionelle Überzeugungen, interaktive Verdichtungen, dokumentarische Fixierungen und institutionelle Weiterbearbeitungen eng miteinander verbunden sind. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation erhält in diesem Gefüge seine Stabilität, seine Reichweite und seine praktische Wirksamkeit. Gerade diese Verschränkung macht verständlich, weshalb die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe für Patient*innen, ihr soziales Umfeld und die beteiligten professionellen Kontexte so folgenreich werden können.

10 Diskussion der Ergebnisse

Im Anschluss an das materialnahe Ergebniskapitel werden die rekonstruierten Befunde nun aus mehreren theoretischen Perspektiven diskutiert und in bestehende fachliche Diskurse eingeordnet. Dabei greifen die folgenden Unterkapitel wiederholt auf zentrale Aspekte der Analyse zurück. Das betrifft vor allem jene Befunde, die sich im Ergebniskapitel als besonders strukturprägend für das rekonstruierte Geschehen erwiesen haben. Ihre erneute Aufnahme macht sichtbar, wie dieselben Verläufe und Dynamiken je nach theoretischem Zugang mit unterschiedlichen Begriffen gefasst, weiter erschlossen und in verschiedene wissenschaftliche Zusammenhänge eingeordnet werden können. Auf diese Weise zeigt sich, welche Aspekte des Interview- und Dokumentenmaterials für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs besonderes Gewicht haben und wie breit die Ergebnisse an bestehende Diskurse anschließen.

10.1 Medizinethik, Behandlungsqualität und Behandlungsfehler

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus einer medizinethischen und behandlungsqualitätsbezogenen Perspektive.

10.1.1 Theoretischer Zugang: Medizinethik und Behandlungsqualität

Im Folgenden geht es um eine Einordnung der rekonstruierten Verläufe im Horizont fachlicher Diskurse zu guter psychotherapeutischer Praxis, zu möglichen Schädigungen im Behandlungsverlauf und zu professionsbezogenen Grenzziehungen. Die Perspektive von Medizinethik und Behandlungsqualität ist aufschlussreich, weil sie sichtbar macht, in welchem Verhältnis die rekonstruierten Prozesse und Folgen zu allgemeinen Zielen und Qualitätsvorstellungen psychotherapeutischer Behandlung stehen. Es geht hier nicht um eine standesrechtliche Bewertung, die ja ohnehin nur anlassbezogen im Einzelfall erfolgen kann, sondern um die Beschreibung eines Phänomens schädigender, ja toxischer Behandlungsbeziehungen.

Als grundlegende Bezugspunkte heilberuflichen Handelns werden in Kapitel 7 das Nicht-Schadensgebot, das Benefizienzprinzip, die Autonomie und die Gerechtigkeit

benannt (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979; Knoepffler, 2021). Für Psychotherapie kommen weitere Gesichtspunkte hinzu: die sorgfältige diagnostische Abklärung, die gemeinsame Bestimmung von Therapiezielen, die Aufklärung über Behandlung und Risiken, die therapeutische Beziehung, die Mitbestimmung der Patient*innen sowie Verfahren der Qualitätssicherung wie Selbstreflexion, Supervision und Intervision (Hoyer & Knappe, 2020; Tryon et al., 2018; Lindhiem et al., 2016; Jacobi & Brehm, 2020; Benecke et al., 2025; Böker & Schweitzer-Köhn, 2020).

Für die Bestimmung von Behandlungsqualität ist außerdem wichtig, woran gute Psychotherapie gemessen wird. Kapitel 7 verweist dafür auf mehrere Dimensionen: Symptomreduktion, gesundheitsbezogene Lebensqualität, interpersonelle Beziehungsgestaltung, Affektregulation und Selbstwirksamkeit (Rabung et al., 2019). Zentral für jede Therapie ist die Erweiterung von Teilhabemöglichkeiten und die Vermeidung, dass Personen aufgrund einer psychischen Störung an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindert werden (seelische Behinderung). Diese generell akzeptierten Ziele sind in diesem Zusammenhang besonders relevant, weil sich an ihnen die im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierten Verläufe und Folgen einordnen lassen.

Hilfreich ist in diesem Kontext auch die Unterscheidung zwischen Nebenwirkungen, Kunstfehlern und unethischem Verhalten. Die herangezogenen Texte betonen, dass Psychotherapie belastende oder unerwünschte Folgen haben kann, auch wenn sie fachgerecht durchgeführt wird. Davon zu unterscheiden sind methodisch fehlerhaft durchgeführte Behandlungen sowie Formen unethischen Verhaltens, etwa Manipulation, Bevormundung, Entmündigung oder sexualisierte Grenzverletzungen (Peth et al., 2018; Schermuly-Haupt et al., 2018; Schleu, 2021; Hermes & Lindel, 2020). Zugleich gilt, dass der Misserfolg einer Behandlung für sich genommen noch keinen Behandlungsfehler begründet. Maßgeblich ist der fachliche Standard, also die Frage, welches Vorgehen in der konkreten Situation von einer sorgfältig handelnden therapeutischen Fachperson erwartet werden kann (Hermes & Lindel, 2020). Diese Perspektive ist für die Analyseergebnisse aufschlussreich, weil Kapitel 9 Verläufe rekonstruiert, in denen sich Fragen nach guter psychotherapeutischer Praxis, nach professionellen Grenzen, nach Selbstbestimmung und nach möglichen Schädigungen stellen.

10.1.2 Gute psychotherapeutische Praxis als Bezugspunkt

Gute psychotherapeutische Praxis setzt voraus, dass diagnostische Einschätzungen, Therapieziele und das therapeutische Vorgehen für Patient*innen nachvollziehbar bleiben und im Verlauf überprüfbar sind. Dazu gehört, dass die Behandlung an benennbaren Belastungen, gemeinsam geklärten Zielen und der Förderung von Stabilisierung, Selbstwirksamkeit und Alltagsbewältigung orientiert bleibt (Hoyer & Knappe, 2020; Tryon et al., 2018; Lindhiem et al., 2016; Jacobi & Brehm, 2020; Benecke et al., 2025).

> **Frau J, direkt Betroffene:** [...] aber, wie gesagt, das Therapieziel war eigentlich immer vorgegeben und zwar von ihr und entweder du machst mit oder (.) du verlierst mich. (IV9, Z. 1986-1988)

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Analyseergebnisse präziser verstehen. Das Ergebniskapitel zeigt, dass therapeutische Zielsetzungen in den rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufen häufig nicht transparent verhandelt oder gemeinsam reflektiert werden. In mehreren Verläufen verschiebt sich der Schwerpunkt der Behandlung schrittweise. Ausgangspunkt sind reale Krisen, psychische Belastungen und konkreter Hilfebedarf. Im Verlauf gewinnt dann die Suche nach verborgenen, auf einer bestimmten Interpretation basierenden Ursachen, nach weiteren Persönlichkeitsanteilen oder nach Belegen für das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zunehmend an Gewicht. Alltagsbezogene Stabilisierung, die Bearbeitung benennbarer Belastungen und gemeinsam ausgehandelte Ziele treten demgegenüber zurück.

> **Frau A, direkt Betroffene:** [...] warum sucht man überhaupt noch weiter? (.) Warum muss es überhaupt noch mehr Anteile geben? (IV1, Z. 2484-2485)

Aus einer qualitätsbezogenen Perspektive ist daran vor allem bedeutsam, dass sich die Behandlung damit von zentralen Bezugspunkten guter psychotherapeutischer Praxis entfernt. Der Verlauf erscheint weniger als ein reflektierter therapeutischer Prozess, der auf gemeinsam ausgehandelte Ziele und Verbesserung des Befindens zielt. Er erscheint stärker als ein Prozess, in dem das Erklärungsmodell selbst zum organisierenden Zentrum der Behandlung wird.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Sie hatten auch irgendwie eine Erklärung für alles, alles war irgendwie erklärbar und und eben die Zweifel sind sind Zeichen dafür, dass die Diagnose stimmt (IV4, Z. 779-781)

10.1.3 Zielverschiebungen und fehlende Offenheit

Ein weiterer Gesichtspunkt betrifft die Offenheit des therapeutischen Prozesses. Die Literatur zu Behandlungsqualität und Haftungsfragen hebt hervor, dass Psychotherapie auf diagnostische Sorgfalt, die Prüfung von Hypothesen und die Berücksichtigung alternativer Erklärungen angewiesen ist. Fachgerechte Behandlung setzt deshalb voraus, dass Interpretationen grundsätzlich revidierbar bleiben und Zweifel, Widersprüche oder uneindeutige Befunde Anlass zu weiterer Prüfung geben können (Hermes & Lindel, 2020).

Kapitel 9 rekonstruiert demgegenüber wiederholt Verläufe, in denen sich eine frühe Festlegung und eine geringe Offenheit gegenüber widersprechenden Informationen zeigen. Zweifel der Patient*innen, abweichende Selbstdeutungen oder uneindeutige

Befunde führen dann nicht zu einer erneuten Abklärung bzw. Suchbewegung. Sie werden innerhalb des bereits gesetzten Rahmens verarbeitet. Damit verengt sich die diagnostische und therapeutische Offenheit.

> **Frau J, direkt Betroffene:** [...] ich habe eine DIS war wie irgendwie plötzlich klar (.) also Frau Therapeutin C hat dann/ [...] war wie plötzlich klar (...) sie hat wie dann davon gesprochen, dass ich verschiedene Anteile habe oder hätte, (.) dass die sich ihr auch zeigen. (..) Ich würde mal in einem kleinen Kind bei ihr auftreten, mal sei ich (.) ein mehr erwachsen, mal weniger erwachsen. (IV9, Z. 299-303)

Aus medizinethischer Perspektive ist daran vor allem der Bezug zur Autonomie aufschlussreich. Wenn die Wahrnehmungen, Zweifel und Deutungen der Patient*innen systematisch an Gewicht verlieren, verschiebt sich das Verhältnis zwischen professioneller Interpretationsmacht und Selbstbestimmung. Die Patient*innen bleiben zwar stark emotional involviert und sind auf der Beziehungsebene und formal am therapeutischen Prozess beteiligt, ihre Möglichkeiten, die eigene Lage einzuschätzen, Grenzen zu setzen oder Interpretationen zurückzuweisen, werden aber massiv geschwächt. Kapitel 9 zeigt in mehreren Fällen, dass Patient*innen im Verlauf das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung verlieren und sich in zunehmendem Maß auf die Interpretationen der Therapeut*innen stützen. Sichtbar wird eine Zielverschiebung innerhalb der Behandlung, die mit einer Einschränkung von Offenheit und einer Schwächung von Selbstbestimmung einhergeht.

> **Frau Q, direkt Betroffene:** [...] ich [war] dann so verunsichert, dass ich dachte okay, (.) das war irgendein Anteil und ich ich kann mir nicht vertrauen. (IV16, Z. 2150-2152)

10.1.4 Grenzverletzungen, Behandlungsfehler und unethisches Verhalten

Für die weitere Einordnung ist die begriffliche Unterscheidung zwischen Nebenwirkungen, Behandlungsfehlern und unethischem Verhalten notwendig. Die rekonstruierten Verläufe zeigen Belastungen, die sich nicht als unerwünschte Begleiterscheinungen einer ansonsten fachgerechten Behandlung beschreiben lassen. Kapitel 9 arbeitet vielmehr eine Reihe von Praktiken heraus, die auf Abweichungen von professionellen Standards hindeuten. Dazu gehören zeitlich und räumlich entgrenzte Kommunikation, die gegen das Abstinenzgebot verstoßende Ausweitung therapeutischer Zuständigkeiten, lenkende oder suggestive Vorgehensweisen, das Übergehen von Zweifeln der Patient*innen, das Nicht-Aufgreifen alternativer Erklärungsansätze sowie in einzelnen Verläufen körperliche und/oder sexualisierte Gewalt.

> **Frau N, direkt Betroffene:** Dort gab es auch körperliche (.) Übergriffe. Bei diesen Sessions auf dem Boden hat sie mich festgehalten und ich wollte gehen (.) aufstehen und sie hat gesagt, sie hauen hier nicht ab. Das ist typisch, ich halte sie ja fest, es passiert ja nichts, sonst rennen sie den Tätern in die Arme. Und sie hat mich auch umarmt und auch (.) geküsst. So wie eine Mutter ihr Kind als Kleine. [...] ganz lieb ganz. Und plötzlich schlug das um. Das war ein (.) hasserfülltes Gesicht fast, und, ja, das wäre typisch. (..) Jetzt kriegen sie Schiss, weil sie so täterloyal. Sie hatten wieder Kontakt und wollen das nur nicht zugeben. Das kenne ich von anderen. Wenn Sie Schiss kriegen, dann sagen behaupten Sie, das würde alles nicht stimmen. (.) Das ist nichts weiter als Täterloyalität. (IV13, Z. 2040-2049)

Ein Teil der rekonstruierten Praktiken betrifft problematische Formen im therapeutischen Vorgehen und in der Beziehungsgestaltung. Ein anderer Teil berührt den Bereich von Grenzverletzungen und unethischem Verhalten. Für die Analyseergebnisse ist daran besonders wichtig, dass diese Phänomene nicht als isolierte Einzelhandlungen erscheinen. Sie stehen in Beziehung zu einer Behandlungskonstellation, in der professionelle Grenzen unscharf werden, scheinbar therapeutische Zuständigkeit auf alle Bereiche des täglichen Lebens ausgeweitet werden und die Patient*innen in starke Abhängigkeit von einzelnen Fachpersonen geraten.

In den rekonstruierten Verläufen werden Beziehungskonstellationen sichtbar, in denen Anerkennung, Schutzversprechen, Interpretationsmacht, Druck und Abhängigkeit eng miteinander verschränkt sind. Die Therapeut*innen werden für die Patient*innen zu zentralen, teils nahezu exklusiven Bezugspersonen, während andere Kontakte an Gewicht verlieren oder zunehmend als gefährlich erscheinen. Dadurch ergeben sich Verschiebungen im Machtverhältnis, der Bindung und Handlungsfähigkeit in einer Weise, die aus medizinethischer und qualitätsbezogener Perspektive hoch problematisch ist.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Und dadurch, dass sie auch noch die einzige war, dass ich von außen, mit Freunden, mit Familie eigentlich so gut wie (.) gebrochen- sie sie war vierundzwanzig sieben hat sich mein Leben um diese Therapie gedreht, (.) war es für mich unvorstellbar, diese Frau zu verlieren. (IV9, Z. 322-325)

10.1.5 Schädigung, Verschlechterung des Zustands und Teilhabeverlust

Besonders aufschlussreich ist die medizinethische bzw. Perspektive auf Behandlungsqualität im Hinblick auf die Folgen der Behandlung. In Kapitel 9 fällt auf, dass die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe mit weitreichenden Folgen für Patient*innen, ihr soziales Umfeld sowie therapeutische und institutionelle Kontexte verbunden sind. Zugleich bleibt methodisch zu beachten, dass aus dem Studiendesign

keine kausalen Schlüsse von der Behandlung auf die Folgen gezogen werden können. Die Folgen sind als Teil eines Gesamtkomplexes zu verstehen, in dem bestehende Erkrankungen, therapeutisches Vorgehen, Beziehungsgestaltung, Erklärungsmodell und soziale Einbettung ineinandergreifen.

Gerade vor diesem Hintergrund ist auffällig, wie stark die in Kapitel 9 rekonstruierten Folgen von den Zielen guter Psychotherapie abweichen. In Kapitel 7 werden Symptomreduktion sowie Steigerung von Lebensqualität, Selbstwirksamkeit und Teilhabe als zentrale Bezugspunkte benannt (Rabung et al., 2019; WHO, 2001). Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigen sich demgegenüber vielfach eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, Verlust von Selbstvertrauen, Identitätsverunsicherung, Verringerung der Teilhabe und Selbstständigkeit, soziale Isolation und eingeschränkte Alltagsbewältigung. Nach lang andauernder, intensiver Therapie werden in mehreren Bereichen nicht nur keine Fortschritte erzielt, sondern anhaltende Verschlechterungen festgestellt.

> **Frau G, direkt Betroffene:** Und ich, ja, ich habe dann einfach gesehen, dass dass dass es sich nicht verändert. Und weil ich (.) mir ging es einfach über die drei Jahre immer massiv schlechter, schlechter, schlechter (IV6, Z. 1492-1494)

Aus medizinethischer Perspektive ist daran vor allem zweierlei bedeutsam. Erstens rückt das Nicht-Schadensgebot in den Vordergrund. Die rekonstruierten Verläufe lassen sich in ihrem Ergebnis als Belastungs- und Schädigungszusammenhänge beschreiben. Zweitens wird der Bezug zur Autonomie und Teilhabe besonders klar. Die Folgen betreffen nicht nur Symptome, sondern greifen in die Lebensführung, in Beziehungen, in die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und in die Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe ein.

> **Frau Q, direkt Betroffene:** Und die Information, die ich vorhin vergessen habe, war, dass ich relativ schnell, also ich glaube nach zwei drei Wochen, den Kontakt mit meiner Familie abgebrochen habe. (..) Und (.) genau, und zwar (..) weil es hieß ja kein Täterkontakt und so (IV16, Z. 2045-2048)

Genau darin liegt ein zentraler Ertrag dieser Perspektive: Sie macht deutlich, dass die Problematik der rekonstruierten Verläufe weit über die Frage hinausreicht, ob bestimmte therapeutische Techniken sinnvoll waren oder methodisch richtig umgesetzt wurden. Sichtbar wird ein Gefüge von Behandlungsprozessen, das Gesundheit, Selbstbestimmung und Teilhabe in erheblichem Maß beeinträchtigen kann. Auch die Phase nach Beendigung der Indextherapie ist medizinethisch relevant, weil psychische Belastungen fortbestehen bzw. durch die Ablösung erhöht sein können und es einer niedrigschwelligen Anschlussversorgung bedarf (vgl. Kapitel 12).

10.1.6 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag dieser Perspektive liegt darin, dass sich die im Ergebniskapitel rekonstruierten Verläufe genauer im Spannungsfeld von Hilfeanspruch, professioneller Praxis und möglichen Schädigungen verorten lassen. Sichtbar werden dabei mehrere Ebenen zugleich: die Verschiebung therapeutischer Zielsetzungen, die Einschränkung diagnostischer und therapeutischer Offenheit, problematische Asymmetrien im Verhältnis von Interpretationsmacht und Mitbestimmung, Grenzverletzungen in der Beziehungsgestaltung sowie weitreichende Folgen für Gesundheit, Selbstvertrauen, Autonomie und Teilhabe. Die Perspektive auf Medizinethik und Behandlungsqualität macht deutlich, dass die in Kapitel 9 rekonstruierten Prozesse in zentralen Punkten von den Standards, Zielen und Qualitätsvorstellungen guter Psychotherapie abweichen. Das betrifft den Bezug auf patient*innenindividuelle Ziele, den Umgang mit Zweifeln und Alternativen, die Wahrung professioneller Grenzen, die Stärkung von Selbstbestimmung sowie die Förderung von Stabilisierung, Selbstwirksamkeit und Teilhabe.

10.2 Verschwörungsmythen

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus der Perspektive der Forschung zu Verschwörungsmythen und Verschwörungsglauben.

10.2.1 Theoretischer Zugang: Verschwörungsmythen als Deutungsmodus

Kapitel 3 definiert Verschwörungsmythen als Deutungen, die Ereignisse, Zustände oder Überzeugungen durch das geheime und zielgerichtete Wirken einer mächtigen Gruppe erklären, deren Handeln auf Schädigung ausgerichtet ist und sich der direkten Überprüfung weitgehend entzieht (Nocun & Lamberty, 2021; Bock & Schubarth, 2022). Zu ihrem typischen Profil gehören die Annahme verborgener Tätergruppierungen, die Vorstellung systematischer Vertuschung, Misstrauen gegenüber offiziellen Informationen und Deutungen sowie eine hohe Resistenz gegenüber widersprechenden Informationen (Raab et al., 2017; Krekó, 2020). In Kapitel 3 wird zudem hervorgehoben, dass Verschwörungsmythen an epistemische, existenzielle und soziale Bedürfnisse anschließen können, etwa an das Bedürfnis nach Verstehen, Gewissheit, Kontrolle und Zugehörigkeit (Douglas et al., 2020; van Prooijen & Douglas, 2018).

Die Perspektive auf Verschwörungsmythen ist für die Analyseergebnisse aufschlussreich, weil das in Kapitel 9 rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation mehrere Strukturmerkmale aufweist, die auch für Verschwörungsmythen

beschrieben werden. Dazu gehören die Annahme geheimer und mächtiger Tätergruppen, die Ausweitung des Modells zu einer umfassenden Erklärung von Biografie, Gegenwart und Symptomatik, seine Anschlussfähigkeit in Situationen von Unsicherheit und Ohnmacht, seine Immunisierung gegenüber Kritik sowie die Ausbildung einer Binnenwelt aus Eingeweihten, besonders Gefährdeten und Kritiker*innen bzw. Gegner*innen. Gegenwärtige Verschwörungserzählungen zeigen, wie die genannten Strukturmerkmale in öffentlich-medialen und digitalen Kommunikationsräumen verdichtet werden können. QAnon-, Pizzagate-, Deep-State- und Adrenochrom-Erzählungen verbinden Vorstellungen verborgener Täternetzwerke mit Motiven von Pädophilie, Kindersexhandel, satanisch motivierter Gewalt und Verjüngungsvorstellungen (Deely, 2025; Deutscher Bundestag, 2020; Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen, 2019). Für die folgende Diskussion ist daran vor allem relevant, dass diese Erzählungen einen breiteren Resonanzraum bereitstellen, in dem geheime Täterschaft, verborgene Steuerung und moralische Alarmierung als wiedererkennbare Deutungsmuster verfügbar sind.

Für die folgende Diskussion ist eine Trennung verschiedener, mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verbundener Ebenen zentral. Die Verwendung des Begriffs »rituelle Gewalt« kann eine Selbstbeschreibung Betroffener oder eine Beschreibung konkreter Aspekte eines Gewaltgeschehens darstellen. Ebenso können rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente in Gewaltkonstellationen als Täterstrategien wirken, indem sie Gewalt legitimieren, Gehorsam und Schweigen einfordern, Angst erzeugen oder Abhängigkeit vertiefen. Eine verschwörungsmythische Struktur entsteht dort, wo solche Beschreibungen in einen umfassenden Deutungsrahmen überführt werden, der geheime Tätergruppen, gezielte Persönlichkeitsspaltung, »Mind Control« und fortbestehenden Täterkontakt miteinander verbindet. Die in Kapitel 4 herausgearbeitete Möglichkeit missbräuchlicher Umdeutungen bestehender Riten ist daher von der hier diskutierten verschwörungsmythischen Totalisierung zu unterscheiden.

Der theoretische Ertrag dieser Perspektive liegt darin, das Erklärungsmodell als einen Deutungsmodus verstehbar zu machen, der auf verborgenes Wissen, Misstrauen, moralische Alarmierung und epistemische Abschließung gestützt ist.

10.2.2 Geheime Tätergruppen und verborgene Steuerung

Ein zentrales Merkmal von Verschwörungsmythen ist die Annahme geheimer, mächtiger und zielgerichtet handelnder Gruppen, die im Verborgenen operieren und deren Wirken sich der direkten Wahrnehmung entzieht (Nocun & Lamberty, 2021; Bock & Schubarth, 2022; Raab et al., 2017). Genau dieses Merkmal findet sich im hier rekonstruierten Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation. Zu seinen Grundannahmen gehört die Vorstellung eines verdeckt operierenden Täter- bzw. Gewaltnetzwerks, das über besonderes Wissen zur gezielten Spaltung von Persönlichkeiten und zur Steuerung von Personen verfüge. Mit dieser Annahme sind im Interview- und

Dokumentenmaterial nicht nur Vorstellungen vergangener Gewalt verbunden, sondern auch Annahmen über fortbestehenden Täterkontakt, »Programmierung«, »Mind Control« und aktuelle Einflussnahme auf Erleben und Verhalten der Betroffenen. Familie, soziale Beziehungen und zum Teil auch Institutionen erscheinen in dieser Logik als verstrickt, gefährlich, blind oder naiv.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Tatsachenbericht einer Klinikärztin Y vom 2.8.2017 (wird mit dem Antrag auf eine Fürsorgerische Unterbringung an die KESB verschickt): [...] Frau J wurde als zweite von drei Schwestern geboren. Ihre Eltern [...] gehören einer satanistischen Sekte an.
> Frau J wurde für die Sekte gezeugt und für die Sekte von klein auf programmiert. Ziele der Programmierung sind absoluter Gehorsam, Glaube an die dunkle Welt und deren Herrscher Satan, Akzeptanz der eigenen Schuld und des Nichts-wert-seins. [...]
> Beim zweiten stationären Aufenthalt verzichteten die Täter auf Handy und SMS. Die Aufgebote wurden direkt übermittelt. Die Täter bewegten sich oft auf dem Klinikparkplatz und passten Frau J ab. Sobald sie einen Täter sah, switchte sie in einen kindlichen Anteil, der gehorcht und tut, wie ihm befohlen wird.

Aus der Perspektive der Verschwörungsmythen ist daran besonders aufschlussreich, dass hier ein geschlossener Zusammenhang aus geheimer Täterschaft, verborgener Steuerung, organisierter Vertuschung und allgegenwärtiger Bedrohung behauptet wird. Kapitel 9 zeigt, wie weitreichend diese Annahmen in die Wahrnehmung der Betroffenen eingreifen können. Bedrohung erscheint im Verlauf nicht mehr als einzelne Möglichkeit, sondern als ständig mitlaufender Interpretationshorizont. Das Erklärungsmodell wird zu einem Rahmen, in dem geheime Tätergruppen und verborgene Steuerung eine grundlegende Erklärung für Erleben und Wirklichkeit liefern.

10.2.3 Totalisierung: umfassende Erklärung von Biografie, Gegenwart und Symptomatik

Ein weiteres Merkmal von Verschwörungsmythen ist ihre Reichweite. Kapitel 3 hebt hervor, dass Verschwörungsmythen nicht bei der Erklärung einzelner Ereignisse stehen bleiben. Sie führen unterschiedliche Informationen in einen übergreifenden Zusammenhang zusammen und liefern eine umfassende Deutung, die viele Ebenen zugleich ordnet (Raab et al., 2017; Bock & Schubarth, 2022). Auch dies trifft auf das rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation zu. Es beschränkt sich nicht auf einzelne Symptome oder einzelne biografische Bruchstücke. Es bietet eine Rahmung für Kindheit, Familie, psychische Beschwerden, Erinnerungslücken, gegenwärtige Ängste, Beziehungsprobleme und alltägliche Irritationen. Unterschiedliche Belastungen, die zuvor als diffus, widersprüchlich oder unverbunden erlebt wurden, lassen sich innerhalb dieses Modells auf einen gemeinsamen Ursprung zurückführen.

Gerade für Prozesse tiefer Immersion ist das bedeutsam. Das Modell liefert eine umfassende neue Interpretation der Welt und der eigenen Person. Vergangenes erhält eine neue Bedeutung, Gegenwärtiges wird umgedeutet, Zukünftiges erscheint im Horizont fortbestehender Bedrohung.

> **Frau P, direkt Betroffene:** [...] gab es Zeiten, wo ich wirklich nicht in der Lage war, tagelang das Haus zu verlassen, vor lauter Angst und Panik, (.) was da draußen ist. (IV15, Z. 2801-2802)

> **Frau D, direkt Betroffene:** Also meine Therapeutin ist ja dann überzeugt gewesen, dass mein (.) Vater mir was angetan hat. Und sie hat immer gesagt, dass irgendwelche (.) Anteile ihr das gesagt hätten. (..) Und da wird es schwierig, wenn mir gesagt wird, dass ich etwas gesagt habe, was ich nicht weiß, weil ich es ja nicht wissen kann. (IV4, Z. 883-886)

Kapitel 3 beschreibt für Verschwörungsmythen zudem einen Zusammenhang zwischen der Schwere eines Ereignisses und der Attraktivität umfassender Erklärungen. Wenn ein Geschehen als besonders folgenreich erlebt wird, erscheinen offene, vorläufige oder alltagsnahe Erklärungen oft unzureichend. Dieser Gedanke ist für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial anschlussfähig, weil auch hier drastische Symptome, biografische Brüche und lang andauernde Krisen mit einer ebenso drastischen Erklärung verbunden werden. Kapitel 9 macht zugleich deutlich, dass diese Totalisierung nicht auf der Ebene von Vorstellungen stehen bleibt. Sie strukturiert Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Handeln.

10.2.4 Plausibilität in Situationen von Unsicherheit, Ohnmacht und Orientierungsbedarf

In Kapitel 3 werden Verschwörungsmythen als Deutungsangebote beschrieben, die in Situationen von Unsicherheit, Kontrollverlust und Orientierungsbedarf besondere Plausibilität gewinnen können. Diese Plausibilität wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass sie an epistemische, existenzielle und soziale Bedürfnisse anschließen. Genannt werden vor allem das Bedürfnis nach Verstehen, nach Gewissheit, nach Kontrolle, nach Sicherheit und nach Zugehörigkeit (Douglas et al., 2020; van Prooijen & Douglas, 2018). Diese Perspektive ist für die Analyseergebnisse besonders ergiebig, weil die Patient*innen zu Beginn der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe vielfach hoch belastet, verunsichert, therapeutisch vorerfahren und auf der Suche nach Erklärung und Orientierung sind. In einer solchen Lage kann ein Modell, das unterschiedliche Symptome, biografische Brüche und gegenwärtige Irritationen zu einer kohärenten Gesamterklärung zusammenzieht, eine hohe Anschlussfähigkeit gewinnen.

> **Frau G, direkt Betroffene:** Ich war (..) derart verzweifelt, weil es mir schon so viele Jahre einfach nicht besser ging. Und weil ich einfach immer wieder zu hören bekommen habe, ich bin nicht therapierbar. (.) Dass ich einfach (.) bereit war, mich auf Dinge einzulassen (IV6, Z. 1885-1887)

Das Erklärungsmodell bietet in dieser Situation mehrere Dinge zugleich: Es benennt eine Ursache, es ordnet Unsicherheit, es erklärt Widersprüche und es stellt einen Zusammenhang zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Symptomatik her. Gerade dadurch kann es als starkes Ordnungsangebot wirken. Kapitel 9 zeigt mehrfach, wie aus anfänglicher Unsicherheit der Patient*innen im Verlauf die Bereitschaft wächst, auch weitreichende Annahmen über Täterkontakt, verborgene Gewalt oder fortbestehende Gefährdung in Betracht zu ziehen. Das Modell gewinnt dabei Überzeugungskraft, weil es in einer Situation hoher Verunsicherung eine geschlossene Interpretation anbietet.

Kapitel 3 beschreibt außerdem, dass Verschwörungsmythen an Gefühle von Ohnmacht und Kontrollverlust anschließen und so das Erleben von Machtlosigkeit aufnehmen und strukturieren können (Imhoff & Lamberty, 2020). Auch dieser Gedanke ist hier anschlussfähig. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation stabilisiert Orientierung. Zugleich verstärkt es die Vorstellung, einer mächtigen und verborgenen Gewalt ausgeliefert zu sein. Gerade diese Verschränkung von Ordnung und Bedrohung ist für die vorliegenden Verläufe aufschlussreich.

> **Frau A, direkt Betroffene:** Auf jeden Fall [...] hat er immer da so erzählt und ich (...) ja und ich ohne Ausbildung mit all meinen Problemen. Ja [...] und trotzdem habe ich immer wieder gemerkt, etwas ist nicht gut genau im Verlauf (..) und auch gelesen oder und wenn ich ihn konfrontiert habe (.) hat er mir immer rhetorisch erklärt, wie das alles ist und funktioniert. (IV1, Z. 1505-1509)

Die epistemischen und sozialen Funktionen von Verschwörungsmythen lassen sich in Teilen auch auf Therapeut*innen beziehen. Kapitel 9 legt nahe, dass das Erklärungsmodell auch für Therapeut*innen Komplexität reduziert, Orientierung bietet und eine stark ordnende Rahmung für komplexer Fälle bereitstellen kann. Zugleich kann es Zugehörigkeit zu affirmativen Fachkreisen, Ansprüche auf besonderes Wissen und Distinktion gegenüber kritischen Außenperspektiven stabilisieren.

> **Frau F, Fachperson:** Nachträglich gesehen (.) bin ich froh, bin ich aus dieser Traumawelt raus, weil man muss sagen, es ist mega eng. (.) Also es gibt wie/ es gibt wie gar nichts außerhalb, sondern man ist halt entweder so sektenartig verschwörungstheoretische. Hab ich lange nicht verstanden, aber es hat was/ es hat was von WIR haben verstanden wie Täter und Trauma funktionieren (.) und die anderen halt alle nicht. (IV5, 366-371)

10.2.5 Immunisierung gegen Kritik und Verarbeitung von Widersprüchen

Ein weiteres Strukturmerkmal von Verschwörungsmythen ist ihre besondere Resistenz gegenüber Kritik. Die in Kapitel 3 rezipierte Forschung betont, dass widersprechende Informationen häufig in den Verschwörungsmythos selbst integriert werden und Widersprüche dadurch ihre destabilisierende Wirkung verlieren (Raab et al., 2017; Krekó, 2020). Ein ähnliches Muster zeigt sich im Ergebniskapitel. Zweifel der Patient*innen, fehlende Belege, kritische Außenperspektiven oder widersprüchliche Erfahrungen führen in den rekonstruierten Verläufen häufig nicht zu einer Öffnung für alternative Erklärungen. Sie werden im Horizont des Modells umgedeutet, etwa als Ausdruck von Dissoziation, Abwehr, »Täterloyalität« oder »Programmierung«.

> **Frau Q, direkt Betroffene:** Aber dann hat sie gesagt, ja, und welcher Anteil das jetzt war und das ist ja therapieboykottierendes Verhalten und und (.) Selbstschädigung und hier und da und (.) und auf den Zug bin ich dann halt aufgesprungen. Also da dachte ich dann halt auch, okay scheiße, ich habe jetzt irgendwie/ (..) ich weiß nicht, wer von welchen meiner 100 Anteile das jetzt war und und warum und oh Gott, oh Gott. Und jetzt schade ich mir selbst und ich weiß gar nicht mehr, wie mir geschieht (IV16, Z. 2140-2145)

Mit Blick auf Verschwörungsmythen ist daran entscheidend, dass Zweifel nicht als Anlass zur Prüfung der Interpretation erscheinen. Sie werden als erwartbarer Bestandteil ebenjener Struktur gelesen, die erklärt werden soll. Kritik und Unsicherheit werden dadurch in das Modell aufgenommen und stabilisieren es auf diese Weise weiter. Kapitel 9 zeigt diese Logik nicht nur in Interviews, sondern auch in Dokumenten. Fehlende Stimmigkeit, fehlende belastbare Angaben oder ausbleibende Belege erscheinen dort wiederholt nicht als Problem des Modells, sondern werden aus dem Modell selbst erklärt. Auf diese Weise immunisiert sich die Annahme geheimer Gewalt auch gegenüber dem Umstand, dass eine Überprüfung nicht gelingt.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Auszug aus einem Tatsachenbericht einer Klinikärztin Y vom 2.8.2017 (wird mit dem Antrag auf eine Fürsorgerische Unterbringung an die KESB verschickt)
> Wir informierten die Polizei und baten um Hilfe, um die Patientin vor Offizialdelikten zu bewahren. Leider gelang es uns nicht, einen Übergriff zu beobachten. Die Polizei schloss die Akte ohne Erfolg. Nach diesem Klinikaufenthalt erfolgte durch die Täter eine intensive Nachprogrammierung, mittels Strom und Drogen. Dadurch wurden neue Persönlichkeitsanteile geformt, die nur mit den Tätern kommunizieren.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Früher habe ich gedacht, dass das Ganze, (.) die ganze False-Memory-Bewegung eine reine Täterschutz-Organisation ist. [...] das ist eine Täterorganisation [...] Das sind alles Täter. (.) Sind alles böse Menschen, die helfen, die helfen, bewusst oder unbewusst helfen, die zu verschleiern, zu vertuschen (IV4, Z. 766-776)

10.2.6 Binnenwelt, Zugehörigkeit, Abgrenzung und Handlungswirksamkeit

In Kapitel 3 haben wir hervorgehoben, dass Verschwörungsmythen auch soziale Bedürfnisse bedienen können, etwa das Bedürfnis nach Distinktion, Zugehörigkeit und positiver Selbstverortung (Douglas et al., 2020; Imhoff & Lamberty, 2017; Lynn & Snyder, 2001). Menschen, die sich als Träger*innen eines verborgenen Wissens verstehen, grenzen sich von einer vermeintlich uninformierten oder getäuschten Mehrheit ab. Auch dieser Aspekt ist für die Analyseergebnisse ergiebig. In Kapitel 9 wird eine gemeinsame »Besonderung« von Betroffenen und Therapeut*innen rekonstruiert, dazu ein Kreis von Expert*innen mit eigenem Fachjargon, eigenen Verweisungszusammenhängen und einer gemeinsamen Haltung gegenüber Kritik. Betroffene erscheinen in dieser Logik als Träger*innen eines verborgenen und von der Mehrheitsgesellschaft verkannten Schicksals, Therapeut*innen als außerordentliche Personen mit besonderer Expertise, die dieses Geschehen überhaupt erkennen können.

> **Frau R, Fachperson:** Ich finde, das ist ja fast eine Community, die sich um die (.) rituelle Missbrauchs Gewalt Szene zieht. Also entweder man glaubt denen alles und es ist alles irgendwie ganz schrecklich und man muss die armen Frauen retten (.) oder man ist draußen vor und glaubt dir nicht. So ungefähr. Und wird fast ausgestoßen, so zu sagen. (IV17, Z. 221-224)

In Kapitel 9 konnten wir außerdem zeigen, wie stark diese Binnen-Außen-Struktur ausgeprägt sein kann. Kritische Recherchen, journalistische Einordnungen oder skeptische Rückfragen werden teils als Ausdruck von Unwissen, Illoyalität oder Täternähe verarbeitet. Aus der Perspektive der Verschwörungsmythen ist das besonders aufschlussreich. Sichtbar werden eine exklusive Wissensposition und eine klare Grenzziehung zwischen einem vermeintlich wissenden Innen und einem uninformierten, feindlichen oder täterloyalen Außen. Damit wird verständlich, wie das Modell sozial stabilisiert wird. Es schafft Zugehörigkeit, Aufwertung und Distinktion. Kritik wird dadurch leichter als Angriff, Illoyalität oder Unwissenheit gelesen.

> **Frau L, Fachperson:** Also solche Unterstellungen hat es auch immer schon gegeben. Eine Kollegin sagte immer, das ist die Theorie einer Verschwörung, das fand ich einen klugen Satz. [...] Es gibt ja keine Verschwörung. Also wir (.) wir sind ja keine Verschwörung @1@ [...] Und das ist im Grunde die Theorie einer Verschwörung. Die haben eine Theorie entwickelt, (.) die ich völlig skurril finde (..) und begründen das nicht. Die belegen das nicht. Die beweisen das nicht. Sie haben keine wissenschaftliche Fundierung für das, was sie da behaupten. Null. (IV11, Z. 1538-1548)

In Kapitel 3 wird Verschwörungsglaube als sozial wirksam und folgenreich beschrieben (van Prooijen & Douglas, 2018). Das rekonstruierte Erklärungsmodell bleibt nicht bei der Interpretation stehen. Es erzeugt konkrete Handlungsimperative. Dazu gehören

Schutzmaßnahmen, Rückzug, Kontaktabbrüche, Dokumentationspraktiken, Gefahrenabwehr und die Einbindung weiterer Institutionen. Für die Analyseergebnisse ist daran besonders bedeutsam, dass das Erklärungsmodell auch institutionelles Handeln mitstrukturieren kann. In Kapitel 9 zeigt sich dies vor allem dort, wo therapeutische Annahmen über Täterkontakt, Rituale oder akute Gefährdung in Kommunikation mit Polizei, Kliniken oder anderen Stellen eingehen. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation wirkt somit nicht allein im therapeutischen Raum. Es greift in andere institutionelle Kontexte über und kann dort Eskalationsdynamiken anstoßen. Aus der Perspektive der Verschwörungsmythen wird daran sichtbar, dass ein Interpretationsrahmen geheimer Gewalt praktische Folgen erzeugt, die weit über die Ebene innerer Überzeugungen hinausreichen.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Auszug aus einer E-Mail einer Mitarbeiterin der KESB vom 21.10.16 an die ambulante Therapeutin und die Beiständin
> Da Frau Therapeutin C auf eine explizite Gefahr in Form von Entführung ins Ausland per Woche 43 hinweist, müsste also entweder die Polizei eingeschaltet werden, wenn es konkrete Hinweise gibt oder wenn eine FU aufgrund der psychischen Situation von Frau J angezeigt ist, diese ärztlich in die Klinik X erfolgen. Ich habe von Seiten der KESB keine Möglichkeit Frau J nach Klinik Y einzuweisen, wenn diese keinen Platz für sie anbieten.

10.2.7 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag dieser Perspektive liegt erstens darin, das im Ergebniskapitel rekonstruierte Erklärungsmodell genauer als Interpretationszusammenhang zu fassen, in dem sich zentrale Strukturmerkmale von Verschwörungsmythen zeigen. Dazu gehören die Annahme geheimer und mächtiger Tätergruppen, die Vorstellung verborgener Steuerung, die Ausweitung zu einer umfassenden Erklärung von Biografie, Gegenwart und Symptomatik sowie die hohe Resistenz gegenüber widersprechenden Informationen. Zweitens hilft diese Perspektive, die Plausibilität des Modells genauer zu verstehen. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation gewinnt in Situationen hoher Belastung, innerer Verunsicherung und lang andauernder Behandlung Überzeugungskraft, weil es ein starkes Ordnungsangebot macht. Es reduziert Uneindeutigkeit, stellt Kausalität her und verspricht Gewissheit, Orientierung und Handlungsfähigkeit. Drittens wird verständlicher, warum Kritik, Zweifel und Widersprüche das Modell häufig nicht schwächen. Sie werden in seiner eigenen Logik verarbeitet und damit Teil seiner Stabilisierung. Gerade diese Form epistemischer Abschließung trägt dazu bei, dass Infragestellung und Revision schwerfallen. Viertens macht die Perspektive sichtbar, dass das Modell soziale und institutionelle Folgen erzeugt. Es schafft Binnenzugehörigkeit und Abgrenzung, wertet ein wissendes Innen gegenüber einem unwissenden oder feindlichen Außen auf und bringt konkrete Handlungen der Gefahrenabwehr hervor.

10.3 Charismatische Herrschaft und spiritueller Missbrauch

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus der Perspektive des von Max Weber eingeführten Begriffs »charismatischer Herrschaft« (Weber, 1922/1980), der gerade auch in der Forschung zu spirituellem bzw. geistlichem Missbrauch und Machtmissbrauch in Institutionen eine zentrale Rolle spielt.

10.3.1 Theoretischer Zugang: charismatische Herrschaft und spiritueller Missbrauch als komplementäre Perspektiven

Der Begriff der charismatischen Herrschaft richtet den Blick auf personale Autorisierung, auf die Zuschreibung besonderer Qualitäten und auf die Frage, wie Herrschaft über den Glauben an die Außeralltäglichkeit einer Person Legitimität gewinnt. In der Weber'schen Tradition ist Charisma keine bloße Eigenschaft einer Person, sondern eine soziale Zuschreibungsbeziehung zwischen Führungsfigur und Anhängerschaft. Entscheidend ist nicht, ob eine Person »objektiv« außergewöhnlich ist, sondern dass sie von anderen als Träger*in besonderer Einsicht, besonderer Fähigkeiten oder besonderer Sendung anerkannt wird (Weber, 1922/1980; Maurer & Lau, 2021; Könemann, 2023).

Die Forschung zu spirituellem bzw. geistlichem Missbrauch akzentuiert eine andere Ebene. Im Zentrum steht hier die Frage, wie Autorität in asymmetrischen Vertrauensbeziehungen verletzend wirksam werden kann. Beschrieben werden Prozesse, in denen persönliche Freiheit, Selbstbestimmung und die Fähigkeit zu eigenständiger Deutung eingeschränkt werden. Wiederkehrend genannt werden dabei Deutungsmacht, Manipulation, Kontrolle, Autonomieverlust, kumulative Einflussnahme sowie systemische Dynamiken von Abschottung, Idealisierung und Entwertung (Kluitmann, 2019; Könemann, 2023; Heyder, 2022). Die Forschung zu spirituellem bzw. geistlichem Missbrauch bezieht sich primär auf religiöse und kirchliche Kontexte. Für den vorliegenden Zusammenhang ist sie heuristisch anschlussfähig, weil sie strukturell ähnliche Dynamiken von Deutungsmacht, asymmetrischen Vertrauensbeziehungen, Autonomieverlust und schrittweiser Einengung beschreibt. Gerade in dieser Verwendung ergänzt die Perspektive auf spirituellen Missbrauch die Weber'sche Perspektive auf charismatische Herrschaft. Während der Charisma-Begriff die personale und soziale Autorisierung erfasst, präzisiert die Missbrauchsperspektive die Verletzungsdynamik innerhalb solcher Beziehungen.

10.3.2 Charismatische Autorisierung: außeralltägliche Qualität, Sonderwissen und besondere Plausibilität in Krisen- und Suchlagen

Aus der Perspektive charismatischer Herrschaft ist zunächst aufschlussreich, dass in Kapitel 9 mehrfach Konstellationen rekonstruiert werden konnten, in denen einzelnen Fachpersonen ein besonderer Status zugeschrieben wird. Sie erscheinen als Personen mit außergewöhnlichem Wissen, mit besonderem Zugang zur Wahrheit des Geschehens oder mit einer Expertise, die anderen Fachpersonen fehle. Der Weber'sche Charisma-Begriff erlaubt es, diese Form personaler Autorisierung präziser zu fassen. Charisma bezeichnet in diesem Sinn eine als außeralltäglich geltende Qualität, aufgrund derer eine Person als besonders befähigt, vorbildlich oder führungswürdig anerkannt wird. Es beruht auf Legitimitätsglauben und Gefolgschaft, nicht auf der objektiven Nachweisbarkeit besonderer Eigenschaften (Weber, 1922/1980; Könemann, 2023).

> **Frau A, direkt Betroffene:** Oder das Schlimmste beim Loslassen war (.) den Experten zu verlieren. (.) Und er wurde so, er war so der Traumagott in Land B (IV1, Z. 6154-6155)

Für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial ist zudem wichtig, dass charismatische Autorisierung besonders in Situationen von Verunsicherung, Suche und Krise Geltung gewinnen kann. Weber (1922/1980) beschreibt Charisma als eine Herrschaftsform, die eng mit außeralltäglichen Lagen verbunden ist und gerade dort Überzeugungskraft entfalten kann, wo gewohnte Sicherheiten erschüttert sind. Dieser Gedanke ist für Kapitel 9 anschlussfähig, weil die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe wiederholt mit hoher Belastung, Desorientierung und ausgeprägtem Erklärungsbedarf beginnen. In einer solchen Lage kann die Vorstellung, auf eine Person mit besonderer Einsicht, besonderem Wissen und besonderer therapeutischer Kompetenz zu treffen, erhebliche Anziehungskraft entwickeln. Die betreffende Fachperson erscheint dann nicht als eine unter mehreren möglichen professionellen Stimmen, sondern als kaum ersetzbare Instanz. Genau darin liegt ein wichtiger Beitrag der Charisma-Perspektive: Sie macht verständlich, warum bestimmte Therapeut*innen im Interview- und Dokumentenmaterial nicht nur als kompetent, sondern als außergewöhnlich, alternativlos oder als mit besonderem Zugang zur Wahrheit erscheinen.

10.3.3 Soziale Herstellung und Stabilisierung charismatischer Autorität: Anhängerschaft, Expert*innenkreis und institutionelle Einbettung

Charismatische Autorität entsteht jedoch nicht allein in der Dyade zwischen einer einzelnen Fachperson und einem*r einzelnen Patient*in. Sie ist sozial hergestellt und sozial stabilisiert. Genau darauf weist die neuere Rezeption Weber'scher Charisma-

Konzepte hin. Charisma existiert nicht als bloße Eigenschaft einer Person, sondern nur im Verhältnis von Führungsfigur und Anhängerschaft. Hinzu kommen soziale Kontexte, in denen diese Zuschreibung bestätigt, weitergegeben und abgesichert wird (Könemann, 2023).

> **Frau A, direkt Betroffene:** Ja, es gibt Patientinnen, die schwärmen von ihm und seiner Therapie (IV1, Z. 1494-1495)

Für die Analyseergebnisse ist dieser Punkt besonders ergiebig. In Kapitel 9 zeigten wir, neben starker Fokussierung auf einzelne Fachpersonen, auch fachliche Binnenwelten, Weiterbildungszusammenhänge, Verweisungsstrukturen, geteilte Überzeugungen und Expert*innenkreise, in denen bestimmte Deutungen wechselseitig bestätigt werden. Hinzu kommen Veröffentlichungen, Vorträge, Supervisionen, Empfehlungen und institutionelle Einbettungen, die zur Stabilisierung des besonderen Status einzelner Personen beitragen können. Die Perspektive charismatischer Herrschaft macht damit sichtbar, dass personale Autorisierung im Interview- und Dokumentenmaterial nicht isoliert entsteht. Sie wird durch soziale Resonanzräume getragen, in denen Sonderwissen anerkannt, Exklusivität erzeugt und Kritik erschwert wird. Damit rückt eine soziale Bedingung der rekonstruierten Verläufe in den Blick, die im Ergebniskapitel bereits sichtbar ist, die nun präziser mit Begriffen von Autorisierung, Gefolgschaft und Legitimitätsglauben beschrieben werden kann. Besonders anschaulich wird dies in Kapitel 9 dort, wo Fortbildungen, Supervisionen, Verweisungsstrukturen, Publikationen und wiederkehrende personelle Überschneidungen als Teile eines Feldes sichtbar werden, in dem sich bestimmte Deutungen wechselseitig bestätigen.

> **Frau F, Fachperson:** Da hat die Psychiatrie A mich hingeschickt, der war auf allen Kongressen. (.) Ich hatte keinen Grund, an ihm zu zweifeln. (.) Und bei Fachperson B muss man einfach verstehen, er ist halt WAHNSINNIG eloquent. (.) Und es ist nicht so, dass Fachperson B in irgendeiner Form zu irgendeinem Zeitpunkt unseriös wirkt, sondern er wirkt immer SEHR seriös, sehr durchdacht. [...] Und habe bei ihm dann in den Jahren sehr viel Supervision gehabt (IV5, Z. 114-119)

10.3.4 Spiritueller Missbrauch als heuristische Perspektive: asymmetrische Vertrauensbeziehungen, Selbstbestimmung und Deutungsmacht

Die Forschung zu spirituellem Missbrauch hilft, die innere Struktur solcher Autoritätsbeziehungen genauer zu bestimmen. Sie beschreibt missbräuchliche Dynamiken als Prozesse, in denen Autoritätspersonen in asymmetrischen Vertrauensverhältnissen einen privilegierten Zugang zum inneren Erleben anderer gewinnen und daraus faktische Deutungsmacht ableiten. Betont werden dabei die Einschränkung von Selbstbe-

stimmung, die Unterordnung unter fremde Interpretationsansprüche, die schrittweise Verunsicherung eigener Wahrnehmung und die kumulative Wirkung vieler einzelner Eingriffe, Erwartungen und Zuschreibungen (Kluitmann, 2019; Könemann, 2023; Heyder, 2022).

> **Frau D, direkt Betroffene:** Ich hatte keine Chance, (.) weil irgendw/ irgendwer war es dann wohl immer. Und [...] ich habe immer den Kürzeren gezogen, weil das ich hätte ja. Ich weiß ja selbst gar nicht, was ich gesagt habe und was nicht und (.) und das ist das ist, (.) das macht abhängig, (.) das macht hilflos. Es macht einsam. (.) Es macht/ (...) Ja, ich ich kann mir nicht vertrauen. (IV4, Z. 1030-1035)

Gerade dieser Zugang ist für die Interpretation der Ergebnisse in Kapitel 9 heuristisch aufschlussreich. Die rekonstruierten Verläufe zeigen Beziehungen, in denen Therapeut*innen nicht nur begleiten oder diagnostisch einordnen, sondern einen Vorrang in der Interpretation des inneren Erlebens gewinnen. Sie erscheinen als Personen, die besser als die Betroffenen selbst zu wissen beanspruchen, was bestimmte Ängste, Symptome, Bilder oder Körperreaktionen bedeuten.

> **Frau G, direkt Betroffene:** Mir ist mir ist die eine Situation so geblieben. Ich weiß nicht mehr, wie es dazu gekommen habe, aber ich habe ich habe einen (.) Weinkrampf bekommen (..) und (.) und (.) und wurde dann, obwohl ich geweint habe, trotzdem mutistisch. Also es ging nur das Weinen und nichts anderes. Und dann fing sie einfach an, ja, (.) es muss schon grausam sein, andere Kinder umzubringen und in dem Moment wurde das Weinen noch hysterischer und ich stand daneben und sehe die Situation von außen und sag, (.) fang nicht an noch mehr zu weinen. Sie wird es genauso interpretieren. Das willst du nicht und ich konnte es nicht aufhalten. Es war einfach nur ätzend und (.) und sie hat aber dadurch, dass das Weinen in dem Moment (.) zugenommen hat, einfach gefunden. Ja, okay sie ist auf dem richtigen Weg, (.) dass das dass das einfach der Fall ist. (IV6, Z. 1506-1516)

Damit verschiebt sich das Verhältnis von professioneller Einschätzung und subjektiver Selbstdeutung. Die Perspektive auf spirituellen Missbrauch erlaubt es, diesen Prozess genauer als Verschiebung von Selbstbestimmung und Deutungsmacht zu beschreiben. Missbräuchlich wäre in diesem Sinn nicht die im Therapieverhältnis inhärente Asymmetrie. Asymmetrien gehören zu therapeutischen Beziehungen. Problematisch wird die Beziehung dort, wo die asymmetrische Struktur in eine dauerhafte Vorrangstellung fremder Interpretationen über das eigene Erleben übergeht und die Fähigkeit zur eigenständigen Prüfung, Distanzierung oder Zurückweisung geschwächt wird.

10.3.5 Von personaler Autorisierung zu systemischer Einengung: Entgrenzung, Abhängigkeit und Kritikabwehr

In der Zusammenschau dieser Perspektiven wird verständlich, wie aus personaler Autorisierung eine Konstellation systemischer Einengung entstehen kann. Die Literatur zu geistlichem Missbrauch beschreibt solche Prozesse als längerfristige Verflechtungszusammenhänge. Genannt werden Grenzverletzung, Eingrenzung, Idealisierung und Entwertung, außerdem Kommunikationskontrolle, Abschottung nach außen, Elitedenken, Loyalitätsdruck und die Untergrabung eigener Urteilsfähigkeit. Missbrauch erscheint dann nicht als singuläre Einzelhandlung, sondern als Beziehungs- und Systemdynamik, in der viele kleine Verschiebungen zusammengenommen eine erhebliche Bindungs- und Steuerungswirkung entfalten (Kluitmann, 2019; Könemann, 2023).

> **Frau D, direkt Betroffene:** [...] je länger man drin ist, ist es einfach die die normale Realität und und (.) man hat nur noch Leute um sich rum die (.) mit einem so reden, (.) die (..) ähm (.) die davon ausgehen, dass, wenn sie mit mir reden, dass sie mit mehr als einer Person reden. (IV4, Z. 697-700)

> **Frau P, direkt Betroffene:** Und die Verwirrung wurde immer noch größer. (..) Ja, und es war immer mehr Verunsicherung, immer mehr Verwirrung. (.) Ich merkte, ich traue mir immer weniger zu. (.) Meine Wahrnehmung wurde ständig angezweifelt. (IV15, Z. 582-585)

Für die in Kapitel 9 dargestellten Beziehungen lässt sich genau eine solche Bewegung rekonstruieren. Die starke Fokussierung auf einzelne Fachpersonen bleibt nicht auf der Ebene besonderer Wertschätzung stehen. Sie verbindet sich mit wachsender Abhängigkeit, mit Entgrenzung therapeutischer Zuständigkeit, mit dem Zurücktreten alternativer Deutungen, mit der Delegitimierung kritischer Außenperspektiven und mit der Ausbildung von Binnenwelten, in denen bestimmte Deutungen als besonders tief, konsequent oder wirklichkeitsnäher erscheinen. Zugleich werden Zweifel und Widersprüche erschwert. Sie können als Ausdruck mangelnden Vertrauens, als Abwehr, als Angst oder als Unverständnis des Außen verarbeitet werden. Die Verbindung der beiden Perspektiven von charismatischer Herrschaft und spirituellem Missbrauch macht damit sichtbar, wie personale Autorisierung, asymmetrische Bindung und soziale Stabilisierung ineinandergreifen. Die Problematik liegt dann weder allein in einer außergewöhnlichen Person noch allein in einzelnen problematischen Interventionen. Vielmehr lässt sich ein Gefüge herausarbeiten, in dem sich Autorität, Deutungsmacht, Beziehungsasymmetrie und soziale Abschließung gegenseitig verstärken.

Die Perspektive auf spirituellen Missbrauch und charismatische Autorisierung eröffnet zugleich eine differenziertere Betrachtungsweise möglicherweise von Patient*innen berichteter ritueller, sakraler, symbolischer oder ideologischer Elemente von Gewalthandlungen. Im Interviewmaterial wird eine differenzierte Lesart in der Darstellung

von Frau R sichtbar. Sie bewertet diese Elemente anhand ihrer möglichen Funktion im Tatgeschehen, z. B. Erzeugen von Angst, Einfordern von Schweigen oder Herstellen von Gehorsam. Frau R beschreibt als gemeinsames Merkmal der von ihr eingeordneten Fälle das wiederkehrende machtvolle Auftreten des Täters, die extreme Hilflosigkeit des Opfers und den Glauben an das, was der Täter suggeriere.

> **Frau R, Fachperson:** Ich glaube, das erste, was ich bei Ihnen allen dreien wahrgenommen habe, ist eine schwere Traumatisierung mit einer deutlichen oder kontinuierlichen, immer wieder auftauchenden Dissoziation. Dann ist es aber eine rituelle Gewalt oder ein ritueller Missbrauch. Es gehört für mich dazu. Da ist das Element des wiederkehrenden, sehr machtvollen Auftretens des Täters. Mit einer extremen Hilflosigkeit des Opfers und auch einem Glauben dessen, was der Täter versucht zu suggerieren. Also dass er so machtvoll ist. Eigentlich sind sie es ja gar nicht. (...) Das finde ich, ist das gemeinsame Merkmal, was ich in allen dreien Fällen irgendwo erlebt habe [...]. (IV17, Z. 135-143)

Die Passage legt nahe, rituelle, sakrale, religiöse oder ideologische Elemente auch als mögliche Täterstrategien zu betrachten, ohne daraus bereits die weiterreichenden Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« abzuleiten.

10.3.6 Soziale und systemische Stabilisierung: In-Group, Exklusivitätsansprüche und Immunisierung gegen Kritik

Die bisherigen Überlegungen legen nahe, die rekonstruierten Verläufe nicht nur als Beziehungen zwischen einzelnen Therapeut*innen und Betroffenen zu betrachten. Zusätzlich in den Blick rückt die soziale und systemische Stabilisierung solcher Konstellationen. Sowohl die Forschung zu charismatischer Herrschaft als auch die Forschung zu spirituellem Missbrauch verweisen darauf, dass personale Autorisierung und missbräuchliche Abhängigkeitsdynamiken auf soziale Bestätigung, Gefolgschaft und milieuspezifische Plausibilisierung angewiesen sind. Charismatische Herrschaft gewinnt ihre Stabilität aus Zuschreibung, Anerkennung und Gefolgschaft. Spiritueller Missbrauch verfestigt sich dort, wo Exklusivitätsansprüche, Sonderwissen, Loyalitätserwartungen und die Abwertung abweichender Perspektiven hinzutreten (Wagner, 2021; Deutsche Bischofskonferenz, 2023; Könemann, 2023; Butenkemper, 2025).

Im Ergebniskapitel finden sich hierfür deutliche Entsprechungen. Das Geschehen ist nicht auf einzelne dyadische Beziehungen begrenzt, sondern in ein fachliches und soziales Umfeld eingebettet, das bestimmte Annahmen bestätigt, weiterträgt und gegen Irritationen absichert. Sichtbar wird ein Kreis von Therapeut*innen und Supervisor*innen, in dem Fachveranstaltungen und Weiterbildungen angeboten und Fachliteratur veröffentlicht wird. Diese Binnenstruktur, in der Annahmen über »rituelle Gewalt« und die Dissoziative Identitätsstörung geteilt werden, erhöht die Plausibilität des Erklärungsmodells und verstärkt die Autorität derjenigen, die innerhalb dieses Feldes als besonders

kompetent gelten. Auf diese Weise entsteht ein sozialer Raum, in dem Anerkennung nicht nur einer einzelnen Person, sondern einer geteilten Sichtweise zukommt. Die Stabilisierung solcher Binnenwelten erfolgt dabei nicht allein über geteilte Überzeugungen, sondern auch über kontrollierte Kommunikations- und Informationsflüsse, enge soziale Einbindung und die schrittweise Reduktion alternativer Bezugsräume. Auf diese Weise wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass abweichende Deutungen gar nicht erst in derselben Selbstverständlichkeit wirksam werden können (Butenkemper, 2023). Gerade dieser Zusammenhang wird im Interview- und Dokumentenmaterial mehrfach benannt. Mehrere interviewte Fachperson beschreiben die Binnenlogik des Feldes:

> **Frau R, Fachperson:** [...] und dann auch wirklich immer wieder die gleichen Leuten sich in den gleichen Fortbildungen trafen. Also irgendwie kannte man dann die Personen (IV17, Z. 255-257)

> **Frau F, Fachperson:** Die, die schon immer gewusst haben, dass Fachperson B und DIS nicht exis/ also die werden sagen (.) haben wir schon immer so gewusst ne? Nicht, dass wir die Patienten behandeln wollen, aber wir haben es schon immer gewusst (.) Die Traumatherapeuten werden sagen ah ja, ja, das ist alles täterloyal und die wollen uns angreifen. (IV5, Z. 397-405)

In dieser Passage verdichtet sich ein für den vorliegenden Zusammenhang zentraler Befund. Sichtbar wird eine Grenzziehung zwischen einem wissenden Innen und einem unverständigen oder moralisch kompromittierten Außen. Das eigene Feld erscheint als privilegierter Ort richtiger Erkenntnis; Kritik verliert dadurch den Charakter legitimer Gegenrede und wird in die bestehende Interpretationsordnung eingepasst. Genau darin liegt ein Mechanismus der Immunisierung gegen Kritik, wie er nicht nur in der Forschung zu Verschwörungsmythen, sondern auch zu spirituellem Missbrauch als Exklusivitätsanspruch, Sonderwissen und Abwertung externer Perspektiven beschrieben wird (Deutsche Bischofskonferenz, 2023; Könemann, 2023).

Eine zweite Passage derselben Interviewpartnerin macht deutlich, wie stark diese Dynamik an personale Autorisierung und umfassenden Interpretationsanspruch gebunden ist:

> **Frau F, Fachperson:** »Und DER sagt (.) Hey (.) Ich bin GENAU dein Mann (.) Weil ich weiß genau, wie es funktioniert. (.) Und ich erkläre dir jetzt mal (...) wie die Welt funktioniert« (IV5, Z. 570-573)

> **Frau L, Fachperson:** Und später ist es in Kontakt mit Betroffenen dann natürlich viel deutlicher und entspannter gelaufen. Die haben dann manchmal gesagt, wollen Sie das wirklich wissen? [...] Und ich habe gesagt, glauben Sie, dass ich nicht aushalten kann? Wir können es probieren, und wenn es mir zu viel wird, sage ich Bescheid. [...] Und ich habe natürlich am Anfang Albträume gehabt. Ich habe selber Angst gehabt vor solchen

> Verfolgungen und. (..) Ich bin mir auch sicher, dass da manche Sachen gewesen sind, aber man kann das ja nicht beweisen. [...] Na ja, und irgendwie haben die Frauen immer mehr erzählt und ich habe immer mehr verstanden. [...] Und ich habe immer versucht, auch in Fortbildungen und und Supervision niemals Details zu benennen, (.) wenn ich nicht unbedingt gefragt wurde. Und auch in Fortbildungsgruppen. Wenn jemand das so alles genau wissen will, dann frage ich auch noch mal die anderen und ansonsten muss jemand mich in der Pause dann fragen, (.) weil der Schock ist einfach da und das weiß ich aus der Erfahrung. (.) Und ich habe mich mit der Zeit gewöhnen. Das ist erstaunlich, wie man habituieren kann (IV11, Z. 326-351)

Hier erscheint die Autoritätsperson nicht nur als fachlich zuständig, sondern als diejenige, die den eigentlichen Sinn des Geschehens kennt, in der Lage ist, eine umfassende Interpretation der Wirklichkeit bereitzustellen und im Interview von Frau L bereit ist, sich einem so belastenden Thema zu widmen. Darin verbinden sich charismatische Autorisierung und missbräuchliche Deutungsmacht in besonderer Weise. Die Anerkennung der Person als besonders einsichtig wird auf ein Deutungsangebot bezogen, das Totalitätsanspruch gewinnt und dadurch alternative Sichtweisen an den Rand drängt.

Für die Einordnung der Analyseergebnisse ist in diesem Zusammenhang auch die Frage der In-Group-Bildung bedeutsam. Die rekonstruierten Verläufe weisen darauf hin, dass Zugehörigkeit, Anerkennung und Sicherheit eng mit der Übernahme bestimmter Deutungen verknüpft sein können. Wer innerhalb des entsprechenden Feldes Anerkennung findet, bewegt sich in einem Raum geteilter Überzeugungen und gegenseitiger Bestätigung. Wer Zweifel äußert oder Kritik formuliert, riskiert demgegenüber, als uninformiert, illoyal oder gefährdend markiert zu werden. Auf diese Weise erhält die soziale Ordnung des Feldes eine regulierende Funktion. Sie strukturiert nicht nur fachliche Kommunikation, sondern auch Zugehörigkeit und Ausschluss.

Die Forschung zu spirituellem Missbrauch bietet für diesen Befund einen aufschlussreichen analytischen Rahmen. Regelmäßig hervorgehoben werden Exklusivitätsansprüche, Kontrolle von Kommunikation und Information, soziale Abschottung sowie die Tendenz, Außenstehende als unverständlich oder bedrohlich zu markieren. Missbräuchliche Dynamiken stabilisieren sich demnach nicht allein über die Beziehung zu einer Autoritätsperson, sondern auch über ein Milieu, in dem bestimmte Deutungen als besonders wahr oder moralisch überlegen erscheinen. Hinzu kommt die Nutzung einer feldspezifischen Sprache, in der Begriffe umgedeutet und bestimmte Sichtweisen sprachlich vorstrukturiert werden. Solche Formen der Begriffslenkung tragen dazu bei, dass die Binnenlogik des Feldes an Plausibilität gewinnt und Kritik leichter als Missverständnis oder Bedrohung erscheint (Butenkemper, 2023). Der Anschluss an die Weber'sche Perspektive liegt darin, dass charismatische Herrschaft ebenfalls auf soziale Anerkennung und Gefolgschaft angewiesen ist. Die Autorität der Person bleibt auf ein Umfeld bezogen, das ihre herausgehobene Stellung bestätigt und reproduziert. Für den vorliegenden Zusammenhang heißt das: Die charismatische Autorisierung

einzelner Therapeut*innen und Supervisor*innen wird durch In-Group-Strukturen, Exklusivitätsansprüche und Kritikabwehr sozial stabilisiert.

Damit wird verständlich, weshalb bestimmte Deutungen in den Beratungs- und Therapieverläufen eine so hohe Reichweite und Beharrungskraft gewinnen konnten. Ihre Plausibilität beruht nicht allein auf individueller Überzeugung oder auf der Bindung an einzelne Fachpersonen. Sie wird zusätzlich in einem sozialen Raum erzeugt und abgesichert, in dem Sonderwissen, Anerkennung, Zugehörigkeit und Kritikabwehr eng ineinandergreifen. Auf diese Weise lässt sich das im Ergebniskapitel rekonstruierte Geschehen als systemisch gestützter Prozess beschreiben, in dem personale Autorisierung, Abhängigkeit und soziale Stabilisierung einander wechselseitig verstärken.

10.3.7 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag dieser Perspektivenkombination liegt erstens darin, dass sich die im Ergebniskapitel rekonstruierten Beziehungen präziser als Konstellationen personaler Autorisierung beschreiben lassen. Die Perspektive charismatischer Herrschaft macht sichtbar, wie einzelne Fachpersonen einen Status besonderer Einsicht und besonderer Geltung gewinnen können und warum dies in Situationen von Verunsicherung und Suche nach Orientierung besonders zutreffen kann. Zweitens präzisiert die Perspektive auf spirituellen Missbrauch, worin die Verletzungsdynamik solcher Beziehungen liegen kann. Sichtbar wird eine Form von Machtausübung, die nicht über offenen Zwang funktioniert, sondern über Vertrauen, Deutungsautorität, Bindung und die schrittweise Verlagerung von Selbstdeutung auf eine Autoritätsperson. Damit lässt sich genauer beschreiben, wie Autonomie geschwächt, eigene Wahrnehmung verunsichert und Widerspruch erschwert werden kann. Drittens macht die Verbindung beider Perspektiven verständlich, dass die rekonstruierten Verläufe nicht als reine Dyade zwischen Therapeut*in und Patient*in zu fassen sind. Sie sind sozial eingebettet und werden durch Resonanzräume, Expert*innenkreise und institutionelle Einbettungen mitgetragen. Genau dadurch wird erklärbar, warum Revision so schwerfallen kann und warum sich problematische Dynamiken auch dann stabilisieren, wenn einzelne Zweifel oder Außenperspektiven vorhanden sind. In diesem Sinn trägt die Perspektive auf charismatische Herrschaft und spirituellen Missbrauch dazu bei, die in Kapitel 9 rekonstruierten Verläufe in ihrer personalen, relationalen und systemischen Struktur genauer zu verstehen.

10.4 Biografietheorie und -analyse

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus einer biografietheoretischen Perspektive. Aufschlussreich ist diese vor allem deshalb, weil sie sichtbar macht, wie tief die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe in die biografische Ordnung der Betroffenen eingreifen. Im Interview- und Dokumentenmaterial zeigt sich, dass mit der Übernahme des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation die Deutung der eigenen Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft neu geordnet wird. Mit der späteren Revision verändert sich diese Ordnung erneut. Die biografietheoretische Perspektive hilft, die rekonstruierten Verläufe genauer als Umstrukturierung von Selbst- und Weltverhältnissen, als Phase zunehmender Einengung und Fremdbestimmung und als krisenhafte Wiederaneignung der eigenen Biografie zu fassen (Marotzki, 2012; Riemann, 1987).

10.4.1 Theoretischer Zugang: Therapie- und Beratungsverläufe als Eingriffe in die biografische Ordnung

In der interpretativen Biografieforschung werden Lebensgeschichten als zeitlich strukturierte Verläufe verstanden, in denen Erfahrungen gedeutet, geordnet und in einen Zusammenhang gebracht werden. Biografie ist demnach keine bloße Abfolge von Ereignissen, sondern das Konstrukt, durch das das eigene Leben für eine Person verstehbar wird. Zentral sind dabei Prozesse der Sinn- und Bedeutungsbildung sowie der Erzeugung von Selbst- und Weltverhältnissen. Für die Biografieforschung ist zudem wichtig, dass erzählte Lebensgeschichten nicht als unmittelbare Abbilder von Vergangenheit verstanden werden. Sie sind sprachlich, situativ und sozial gerahmte Hervorbringungen. Sie zeigen, wie ein Leben erzählt, geordnet und auf Zusammenhänge hin ausgerichtet wird (Marotzki, 2012; Rosenthal, 1995; Koller, 1993, 2016; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Genau dies ist für den vorliegenden Zusammenhang bedeutsam, weil das in Kapitel 9 rekonstruierte Geschehen an dieser biografischen Ordnung ansetzt. Es betrifft die Deutung der eigenen Vergangenheit, die Einordnung des gegenwärtigen Erlebens und die Perspektive auf die Zukunft.

Der heuristische Ertrag dieser Perspektive liegt darin, die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe nicht nur als diagnostische oder therapeutische Prozesse zu lesen. Sichtbar werden Eingriffe in die Ordnung, in der die Betroffenen ihr Leben verstehen. Damit rückt in den Blick, dass es in den rekonstruierten Verläufen um mehr geht als um Symptome, Krankheit, Interventionen oder einzelne Interpretationsangebote. Es geht um die Umordnung biografischer Zusammenhänge – der gesamten Lebensgeschichte (Marotzki, 2012; Rosenthal, 1995).

10.4.2 Immersion als Umstrukturierung von Selbst- und Weltverhältnissen

Ein erster biografietheoretisch aufschlussreicher Begriff ist der der Wandlung. Gemeint sind damit Phasen, in denen sich die bisherige Ordnung des Lebens verschiebt und andere Deutungen, Relevanzen und Orientierungsmuster bestimmend werden. In biografietheoretischer Perspektive betrifft dies nicht nur neue Gedanken oder Bewertungen. Es betrifft die Weise, in der die Person sich selbst und ihre Welt versteht – das fundamentale und existenzielle Verständnis ihrer selbst und ihrer Positionierung in der Welt (Marotzki, 2012; Rosenthal, 1995). Genau dies lässt sich im Interview- und Dokumentenmaterial für die Immersion in das Erklärungsmodell beobachten. Frühere Erfahrungen und Gewissheiten erscheinen nun in anderem Licht. Erinnerungslücken, Dissoziationen, Albträume oder Flashbacks werden als Hinweise auf verborgene Gewalt, auf fortbestehenden Täterkontakt oder auf »Programmierung« gedeutet. Familie, soziale Beziehungen und Institutionen bekommen ebenfalls eine radikal andere Bedeutung zugeschrieben. Sie können nun als gefährlich, verstrickt oder blind erscheinen, während die therapeutische Beziehung an Relevanz gewinnt, weil sie als Ort von Wahrheit, Schutz und Orientierung verstanden wird. Biografietheoretisch lässt sich dieser Prozess als Umstrukturierung von Selbst- und Weltverhältnissen beschreiben. Die Übernahme des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation fügt dem bisherigen Leben nicht eine zusätzliche Deutungsebene hinzu, sondern sie ordnet biografische Zusammenhänge radikal neu. Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges werden entlang eines anderen Relevanzsystems verstanden. Dadurch gewinnt das eigene Leben eine neue innere Logik (Marotzki, 2012; Rosenthal, 1995; Koller, 1993, 2016). In Kapitel 9 zeigt sich diese Umordnung in besonders greifbarer Form dort, wo Familie, soziale Beziehungen und Alltagssituationen zunehmend unter dem Vorzeichen von Gefahr, Täterkontakt und Schutz gedeutet werden und die therapeutische Beziehung zugleich zum zentralen Ort von Wahrheit und Orientierung wird.

10.4.3 Tiefe Immersion als Verlaufskurve: Einengung, Fremdbestimmung und unmittelbare Bewältigung

Zur weiteren Präzisierung ist Schützes (1981, 1983) Begriff der Verlaufskurve aufschlussreich. Damit sind biografische Prozesse gemeint, in denen der Handlungsspielraum von Personen abnimmt, Ereignisse zunehmend als etwas erlebt werden, dem man ausgesetzt ist, und das eigene Leben stärker durch Reagieren als durch selbstbestimmte Planung geprägt wird. Verlaufskurven sind Phasen des Getriebenwerdens. Sie sind durch Einengung, Kontrollverlust, Krisenbearbeitung unter hohem Druck und durch die Herausforderung gekennzeichnet, sich aus dem entstandenen Lebenszusammenhang wieder zu lösen (Schütze, 1981, 1983; Riemann, 1987).

Für das Interview- und Dokumentenmaterial ist dieser Begriff deshalb ergiebig, weil die tiefe Immersion in das Erklärungsmodell ebendiese Merkmale aufweist. Die rekonstruierten Verläufe zeigen, wie die Orientierung an dem Modell immer mehr Bereiche des Lebens erfasst, wie sich die Aufmerksamkeit auf Bedrohung, Beweise, Anzeichen und Schutzmaßnahmen verdichtet und wie andere Lebensbezüge an Gewicht verlieren. Die Betroffenen geraten so in eine Lage, in der das unmittelbare Bewältigen des nächsten Symptoms, des nächsten Verdachts, der nächsten Irritation oder der nächsten therapeutischen Anforderung den Alltag zunehmend (fremd-)bestimmt.

Frau J, direkt Betroffene: [...] wenn man sich das anschaut ich war über Jahre eigentlich immer an Weihnachten, Ostern (.) solche Tage in der Klinik, einfach weil ich Angst hatte, dass ja über diese Tage dann weil mehrere Tage am Stück sind, dass man da mich irgendwo hinbringt und dann die ganze Zeit (.) über mehrere Tage dann diese Rituale passieren und (..) dann (.) das hat mir so (.) das lag mir so schwer im Magen diese Angst dass dass ich dann gesagt habe ich gehe lieber in die Klinik in dieser Zeit und bin geschützt, als dass ich dieses Risiko eingehe. (IV9, Z. 2774-2780)

Frau G, direkt Betroffene: Also war ich dann quasi von diesen ständigen (...) Flashbacks und Albträumen und (..) und den und dem Schlafmangel und den Schmerzen, (.) dass ich dass ich dann da immer wieder gesagt habe, also das ist kein Leben, ich möchte, dass es aufhört, ich kann nicht mehr. Und dass es dann einfach gesa/ hieß, (.) das ist ein Selbstmordprogramm. (IV6, Z. 2232-2235)

Handlungsspielräume werden enger, Beziehungen brechen weg oder werden unsicher. Außenperspektiven verlieren an Plausibilität. Aus biografietheoretischer Perspektive sind diese Prozesse nicht nur als kognitive Überzeugungen oder therapeutische Bindungen zu fassen. Sie haben die Form einer biografischen Einengung, in der bloßes Reagieren und unmittelbare Bewältigung dominant sind (Schütze, 1983; Riemann, 1987).

10.4.4 Revision und Ablösung als krisenhafte Wiederaneignung der eigenen Biografie

Auch die Revision des Erklärungsmodells lässt sich biografietheoretisch genauer beschreiben. Sie ist nicht einfach die Ablösung einer falschen durch eine richtige Deutung. Sie ist vielmehr eine Krise der bisherigen biografischen Ordnung. Wenn das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation an Plausibilität verliert, geraten auch jene Zusammenhänge ins Wanken, in denen die eigene Vergangenheit, die Symptome, die Beziehungen und die Zukunft bislang verstanden wurden. Damit steht die fundamentale Ordnung infrage, in der das eigene Leben über längere Zeit in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht worden war (Marotzki, 2012; Koller, 1993, 2016; Rosenthal, 1995).

Gerade deshalb lässt sich die Revision als krisenhafte Wiederaneignung der eigenen Biografie fassen. Die Betroffenen müssen sich zu zurückliegenden Deutungen, zu biografisch zentral gewordenen Annahmen und zu oft weitreichenden Folgen dieser Annahmen neu verhalten. Das betrifft auch die Frage, welche Teile der eigenen Geschichte wieder angeeignet, welche neu eingeordnet und welche Verluste betrauert werden müssen. In biografietheoretischer Perspektive handelt es sich dabei um einen aufwendigen Reorganisationsprozess. Die frühere Ordnung trägt nicht mehr, und eine neue entsteht erst mit einer gewissen Zeit, weil ihre Ausbildung biografische Arbeit verlangt (Marotzki, 2012; Rosenthal, 1995).

Frau A, direkt Betroffene: [...] ich war da halt (.) alleine zuhause. Und das war wirklich so, dass ich so das Gefühl hatte, boah bin das ich? [...] Gibt es mich? Wirklich so? Und deshalb wollte ich meine Mutter anrufen. [...] (.) Ich dachte vielleicht spinnt es mir einfach total und das ist alles gar nicht wahr. [...] und wenn ich eine Stimme gehört hatte, die mir gesagt hätte, doch ich habe dich geboren, so. Dann hätte ich gewusst, ah ich bin auf die Welt gekommen. [...] es war wirklich sehr existenziell (IV1, Z. 2281-2290)

Frau N, direkt Betroffene: Bis heute (.) unterwegs (.) habe sehr viel allein gemacht, weil das hier auch einfach den Rahmen sprengt. (.) Gucke, genau. Kann das sein? Kann das sein? Ist das ein (.) Angst oder ist das eine Erinnerung? Oder ist das ein/ am Ende kommt es mir nicht auf Details an, sondern zu verstehen, wie meine Identität SO zerrissen wurde (.) und ich keine Würde mehr fühle. Und ich lebe heute (.) würde ich noch zum Abschluss erstmal sagen, in großen Schwierigkeiten, in sozialer Isolation, in Armut. (.) Ich, Hobbys. Urlaub, gibt es nicht. Ich kämpfe eigentlich den ganzen Tag gegen Traumafolgen. (IV13, Z. 1149-1155)

10.4.5 Das Fremdwerden der eigenen Biografie

In besonderer Weise verdichten lassen sich diese Befunde mit Riemanns (1987) Formulierung vom »Fremdwerden der eigenen Biografie«. Dieser Begriff ist für den vorliegenden Zusammenhang heuristisch ergiebig, weil er auf eine prekäre Beziehung zur eigenen Lebensgeschichte verweist. Gemeint ist ein Prozess, in dem die eigene Vergangenheit, das eigene Erleben und der eigene Lebenszusammenhang der Person in Teilen fremd werden. Riemann beschreibt dies unter anderem über Verluste in der Beziehung zur eigenen Biografie, über Brüche der Zuständigkeit für das eigene Leben und über die Durchdringung autobiografischer Deutungen durch professionelle Kategorien (Riemann, 1987).

In diesem Sinn ist der Begriff für Kapitel 9 anschlussfähig. Die rekonstruierten Verläufe zeigen wiederholt, wie sich die Betroffenen über längere Zeit in Deutungen wiederfinden, die zwar ihr Leben erklären sollen, ihnen dieses Leben aber zugleich entfremden.

Vergangenes wird umgedeutet, Gegenwärtiges in hochgradig vorstrukturierte Muster eingeordnet und die eigene Wahrnehmung verliert an Bedeutung. Das eigene Leben wird dann nicht mehr primär aus einer selbst getragenen biografischen Perspektive verstanden, sondern in hohem Maß über einen Deutungsrahmen, der von außen mitstrukturiert ist. Mit der späteren Revision wird dieses Fremdwerden nicht einfach rückgängig gemacht. Es wird erst in seiner biografischen Tragweite sichtbar. Gerade deshalb ist der Begriff des »Fremdwerdens der eigenen Biografie« für die vorliegenden Befunde geeignet: Die Verläufe betreffen die Beziehung der Patient*innen zu ihrer Lebensgeschichte selbst.

10.4.6 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag der biografietheoretischen Perspektive liegt darin, dass sich die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe als Eingriffe in die biografische Ordnung der Betroffenen beschreiben lassen. Sichtbar wird erstens, dass die Immersion in das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation eine Umstrukturierung von Selbst- und Weltverhältnissen mit sich bringt. Zweitens wird deutlich, dass tiefe Immersion in mehreren Fällen die Form einer Verlaufskurve annimmt, also einer biografischen Einengung mit wachsender Fremdbestimmung und unmittelbarer Bewältigungsorientierung. Drittens lässt sich die spätere Ablösung als krisenhafte Wiederaneignung der eigenen Biografie fassen (Marotzki, 2012; Schütze, 1983; Riemann, 1987). Die Perspektive präzisiert damit, worin die biografische Reichweite der rekonstruierten Verläufe liegt. Sie zeigt, dass sich im Interview- und Dokumentenmaterial nicht nur konflikthafte Behandlungen oder problematische Interpretationen rekonstruieren lassen. Rekonstruiert werden Prozesse, in denen die Ordnung des eigenen Lebens dergestalt umgebaut wird, dass die Beziehung zur eigenen Geschichte fremd werden kann und ihre spätere Wiederaneignung mit erheblicher biografischer Arbeit verbunden ist (Rosenthal, 1995; Koller, 1993; Marotzki, 2012).

10.5 Gedächtnis, False Memory und Glaubhaftigkeit

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus der Perspektive der Gedächtnisforschung sowie der Forschung zu False Memories und Glaubhaftigkeit.

10.5.1 Theoretischer Zugang: Erinnerung als rekonstruktiver Prozess

In Kapitel 5 haben wir herausgearbeitet, dass Erinnern als ein aktiver und rekonstruktiver Prozess zu verstehen ist. Erinnerungen werden beim Abruf nicht einfach un-

verändert reproduziert. Sie werden jeweils neu geordnet, in gegenwärtige Deutungen eingebettet und in kommunikative Zusammenhänge aufgenommen. Für autobiografische Erinnerungen ist dabei wichtig, dass sie kontextabhängig sind und durch aktuelle Wissensbestände, emotionale Zustände und soziale Rückmeldungen mitgeprägt werden. Belastende und traumatische Erfahrungen können mit hoher subjektiver Eindringlichkeit verbunden sein und zugleich fragmentiert, lückenhaft oder hinsichtlich einzelner Details unscharf bleiben (Barry et al., 2018; Longhi Lorenzzoni et al., 2014; Ono et al., 2016; Thome et al., 2020).

In Kapitel 5 haben wir auch darauf hingewiesen, dass die Forschung eher gegen die Annahme spricht, hoch belastende traumatische Erfahrungen könnten über lange Zeit vollständig vergessen und später eindeutig wieder erinnert werden. Ein solcher Verlauf wird als selten beschrieben (Alexander et al., 2005; Goodman et al., 2003; Goldfarb et al., 2019; Nahleen et al., 2021). Zugleich wird aus der Forschungsübersicht deutlich, dass Erinnerungen beeinflussbar sind. Direkte Fehlinformationen, suggestive Gesprächsführung, wiederholtes Fragen, plausible Interpretationsangebote und die aktive Suche oder Konstruktion können darauf einwirken, wie Erfahrungen erinnert, geordnet und später als Erinnerung verstanden werden (Loftus & Palmer, 1974; Loftus, 1975; Loftus, 2005; Oeberst & Imhoff, 2023; Goodman et al., 2025).

Diese Perspektive ist für die Analyseergebnisse aufschlussreich, weil sich im Interview- und Dokumentenmaterial Verläufe zeigen, in denen Erinnerungen, Symptome, innere Bilder und biografische Deutungen in enger Wechselwirkung stehen. Kapitel 5 bietet hierfür mehrere Anknüpfungspunkte: das Verständnis von Erinnerung als rekonstruktivem Prozess, die Befunde zur Fragmentierung und subjektiven Eindringlichkeit traumatischer Erinnerungen, die Skepsis gegenüber der Annahme eines lang andauernden vollständigen Vergessens traumatischer Erfahrungen sowie die Forschung zu suggestiven Bedingungen und False Memories.

10.5.2 Suchbewegungen nach verborgenem Geschehen und das Risiko suggestiver Prozesse

Vor diesem Hintergrund lassen sich die in Kapitel 9 rekonstruierten Verläufe genauer fassen. Sie erscheinen aus gedächtnispsychologischer Perspektive als Prozesse, in denen Erfahrungen, Affekte, Symptome und biografische Irritationen in einem bestimmten Interpretationsrahmen neu geordnet werden. Besonders deutlich zeigt sich dies dort, wo bekannte Belastungen und Gewalterfahrungen als nicht hinreichend für die erklärte Symptomatik behandelt werden und daraus die Vermutung eines weiteren, schwereren und bislang nicht erinnerten Geschehens entsteht. Erinnerung wird in diesen Verläufen zum Gegenstand einer Suchbewegung. Träume, Körperzustände, diffuse Belastungen, innere Bilder oder Flashbacks werden als Hinweise auf verborgene Gewalt gelesen und in diesem Sinn weiter bearbeitet.

Frau F, Fachperson: Und dann habe ich natürlich/ und jetzt kommt MEIN Anteil. ICH habe sie wiederholt, weil Fachperson B das gesagt hat, nach Täterkontakten gefragt. [...] (.) Und sie hat IMMER geantwortet Nein. Ich kann mich nicht erinnern. Ich glaube nicht, dass ich Täterkontakt habe. Ich weiß NICHTS von Täterkontakt. (.) Und ich habe aber sehr REGELMÄßIG das Thema Täterkontakt angesprochen und sie war dann zeitweise sehr verunsichert und hat gesagt ja, aber vielleicht habe ich Täterkontakt und erinnere mich nicht das finde ich total gruselig [...] Und da komm ICH dann mit meinem Teil Täterkontakt. (IV5, Z. 1076-1082)

Die in Kapitel 5 referierte Forschung zeigt, dass Erinnerungen unter suggestiven Bedingungen beeinflussbar sind. Das gilt nicht nur für direkte Fehlinformationen, sondern auch für wiederholte Nachfrage, implizite Erwartungen, das Anbieten plausibler Interpretationen und die intensive Beschäftigung mit vermuteten Geschehensabläufen. Die Forschung zu False Memories weist darauf hin, dass unter solchen Bedingungen Erinnerungen oder Erinnerungselemente entstehen oder verdichtet werden können, die nicht oder nicht in der erinnerten Form stattgefunden haben (Andrews & Brewin, 2024; Goodman et al., 2025; Arce et al., 2023). Im Ergebniskapitel wird dies besonders in jenen Situationen anschaulich, in denen wiederholte Nachfragen, Traumreisen, die Arbeit mit Bildern oder Büchern sowie die Interpretation von Flashbacks, Affekten und Körperreaktionen für die Suche nach einem verborgenen Geschehen genutzt werden.

Frau J, direkt Betroffene: [...] in diesem Gespräch ging es [...] zum ersten Mal darum, dass ich gefragt wurde, ob ich mich erinnern kann, dass es auch (.) im Missbrauch, ob es da auch um (.) eben Rituale, ob es da irgendwie mit Blut ging, ob es da Keller, Burgen/ ob ich mich an irgendwas so was denn erinnern kann (.) und (.) so was kann ich oder konnte ich mich nicht erinnern? (.) Und daraufhin ist dann eben dieser Satz gefallen, dass irgendwie mehr sein muss (.) woran ich mich aber offenbar nicht erinnern kann, weil das von mir abgespalten ist (.) Und ab dem Moment [...] war es wie (.) Thema. (..) Was ist da mehr noch als das Trauma? (..) Und das Trauma an sich wurde gar nie/ das haben wir in all diesen Jahren nicht einmal bearbeitet. Das war wie ja nicht schlimm genug. (...) Es ging nur darum was könnte da sonst noch sein? (IV9, Z. 340-350)

Frau K, direkt Betroffene: Es gab eine Situation, da haben die mich an den Baum gefesselt. Das hatte ich den so gesagt und er [Therapeut] hat daraus geschlossen [...] ah da haben sie [...] dich [...] an den Baum gefesselt sie und haben und kam dann wahrscheinlich mit den toten Tieren an. (.) Nein, (.) nein, (.) die kamen nicht mit toten Tieren an, ich musste auch kein Tier jetzt (.) häuten. Das ist/ Die haben mich missbraucht. Ich habe ja auch beschrieben, wie (.) und das haben die gerne in einen theatermäßigen Zustand mit Maske und Verkleidung gemacht, aber es wurde da nichts angebeten oder ähnliches. (.) Ja, der Psychologe hat immer wieder betont, dass es doch ein Ritual dann stattgefunden hat, währenddessen ich dann auch gefesselt war. Und ich muss zugeben, ich hatte irgendwann den Moment, weil er ganze Zeit noch mit diesem Zeigefinger, (.) was wie

> Hypnose für mich wahr gemacht hat, dass ich dann einfach gesagt habe, ja, so war das, (.) obwohl es so nicht war. (IV10, Z. 1306-1317)

Für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial folgt daraus nicht, dass neu auftauchende Erinnerungen pauschal als falsch anzunehmen sind. Der Forschungsstand macht jedoch deutlich, dass Konstellationen mit erhöhtem Risiko suggestiver Prozesse verbunden sein können, wenn von Symptomen, inneren Bildern oder Erinnerungslücken auf ein bislang nicht erinnertes Trauma geschlossen und daran anschließend gezielt nach entsprechenden Erinnerungen gesucht wird (Brainerd & Reyna, 2005; Brewin & Andrews, 2017; Schemmel et al., 2024).

10.5.3 Erstmaliges Erinnern, erstmaliges Berichten und nachträgliche Verdichtung

Für die Einordnung solcher Prozesse ist eine Unterscheidung wichtig, die in Kapitel 5 ausdrücklich hervorgehoben wird: die Unterscheidung zwischen erstmaligem Erinnern und erstmaligem Berichten. Gedächtnispsychologisch ist es nicht ungewöhnlich, dass eine Person von einem kontinuierlich vorhandenen Erinnerungsbestand erst später erstmals spricht, etwa weil Scham, Angst, fehlende Gelegenheiten oder der Mangel eines gesellschaftlichen Anerkennungsraums dies zuvor erschwert haben (McGuire & London, 2020). Davon zu unterscheiden sind Konstellationen, in denen eine Erinnerung erst im Verlauf einer Suchbewegung oder einer therapeutischen Bearbeitung erstmals auftritt (Brainerd & Reyna, 2005; Brewin & Andrews, 2017; Volbert, 2018).

Diese Unterscheidung ist für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial besonders aufschlussreich. Nicht jede späte Thematisierung eines belastenden Geschehens ist ein Hinweis auf suggestive Erinnerungserzeugung. Näher zu prüfen sind vielmehr jene Konstellationen, in denen das Erinnern selbst in einem Prozess gezielter Suchbewegung entsteht oder weiter ausgestaltet wird. Kapitel 9 rekonstruiert hierfür mehrere Situationen, in denen Therapeut*innen aus Symptomen, Träumen, Affekten oder inneren Bildern auf ein verborgenes Geschehen schließen und die weitere therapeutische Arbeit an der getroffenen Annahme ausrichten.

Hinzu kommt ein weiterer gedächtnispsychologischer Aspekt, die Quellenüberwachung. Gemeint ist die Frage, ob Personen immer sicher unterscheiden können, woher ein bestimmtes Erinnerungselement stammt: aus unmittelbarem Erleben, aus späteren Gesprächen, aus inneren Vorstellungen, aus gelesenen Berichten oder aus anderen Formen nachträglicher Verarbeitung (Lindsay & Johnson, 1989; Oeberst & Blank, 2012; Oeberst & Seidemann, 2014). Für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial ist dies deshalb wichtig, weil Kapitel 9 wiederholt Verläufe zeigt, in denen Gespräche mit Therapeut*innen, emotionale Reaktionen, innere Bilder und spätere Interpretationen eng aufeinander bezogen werden. Vor dem Hintergrund des Forschungsstands

ist daher zu berücksichtigen, dass sich Informationen aus unterschiedlichen Quellen nachträglich zu einer verdichteten Erinnerung verbinden können.

In Kapitel 5 verweisen wir in diesem Zusammenhang auch auf das Konzept der Memory Amplification. Gemeint ist die nachträgliche Verstärkung oder Ausweitung von Erinnerungen an belastende Ereignisse, etwa durch spätere Informationen, Intrusionen oder wiederholte gedankliche Beschäftigung (Strange & Takarangi, 2015; Battista et al., 2025). Für die Analyseergebnisse ist dieser Gedanke deshalb anschlussfähig, weil wir in Kapitel 9 mehrfach zeigen konnten, wie aus zunächst unscharfen, fragmentarischen oder uneindeutigen Wahrnehmungen im Verlauf dichtere und scheinbar stimmigere Geschehenszusammenhänge werden.

10.5.4 Subjektive Evidenz, Plausibilität und historische Faktizität

Damit wird zugleich verständlicher, weshalb bestimmte Interpretationen und Erinnerungszusammenhänge für die Betroffenen hohe Überzeugungskraft gewinnen konnten. Kapitel 5 betont, dass emotionale Intensität, Anschaulichkeit und innere Gewissheit keine verlässlichen Marker historischer Genauigkeit sind (Goodman et al., 2025; Battista et al., 2025). Umgekehrt folgt aus Fragmentierung, Unschärfe oder Inkohärenz nicht automatisch, dass etwas nicht erlebt wurde (Barry et al., 2018; Longhi Lorenzzoni et al., 2014; Ono et al., 2016; Thome et al., 2020).

Für die Analyseergebnisse ist diese Unterscheidung zentral. Sie erlaubt es, die subjektive Evidenz des Erlebens ernst zu nehmen und zugleich die Prozesse der Erinnerungsbildung und Plausibilisierung im Blick zu behalten. Kapitel 9 zeigt, dass Zweifel, Irritationen und Gegenwahrnehmungen häufig nicht zu einer erneuten Prüfung des Erklärungsmodells führen, sondern innerhalb des Modells selbst verarbeitet werden. Plausibilität entsteht dann aus dem Zusammenspiel von Affekten, Interpretationsangeboten, sozialen Rückmeldungen und nachträglichen Verknüpfungen. Unterschiedliche Erfahrungen und Informationen werden in einen stimmigen Zusammenhang gebracht und können gerade dadurch die Form einer überzeugenden Erinnerung annehmen.

Der gedächtnispsychologische Zugang macht damit einen wichtigen Unterschied sichtbar: den Unterschied zwischen subjektiver Evidenz, erinnerungsbezogener Plausibilität und historischer Faktizität. Für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial ist dieser Unterschied deshalb so wichtig, weil die rekonstruierten Verläufe genau an dieser Stelle problematisch werden. Die hohe Überzeugungskraft eines erinnerten Geschehenszusammenhangs sagt noch nichts darüber aus, wie diese Erinnerung entstanden ist und wie sie sich zu dem tatsächlich Erlebten verhält. Diese Differenz ist auch für die weitere Diskussion zentral, auch im Hinblick auf den institutionellen und professionellen Umgang mit Betroffenenaussagen und auf Fragen der Glaubhaftigkeit (vgl. Kapitel 11).

10.5.5 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag dieser Perspektive liegt erstens darin, Erinnerungen als rekonstruktive und kontextabhängige Hervorbringungen zu fassen. Damit wird sichtbarer, dass die im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierten Suchbewegungen nicht als einfaches Freilegen bereits vollständig vorhandener Erinnerungsbestände verstanden werden können. Zweitens verweist der Forschungsstand darauf, dass erinnerungsbezogene Konstruktionen beeinflussbar sind und dass entsprechende Einflüsse auch in therapeutischen Prozessen wirksam werden können. Für die Analyseergebnisse ist das vor allem dort wichtig, wo sich Vorgehensweisen zeigen, die mit einem erhöhten Risiko suggestiver Prozesse verbunden sein können. Drittens trägt diese Perspektive dazu bei, die Entstehung von Plausibilität genauer zu bestimmen. Erinnerungsbezogene Überzeugungskraft entsteht aus dem Zusammenspiel von Affekten, Interpretationsangeboten, sozialen Rückmeldungen und nachträglichen Verknüpfungen. Gerade dadurch wird verständlicher, weshalb bestimmte Erinnerungs- und Erklärungszusammenhänge für die Betroffenen hohe Überzeugungskraft gewinnen konnten. Viertens macht die Perspektive den Unterschied zwischen subjektiver Plausibilität und historischer Faktizität präziser fassbar. Das ist für die Analyseergebnisse besonders bedeutsam, weil sich im Interview- und Dokumentenmaterial Verläufe zeigen, in denen sich Suchbewegungen, Interpretationsangebote und therapeutische Interaktion so miteinander verbinden, dass Erinnerungen oder Erinnerungselemente entstehen oder sich verdichten können, deren Herkunft und Faktizität offenbleiben bzw. hinterfragt werden müssen.

10.6 Traumafolgestörungen, Dissoziative Identitätsstörung und Social Media

Dieser Abschnitt betrachtet die Analyseergebnisse aus der Perspektive des Forschungsstands zu Traumafolgestörungen, zur Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und zur Rolle von Social Media.

10.6.1 Theoretischer Zugang: Traumafolgestörungen, diagnostische Offenheit und Differenzierung

Traumatische Erfahrungen können mit erheblichen und langfristigen psychischen Folgen verbunden sein. Der Forschungsstand macht zugleich deutlich, dass solche Folgen in sehr unterschiedlichen Symptombildern verlaufen und auf ein Zusammenspiel von Belastung, individueller Vulnerabilität, psychischen Verarbeitungsprozessen und

sozialen Kontexten zurückgehen (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Yehuda & Flory, 2007). Traumafolgestörungen entstehen damit nicht automatisch aus einem belastenden Ereignis und sie führen auch nicht in geradliniger Weise zu einem bestimmten Störungsbild. Gerade deshalb ist diagnostische Offenheit zentral. Erforderlich ist eine sorgfältige Differenzierung zwischen verschiedenen möglichen Traumafolgen und komorbiden Störungen (Schäfer et al., 2019; Lyssenko et al., 2018). Für den vorliegenden Zusammenhang ist die DIS in besonderer Weise relevant. Kapitel 6 hebt hervor, dass es sich um eine Diagnose handelt, zu der die Forschungslage weiterhin begrenzt ist und in der fachlichen Diskussion zahlreiche offene Fragen fortbestehen. Dies betrifft die Prävalenz, die Ätiologie, die klinische Abgrenzung sowie die Frage, wie dissoziative Symptomatik, Identitätsfragmentierung, Intrusionen und Amnesien konzeptuell zu verstehen sind (Boysen, 2024; Herzog et al., 2025b; Gysi et al., 2025). Die DIS nimmt damit eine doppelte Stellung ein: Sie ist klinisch als Diagnose etabliert und zugleich Gegenstand anhaltender Kontroversen. In der Ätiologiedebatte werden einerseits Zusammenhänge mit schweren und frühen Traumatisierungen beschrieben, andererseits suggestive, soziale und iatrogene Einflüsse mitdiskutiert (Dalenberg et al., 2012; Lynn et al., 2019; Otgaar et al., 2023). Hinzu kommt, dass soziale Medien in den vergangenen Jahren zu einem wichtigen Resonanzraum für DIS-bezogene Selbstbeschreibungen, Symptomdarstellungen und Zugehörigkeitsangebote geworden sind. Kapitel 6 verweist in diesem Zusammenhang auf Looping Effects, auf Formen digitaler Selbstdiagnostik und auf die Möglichkeit, dass online zirkulierende Deutungs- und Darstellungsformen das Selbstverständnis von Nutzer*innen mitprägen können (Christensen, 2022; Giedinghagen, 2023; Porter et al., 2024).

Diese Perspektive ist für die Analyseergebnisse aufschlussreich, weil sich im Interview- und Dokumentenmaterial hoch belastete und therapeutisch vorerfahrene Patient*innen zeigen, deren Symptome und Suchbewegungen in einigen Verläufen zunehmend auf den Deutungsrahmen einer DIS und einer damit verknüpften Gewaltannahme hin gelesen werden. Im Folgenden geht es daher um die Frage, wie sich diese Verläufe vor dem Hintergrund diagnostischer Offenheit, der fachlichen Diskussion um die DIS und möglicher sozialer Verstärkungszusammenhänge einordnen lassen.

10.6.2 Reale Belastungen, Suchbewegungen und diagnostische Engführung

Ausgangspunkt der rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe sind in den meisten Fällen erhebliche psychische Belastungen. Die direkt betroffenen Interviewpartner*innen berichten von Gewalt- und Belastungserfahrungen, von Dissoziationen, Erinnerungslücken, Ängsten, depressiven Zuständen, selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken, Flashbacks, Essstörungen, chronischen Schmerzen und starker innerer Verunsicherung. Kapitel 9 zeigt damit, dass Ausgangspunkt für die analysierten Behandlungsverläufe

reale Krisen- und Leidenszusammenhänge sind, die Erklärung, Einordnung und Hilfe benötigen.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Und dann war ich wahrscheinlich auch anfälliger für etwas Einfaches, (.) was Sinn macht (.) und was was erklärt, warum ich mich selber nicht verstehe. Denn wenn man DIS hat, kann man sich selber nicht verstehen. Das ist ja quasi ein/ (.) eine Grundlage ist ja nicht möglich (.) und ich kann mich nicht verstehen. (IV4, Z. 826-829)

> **Frau G, direkt Betroffene:** Ich war (..) derart verzweifelt, weil es mir schon so viele Jahre einfach nicht besser ging. Und weil ich einfach immer wieder zu hören bekommen habe, ich bin nicht therapierbar. (.) Dass ich einfach (.) bereit war, mich auf Dinge einzulassen, (..) wo ich (.) wo ich vielleicht jetzt (..) vorsichtig gewesen wäre, unter anderen Umständen. (IV6, Z. 1885-1888)

Gerade aus Sicht des Forschungsstands zu Traumafolgestörungen ist dabei bedeutsam, dass solche Symptomkonstellationen sehr unterschiedlich gelesen werden können. Kapitel 6 verweist darauf, dass traumatische Belastungen mit einem breiten Spektrum psychischer Folgen verbunden sein können, darunter PTBS, komplexe PTBS, depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Beschwerden, Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Symptome in unterschiedlicher Intensität. Für die vorliegenden Verläufe ist deshalb zunächst festzuhalten, dass die dokumentierten Beschwerden vielfältige diagnostische Anschlussmöglichkeiten eröffnen.

Vor diesem Hintergrund fällt im Interview- und Dokumentenmaterial auf, dass sich diese diagnostische Offenheit in den Behandlungen im Verlauf verengt. Dokumente und Interviews machen sichtbar, dass an die Stelle konkurrierender Lesarten zunehmend eine Zentrierung auf die DIS und das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation tritt. Kapitel 9 zeigt dies besonders deutlich an den Diagnoseverläufen von Frau Q, Frau G und Frau K. Dort steht am Anfang jeweils eine breitere Beschreibung von Symptomen, Belastungen und biografischen Schwierigkeiten. Erst im weiteren Verlauf verschiebt sich die Rahmung. Die dissoziative Symptomatik wird ausführlicher thematisiert, weitere Persönlichkeitsanteile werden angenommen, nicht zugängliche Erinnerungen gewinnen an Bedeutung und die Diagnose DIS erhält ein zunehmendes Gewicht. Mit dieser Verschiebung verändert sich zugleich das Raster, in dem Symptome, biografische Erfahrungen und gegenwärtige Irritationen verstanden werden.

> **Frau J, direkt Betroffene:** Für sie dreht sich ja alles nur um diese DIS und um diese rituelle Gewalt (IV9, Z. 326-327)
> Also das, was ich in der Kindheit erlebt habe, ist nicht/ (.) daraus entsteht keine DIS. (.) Und [...] man war sich sicher, ich habe eine DIS und man hat aber nicht geschaut, da ist ein Trauma (.) was ist die Diagnose? Sondern man war sich sicher, die Diagnose ist also muss ja mehr Trauma sein (IV9, Z. 336-340)

Aus der Perspektive des Forschungsstands zu Traumafolgestörungen ist diese Entwicklung deshalb bedeutsam, weil Diagnostik hier an Breite verliert. Die rekonstruierten Verläufe lassen erkennen, wie Suchbewegungen nach Erklärung und Orientierung in eine diagnostische Engführung münden können. Das ist für die Analyseergebnisse zentral, weil sich damit ein Prozess beschreiben lässt, in dem vorhandene Belastungen und Symptome immer stärker unter einem spezifischen Interpretationsrahmen gesammelt werden, obwohl der Forschungsstand gerade zu sorgfältiger Differenzierung anhält.

10.6.3 Die Dissoziative Identitätsstörung als Interpretationsrahmen und die Rolle therapeutischer Praktiken

Besonders aufschlussreich ist diese Perspektive dort, wo die ICD-11-Diagnose DIS im Interview- und Dokumentenmaterial ihre Funktion verändert. Sie erscheint dann nicht mehr allein als eine mögliche klinische Einordnung, sondern als umfassender Interpretationsrahmen. Dieser Rahmen betrifft das Selbstverständnis der Patient*innen, die Deutung ihrer Biografie, die Erklärung gegenwärtiger Symptome und den Umgang mit Zweifeln, Inkonsistenzen und fehlendem Wissen.

In Kapitel 6 haben wir darauf hingewiesen, dass die ICD-11-Diagnose DIS in der Forschung und Theoriebildung in mehrfacher Hinsicht kritisiert wird. Offen ist unter anderem, wie Identitätsfragmentierung, subjektiv erlebte Amnesien und Intrusionen begrifflich gefasst werden sollten, wie klar die Diagnose von anderen Störungsbildern abgrenzbar ist und welche Rolle traumatische, soziale, suggestive und therapeutische Einflüsse im Entstehungs- und Aufrechterhaltungsprozess spielen. Diese offene Lage ist für die Interpretation des Interview- und Dokumentenmaterials wichtig. Sie lenkt den Blick auf die Frage, was in den rekonstruierten Behandlungen geschieht, wenn eine fachlich umstrittene Diagnose früh eine hohe Erklärungskraft erhält und in enger Verbindung mit weiteren Annahmen über »Anteile«, abgespaltenes Wissen, »Täterloyalität« und »Programmierung« steht.

> **Frau A, direkt Betroffene:** Aber (.) höchstwahrscheinlich sind auch Anteile (.) da hervorgekommen, die, die es gar nicht geben würde. Also das vermute ich. Und (.) wo genau diese Grenze ist dann mit den Erzählungen von diesen Anteilen (.) was da jetzt die noch wahren Erinnerungen sind und wo die nicht mehr wahr sind (..) das kann ich gar nicht einordnen. (IV1, Z. 1621-1624)
>
> Das sind Anteile [...]. [...] Aber, genau, komisch wurde es dann eben, als er dann diese wie sie wurden halt immer mehr wie Personen. (.) Und nicht mehr nur (.) Persönlichkeitsanteile (IV1, Z. 3257-3259)
>
> [...] wenn es sein Ziel gewesen wäre, dass jetzt mal die Anteile kommen und alle sich da so vorstellen [...] und jetzt haben wir glaube ich den Überblick. Und jetzt schauen wir mal wieder zu Frau A zu kommen (.) aber das ist drei, vier, ja vier Jahre lang nicht passiert. (IV1, Z. 3315-3319)

Im Ergebniskapitel wird sichtbar, dass die DIS in mehreren Verläufen zu einer Rahmung wird, innerhalb derer Nichtwissen, Erinnerungslücken, Widersprüche und Unsicherheiten spezifisch verarbeitet werden. Was Patient*innen nicht erinnern, kann dann als Wissen anderer Anteile gedeutet werden. Zweifel können als Ausdruck von Dissoziation, Abwehr oder »täterloyalen« Anteilen erscheinen. Gegenwärtige Symptome werden auf diese Weise in eine vorgegebene Struktur eingeordnet. Die Annahme verschiedener Persönlichkeitsanteile organisiert damit nicht nur die Diagnostik, sondern zunehmend auch die therapeutische Interaktion und die Selbstbeschreibung der Patient*innen. Kapitel 9 beschreibt diese Rahmung sehr konkret: in der gezielten Suche nach weiteren Anteilen, in der Ausarbeitung eines »Innensystems«, in der Personalisierung einzelner Anteile und in der Interpretation von Zweifeln oder Inkonsistenzen als Ausdruck von Dissoziation, Abwehr oder »Täterloyalität«.

In Kapitel 9 konnten zudem therapeutische Praktiken rekonstruiert werden, die diese Rahmung vertiefen. Dazu gehören die gezielte Suche nach weiteren Anteilen, die fortlaufende Arbeit mit einem »Innensystem«, die Personalisierung einzelner Anteile, die Annahme voneinander getrennter Erinnerungszugänge sowie die Interpretation von Symptomen und Zweifeln im Horizont der DIS. Mit Blick auf Kapitel 6 ist daran besonders relevant, dass die Annahme vollständig voneinander getrennter Persönlichkeitsanteile und Erinnerungsräume empirisch nicht eindeutig abgesichert ist. Die Forschung diskutiert klinisch relevante subjektive Amnesien, bestätigt jedoch keine konsistente Evidenz für strukturell getrennte Gedächtnissysteme (Huntjens et al., 2003; Marsh et al., 2021; Herzog et al., 2025b). Für die Analyseergebnisse heißt das: Die therapeutische Arbeit setzt hier an einer konzeptuell und empirisch umstrittenen Vorstellung an und behandelt sie in mehreren Behandlungsverläufen wie eine gesicherte Ausgangslage.

Diese Perspektive trägt damit zu einer präziseren Einordnung des rekonstruierten Geschehens bei. Die problematische Qualität der Verläufe beginnt nicht erst dort, wo einzelne Grenzverletzungen oder suggestive Praktiken auftreten. Bereits die diagnostische und therapeutische Zentrierung auf die DIS ist zu problematisieren, wenn sie in einer Lage begrenzter Evidenz, offener Fachdebatten und konkurrierender Erklärungsmodelle früh verfestigt wird. Für die im Interview- und Dokumentenmaterial rekonstruierten Prozesse tiefer Immersion ist dies besonders bedeutsam, weil die DIS hier zu einem Interpretationsrahmen wird, der sich auf immer mehr Bereiche von Biografie, Gegenwart und Innenleben ausdehnt.

10.6.4 Social Media, Looping-Effekte und digitale Vergleichsfolien

Der Blick auf Social Media ergänzt diese Einordnung um einen weiteren Aspekt. Kapitel 6 verweist auf einen deutlichen Anstieg DIS-bezogener Inhalte auf Plattformen wie TikTok, YouTube und Instagram und hebt hervor, dass nur ein kleiner Teil dieser Inhalte als evidenzbasierte Aufklärung einzuschätzen ist (Christensen, 2022; Muñoz et

al., 2024). Diskutiert werden dabei vor allem Looping-Effekte, digitale Selbstdiagnosen, nachahmende Symptomdarstellungen, Zugehörigkeitsangebote und algorithmische Verstärkungsmechanismen (Hacking, 1995; Giedinghagen, 2023; Salter et al., 2025).

Für das vorliegende Interview- und Dokumentenmaterial bedeutet dies nicht, dass die Nutzung von Social Media als Hauptursache der rekonstruierten Verläufe zu verstehen wäre. Die zentralen Prozesse der Etablierung und Stabilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation liegen in den untersuchten Behandlungsverläufen im therapeutischen und beraterischen Feld. Gleichwohl verweist Kapitel 9 an mehreren Stellen darauf, dass außertherapeutische Resonanzräume für die Plausibilisierung und Prüfung von Deutungen relevant werden können. Das betrifft sowohl kritische Recherchen und journalistische Berichte als auch digitale Räume, in denen Begriffe, Symptomsprache und Vorstellungsbilder zirkulieren.

Aus der Perspektive des Forschungsstands ist daran vor allem interessant, dass Social Media diagnostische und symptombezogene Vergleichsfolien bereitstellen kann. Digitale Inhalte bieten Begriffe, Bilder und narrative Muster, an denen sich Selbstbeschreibungen orientieren können. Für Personen in Krisen, mit hoher Verunsicherung und dem Wunsch nach Erklärung können solche Angebote attraktiv sein. Kapitel 6 diskutiert dies als Looping-Effekte: Kategorien, Selbstbeschreibungen und Symptomdarstellungen wirken wechselseitig aufeinander ein. Für die Analyseergebnisse ist dieser Gedanke anschlussfähig, weil auch im Interview- und Dokumentenmaterial sichtbar wird, dass Patient*innen therapeutisch verfügbare und diskursiv zirkulierende Begriffe aktiv aufgreifen und zur Beschreibung des eigenen Erlebens verwenden – auch wenn es sich hier nicht nur um digitale Medien handelt.

> **Frau D, direkt Betroffene:** Und und (.) und ich habe natürlich auch all die diese Bücher gelesen, von Person A und (.) und von von anderen Leuten, die DIS haben und so einfach auf der Suche nach Erklärung. Verstehen. Ausweg. (IV4, Z. 250-251)

> **Frau F, Fachperson:** [...] und dann sind meine Patienten auch in der Psychiatrie B (.) und die sind ALLE/ und dann tauschen die immer Telefonnummern aus und haben immer gewhatsappt und da machen sie TikTok-Gruppen und was nicht alles. Und sie machen ja Livechats aus den Isozimmern, aus den Gurten und so gell? So funktioniert Psychiatrie. (IV5, Z. 1281-1285)

Für die rekonstruierten Verläufe liegt der besondere Ertrag dieser Perspektive darin, digitale Räume als zusätzlichen sozialen Resonanzraum mitzudenken. Sie können zur Stabilisierung bereits vorhandener Deutungen beitragen, Vergleichshorizonte bereitstellen und Zugehörigkeit erzeugen. Sie können zugleich auch Distanzierungen unterstützen, etwa wenn kritische Informationen verfügbar werden. Der Blick auf Social Media ergänzt die Analyse damit um jene Ebene, auf der psychische Diagnosen, Selbstdeutungen und Gemeinschaftsangebote gegenwärtig verstärkt öffentlich zirkulieren und auf diese Weise in individuelle Verläufe hineinwirken können. Zusätzlich

ist diese Perspektive von zunehmender Bedeutung. Die hier interviewten Personen gehören alle einer Altersgruppe an, welche nicht als »Digital Natives« bezeichnet werden kann. Sie sind erst im Verlauf ihres Lebens mit digitalen Technologien in Berührung gekommen. Natürlich wirken auch bei diesen Personen bestimmte Empfehlungssysteme in den Algorithmen im Sinne von sogenannten »Rabbit Holes«, allerdings sind solche Effekte bei Jugendlichen sehr viel stärker zu beobachten (vgl. die inflationäre Darstellung von Kurzvideos auf TikTok etc. in Kapitel 6).

10.6.5 Heuristischer Ertrag

Der heuristische Ertrag dieser Perspektive liegt erstens darin, rekonstruierte Behandlungsverläufe in einem Forschungsfeld zu verorten, das für Traumafolgestörungen diagnostische Breite und Differenzierung fordert. Damit wird sichtbar, dass die untersuchten Patient*innen reale und zum Teil schwere Belastungen aufweisen, deren Einordnung verschiedene diagnostische Möglichkeiten eröffnet. Zweitens macht diese Perspektive deutlich, dass die DIS im vorliegenden Zusammenhang nicht als fachlich eindeutig geklärte Diagnose behandelt werden kann. Kapitel 6 verweist auf eine begrenzte Forschungslage, offene Fragen und anhaltende Kontroversen zur Ätiologie, zur klinischen Abgrenzung und zur Bedeutung suggestiver bzw. iatrogener Einflüsse. Diese offene Lage ist für die Analyseergebnisse wichtig, weil sich im Interview- und Dokumentenmaterial Verläufe zeigen, in denen die DIS früh eine hohe Erklärungskraft gewinnt und zu einem umfassenden Interpretationsrahmen ausgebaut wird. Drittens lässt sich aus dieser Perspektive präziser bestimmen, welche Rolle therapeutische Praktiken für die Stabilisierung dieser Rahmung spielen können. Die rekonstruierten Verläufe verweisen auf Behandlungen, in denen die Arbeit mit Anteilen, die Suche nach »abgespaltenem Wissen« und die Interpretation von Zweifeln im Horizont der DIS dazu beitragen, dass sich die Diagnose mit dem Erklärungsmodell wechselseitig stabilisiert. Viertens erweitert der Blick auf Social Media die Einordnung um gegenwärtige digitale Resonanzräume, in denen DIS-bezogene Selbstdeutungen, Symptomsprache und Zugehörigkeitsangebote zirkulieren. Dadurch wird verständlicher, wie diagnostische Kategorien und individuelle Selbstbeschreibungen auch außerhalb therapeutischer Settings Anschluss finden, verstärkt oder verändert werden können.

10.7 Zusammenfassung der Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse aus sechs unterschiedlichen theoretischen Perspektiven zeigt, dass die verschiedenen theoretischen Zugänge in zentralen Befunden der Analyse konvergieren. Gerade darin liegt der Ertrag, unterschiedliche theoretische Bezugssysteme und unterschiedliche Begrifflichkeiten zu betrachten: Die verschiedenen Zugänge setzen an unterschiedlichen Aspekten des rekonstruierten Geschehens an, verdichten aber in der Zusammenschau, was sich bereits im Ergebniskapitel als besonders strukturprägend gezeigt hat. Kapitel 10 bestätigt damit, dass die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe nicht als lose Folge einzelner problematischer Situationen zu verstehen sind. Sichtbar wird ein zusammenhängendes Prozessgeschehen, das durch ein zentrales Erklärungsmodell, durch spezifische therapeutische und beraterische Praktiken, durch asymmetrische Beziehungsdynamiken und durch soziale wie institutionelle Stabilisierung getragen ist.

Ein erster zentraler Befund betrifft den Stellenwert des Erklärungsmodells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation. Die theoretischen Perspektiven zeigen übereinstimmend, dass dieses Modell in den rekonstruierten Verläufen weit mehr als eine einzelne Annahme über zurückliegende Gewalt ist. Es entwickelt sich zu einem umfassenden Interpretationsrahmen, in dem Biografie, Gegenwart, Symptomatik, Beziehungen und Zukunftsperspektiven in einen übergreifenden Zusammenhang gebracht werden. Gerade diese Reichweite wird in Kapitel 10 aus unterschiedlichen Richtungen präzisiert: als totalisierende Deutung, als biografische Umordnung, als Rahmung für Erinnerungs- und Suchbewegungen und als diagnostischer Interpretationsrahmen. Dadurch wird verständlicher, weshalb das Modell in den rekonstruierten Verläufen eine so hohe Erklärungskraft gewinnen konnte und warum es sich auf immer mehr Bereiche des Erlebens und der Lebensführung der Patient*innen ausdehnen konnte.

Ein zweiter zentraler Befund betrifft die Rolle therapeutischer und beraterischer Prozesse. Die Diskussion macht deutlich, dass sich das rekonstruierte Geschehen nicht angemessen beschreiben lässt, wenn das Erklärungsmodell als bloßes Angebot an bereits vorhandene Überzeugungen verstanden wird. Vielmehr zeigen die verschiedenen Perspektiven, wie sehr seine Etablierung und Verfestigung an konkrete professionelle Praktiken gebunden ist: an Suchbewegungen nach verborgenem Geschehen, an diagnostische Engführungen, an die Ausarbeitung von »Anteilen«, an die Interpretation von Zweifeln und Widersprüchen innerhalb des Modells sowie an ein Vorgehen, in dem konkurrierende Erklärungen an Gewicht verlieren. Diese Befunde werden in Kapitel 10 medizinethisch, gedächtnispsychologisch, biografietheoretisch und im Horizont des Forschungsstands zu Traumafolgestörungen jeweils anders gefasst. In der Zusammenschau verweisen sie jedoch auf denselben Zusammenhang: auf Behandlungsverläufe, in denen Offenheit, Mitbestimmung und diagnostische Differenzierung zunehmend zurücktreten und das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation selbst zum organisierenden Zentrum der Behandlung wird.

Ein dritter zentraler Befund betrifft die Beziehungs- und Machtstruktur der rekonstruierten Verläufe. Kapitel 10 zeigt aus mehreren Perspektiven, dass die Prozesse tiefer oder mittlerer Immersion eng mit asymmetrischen Beziehungen verbunden sind, in denen einzelne Therapeut*innen und Berater*innen eine herausgehobene Stellung gewinnen. Diese Stellung beruht auf zugeschriebener besonderer Einsicht, auf Deutungsmacht und auf der Rolle als Schutz- und Orientierungsinstanz in einer als bedrohlich verstandenen Wirklichkeit. Zugleich machen die diskutierten Perspektiven sichtbar, dass diese Autorisierung nicht auf die Dyade zwischen Fachperson und Patient*in begrenzt bleibt. Sie wird durch Expert*innenkreise, Fortbildungszusammenhänge, geteilte Überzeugungen, Exklusivitätsansprüche und Kritikabwehr sozial stabilisiert. Das rekonstruierte Geschehen lässt sich damit weder auf individuelle Interpretationen einzelner Beteiligter noch auf einzelne problematische Praktiken reduzieren. Es zeigt sich als Gefüge, in dem Autorisierung, Abhängigkeit, Binnenwelten und Immunisierung gegen Kritik ineinandergreifen.

Ein vierter zentraler Befund betrifft die Folgen dieser Prozesse. Die Diskussion aus Perspektive von Medizinethik, Behandlungsqualität, Biografietheorie, charismatischer Herrschaft/spirituellem Missbrauch, Gedächtnisforschung und Traumafolgestörungen verweist übereinstimmend darauf, dass die rekonstruierten Verläufe nicht auf Sinnzuschreibungsebene verbleiben. Sie greifen tief in Gesundheit, Selbstdeutung, Beziehungen, Alltagsbewältigung, Autonomie und Teilhabe ein. Die Übernahme des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verändert die Weise, in der Betroffene ihre Vergangenheit und Gegenwart verstehen. Sie kann Selbstwahrnehmung verunsichern, soziale Beziehungen umbauen und die therapeutische Beziehung zur zentralen Instanz von Wahrheit und Orientierung machen. Auch die spätere Revision erscheint vor diesem Hintergrund folgerichtig als besonders schwierig. Sie betrifft nicht nur einzelne Annahmen, sondern eine über längere Zeit wirksam gewordene Ordnung des eigenen Lebens. Gerade deshalb rekonstruiert Kapitel 9 Ablösungsprozesse wiederholt als krisenhaft, konfliktbeladen und mit erheblichen biografischen Kosten verbunden.

In der Zusammenschau zeigt Kapitel 10 damit, welche Kernstruktur den rekonstruierten Verläufen zugrunde liegt. Im Zentrum steht ein Erklärungsmodell, das in Situationen von Belastung und Orientierungsbedarf hohe Plausibilität gewinnen kann, durch therapeutische und beraterische Praktiken weiter ausgestaltet wird, sich in asymmetrischen Beziehungen und affirmativen Fachkontexten stabilisiert und weitreichende Folgen für Biografie, Selbstbestimmung und Teilhabe entfaltet. Die verschiedenen theoretischen Perspektiven liefern dafür unterschiedliche Begriffe. In ihrer Verbindung schärfen sie den Blick auf dieselben zentralen Prozesse und tragen dazu bei, das Bedingungsgefüge, die konkrete Prozessdynamik und die Folgen der rekonstruierten Verläufe genauer zu bestimmen.

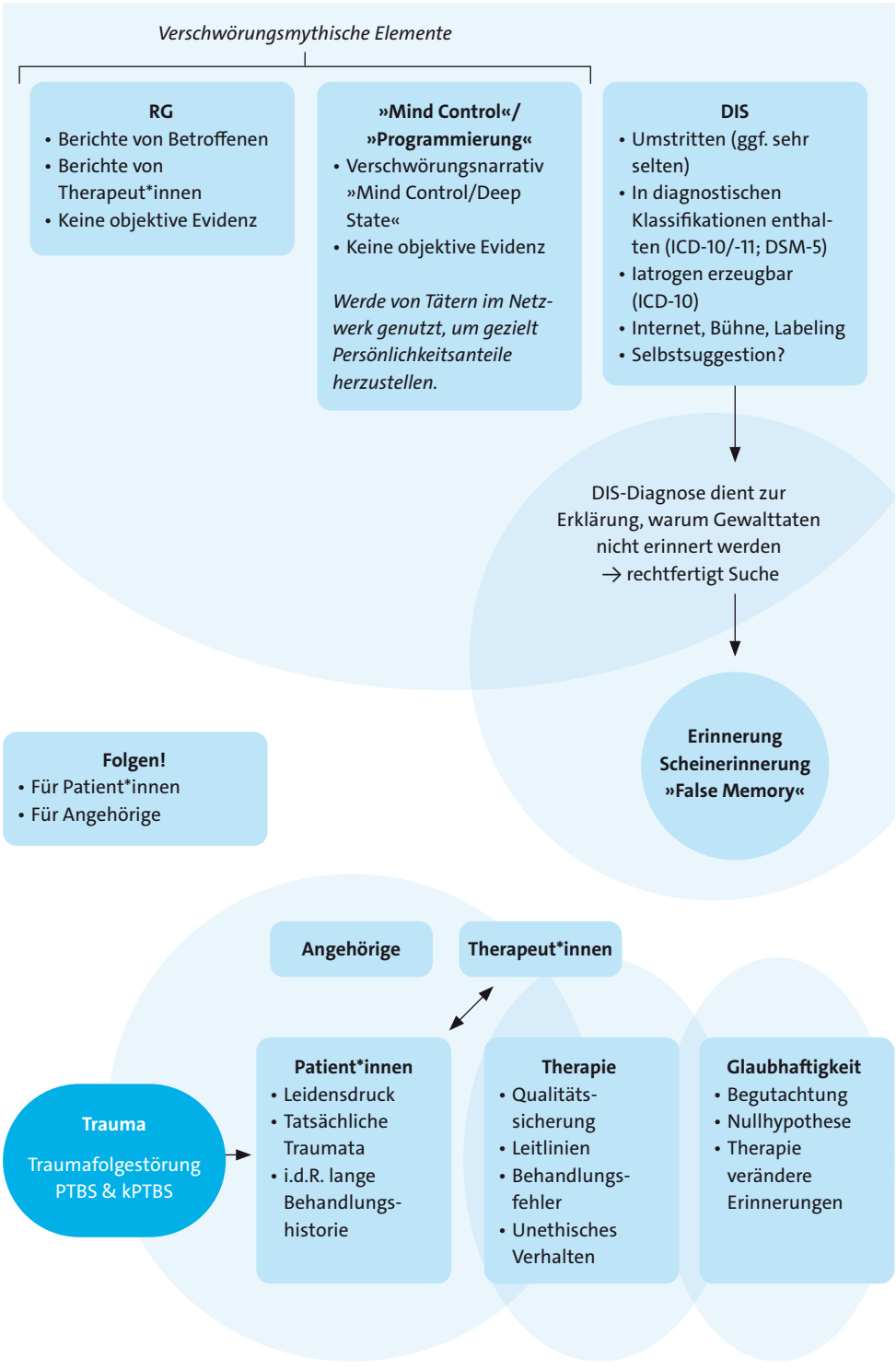
11 Diskurs, Aufarbeitung und gesellschaftliche Einordnung

Nach der Darstellung der Analyseergebnisse aus den Interviews und Dokumenten in Kapitel 9 und ihrer theoretischen Einordnung und Diskussion werden die Ergebnisse im Folgenden in breitere fachliche, gesellschaftliche und institutionelle Debatten eingeordnet. Ziel dieses Kapitels ist es also, den Stellenwert der vorliegenden Analysen und Befunde für generelle Debatten um Gewalt, Trauma, Anerkennung, Aufarbeitung und professionelle Verantwortung herauszuarbeiten. Im Zentrum steht dabei die Frage, welche Konfliktlinien durch die Studie berührt werden und welchen Beitrag ihre Ergebnisse zu deren Einordnung leisten können.

Die Studie berührt mehrere miteinander verflochtene, aber analytisch unterscheidbare Auseinandersetzungen: die polarisierte Kontroverse um »rituelle Gewalt«, Debatten um Anerkennung von Leid und Unrecht, um Glaubhaftigkeit und epistemische Ungerechtigkeit, um Betroffenenwissen und Betroffenenbeteiligung, um Aufarbeitung und staatliche Verantwortung sowie um Vulnerabilität, Vulneranz und institutionelle Gewalt. Diese Auseinandersetzungen überschneiden sich vielfach, sind jedoch durch unterschiedliche fachliche Logiken strukturiert, wie beispielsweise jene der Psychotherapie, wissenschaftlichen Forschung, des Strafverfahrens, insbesondere der Glaubhaftigkeit, der Betroffenenbeteiligung sowie der Aufarbeitungsprozesse.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vorliegende Studie einen spezifischen Ausschnitt des Phänomenbereichs von Gewalterfahrungen untersucht. Im Zentrum stehen Personen, die zeitweise davon überzeugt waren, Betroffene »ritueller Gewalt« gewesen zu sein, deren Angehörige sowie Fachpersonen, die therapeutisch in dem Feld tätig sind oder tätig waren, und eine Person mit Erfahrung in einem Betroffenenrat. Die Untersuchung zielt auf die Rekonstruktion von Therapie- und Beratungsverläufen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt«. Die Ergebnisse aus Kapitel 9 lassen, auch im Zusammenhang mit der theoretischen Rahmung in Kapitel 2 und ihrer Diskussion in Kapitel 10, erkennen, dass die damit verbundenen Konflikte über den konkreten Untersuchungsgegenstand hinausreichen. Die Polarisierung um »rituelle Gewalt« berührt grundlegende Fragen des gesellschaftlichen Umgangs mit traumatischen Gewalterfahrungen, mit Betroffenenberichten, mit therapeutischer Autorität, mit öffentlicher Glaubwürdigkeitszuschreibung und mit institutioneller Verantwortung.

ABBILDUNG 9 Das Konfliktfeld »rituelle Gewalt«, seine Bezüge und Wirkungen



11.1 Das Konfliktfeld »rituelle Gewalt«: Existenzfrage, Anerkennung und Schutzperspektiven

Die Auseinandersetzung um »rituelle Gewalt« bildet ein polarisiertes Konfliktfeld, in dem Psychotraumatologie, psychosoziale Versorgung, Opferhilfe, Forschung, öffentliche Debatten und Aufarbeitung miteinander verschränkt sind. Sie vollzieht sich auch in medialen und digitalen Resonanzräumen, in denen Begriffe und Deutungsmuster zirkulieren und für Selbstdeutungen, Hilfesuche und fachliche Positionierungen anschlussfähig werden können. In ihr treffen schwer überprüfbare Gewaltberichte auf Anforderungen an Anerkennung, Glaubhaftigkeit, therapeutische Verantwortung, wissenschaftliche Evidenz und institutionellen Umgang mit Betroffenen. Die Kontroverse beschränkt sich folglich nicht auf eine isolierte Fachdebatte. Sie berührt die grundlegende Verständigung darüber, wie Gesellschaft, Wissenschaft und professionelle Praxis mit Berichten über schwere Gewalt, traumabezogene Erinnerung, therapeutische Interpretationsmacht und epistemische Unsicherheit umgehen (Fegert, 2022; Fegert & Urbaniok, 2024; Gerke et al., 2023; Kavemann et al., 2022a).

Für die Polarisierung besonders bedeutsam ist das Narrativ »Rituelle Gewalt«. Es verbindet Betroffenenberichte von Gewalt mit Annahmen über organisierte Täternetzwerke, ideologische Rahmungen, systematische Kontrolle, gezielt herbeigeführte Dissoziation und Persönlichkeitsspaltung sowie andauernde Gewalterfahrungen. Das Narrativ wird im Fachdiskurs und in der Öffentlichkeit zumeist und ganz primär über die Frage nach seiner Existenz und als Glaubensfrage verhandelt. Gerade dadurch entsteht sofort eine Polarisierung in diejenigen, die an »rituelle Gewalt« glauben und diejenigen, die dies nicht tun. Dadurch werden empirische Sachverhalte, Anerkennungsansprüche und professionelle Haltungen eng miteinander verknüpft. Wer die Anerkennung entsprechender Betroffenenberichte betont, kann aus kritischer Perspektive als zu wenig prüfend erscheinen. Wer empirische, gedächtnispsychologische oder professionsethische Einwände formuliert, kann als relativierend oder delegitimierend wahrgenommen werden. Gerade diese Gleichsetzung von fachlicher Positionierung mit anerkennender oder delegitimierender Haltung erschwert eine differenzierte Verständigung (Fachkreis, 2018; Fliß & Igney, 2020b; Huber, 2010, 2023; Fegert & Urbaniok, 2024; Mokros et al., 2024).

Die Polarisierung wird durch die Mehrdeutigkeit des Begriffs verstärkt. »Rituelle Gewalt« kann zugleich unterschiedliche Referenzebenen aufrufen: organisierte sexualisierte Gewalt, religiöse oder ideologische Rahmungen, ritualisierte Tatkomponenten und ein umfassendes Narrativ über verborgene Täternetzwerke, »Mind Control«, »Programmierung« und Amnesien. Diese semantische Integration verschiedener Bedeutungsebenen zusammen mit einer begrifflichen Heterogenität erschweren die Verständigung enorm (vgl. 11.2; Fachkreis, 2018; Gerke et al., 2023; Fegert & Urbaniok, 2024).

Diese Mehrdeutigkeit betrifft auch die Ebene persönlicher Selbstbeschreibung. Der Begriff »rituelle Gewalt« kann von einzelnen Betroffenen als Bezeichnung für die eigene Gewalterfahrung verwendet werden, der als subjektiv passend wahrgenommen wird und eine Sprache für die eigene Gewalterfahrungen bereitstellt. Diese wichtige Verwendung als persönliche Selbstzuordnung ist analytisch von fachlichen Definitionsversuchen, von empirisch prüfbaren Tatmerkmalen und vom umfassenden Narrativ »Rituelle Gewalt« zu unterscheiden. Darauf verweisen auch die Befunde von Gerke et al. (2024a): Die Zustimmung zu der Frage, ob »rituelle Gewalt« erlebt wurde, deckte sich nicht mit dem Vorliegen der Definitionskriterien, was zeigt, dass Personen ihre Erfahrung als »rituelle Gewalt« bezeichnen, jedoch etwas anderes erlebt haben, als nach der Definition darunter verstanden wird (vgl. Kapitel 2). Gerade darin zeigt sich eine zentrale Ambiguität des Begriffs »rituelle Gewalt«, der für Betroffene eine Selbstbeschreibung sein kann, mit der bestimmte Gewalterfahrungen sagbar werden. Für die Analyse konkreter Tatgeschehen kann er auf rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente verweisen, die als Täterstrategien eingesetzt werden können. Im fachlichen und öffentlichen Diskurs kann derselbe Begriff das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« aufrufen. Die Konflikthaftigkeit des Feldes entsteht wesentlich daraus, dass diese Funktionen häufig in einem einzigen Ausdruck zusammenfallen.

Im Konfliktfeld nimmt die affirmative Position ihren Ausgangspunkt bei Berichten von Personen, die sich als Betroffene »ritueller Gewalt« verstehen, sowie bei Erfahrungen aus Beratung, Therapie, Selbsthilfe und spezialisierten Hilfestrukturen. Sie betont Schutz, Anerkennung und die Notwendigkeit, Berichte über als exzeptionell, beispielsweise besonders manipulativ, erlebte Gewalt nicht abzuwehren. Vor dem Hintergrund historischer Anerkennungsdefizite im Umgang mit sexualisierter Gewalt versteht sie die Bereitschaft zuzuhören als zentrale professionelle und gesellschaftliche Aufgabe. Empirisch stützt sie sich vor allem auf explorative Studien, Anhörungen und Befragungen, deren Bedeutung vorwiegend in der Sichtbarmachung von Belastungen, Versorgungsbedarfen und Deutungsmustern liegt (Nick et al., 2018; Behrendt et al., 2020; UKASK, 2021, 2023a, 2025a; UBSKM, 2021; Fegert, 2022; Kavemann et al., 2019).

Die kritische Position setzt an begrifflichen, empirischen, gedächtnispsychologischen und professionsethischen Fragen an. Sie richtet sich nicht gegen die Anerkennung sexualisierter Gewalt, organisierter Täterschaft oder schwerer Traumafolgen, sondern gegen die weiterreichenden Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt«, für die bislang keine belastbaren kriminalistischen oder anderen empirischen Nachweise vorliegen. Kritische Beiträge betonen daher epistemische Zurückhaltung, Transparenz über Unsicherheiten und die Unterscheidung zwischen subjektivem Erleben, therapeutischer Hypothese und empirisch überprüfbarer Annahme (Mokros et al., 2024; Fegert & Urbaniok, 2024; Herzog et al., 2025a, 2025b; Schemmel & Volbert, 2021; Schemmel et al., 2024).

Der Schutz Betroffener ist Bestandteil beider Positionen. Die affirmative Position will Betroffene vor organisierten Tätergruppen, aber auch vor dem Unglauben von Fachkräften und der Öffentlichkeit, vor der Bagatellisierung und erneuter Beschämung

schützen. Die kritische Position will Betroffene vor suggestiven Prozessen, Behandlungsfehlern, biografischer Verfestigung empirisch nicht hinreichend abgesicherter Deutungen und möglichen Falschbeschuldigungen schützen. Diese Schutzperspektiven stehen im Diskurs häufig gegeneinander. Analytisch lassen sie sich als unterschiedliche Risikoperspektiven verstehen: auf der einen Seite das Risiko von Nichtanerkennung, Bagatellisierung und fehlender Unterstützung, auf der anderen Seite das Risiko suggestiver Prozesse und der Verfestigung empirisch nicht hinreichend abgesicherter Interpretationen (Fegert, 2022; Fegert & Urbaniok, 2024; Kavemann et al., 2022a; Schemmel & Volbert, 2021; Schemmel et al., 2024).

Für Therapie und Beratung ist diese Konstellation besonders folgenreich. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« kann disparate Symptome, biografische Brüche, Erinnerungslücken, Angst, Dissoziation und Beziehungsschwierigkeiten in einen zusammenhängenden Sinnzusammenhang stellen. Gerade diese ordnende Funktion erklärt seine Anschlussfähigkeit. Zugleich kann es therapeutische Perspektiven verengen, wenn Symptome vorrangig als Hinweise auf verborgene Gewalt, Täterkontakt oder Persönlichkeitsanteile gelesen werden und alternative Deutungen an Bedeutung verlieren (Fliß & Igney, 2020b; Huber, 2010, 2023; Schemmel & Volbert, 2021; Fegert & Urbaniok, 2024).

Die vorliegende Studie geht von diesem Konfliktfeld aus und nimmt es zugleich mit Bezug auf das erhobene Interview- und Dokumentenmaterial analytisch in den Blick. Wir rekonstruieren, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in konkreten Therapie- und Beratungsverläufen plausibilisiert, stabilisiert, handlungsleitend und revidiert werden kann. Damit rückt nicht die Entscheidung der Existenzfrage in den Mittelpunkt, sondern die praktische Wirksamkeit eines diskursiven Deutungsrahmens in professionellen Beziehungen, biografischen Selbstdeutungen und institutionellen Bezügen. Für die weitere gesellschaftliche Einordnung ist daran besonders bedeutsam, dass eine anerkennende Haltung gegenüber Leid und Unterstützungsbedarf mit kritischer Prüfung, empirischer Sorgfalt und epistemischer Zurückhaltung vereinbar ist (vgl. Kapitel 9 und 10; Fegert & Urbaniok, 2024; Kavemann et al., 2022a).

11.2 Begriffliche Klärung: sexualisierte Gewalt, spiritueller Missbrauch, rituelle Tatkomponenten und das Narrativ »Rituelle Gewalt«

Die in Kapitel 2 dargestellte Mehrdeutigkeit des Begriffs »rituelle Gewalt« macht eine begriffliche Differenzierung erforderlich. Der Begriff wird zur Beschreibung unterschiedlicher Phänomenbereiche verwendet. Er kann schwere organisierte sexualisierte Gewalt bezeichnen, Gewalt mit religiöser, weltanschaulicher oder ideologischer Rahmung,

sakral oder symbolisch aufgeladene Tatmittel, extremistische Onlinenetzwerke sowie einen umfassenden Deutungsrahmen über verborgene Täternetzwerke, »Mind Control«, »Programmierung«, gezielte Persönlichkeitsspaltung, fortbestehenden Täterkontakt und vollständige Amnesien. In öffentlich-medialen und digitalen Kommunikationsräumen können zusätzlich periphere Anschlussmotive hinzutreten, etwa QAnon-, Pizzagate-, Deep-State- oder Adrenochrom-Erzählungen. Diese Motive können einzelne Elemente des Narrativs mit Vorstellungen geheimer Eliten, satanisch motivierter Gewalt und einem großen Kindersexhandelsring verbinden. Diese Bedeutungsebenen berühren einander, gehen jedoch analytisch nicht ineinander auf.

Die begriffliche Klärung setzt an einem heterogenen Gegenstandsbereich an: Sexualisierte Gewalt, Machtmissbrauch und ideologisch, religiös oder symbolisch gerahmte Gewalt werden in unterschiedlichen sozialen und institutionellen Kontexten berichtet, wie beispielsweise in Familien, in organisierten Tätergruppen, in kommerziellen Ausbeutungszusammenhängen, in religiösen und weltanschaulichen Gemeinschaften sowie in medizinischen oder anderen institutionellen Settings. In Berichten Betroffener zu »ritueller Gewalt« werden entsprechend auch verschiedene ideologische Rahmungen genannt, unter anderem rechtsextreme, satanistische, religiöse, esoterisch-schamanistische, freimaurerische, Stasi/DDR-assoziierte und medizinisch-wissenschaftliche Bezüge (UKASK, 2025a, 2021). Kirchliche Kontexte bilden innerhalb dieses Gegenstandsbereichs einen besonders gut untersuchten institutionellen Zusammenhang, in dem sich das Verhältnis von sexualisierter Gewalt, religiöser Autorität, spirituellem Missbrauch und sakralen Tatkomponenten exemplarisch begrifflich präzisieren lässt.

Für die weitere Einordnung sind vier Ebenen zu unterscheiden: sexualisierte Gewalt als empirisch belegte Gewaltform, geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch als Form religiös gerahmten Macht- und Autonomiemissbrauchs, rituelle oder sakrale Täterstrategien und Tatkomponenten sowie das Narrativ »Rituelle Gewalt« als übergreifender Deutungsrahmen. Diese Differenzierung dient dazu, empirisch belegte Gewalt, Täterstrategien, symbolisch aufgeladene Tatmittel und weiterreichende Deutungen voneinander abzugrenzen.

11.2.1 Sexualisierte Gewalt in institutionellen und kirchlichen Kontexten

Die Häufigkeit sexualisierte Gewalt an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist für unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche weltweit und auch in Deutschland empirisch gut dokumentiert (Dreßing et al., 2025; Witt et al., 2019; Witt et al., 2020). Sie findet beispielsweise in familiären, pädagogischen, religiösen, therapeutischen und digitalen Kontexten statt. In Institutionen ist sie häufig mit asymmetrischen Macht-, Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnissen verbunden. Täter*innen nutzen Zugangsmöglichkeiten, Autoritätspositionen, emotionale Bindungen und institutionelle Schutz-

räume, um Grenzverletzungen anzubahnen, Betroffene zu isolieren oder Schweigen herzustellen. Institutionelle Reaktionen können solche Tatgelegenheiten begrenzen oder verstärken. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit Hinweisen, Beschuldigungen, Zuständigkeiten, Sanktionen und Verantwortungsübernahme.

Sowohl für die katholische als auch die evangelische Kirche ebenso wie geistliche und spirituelle Gemeinschaften liegen inzwischen zahlreiche Aufarbeitungsstudien und Fallanalysen vor. Untersuchungen im Kontext der katholischen Kirche zu Bistümern, Orden, Schulen, Internaten, Heimen und Gemeinden haben gezeigt, dass sexualisierte Gewalt durch Kleriker und andere kirchliche Akteure über Jahrzehnte hinweg in unterschiedlichen seelsorglich-pastoralen, pädagogischen und institutionellen Kontexten stattfand (Dreßing et al., 2018; Frings et al., 2022). Die Tatkonstellationen reichen von Gemeinden, Internaten, Heimen und Schulen bis zu seelsorglichen Beziehungen, Beichte, geistlicher Begleitung und anderen Vertrauensräumen. In den Studien wird sexualisierte Gewalt ausdrücklich auch als Machtmissbrauch in asymmetrischen Beziehungen beschrieben und auf institutionelle Reaktionen verwiesen, die Betroffene häufig nicht ausreichend schützten (Frings et al., 2022). Untersuchungen im Kontext der evangelischen Kirche nehmen neben diakonischen Einrichtungen und Heimerziehung auch Gemeinden, Kindertagesstätten, Jugendarbeit, Diakonie und das evangelische Pfarrhaus als Orte sexualisierter Gewalt in den Blick (Forschungsverbund ForuM, 2024). Kowalski (2018) untersucht in ihrer Fallanalyse sexualisierte Gewalt im Kontext der katholischen und evangelischen Kirche auf der Grundlage vertraulicher Anhörungen und schriftlicher Berichte. Sie arbeitet heraus, dass kirchliche Autoritätspersonen in besonderer Weise für Vertrauens-, Autoritäts- und Abhängigkeitsverhältnisse stehen und dass der Missbrauch dieser Beziehung für Betroffene mit einem tiefgreifenden Vertrauensverlust gegenüber der Institution Kirche verbunden sein kann (Kowalski, 2018). Die kirchlichen Kontexte unterscheiden sich in ihren institutionellen, theologischen und professionellen Strukturen. Für die katholische Kirche sind sakramentale Ordnung, priesterliche Amtsautorität, Beichte, Weiheverständnis, klerikale Hierarchien und kirchenrechtliche Zuständigkeiten bedeutsam. Für evangelische Kontexte verweisen Studienergebnisse unter anderem auf Pfarrhaus, Pfarrfamilie, Seelsorge, Gemeinde- und Jugendarbeit, Verantwortungsdiffusion, informelle Netzwerke, ein Selbstbild der Progressivität sowie spezifische Umgangsweisen mit Schuld, Vergebung und pastoraler Moralisierung (Kowalski, 2018; Forschungsverbund ForuM, 2024). Gemeinsam ist diesen Kontexten, dass religiöse Deutungen, institutionelle Loyalitäten und professionelle Näheverhältnisse für die Ermöglichung, Verdeckung oder nachträgliche Bearbeitung sexualisierter Gewalt relevant werden können.

Für die begriffliche Klärung ergibt sich daraus ein erster Ausgangspunkt. Kirchliche Kontexte bilden einen gut untersuchten Bereich, in dem sexualisierte Gewalt mit religiösen, spirituellen, institutionellen und teilweise sakral gerahmten Bezügen dokumentiert ist. Hieran lässt sich nachvollziehen, weshalb der Begriff »rituelle Gewalt« als analytische Kategorie problematisch ist. Einzelne Merkmale, die im Diskurs um »rituelle Gewalt«

mit diesem Begriff verbunden werden, können in kirchlichen Tatkonstellationen berührt sein, etwa wiederholte Tatmuster, mehrere beteiligte Akteur*innen, institutionelle Verdeckungszusammenhänge, religiöse Rechtfertigungen von Gewalt oder ritualisierte Handlungselemente. Der Begriff bündelt jedoch solche empirisch beschreibbaren Aspekte mit weiterreichenden Deutungen. In seiner Verwendung werden regelmäßig auch Bedeutungen aufgerufen, die auf das Narrativ »Rituelle Gewalt« verweisen, etwa Annahmen über geheime Gewaltstrukturen, »Mind Control«, »Programmierung« und Amnesien. Für die weitere Analyse ist daher eine Terminologie erforderlich, die ermöglicht, diese Ebenen zu unterscheiden: sexualisierte Gewalt in institutionellen Kontexten, spiritueller Missbrauch, rituelle oder sakrale Tatkomponenten und das Narrativ »Rituelle Gewalt« als Deutungsrahmen.

11.2.2 Geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch

Eine zweite Ebene betrifft den Missbrauch religiöser oder spiritueller Autorität. Der Begriff geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch ist für die begriffliche Klärung hilfreich, weil er eine Form von Machtmissbrauch bezeichnet, die im Diskurs um »rituelle Gewalt« häufig mit sexualisierter Gewalt, religiöser Symbolik und rituellen Tatkomponenten vermischt wird. Sein analytischer Fokus liegt auf der Einschränkung von Autonomie, Gewissen, Selbstdeutung und Handlungsfreiheit durch den missbräuchlichen Einsatz religiöser oder spiritueller Deutungsmacht.

Geistlicher Missbrauch kann als Missbrauch geistlicher Autorität verstanden werden. Gemeint ist ein manipulativer Umgang mit Schrift, Tradition, Spiritualität, geistlicher Rolle oder religiöser Praxis, durch den Personen auf einen vermeintlich einzig richtigen Weg des Glaubens verpflichtet werden (Deutsche Bischofskonferenz, 2023). Zentral ist dabei die Verletzung spiritueller Autonomie. Sie betrifft die Fähigkeit und das Recht, das eigene religiöse Leben, Gewissen und Selbstverständnis ohne Zwang, Manipulation oder Vereinnahmung zu gestalten. Könemann (2025) erweitert diese Bestimmung um eine systemische Perspektive: Geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch ist demnach nicht allein als individuelles Fehlverhalten einzelner Autoritätspersonen zu verstehen, sondern auch im Zusammenhang von Gemeinschaftsstrukturen, theologischen Deutungsmustern, Leitungsformen und kirchlichen Anerkennungsverhältnissen zu analysieren (Könemann, 2023, 2025).

Für eine begriffliche Differenzierung ist diese Kategorie vor allem aus zwei Gründen relevant. Erstens macht sie deutlich, dass religiöse oder spirituelle Bezüge nicht erst dort bedeutsam werden, wo konkrete Rituale, sakrale Gegenstände oder symbolisch aufgeladene Handlungen in eine Gewalttat einbezogen sind. Religiöse und andere spirituelle Deutung kann bereits als Machtressource wirken: durch exklusive Wahrheitsansprüche, Gehorsamsforderungen, Kontaktkontrolle, Abwertung von Kritik, religiöse Überhöhung von Leitungspersonen, Schuldzuschreibungen oder die Bindung an bestimmte Formen

geistlicher Begleitung. Zweitens erlaubt der Begriff, solche Macht- und Abhängigkeitsdynamiken präziser zu benennen, ohne sie als »rituelle Gewalt« zu bezeichnen.

Spiritueller Missbrauch ist von zwei benachbarten Ebenen unterscheidbar. Von sexualisierter Gewalt unterscheidet er sich dadurch, dass er auch ohne sexuelle Grenzverletzungen auftreten kann. In sexualisierten Gewaltkonstellationen kann er jedoch eine vorbereitende, legitimierende, verdeckende oder nachträglich deutende Funktion übernehmen. Von rituellen oder sakralen Tatkomponenten unterscheidet er sich dadurch, dass sein Kern nicht in einem bestimmten Symbol, Ritual oder Handlungsablauf liegt, sondern im missbräuchlichen Einsatz religiöser bzw. spiritueller Autorität und Deutungshoheit. Ein Gebet, eine Beichte, eine Segenshandlung oder eine religiöse Rede kann Teil einer Tatkomponente sein. Spiritueller Missbrauch bezeichnet demgegenüber die Machtbeziehung, in der solche Elemente eingesetzt, eingebettet und für Kontrolle oder Bindung nutzbar gemacht werden.

Für die begriffliche Einordnung folgt daraus: Spiritueller Missbrauch bezeichnet eine eigenständige Form religiös oder spirituell gerahmten Machtmissbrauchs, die mit sexualisierter Gewalt und mit rituellen oder sakralen Tatkomponenten zusammentreffen kann – aber nicht muss. Gerade dadurch trägt der Begriff zur Präzisierung bei. Er macht sichtbar, wann religiöse Autorität als Täterstrategie oder institutionelle Machtressource wirkt, ohne die damit verbundenen Konstellationen vorschnell in das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« einzuordnen.

11.2.3 Rituelle und sakrale Tatkomponenten

Eine dritte Ebene betrifft rituelle oder sakrale Tatkomponenten. Gemeint sind religiöse Symbole, Räume, Rollen, Praktiken, Sprachformen oder ritualisierte Handlungsabläufe, die in eine Gewalthandlung einbezogen werden. Während spiritueller Missbrauch die Machtbeziehung beschreibt, in der religiöse oder spirituelle Deutungshoheit missbräuchlich eingesetzt wird, richtet sich der Blick hier auf konkrete Elemente der Tatgestaltung. Dazu können Beichte, Gebet, Segenshandlungen, Exorzismus, liturgische Elemente, Kreuze, Rosenkränze, Altäre, Heiligenbilder, priesterliche Kleidung oder sakrale Räume gehören. Auch seelsorgliche Settings, Predigt oder religiöse Deutungen von Schuld, Heilung, Reinheit, Befreiung und Vergebung können in Gewalthandlungen einbezogen werden und deren Bedeutung für Betroffene prägen.

Der in Kapitel 4 diskutierte Ritualbegriff kann die Unschärfe des Ausdrucks »rituelle Gewalt« nicht beheben. Sozialwissenschaftlich ist »Ritual« so weit gefasst, dass darunter sehr unterschiedliche wiederholte, formalisierte oder symbolisch gerahmte Handlungen fallen können. Damit bliebe offen, worin die Besonderheit der jeweiligen Gewaltkonstellation liegt. Analytisch tragfähiger ist es, die konkreten Elemente eines Tatgeschehens zu benennen: z. B. sakrale Räume, spirituelle Praktiken, symbolische Gegenstände, ritualisierte Abläufe. Der Exkurs 4.7 schärft diese Differenzierung weiter. Für rituell oder

sakral gerahmte Tatgeschehen ist zu unterscheiden, ob bestehende Riten, Rituale oder religiöse Praktiken im Missbrauchskontext umgedeutet und funktionalisiert werden oder ob eigens für den Missbrauch ein Ritual geschaffen wird. Für Analyse, Therapie, Aufarbeitung und Forschung ist möglichst konkret zu benennen, welche Räume, Rollen, Handlungen, Symbole, Sprachformen und transzendenten Bezüge eingesetzt bzw. hergestellt wurden und welche Funktion sie im Tatgeschehen hatten.

Rituelle oder sakrale Tatkomponenten beschreiben eine Ebene der Ausführung, Rahmung und Bedeutungsaufladung von Gewalt. In konkreten Gewaltkonstellationen können sie zugleich als Täterstrategien wirken. Sie können Machtansprüche inszenieren, Gewalt ideologisch oder sakral rationalisieren, Gehorsam und Schweigen einfordern, Angst erzeugen, Schuld binden und Abhängigkeit vertiefen. Eine sexualisierte Gewalthandlung kann etwa in einem sakralen Raum stattfinden, mit religiösen Symbolen verbunden sein oder durch Beichte, Gebet, Segnung, Exorzismus oder andere ritualisierte Handlungen gerahmt werden. Damit ist beschrieben, wie Gewalt ausgeübt, legitimiert, verschleiert oder für Betroffene mit besonderer Bedeutung aufgeladen wird. Solche Tatkomponenten oder Täterstrategien begründen für sich genommen keine Einordnung in das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt«.

In kirchlichen und religiösen Kontexten ist diese Differenzierung besonders wichtig, weil Rituale, Symbole, Ämter, Räume und Sprachformen bereits Teil der institutionellen Ordnung sind. Werden sie in Gewalthandlungen einbezogen, kann dies für Betroffene eine zusätzliche Dimension der Verletzung erzeugen. Neben körperlichen, psychischen und sozialen Grenzen können auch religiöse Vertrauensräume beschädigt werden. Die Verletzung betrifft dann nicht nur das, was getan wurde, sondern auch den Bedeutungszusammenhang, in dem die Tat geschah.

Die Bezeichnung als rituelle oder sakrale Tatkomponente oder Täterstrategie erlaubt es, solche Zusammenhänge präzise zu benennen. Sie ordnet religiöse, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente ihrer jeweiligen Funktion im Tatgeschehen zu: als Mittel der Rahmung, Einschüchterung, Legitimation, Geheimhaltung, Bindung oder Bedeutungsaufladung. Gerade darin liegt ihr begrifflicher Nutzen. Sie beschreibt empirisch näher bestimmbare Elemente einer Tat und grenzt sie gegenüber organisierter sexualisierter Gewalt, spirituellem Missbrauch, ideologischer Gewaltstruktur und dem Narrativ »Rituelle Gewalt« als umfassendem Deutungsrahmen ab. Für die begriffliche Ordnung des Feldes folgt daraus: Rituelle oder sakrale Tatkomponenten können mit sexualisierter Gewalt und spirituellem Missbrauch zusammentreffen, gehen aber in keinem der beiden Begriffe auf.

11.2.4 Begriffliche Konsequenzen

Aus der vorangegangenen Differenzierung ergibt sich ein abgestufter Sprachgebrauch. Sexualisierte Gewalt bezeichnet Verletzungen der sexuellen Selbstbestimmung und

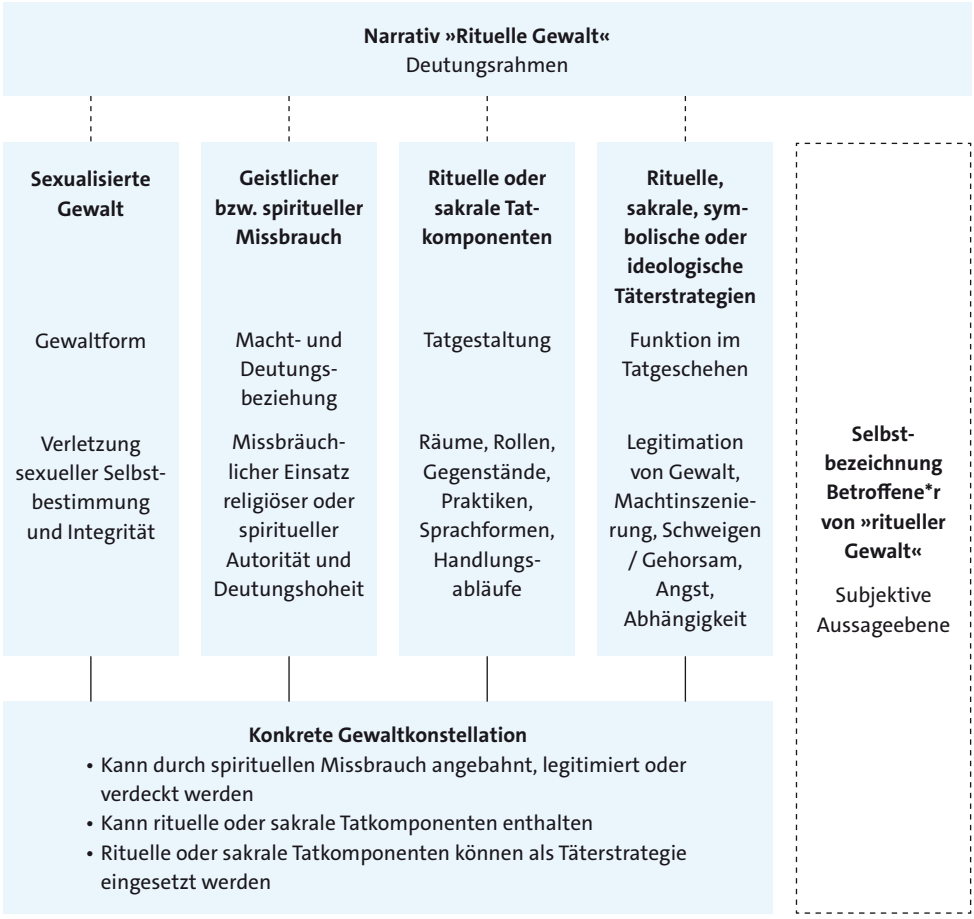
Integrität. Sie kann in unterschiedlichen sozialen Kontexten auftreten und ist in institutionellen Zusammenhängen häufig mit asymmetrischen Macht-, Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnissen verbunden. Der Begriff erfasst die Gewalthandlung selbst sowie ihre Einbettung in institutionelle, familiäre, pädagogische, therapeutische, religiöse oder andere soziale Kontexte. Geistlicher bzw. spiritueller Missbrauch bezeichnet demgegenüber den missbräuchlichen Einsatz religiöser oder spiritueller Autorität und Deutungshoheit, durch den Autonomie, Gewissen, Selbstdeutung und Handlungsfreiheit eingeschränkt werden. Rituelle oder sakrale Tatkomponenten bezeichnen Aspekte der Ausführung, also z. B. Räume, Rollen, Gegenstände, Praktiken, Sprachformen oder Handlungsabläufe, die in eine Gewalthandlung einbezogen werden. Zu unterscheiden sind die Gewaltform, die Machtbeziehung, die Tatgestaltung, die Funktion einzelner Elemente im Tatgeschehen, die Selbstbeschreibung Betroffener und das Narrativ »Rituelle Gewalt« als umfassender diskursiver Deutungsrahmen.

Diese Begriffe ordnen unterschiedliche Ebenen. Sexualisierte Gewalt benennt eine Gewaltform. Spiritueller Missbrauch benennt eine Macht- und Deutungsbeziehung. Rituelle oder sakrale Tatkomponenten benennen konkrete Elemente der Ausführung, Rahmung und Bedeutungsaufladung. Rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Täterstrategien beschreiben die funktionale Nutzung solcher Elemente im Tatgeschehen, etwa zur Legitimation von Gewalt, zur Inszenierung von Macht, zur Sicherung von Schweigen und Gehorsam, zur Erzeugung von Angst oder zur Vertiefung von Abhängigkeit. In konkreten Gewaltkonstellationen können diese Ebenen zusammentreffen: Eine sexualisierte Gewalthandlung kann durch spirituellen Missbrauch angebahnt, legitimiert oder verdeckt werden und zugleich rituelle oder sakrale Tatkomponenten enthalten. Die Differenzierung trennt Gewaltform, Machtbeziehung, Tatgestaltung, Täterstrategie und Deutungsrahmen. Die Selbstbezeichnung als Betroffene*r »ritueller Gewalt« bildet daneben eine eigene Aussageebene. Sie verweist auf die Art, wie Personen eine subjektive Erfahrung sprachlich fassen, und ist von der analytischen Einordnung der Tat-, Macht- und Deutungselemente zu unterscheiden.

Der Ausdruck »rituelle Gewalt« führt diese Ebenen demgegenüber semantisch zusammen. Er kann organisierte sexualisierte Gewalt, ideologische oder religiöse Rechtfertigungen, rituelle bzw. sakrale Tatkomponenten, Täterstrategien und das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« zugleich aufrufen. Als fachlicher Begriff verlangt er daher eine explizite Klärung, welche Ebene im jeweiligen Kontext gemeint ist. Für analytische, therapeutische, institutionelle und öffentliche Kommunikation ist entscheidend, ob von konkreten Gewalthandlungen, von spirituellem Missbrauch, von Tatkomponenten, von Täterstrategien, von subjektiver Selbstbeschreibung oder vom Narrativ »Rituelle Gewalt« gesprochen wird.

Die begriffliche Differenzierung ermöglicht die eigenständige Analyse organisierter, digitaler, kommerzieller oder ideologisch gerahmter Gewaltphänomene. Dazu gehört auch eine kontextbezogene Einordnung von Verweisen auf mächtige Tätergruppen. Solche Verweise können reale Täterkooperation, institutionelle Verdeckung, eine im

ABBILDUNG 10 Differenzierung des Begriffs »rituelle Gewalt«



Tatgeschehen eingesetzte Einschüchterungsstrategie oder ein Element eines umfassenden Deutungsrahmens bezeichnen. Die jeweiligen Gewaltkonstellationen sind ernst zu nehmen, zu untersuchen und strafrechtlich sowie institutionell zu bearbeiten. Ihr Vorliegen belegt jedoch nicht das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt«. Kritik an diesem Narrativ sollte zugleich nicht zur Verharmlosung realer Täterkooperation in Netzwerken, organisierter oder digitaler Ausbeutung und damit verbundener institutioneller Schutzlücken führen.

Für die vorliegende Studie schafft die begriffliche Differenzierung vor allem eine Klärung des Untersuchungsgegenstands. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bezeichnet den breiteren diskursiven Deutungsrahmen, in dem Gewaltberichte mit Annahmen über organisierte Täternetzwerke, Steuerung und abgespaltene Erinnerung verbunden

werden. Das in Kapitel 9 rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation beschreibt die therapeutisch-praktische Konkretisierung dieses Narrativs in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen. Es verbindet Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine gezielt herbeigeführte Dissoziative Identitätsstörung und wird in den untersuchten Verläufen zur Interpretationsfolie für Biografie, gegenwärtige Lebenssituation und Symptomatik der Patient*innen.

Über den unmittelbaren Untersuchungszusammenhang hinaus könnte die begriffliche Differenzierung zur Versachlichung der Auseinandersetzung um »rituelle Gewalt« beitragen. Sie macht sichtbar, dass unter demselben Begriff unterschiedliche Referenzebenen verhandelt werden: organisierte sexualisierte Gewalt, religiöse oder ideologische Rahmungen, sakrale oder ritualisierte Tatkomponenten, das Narrativ »Rituelle Gewalt« sowie periphere Anschlussmotive aus unterschiedlichen Verschwörungserzählungen. Ein differenzierterer Sprachgebrauch kann diese Ebenen voneinander abheben und dadurch verdeutlichen, worauf sich Akteur*innen jeweils genau beziehen. Damit kann die Polarisierung nicht aufgehoben, aber möglicherweise eine Bedingung der Möglichkeit für ein Verstehen geschaffen werden.

11.3 Anerkennung von Gewalt und Traumafolgen zwischen Glaubhaftigkeit, Aufarbeitung und epistemischer Gerechtigkeit

11.3.1 Anerkennung von Gewalt und Traumafolgen als historisch schwieriger Prozess

Die gesellschaftliche Anerkennung sexualisierter Gewalt und ihrer psychischen Folgen ist Ergebnis eines langen und konflikthaften Prozesses. Berichte Betroffener wurden historisch häufig angezweifelt, bagatellisiert oder individualisiert. Gewaltfolgen erschienen dadurch lange als persönliche Belastungen einzelner Betroffener, während die gesellschaftlichen, institutionellen und rechtlichen Bedingungen ihrer Entstehung und Wahrnehmung nur eingeschränkt sichtbar wurden. Dies betrifft insbesondere sexualisierte Gewalt in Familien, aber auch in pädagogischen Einrichtungen, kirchlichen Kontexten, Heimen, Sportvereinen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, in medizinischen und Pflegekontexten und weiteren institutionellen Zusammenhängen. Für Betroffene bedeutete dies vielfach, dass sie nicht nur die Folgen der Gewalt bewältigen mussten. Hinzu kamen und kommen bis heute Erfahrungen von Unglauben, Beschämung, Schuldzuschreibungen, fehlender Unterstützung und erschwertem Zugang zu rechtlicher oder sozialer Anerkennung, ebenso wie viele Hindernisse im Zugang zu

adäquater Therapie und Krankenbehandlung (Fegert, 2022; Kavemann et al., 2019; Kavemann et al., 2022a, b).

Diese Erfahrung bildet einen wichtigen Hintergrund für gegenwärtige Debatten um Gewalt, Trauma und Betroffenenberichte. In ihr geht es nicht allein um die Frage, ob einzelne Aussagen für ein Strafverfahren beweisbar sind. Berührt sind auch gesellschaftliche Formen des Zuhörens, institutionelle Verantwortungsübernahme, Unterstützung im Umgang mit Gewaltfolgen sowie die Frage, ob Betroffene als Subjekte eigenen Wissens ernst genommen werden. Die Diskussion um epistemische Ungerechtigkeit schließt hier an. Sie beschreibt Formen der Benachteiligung, in denen Personen in ihrer Fähigkeit, Wissen über eigene Erfahrungen mitzuteilen und zu deuten, herabgesetzt werden. Testimoniale Ungerechtigkeit liegt vor, wenn Personen aufgrund von Vorurteilen oder Stereotypen weniger Glaubwürdigkeit zugeschrieben wird. Hermeneutische Ungerechtigkeit bezeichnet Situationen, in denen Erfahrungen nicht angemessen verstanden und benannt werden können, weil gesellschaftlich verfügbare Begriffe und Deutungsressourcen fehlen (Fricker, 2007; Kavemann et al., 2022a).

Für Betroffene sexualisierter Gewalt können beide Formen von Ungerechtigkeit ineinandergreifen. Kinder und Jugendliche sind in besonderer Weise von Erwachsenen abhängig. Sie verfügen häufig nur eingeschränkt über Sprache, Wissen und soziale Möglichkeiten, um Gewalt als Unrecht zu benennen. Auch im Erwachsenenalter können frühere Erfahrungen des Nicht-Gehörtwerdens fortwirken, wenn Berichte über Gewalt als unglaubwürdig, übertrieben, widersprüchlich oder nicht hinreichend belastbar eingeordnet werden. Die Anerkennung psychischer Traumafolgen ist daher mehr als eine fachdiagnostische Frage. Sie betrifft auch den gesellschaftlichen Umgang mit Erzählbarkeit, Glaubwürdigkeit, Scham, Erinnerung und Verantwortung (Kavemann et al., 2022a).

In den vergangenen Jahrzehnten haben öffentliche Sichtbarkeit, institutionelle Aufarbeitung, spezialisierte Hilfestrukturen, Betroffenenbeteiligung, Schutzkonzepte und Entschädigungsfragen an Bedeutung gewonnen. Für den Zusammenhang von Anerkennung und epistemischer Gerechtigkeit ist daran vor allem bedeutsam, dass Anerkennung nicht allein über individuelle Glaubwürdigkeitszuschreibung erfolgt, sondern auch über gesellschaftliche Sichtbarkeit, Unterstützungszugänge und institutionelle Reaktionsweisen. Zugleich zeigen fortbestehende Nachweisprobleme, Zugangsbarrieren und Versorgungslücken, dass Anerkennung weiterhin praktisch, rechtlich und politisch umkämpft bleibt (Fegert, 2022; Kavemann et al., 2019; Kavemann et al., 2022a, b; Fegert, 2024; Fegert et al., 2024a; vgl. Kapitel 5).

Was Anerkennung konkret bedeutet, lässt sich jedoch nicht unabhängig von den individuellen Erfahrungen und Erwartungen Betroffener klären. Ihre Bedürfnisse lassen sich nicht pauschal bestimmen. In der Literatur wird beispielsweise auf Sicherheit, Respekt, Autonomie, Kontrolle, Handlungsmacht, soziale Unterstützung, professionelle Hilfe, rechtliche Orientierung und gesellschaftliche Entstigmatisierung verwiesen. Anerkennung von Leid und Unrecht zeigt sich daher nicht allein in symbolischen Gesten,

sondern auch darin, ob Betroffene Gehör, Unterstützung und Möglichkeiten selbstbestimmter Artikulation finden (Treibel & Gahleitner, 2018; Kavemann et al., 2019).

11.3.2 Anerkennung, Glaubhaftigkeit und unterschiedliche Erkenntnislogiken

Anerkennung und Glaubhaftigkeit berühren sich, folgen aber unterschiedlichen Logiken. Anerkennung kann sich auf Leid, auf Gewaltfolgen, auf den Bedarf nach Schutz und Unterstützung, auf das Recht auf Gehör und auf gesellschaftliche Verantwortung beziehen (Kavemann et al., 2022a, b). Glaubhaftigkeit im forensischen Sinn bezieht sich dagegen auf konkrete Aussagen über bestimmte Geschehensabläufe. Sie ist an rechtliche Verfahrensregeln, Beweismaßstäbe und methodische Anforderungen gebunden (Fegert et al., 2024a; Volbert et al., 2019). Diese Unterscheidung ist für den Umgang mit Aussagen zu sexualisierter Gewalt zentral, weil eine Verengung von Anerkennung auf strafrechtliche Beweisbarkeit viele Formen von Leid, Folgen und Unterstützungsbedarf ausblenden würde.

Psychotherapie, Strafverfahren und Aufarbeitung rezipieren Berichte über sexualisierte Gewalt aus ganz unterschiedlichen Perspektiven und Logiken heraus. Psychotherapie richtet sich auf Leidensdruck, Symptomverstehen und -verbesserung, Verarbeitung sowie Verbesserung der Handlungsfähigkeit und Teilhabe. Strafverfahren prüfen konkrete Tatvorwürfe, individuelle Verantwortlichkeit und neben anderen Beweismitteln auch insbesondere Aussagen von Betroffenen, die dann häufig von forensisch-psychologischen Expert*innen auf ihre Glaubhaftigkeit überprüft werden. Aufarbeitung hat demgegenüber institutionelle, gesellschaftliche und historische Bedingungen von sexualisierter Gewalt und deren Bearbeitung im Sinne eines Lernens aus Fehlern und im Sinne der Anerkennung des Leids zum Gegenstand (UKASK, 2026). Laut der »Empfehlungen zur Aufarbeitung sexualisierter Gewalt« in Institutionen der UKASK (2026) geht es »[b]ei Aufarbeitung [...] – über die verlässliche Aufklärung des Geschehens (Was ist passiert?) hinaus – um das ›Warum‹, also die Gründe, die das Unrecht ermöglicht haben. Aufarbeitung lässt sich als erfahrungsgesättigte Unrechtsvergegenwärtigung mit zukunftsorientierter Präventionswirkung in dem Sinne definieren, dass die Gründe, die in der Vergangenheit zum Unrecht geführt haben, durch verbesserte Prävention künftig vermieden werden« (UKASK, 2026, S. 13).

Diese Bereiche überschneiden sich in der Praxis, etwa wenn Betroffene während eines Strafverfahrens psychotherapeutische Unterstützung benötigen oder wenn Berichte aus Therapie und Beratung in institutionelle Aufarbeitung eingehen (Brachmann, 2018; Kavemann et al., 2022b; BMJ, 2024). Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass sie sich in ihren Zielen unterscheiden.

Die Debatte um das Verhältnis von Psychotherapie und Glaubhaftigkeit zeigt die damit verbundenen Spannungen. Einerseits besteht fachlich und rechtlich kein Anlass,

Betroffenen pauschal von Psychotherapie während eines laufenden Strafverfahrens abzuraten. Psychotherapeutische Unterstützung ist bei krankheitswertigen Störungen erforderlich, um die Symptomatik und daraus resultierende Belastungen und Teilhabebeeinträchtigungen zu reduzieren und eventuell im Verbund damit auch die Aussagefähigkeit zu erhalten oder zu verbessern. Andererseits können therapeutische Gespräche, wie andere Einflüsse auch, im Einzelfall für die Beurteilung der Aussagegenese relevant werden. Es wird daher davon ausgegangen, dass Psychotherapie nicht generell die Glaubhaftigkeit einer Aussage beeinträchtigt; zu prüfen ist aber jeweils, ob und in welcher Weise eine Behandlung auf Aussageinhalte eingewirkt haben könnte (BMJ, 2024).

Auch die Auseinandersetzung um aussagepsychologische Glaubhaftigkeitsbegutachtung ist durch eine Frontstellung geprägt. Kritische Beiträge problematisieren, dass die Anwendung der sogenannten Nullhypothese in verschiedenen Verfahrenskontexten als dichotome Vorentscheidung wirken und Betroffene mit eingeschränkten Äußerungsmöglichkeiten oder komplexen Traumafolgen benachteiligen könne (Fegert et al., 2024a). Gegenläufige Positionen halten dem entgegen, dass lege artis durchgeführte Glaubhaftigkeitsbegutachtung qualitativ, hypothesengeleitet und fallbezogen verfahre und dass unterschiedliche Beweisschwellen grundsätzlich berücksichtigt werden könnten (Volbert et al., 2019; Volbert et al., 2025).

Für die Einordnung der vorliegenden Studie ist bedeutsam, dass Anerkennung, therapeutische Unterstützung, aufarbeitende Zeugenschaft und forensische Aussageprüfung unterschiedlichen Anforderungen folgen. Diese Unterscheidung ist auch für epistemische Gerechtigkeit relevant. Betroffene können durch pauschales Misstrauen, starre Verfahren und fehlende Hilfe erneut belastet werden. Zugleich ist zu unterscheiden zwischen der Anerkennung von Leid und Unterstützungsbedarfen und der empirischen Prüfung einzelner Elemente eines Gewaltgeschehens. Epistemische Gerechtigkeit verlangt daher eine doppelte Sensibilität: für die historischen Erfahrungen von Misstrauen, Abwehr und fehlender Unterstützung und für die Verantwortung, Deutungen, Hypothesen und überprüfbare Aussagen nicht miteinander gleichzusetzen.

11.3.3 Epistemische Ungerechtigkeit zwischen Nicht-Gehörtwerden und deutender Vereinnahmung

Epistemische Ungerechtigkeit wird im Kontext sexualisierter Gewalt häufig mit Infragestellung, Missachtung und fehlender Sprache verbunden. Diese Perspektive ist zentral. Betroffene berichten vielfach davon, dass ihnen nicht geglaubt wurde, dass sie keine angemessenen Begriffe für das Erlebte hatten oder dass ihre Versuche, über Gewalt zu sprechen, abgewehrt wurden (Kavemann et al., 2019; Kavemann et al., 2022a, b). Gesellschaftliche Anerkennung setzt deshalb Kommunikationsräume voraus, in denen Sprechen möglich und Zuhören verantwortlich gestaltet wird. Dazu gehören verständliche Informationen über Gewalt, zugängliche Hilfen, Schutz vor Beschämung und die

Anerkennung von Betroffenenwissen in Forschung, Aufarbeitung und Politik (Brachmann, 2018; Kavemann et al., 2022a, b; Treibel & Gahleitner, 2018).

Für die vorliegende Studie ist eine Erweiterung dieser Perspektive wichtig. Epistemische Ungerechtigkeit kann auch dort entstehen, wo Erfahrungen vorschnell in einen dominanten Interpretationsrahmen eingeordnet werden. Eine Person kann gehört werden und dennoch in ihrer Interpretationsoffenheit eingeschränkt sein, wenn ihre Symptome, inneren Bilder, Erinnerungslücken oder Belastungen wiederholt als Hinweise auf eine ihr selbst nicht zugängliche Gewaltgeschichte gelesen werden. In solchen Konstellationen werden Betroffene gehört und ihren Äußerungen wird Glaubwürdigkeit zugeschrieben. Dieses Gehört- und Geglaubtwerden ist jedoch, wie in Kapitel 9 rekonstruiert wurde, an eine bestimmte Interpretationsfolie gebunden (Kavemann et al., 2022a; Schemmel & Volbert, 2021; Schemmel et al., 2024).

Für therapeutische Kontexte ist diese Erweiterung besonders relevant, weil Interpretationen von Symptomen, Erinnerungslücken oder inneren Bildern in der Behandlung eine hohe Orientierungsfunktion gewinnen können. Daran schließt sich die Frage an, unter welchen Bedingungen therapeutische Interpretationen unterstützend wirken und wann sie die Offenheit möglicher Selbsterkenntnis begrenzen. Die Debatte um sogenannte wiedergewonnene Erinnerungen und suggestive Prozesse in Psychotherapie verweist auf dieses Risiko. Problematisch sind vor allem Vorgehensweisen, in denen Symptome als Hinweise auf bislang nicht erinnerte Traumata interpretiert werden, gezielt nach entsprechenden Erinnerungen gesucht wird und auftauchende Bilder, Körperempfindungen oder Affekte als Bestätigung einer vorstrukturierten Gewaltgeschichte behandelt werden (Schemmel & Volbert, 2021; Schemmel et al., 2024; Schemmel & Volbert, 2025). Zugleich zeigen neuere Studien zu traumafokussierten Verfahren wie Imagery Rescripting, Imaginal Exposure oder EMDR keine Grundlage für eine pauschale Annahme, dass solche Interventionen Erinnerungen generell verfälschen oder die Glaubhaftigkeit von Aussagen grundsätzlich beeinträchtigen (Ganslmeier et al., 2023; Aleksic et al., 2024; Aleksic et al., 2025). Entscheidend ist daher die konkrete Art des therapeutischen Vorgehens.

Für epistemische Gerechtigkeit ist daher beides relevant: pauschales Nichtglauben und deutende Vereinnahmung. Beide Dynamiken betreffen die Position Betroffener als Subjekte eigenen Wissens. Pauschales Nichtglauben mindert die Glaubwürdigkeit ihrer Berichte. In seiner Entscheidung vom 30.7.1999 (1 StR 618/98, BGHSt 45, 164) hat der BGH in Strafsachen konkrete Anforderungen für Glaubhaftigkeitsgutachten formuliert. Dass die Aussage der Betroffenen zunächst als falsch gilt, stellt eine hohe Hürde in Bezug auf die Feststellung der Glaubhaftigkeit von Berichten dar. Interpretierende Vereinnahmungen von Erfahrungen kann dazu führen, dass Erlebtes und Symptomatik in eine vorgegebene Lesart eingeordnet werden und dadurch der Raum für Unsicherheit, Nichtwissen, Ambivalenz und alternatives Verstehen begrenzt wird. Eine professionelle Praxis, die auf epistemisches Vertrauen in der Psychotherapie setzt, muss daher Anerkennung, therapeutische Unterstützung und Interpretationsoffenheit

miteinander verbinden (Fonagy & Allison, 2014; Campbell et al., 2024; Fisher et al., 2023; Kampling et al., 2022).

11.4 Betroffenenwissen, Beteiligung und epistemische Autorität

11.4.1 Formen von Betroffenenwissen: Zeugenschaft, Erfahrungsexpertise und Strukturwissen

Anerkennung, Glaubhaftigkeit und epistemische Gerechtigkeit rücken den Status des Wissens Betroffener in fachlichen, gesellschaftlichen und institutionellen Auseinandersetzungen in den Blick. Betroffenenwissen bezeichnet kein einheitliches Wissen. Betroffene sprechen aus unterschiedlichen Wissenspositionen: Sie berichten von erlittenem Unrecht, von Gewaltfolgen und von Erfahrungen mit Hilfe, Therapie, Justiz, Medien, Kirche oder anderen Institutionen. Sie formulieren, ausgehend von ihrer Erfahrungsexpertise, Erwartungen in Bezug auf Anerkennung, Unterstützung und Aufarbeitung. Einige bringen darüber hinaus fachliche, wissenschaftliche, politische oder aktivistische Kompetenzen in öffentliche und institutionelle Prozesse ein. Betroffenenwissen umfasst daher biografische Zeugenschaft, Erfahrungswissen, Strukturwissen, fachliche Expertise und politische Forderungen (Kavemann et al., 2019; UBSKM, 2025).

Für die weitere Einordnung ist es hilfreich, diese Wissensformen analytisch zu unterscheiden. Zeugenschaft bezeichnet dabei die Möglichkeit Betroffener, Auskunft darüber zu geben, was ihnen widerfahren ist, wie sie Gewalt erlebt haben, welche Folgen sie in ihrem Leben hatte und wie andere Personen oder Institutionen auf ihre Mitteilungen reagierten. Diese Zeugenschaft ist für die Anerkennung von Leid und Unrecht zentral. Sie macht Erfahrungen sichtbar, die häufig lange nicht gehört wurden oder in institutionellen Akten nur verkürzt oder aus der Perspektive der Verantwortlichen dokumentiert sind. In Aufarbeitungsprozessen erhält sie eine besondere Bedeutung, weil sie Gewalt in ihrem sozialen und institutionellen Zusammenhang wahrnehmbar macht (Kavemann et al., 2019; CIASE[55], 2021).

Eine zweite Wissensposition ist die Erfahrungsexpertise. Sie bezieht sich auf den Umgang mit der erlebten Gewalt, ihre Folgen und die Wege, auf denen Betroffene Unterstützung gesucht und erhalten haben sowie auf denen Hilfe nicht zugänglich war. Dazu gehören professionelle Hilfen wie Psychotherapie, Beratung, medizinische Versorgung, Jugendhilfe, Strafverfolgung, Entschädigungsverfahren oder kirchliche Stellen ebenso

55 Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église (Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs in der Kirche)

wie informelle Unterstützungsformen im sozialen Nahraum, Selbsthilfe und Peer-Kontakte. Eine Studie zu Erwartungen Betroffener an gesellschaftliche Aufarbeitung zeigt, dass Hilfe breit verstanden wird und soziale, therapeutische, rechtliche, seelsorgliche und selbstorganisierte Unterstützungsformen umfasst. Erfahrungen Betroffener mit Hilfsangeboten enthalten ein Wissen darüber, welche Unterstützung entlastet, welche Zugänge versperrt bleiben und welche institutionellen oder sozialen Reaktionen als erneute Missachtung erlebt werden können (Kavemann et al., 2019; Etzel et al., 2024).

Eine dritte Wissensposition lässt sich als Strukturwissen beschreiben. Betroffene können dazu beitragen, über einzelne Gewalterfahrungen hinaus soziale und institutionelle Bedingungen sichtbar zu machen, unter denen Gewalt ermöglicht, verdeckt oder nachträglich verharmlost wurde. Dazu gehören Erfahrungen mit Schweigen, Nichtzuständigkeit, Verantwortungsverschiebung, Loyalitätskonflikten, fehlenden Beschwerdewegen, institutionellem Selbstschutz oder sekundärer Missachtung. Dieses Wissen überschreitet die einzelne biografische Erfahrung, weil es auf wiederkehrende Reaktionsweisen und Ermöglichungsbedingungen verweist (Kavemann et al., 2019; Frings et al., 2022; UBSKM, 2025).

Zugleich ist zu berücksichtigen, dass Betroffene unterschiedliche Erfahrungen machen, unterschiedliche Deutungen entwickeln und verschiedene Forderungen ableiten – ihr Wissen ist plural. In der Forschung zu Erwartungen an Aufarbeitung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es keine konfliktfreie Repräsentation aller Betroffenen gibt und einzelne Betroffene nicht ohne Weiteres für eine Gesamtheit sprechen können. In Beteiligungsprozessen ist deshalb zu klären, welche Perspektiven einbezogen werden, welche Erfahrungen unberücksichtigt bleiben und welche Formen von Repräsentation jeweils möglich sind (Kavemann et al., 2019; UBSKM, 2025).

Eine vierte Wissensposition betrifft die fachliche und politische Expertise. Viele Betroffene bringen zusätzlich zu ihrem Erfahrungswissen auch juristische, therapeutische, wissenschaftliche, journalistische, politische oder organisatorische Kompetenzen ein. Beteiligungsprozesse sollten daher so gestaltet sein, dass unterschiedliche Erfahrungshintergründe und Kompetenzen berücksichtigt und Formen der Mitwirkung ermöglicht werden können. Dafür braucht es Rahmenbedingungen, die Machtasymmetrien berücksichtigen, Rollen klären und Überforderung vermeiden. So können Betroffene gesellschaftliche, fachliche und institutionelle Lernprozesse mitgestalten (UBSKM, 2025).

11.4.2 Epistemische Autorität, Repräsentation und Grenzen von Beteiligung

Die Unterscheidung verschiedener Formen von Betroffenenwissen macht deutlich, dass Betroffenenbeteiligung für fachliche, institutionelle und gesellschaftliche Lernprozesse wesentlich ist. Zugleich folgt daraus nicht, dass Betroffenenwissen in allen Zusammenhängen dieselbe Funktion oder Reichweite besitzt. Beteiligung erfordert

daher eine Klärung, in welcher Rolle Betroffene sprechen, welche Erwartungen mit ihrer Mitwirkung verbunden sind und welche Entscheidungsspielräume tatsächlich bestehen. Diese Klärung ist auch deshalb notwendig, weil Betroffenenbeteiligung mit Machtasymmetrien verbunden ist. Institutionen verfügen in der Regel über Ressourcen, Deutungsmacht und Entscheidungskompetenzen, während Betroffene häufig erst auf Gehör, Anerkennung und Zugang zu Informationen hinwirken müssen. Beteiligungsprozesse können diese Asymmetrien nicht aufheben. Sie können aber so gestaltet werden, dass Betroffene nicht auf eine passive Rolle verwiesen werden. Dazu gehören transparente Verfahren, verlässliche Zuständigkeiten, Schutz vor Überforderung, Möglichkeiten der Vernetzung sowie nachvollziehbare Regeln für die Verwendung von Betroffenenberichten und Erfahrungswissen (UBSKM, 2025). Damit ist die zentrale Spannung von Betroffenenbeteiligung benannt. Sie ist auf das Anerkennen spezifischen Erfahrungs- und Strukturwissens angewiesen und braucht zugleich eine Bestimmung seiner Geltung. Für Beteiligungsprozesse wird folglich verhandelt, welche Autorität Betroffenenperspektiven zukommt und welche Aufgaben Institutionen, Fachpersonen und Betroffene jeweils tragen.

Während der zweiten Synodalversammlung des Synodalen Weges 2021 wurde eine Auseinandersetzung darüber geführt, ob die Erfahrungen von Betroffenen kirchlichen Macht- und sexuellen Missbrauchs eine eigene Autorität für kirchliche Selbstprüfung und Reformprozesse besitzen. Der Regensburger Bischof Voderholzer erklärte: »Was ich ablehne, ist eine Emotionalisierung und das unfehlbare Lehramt der Betroffenen.« Der Essener Bischof Overbeck entgegnete: »Wir sind ein gemeinsames Gottesvolk, deshalb kann man auch vom Lehramt der Betroffenen sprechen. Dieses ist das einzige unfehlbare Lehramt.« (vgl. Domradio, 2021) Der Ausdruck »Lehramt der Betroffenen« zielt darauf, Betroffenenperspektiven über ein bloßes Anhören hinaus als relevanten Ort theologischer und institutioneller Erkenntnis ernst zu nehmen. Umstritten ist der Ausdruck, weil »Lehramt« in der katholischen Kirche mit einer spezifischen, an kirchliche Ämter gebundenen Autorität verbunden ist. Der Fundamentaltheologe Hoff hat diese Auseinandersetzung aufgegriffen und formuliert: »Die Betroffenen stellen einen *locus theologicus proprius et alienus* [Hervorh. i. O.] in der Kirche dar. Sie sind in mehrfacher Hinsicht Teil der Kirche – vor allem als ihr Opfer. Über ihr Zeugnis, an der sich die Authentizität kirchlicher Gottesbestimmung messen lassen muss, verfügt die Kirche aber nicht. Das besondere Lehramt der Betroffenen zieht eine epistemische, aber auch eine soziale Gewaltenteilung nach sich. Es spricht in jede Form intransparenter, monokratischer Macht in der Kirche ein – und auch gegen ihre sakrale Überhöhung.« (Hoff, 2021, S. 23–24) Darin drückt sich der Anspruch aus, dass Betroffenenberichte die Machtstruktur der Kirche begrenzen können müssen. Im synodalen Beschlusstext »Macht und Gewaltenteilung in der Kirche« wurde der Ausdruck »Lehramt der Betroffenen« nicht übernommen, stattdessen wird »[i]hr Schrei [als] ein besonderer *Locus theologicus* [Hervorh. i. O.] für unsere Zeit« (Der Synodale Weg, 2022, S. 25) bezeichnet. Diese Begriffswahl kann kritisch als ein Zurückweichen vor der entschei-

denden Akzentsetzung des »besonderen Lehramts« verstanden werden, mit der die Betroffenenperspektive als Maßstab dafür bestimmt gewesen wäre, ob und wie kirchliche Selbstdeutungen zu Wahrheit, Schuld, Verantwortung und Glaubwürdigkeit in der institutionellen Praxis eingelöst werden. Die Rede vom »locus theologicus« wahrt zwar eine hohe theologische Wertschätzung, schwächt aber die spezifische Prüffunktion der Betroffenenperspektive ab, wenn sie nicht zugleich als Einspruch gegen kirchliche Selbstdeutung und Machtpraxis verstanden wird (Sander, 2022). Das »Lehramt der Betroffenen« bzw. der »locus theologicus« verweist auf die ungeklärte Machtfrage der Kirche, solange Betroffene kirchenrechtlich nicht als Geschädigte oder Kläger auftreten können, sondern in Verfahren marginalisiert bleiben (Loretan, 2023). Die Kirche erkennt Betroffenenperspektiven als theologisch bedeutsam an, scheint aber zugleich unsicher, welche institutionelle Autorität daraus folgen soll. Die Auseinandersetzung macht deutlich, dass kirchliche Haltungen zwischen theologischer Überhöhung und institutioneller Abwehr schwanken können.

11.5 Aufarbeitung und institutionelle Verantwortung

Aufarbeitung bezeichnet einen Prozess, in dem vergangenes Unrecht, seine Folgen und seine institutionellen, sozialen und politischen Bedingungen bearbeitet werden. Sie umfasst individuelle Bewältigung, institutionelle Verantwortungsübernahme, gesellschaftliche Anerkennung sowie rechtlich-politische Rahmenbedingungen von Hilfe, Anerkennung und Prävention. Zu Aufarbeitung gehören Sprechen, Zuhören, Dokumentieren, Anerkennen, rechtliche oder normative Bewertung, sog. »Wiedergutmachung« und erinnerndes Gedenken (Brachmann, 2018). Sie ist auf Gewaltverhältnisse, unterlassenen Schutz, Verantwortlichkeiten und fortwirkende Folgen gerichtet (Etzel et al., 2024; UKASK, 2026; UBSKM, 2025). Therapie, Strafverfahren und wissenschaftliche Forschung können in Aufarbeitungsprozesse einbezogen sein, sind aber aufgrund ihrer je eigenen Zielsetzungen, Verfahren und Grenzen davon zu unterscheiden (Brachmann, 2018; Dreßing, 2021; UBSKM, 2025; UKASK, 2026).

Seit 2010 wurden in Deutschland unterschiedliche Strukturen der Hilfe, Beteiligung und Aufarbeitung geschaffen und ausgebaut. Auf Bundesebene gehören dazu insbesondere das Amt der oder des Unabhängigen Bundesbeauftragten gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM), der Betroffenenrat bei der UBSKM, die Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK), das Hilfe-Telefon und das Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch. Diese Strukturen markieren eine Verschiebung von individueller Bewältigung hin zu öffentlicher Verantwortung, institutionalisierter Unterstützung, Betroffenenbeteiligung

und systematischer Aufarbeitung. Sie stehen im Zusammenhang mit der öffentlichen Thematisierung sexualisierter Gewalt in kirchlichen, pädagogischen, familiären und weiteren sozialen Kontexten sowie mit der Erwartung, vergangenes Unrecht auch dort bearbeiten zu können, wo strafrechtliche Verfahren nicht mehr möglich sind oder für Betroffene keine angemessene Form der Auseinandersetzung darstellen (UBSKM, 2025, 2022; UKASK, 2026; Etzel et al., 2024).

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen wurde diese Entwicklung rechtlich gefestigt. Das darin enthaltene Gesetz zur Einrichtung der oder des Unabhängigen Bundesbeauftragten gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKMG) benennt Schutz vor sexueller Gewalt und Ausbeutung, Beratung, Unterstützung und Aufarbeitung als Aufgaben staatlicher Verantwortung. Es verankert das Amt der oder des Bundesbeauftragten gesetzlich und sieht bei diesem Amt einen Betroffenenrat sowie die Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs vor. Zu den Aufgaben der oder des Bundesbeauftragten gehören unter anderem das Eintreten für die Belange und Beteiligung Betroffener, die Förderung des Zugangs zu Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die Unterstützung unabhängiger, systematischer und transparenter Aufarbeitung auf politischer Ebene sowie die Initiierung von Forschungs- und Untersuchungsvorhaben (BMFSFJ[56], 2025; BGBl.[57] 2025 I Nr. 107 vom 08.04.2025).

Neben Aufarbeitung im engeren Sinn sind auch rechtlich-administrative Formen der Anerkennung bedeutsam. Das Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) sieht Leistungen für Opfer sexueller Gewalt vor und eröffnet einen niedrigschwelligen Zugang zu Traumaambulanzen. Für eine erste Hilfeleistung genügt eine summarische Prüfung; der geschilderte Sachverhalt wird dabei vorläufig als zutreffend zugrunde gelegt. Auch Personen, deren Gewalterfahrung lange zurückliegt, können diese Hilfen bei aktueller psychischer Belastung in Anspruch nehmen (BMAS[58], 2025). Solche Regelungen zeigen, dass institutionelle Verantwortung nicht erst dort beginnt, wo Tatnachweise abschließend geführt oder Aufarbeitungsverfahren abgeschlossen sind. Sie betrifft auch den Zugang zu Unterstützung unter Bedingungen von Belastung, Unsicherheit und begrenzter Beweisbarkeit.

Für die Aufarbeitung sexualisierter Gewalt in Institutionen in Deutschland liegen inzwischen Empfehlungen und Standards vor, die Zuständigkeiten, Verfahrensanforderungen und Verantwortlichkeiten näher bestimmen.[59] Sie wird in den Empfehlungen der UKASK als Recht Betroffener und als Pflicht von Institutionen beschrieben. Betroffene

56 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

57 Bundesgesetzblatt

58 Bundesministerium für Arbeit und Soziales

59 Familiäre sexualisierte Gewalt ist durch andere Bedingungen geprägt als sexualisierte Gewalt in Institutionen. Daher braucht es für diesen Tatkontext eigene Formen gesellschaftlicher und staatlicher Verantwortung, insbesondere mit Blick auf Kinderschutz, Unterstützung Betroffener und die Rolle pädagogischer Institutionen. Bisher wurden hierzu noch keine Standards ausgearbeitet (UKASK, 2025b).

haben demnach Anspruch darauf, dass das ihnen in institutionellen Kontexten zugefügte Unrecht in geeigneter Weise aufgearbeitet wird. Institutionelle Verantwortung bezieht sich auf die Rekonstruktion geschehener Gewalt, den Umgang mit Hinweisen, Reaktionen Verantwortlicher, verletzte Schutzpflichten sowie auf Organisationskulturen, Machtverhältnisse und Kontrolllücken, die Gewalt ermöglichten oder ihre Bearbeitung verhinderten. Hinzu treten Fragen nach dem Umgang mit Betroffenen nach der Offenlegung, nach Anerkennungsleistungen, nach Aktenzugang, nach Transparenz gegenüber Öffentlichkeit und Betroffenen sowie nach der Umsetzung von Empfehlungen (UKASK, 2026).

Aufarbeitung als institutionelle Pflicht verlangt verbindliche Verfahren, unabhängige Untersuchungen, Zugang zu relevanten Informationen, Beteiligung Betroffener und die Umsetzung von Empfehlungen. Die rechtlich-politische Rahmung kann hierfür Standards bereitstellen, fachliche Begleitung ermöglichen, Fortschritte institutioneller Aufarbeitung bewerten und öffentliche Berichtspflichten vorsehen. Die Verantwortung für die Bearbeitung des eigenen Handelns und Unterlassens sowie für die Umsetzung von Empfehlungen verbleibt bei den jeweiligen Institutionen (UBSKM, 2022, 2025; UKASK, 2026).

Für die Verfahrensqualität von Aufarbeitung sind Unabhängigkeit, Beteiligung und Transparenz zentral. Unabhängigkeit betrifft Auftrag, Untersuchungsteam, Quellenzugang, Auswertung und Veröffentlichung. Beteiligung Betroffener setzt geklärte Rollen, Ressourcen, Schutz vor erneuter Belastung und nachvollziehbare Einflussmöglichkeiten voraus. Transparenz umfasst Verfahrensklarheit, datenschutzsensiblen Umgang mit Betroffenen und eine nachvollziehbare Darstellung der Aussagekraft von Ergebnissen (UBSKM, 2025; UKASK, 2026). Aufarbeitung ist damit auf Verfahren angewiesen, die Anerkennung, Prüfung und Verantwortungsrekonstruktion miteinander verbinden, ohne die unterschiedlichen Zielsetzungen von Hilfe, Forschung, Strafverfahren und institutioneller Bearbeitung zu vermischen. Die Anerkennung von Leid und Unrecht zeigt sich in Aufarbeitungsprozessen daher nicht allein in symbolischen Gesten. Sie muss sich auch in zugänglichen Hilfen, belastungssensiblen Verfahren, nachvollziehbaren Zuständigkeiten, verlässlicher Kommunikation und der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme ausdrücken. Aufarbeitung ist folglich nicht nur ein Verfahren zur nachträglichen Klärung institutionellen Handelns. Sie ist selbst ein institutioneller Prozess, der Anerkennung ermöglichen, aber auch neue Belastungen erzeugen kann. Deshalb sind Aufarbeitungsverfahren nicht nur an ihren Ergebnissen, sondern auch an ihren Macht-, Schutz- und Beteiligungswirkungen zu prüfen.

Ein Beispiel für die machtförmige Ambivalenz von Aufarbeitung, Betroffenenschutz und öffentlicher Deutung bildet die Auseinandersetzung um die Fernsehsendung des ZDF Magazins Royale vom 8. September 2023 zum Thema »rituelle Gewalt«. Die Satiresendung betrachtete »rituelle Gewalt« aus der Perspektive von Verschwörungserzählungen über satanistisch-okkulte Tätergruppen und geheime Gewaltstrukturen und verband diese Darstellung mit scharfer Kritik an therapeutischen Akteur*innen, die

solche Deutungen fachlich oder publizistisch vertreten. Die UKASK erhob beim ZDF-Fernsehrat am 19.9.2023 Programmbeschwerde gegen die Sendung. Sie machte geltend, die Sendung verletze die Würde Betroffener sexualisierter Gewalt, verfehle die gebotene Differenzierung und erzeuge durch die satirische Darstellung von »Randphänomene[n] sexualisierter Gewalt« einen »generellen Sog der Abwertung zulasten aller Betroffenen sexualisierter Gewalt« (UKASK, 2023b). Der ZDF-Fernsehrat gab der Beschwerde mehrheitlich statt und das ZDF entfernte die Sendung aus der Mediathek. Die Kommission wertete diese Entscheidung als wichtige Unterstützung und gesellschaftliche Anerkennung Betroffener sexualisierter Gewalt.

Die Beschwerde folgt einer Schutzlogik, die verhindern will, dass Betroffene durch mediale Zuspitzung erneut beschämt, verunsichert oder pauschal in ihrer Glaubwürdigkeit infrage gestellt werden. Zugleich war die Entscheidung umstritten. Nach journalistischer Darstellung verteidigten sowohl der ZDF-Intendant als auch der Ausschuss Programmdirektion des Fernsehrats die Sendung beziehungsweise empfahlen eine Zurückweisung der Beschwerde; eine Vertreterin des Deutschen Journalistenverbands stimmte unter Hinweis auf die Satirefreiheit gegen die Beschwerde (z. B. Der Spiegel, 2023). Damit wurde der Konflikt nicht nur als Frage betroffenensensibler Berichterstattung, sondern auch als Spannung zwischen Betroffenenschutz, öffentlicher Kritik, journalistischer Freiheit und institutioneller Programmaufsicht verhandelt.

Der Vorgang macht die veränderte öffentliche Stellung institutionalisierter Betroffenenperspektiven sichtbar. Aufarbeitungsgremien und Betroffenenvertretungen können heute nicht nur Anerkennung einfordern, sondern auch mediale Darstellungen beanstanden, programmrechtliche Verfahren anstoßen und Entscheidungen beeinflussen. Dies markiert eine wichtige Verschiebung gegenüber früherer Ohnmacht und Marginalisierung und begründet zugleich eine neue Form epistemischer, moralischer und verfahrensbezogener Macht.

Gerade deshalb kann die Berufung auf Betroffenenschutz nicht von der Prüfung entlasten, welche Betroffeneninteressen jeweils vorausgesetzt werden. Staatlich eingesetzte oder legitimierte Gremien sprechen nicht einfach identisch mit »den Betroffenen«. Sie bündeln bestimmte Formen von Zeugenschaft, Erfahrungsexpertise, fachlicher Bewertung und politischer Repräsentation. Betroffene sexualisierter Gewalt können ein Interesse daran haben, vor Beschämung und pauschaler Delegitimierung geschützt zu werden. Sie können zugleich ein Interesse an öffentlicher Aufklärung, kritischer Recherche und an Grundrechten wie Meinungs-, Presse- und Kunstfreiheit haben. Die Entfernung einer Sendung aus einer Mediathek ist daher nicht schon deshalb eindeutig im Interesse Betroffener, weil sie mit deren Schutz begründet wird.

Das Entfernen der Sendung aus der Mediathek verweist somit auf ein Schutzparadox institutionalisierter Aufarbeitung. Schutz vor erneuter Verletzung ist unverzichtbar, er kann jedoch selbst verletzungsmächtig werden, wenn er Grundrechtspositionen nachrangig behandelt, öffentliche Kritik verengt oder plurale Betroffeneninteressen homogenisiert. Aufarbeitungsgremien, Betroffenenräte und andere Formen institutionalisierter

Betroffenenbeteiligung sind daher nicht nur als Korrektiv gegenüber gesellschaftlicher Abwehr und institutionellem Selbstschutz zu verstehen. Sie müssen zugleich daraufhin geprüft werden, wie sie ihre institutionelle Autorität einsetzen und wie sie die Grenzen ihres Sprechens für Betroffene reflektieren.

11.6 Vulnerabilität, Vulneranz und institutionelle Gewalt

11.6.1 Verletzbarkeit, Schutz und Verletzungsmacht

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Gewalt, Trauma und Aufarbeitung setzt ein Verständnis von Verletzbarkeit voraus, das über individuelle Schutzbedürftigkeit hinausgeht. Menschen, die Gewalt erfahren haben, sind häufig auf Schutz, Anerkennung, Unterstützung und Gehörtwerden angewiesen; gerade in diesen Prozessen können sie erneut verletzbar werden. Vulnerabilität verweist auf diese Verwundbarkeit in sozialen Beziehungen, institutionellen Ordnungen und öffentlichen Diskursen. Rechtliche, fachliche, therapeutische, mediale und politische Rahmungen prägen mit, welche Verletzbarkeiten gesehen, anerkannt, verstärkt oder ausgenutzt werden (Pistrol, 2023; Keul, 2025). Ein solches Verständnis von Vulnerabilität vermeidet es, Verletzbarkeit als bloßes Defizit oder als Ausdruck passiver Schutzbedürftigkeit zu fassen. Gerade in Gewalt- und Aufarbeitungskontexten ist entscheidend, wie soziale, rechtliche und institutionelle Bedingungen Handlungsmöglichkeiten Betroffener einschränken, sichern oder erweitern. Vulnerabilität bezeichnet entsprechend nicht nur eine Lage erhöhter Verletzbarkeit, sondern auch ein Verhältnis, in dem Schutz, Anerkennung und Beteiligung gestaltet werden müssen (Lessenich, 2023; Pistrol, 2023; Keul, 2025).

Der Begriff der Vulneranz ergänzt diese Perspektive. Während Vulnerabilität die Möglichkeit bezeichnet, verletzt zu werden, bezeichnet Vulneranz die Fähigkeit und Bereitschaft, andere zu verletzen oder ihnen Schaden zuzufügen. Damit wird die aktive Verletzungsmacht sichtbar, die in personalen, sozialen, institutionellen und diskursiven Zusammenhängen wirksam werden kann. Vulneranz kann sich in körperlicher Gewalt zeigen, aber auch in Beschämung, Einschüchterung, Abwertung, Schweigen, Abwehr, Manipulation, Ausschluss, Verharmlosung, Nichtanerkennung oder institutioneller Untätigkeit (Keul, 2023, 2025; Leimgruber, 2023). Vulnerabilität und Vulneranz stehen in einem dynamischen Verhältnis. Verletzbarkeit kann Fürsorge, Solidarität und Schutz hervorrufen. Sie kann zugleich Kontrollbedürfnisse, Bevormundung oder Aggression begünstigen. Vulneranz kann ebenso dort entstehen, wo Personen, Gruppen oder Institutionen eigene Verwundbarkeit abwehren und diese Abwehr auf andere verlagern. In solchen Konstellationen kann Verletzbarkeit zum Ausgangspunkt von Verletzungs-

macht werden (Keul, 2023, 2025). Diese Spannung betrifft Aufarbeitungsverfahren in besonderer Weise. Sie sollen Schutz, Stabilisierung und Anerkennung ermöglichen, sind aber zugleich von Zuständigkeiten, Bewertungen und institutionellen Verfahren geprägt. Schutz, Stabilisierung und Prävention können Betroffene unterstützen, erneute Gewalt verhindern und Voraussetzungen für Aufarbeitung schaffen. Zugleich sind Schutzmaßnahmen immer in Zuständigkeiten, Verfahren und fachliche Bewertungen eingebunden. Sie entscheiden mit darüber, wer Zugang zu Unterstützung erhält, welche Erfahrungen als relevant gelten und welche Formen von Hilfe bereitgestellt werden. Keul (2025) beschreibt diese Ambivalenz als Verletzlichkeitsparadox: Maßnahmen, die Vulnerabilität verringern sollen, können unter bestimmten Bedingungen selbst neue Verwundbarkeit hervorbringen (Keul, 2025).

Besonders deutlich wird dies in Verfahren, die Anerkennung, Dokumentation oder Wiedergutmachung ermöglichen sollen. Sie sind auf Erzählungen, Nachweise, Zuständigkeitsklärungen und Bewertungen angewiesen. Für Betroffene kann dies hilfreich sein, wenn Erfahrungen dadurch gehört, eingeordnet und institutionell bearbeitet werden. Zugleich können wiederholtes Berichten, lange Bearbeitungszeiten, unklare Rückmeldungen oder schwer nachvollziehbare Entscheidungskriterien neue Belastungen erzeugen. Auch die Übersetzung persönlicher Gewalterfahrungen in rechtliche, administrative oder fachliche Kategorien kann als Verengung erlebt werden, wenn zentrale Aspekte des Erlebten darin keinen angemessenen Ausdruck finden (Leimgruber, 2022, 2023; Keul, 2025). Eine weitere Ambivalenz liegt in der Zuschreibung von Vulnerabilität. Werden Gewaltbetroffene vor allem als vulnerabel markiert, kann ihre soziale Position auf Passivität, Hilfs- oder Schutzbedürftigkeit verengt werden. Selbstbestimmung, Widerspruch, Kritik und eigene Deutungen können dann in den Hintergrund treten. Schutz kann so in eine paternalistische Logik übergehen, in der über Betroffene gesprochen und entschieden wird, während ihre Handlungsmöglichkeiten nur begrenzt berücksichtigt werden (Leimgruber, 2022; Keul, 2025). Schutz-, Anerkennungs- und Aufarbeitungsverfahren sind daher daraufhin zu prüfen, ob sie Selbstbestimmung sichern, Widerspruch ermöglichen, Entscheidungen nachvollziehbar machen und neue Belastungen begrenzen (UBSKM, 2025; UKASK, 2026; Keul, 2025; Leimgruber, 2023).

11.6.2 Institutionelle Gewalt und institutionelle Vulneranz

Institutionelle Gewalt bezeichnet Gewalt, die durch Strukturen, Routinen, Zuständigkeiten, Deutungsmuster und Organisationskulturen ermöglicht, verdeckt, relativiert oder fortgesetzt wird. Sie kann sich in aktiven Handlungen wie Vertuschung, Einschüchterung, Aktenmanipulation oder Diskreditierung zeigen, kann aber auch durch Unterlassen hervorgebracht werden: durch fehlende Intervention, mangelnde Dokumentation, unklare Zuständigkeiten, verzögerte Bearbeitung, unzureichende

Unterstützung oder ausbleibende Anerkennung. Besonders schwer erkennbar kann sie in Institutionen sein, die sich über Schutz, Fürsorge, Bildung, Heilung oder religiöse Orientierung definieren, denn dort steht die Möglichkeit eigener Verletzungsmacht in deutlicher Spannung zum institutionellen Selbstbild (Keul, 2023; Loretan, 2023; Frings et al., 2022).

Die Aufarbeitung sexualisierter Gewalt in kirchlichen und religiösen Kontexten hat gezeigt, dass Missbrauch nicht allein durch individuelles Fehlverhalten erklärt werden kann. Studien zur katholischen Kirche, zur evangelischen Kirche und Diakonie sowie zu Neuen Geistlichen Gemeinschaften verweisen auf institutionelle Bedingungen, die Gewalt begünstigen oder ihre Aufdeckung erschweren können. Dazu gehören asymmetrische Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnisse, religiöse Deutungsmacht, Schweige- und Verdeckungspraktiken, unklare Verantwortlichkeiten, unzureichende Kontrolle und institutioneller Selbstschutz (Dreßing et al., 2018; Kowalski, 2018; Frings et al., 2022; Keul, 2023; Loretan, 2023; Forschungsverbund ForuM, 2024). An diese Befunde schließt der Begriff institutioneller Vulneranz an. Er beschreibt die Verletzungsmacht, die von institutionellen Verfahren, Zuständigkeiten, Kommunikationsweisen und Selbstschutzstrategien ausgehen kann. Gemeint sind Konstellationen, in denen institutionelles Handeln oder Unterlassen die Vulnerabilität Betroffener verstärkt, Anerkennung erschwert oder Belastungen fortsetzt. Institutionelle Vulneranz verweist damit auf eine Spannung zwischen dem Schutz institutioneller Integrität und dem Schutz derjenigen, die Gewalt erfahren haben (Keul, 2025, 2023; Loretan, 2023). Eine spezifische Form institutioneller Vulneranz zeigt sich in Vertuschungspraktiken. Verschweigen, Beschwichtigen, Relativieren oder administrative Verzögerung können institutionell kurzfristig stabilisierend wirken, weil sie Öffentlichkeit begrenzen und Zuständigkeiten verschieben können. Für Betroffene können sie Anerkennung verzögern, Glaubwürdigkeit infrage stellen und Verantwortung verdecken. Der Begriff der Vertuschungsgewalt beschreibt die verletzende Wirkung solcher Praktiken (Keul, 2023; Frings et al., 2022; Loretan, 2023).

Auch helfende oder seelsorgliche Settings können strukturelle Vulneranz aufweisen. Leimgruber (2022) zeigt dies für pastorale Beziehungen, in denen Vertrauen, spirituelle Autorität, Nähe, institutionelle Legitimation und asymmetrische Rollen zusammenwirken. Der Begriff der »vulnerance of pastoral care« bezeichnet in diesem Zusammenhang die Verletzungsmacht, die im Setting selbst angelegt sein kann, wenn Machtasymmetrien idealisiert oder nicht ausreichend reflektiert werden. Aus der Vulneranzperspektive steht im Vordergrund, dass Hilfe-, Beratungs- und Schutzverhältnisse auf Vertrauen, Nähe und asymmetrische Rollen angewiesen sind und gerade daraus Verletzungsmacht entstehen kann. Diese Perspektive ist über seelsorgliche Kontexte hinaus anschlussfähig, weil sie zeigt, dass Hilfeprozesse stets auch auf ihre eigenen Machtwirkungen hin geprüft werden müssen (vgl. 10.3; Leimgruber, 2022; Keul, 2023; Loretan, 2023).

11.6.3 Sichtbarkeit, Beteiligung und Agency

Institutionelle Vulneranz ist in das Verhältnis von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit eingebettet. Gewalt wird gesellschaftlich erst bearbeitbar, wenn sie benannt, gesehen und gehört werden kann. Viele Gewalterfahrungen bleiben im Dunkelfeld, weil sie nicht erzählt, nicht dokumentiert oder nicht als relevante Gewalt verstanden werden. Das heißt, dass Sichtbarkeit die Möglichkeit für Anerkennung und Aufarbeitung eröffnet. Sie ist zugleich mit erneuter Verletzbarkeit verbunden. Wer Gewalt benennt, riskiert Zweifel an der eigenen Glaubwürdigkeit, Beschämung, soziale Konflikte, juristische Belastungen oder institutionelle Abwehr. Keul (2025) beschreibt Offenlegung deshalb als riskierte Vulnerabilität. Diese kann Handlungsmacht ermöglichen, die Risiken des Sichtbarwerdens aber nicht aufheben. Diese Ambivalenz von Sichtbarkeit erfordert eine sorgfältige Gestaltung von Aufarbeitung und Beteiligung, die Betroffenen Mitbestimmung über Umfang, Form und Zeitpunkt ihrer Erzählung ermöglicht und vermeidet, sie erneut in eine beweis- oder rechtfertigungspflichtige Position zu bringen (UKASK, 2026; UBSKM, 2025; Leimgruber, 2023; Keul, 2025).

Das Konzept der Resilienz ergänzt diese Perspektive um den Aspekt wiedergewonnener Handlungsfähigkeit. Gemeint sind Prozesse, in denen Menschen nach Verletzung, Krise oder Gewalt Stabilität, Orientierung und Selbstbestimmung zurückgewinnen. In Gewalt- und Aufarbeitungskontexten kann sich Resilienz darin zeigen, dass Betroffene Sprache für das Erlebte finden, Beziehungen neu ordnen, Unterstützung annehmen, Grenzen setzen oder Verantwortung einfordern. Solche Prozesse bleiben mit fortbestehender Verletzbarkeit verbunden. Sie sind von individuellen Ressourcen sowie von sozialen, rechtlichen und institutionellen Bedingungen abhängig. In der Literatur zu Resilienz wird betont, dass vorhandene Handlungsfähigkeit keine Rückschlüsse auf das Ausmaß erlittener Verletzungen erlaubt. Betroffene können sprechen, kritisieren, sich organisieren oder an Aufarbeitung mitwirken und zugleich erheblich belastet bleiben. Resilienz ist daher als fragile und voraussetzungsvolle Form von Handlungsmacht zu verstehen (Keul, 2025, 2023; Leimgruber, 2023).

Auch für die Analyse institutioneller Dynamiken ist der Resilienzbegriff aufschlussreich. Institutionen können Stabilität gewinnen, indem sie Verantwortung übernehmen, Strukturen verändern und Anerkennung ermöglichen. Stabilisierung kann jedoch auch durch Abwehr erfolgen, etwa durch die Zurückweisung von Kritik, die Verschiebung von Zuständigkeiten, die Marginalisierung Betroffener oder die Relativierung von Gewaltfolgen. Keul (2025) beschreibt solche Konstellationen als vulnerante Resilienz: Widerstandskraft entsteht dann durch Verletzung anderer oder auf Kosten anderer (Keul, 2025).

Eine differenzierte Verwendung des Begriffs der Resilienz berücksichtigt zugleich Verletzbarkeit, Verletzungsmacht und Handlungsmacht. Sie ermöglicht, Betroffene als handlungsfähig zu verstehen, ohne fortbestehende Verletzungen zu relativieren. Sie bewertet institutionelle Stabilisierung danach, ob sie Anerkennung, Schutz und

Aufklärung stärkt oder Belastungen verschiebt und neue Verletzbarkeit erzeugt (Keul, 2025; Leimgruber, 2023; Lessenich, 2023).

Die Perspektive auf Vulnerabilität, Vulneranz und Resilienz macht sichtbar, dass Gewalt- und Aufarbeitungsprozesse nicht allein über einzelne Taten, individuelle Verletzbarkeit oder institutionelle Verfahren zu verstehen sind. Sie erweitert den Blick auf soziale, fachliche und institutionelle Bedingungen, unter denen individuelle Verletzbarkeit entsteht, anerkannt, verstärkt oder in Verletzungsmacht überführt werden kann. Damit wird betont, dass Schutz, Anerkennung, Beteiligung und Aufarbeitung selbst machtförmig sind und auf ihre möglichen vulnerabilisierenden Wirkungen hin geprüft werden müssen (Leimgruber, 2022; Keul, 2025, 2023; Loretan, 2023).

11.7 Polarisierung, Rückkopplung und Schutzlogiken im Konfliktfeld »rituelle Gewalt«

Die vorangegangenen Überlegungen zu Vulnerabilität, Vulneranz und institutioneller Gewalt zeigen, dass professionelle und institutionelle Schutzräume verletzungsmächtig werden können, wenn asymmetrische Beziehungen, Deutungsmacht und Zuständigkeiten nicht ausreichend reflektiert und begrenzt werden. Für das Konfliktfeld »rituelle Gewalt« erhält diese Einsicht besonderes Gewicht, weil Schutz hier auf unterschiedliche Risiken zugleich bezogen ist: auf das Risiko von Nichtanerkennung, Bagatellisierung und fehlender Unterstützung ebenso wie auf das Risiko suggestiver Deutungsprozesse, Narrativbindung und Unklarheit institutioneller Zuständigkeiten. Diese Risiken werden im Diskurs häufig gegeneinander gestellt. Daraus entsteht ein Rückkopplungsproblem: Kritik an weitreichenden Annahmen des Narrativs kann als Missachtung Betroffener verstanden werden, während das Antizipieren von Delegitimierung fachliche Prüfung und begriffliche Präzisierung erschweren kann.

11.7.1 Das Rückkopplungsproblem der Existenzfrage

Die Kontroverse um »rituelle Gewalt« wird häufig über die Existenzfrage strukturiert. Damit ist gemeint, ob es »rituelle Gewalt« im Sinne des Narrativs, mit allen seinen Annahmen gibt: organisierte, ideologisch oder religiös gerahmte Täternetzwerke, die im Verborgenen agieren und durch extreme Gewalt gezielt Dissoziation, Persönlichkeitsspaltung, Amnesien und fortbestehende Steuerbarkeit erzeugten (vgl. Kapitel 2). In öffentlichen, fachlichen und institutionellen Debatten fungiert die Existenzfrage als Ordnungsachse über das Konfliktfeld »rituelle Gewalt« hinaus, weil sich an ihr

Positionen zu Traumafolgen, therapeutischer Diagnostik, Erinnerungsprozessen, Betroffenenberichten und Beweisbarkeit ausrichten. Je nachdem, ob das Narrativ geteilt oder zurückgewiesen wird, verändern sich Einschätzungen dazu, welche Berichte als plausibel gelten, welche Symptome als Hinweise auf verborgene Gewalt verstanden werden und welche Anforderungen an Prüfung und Belege gestellt werden (Fegert, 2022; Fegert & Urbaniok, 2024; Mokros et al., 2024; Schemmel & Volbert, 2021; Schemmel et al., 2024). Diese Ordnungsfunktion ist folgenreich, weil sie empirische, therapeutische, anerkennungstheoretische und institutionelle Ebenen eng miteinander verbindet. Die Kontroverse betrifft folglich nicht nur Nachweise bestimmter Tatstrukturen, sondern auch die Anerkennung von Leid, die Glaubwürdigkeit Betroffener, professionelle Haltung und Schutzverantwortung. Dadurch kann Anerkennung von Belastung und Unterstützungsbedarf an Zustimmung zum umfassenden Narrativ gebunden erscheinen. Zugleich kann Kritik an diesem Narrativ als Infragestellung Betroffener sexualisierter Gewalt insgesamt wahrgenommen oder sogar öffentlich denunziert werden.

Diese Rückkopplung reicht über das engere Konfliktfeld hinaus. Die gesellschaftliche Anerkennung sexualisierter Gewalt und ihrer Folgen ist historisch durch lange Phasen von Misstrauen, Bagatellisierung und institutioneller Abwehr geprägt. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach Gehör, Schutz und Anerkennung für Betroffene »ritueller Gewalt« als Reaktion auf historische Anerkennungsdefizite zu verstehen. Die Geschichte mangelnder Anerkennung prägt damit auch die Gegenwart der Debatte. Sie erhöht die Sensibilität dafür, wie Zweifel, Prüfung und Kritik formuliert werden und welche Wirkung sie auf Betroffene haben können. Diese Sensibilität ist begründet, trägt im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« jedoch dazu bei, dass begriffliche Unschärfe, fachlich problematische Handlungspraktiken, methodische Grenzen und empirische Unsicherheiten schwerer anzusprechen sind.

Die Auseinandersetzung um »rituelle Gewalt« kann dadurch erreichte Anerkennungspositionen irritieren. Wenn Zweifel an einem spezifischen Deutungsrahmen »rituelle Gewalt« auf andere Berichte über sexualisierte Gewalt übertragen werden, kann ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber Betroffenenberichten, Traumafolgen oder Unterstützungsansprüchen entstehen. Wenn dagegen jede Kritik an weiterreichenden Narrativannahmen als Delegitimierung von Betroffenenpositionen verstanden wird, wird die Möglichkeit fachlicher Rückfragen, methodischer Einordnungen und die Prüfung alternativer Deutungen begrenzt. In beiden Fällen wird die Unterscheidung schwieriger, worauf sich Anerkennung, Zweifel, Unterstützung oder Verantwortung jeweils beziehen: auf Leid und Hilfebedarf, auf konkrete Tatvorwürfe, auf therapeutische Interpretationen, auf empirische Belege oder auf institutionelles Handeln.

Für die Einordnung des Konfliktfeldes und des Studienbeitrags ist daher entscheidend, die Existenzfrage nicht als primäre Ordnungsachse zu übernehmen. Tragfähiger ist eine Unterscheidung konkreter Gegenstands- und Aussageebenen. Sexualisierte Gewalt, organisierte Ausbeutung, Gewalt durch mehrere Täter*innen, religiös oder ideologisch gerahmte Gewalt, spiritueller Missbrauch sowie rituelle oder sakrale Tat-

komponenten können jeweils beschrieben, untersucht und geprüft werden. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bezeichnet demgegenüber einen umfassenderen diskursiven Deutungsrahmen, der solche Gewaltberichte mit weiterreichenden Annahmen über geheime Gewaltstrukturen, »Mind Control«, »Programmierung«, gezielte Persönlichkeitsspaltung, fortbestehenden Täterkontakt und Amnesien verbindet. Auch unter Berücksichtigung dieser zentralen Unterscheidung bleibt die Kontroverse um »rituelle Gewalt« bestehen, sie schafft jedoch eine Voraussetzung dafür, die jeweils verhandelten Gegenstände genauer zu bestimmen und Anerkennung, Prüfung und Verantwortung weniger an Zustimmung oder Ablehnung des umfassenden Narrativs zu binden.

11.7.2 Anerkennung ohne Narrativbindung und ohne Nachweisverantwortung

Aus der Verknüpfung von Existenzfrage, Anerkennung und fachlicher Prüfung ergibt sich für Anerkennung, Betroffenenwissen und Aufarbeitung eine besondere Schwierigkeit. Personen, die über Leid, Belastung, Hilfebedarf, Gewalt, Erinnerungslücken, Therapieerfahrungen oder institutionelle Reaktionen sprechen, können im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« in die Position geraten, mit ihren Berichten mehr belegen zu sollen als die eigene Erfahrung und den eigenen Unterstützungsbedarf. Ihre Berichte können dann nicht nur als Zeugnisse von Erfahrung, Leid oder Hilfebedarf gehört, sondern im Konfliktfeld zugleich als Nachweis für die Existenz weiterreichender Annahmen des Narrativs gelesen werden. Dadurch kann Anerkennung an die Zustimmung zu diesem umfassenden Deutungsrahmen gebunden erscheinen. Gerade deshalb ist folgende Unterscheidung wichtig: Leid, Belastung, Traumafolgen, Hilfebedarf und Erfahrungen mit Institutionen können ernst genommen werden, ohne dass damit Aussagen über sämtliche Komponenten des Narrativs »Rituelle Gewalt« bestätigt werden müssten. Ebenso kann die Anerkennung oder Prüfung einer konkreten Gewalterfahrung erfolgen, ohne dass diese Erfahrung bereits in Annahmen des Narrativs eingeordnet werden müsste. Eine solche Differenzierung ist in der Lage, Betroffene gleichzeitig vor Missachtung und vor der Erwartung zu schützen, für weitreichende Deutungen einstehen zu müssen, die über ihre eigene Erfahrung und über den Geltungsanspruch ihrer Aussage hinausgehen.

Auch für Aufarbeitung ist diese Differenzierung zentral. Aufarbeitungsprozesse können unterschiedliche Aufgaben übernehmen: Sie können Leid sichtbar machen, institutionelles Handeln rekonstruieren, Unterstützungsbedarfe erheben, Schutzlücken benennen und Betroffene beteiligen. Sie können auch konkrete Tatvorwürfe und mögliche Ansprüche auf Unterstützungsleistungen prüfen, sofern Gegenstand, Verfahren und Zuständigkeit dafür geeignet sind. Diese Aufgaben folgen unterschiedlichen Logiken. Die Anerkennung von Leid verlangt andere Maßstäbe als die Prüfung einzelner Tatsachenbehauptungen. Die Rekonstruktion institutioneller Bedingungen unterschei-

det sich von der wissenschaftlichen Analyse therapeutischer Interpretationsprozesse. Hilfebedarfe können erhoben werden, ohne dass damit die empirische Bestätigung berichteter Taten oder weiterreichender Narrativannahmen verbunden sein muss. Für Aufarbeitung im Kontext »rituelle Gewalt« folgt daraus nicht nur die Notwendigkeit, den jeweiligen Gegenstand des Verfahrens sorgfältig zu klären. Erforderlich ist auch eine Verfahrensgestaltung, die Anerkennung, Unterstützung, Beteiligung, Tatsachenprüfung und institutionelle Verantwortungsübernahme nicht ineinander aufgehen lässt. Aufarbeitung sollte Leid und Hilfebedarfe sichtbar machen können, ohne Betroffene an die Bestätigung des umfassenden Narrativs zu binden. Zugleich sollte sie fachliche Prüfung und begriffliche Präzisierung ermöglichen, ohne dass diese als Missachtung oder Delegitimierung von Betroffenen erscheinen.

Für die vorliegende Studie ist an dieser Stelle die Unterscheidung zwischen Narrativ und Erklärungsmodell wichtig. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bildet den breiteren diskursiven Deutungsrahmen, in den auch die Studie eingebettet ist. Das in Kapitel 9 rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation beschreibt dessen therapeutisch-praktische Konkretisierung. Es verbindet Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine gezielt herbeigeführte Dissoziative Identitätsstörung und fungiert in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen als Interpretationsfolie für Biografie, gegenwärtige Lebenssituation und Symptomatik. Anhand dessen wird sichtbar, wie Anerkennung und Glaubhaftigkeit in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen an eine bestimmte Interpretation gebunden und so verengt werden können: Leid und Belastung der Patient*innen werden ernst genommen, sofern sie als Hinweise auf verborgene Gewalt und Steuerung verstanden werden. Als glaubhaft an ihren Erzählungen wird vor allem markiert, was sich in diese Interpretation einfügt. Zweifel oder alternative Erklärungen werden hingegen nicht als genuiner Ausdruck der Patient*innen berücksichtigt, sondern mithilfe von Narrativannahmen als Tätersteuerung delegitimiert.

Für epistemische Gerechtigkeit ist daran bedeutsam, dass Gehör und Interpretationsoffenheit auseinanderfallen können. Eine Person kann gehört werden und zugleich eine Einschränkung ihrer Möglichkeit erfahren, die eigene Erfahrung anders zu verstehen oder alternative Interpretationen einzubringen. In den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen zeigt sich dies daran, dass Leid und Belastung zwar ernst genommen, aber an die Plausibilität des Erklärungsmodells gebunden werden. Als glaubhaft gilt, was sich in dieses Modell einfügt; Zweifel, Unsicherheit oder andere Selbstdeutungen werden dagegen nicht im gleichen Maße als Ausdruck der Patient*innen anerkannt. Dadurch wird ihre Position als Wissenssubjekte eingeschränkt: Sie können sprechen und werden gehört, aber nicht alle ihre Interpretationen erhalten denselben epistemischen Status. Sie erfahren Anerkennung – eine verengte und epistemisch ungerechte Form der Anerkennung. Für die Aufarbeitung im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« folgt daraus, dass Anerkennung nicht an die Bestätigung des Narrativs gebunden werden darf. Betroffenenperspektiven sollten als Hinweise auf Leid, Belastung, Hilfebedarf,

Gewalt- und Institutionserfahrungen ernst genommen werden, ohne ihnen zugleich eine Beweisfunktion für umfassende Narrativannahmen zuzuschreiben. Eine solche Anerkennung hält unterschiedliche Aufgaben auseinander: Zuhören, Unterstützen, Beteiligen, Prüfen, Einordnen und institutionelle Verantwortung klären. Gerade diese Unterscheidung schützt vor zwei gegenläufigen Verkürzungen: vor der pauschalen Diskreditierung Betroffener ebenso wie vor der Überforderung ihrer Berichte durch eine Nachweisverantwortung für das Gesamtnarrativ.

11.7.3 Schutzlogiken und Verletzlichkeitsparadox

Nach der Analyse der Existenzfrage und der Anerkennungsproblematik lässt sich genauer bestimmen, weshalb Schutz im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« selbst ambivalent werden kann. Zunächst ist anzuerkennen, dass der Schutz vor Unglauben, Bagatellisierung, fortgesetzter Gewalt, suggestiven Interpretationsprozessen, Behandlungsfehlern, Falschbeschuldigungen sowie ungeklärten institutionellen Zuständigkeiten und vermischten Verfahrenslogiken jeweils auf relevante Risiken verweist. Problematisch wird Schutz dort, wo eine Schutzlogik andere Risiken überlagert und dadurch selbst verletzungsmächtig werden kann. Das Konzept des Verletzlichkeitsparadox (Keul, 2025) hilft, diese Dynamik zu fassen: Strategien, die Vulnerabilität reduzieren sollen, können unter bestimmten Bedingungen neue Verwundbarkeiten hervorbringen oder bestehende verstärken. Im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« wird dies sichtbar: Schutz vor angenommener Tätergefährdung führt in den rekonstruierten Behandlungsverläufen zu Kontaktabbrüchen, sozialer Isolation, Misstrauen gegenüber Angehörigen und sich selbst, anhaltendem Bedrohungserleben und Abhängigkeit von einzelnen Fachpersonen. Das Bemühen, Betroffenenberichte nicht vorschnell infrage zu stellen, kann in eine Interpretationspraxis übergehen, in der Zweifel und alternative Erklärungen nur eingeschränkt bearbeitbar sind. Das Bemühen, Betroffene nicht erneut abzuwerten, kann zudem dazu führen, dass Unsicherheiten, methodische Grenzen und fachliche Kritik nicht ausreichend ausgesprochen werden.

Diese Ambivalenz von Schutz zeigt sich deutlich am in der Studie herausgearbeiteten Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation. Es kann für Patient*innen Orientierung und Sinngebung leisten und Schutz versprechen. In Situationen hoher Belastung, Verunsicherung und lang andauernder Hilfesuche ordnet es disparate Symptome, biografische Brüche, innere Unruhe, Erinnerungslücken und Beziehungsschwierigkeiten in einen kohärenten Zusammenhang ein. Gerade diese ordnende Funktion trägt, wie in Kapiteln 9 und 10 gezeigt wurde, zu seiner Plausibilität bei. Vulnerant wird dieses Schutzversprechen jedoch dort, wo die hergestellte Ordnung gegen Irritationen abgeschirmt wird. Dann stabilisiert das Modell nicht nur Orientierung, sondern verstärkt zugleich die Vorstellung, einer mächtigen, verborgenen und fortdauernden Gewalt ausgeliefert zu sein.

Diese Dynamik zeigt sich auf mehreren Ebenen: Zweifel von Patient*innen können als Ausdruck von Dissoziation, Abwehr, »Programmierung« oder »täterloyalen Anteilen« gedeutet werden. Alternative Erklärungen für Symptome verlieren dadurch an Gewicht. Angehörige oder andere Fachpersonen können als unwissend, verharmlosend oder gefährlich erscheinen. Institutionelle Kommunikation kann Annahmen über akute Gefährdung oder Täterkontakt aufnehmen, ohne dass deren Status als Hypothese, Deutung oder überprüfbare Tatsache hinreichend geklärt ist. Auf diese Weise kann ein Schutzversprechen die Möglichkeit von Selbstbestimmung, sozialer Unterstützung, alternativen Perspektiven und fachlicher Prüfung schwächen. Schutz ist deshalb nicht nur individualtherapeutisch, sondern auch sozial-relational zu bestimmen. Therapeutisch oder institutionell stabilisierte Interpretationen können Angehörige, beschuldigte Dritte und soziale Beziehungen erheblich belasten, insbesondere wenn Annahmen über Täterkontakt, Mitwisserschaft oder Gefährlichkeit ohne ausreichende Prüfung handlungsleitend werden.

Folglich betrifft die Ambivalenz von Schutz auch professionelle Hilfebeziehungen. Therapie, Beratung und Seelsorge sind auf Vertrauen angewiesen und zugleich keine machtfreien Räume. Professionelle Interpretationen, diagnostische Einschätzungen, Empfehlungen und Beziehungsgestaltung können erhebliche Bedeutung für Selbstverständnis, Lebensführung und soziale Beziehungen gewinnen. Ihre Schutzfunktion hängt deshalb davon ab, ob ihre asymmetrische Struktur reflektiert bleibt. Dazu gehören – auch im Sinne der Qualitätssicherung – diagnostische Offenheit, gemeinsame Zielklärung, die Anerkennung von Zweifeln, die Prüfung alternativer Interpretationen, die Begrenzung von Zuständigkeiten, transparente Dokumentation, Supervision, Beschwerdemöglichkeiten sowie die Wahrung von Autonomie und Teilhabe.

Für ehemalige Patient*innen nach Ablösung aus dem Erklärungsmodell kann gerade das Spannungsverhältnis der Schutzlogiken belastend werden. Affirmativ geprägte Hilfekontexte können als erneute Bindung an das frühere Modell erlebt werden. Kritisch geprägte Kontexte können demgegenüber als korrigierend oder nicht anschlussfähig erscheinen. Dadurch entsteht eine Versorgungslücke zwischen den etablierten Positionen des Konfliktfeldes. Erforderlich sind Hilfen, die Anerkennung, diagnostische Offenheit, kritische Reflexion und Stabilisierung miteinander verbinden. Der Schutz dieser ehemaligen Patient*innen besteht hier in der Wiederherstellung von sozialer Teilhabe, Selbstvertrauen und Orientierung.

Insgesamt ergibt sich für das Konfliktfeld »rituelle Gewalt«, dass Schutz differenziert bestimmt werden muss. Er richtet sich nicht nur auf die Vermeidung von Infragestellung, Bagatellisierung und fehlender Hilfe. Ebenso betrifft er die Wahrung von Autonomie, die Offenhaltung von Interpretationsmöglichkeiten, den Schutz vor suggestiven und entgrenzten Prozessen sowie die Sicherung überprüfbarer Verfahren. Damit wird Schutz nicht auf eine einzelne Risikoseite reduziert. Berücksichtigt wird vielmehr, dass Verletzung sowohl durch Nichtanerkennung als auch durch deutende Vereinnahmung entstehen kann.

11.7.4 Differenzierung als professionelle und institutionelle Anforderung

Aus der dargestellten Rückkopplung zwischen Existenzfrage, Anerkennung und fachlicher Prüfung sowie der Ambivalenz von Schutz folgt, dass Differenzierung im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« nicht nur eine begriffliche Aufgabe ist. Sie betrifft auch professionelle und institutionelle Verfahren, innerhalb derer Leid und Unterstützungsbedarf, berichtete Gewalterfahrung, therapeutische Hypothese, Diagnose, institutionelle Reaktion, wissenschaftliche Rekonstruktion und forensisch prüfbare Tatsachenbehauptung voneinander unterscheidbar bleiben sollten. Gegenstands-, Aussage- und Verfahrensebenen können sich in konkreten Hilfe-, Forschungs- und Aufarbeitungsverläufen berühren, folgen jedoch unterschiedlichen Maßstäben. Eine solche Unterscheidung kann dazu beitragen, Kritik an weiterreichenden Narrativannahmen nicht auf Betroffenenberichte insgesamt zu übertragen. Sie kann zugleich sichtbar machen, dass Betroffenenberichte nicht die Funktion übernehmen müssen, ein umfassendes Narrativ zu belegen. Für therapeutische und beratende Kontexte ist zudem bedeutsam, dass Hypothesen als ebensolche erkennbar bleiben, damit Zweifel, Unsicherheit und alternative Erklärungen sag- und bearbeitbar bleiben.

Für Forschung und Aufarbeitung ist diese Unterscheidung ebenfalls relevant. Explorative Studien, vertrauliche Anhörungen, Betroffenenberichte, Aktenanalysen, qualitative Rekonstruktionen, Versorgungserhebungen und strafrechtliche Ermittlungen erzeugen unterschiedliche Wissensformen. Ihre Ergebnisse sind nicht ohne Weiteres ineinander übersetzbar. Gerade im polarisierten Konfliktfeld »rituelle Gewalt« ist es daher wichtig, die Aussagekraft und die Grenzen unterschiedlicher Wissensformen transparent zu machen. Die vorliegende Studie trägt zu dieser Differenzierung bei, indem sie sich jenseits der Existenzfrage verortet und innerhalb des Konfliktfeldes eine spezifische Erkenntnisebene einnimmt. Sie kann keine Aussagen zu Existenz und/oder Prävalenz »ritueller Gewalt« machen. Ihr Gegenstand ist die Analyse von Therapie- und Beratungsverläufen, in denen das Narrativ »Rituelle Gewalt« als Interpretationsrahmen praktisch wirksam wurde. Im Zentrum steht die Frage, wie das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation fallbezogen plausibel wird, wie es in therapeutischen und beraterischen Beziehungen, in Praktiken, biografischen Selbstdeutungen, Dokumentationen und institutionellen Bezügen stabilisiert und/oder revidiert wird und welche Folgen diese Prozesse haben können. Die Ergebnisse zeigen, dass das therapeutisch-praktisch verwendete Erklärungsmodell nicht nur eine Einordnung von Belastungen ermöglicht, sondern auch den weiteren Hilfeverlauf strukturieren kann. Gerade dort, wo es gegen Irritationen abgeschirmt wird, kann es Züge epistemischer Schließung annehmen: Zweifel, Gegenperspektiven und alternative Erklärungen werden dann nicht mehr als prüfbedürftige Einwände, sondern innerhalb des Modells selbst gedeutet. Es bestimmt Symptomverständnis, biografische Selbstdeutungen, therapeutische Zielsetzungen, Beziehungsgestaltung, Hilfesystemkontakte und institutionelle

Kommunikation mit. Da das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Therapie- und Beratungsverläufe mitstrukturieren kann, ist der Status von Aussagen und Verfahren sorgfältig zu klären und zu unterscheiden. Hierin liegt der Beitrag der Studie zur Differenzierung des Konfliktfeldes: Sie rekonstruiert die Prozesse, durch die ein umstrittenes Narrativ in therapeutischen und beraterischen Kontexten zu einem handlungsleitenden Erklärungsmodell wird. Dadurch wird sichtbar, wie sich der Status von Äußerungen und Interpretationen im Verlauf verändern kann: Belastungen und Hilfebedarfe können als Hinweise auf verborgene Gewalt gelesen werden und therapeutische Hypothesen können sich zu einer dominanten Interpretation verdichten, die schließlich Beziehungsgestaltung, Schutzentscheidungen, Dokumentationen und institutionelle Kommunikation prägt.

Die vorangegangenen Abschnitte zeigen, dass die Polarisierung des Konfliktfeldes »rituelle Gewalt« nicht allein durch unterschiedliche Einschätzungen zur Existenzfrage entsteht, sondern auch durch Rückkopplungen zwischen Anerkennung, Prüfung und Schutz. Differenzierung ist deshalb eine professionelle und institutionelle Anforderung: Sie hält den Status von Interpretationen, Berichten, Hypothesen, Schutzbegründungen und Prüfverfahren transparent. Dadurch ist es möglich, Leid, Hilfebedarf und mögliche Gewalt ernst zu nehmen, ohne Interpretationen vorschnell zu schließen oder Betroffene mit einer Nachweisverantwortung für umfassende Narrativannahmen zu versehen. Zugleich können fachliche Prüfung und begriffliche Präzisierung erfolgen, ohne dass sie als Missachtung Betroffener verstanden werden müssen.

Die Studie ist selbst Teil des Konfliktfeldes, das sie untersucht. Sie steht in einer Auseinandersetzung, in der Fragen von Gewalt, Trauma, Erinnerung, Glaubhaftigkeit, therapeutischer Verantwortung und institutioneller Aufarbeitung eng miteinander verschränkt sind. Ihr Beitrag liegt darin, an konkreten Therapie- und Beratungsverläufen sichtbar zu machen, wie Anerkennung, Schutz, Interpretation, Prüfung und institutionelle Verantwortung in Autonomie und Teilhabe beschränkender Weise miteinander verknüpft werden können – und weshalb ihre Unterscheidung für die professionelle Praxis und Aufarbeitung bedeutsam ist. In dieser Doppelbewegung ordnet sich die Studie in das Konfliktfeld ein und trägt zugleich zu dessen analytischer Ordnung bei.

11.8 Zusammenfassung

Das Kapitel ordnet die empirischen Befunde der Studie in die breiteren fachlichen, gesellschaftlichen und institutionellen Debatten um Gewalt, Trauma, Anerkennung, Aufarbeitung und professionelle Verantwortung ein. Im Zentrum steht das Konfliktfeld »rituelle Gewalt«, in dem Fragen nach empirischer Nachweisbarkeit, Anerkennung von Betroffenen, Schutzbedarfen, therapeutischer Interpretationsmacht und epistemischer Unsicherheit eng miteinander verschränkt sind. Eine wesentliche Voraussetzung für

eine sachliche Verständigung liegt in der begrifflichen Differenzierung zwischen sexualisierter Gewalt, spirituellem Missbrauch, rituellen oder sakralen Tatkomponenten sowie deren missbräuchlichem Einsatz als Täterstrategie und dem Narrativ »Rituelle Gewalt« als umfassendem Deutungsrahmen.

Herausgearbeitet wurde zudem, dass Anerkennung von Leid, Gewaltfolgen und Unterstützungsbedarf nicht an die Übernahme eines bestimmten Deutungsrahmens gebunden sein darf. Epistemische Gerechtigkeit verlangt sowohl Schutz vor Nicht-Gehörtwerden und Bagatellisierung als auch Schutz vor deutender Vereinnahmung durch vorstrukturierte Interpretationsrahmen. Betroffenenwissen ist dabei als plural zu verstehen und umfasst Zeugenschaft, Erfahrungsexpertise, Strukturwissen sowie fachliche und politische Kompetenzen, ohne dass aus einzelnen Perspektiven für alle Betroffenen gesprochen werden könnte.

Aufarbeitung und institutionelle Verantwortung erfordern transparente, unabhängige und beteiligungssensible Verfahren, die zugleich ihre eigenen Macht- und Verletzungspotenziale reflektieren. Die Perspektive auf Vulnerabilität, Vulneranz und institutionelle Gewalt verdeutlicht, dass Schutz-, Anerkennungs- und Beteiligungsprozesse selbst verletzungsmächtig werden können. Für das Konfliktfeld »rituelle Gewalt« folgt daraus, dass Anerkennung ohne Narrativbindung, professionelle Differenzierung und epistemische Zurückhaltung zentrale Voraussetzungen eines verantwortlichen Umgangs darstellen.

12 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Aus der Auswertung des empirischen Interview- und Dokumentenmaterials, der theoretischen Diskussion der Ergebnisse und ihrer gesellschaftlichen Einordnung ergeben sich Schlussfolgerungen für Psychotherapie, Beratung, Supervision, Aufarbeitung, Forschung, Politik und fachöffentlichen Diskurs. Im Zentrum steht die Frage, wie professionelle Hilfe in einem konflikthaften und erkenntnistheoretisch umstrittenen Gegenstandsbereich so gestaltet werden kann, dass Leid und Unterstützungsbedarf anerkannt, Autonomie und Teilhabe gewahrt sowie fachliche Verantwortung überprüfbar gemacht werden.

Die analysierten Therapie- und Beratungsverläufe zeigen, wie das Narrativ »Rituelle Gewalt« in Therapie und Beratung behandlungsbezogen wirksam werden kann. Das in Kapitel 9 rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation verbindet Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine gezielt erzeugte Dissoziative Identitätsstörung. In den untersuchten Verläufen fungiert es als Interpretationsrahmen für Biografie, gegenwärtige Lebenssituation und psychische Symptomatik der Patient*innen. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bildet dabei den breiteren diskursiven Deutungsrahmen. Das Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation bezeichnet dessen therapeutisch-praktische Konkretisierung, in der die narrative Figur interaktiv zu einer handlungsleitenden Orientierung für Interpretation, Intervention und Schutzhandeln verdichtet wird.

Die Ergebnisse sprechen dafür, problematische Therapie- und Beratungsverläufe in diesem Feld als mehrfaktorielles Geschehen zu verstehen. Zu den bedingenden Faktoren gehören: biografische Belastungen, therapeutisch-interaktionelle Dynamik, fachliche Vorannahmen, institutionelle Strukturen, Dokumentationspraktiken und diskursive Rahmungen. Prävention muss deshalb auf mehreren Ebenen ansetzen. Erforderlich sind Rahmenbedingungen, die professionelles, reflektiertes und ethisch verantwortliches Handeln fördern und das Risiko von Behandlungsfehlern, Grenzverletzungen, suggestiven Prozessen, sozialer Isolation und anderen belastenden Entwicklungen verringern.

Für die folgenden Empfehlungen ist die Unterscheidung unterschiedlicher Aussage- und Erkenntnisebenen leitend. Subjektives Erleben, therapeutische Hypothesen, diagnostische Einschätzungen, empirische Befunde, institutionelle Bewertungen und überprüfbare Tatsachenbehauptungen folgen unterschiedlichen Maßstäben. Diese Differenzierung ist besonders bedeutsam, da Annahmen über organisierte oder »rituelle Gewalt«, Täterkontakt, »Programmierung«, wiedergewonnene Erinnerungen oder Dissoziative Identitätsstörung weitreichende Folgen für Selbstverständnis, Behand-

lung, soziale Beziehungen, Schutzentscheidungen und institutionelle Kommunikation haben, mit weitreichenden Folgen für Patient*innen und Angehörige einhergehen sowie Auswirkungen auf gesellschaftliche Anerkennung und die Wahrnehmung von Traumatherapie und Glaubhaftigkeit von Gewaltbetroffenen haben können.

Professionelle Hilfe in diesem Gegenstandsbereich setzt fachliche Qualifikation, Interpretationsoffenheit und Qualitätssicherung voraus. Anerkennung von Leid und Unterstützungsbedarf ist mit sorgfältiger Prüfung therapeutischer Interpretationen, diagnostischer Einschätzungen und Schutzmaßnahmen zu verbinden. Schutzorientiertes Handeln ist daran zu messen, ob es Autonomie, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe der Patient*innen wahrt. Und – professionelle Hilfe muss frei von Gewalt sein.

Die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe machen deutlich, dass problematische Entwicklungen mit einer frühen Verfestigung therapeutischer Interpretationen, einer mangelnden Auseinandersetzung mit dem Zweifel der Patient*innen, suggestiv gerahmten Erinnerungssuchen, einer Ausweitung professioneller Zuständigkeiten in den Alltag hinein sowie mit autonomieeinschränkendem Schutzhandeln verbunden ist. Besonders folgenreich wird dies, wenn das Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation Behandlungsziele, Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, Gefährdungsannahmen und Beziehungsgestaltung strukturiert. In solchen Verläufen kumulieren Grenzverletzungen, Behandlungsfehler und Formen unethischen Verhaltens. In einzelnen Behandlungsverläufen tiefer Immersion kommen körperliche und sexualisierte Gewalthandlungen von Therapeut*innen gegenüber Patient*innen hinzu.

Die Frage nach einer gewaltfreien Behandlung ist von strafrechtlicher und standesrechtlicher Relevanz. Sie berührt Patient*innenrechte, professionelle Ethik und institutionelle Verantwortung. Sie betrifft zunächst den Schutz vor konkreten Gewalthandlungen und Grenzverletzungen sowie deren Klärung und Aufarbeitung. Zugleich richtet sie den Blick auf die Bedingungen professioneller Hilfe insgesamt. Gewaltfreiheit bezeichnet in diesem Zusammenhang nicht nur die Abwesenheit körperlicher, sexualisierter oder psychischer Gewalt. Sie setzt auch voraus, dass Behandlungsbeziehungen so gestaltet werden, dass Würde, Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe von Patient*innen gewahrt bleiben. Gerade in konflikthaften, hoch belasteten und erkenntnistheoretisch unsicheren Gegenstandsbereichen wird Gewaltschutz daher zu einer Frage institutioneller Verantwortung und professioneller Qualitätssicherung.

Schutzkonzepte gegen (sexualisierte) Gewalt bieten hierfür einen geeigneten Rahmen. Sie bündeln präventive, intervenierende und aufarbeitende Maßnahmen, durch die Einrichtungen und Fachpersonen Gewalt, Grenzverletzungen, Behandlungsfehler und andere problematische Entwicklungen möglichst verhindern, früh erkennen, angemessen bearbeiten und aus ihnen lernen können. Für den hier untersuchten Gegenstandsbereich sind Schutzkonzepte deshalb nicht allein als Reaktion auf manifeste Gewaltvorfälle zu verstehen. Sie dienen zugleich der Sicherung fachlicher Standards,

der Klärung von Verantwortlichkeiten, der Ermöglichung von Beschwerde und Aufarbeitung sowie der kontinuierlichen Reflexion jener Bedingungen, unter denen professionelle Hilfe selbst zum Risiko werden kann.

Für Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht durch die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Verpflichtung, Maßnahmen zum Schutz vor (sexualisierter) Gewalt gegenüber Patient*innen vorzusehen. Darin heißt es: »Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern.« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020, S. 1)

Die Richtlinie adressiert grundsätzlich alle Patient*innengruppen im Gesundheitswesen und berücksichtigt zugleich beide Kontexte, in denen medizinische Einrichtungen mit Gewalt in Berührung kommen können: Einerseits kann Gewalt innerhalb der Institution stattfinden, andererseits können Menschen, die außerhalb der Einrichtung Gewalt erfahren haben, diese zur Diagnostik, Behandlung oder Therapie aufsuchen. Die Regelung trägt damit der doppelten Verantwortung medizinischer Einrichtungen Rechnung, sowohl Schutzorte als auch Kompetenzorte zu sein. Mit dem Begriff des Schutzortes ist gemeint, dass institutionelle Strukturen, Verfahren und Verantwortlichkeiten so gestaltet werden, dass Grenzüberschreitungen und Gewalt möglichst verhindert, frühzeitig erkannt, benannt und wirksam beendet werden können. Einrichtungen sollen somit verhindern, selbst zum Ort der Gewaltausübung zu werden. Der Begriff des Kompetenzortes verweist demgegenüber darauf, dass von Gewalt betroffene Personen innerhalb der Institution fachkundige Unterstützung, angemessene Versorgung und kompetente Hilfe erhalten müssen (Kappler et al., 2019).

Um dies erreichen zu können, benennt und konkretisiert die Qualitätsmanagement-Richtlinie Maßnahmen der Prävention, Intervention und Aufarbeitung als Elemente von Schutzkonzepten für Kliniken: »Die Schutzkonzepte gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen (...) sollen in Kliniken basierend auf einer Gefährdungsanalyse mindestens folgende Elemente umfassen:

1. Prävention (u. a. Information und Fortbildung der Mitarbeiter, Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, Selbstverpflichtung und Verhaltenskodex, altersangemessene Beschwerdemöglichkeit, vertrauensvoller Ansprechpartner sein, spezielle Vorgaben zur Personalauswahl),
2. Interventionsplan (z. B. bei Verdachtsfällen, aufgetretenen Fällen, Fehlverhalten von Mitarbeitern) und
3. Aufarbeitung (u. a. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit aufgetretenen Fällen entwickeln).« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020, S. 3)

Hierfür sind geeignete organisatorische Strukturen, eine systematische Risikoanalyse sowie eine professionelle Haltung der Fachpersonen notwendig, die eine kritische Reflexion des eigenen Handelns ermöglicht und aktiv fördert (Kölch & Fegert, 2018).

Die folgenden Empfehlungen konkretisieren diesen Schutz- und Qualitätssicherungsauftrag für Beratung und Psychotherapie mit Bezug zum Narrativ »Rituelle Gewalt« im ambulanten und stationären Setting. Aus-, Fort- und Weiterbildung sollen Fachpersonen für begriffliche, diagnostische, erinnerungsbezogene und berufsethische Risiken sensibilisieren. Therapie und Beratung benötigen transparente Ziele, diagnostische Offenheit, klare Rollengrenzen und eine sorgfältige Begründung von Schutzentscheidungen. Supervision, Intervision und Qualitätssicherung sollen therapeutische Interpretationen überprüfbar halten und kritische externe Einschätzungen ermöglichen. Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen sollen problematische Verläufe zugänglich machen und institutionelle Weiterentwicklung unterstützen.

12.1 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Ein erster Ansatzpunkt der Qualitätssicherung betrifft die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonen in Psychotherapie, Beratung, Supervision und angrenzenden psychosozialen Arbeitsfeldern. Die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe zeigen, dass fachliche Qualifikation in diesem Zusammenhang über störungsspezifisches Wissen hinausgeht. Erforderlich ist die Fähigkeit, mit diagnostischer Unsicherheit, widersprüchlichen Informationen, hoher emotionaler Belastung, professioneller Interpretationsmacht und diskursiv aufgeladenen Begriffen sorgfältig umzugehen.

Die Kontroverse um das Narrativ »Rituelle Gewalt« macht deutlich, dass Fachpersonen in einem Feld arbeiten, in dem subjektive Berichte, therapeutische Erfahrungen, empirische Bewertungen, normative Schutzanliegen und institutionelle Positionierungen unterschiedliche Erkenntnisansprüche haben und in der Praxis eng aufeinander bezogen werden. Daraus ergibt sich für Ausbildung und Weiterbildung die Anforderung, diese Ebenen unterscheidbar zu halten. Eine unzureichende Unterscheidung kann dazu beitragen, dass therapeutische Interpretationen einen Geltungsanspruch erhalten, der über ihren fachlichen Status hinausgeht.

Ausbildung sollte daher begriffliche Differenzierungsfähigkeit vermitteln. Fachpersonen benötigen die Fähigkeit, klar zwischen sexualisierter Gewalt, organisierter sexualisierter Gewalt, spirituellem Missbrauch, rituellen oder sakralen Tatkomponenten, dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und dem rekonstruierten Erklärungsmodell zu unterscheiden. Sexualisierte Gewalt benennt eine Gewaltform; organisierte sexualisierte Gewalt verweist auf Formen koordinierter Täterschaft oder Ausbeutung; spiritueller Missbrauch bezeichnet eine Macht- und Deutungsbeziehung; rituelle oder sakrale Tatkomponenten betreffen Aspekte der Ausführung, Rahmung oder Bedeutungsaufladung von Gewalt. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« bezeichnet einen breiteren diskursiven Deutungsrahmen, in dem Annahmen über organisierte Gewalt, Täternetzwerke, gezielte Persönlichkeitsspaltung, Steuerbarkeit und fortbestehende Gefährdung miteinander verbunden werden.

Das Erklärungsmodell beschreibt dessen therapeutisch-praktische Konkretisierung in den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen. Für die Praxis folgt daraus, konkrete Tat-, Kontext- und Interpretationselemente möglichst präzise zu benennen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten darauf vorbereiten, berichtete Handlungen, Autoritätsverhältnisse, Räume, Symbole, Sprachformen und transzendente Bezüge sowie deren Funktion im berichteten Geschehen getrennt zu erfassen. Dabei ist zu prüfen, ob solche Elemente als konkrete Tatbestandteile, als symbolische oder religiöse Rahmung, als Ausdruck spirituellen bzw. geistlichen Missbrauchs oder als Täterstrategien zur Legitimation, Einschüchterung, Bindung oder Geheimhaltung beschrieben werden. Zu berücksichtigen ist auch, ob bestehende Riten, Rituale oder religiöse Praktiken missbräuchlich umgedeutet und funktionalisiert wurden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten darüber hinaus für die ambivalente Funktion des Begriffs »rituelle Gewalt« sensibilisieren. Erforderlich ist eine Haltung, die den Begriff als mögliche Selbstbeschreibung Betroffener ernst nimmt und zugleich zwischen subjektiver Bedeutung, analytischer Kategorie, therapeutischer Hypothese und umfassendem Narrativ »Rituelle Gewalt« unterscheidet.

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft Wissen über Traumafolgestörungen, dissoziative Symptome und Dissoziative Identitätsstörung. Traumatische Erfahrungen können mit unterschiedlichen psychischen, somatischen und interpersonellen Folgen verbunden sein. Dissoziative Symptome treten in verschiedenen klinischen Zusammenhängen auf und erlauben für sich genommen keine eindeutigen Rückschlüsse auf bestimmte biografische Ursachen sowie Schwere, Dauer oder Art von Gewalterfahrungen. Es widerspricht daher dem Stand der Forschung und der Professionalität, dissoziative Symptome zum Ausgangspunkt für eine Suche nach vermuteten Erinnerungen zu nehmen. Die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung erfordert eine sorgfältige, methodisch abgesicherte Diagnostik. Ätiologische Annahmen, diagnostische Kriterien, alternative Erklärungen, Komorbiditäten sowie mögliche Einflüsse therapeutischer, sozialer und digitaler Kontexte sind in die Beurteilung mit einzubeziehen. Dazu zählen auch Social Media, Peer-Kontexte und digitale Selbstthematisierung dissoziativer Identität, die Selbstbeschreibungen, Erwartungen und diagnostische Suchbewegungen beeinflussen können.

Besondere Bedeutung kommt der Vermittlung von Wissen über Gedächtnis, Erinnerung und Suggestion zu. Autobiografische Erinnerung ist rekonstruktiv und wird durch gegenwärtige Deutungen, soziale Rückmeldungen, Emotionen und therapeutische Interaktionen beeinflusst. Fachpersonen sollten lernen, subjektives Erleben, emotionale Plausibilität, therapeutische Hypothesen und empirisch überprüfbare Tatsachen konsequent zu unterscheiden. Neue oder unklare Erinnerungsinhalte erfordern fachliche Zurückhaltung. Subjektive Belastungen der Patient*innen sind als Ausgangspunkt der Therapie ernst zu nehmen, ohne damit eine faktische Bestätigung vorzunehmen. Berichte über »rituelle Gewalt« sollten als ein Hinweis auf besonderen Reflexionsbedarf und ein Anlass zu besonderer fachlicher Sorgfalt wahrgenommen werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten zudem für therapeutische Interpretationsmacht und Beziehungsgestaltung sensibilisieren. Gute psychotherapeutische Praxis ist unter anderem von diagnostischer Sorgfalt, gemeinsamer Zielklärung, Aufklärung, Mitbestimmung, therapeutischer Beziehung, Reflexion des Behandlungsverlaufs und Qualitätssicherung geprägt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass therapeutische Interpretationen Behandlungsziele, Selbstdeutung, soziale Beziehungen, Schutzentscheidungen und institutionelle Kommunikation beeinflussen können. Fachpersonen sollten deshalb noch stärker als bisher dazu angeregt werden, eigene Vorannahmen, emotionale Beteiligung, Rettungsimpulse, Faszination für komplexe Fallkonstellationen, Exklusivitätsansprüche und Grenzverschiebungen zu reflektieren. Professionelle Beziehungsgestaltung benötigt gerade in komplexen und belasteten Therapie- und Beratungsverläufen klare Rollengrenzen, transparente Zielsetzungen und eine fortlaufende Prüfung der Frage, ob therapeutisches Handeln Autonomie, Selbstwirksamkeit und Teilhabe der Patient*innen stärkt.

Auch Wissen über geschlossene Deutungszusammenhänge und verschwörungsmythische Strukturmerkmale ist für die Qualifikation von Fachpersonen relevant. Verschwörungsmythen sind Deutungen, die geheime und zielgerichtet handelnde Tätergruppen annehmen, Erklärungslücken schließen, Kontroll- und Zugehörigkeitsbedürfnisse adressieren und gegenüber Widerspruch resistent sein können. Solche Strukturmerkmale sind für das rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation heuristisch bedeutsam; insbesondere Totalisierung, Immunisierung gegen Kritik, Binnen-Außen-Grenzen und Handlungswirksamkeit. Ausbildung sollte Fachpersonen befähigen zu erkennen, wann Deutungen eine schließende Struktur annehmen, Zweifel in die Deutung selbst integriert werden und alternative Erklärungen an Gewicht verlieren. Darüber hinaus sollte eine Reflexion des eigenen Verschwörungsglaubens in Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden.

Schließlich sollten berufsethische, rechtliche und qualitätssichernde Grundlagen praxisnah vermittelt werden. Dazu gehören Abstinenz, professionelle Rollengrenzen, Aufklärung, Dokumentation, Schweigepflicht, Patient*innenrechte, Beschwerdemöglichkeiten, Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlung, Behandlungsfehler und unethisches Verhalten. Besonders geeignet erscheinen Lehrformate, in denen schwierige Therapiesituationen, dokumentierte Verlaufsdynamiken und Grenzverschiebungen anhand von Vignetten, Supervisionsbeispielen oder interdisziplinären Fallbesprechungen bearbeitet werden.

Im Rahmen von Schutzkonzepten erhalten Aus-, Fort- und Weiterbildung eine präventive und qualitätsentwickelnde Funktion. Sie verbinden Wissensvermittlung mit der regelmäßigen Prüfung fachlicher Routinen, therapeutischer Annahmen und institutioneller Umgangsweisen. Dazu gehört die Orientierung an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, an Leitlinien und an berufsethischen Standards ebenso wie die Bereitschaft, eigenes Handeln in Supervision, Intervision, Konsil oder zweiter fachlicher Einschätzung prüfen zu lassen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020;

Kölch & Fegert, 2018; Bundespsychotherapeutenkammer, 2017; Hoyer & Knappe, 2020; Jacobi & Brehm, 2020). Diese Anforderungen entsprechen zugleich berufsethischen und berufsrechtlichen Grundpflichten: Ärztliches und psychotherapeutisches Handeln ist am Wohl der Patient*innen, an der Achtung ihrer Autonomie und Würde, an der Vermeidung von Schaden sowie an wissenschaftlich fundierter und qualitätsgesicherter Berufsausübung auszurichten (Weltärztebund, 2017; Bundespsychotherapeutenkammer, 2017). Die rekonstruierten Verläufe zeigen, welche Bedeutung diese Verpflichtung gerade dort gewinnt, wo von Leitlinien abgewichen sowie diagnostische Offenheit, transparente Zielklärung, Abstinenz, nicht suggestives Vorgehen und externe fachliche Prüfung nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Dokumentation sollte dabei als eigener Ausbildungsgegenstand behandelt werden. Diagnosen, Verlaufsberichte, Anträge und andere institutionelle Schreiben bilden therapeutische Hypothesen und Interpretationen nicht lediglich ab. Sie können diese stabilisieren und in andere Kontexte übertragen. Dokumentation muss deshalb erkennbar zwischen therapeutischer Hypothese, diagnostischer Einschätzung, Gefährdungsannahme und überprüfter Tatsache unterscheiden. Dies ist besonders relevant, wenn Annahmen über organisierte oder »rituelle Gewalt«, Täterkontakt, »Programmierung«, Dissoziative Identitätsstörung oder fortbestehende Gefährdung sowie Einschätzungen zur Aussagefähigkeit oder Fähigkeit einer Patient*in zur Selbsteinschätzung dokumentiert werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten Fachpersonen somit darauf vorbereiten, Leid und Unterstützungsbedarf anzuerkennen, diagnostische und erinnerungsbezogene Unsicherheit auszuhalten, therapeutische Interpretationen als überprüfbare Hypothesen zu behandeln und professionelle Beziehungsgestaltung so zu reflektieren, dass Autonomie, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe der Patient*innen gestärkt werden.

Daraus ergeben sich für Aus-, Fort- und Weiterbildung insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Curricula in Psychotherapie, Beratung und angrenzenden psychosozialen Arbeitsfeldern sollten begriffliche Differenzierungsfähigkeit systematisch vermitteln. Dazu gehört die Unterscheidung zwischen sexualisierter Gewalt, organisierter sexualisierter Gewalt, spirituellem Missbrauch, rituellen oder sakralen Tatkomponenten, dem Narrativ »Rituelle Gewalt«, peripheren Anschlussmotiven und dem rekonstruierten Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation.
2. Ausbildungsinhalte zu Traumafolgestörungen, dissoziativen Symptomen und Dissoziativer Identitätsstörung sollten differenzialdiagnostisch angelegt sein. Komorbide Störungen, alternative Erklärungen, funktionale Diagnostik und somatische Aspekte sowie soziale und digitale Einflussfaktoren sollten dabei berücksichtigt werden.
3. Fachpersonen sollten Wissen zu autobiografischer und traumabezogener Erinnerung, Suggestion, wiedergewonnenen Erinnerungen, False Memory, Aussagegenese und Glaubhaftigkeit erwerben. Dabei sollte eingeübt werden, subjektives Erleben, emotionale Plausibilität, therapeutische Hypothesen, diagnostische Einschätzungen und empirisch überprüfbare Tatsachenbehauptungen voneinander zu unterscheiden.

4. Lehrformate, Selbsterfahrung und Supervision sollten therapeutische Interpretationsmacht, professionelle Beziehungsgestaltung und mögliche Grenzverschiebungen ausdrücklich bearbeiten. Dazu zählen Vorannahmen, Biases, emotionale Involvierung, Rettungsimpulse, Faszination für komplexe Fallkonstellationen, Exklusivitätsansprüche, Machtasymmetrien und Abhängigkeitsdynamiken.
5. Berufsethische, rechtliche und qualitätssichernde Grundlagen sollten praxisnah vermittelt werden. Dazu gehören Abstinenz, Aufklärung, Dokumentationspflicht, Schweigepflicht, Patient*innenrechte, Beschwerdewege, Behandlungsfehler, unethisches Verhalten sowie interdisziplinäre Perspektiven aus Psychotherapie, Psychiatrie, Rechtspsychologie, Sozialer Arbeit, Traumaforschung, Gedächtnispsychologie und Aufarbeitungspraxis.
6. Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten auf Schutzkonzepte und kontinuierliche fachliche Qualitätsentwicklung bezogen werden. Für Fachpersonen gehören dazu die Prüfung eigener Routinen und Überzeugungen, die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien sowie die Bereitschaft, Behandlungsentscheidungen in Supervision, Intervision, Konsil oder zweiter fachlicher Einschätzung überprüfen zu lassen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Kölch & Fegert, 2018).
7. Fachpersonen sollten unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse außerdem die professionelle Qualität ihres Handelns sichern und weiterentwickeln (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017, S. 7).

12.2 Therapie- und Beratungspraxis

Für die therapeutische und beratende Praxis ergeben sich aus den rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufen Schlussfolgerungen zu Transparenz, Zielorientierung, diagnostischer Offenheit, Beziehungsgestaltung, Schutzhandeln und Dokumentation. In Therapie und Beratung ist das Erklärungsmodell zur handlungsleitenden Orientierung für Symptominterpretation, biografische Einordnung, Behandlungsziele, Beziehungsgestaltung und Schutzentscheidungen geworden. Im konkreten Therapie- bzw. Beratungsprozess haben sich mehrere Ebenen miteinander verbunden: die diskursive Struktur des Narrativs, fachliche und diagnostische Annahmen, therapeutische Interaktion, institutionelle Weitergabe und soziale Folgen.

Ein erster Bezugspunkt für die Praxis betrifft daher die Klärung von Zielen und Behandlungsauftrag. Psychotherapie lässt sich als geplanter interaktionaler Prozess verstehen, der sich an definierten und möglichst gemeinsam erarbeiteten Zielen orientiert. Forschung zu Therapiezielen und therapeutischer Allianz unterstreicht die Bedeutung von Zielübereinstimmung, kollaborativer Zusammenarbeit und patient*innenbezogener Zielklärung für den Therapieerfolg. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen Verläufe, in denen ursprüngliche Behandlungsanliegen im Verlauf an Gewicht verloren. Teilweise

verschob sich der Schwerpunkt von benennbaren Belastungen, Alltagsbewältigung, Symptomreduktion und Stabilisierung hin zur Suche nach verborgenen Gewalterfahrungen, weiteren Persönlichkeitsanteilen oder Täterkontakt. Für die Praxis folgt daraus, Therapie- und Beratungsziele zu Beginn nachvollziehbar zu klären, zu dokumentieren und im Verlauf regelmäßig gemeinsam zu überprüfen.

Diagnostische Offenheit bildet einen zweiten zentralen Bezugspunkt. Traumafolgestörungen, dissoziative Symptome und Dissoziative Identitätsstörung erfordern eine sorgfältige und methodisch abgesicherte Diagnostik. Dissoziative Symptome können in unterschiedlichen klinischen Zusammenhängen auftreten und erlauben für sich genommen keine eindeutigen Rückschlüsse auf bestimmte biografische Ursachen. Symptome, Erinnerungslücken, innere Stimmen, starke Affekte, selbstverletzendes Verhalten, Körperempfindungen oder Beziehungsschwierigkeiten sollten daher differenzialdiagnostisch eingeordnet werden. Zu berücksichtigen sind mögliche Traumafolgen, komorbide psychische Störungen, somatische Belastungen, neurodivergente Erklärungen, soziale Belastungskonstellationen sowie Einflüsse digitaler Selbstthematisierung dissoziativer Identität.

Die gedächtnispsychologischen Grundlagen sprechen für einen zurückhaltenden Umgang mit neu auftauchenden oder zunächst unklaren Erinnerungsinhalten in Therapie und Beratung. Autobiografische Erinnerung ist rekonstruktiv und kann durch gegenwärtige Wahrnehmung, emotionale Zustände, soziale Rückmeldungen und therapeutische Interaktionen beeinflusst werden. Für die therapeutische und beratende Praxis ist es deshalb bedeutsam, subjektives Erleben, emotionale Plausibilität, therapeutische Hypothesen und empirisch überprüfbare Tatsachen unterscheidbar zu halten. Eine fachlich angemessene Bearbeitung kann emotionale Zustände validieren, Belastungen ernst nehmen und Stabilisierung unterstützen, ohne die faktische Einordnung berichteter Inhalte therapeutisch vorwegzunehmen. Bei Berichten über rituelle, sakrale, religiöse oder symbolische Elemente sollte die therapeutische Bearbeitung an den konkret berichteten Handlungen und deren subjektiver Bedeutung ansetzen. Weiterreichende Annahmen über organisierte Täterstrukturen, Täterkontakt, »Programmierung« oder gezielte Persönlichkeitsspaltung bedürfen einer eigenständigen Prüfung und dürfen nicht aus solchen berichteten Elementen abgeleitet werden.

Die Ergebnisse legen nahe, dass Erinnerungssuche in den untersuchten Verläufen ein zentrales Medium der Plausibilisierung des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation sein konnte. Wiederholtes Nachfragen, imaginative Verfahren, die Interpretation von Körperzuständen oder Affekten, das gemeinsame Lesen einschlägiger Literatur und das Ansprechen vermeintlich wissender Persönlichkeitsanteile konnten dazu beitragen, unklare Eindrücke in Richtung verborgener Gewalt zu interpretieren. Für die Praxis ergibt sich daraus die Anforderung, detailliertes und wiederholtes Nachfragen, imaginative Vervollständigungen und auf bestimmte Inhalte hinführende Interventionen besonders sorgfältig zu prüfen. Dies gilt besonders, wenn Patient*innen den Begriff »rituelle Gewalt« als Selbstbeschreibung verwenden. Erin-

nerliche Belastungen und bekannte Gewalterfahrungen sind in ihrer Bedeutung für das aktuelle Leiden ernst zu nehmen. Ihre Abwertung als unzureichende Erklärung kann die Suche nach weiteren, schwerwiegenderen und zunächst nicht erinnerlichen Gewalterfahrungen begründen und begünstigen.

Die therapeutische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen oder inneren Zuständen bedarf einer sorgfältigen fachlichen Einordnung. Sie kann, je nach Verfahren und Behandlungsziel, eher stabilisierend, strukturierend oder integrativ angelegt sein. In den rekonstruierten Verläufen wurde sie als Mittel zur weiteren Differenzierung einer zunehmend verselbstständigten inneren Persönlichkeitsstruktur beschrieben. Anteile wurden als Träger*innen von verborgenen Erinnerungen, »Täterloyalität«, Gefährdung oder besonderen Funktionen verstanden. Dies konnte das Selbstverhältnis der Patient*innen verunsichern, Verantwortungszuschreibungen verändern und die Plausibilität der Annahmen des Erklärungsmodells stabilisieren. Für die Praxis folgt daraus, Arbeit mit inneren Anteilen auf Integration, Orientierung und Selbstwirksamkeit auszurichten und mögliche Effekte von Personifizierung oder Fragmentierung des Selbstverständnisses zu reflektieren.

In den untersuchten Therapie- und Beratungsverläufen erwies es sich als problematisch, wenn Zweifel an therapeutischen Interpretationen innerhalb des bereits gesetzten Deutungsrahmens erklärt wurden, etwa als Abwehr, »Programmierung«, »Täterloyalität« oder fehlende Mitarbeit. Zweifel, Ambivalenz und alternative Selbstdeutungen der Patient*innen müssen im therapeutischen Prozess bearbeitbar bleiben. Eine interpretationsoffene Praxis behandelt Widersprüche, fehlende Passung, Unsicherheit und alternative Erklärungen als Anlass für erneute fachliche Prüfung. Dies betrifft diagnostische Einschätzungen, biografische Interpretationen, Annahmen über Gefährdung und therapeutische Zielsetzungen.

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft die professionelle Beziehungsgestaltung. Die therapeutische Beziehung ist ein zentraler Wirkfaktor von Psychotherapie und zugleich durch ein strukturelles Machtverhältnis geprägt. In rekonstruierten Verläufen zeigten sich Entgrenzung, Ambivalenz, Abhängigkeit und Entmündigung. Die therapeutische Beziehung konnte besonders an Bedeutung gewinnen, wenn Familie, soziales Umfeld, Institutionen oder die eigene Selbstwahrnehmung zunehmend unter dem Vorzeichen von Gefährdung, Täternähe oder fehlender Verlässlichkeit bewertet wurden. Für die Praxis folgt daraus, Rollengrenzen, Erreichbarkeit, Kommunikation außerhalb regulärer Sitzungen, private Elemente, Geschenke, zusätzliche Kontakte und Krisenkommunikation fachlich zu begründen, transparent zu vereinbaren und regelmäßig zu reflektieren. Kommunikation außerhalb von Sitzungen kann in einzelnen Situationen angezeigt sein; sie sollte allerdings inhaltlich und zeitlich begrenzt, dokumentiert und in ein nachvollziehbares Behandlungskonzept eingebettet bleiben.

Zur professionellen Beziehungsgestaltung gehört auch eine reflektierte und respektvolle Sprache über Patient*innen. Gerade in komplexen, konflikthaften oder emotional hoch belasteten Behandlungsverläufen besteht die Gefahr, dass Personen über ihre

Symptomatik, Diagnosen oder schwierige Beziehungserfahrungen beschrieben werden und dabei als menschliches Gegenüber aus dem Blick geraten. Fachpersonen sollten sich daher auch in Fallbesprechungen, Supervision, Dokumentation und informeller kollegialer Kommunikation vergegenwärtigen, dass Patient*innen Hilfe gesucht haben, weil sie belastet und auf professionelle Unterstützung angewiesen sind. Eine sensible Sprache trägt dazu bei, Würde, Subjektstatus und Selbstbestimmung der Betroffenen zu wahren.

Zentral scheint die Selbstreflexion eigener fachlicher und weltanschaulicher Überzeugungen, wenn diese in der therapeutischen Beziehung mit Weltanschauungen und Interpretationen der Patient*innen zusammenfallen. In solchen Konstellationen kann eine quasi-kollusive Dynamik entstehen: Therapeut*in und Patient*in können wechselseitig einen Deutungsrahmen stabilisieren, der Orientierung, Schutz und Zugehörigkeit verspricht, zugleich aber Zweifel, Ambivalenzen und alternative Erklärungen erschwert. Problematisch wird dies besonders dort, wo Therapeut*innen durch zugeschriebenes Sonderwissen, besondere Erfahrung oder die Bewunderung eines fachlichen bzw. betroffenenbezogenen Umfelds eine charismatisch autorisierte Stellung gewinnen. Für die Praxis folgt daraus, eigene Gewissheiten beständig zu prüfen und die eigene Position in Therapie bzw. Beratung sowie im Fachkreis vor dem Hintergrund charismatischer Machtdynamik zu hinterfragen.

Patient*innenaufklärung und -information kann zur Transparenz therapeutischer und beratender Beziehungen beitragen. Dazu gehören Informationen über Rahmenbedingungen, Ziele und Methoden der Behandlung, Erreichbarkeit, Schweigepflicht, Dokumentation, mögliche Nebenwirkungen, professionelle Rollengrenzen und Beschwerdemöglichkeiten. Gemeinsame Zielklärung und Mitbestimmung setzen voraus, dass Patient*innen nachvollziehen können, was therapeutisch gemacht wird, warum es geschieht und wie Änderungen des Vorgehens begründet werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017; Hermes & Lindel, 2020). Eine Information kann Patient*innen helfen, Irritationen, Unsicherheiten oder belastende Beziehungserfahrungen einzuordnen und anzusprechen. Die Verantwortung für professionelles Handeln liegt bei den Fachpersonen und den zuständigen Institutionen. Patient*innenaufklärung und -information ist daher ein praxisbezogener Bestandteil von Schutz- und Qualitätssicherungskonzepten, der diese Verantwortung nicht verschiebt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Hermes & Lindel, 2020).

Schutzorientiertes Handeln ist für Therapie und Beratung bedeutsam, wenn gegenwärtige Gewalt, akute Selbstgefährdung, konkrete Bedrohungen oder erhebliche Belastungslagen vorliegen. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass Schutzlogiken autonomie- und teilhabebeschränkende Wirkungen entfalten können. Dies gilt besonders, wenn Schutzmaßnahmen aus einem geschlossenen Interpretationsrahmen entwickelt werden. Empfehlungen zu Kontaktabbrüchen, sozialem Rückzug oder Misstrauen gegenüber Angehörigen sollten deshalb an konkret benennbare Gefährdungen, nachvollziehbare Abwägungen und überprüfbare Informationen gebunden sein. Die Anerkennung von

Leid und Unterstützungsbedarf setzt keine Übernahme aller Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« oder des rekonstruierten Erklärungsmodells voraus.

Für Patient*innen braucht es nach problematischen Therapie- und Beratungsverläufen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« eine spezifische, niedrigschwellige Anschlussversorgung. Die Ablösung vom Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation kann für sie mit erheblicher Verunsicherung, fortbestehender psychischer Belastung, Misstrauen gegenüber professioneller Hilfe und Schwierigkeiten bei der Suche nach Anschlussbehandlung verbunden sein. Eine Anschlusshilfe sollte nicht voraussetzen, dass Patient*innen bereits eine abschließende Bewertung ihrer früheren Behandlung oder ihrer Erinnerungen vornehmen können. Erforderlich sind stabilisierende Angebote, die bestehende psychische Belastungen behandeln, die Verunsicherung durch die Ablösung vom Erklärungsmodell auffangen und zugleich die Erfahrung möglicher Fehlbehandlung fachlich ernst nehmen.

Dokumente können diagnostische Einschätzungen, Gefährdungsannahmen, biografische Deutungen und Behandlungsziele stabilisieren, an andere Institutionen weitergeben und dort weitere Entscheidungen beeinflussen. Dies sollte für eine sorgfältige Dokumentation berücksichtigt werden.

Daraus ergeben sich für Therapie- und Beratungspraxis insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Patient*innen sollten vor Beginn der Therapie bzw. Beratung verständlich über Indikation, Ziele, therapeutisches Vorgehen, eingesetzte Methoden, deren fachliche Begründung, mögliche Belastungen und Risiken, Behandlungsalternativen, Rahmenbedingungen und Grenzen des Angebots aufgeklärt werden. Die Verantwortung für diese Aufklärung liegt bei den Fachpersonen.
2. Therapie- und Beratungsziele sollten zu Beginn gemeinsam geklärt, nachvollziehbar dokumentiert und im Verlauf regelmäßig überprüft werden. Behandlungsverläufe sollten an Symptomreduktion, Stabilisierung, Selbstwirksamkeit, Alltagsbewältigung, Autonomie und sozialer Teilhabe orientiert bleiben.
3. Therapeutische Interpretationen und diagnostische Einschätzungen sollten als überprüfbare Hypothesen behandelt werden. Bei komplexer Symptomatik, dissoziativen Beschwerden und weitreichenden biografischen Interpretationen sollten Differenzialdiagnostik, alternative Erklärungen und erneute Prüfung bei Widersprüchen oder fehlender Passung verbindlich berücksichtigt werden.
4. Neue oder unklare Erinnerungsinhalte, innere Bilder, Körperempfindungen, Flashbacks und dissoziative Zustände sollten zurückhaltend und nicht suggestiv bearbeitet werden. Die emotionale Belastung der Patient*innen sollte validiert werden, ohne die faktische Einordnung berichteter Inhalte therapeutisch vorwegzunehmen oder durch wiederholtes Nachfragen, imaginative Vervollständigungen oder hinführende Interventionen zu beeinflussen.
5. Die Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen oder inneren Zuständen sollte auf Stabilisierung, Integration, Orientierung und Selbstwirksamkeit ausgerichtet bleiben.

6. Zweifel, Ambivalenz und alternative Selbstdeutungen der Patient*innen sollten als therapeutisch bedeutsame Informationen behandelt und nicht vorschnell innerhalb eines bestehenden Deutungsrahmens erklärt werden.
7. Schutzmaßnahmen, Empfehlungen zu Kontaktabbrüchen, Beziehungsgestaltung und Kommunikation außerhalb regulärer Sitzungen sollten fachlich begründet, transparent vereinbart, dokumentiert und regelmäßig überprüft werden. Patient*inneninformation, klare Dokumentation, begründete Diagnosen und frühzeitige externe Einschätzung durch Supervision, Intervision, Konsil oder zweite fachliche Meinung sollten bei komplexen, konflikthaften oder folgenreichen Verläufen gewährleistet sein.
8. Fachpersonen sollten auf eine respektvolle und präzise Sprache über Patient*innen achten. Beschreibungen sollten Personen nicht auf Diagnosen, Symptome, angenommene Dynamiken oder schwieriges Verhalten reduzieren, sondern sichtbar halten, dass es sich um hilfesuchende Menschen in belasteten Lebenslagen handelt.

12.3 Supervision, Intervision und Qualitätssicherung

Supervision, Intervision und Qualitätssicherung bilden Bestandteile von Schutzkonzepten und haben für die Prävention problematischer therapeutischer und beratender Entwicklungen zentrale Bedeutung. Die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe zeigen, dass professionelle Interpretationen, diagnostische Einschätzungen und therapeutische Zielsetzungen im Verlauf einer Behandlung erhebliche Stabilität gewinnen können. Fachliche Selbstreflexion einzelner Behandler*innen ist dafür eine notwendige, aber begrenzte Ressource. Erforderlich sind Verfahren der externen fachlichen Einschätzung, die therapeutische Interpretationen überprüfbar halten, alternative Erklärungen einbeziehen und die Folgen des therapeutischen Handelns für Autonomie, Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe der Patient*innen berücksichtigen.

Supervision und Intervision sollten unterschiedliche Aussage- und Erkenntnisebenen unterscheidbar halten und begriffliche Präzision sichern. Dies betrifft subjektive Berichte, therapeutische Hypothesen, diagnostische Einschätzungen, empirische Befunde und überprüfbare Tatsachenbehauptungen ebenso wie Begriffe wie »rituell«, »organisiert«, »Täterkontakt«, »Programmierung« oder »Anteil«. Gerade bei Annahmen über organisierte oder »rituelle Gewalt«, wiedergewonnene Erinnerungen oder Dissoziative Identitätsstörung sollte Supervision klären, welchen fachlichen Status therapeutische Interpretationen und dokumentierte Berichte haben.

Auch geschlossene Interpretationszusammenhänge sollten in Supervision und Qualitätssicherung reflektiert werden. Annahmen über verborgene Tätergruppen,

umfassende Steuerung und fortbestehende Gefährdung können Orientierung und Kohärenz herstellen, zugleich aber Zweifel, fehlende Belege oder Widersprüche in den Interpretationsrahmen integrieren. Supervision sollte daher auch die Funktion solcher Annahmen für Patient*innen, Behandler*innen und das therapeutische Arbeitsbündnis prüfen und explizit auch Verschwörungsnarrative und -glauben thematisieren können.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass Supervision unterschiedlich wirksam werden kann. Sie kann einerseits Interpretationsoffenheit fördern, wenn unterschiedliche Perspektiven, fachliche Unsicherheit und kritische Rückfragen ausdrücklich Platz haben. Sie kann andererseits zur Stabilisierung des Erklärungsmodells beitragen, wenn sie überwiegend innerhalb fachlicher Zusammenhänge stattfindet, die dessen zentrale Annahmen teilen. In den untersuchten Verläufen wurden einschlägige Fortbildungen, Verweisungszusammenhänge, Supervisionen und Expert*innenbezüge teilweise als fachliche Bestätigung erlebt. Dadurch konnten therapeutische Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt, Täterkontakt, »Programmierung« oder verborgene Erinnerungen zusätzliche Plausibilität gewinnen. Für Supervision und Intervision sind daher regelmäßige Durchführung, fachliche Breite und kritische Offenheit gleichermaßen bedeutsam.

Besondere Bedeutung kommt der systematischen Einbeziehung von Gegenperspektiven zu. Dies betrifft diagnostische Alternativerklärungen, gedächtnispsychologische Einwände, rechtliche und ethische Fragen, soziale Folgen für Patient*innen und Angehörige sowie mögliche institutionelle Wirkungen therapeutischer Dokumentation. In komplexen Behandlungsverläufen sollte Supervision prüfen, welche weiteren Interpretationen der Symptomatik, der biografischen Belastungen, der Beziehungsgestaltung und der aktuellen Lebenssituation möglich sind. Gerade bei Berichten über organisierte oder »rituelle Gewalt«, bei Diagnosen einer Dissoziativen Identitätsstörung, bei Annahmen über Täterkontakt, »Programmierung« oder wiedergewonnene Erinnerungen ist eine Erweiterung der fachlichen Perspektiven erforderlich.

Supervision und Intervision sollten auch die Sprache reflektieren, in der über Patient*innen gesprochen wird. Eine fachlich angemessene Sprache verbindet Präzision mit Respekt und macht den Status von Patient*innen als hilfesuchende Personen deutlich.

Supervision sollte insbesondere dort eingesetzt werden, wo therapeutische Arbeit mit inneren Anteilen, Zweifel und Ambivalenz, Beziehungsgestaltung, Rollengrenzen oder Dokumentation fachlich folgenreiche Wirkungen entfalten. Zu prüfen ist, ob Interventionen Stabilisierung, Integration, Orientierung und Selbstwirksamkeit unterstützen, ob Zweifel als Anlass erneuter fachlicher Prüfung bearbeitbar bleiben, ob Nähe, Erreichbarkeit und Krisenkommunikation rollenklar gestaltet sind und ob Dokumentationen zwischen Bericht, Hypothese, diagnostischer Einschätzung, Gefährdungsannahme und überprüfter Tatsache unterscheiden.

Qualitätssicherung sollte mehrperspektivisch angelegt sein. Relevante Abweichungen zwischen Patient*innenwahrnehmung, therapeutischer Einschätzung, Dokumentation,

Angehörigenperspektive und institutioneller Weitergabe sollten als Anlass fachlicher Klärung genutzt werden. Dies gilt besonders bei diagnostischen Einschätzungen oder Gefährdungsannahmen mit weitreichenden Folgen.

Schließlich stellt sich die Frage der institutionellen Absicherung von Supervision und Qualitätssicherung. In vielen therapeutischen und beratenden Kontexten liegt ein erheblicher Teil der Verantwortung für die Einholung externer Reflexion bei den Fachpersonen selbst. In Kliniken, Beratungsstellen und spezialisierten Angeboten sollten verbindliche Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität implementiert werden. Dazu gehören Zuständigkeiten für Risikoanalyse, externe Supervision, Konsile und zweite fachliche Einschätzungen, Regeln zu Rollengrenzen, Dokumentationsstandards sowie Verfahren zur Aufarbeitung belastender oder autonomieeinschränkender Maßnahmen. Diese Verfahren sollten regelmäßig prüfen, ob eine Behandlung an vereinbarten Zielen, fachlichen Standards und der Förderung von Stabilisierung, Selbstwirksamkeit und sozialer Teilhabe ausgerichtet ist. Externe Einschätzung sollte fachlich breit angelegt sein und bei Bedarf auch Perspektiven einbeziehen, die nicht aus denselben Fortbildungs-, Verweisungs- oder Supervisionszusammenhängen stammen. Schutzkonzepte und Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten Rahmenbedingungen schaffen, die eine konstruktive Auseinandersetzung mit möglichen Behandlungsfehlern und fachlichen Fehlentwicklungen explizit ermöglichen.

Daraus ergeben sich für Supervision, Intervision und Qualitätssicherung insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Bei komplexen Traumafolgen, dissoziativer Symptomatik, Diagnosen einer Dissoziativen Identitätsstörung, Berichten über organisierte oder »rituelle Gewalt«, Annahmen über Täterkontakt, »Programmierung« oder wiedergewonnene Erinnerungen sollten externe Supervision, Konsil oder zweite fachliche Einschätzung regelhaft vorgesehen werden.
2. Supervision und Intervision sollten fachliche Gegenperspektiven systematisch einbeziehen. Dies betrifft insbesondere Differenzialdiagnostik, Gedächtnis und Suggestion, Behandlungsqualität, rechtliche und ethische Fragen, professionelle Grenzen, soziale Folgen therapeutischer Empfehlungen und mögliche institutionelle Wirkungen von Dokumentation.
3. Institutionen sollten in Schutzkonzepten festlegen, wer für die Einholung externer fachlicher Einschätzungen zuständig ist, in welchen Fallkonstellationen sie erforderlich sind und wie ihre Ergebnisse dokumentiert und für die weitere Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Eine solche Einschätzung ist insbesondere im Hinblick auf weitreichende Schutzentscheidungen, Kontaktabbrüche, Annahmen fortbestehender Gefährdung, entgrenzte Kommunikation und diagnostische Festlegungen mit erheblichen sozialen oder institutionellen Folgen angezeigt.
4. Therapeutische Hypothesen, Begriffe und Aussageebenen sollten in Supervision und Qualitätssicherung ausdrücklich geprüft werden. Bei Begriffen wie »rituell«, »Täterkontakt«, »Programmierung« oder »Anteil« sollte geklärt werden, welche

konkrete Beobachtung, welcher Bericht oder welche fachliche Annahme damit bezeichnet wird.
5. Beziehungsgestaltung, Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, Umgang mit Zweifel, Ambivalenz und Schutzentscheidungen sollten regelhaft Thema in Supervision, Intervision und Qualitätssicherung sein. Zu prüfen ist, ob das therapeutische Vorgehen Stabilisierung, Integration, Orientierung, Selbstwirksamkeit, Rollenklarheit und soziale Teilhabe unterstützt oder Verunsicherung, Abhängigkeit, Fragmentierung, soziale Isolation oder Verfestigung therapeutischer Interpretationen begünstigt.
6. Qualitätssicherung sollte institutionell abgesichert, mehrperspektivisch und verlaufsbezogen ausgerichtet sein. Dokumentation, Behandlungsergebnis, Lebensqualität, Alltagsbewältigung, soziale Teilhabe, relevante Abweichungen zwischen Perspektiven sowie Möglichkeiten zweiter fachlicher Einschätzung und Konsil sollten dabei berücksichtigt werden.

12.4 Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen

Ein weiterer Handlungsschwerpunkt betrifft Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen. Die rekonstruierten Therapie- und Beratungsverläufe zeigen, dass belastende oder problematische Erfahrungen in Psychotherapie und Beratung für Patient*innen und Angehörige häufig schwer einzuordnen sind. Dies gilt besonders dann, wenn therapeutische Interpretationen, diagnostische Einschätzungen, Schutzempfehlungen oder Dokumentationen weitreichende Folgen haben. Beschwerdewege sollten deshalb durch niedrigschwellige Klärungsmöglichkeiten ergänzt werden, die eine fachliche Einordnung ermöglichen, bevor oder unabhängig davon, ob ein formales Verfahren eingeleitet wird.

Beschwerde- und Informationsstellen bilden einen wichtigen Bestandteil professioneller Qualitätssicherung. Zugleich machen die Ergebnisse der Studie deutlich, dass klärungsbedürftige Verläufe bereits dort vorliegen können, wo therapeutische Interpretationen enggeführt, diagnostische Annahmen verfestigt, Kontakte zum sozialen Umfeld problematisiert, Schutzlogiken ausgeweitet oder Patient*innen zunehmend auf ein bestimmtes Verständnis ihrer Biografie und Symptomatik festgelegt werden. Klärungsstrukturen sollten deshalb auch Erfahrungen aufnehmen können, die von Patient*innen, ehemaligen Patient*innen oder Angehörigen als irritierend, belastend oder autonomieeinschränkend erlebt werden, ohne bereits als Behandlungsfehler, Grenzverletzung oder berufsrechtlich relevanter Vorgang eingeordnet zu sein.

Für solche Strukturen ist eine sorgfältige Unterscheidung von Erkenntnis- und Verfahrensebenen erforderlich. Subjektive Belastung, therapeutische Hypothese, dia-

gnostische Einschätzung, dokumentierte Gefährdungsannahme, berufsrechtliche Bewertung, strafrechtliche Prüfung und institutionelle Aufarbeitung folgen unterschiedlichen Maßstäben. Klärungsstrukturen sollten Patient*innen und Angehörige mit ihren Belastungen ernst nehmen und zugleich erfassen, worauf sich das Anliegen bezieht, z. B. auf konkrete Behandlungserfahrungen, diagnostische Einschätzungen oder Grenzverletzungen. Damit kann vermieden werden, konkrete Therapie- oder Beratungserfahrungen vorschnell mit der allgemeinen Frage nach der Existenz »ritueller Gewalt« zu verbinden. Zugleich ist zu klären, welche konkrete Beobachtung, welcher Bericht oder welche fachliche Annahme mit Begriffen wie »rituell«, »Täterkontakt«, »Programmierung« etc. bezeichnet wird.

Klärungsstrukturen sollten für Fragen zu Erinnerung, Suggestion, wiedergewonnenen Erinnerungen und Diagnostik dissoziativer Symptome sensibilisiert sein und erkennen können, wann therapeutische Erinnerungssuche, suggestive Verfahren, unklare Erinnerungsinhalte oder die Einbettung einer Diagnose in Annahmen über organisierte bzw. »rituelle Gewalt« fachliche, berufsrechtliche oder rechtliche Anschlussfragen aufwerfen.

Mehrperspektivität ist auch für Klärungsstrukturen bedeutsam. Patient*innenperspektiven, Angehörigenperspektiven, fachliche Einschätzungen und Dokumente sollten in ihrem jeweiligen Status berücksichtigt werden. Angehörige können durch Kontaktabbrüche, Beschuldigungen, soziale Konflikte oder Sorge um Patient*innen erheblich belastet sein und zugleich Hinweise auf Verlauf, soziale Folgen oder abweichende Interpretationen einbringen. Ihre Perspektive ersetzt keine Patient*innenperspektive und keine fachliche Prüfung, kann aber für die Einordnung des Hilfeverlaufs relevant sein.

Niedrigschwellige Zugänge sind für diesen Bereich besonders wichtig. Patient*innen, ehemalige Patient*innen und Angehörige benötigen leicht auffindbare Informationen über Zuständigkeiten, Vertraulichkeit, Rechte, Verfahrensschritte, Beschwerdewege und therapeutische Weitervermittlung. Niedrigschwelligkeit meint Erreichbarkeit und Verständlichkeit. Für jene Betroffene, die eine Zeit lang davon überzeugt waren, von »ritueller Gewalt« betroffen zu sein sowie jene, die Behandlungsfehler erlebt haben, kann diese Erfahrung zur Hürde in weiterführende Hilfe werden. Dies zu berücksichtigen, gehört auch zur Niedrigschwelligkeit.

Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen sollten so gestaltet sein, dass sie Polarisierungen nicht verstärken. Das Konfliktfeld »rituelle Gewalt« ist durch starke moralische und fachliche Aufladung geprägt. Klärung sollte weder eine Zustimmung zum Narrativ »Rituelle Gewalt« voraussetzen noch kritische Prüfung mit fehlender Anerkennung von Leid gleichsetzen. Hilfreich erscheinen Verfahren, die Belastungen ernst nehmen, Anliegen konkretisieren, Zuständigkeiten klären, Aussageebenen trennen und geeignete weitere Schritte benennen. Geschlossene Deutungszusammenhänge können für Patient*innen, Angehörige und Fachpersonen Orientierung, Sicherheit und Zugehörigkeit vermitteln. Klärungsstrukturen sollten deshalb auch deren Funktion im jeweiligen Hilfeverlauf berücksichtigen.

Über individuelle Unterstützung hinaus können Beschwerde- und Klärungsstrukturen zur Qualitätssicherung beitragen. Als Bestandteil von Schutzkonzepten sollten Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen zugleich eine institutionelle Lernfunktion erfüllen. Hinweise auf problematische Verläufe sollten nicht nur fallbezogen bearbeitet werden. Sie sollten auch im Hinblick auf wiederkehrende Muster, unklare Zuständigkeiten, fehlende Kontrollmöglichkeiten, riskante Routinen und Fortbildungsbedarf geprüft werden. Aufarbeitung zielt in diesem Sinn sowohl auf die Klärung konkreter Verläufe als auch auf die Weiterentwicklung fachlicher und institutioneller Praxis.

Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen benötigen zudem klare Schnittstellen zu Kammern, Berufsverbänden, Patient*innenberatung, Rechtsberatung, Strafverfolgungsbehörden, Ombudsstellen, Aufarbeitungskommissionen, Fachberatungsstellen und therapeutischen Anschlussangeboten. Besonders für Patient*innen nach belastenden oder konflikthaften Therapie- und Beratungsverläufen kann Weitervermittlung an stabilisierende Anschlussbehandlung ein wesentlicher Bestandteil der Unterstützung sein.

Daraus ergeben sich für Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Patient*innen, ehemalige Patient*innen, Angehörige und Fachpersonen sollten niedrigschwellige und zuständigkeitsklare Informationen darüber erhalten, an welche Stellen sie sich bei belastenden oder problematischen Therapie- und Beratungserfahrungen wenden können. Beschwerde- und Klärungsangebote sollten Anliegen, Vertraulichkeit, benötigte Unterlagen, Verfahrenswege und mögliche Folgen verständlich darstellen.
2. Klärungsstellen sollten auch für schwer einzuordnende Belastungen erreichbar sein. Dies betrifft etwa entgrenzte Beziehungsgestaltung, suggestive Erinnerungssuche, problematische Diagnostik, soziale Isolation, therapeutisch nahegelegte Kontaktabbrüche, Autonomieeinschränkungen oder belastende Dokumentationen.
3. Klärungsstrukturen sollten zwischen konkreten Gewaltberichten, therapeutischen Interpretationen, dem Erklärungsmodell, dem Narrativ »Rituelle Gewalt« und peripheren Anschlussmotiven unterscheiden können. Fragen zu Erinnerung, Suggestion, wiedergewonnenen Erinnerungen, Dissoziativer Identitätsstörung, Angehörigenperspektiven und Dokumenten sollten fachlich eingeordnet und bei Bedarf an geeignete fachliche, berufsrechtliche oder rechtliche Stellen weitervermittelt werden.
4. Schutzkonzepte müssen Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen enthalten. Wiederkehrende Hinweise auf problematische therapeutische oder beraterische Dynamiken sollten datenschutzkonform erfasst und für Risikoanalyse, Qualitätssicherung, Fortbildung, Supervision, externe fachliche Prüfung und institutionelle Qualitätsentwicklung genutzt werden.

12.5 Fachlicher und öffentlicher Diskurs

Der fachliche und öffentliche Diskurs im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« ist ein Kontext, in dem therapeutische, wissenschaftliche und gesellschaftliche Positionen formuliert werden. Er beeinflusst, welche Begriffe verfügbar sind, welche Erklärungen plausibel erscheinen, welche Unterstützungsbedarfe sichtbar werden und welche institutionellen Reaktionen als angemessen gelten. Das Narrativ »Rituelle Gewalt« prägt therapeutische Praxis, psychosoziale Versorgung, Forschung, Aufarbeitung, Justizbezüge und öffentliche Wahrnehmungen von Gewalt und Trauma mit. Fachliche und öffentliche Kommunikation ist damit Teil professioneller Verantwortung.

Die Kontroverse ist durch ausgeprägte Polarisierung gekennzeichnet. Für einen fachlich tragfähigen Diskurs ist deshalb die Unterscheidung zwischen Anerkennung und Prüfung zentral. Leid, Belastung, Traumafolgen und Hilfebedarf können ernst genommen werden, ohne sämtliche Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« zu bestätigen. Prüfung bezieht sich auf konkrete Berichte zum Gewaltgeschehen, über den Einzelfall hinausgehende empirische Aussagen, diagnostische Einschätzungen, therapeutische Hypothesen und institutionelle Entscheidungen.

Im fachlichen und öffentlichen Diskurs sollten sexualisierte Gewalt, organisierte sexualisierte Gewalt, kommerzielle sexuelle Ausbeutung, spiritueller Missbrauch, rituelle oder sakrale Tatkomponenten, ideologische Rahmungen, das Narrativ »Rituelle Gewalt« und das rekonstruierte Erklärungsmodell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation unterschieden werden. Reale Gewaltphänomene wie organisierte Ausbeutung, digitale Gewalt, spiritueller Missbrauch oder ideologisch gerahmte Gewalt sind eigenständig zu benennen und zu untersuchen. Ihr Vorliegen belegt nicht alle Bestandteile des Narrativs »Rituelle Gewalt«. Zugleich sollte die ambivalente Funktion des Begriffs »rituelle Gewalt« ausdrücklich markiert werden. Der Begriff kann Selbstbeschreibung und Artikulationsform von Betroffenen sein, zugleich ist er als öffentlicher und fachlicher Begriff mit voraussetzungsreichen Annahmen verbunden. Eine verantwortliche Kommunikation sollte daher die Funktion des Begriffs für Betroffene anerkennen und zugleich offenlegen, welche fachlichen, empirischen und narrativen Prämissen mit seiner Verwendung im jeweiligen Kontext verbunden sind.

Geschlossene Deutungszusammenhänge können in Situationen von Unsicherheit, Ohnmacht und Orientierungsbedarf besondere Plausibilität gewinnen. Das Erklärungsmodell weist Strukturmerkmale auf, die für solche Deutungsmodi beschrieben werden, etwa die Annahme verborgener Tätergruppen, die Ausweitung zu einer umfassenden Erklärung von Biografie, Gegenwart und Symptomatik sowie eine erhöhte Resistenz gegenüber Widerspruch. Für den Diskurs folgt daraus, die Plausibilität solcher Deutungen, ihre Funktionen und fachlich tragfähige Alternativen verständlich zu machen sowie die mit Verschwörungsnarrativen gemeinsamen Strukturmerkmale zu benennen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die öffentliche Widerlegung geschlossener Deutungen selbst kommunikative Risiken enthalten kann. Wiederholte Nennung, belehren-

de Gegenrede oder die Reduktion auf logische Widerlegung können Reaktanz erzeugen oder die Bekanntheit entsprechender Annahmen erhöhen. Fachliche Kommunikation sollte deshalb konkret, kontextbezogen und mit alternativen, nachvollziehbaren Erklärungen verbunden sein.

Auch Kommunikation über Gedächtnis, wiedergewonnene Erinnerungen, Dissoziation und Dissoziative Identitätsstörung erfordert Zurückhaltung. Subjektiv eindrückliche Erinnerungen, innere Bilder, Körperempfindungen oder dissoziative Symptome sollten nicht unmittelbar als Belege für bestimmte biografische Ereignisse behandelt werden. Zugleich sind solche Erfahrungen mit erheblichem Leidensdruck verbunden und therapeutisch ernst zu nehmen. Bei Dissoziativer Identitätsstörung ist zwischen klinischer Symptomatik, diagnostischen Kriterien, ätiologischen Annahmen, therapeutischer Praxis und sozialen Einflussfaktoren zu unterscheiden. Diese Unterscheidung ermöglicht vor allem, zu verhindern, aus der Diagnose selbst Rückschlüsse auf spezifische Ursachen zu ziehen.

Betroffenenwissen, Erfahrungsexpertise und Beteiligung sind für Versorgung, Aufarbeitung und institutionelle Weiterentwicklung bedeutsam. Unterschiedliche Formen von Betroffenenwissen haben verschiedene Erkenntnisansprüche. Zeugenschaft, Erfahrungsexpertise, Strukturwissen, politische Interessenvertretung und empirische Forschung sollten daher in ihrem jeweiligen Status kenntlich bleiben. Eine solche Differenzierung schafft Voraussetzungen dafür, dass Beteiligung wirksam werden kann, ohne einzelne Betroffene oder Betroffenenvertretungen mit der Bestätigung weiterreichender Interpretationsrahmen zu belasten.

Institutionelle Stellungnahmen, Leitlinien, Positionspapiere und öffentliche Erklärungen übernehmen eine wichtige Orientierungsfunktion. Sie sollten kenntlich machen, ob sie normative, versorgungsbezogene, empirische, berufsrechtliche oder politische Aussagen treffen. Auch wissenschaftliche Befunde sollten ihren jeweiligen Erkenntniszugang sowie die Reichweite ihrer Ergebnisse transparent machen.

Mediale und politische Kommunikation ist für die Wahrnehmung des Gegenstandsbereichs ebenfalls bedeutsam. Dramatisierende Darstellungen, unpräzise Begriffe oder die ungeprüfte Übernahme weitreichender Annahmen können Polarisierung verstärken und fachliche Klärung erschweren. Eine ausschließlich skeptische Rahmung kann zugleich dazu beitragen, dass Leid, Hilfebedarf und Gewalterfahrungen aus dem Blick geraten. Öffentliche Kommunikation sollte deshalb konkrete Gewaltphänomene, Unterstützungsbedarfe, Zuständigkeiten und Hilfsangebote sichtbar machen, Erkenntnisgrenzen benennen und zwischen subjektiven Berichten, therapeutischen Hypothesen, empirischen Befunden und überprüften Tatsachen unterscheiden.

Daraus ergeben sich für den fachlichen und öffentlichen Diskurs insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Fachliche und öffentliche Kommunikation im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« sollte Anerkennung, Prüfung und Kritik sprachlich unterscheiden. Leid, Belastung, Traumafolgen und Hilfebedarf sollten anerkannt werden, während Tatsachenbehaup-

tungen, empirische Befunde, therapeutische Hypothesen, diagnostische Einschätzungen und institutionelle Bewertungen in ihrem jeweiligen Status kenntlich bleiben.
2. Begriffe wie sexualisierte Gewalt, organisierte sexualisierte Gewalt, spiritueller Missbrauch, rituelle oder sakrale Tatkomponenten, ideologische Rahmung, Narrativ »Rituelle Gewalt« und Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation sollten präzise verwendet werden. Gewaltphänomene wie organisierte Ausbeutung, digitale Tätergemeinschaften, spiritueller Missbrauch oder ideologisch gerahmte Gewalt sollten konkret benannt und nicht pauschal als Belege für das gesamte Narrativ »Rituelle Gewalt« verwendet werden.
3. Geschlossene Deutungszusammenhänge sollten sachlich und kontextbezogen bearbeitet werden. Fachliche Kommunikation sollte deren mögliche Funktionen für Orientierung, Sicherheit, Kontrolle und Zugehörigkeit berücksichtigen und Kritik nach Möglichkeit mit alternativen fachlichen Erklärungen und konkreten Unterstützungsangeboten verbinden.
4. Öffentliche Aussagen zu Gedächtnis, wiedergewonnenen Erinnerungen, Flashbacks, inneren Bildern, Körperempfindungen, Dissoziation und Dissoziativer Identitätsstörung sollten zwischen subjektiver Evidenz, klinischer Symptomatik, diagnostischen Kriterien, ätiologischen Annahmen, sozialen Einflussfaktoren und historischer Faktizität unterscheiden.
5. Institutionelle und mediale Kommunikation sollte Reichweite, Unsicherheiten und Geltungsansprüche ihrer Aussagen transparent machen.
6. Öffentliche Kommunikation sollte zugleich zuständige Hilfsangebote, Beschwerdemöglichkeiten, Fachberatungen und Wege zu qualifizierter Unterstützung sichtbar machen.

12.6 Forschung und Wissenstransfer

Aus den Ergebnissen der Studie ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Dies betrifft unter anderem die Untersuchung von Grenzverletzungen und Behandlungsfehlern in Psychotherapie und Beratung, die Verbreitung bestimmter Annahmen über Dissoziation, Verdrängung und Erinnerung, die Bedingungen problematischer institutioneller Kulturen sowie die Frage, unter welchen Umständen Patient*innen auch in belastenden oder wenig hilfreichen Behandlungsverhältnissen verbleiben bzw. wie hier Ablösung erleichtert werden kann. Darüber hinaus erscheinen praxisnahe Forschungsansätze sinnvoll, die die Perspektiven von Betroffenen, Behandler*innen, Supervisor*innen und gegebenenfalls Angehörigen einbeziehen. Eine stärkere Verknüpfung von empirischer Forschung und Versorgungspraxis könnte dazu beitragen, fachlich tragfähige und in der Praxis umsetzbare Präventionsstrategien und Schutzkonzepte zu entwickeln.

Weiterer Forschungsbedarf besteht zu den Bedingungen, unter denen fachliche

Autorität in asymmetrischen Macht- und Vertrauensverhältnissen problematisch wirksam werden kann. Dies betrifft insbesondere Prozesse charismatischer Autorisierung, in denen einzelne Fachpersonen als Träger*innen besonderen Wissens, besonderer therapeutischer Einsicht oder besonderer Schutzkompetenz von einer Gefolgschaft anerkannt werden. Im Anschluss an Max Weber sollte Charisma als soziale Zuschreibung und Stabilisierung von Führung untersucht werden (Weber, 1980). Diese Perspektive erscheint für die Aufarbeitung von Missbrauchsgeschehen z. B. in Therapieausbildungsinstituten, kirchlichen, medizinischen und pädagogischen Einrichtungen besonders aufschlussreich. Dabei ist zu fragen, wie charismatische Führung, Gefolgschaft, institutionelle Bestätigung und erschwerte Kritik zusammenwirken. Forschung in diesem Bereich könnte dazu beitragen, Risiken von Abhängigkeit, Grenzverschiebung und Autonomieeinschränkung in therapeutischen, pädagogischen, spirituellen u. a. Machtverhältnissen genauer zu erfassen.

Forschungsbedarf besteht auch zu begrifflicher Klärung und Gewaltphänomenen, die im Diskurs teilweise unhinterfragt mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verbunden oder gleichgesetzt werden. Zu untersuchen ist, wie Begriffe wie »rituelle Gewalt«, »organisierte Gewalt«, »Programmierung«, »Täterkontakt«, »spiritueller Missbrauch« oder »sakrale Tatkomponenten« in Praxis, Fachliteratur, Institutionen, Aufarbeitung, Medien und Politik verwendet werden. Sie sollten zugleich als eigenständige Forschungsgegenstände untersucht werden. Forschungsbedarf besteht zudem zur subjektiven und sozialen Funktion des Begriffs »rituelle Gewalt« als Selbstbeschreibung. Dabei ist herauszuarbeiten, wann und warum Betroffene diesen Begriff verwenden, welche Erfahrungen dadurch sagbar werden, welche Anerkennungs-, Zugehörigkeits- und Orientierungseffekte damit verbunden sind und unter welchen Bedingungen Selbstbeschreibungen in therapeutische, institutionelle oder öffentliche Deutungsrahmen überführt werden.

Ergänzend sollten periphere Anschlussmotive als eigener Untersuchungsgegenstand berücksichtigt werden. Zu untersuchen ist, in welchen öffentlichen, digitalen, therapeutischen oder institutionellen Kontexten solche Motive auftauchen, wie sie mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verbunden werden und ob sie Selbstdeutungen, professionelle Einschätzungen, Dokumentationen oder Schutzentscheidungen beeinflussen.

Darüber hinaus sind Forschungsfragen zu Gedächtnis, Suggestion und Dissoziativer Identitätsstörung relevant. Als Themen gehören hierzu wiedergewonnene Erinnerungen, therapeutische Erinnerungssuche, imaginative Verfahren, diagnostische Validität, Differenzialdiagnostik, Komorbidität, Behandlungsplanung, Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen sowie digitale Selbstthematisierung dissoziativer Identität.

Ein weiterer Forschungsaspekt betrifft soziale Folgen, Angehörigenperspektiven, Ablösungsprozesse, Anschlussversorgung, Aufarbeitung, Beteiligungsformate und spezialisierte Fachkreise. Zu untersuchen ist, wie Deutungen zirkulieren, bestätigt, relativiert oder revidiert werden und unter welchen Bedingungen Beteiligung, Kritik, Anschlussbehandlung und institutionelle Weiterentwicklung möglich bleiben.

Daraus ergeben sich für Forschung und Wissenstransfer insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Forschung im Konfliktfeld »rituelle Gewalt« sollte Forschungsfragen, Erkenntnisinteressen, methodische Zugänge und Reichweite der Ergebnisse transparent machen.
2. Nebenwirkungen, Behandlungsfehler, Grenzverletzungen, entgrenzte Hilfebeziehungen, suggestive Prozesse, soziale Isolation und Autonomieeinschränkungen in Psychotherapie und Beratung sollten systematischer erforscht werden.
3. Das Weber'sche Konzept der charismatischen Herrschaft sollte als analytisches Instrument zur Aufarbeitung bekannter Missbrauchsgeschehen in unterschiedlichen Institutionen verwendet werden, um Risiken von Abhängigkeit, Grenzverschiebung und Autonomieeinschränkung im Kontext von Macht und Vertrauensverhältnissen besser zu verstehen.
4. Zentrale Begriffe wie »rituelle Gewalt«, »organisierte Gewalt«, »Ideologie«, »Täterkontakt«, »Programmierung«, »Anteil«, »spiritueller Missbrauch«, »rituelle oder sakrale Tatkomponenten« und Narrativ »Rituelle Gewalt« sollten in Forschungsarbeiten präzise definiert und operationalisiert werden. Dabei sollte unterschieden werden, ob Berichte auf die missbräuchliche Umdeutung bestehender Riten, Rituale oder religiöser Praktiken, auf eigens für den Missbrauch geschaffene rituelle Abläufe, auf spirituelle Autoritäts- und Abhängigkeitsverhältnisse oder auf das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« verweisen.

12.7 Politik, Regulierung und Versorgung

Die vorliegenden Ergebnisse berühren auch politische, berufsrechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. Problematische Therapie- und Beratungsverläufe lassen sich nicht allein auf individuelles Handeln einzelner Fachpersonen zurückführen. Sie entstehen im Zusammenspiel biografischer Belastungen, therapeutisch-interaktioneller Dynamiken, fachlicher Vorannahmen, institutioneller Strukturen und diskursiver Rahmungen. Daraus ergibt sich, dass Prävention, Patient*innenschutz und Qualitätssicherung auch auf struktureller Ebene zu verankern sind. Politik, Kammern, Fachgesellschaften und Versorgungseinrichtungen tragen dazu bei, unter welchen Bedingungen Hilfe zugänglich, qualifiziert, überprüfbar und fachlich verantwortbar gestaltet werden kann.

Ein erster Bezugspunkt betrifft den Zugang zu qualifizierter Versorgung. Menschen mit schweren Belastungen, komplexen Traumafolgen, dissoziativen Symptomen oder konflikthaften Behandlungserfahrungen sind auf erreichbare, verlässliche und fachlich differenzierte Angebote angewiesen. Lange Wartezeiten, fehlende Alternativen oder regionale Versorgungslücken können dazu beitragen, dass Patient*innen auch in wenig hilfreichen oder belastenden Behandlungsverhältnissen verbleiben. Dies gilt besonders, wenn eine hohe Abhängigkeit von einzelnen Behandler*innen besteht oder

wenn Patient*innen aufgrund ihrer Vorgeschichte, Diagnosen oder Konflikterfahrungen nur schwer eine Weiterbehandlung finden bzw. dies befürchten müssen. Versorgungspolitik sollte deshalb die Anzahl von Behandlungsplätzen, deren fachliche Passung, diagnostische Qualität und Weitervermittlungsmöglichkeiten berücksichtigen. Bei komplexen Einschätzungen, z. B. im Zusammenhang mit Dissoziativer Identitätsstörung oder Gefährdungsannahmen, sollten diagnostische Zweitmeinungen, Konsile oder multiprofessionelle Einschätzungen leichter zugänglich sein.

Spezialisierte Angebote können für komplex belastete Patient*innen eine wichtige Versorgungsfunktion erfüllen. Sie sollten mit Standards zu Diagnostik, Behandlungsplanung, Supervision, Dokumentation, Beschwerdewegen, Evaluation und externer fachlicher Einschätzung verbunden sein. Für Angebote, die mit komplexen Traumafolgen, dissoziativer Symptomatik, organisierter Gewalt, spirituellem Missbrauch oder dem Narrativ »Rituelle Gewalt« befasst sind, sollten Schutzkonzepte Prävention, Beschwerde, Intervention, Aufarbeitung und Qualitätsentwicklung miteinander verbinden. Unterstützung sollte an Leid, Symptomatik und Hilfebedarf anknüpfen und keine Übernahme weiterreichender Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« oder des rekonstruierten Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation voraussetzen.

Regulierungsfragen stellen sich auch mit Blick auf unterschiedliche Behandlungs- und Beratungssettings. Patient*innen können Hilfe in approbierter Psychotherapie, psychiatrischer Versorgung, psychosozialer Beratung, spezialisierten Fachberatungsstellen, seelsorglichen Kontexten, alternativen Heilverfahren oder bei Heilpraktiker*innen für Psychotherapie suchen. Die jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen, Aufsichtsstrukturen, Dokumentationspflichten, Beschwerdemöglichkeiten und Qualifikationsanforderungen unterscheiden sich erheblich und sind für Patient*innen häufig schwer erkennbar. Zuständigkeiten, Standards, Grenzen der Angebote und Beschwerdewege sollten in allen Settings transparent gemacht werden.

Verbindliche Qualitätssicherung ist ein weiterer struktureller Ansatzpunkt. In einem konflikthaften und erkenntnistheoretisch umstrittenen Gegenstandsbereich wie »rituelle Gewalt« gewinnen diese Qualitätsanforderungen zusätzliches Gewicht. Qualitätssicherung sollte deshalb Verfahren unterstützen, die therapeutische Interpretationen überprüfbar halten, diagnostische Entscheidungen nachvollziehbar begründen, Schutzmaßnahmen an konkrete Gefährdungslagen binden und Patient*innenrechte stärken. Dies betrifft auch die Sichtbarkeit und Erreichbarkeit von Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen. Qualitätsstandards sollten zudem den Umgang mit Erinnerungen, inneren Bildern, wiedergewonnenen Erinnerungen und suggestiven Risiken umfassen. Dazu gehören Vorgaben zu imaginativen Verfahren, wiederholtem Nachfragen, Dokumentation unklarer Erinnerungsinhalte und Schnittstellen zu rechtspsychologischer oder forensischer Expertise.

Entsprechend der Ergebnisse der Studie ist die Anschlussversorgung nach belastenden oder konflikthaften Therapie- und Beratungsverläufen ein besonders wichtiger Aspekt. Patient*innen, die sich aus einem geschlossenen Deutungsrahmen, einer

entgrenzten Hilfebeziehung oder einer als belastend erlebten Behandlung lösen, benötigen häufig Stabilisierung, diagnostische Neuorientierung und Unterstützung bei der Weitervermittlung. Der Zugang zu Anschlussbehandlung kann durch fachliche, rechtliche oder kollegiale Konfliktwahrnehmungen sowie durch die Polarisierung des Themenfeldes erheblich erschwert sein. Versorgungsstrukturen sollten deshalb niedrigschwellige Weitervermittlung und fachlich reflektierte Anschlussangebote vorsehen. Darüber hinaus könnten Selbsthilfestrukturen ehemaligen Patient*innen ebenfalls Unterstützung bieten.

Politische und institutionelle Maßnahmen, wie z. B. Förderprogramme, Modellmaßnahmen oder Stellungnahmen, sollten evaluiert und mit Forschung und Wissenstransfer verbunden werden. Neue Beratungsangebote, Fortbildungsprogramme, Beschwerdestrukturen und spezialisierte Versorgungsmodelle sollten daraufhin geprüft werden, ob sie zugänglich, fachlich qualifiziert, patient*innenorientiert und qualitätsgesichert arbeiten.

Daraus ergeben sich für Politik, Regulierung und Versorgung insbesondere folgende Handlungsempfehlungen:

1. Versorgungskapazitäten, qualifizierte Diagnostik und Möglichkeiten zu Zweitmeinung, Konsil oder multiprofessioneller Einschätzung sollten für Menschen mit komplexen Traumafolgen, dissoziativer Symptomatik, schweren Belastungen und konflikthaften Behandlungserfahrungen besser zugänglich werden.
2. Spezialisierte Angebote für Menschen mit Erfahrungen von Trauma, Dissoziation, organisierter Gewalt oder spirituellem Missbrauch sollten Schutzkonzepte vorhalten, die Prävention, Intervention, Beschwerde, Aufarbeitung und Qualitätsentwicklung verbinden. Sie sollten zudem mit Standards zu Diagnostik, Behandlungsplanung, Supervision, Dokumentation, Beschwerdewegen, Evaluation und externer fachlicher Einschätzung verbunden werden. Unterstützung sollte an Leid, Symptomatik und Hilfebedarf anknüpfen, ohne Patient*innen an die Übernahme des Narrativs »Rituelle Gewalt«, des rekonstruierten Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation oder anderer geschlossener Deutungsrahmen zu binden.
3. Unterschiede zwischen approbierter Psychotherapie, psychiatrischer Behandlung, psychosozialer Beratung, spezialisierten Fachberatungsstellen, seelsorglichen Angeboten, alternativen Verfahren und Heilpraktiker*innen für Psychotherapie sollten für Patient*innen transparenter werden. Qualifikationsanforderungen, Zuständigkeiten, Dokumentationspflichten, Beschwerdewege, rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der jeweiligen Angebote sollten verständlich beschrieben werden.
4. Berufsrechtliche und institutionelle Qualitätssicherung, Förderprogramme, Fortbildungen, Leitlinien und öffentliche Stellungnahmen sollten begrifflich und erkenntnislogisch präzise ausgestaltet werden.
5. Schnittstellen zwischen Therapie, Beratung, Strafverfolgung, Glaubhaftigkeitsbegutachtung, Kinderschutz, Opferschutz, Aufarbeitung und Versorgung sollten klarer beschrieben und fachlich abgestimmt werden.

6. Patient*innen nach belastenden, entgrenzten oder konflikthaften Therapie- und Beratungsverläufen sollten Unterstützung bei der Suche nach stabilisierender Anschlussbehandlung erhalten.
7. Monitoring, Evaluation und Wissenstransfer sollten prüfen, ob spezialisierte Angebote, Beschwerdewege, Fortbildungen und Förderprogramme ihre Ziele erreichen und welche unbeabsichtigten Folgen auftreten.

12.8 Abschließende Synthese

Die Studie untersucht qualitativ-rekonstruktiv Therapie- und Beratungsverläufe, in denen Patient*innen und Fachpersonen zeitweise davon ausgehen, dass die zentrale Ursache der Beschwerden in Erfahrungen »ritueller Gewalt« liegt. Sie rekonstruiert, wie sich solche Hilfeprozesse aus den Perspektiven der Beteiligten und aus dazugehörigen Dokumenten verstehen lassen. Im Zentrum stehen Prozesse der Deutung von Krankheit, Symptomatik, Erinnerung, Biografie und Behandlung. Methodisch leistet die Studie eine mehrperspektivische Analyse, indem sie Interviews mit direkt Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen mit behandlungsbezogenen Dokumenten verschränkt. Ihr Erkenntniswert liegt darin, problematische Verläufe als komplexe Interaktions- und Deutungsprozesse im Zusammenspiel von Patient*innen, Therapeut*innen, Angehörigen, Dokumentation und polarisierten Fachdiskursen verständlich zu machen.

Zentraler empirischer Befund ist das rekonstruierte Modell zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation, durch den der breitere diskursive Deutungsrahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« therapeutisch-praktisch konkretisiert wird. Es verbindet Annahmen über »rituelle« bzw. organisierte Gewalt mit Annahmen über eine absichtlich erzeugte Dissoziative Identitätsstörung und fungiert in den untersuchten Verläufen als Interpretationsrahmen für Biografie, gegenwärtige Lebenssituation und psychische Symptomatik der Patient*innen. Das Erklärungsmodell strukturiert nicht allein einzelne Symptomdeutungen. Es kann weitreichenden Einfluss auf Behandlungsziele, Erinnerungssuche, Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen, Schutzentscheidungen, Beziehungsgestaltung, Dokumentation und institutionelle Kommunikation nehmen.

Die rekonstruierten Verläufe zeigen, wie ein solches Modell in Situationen hoher Belastung, diagnostischer Unsicherheit und biografischen Erklärungsbedarfs Plausibilität gewinnen kann. Innere Bilder, Körperempfindungen, Erinnerungslücken, dissoziative Zustände, therapeutische Rückmeldungen, Fachliteratur, Dokumente und spezialisierte Fachkontakte können wechselseitig zur Verdichtung einer Interpretation beitragen. Die Übernahme des Modells zirkulärer Gewalt- und Dissoziationsinterpretation betrifft für Betroffene das Verhältnis zur eigenen Vergangenheit, zum sozialen Umfeld, zum eigenen Erleben und zu professioneller Hilfe. Die spätere Revision oder Ablösung kann

entsprechend mit erheblicher Verunsicherung, biografischer Neuorientierung und erneutem und z. T. weiterreichendem Unterstützungsbedarf verbunden sein.

Der Hilfebedarf der Patient*innen endet daher nicht mit der Ablösung vom Erklärungsmodell. Viele waren bereits vor der analysierten Behandlung chronisch psychisch belastet und auf professionelle Hilfe angewiesen. Nach der Ablösung bestehen diese Belastungen fort, hinzu kommen der Verlust eines kohärenten Erklärungsmodells, die Erschütterung des eigenen Selbst- und Weltverständnisses sowie der Verlust einer wichtigen therapeutischen Bezugsperson. Die Ablösung ist daher häufig als Krise mit erheblichem Unterstützungsbedarf zu verstehen. Diese Krise kann verschärft werden, weil der Zugang zu geeigneter Anschlussbehandlung dadurch zusätzlich erschwert ist, dass Patient*innen die Vorgeschichte im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« und die Frage nach der fachlichen Angemessenheit der vorausgegangenen Behandlung mitbringen.

Die theoretische Diskussion hat gezeigt, dass diese Dynamiken aus unterschiedlichen Perspektiven verständlich werden. Gedächtnispsychologische Befunde machen die Rekonstruktivität von Erinnerungsprozessen sowie suggestive Risiken sichtbar. Die Auseinandersetzung mit Traumafolgestörungen und Dissoziativer Identitätsstörung verweist auf diagnostische Komplexität und die Notwendigkeit differenzialdiagnostischer Offenheit. Digitale Selbstbeschreibungen dissoziativer Identität können zudem Selbstbeschreibungen, diagnostische Suchbewegungen und Zugehörigkeitserfahrungen beeinflussen. Ritualtheoretische Überlegungen machen deutlich, dass der Begriff »rituell« ohne nähere Bestimmung analytisch unscharf bleibt. Die Perspektive auf Verschwörungsmythen hilft zu verstehen, wie umfassende Deutungen in Situationen von Unsicherheit, Ohnmacht und Orientierungsbedarf Kohärenz herstellen können. Behandlungsqualitative, medizinethische und biografietheoretische Zugänge zeigen schließlich, dass professionelle Hilfe immer auch Deutungsmacht besitzt und asymmetrische Deutungsbeziehungen besonderer Reflexion bedürfen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der Begriff »rituelle Gewalt« in seiner Ambivalenz ernst genommen werden muss. Er kann für Betroffene wichtiges Mittel zur Selbstbeschreibung sein, mit dem Erfahrungen von Gewalt, Angst, Ohnmacht, Kontrolle oder symbolischer Aufladung in Worte gefasst werden können. Zugleich ruft der Begriff im fachlichen und therapeutischen Diskurs häufig die spezifischen Prämissen des Narrativs »Rituelle Gewalt« auf. Professionelle und institutionelle Verantwortung besteht deshalb darin, die subjektive Bedeutung anzuerkennen und zugleich offenzulegen, welche fachlichen, diagnostischen, empirischen oder narrativen Aspekte mit seiner Verwendung im jeweiligen Kontext verbunden sind. An diese Ambivalenz schließt eine weitere begriffliche Präzisierung an: Es sollte zwischen konkreten Gewaltformen, Tatkontexten, Tatkomponenten, Täterstrategien und dem Narrativ unterschieden werden. Rituelle, sakrale, symbolische oder ideologische Elemente können in Gewaltkonstellationen erhebliche Bedeutung haben, etwa indem sie Gewalt legitimieren, Gehorsam einfordern, Schweigen sichern, Angst erzeugen und Abhängigkeit vertiefen. Sie sind

daher als mögliche Tatkomponenten oder Täterstrategien zu beschreiben und nicht vorschnell als Hinweis auf eine eigenständige Gewaltform oder auf das umfassende Narrativ »Rituelle Gewalt« zu behandeln.

Wird »rituelle Gewalt« von Betroffenen als Selbstbeschreibung verwendet, sollte im Einzelfall sorgfältig nachgefragt werden, welche konkreten Handlungen bzw. Erfahrungen mit dem Begriff bezeichnet werden. Dadurch lässt sich genauer erfassen, ob die Selbstbeschreibung auf berichtete Gewalt mit rituellen, sakralen, symbolischen oder ideologischen Elementen, auf Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse oder auf weiterreichende Annahmen des Narrativs »Rituelle Gewalt« verweist.

Die Ergebnisse machen zugleich Rückwirkungen der Polarisierung auf Versorgung und fachliches Vertrauen deutlich. Eine enge Kopplung von Anerkennung, Schutz und Zustimmung zum Narrativ »Rituelle Gewalt« kann Leid und Unterstützungsbedarf an bestimmte Deutungsrahmen binden. Kritische Einwände gegen das Narrativ können verallgemeinernd auf Betroffene schwerer Gewalt- und Traumafolgen oder auf spezialisierte Versorgung bezogen werden. Für Versorgung, Forschung und Fachöffentlichkeit bleibt daher die Unterscheidung zwischen Kritik an geschlossenen Deutungsmodellen, Anerkennung realer Gewaltfolgen und Bewertung psychotherapeutischer Praxis zentral.

Damit lässt sich der gesellschaftliche Ertrag der Studie als Differenzierungsanforderung beschreiben. Leid, Belastung, Traumafolgen und Hilfebedarf müssen anerkannt und versorgungspraktisch beantwortet werden können. Konkrete Gewaltberichte, therapeutische Hypothesen, diagnostische Einschätzungen, institutionelle Gefährdungsannahmen und empirisch überprüfbare Tatsachenbehauptungen folgen jedoch unterschiedlichen Erkenntnis- und Verfahrenslogiken. Anerkennung von Patient*innen ist nicht an die Bestätigung eines umfassenden Narrativs gebunden. Fachliche Prüfung ist zugleich nicht mit der Abwertung von Leid, Hilfebedarf oder Gewalterfahrungen gleichzusetzen.

Schließlich konkretisieren die Empfehlungen dieses Kapitels diese Differenzierungsanforderung für verschiedene Bereiche: Ausbildung und Weiterbildung sollten Urteilskraft hinsichtlich Begriffen, Diagnosen und Erinnerungen fördern. Therapie und Beratung sollten Interpretationen als überprüfbare Hypothesen behandeln und Autonomie, Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe stärken. Supervision und Qualitätssicherung sollten Gegenperspektiven ermöglichen, Interpretationsverfestigungen früh erkennbar machen und externe Einschätzungen absichern. Beschwerde-, Klärungs- und Aufarbeitungsstrukturen sollten Orientierung bieten, ohne Erkenntnis- und Verfahrensebenen zu vermischen. Schutzkonzepte können diese Elemente verbinden, indem sie Prävention, Intervention, Beschwerde, Aufarbeitung und Qualitätsentwicklung institutionell aufeinander beziehen. Fachlicher und öffentlicher Diskurs sollte präzise Begriffe verwenden und Polarisierung nicht weiter verstärken. Forschung und Wissenstransfer sollten den weiteren Forschungsbedarf methodisch differenziert bearbeiten. Politik, Regulierung und Versorgung sollten Rahmenbedingungen schaffen, die quali-

fizierte Hilfe zugänglich machen und zugleich Patient*innenschutz, Beschwerdewege, Dokumentation und Evaluation absichern.

Die Studie verweist auf Anforderungen an die fachliche Gestaltung von Hilfe, Schutz und Anerkennung. Professionelle Verantwortung in diesem Gegenstandsbereich besteht darin, Leid und Unterstützungsbedarf anzuerkennen, Schutz sorgfältig zu begründen, Autonomie und Teilhabe zu wahren und therapeutische Interpretationen auch dort überprüfbar zu halten, wo Unsicherheit schwer auszuhalten ist.

Beiträge zum Buch und Dank

Wir danken allen Interviewpartner*innen, ohne die dieses Buch nicht möglich gewesen wäre. Außerdem danken wir Beteiligten für ihre Mitarbeit am Projekt und ihre Beiträge zum Buch. Dieses Projekt entstand nach der Arbeit an zwei Expertisen für die UBSKM, der Expertise zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung (»Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten ›Nullhypothese‹ in unterschiedlichen Verfahrenskontexten«, Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen S., Sachser, C.) und der Expertise zur rituellen Gewalt (»Expertise zu Begrifflichkeiten und Häufigkeiten im Bereich organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt«, Gerke, J., Stachelscheid, A., Mattstedt, F.-K., Fegert, J. M., Rassenhofer, M.). In diesem Zeitraum waren u. a. durch Recherchen des Schweizer Fernsehens problematische Praktiken und Fälle in der Traumatherapie in Schweizer Fachkliniken thematisiert worden. Nach eingehenden Gesprächen mit Schweizer Kollegen, die uns auch die ersten Zugänge zu Berichten und zu persönlich Betroffenen ermöglichten, beschlossen wir, ohne externe Förderung, im Rahmen eines selbst initiierten Projektes einige biografische Interviews zu führen und diese mit Bordmitteln auszuwerten. Sehr schnell weitete sich das Projekt aus und wurde auch sehr stark wahrgenommen, sodass sich weitere Personen meldeten und auch immer weitere Fragestellungen in diesem Zusammenhang geklärt werden mussten. Schließlich danken wir Porticus, insbesondere Benevolentia, die uns durch Förderung unseres Arbeitsbereichs und dieses konkreten Projektes ermöglicht hat mit der notwendigen Interdisziplinarität und der gebotenen Gründlichkeit, auf der Basis der uns anvertrauten Interviews und Materialien von Betroffenen, die Thematik toxischer therapeutische Beziehungen im Kontext des Narrativs »Rituelle Gewalt« näher zu beleuchten. Wir danken für diese Wissenschaftsförderung, ohne die eine jahrelange Beschäftigung, wie sie hier erfolgte, nicht möglich gewesen wäre.

Folgenden Personen danken wir für ihre Mitarbeit am Projekt und ihrem Beitrag zum Buch:

Marie von Altenbockum (Ulm): Entwurf des Kapitels zu Verschwörungsmythen (3), Unterstützung der Aufbereitung der Daten und Datenauswertung, Recherche sowie Literaturaufbereitung und -management. Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt seit November 2024.

Isabel Bah (Ulm): Recherche sowie Literaturaufbereitung und -management. Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt seit März 2026.

Prof. Dr. Peter Beer (Rom): Intensiver fachlicher Austausch zum Thema Ritual im kirchlichen Kontext und Beiträge zum Begriff des Rituals und zur fachlichen Einordnung von Ritualtheorien.
Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Ulm): Initiierte das Projekt, brachte viele daran Beteiligte zusammen und stellte die Finanzierung der notwendigen Personalressourcen sicher. Als verantwortlicher Projektleiter erwirkte er das Ethikvotum (323/23 vom 15.11.2023), er konzipierte die Buchpublikation und arbeitete an allen Kapiteln mit.
Lea Frühauf (Ulm, Bad Dürkheim): Entwürfe der Kapitel zu Gedächtnisforschung, Erinnerungen an Traumata und falsche Erinnerungen (5) und zu Qualitätssicherung und Behandlungsfehlern in der Psychotherapie (7). Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten und Datenauswertung. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt von Oktober 2024 bis März 2026.
Dr. Jelena Gerke (Ulm, Berlin): Entwurf des Kapitels zu Traumafolgestörungen und Dissoziativer Identitätsstörung (6). Intensive Auseinandersetzung mit dem Begriff der »organisierten sexuellen und rituellen Gewalt« (ORG) sowie der Kritik daran. Fachliche Einordnung der Ergebnisse und Unterstützung der Datenauswertung.
Dr. Daniel Köhler (Stuttgart): Intensiver fachlicher Austausch zu und Beitrag zum Phänomen extremistischer Onlinenetzwerke im Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« (2).
Kyra Laschet (Ulm): Unterstützung bei der Aufbereitung der Daten und Datenauswertung, Recherche sowie Literaturaufbereitung und -management. Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt von Januar 2025 bis Juni 2026.
Kim Magiera (Ulm): Durchführung der Interviews, Koordination der Datenaufbereitung und -analyse. Entwürfe der Kapitel zum Narrativ »Rituelle Gewalt« (2), zum Begriff des Rituals und Ritualtheorien (4), zur Forschungsmethodik (8), zur Analyse der Ergebnisse (9), zur Diskussion der Ergebnisse (10), zu Diskurs, Aufarbeitung und gesellschaftlicher Einordnung (11) sowie zu Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen (12). Seit Beginn im September 2023 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt.
Prof. Dr. Miriam Rassenhofer (Ulm): Intensiver fachlicher Austausch vor allem zum Diskurs um »rituelle Gewalt«, zu Anerkennung und Traumafolgen. Verantwortliche für die »Expertise zu Begrifflichkeiten und Häufigkeiten im Bereich organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt«.
Emilia Schlaich (Ulm): Unterstützung der Aufbereitung der Daten und Datenauswertung sowie Recherche. Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt von Januar 2025 bis Dezember 2025.
Prof. Dr. Erich Seifritz (Zürich): Intensiver fachlicher Austausch über die DIS-Diagnose und erste Projektergebnisse sowie Darstellung und Diskussion der offiziellen Untersuchungsberichte aus der Schweiz.
Prof. Dr. Frank Urbaniok (Konstanz): Gemeinsame Entwicklung der Projektidee mit Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ermöglichung des Zugangs zu einem Großteil der Interviewpartner*innen, intensiver fachlicher Austausch über erste Projektergebnisse.

Josiane Willems (Ulm): Unterstützung der Aufbereitung der Daten und Datenauswertung, Recherche sowie Literaturmanagement. Wissenschaftliche Hilfskraft im Projekt von Januar 2025 bis April 2026.
Prof. Dr. Hans Zollner (Rom): Intensiver fachlicher Austausch zum Thema Ritual im kirchlichen Kontext.

Ganz herzlich bedanken möchten wir uns bei unseren Wissenschaftlichen Hilfskräften, Marie von Altenbockum, Isabel Bah, Kyra Laschet, Emilia Schlaich und Josiane Willems, die das Projekt sehr engagiert und in besonderem Maß unterstützt haben.

Anhang

Glossar

Abstinenzgebot Das Abstinenzgebot verpflichtet Psychotherapeut*innen, die therapeutische Beziehung nicht für eigene persönliche, sexuelle, wirtschaftliche oder sonstige Interessen zu nutzen. Es soll Patient*innen vor Machtmissbrauch schützen und helfen, professionelle Distanz zu wahren. Es ist in den Berufsordnungen für Psychotherapeut*innen festgeschrieben.

Adaptive Bewältigungsprozesse Adaptive Bewältigungsprozesse sind hilfreiche und funktionale Wege, mit Belastungen, Stress oder traumatischen Erfahrungen umzugehen.

Administrative Prävalenz Administrative Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit einer Erkrankung auf Grundlage von Behandlungs-, Diagnose- oder Abrechnungsdaten.

Ätiologie Ätiologie bezeichnet die Lehre von den Ursachen und Entstehungsbedingungen einer Erkrankung oder Störung.

Affektbrücke Die Affektbrücke ist eine therapeutische Technik, bei der von einem aktuellen belastenden Gefühl zu früheren Situationen mit ähnlichem Gefühl übergeleitet wird.

Affektive Störungen Affektive Störungen sind psychische Störungen, bei denen Stimmung, Antrieb und Aktivitätsniveau deutlich verändert sind. Zu den wichtigsten Formen gehören depressive Störungen, manische Episoden und bipolare Störungen. Affektive Störungen können eigenständig auftreten, aber auch gemeinsam zum Beispiel mit Traumafolgestörungen.

Affektregulation/emotionale Dysregulation Affektregulation bezeichnet die Fähigkeit einer Person, eigene starke Gefühle wahrzunehmen, auszuhalten und angemessen zu steuern. Von emotionaler Dysregulation spricht man, wenn eine Person sehr schnell von ihren Gefühlen überflutet wird, sich nur schwer beruhigen kann oder die Gefühle das Handeln der Person stark bestimmen.

Akute Belastungsreaktion Eine akute Belastungsreaktion ist eine kurzfristige psychische und körperliche Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes oder bedrohliches Ereignis. Sie tritt meist unmittelbar oder innerhalb von Minuten bis Stunden nach dem Ereignis auf und klingt in der Regel innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen wieder ab.

Akzelerationismus/militanter Akzelerationismus Akzelerationismus bezeichnet die Vorstellung, eine bestehende Gesellschaft solle absichtlich in eine Krise getrieben werden. Zum Beispiel sollen Vertrauen in die Demokratie zerstört sowie Angst und Chaos

verbreitet werden. Im militanten Akzelerationismus gelten Einschüchterung, Anschläge oder terroristische Gewalt als legitime Mittel, um diesen Zusammenbruch zu beschleunigen.

Akzidentelle Traumata Akzidentelle Traumata sind traumatische Ereignisse, die nicht absichtlich durch andere Menschen herbeigeführt wurden, zum Beispiel Unfälle oder Naturkatastrophen.

Alters Alters bezeichnet im Kontext der Dissoziativen Identitätsstörung verschiedene Persönlichkeitszustände oder innere Zustände, die als voneinander getrennt erlebt werden können.

Altersregression Altersregression bezeichnet in der Hypnotherapie das therapeutische Zurückversetzen in eine frühere Lebensphase.

Amnesie/dissoziative Amnesie/Interidentitätsamnesie Eine Amnesie bezeichnet einen zeitweiligen oder dauerhaften Verlust von Erinnerungen. Eine dissoziative Amnesie ist eine psychische Störung, bei der wichtige persönliche Informationen nicht mehr erinnert werden. Sie kann Folge einer organischen Erkrankung, einer schweren Belastung oder eines Traumas sein. Interidentitätsamnesie bezeichnet im Zusammenhang mit der Dissoziativen Identitätsstörung Erinnerungslücken zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen bzw. dissoziativen Identitäten. Die Frage, ob es eine vollständige Gedächtnistrennung zwischen solchen Zuständen geben kann, ist umstritten.

Amygdala-Reaktivität Amygdala-Reaktivität meint, wie stark die Amygdala, eine Hirnstruktur für Angst-, Stress- und Bedrohungsverarbeitung, auf Reize reagiert. Eine erhöhte Reaktivität führt zur Ausschüttung von Stresshormonen und ist oft Folge von chronischem Stress, Trauma oder frühen Belastungen.

Angststörungen/Generalisierte Angststörung Angststörungen sind psychische Störungen, bei denen starke, anhaltende oder situationsbezogene Angst und Vermeidungsverhalten im Vordergrund stehen. Bei einer generalisierten Angststörung bestehen über längere Zeit starke, schwer kontrollierbare Sorgen und Ängste, die nicht auf eine einzelne Situation begrenzt sind.

Anhaltende Trauerstörung Eine anhaltende Trauerstörung liegt vor, wenn nach dem Tod einer nahestehenden Person über längere Zeit intensive Trauer, Sehnsucht und starke Beeinträchtigungen bestehen.

Anomie Anomie bezeichnet einen Zustand gesellschaftlicher Regel- oder Normlosigkeit.

Anpassungsstörungen Anpassungsstörungen sind psychische Belastungsreaktionen auf einschneidende Lebensereignisse, die die Bewältigung des Alltags deutlich beeinträchtigen können.

Anthropologie Anthropologie ist die Wissenschaft vom Menschen und seinen sozialen und kulturellen Lebensformen.

Arkandisziplin Arkandisziplin bezeichnet Geheimhaltung gegenüber Außenstehenden, also die bewusste Beschränkung bestimmter Lehren oder Praktiken nur auf Eingeweihte.

Artifizielle Störungen Artifizielle Störungen liegen vor, wenn Krankheitssymptome absichtlich erzeugt, vorgetäuscht oder übertrieben werden.

Aufdeckungsarbeit und wiedergewonnene Erinnerungen Mit Aufdeckungsarbeit sind therapeutische Vorgehensweisen gemeint, die gezielt nach bislang nicht erinnerten oder als verborgen angenommenen traumatischen Erfahrungen suchen. Solche Verfahren werden fachlich kritisch bewertet, da Erwartungen, Nachfragen oder Interpretationen von Therapeut*innen bestimmte Erinnerungen nahelegen oder verfestigen können.

Autobiografische Erinnerung und Rekonstruktivität von Erinnerung Autobiografische Erinnerung ist die Erinnerung an das eigene Leben. Sie funktioniert nicht wie eine unveränderliche Aufnahme, sondern wird beim Erinnern immer wieder neu zusammengesetzt. Gefühle, die aktuelle Situation und Gespräche können beeinflussen, wie Vergangenes erinnert und verstanden wird.

Autonomie Autonomie bedeutet Selbstbestimmung und die Fähigkeit, eigene Entscheidungen möglichst frei zu treffen.

Autoritarismus (Sozialpsychologie) Autoritarismus bezeichnet nach dem Philosophen Theodor W. Adorno eine Persönlichkeitsstruktur, die sich durch Gehorsamsdenken, Orientierung an Hierarchien, Intoleranz gegenüber Minderheiten und ein starkes Bedürfnis nach Ordnung auszeichnet.

Behandlungsfehler/Kunstfehler Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine Behandlung vom fachlichen Standard abweicht und Patient*innen dadurch geschädigt werden oder ein vermeidbares Risiko für eine Schädigung entsteht. In der Psychotherapie kann dies etwa unzureichende Diagnostik, fehlende Aufklärung, oder ein Überschreiten professioneller Grenzen betreffen.

Behandlungssetting Das Behandlungssetting ist der organisatorische Rahmen einer Behandlung, etwa ambulant, stationär oder tagesklinisch.

Belastende Kindheitserlebnisse (ACEs) Belastende Kindheitserlebnisse, englisch Adverse Childhood Experiences (ACEs), bezeichnen belastende und potenziell traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend. Dazu zählen Kindesmisshandlung, sexualisierte Gewalt sowie Vernachlässigung. Der Begriff umfasst außerdem belastende Bedingungen im Elternhaus, etwa das Miterleben häuslicher Gewalt, Sucht- oder psychische Erkrankungen, die Inhaftierung eines Familienmitglieds oder den Verlust eines Elternteils durch Trennung oder Scheidung. Das Erleben von ACEs kann das Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen deutlich erhöhen, bestimmt den weiteren Lebensweg aber nicht.

Benefizienzprinzip Das Benefizienzprinzip ist ein medizinethisches Prinzip. Es verpflichtet Fachpersonen, zum Wohl und Nutzen von Patient*innen zu handeln.

Betroffenenwissen/Erfahrungsexpertise Betroffenenwissen bezeichnet Wissen, das aus eigener Erfahrung mit Gewalt, ihren Folgen sowie mit Hilfe-, Therapie-, Justiz- oder Aufarbeitungsprozessen entsteht. Es ist wichtig, um Unterstützungsbedarfe besser zu verstehen, blinde Flecken von Institutionen sichtbar zu machen und Veränderungsprozesse anzustoßen. Es ist eine von Betroffenen erkämpfte Errungenschaft, dass ihr Wissen berücksichtigt wird.

Big Five-Persönlichkeitsmerkmale Die Big-Five-Persönlichkeitsmerkmale sind ein Modell, das fünf Dimensionen der Persönlichkeit unterscheidet: Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Neurotizismus.

Bindungsstil/unsicherer Bindungsstil Der Bindungsstil beschreibt, wie Personen Nähe, Vertrauen und Sicherheit in Beziehungen mit anderen Personen erleben und gestalten. Ein sicherer Bindungsstil kann es erleichtern, Beziehungen als verlässlich zu erleben. Unsichere Bindungsmuster können sich zum Beispiel darin zeigen, dass Nähe stark gesucht, zugleich aber als unsicher erlebt oder eher vermieden wird. Solche Muster werden in frühen Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen geprägt, können durch spätere Beziehungserfahrungen aber verändert werden.

Bindungsstörungen Bindungsstörungen sind Störungen der Gestaltung sozialer Beziehungen. Sie können vor allem nach in der frühen Kindheit erlebter schwerer Vernachlässigung, Misshandlung oder instabiler Betreuung auftreten.

Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell erklärt Gesundheit und Krankheit aus dem Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren. Es befasst sich nicht nur damit, was im Körper passiert, sondern auch, wie Personen Belastungen erleben, wie sie damit umgehen, welche Beziehungen sie haben und in welchem Umfeld sie leben.

Borderline-Typ/emotional instabile Persönlichkeitsstörung Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist eine psychische Störung, bei der Gefühle und Selbstbild einer betroffenen Person stark schwanken können. Häufig treten große innere Anspannung, Impulsivität und Schwierigkeiten auf, Nähe, Distanz und Vertrauen in Beziehungen zu regulieren.

Charismatische Herrschaft Charismatische Herrschaft bezeichnet nach dem Soziologen Max Weber eine Form von Autorität, die auf der besonderen Ausstrahlung, Überzeugungskraft oder zugeschriebenen außergewöhnlichen Fähigkeit einer Person beruht. Eine charismatische Autorität kann Vertrauen, Hoffnung und Orientierung stiften. Problematisch wird sie, wenn Kritik erschwert wird, Abhängigkeit entsteht oder eine Person als besonders wissend, rettend oder unfehlbar erscheint.

Codieren Codierung bezeichnet in der qualitativen Forschung das systematische Markieren, Benennen und Ordnen von Textstellen, Beobachtungen oder Dokumenteninhalten.

Cognitive Closure/kognitive Geschlossenheit Cognitive Closure bezeichnet das Bedürfnis nach klaren Antworten und Erklärungen sowie geringer Ambiguität – also nach Eindeutigkeit.

Compliance/Adhärenz Adhärenz, früher oft Compliance genannt, bezeichnet die Mitwirkung von Patient*innen an einer Behandlung oder einem gemeinsam vereinbarten Vorgehen.

Cued Recall Cued Recall bedeutet den Abruf von Erinnerungen mithilfe von Hinweisreizen, zum Beispiel durch Wörter, Bilder, Gerüche oder Situationen.

Dark Social/Alt-Tech-Plattformen Dark Social bezeichnet digitale Kommunikation in nicht oder nur teilweise öffentlichen Räumen, wie zum Beispiel in Messenger- oder Chatgruppen. Alt-Tech-Plattformen sind alternative Onlineplattformen, auf denen Inhalte weniger moderiert werden als auf bekannteren Plattformen.

Depersonalisation/Derealisation Depersonalisation bezeichnet das Gefühl, sich selbst, den eigenen Körper oder das eigene Handeln als fremd, unwirklich oder wie von außen zu erleben. Derealisation meint, dass die Umwelt fremd, unwirklich, traumartig oder entfernt erscheint. Beide Phänomene können im Zusammenhang mit Dissoziation, starker Belastung oder Traumafolgestörungen auftreten.

Depression/depressive Störungen Depression ist eine psychische Störung, die mit anhaltend gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Antriebsminderung und weiteren möglichen Beschwerden wie Schlafproblemen, Schuldgefühlen oder Suizidgedanken einhergehen kann.

Desinformation/Fehlinformation Fehlinformationen sind falsche Informationen, die ohne Täuschungsabsicht verbreitet werden. Desinformationen sind ebenfalls falsch, werden aber absichtlich verbreitet, um andere zu täuschen oder zu beeinflussen.

Deutungsmacht Deutungsmacht bezeichnet die Möglichkeit, stark zu beeinflussen, wie eine Situation, eine Erfahrung oder ein Ereignis verstanden wird. Sie kann bei einzelnen Personen, Gruppen, Fachleuten, Medien oder Institutionen liegen. Deutungsmacht ist nicht grundsätzlich problematisch. Sie wird problematisch, wenn andere Personen dadurch in ihrem Selbstverständnis und ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden oder andere Sichtweisen keinen Platz mehr haben.

Deutungsrahmen Ein Deutungsrahmen hilft, Wahrnehmungen, Ereignisse, Erfahrungen oder Aussagen zu ordnen und zu verstehen. Solche Rahmen nutzen alle Personen, um sich in der Welt, in komplexen oder mehrdeutigen Situationen zurechtzufinden. Sie können Orientierung geben und Zusammenhänge verständlich machen. Problematisch können sie werden, wenn sie zu eng werden und andere mögliche Erklärungen nicht in Betracht gezogen werden.

Disparate Symptome Disparate Symptome sind sehr unterschiedliche Beschwerden, die nicht ohne Weiteres einer gemeinsamen Ursache oder Diagnose zugeordnet werden können.

Dissoziation/Dissoziative Störung/Dissoziative Identitätsstörung Dissoziation bedeutet, dass normalerweise zusammenhängende Bereiche des Erlebens zeitweise auseinanderfallen, etwa Erinnerung, Körpergefühl, Wahrnehmung, Gefühle oder Identität. Solche Erfahrungen können bei starker Belastung auftreten und sind nicht automatisch Zeichen einer psychischen Störung. Die Dissoziative Identitätsstörung ist eine fachlich anerkannte, aber kontrovers diskutierte Diagnose, bei der unterschiedliche Persönlichkeitszustände, Brüche im Erleben der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Handelns sowie Erinnerungslücken eine zentrale Rolle spielen. Dissoziative Symptome und die Dissoziative Identitätsstörung lassen sich nicht auf eine ganz bestimmte Ursache zurückführen.

Doxxing Doxxing bedeutet, private Informationen über eine Person ohne deren Wissen oder Zustimmung zu sammeln, weiterzugeben oder zu veröffentlichen. Dazu können Adressen, Telefonnummern, Fotos, Arbeitgeberdaten oder Informationen über Familie und Umfeld gehören.

Dropout-Rate Die Dropout-Rate gibt an, wie viele Personen eine Behandlung, Studie oder Maßnahme vorzeitig abbrechen.

Dual Representation Theory Die Dual Representation Theory ist ein Modell zur Erklärung traumabezogener Erinnerungen. Sie geht davon aus, dass traumatische Erfahrungen in zwei Gedächtnisformen verarbeitet werden können: als situativ zugängliche Erinnerungen und als verbal zugängliche Erinnerungen. Das Modell erklärt, warum traumatische Erinnerungen zugleich bruchstückhaft, körpernah und sehr eindringlich erlebt werden können, ohne dass daraus folgt, dass sie unverändert oder vollständig gespeichert wären.

Dunkelfeld/Hellfeld Das Hellfeld umfasst Straftaten, Gewaltvorfälle oder andere Ereignisse, die Behörden, Gerichten oder anderen Einrichtungen bekannt werden und dadurch dokumentiert oder untersucht werden können. Das Dunkelfeld bezeichnet demgegenüber solche Vorfälle, die nicht angezeigt, nicht erkannt oder nicht dokumentiert werden.

Einsichtnahmerecht Das Einsichtnahmerecht bezeichnet den Anspruch von Patient*innen, ihre Patientenakte einzusehen und auf eigene Kosten Abschriften zu erhalten. Es ist in § 630g BGB geregelt und gehört zu den Patient*innenrechten (§630a ff.).

EMDR/Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR ist ein traumafokussiertes Psychotherapieverfahren zur Bearbeitung belastender Erinnerungen. Während sich Patient*innen unter therapeutischer Anleitung an belastende Erinnerungsinhalte erinnern, wird eine bilaterale Stimulation eingesetzt, meist durch Augenbewegungen. Ziel ist es, belastende Erinnerungen so zu verarbeiten, dass sie weniger überwältigend erlebt und besser in die eigene Lebensgeschichte eingeordnet werden können. EMDR gehört bei Erwachsenen mit PTBS laut S3-Leitlinie zu den evidenzbasierten traumafokussierten Behandlungsverfahren.

Entwicklungsheterotopie Entwicklungsheterotopie beschreibt, dass frühe oder chronische Traumatisierungen die altersgemäße Entwicklung eines Kindes verschieben, verzögern oder in unterschiedlichen Bereichen beeinträchtigen können.

Epistemische Gerechtigkeit/epistemische Ungerechtigkeit Epistemische Gerechtigkeit bedeutet, Personen, die Gewalt erlebt haben, als Wissende ernst zu nehmen und ihnen faire Möglichkeiten zu geben, ihre Erfahrungen auszudrücken und einzuordnen. Epistemische Ungerechtigkeit entsteht, wenn bestimmten Personen oder Gruppen weniger Glaubwürdigkeit zugeschrieben wird oder wenn gesellschaftlich verfügbare Begriffe fehlen, um ihre Erfahrungen verständlich zu machen.

Epistemisches Vertrauen/epistemisches Misstrauen/epistemische Leichtgläubigkeit Epistemisches Vertrauen beschreibt die Bereitschaft, Informationen von anderen Personen oder Institutionen als grundsätzlich hilfreich und glaubwürdig anzunehmen. Es

beeinflusst, wem wir als Wissensquelle vertrauen und wessen Erklärungen wir für unser eigenes Verständnis nutzen. Epistemisches Misstrauen bedeutet, Informationen oder bestimmten Quellen stark zu misstrauen, auch wenn sie verlässlich sein können. Epistemische Leichtgläubigkeit meint, unsicheren oder fragwürdigen Informationen zu schnell zu vertrauen.

Epistemologie Epistemologie bedeutet Erkenntnistheorie. Sie befasst sich damit, wie Wissen entsteht, begründet und überprüft wird.

Ethnologie Ethnologie ist die vergleichende Wissenschaft von Kulturen, sozialen Praktiken und Lebensweisen verschiedener Gruppen.

Etymologie Etymologie bezeichnet die Untersuchung der Herkunft von Worten und der Entwicklung ihrer Bedeutung.

Evidenz/empirische Evidenz Evidenz meint nachvollziehbare und geprüfte Hinweise oder Belege für eine Annahme. Empirische Evidenz entsteht durch systematische Datenerhebung und Datenauswertung. Wie belastbar Evidenz ist, hängt von der Methode, der Datenqualität, der Stichprobe und der Möglichkeit unabhängiger Prüfung ab. Gute Studien machen transparent, was ihre Ergebnisse zeigen können und wo ihre Grenzen liegen.

Exposition/imaginative Exposition Exposition bezeichnet die therapeutisch angeleitete Auseinandersetzung mit belastenden, gefürchteten oder vermiedenen Reizen, Situationen, Erinnerungen oder Gefühlen. Bei der imaginativen Exposition geschieht dies in der Vorstellung, etwa durch das gezielte Vergegenwärtigen einer belastenden Erinnerung oder Szene. Ziel ist die Verarbeitung und Neubewertung bereits belastender Inhalte, nicht das Auffinden vermeintlich verborgener Erinnerungen. Expositionsbasierte Verfahren wie die Prolongierte Exposition und die Narrative Expositionstherapie gehören zu den evidenzbasierten traumafokussierten Verfahren zur Behandlung der PTBS.

False Memory/Scheinerinnerung Eine Scheinerinnerung ist eine Erinnerung, die sich subjektiv echt anfühlt, aber nicht auf ein tatsächliches Ereignis zurückgeht. Der Begriff bedeutet nicht, dass eine Person lügt, sie ist überzeugt von der Richtigkeit der Scheinerinnerung. Forschung zu Erinnerung zeigt, dass Erwartungen, wiederholte Vorstellungen oder gezielte Nachfragen beeinflussen können, was erinnert wird und wie sicher sich eine Erinnerung anfühlt.

Familienaufstellung Familienaufstellung ist ein Verfahren, bei dem familiäre Beziehungen räumlich dargestellt und szenisch bearbeitet werden.

Fragmentierung Fragmentierung bezeichnet im vorliegenden Kontext das Auseinanderfallen oder Nichtverbundensein von Erinnerungs-, Gefühls-, Wahrnehmungs- oder Identitätsanteilen.

Fünf-Komponenten-Modell der Dissoziation Das Fünf-Komponenten-Modell beschreibt Dissoziation über fünf Kernbereiche: Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie, Identitätsverwirrung und Fragmentierung der Identität.

Glaubhaftigkeitsbegutachtung Die Glaubhaftigkeitsbegutachtung ist ein rechtspsychologisches Verfahren, in dem die Entstehung und der Erlebnisbezug der Aussage einer

Person im Strafverfahren geprüft werden. Es geht darum, zu bewerten, ob die Aussage eher auf einem tatsächlichen Erlebnis beruht oder auch anders erklärbar ist – etwa durch Irrtum oder bewusste Falschangabe. Fachlich diskutiert wird der Ausgang von der Nullhypothese sowie, wie gut sich die Kriterien auf Aussagen von Personen, die traumatisiert sind oder Personen mit Behinderung, übertragen lassen. Eine lückenhafte oder wenig geordnete Aussage darf nicht vorschnell als Zeichen gegen ein tatsächliches Erlebnis gewertet werden.

Grooming Grooming bezeichnet die gezielte Vorbereitung sexualisierter Gewalt durch den Aufbau von Vertrauen von Täter*innen gegenüber potenziellen Opfern. Haben sie Vertrauen gewonnen, beginnen Täter*innen, Grenzen zu verschieben, Opfer zu isolieren und Geheimhaltung einzufordern. Ziel ist es, Widerstand zu senken und Kontrolle zu gewinnen.

Grounded Theory Grounded Theory ist ein Forschungsansatz der qualitativen Sozialforschung. Dabei werden theoretische Konzepte nicht einfach vorab festgelegt, sondern schrittweise aus dem empirischen Material entwickelt.

Halo-Effekt Der Halo-Effekt ist ein sogenannter Urteilsfehler. Er liegt vor, wenn ein einzelnes auffälliges Merkmal einer Person, Gruppe oder Darstellung die Gesamtbeurteilung stark beeinflusst.

Heterogenität Heterogenität bedeutet Unterschiedlichkeit. Im Kontext der Forschung bezieht sie sich zum Beispiel auf die Unterschiedlichkeit zwischen Studien, Stichproben, Methoden oder Ergebnissen.

Hyperarousal/Übererregung Hyperarousal bezeichnet anhaltende körperliche und psychische Übererregung, etwa starke Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafprobleme oder innere Anspannung.

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse ist ein zentrales Stressreaktionssystem des Körpers, das unter anderem die Ausschüttung von Stresshormonen steuert.

Iatrogen Iatrogen bedeutet, durch einen Arzt/eine Ärztin verursacht. Das heißt, dass die Beschwerden einer Person durch eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung entstehen oder verstärkt werden.

Identitätsvermeidung Identitätsvermeidung bezeichnet das aktive Ausweichen vor bestimmten Aspekten des eigenen Selbst- oder Identitätserlebens.

Identitätsverwirrung Identitätsverwirrung meint Unsicherheit oder Verwirrung darüber, wer man ist, was zu einem selbst gehört oder wie das eigene Erleben zusammenhängt.

Ideologie/ideologische Rahmung Eine Ideologie ist ein System von Überzeugungen, das erklärt, wie die Welt verstanden und wie Menschen oder Handlungen bewertet werden sollen. Beispiele sind politische Ideologien, religiöse Weltbilder oder verschwörungsbezogene Überzeugungssysteme. Ideologische Rahmung bedeutet, dass Gewalt, Kontrolle oder Gehorsam mit solchen Überzeugungen begründet oder als richtig dargestellt werden.

Imagery Rescripting/IRRT Imagery Rescripting bezeichnet eine psychotherapeutische Technik, bei der belastende innere Bilder oder Erinnerungen in der Vorstellung bearbeitet und verändert werden. Dabei wird eine belastende Szene nicht nur erneut vergegenwärtigt, sondern imaginativ so weitergeführt oder umgestaltet, dass zum Beispiel Schutz, Handlungsmacht oder Distanzierung möglich werden. IRRT steht für Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy und bezeichnet eine strukturierte Form dieses Vorgehens. Für Imagery Rescripting liegen empirische Hinweise vor; in der aktuellen S3-Leitlinie wird es jedoch nicht als eines der zentral empfohlenen Standardverfahren der PTBS-Behandlung aufgeführt.

Imaginative Psychotherapie Imaginative Psychotherapie, auch Katathym-imaginative Psychotherapie oder Katathymes Bilderleben genannt, arbeitet mit angeleiteten inneren Bildern, Symbolen und Szenen, um Gefühle, Konflikte, Beziehungserfahrungen oder Ressourcen bildhaft erfahrbar zu machen und anschließend im therapeutischen Gespräch zu bearbeiten. Katathymes Bilderleben ist kein eigenständiges Richtlinienverfahren, kann aber im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes angewendet werden.

Immersion/Grad der Immersion Immersion bedeutet hier, wie stark eine Person in das herausgearbeitete Erklärungsmodell eintaucht und von ihm geprägt wird. Ein niedriger Grad der Immersion bedeutet, dass das Narrativ »Rituelle Gewalt« zwar bekannt ist oder angesprochen wird, aber andere Erklärungen weiter möglich bleiben. Ein hoher Grad der Immersion liegt vor, wenn Erfahrungen, Symptome, Zweifel, Beziehungen und Alltagsentscheidungen vollständig durch dieses Erklärungsmodell gedeutet werden.

Immunisierung gegen Kritik Immunisierung gegen Kritik liegt vor, wenn eine Person Einwände, fehlende Belege oder Widersprüche nicht mehr als Anlass zur Überprüfung, sondern als Bestätigung der eigenen Annahme versteht.

In-Group/Out-Group In der Sozialpsychologie bezeichnet die In-Group die eigene Gruppe, mit der sich eine Person verbunden fühlt. Out-Group bezeichnet eine Fremdgruppe, von der sich die Person abgrenzt.

Institutionen/Institutionelle Gewalt Institutionen, also Einrichtungen, wie zum Beispiel Schulen oder Krankenhäuser tragen dafür Verantwortung, Menschen, die sie besuchen, vor Gewalt zu schützen. Institutionelle Gewalt entsteht, wenn eine Einrichtung Menschen nicht schützt oder wenn sie ihnen durch ihr Handeln zusätzlichen Schaden zufügt. Das kann unter anderem durch Vertuschung, Einschüchterung, das Abwerten von Berichten oder durch fehlende Unterstützung geschehen.

Interpersonelle Traumata Interpersonelle Traumata sind traumatische Erfahrungen, die durch andere Personen verursacht werden, etwa Gewalt, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung.

Intervision Intervision bezeichnet eine strukturierte kollegiale Beratung ohne externe supervisorische Leitung. Fachpersonen reflektieren dabei gemeinsam Fälle, Arbeitsprozesse, Rollen, Belastungen, Entscheidungen oder fachliche Unsicherheiten.

Kognitive Verhaltenstherapie Kognitive Verhaltenstherapie ist ein wissenschaftlich aner-

kanntes Psychotherapieverfahren, das den Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen, Körperreaktionen und Verhalten in den Blick nimmt. Ziel ist es, belastende Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen, zu überprüfen und durch hilfreichere Bewältigungsstrategien zu verändern. Einige evidenzbasierte traumafokussierte PTBS-Behandlungen sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägt, etwa Kognitive Therapie, Kognitive Verarbeitungstherapie und Prolongierte Exposition.

Kollektive Aggression Kollektive Aggression bezeichnet aggressives oder gewalttätiges Handeln, das von Gruppen getragen, verstärkt oder legitimiert wird und gegen andere Gruppen oder Einzelpersonen gerichtet sein kann.

Kollusion Kollusion bezeichnet ein oft unbewusstes Zusammenspiel zwischen Personen, bei dem beide Seiten aus derselben Beziehung etwas gewinnen und dadurch an einem bestimmten Muster festhalten. In einer Therapie kann das zum Beispiel bedeuten: Ein*e Patient*in erhält Aufmerksamkeit oder eine Erklärung für ihr Leiden und die Fachperson erlebt sich als besonders hilfreich oder in ihrer Einschätzung bestätigt. Problematisch wird dies, wenn beide Seiten immer stärker an dieser gemeinsamen Sicht festhalten, obwohl sie nicht ausreichend geprüft ist. Dann können sich die Beschwerden von Patient*innen eher verfestigen als sich zu bessern.

Kommerzielle Ausbeutung Kommerzielle Ausbeutung bedeutet, dass Personen zum finanziellen oder materiellen Vorteil anderer Personen oder Organisationen ausgenutzt werden. Im Kontext sexualisierter Gewalt kann dies zum Beispiel durch Zwangsprostitution, Menschenhandel oder die Herstellung und Verbreitung von Missbrauchsdarstellungen (»Pornografie«) geschehen.

Komorbidität Komorbidität bedeutet, dass zwei oder mehrere Erkrankungen oder psychische Störungen gleichzeitig vorliegen.

Konsil Ein Konsil ist die fachliche Beurteilung einer Behandlung durch eine weitere qualifizierte Fachperson, etwa zur diagnostischen Klärung, weiteren Behandlungsplanung oder Einschätzung besonderer Risiken.

Konsiliarbericht Ein Konsiliarbericht ist im psychotherapeutischen Kontext ein ärztlicher Bericht vor Beginn einer Richtlinientherapie. Er dient vor allem dazu, körperliche Erkrankungen, relevante medizinische Befunde, notwendige weitere Abklärungen und mögliche Kontraindikationen für eine Psychotherapie zu prüfen.

Kontingenzbewältigung Kontingenzbewältigung meint den Umgang einer Person mit Unsicherheit, Zufall und nicht vollständig kontrollierbaren Ereignissen.

Korrelation Eine Korrelation ist ein statistischer Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen. Sie gibt keine Auskunft über einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang.

Leidensdruck Leidensdruck bezeichnet, wie stark eine Person sich subjektiv durch Beschwerden, Belastungen oder eine Erkrankung beeinträchtigt fühlt.

Looping-Effekt Der Looping-Effekt beschreibt, dass Begriffe und Diagnosen nicht nur etwas benennen, sondern auch verändern können, wie Personen sich selbst verstehen. Wer eine Diagnose erhält, achtet möglicherweise stärker auf bestimmte Gefühle, Symptome oder Verhaltensweisen und ordnet sie der Diagnose zu.

Machiavellismus Machiavellismus bezeichnet hier ein Persönlichkeitsmerkmal, das durch eine strategisch eigennützige, manipulative und emotional distanzierte Haltung gegenüber anderen Menschen gekennzeichnet ist.

Major Depression Major Depression bezeichnet eine schwere depressive Störung mit deutlich gedrückter Stimmung, Antriebsverlust und weiteren belastenden Symptomen.

Mass Social Media-Induced Illness (MSMI)/Münchhausen by Internet (MBI)/Social Media-Associated Abnormal Illness Behavior (SMAAIB) Mass Social Media-Induced Illness (MSMI) bezeichnet die unbewusste Übernahme oder Nachahmung von Symptomen, Krankheitsbildern oder Selbstbeschreibungen, die über soziale Medien verbreitet werden. Münchhausen by Internet (MBI) meint demgegenüber das bewusste Vortäuschen, Dramatisieren oder Inszenieren von Krankheit in Onlinekontexten, etwa um Aufmerksamkeit, Zugehörigkeit oder Bestätigung zu erhalten. Social Media-Associated Abnormal Illness Behavior (SMAAIB) ist ein übergreifender Begriff, der beide Perspektiven zusammenführt. Der Begriff ist keine eigenständige Diagnose, sondern ein Erklärungsmodell für für durch Soziale Medien beeinflusste Selbstdiagnosen und damit verbundene Selbstwahrnehmung und Symptomdarstellung.

Metaanalyse Eine Metaanalyse ist eine wissenschaftliche Methode, mit der die Ergebnisse mehrerer Einzelstudien zu derselben oder einer vergleichbaren Forschungsfrage systematisch zusammengeführt und statistisch ausgewertet werden.

Mind Control/»Programmierung« Mind Control bezeichnet im Narrativ »Rituelle Gewalt« die Annahme, Täter*innen könnten Menschen umfassend kontrollieren und ihr Verhalten steuern. »Programmierung« meint dabei die Vorstellung, dass Täter*innen die Persönlichkeit von Opfern gezielt gespalten hätten, um einzelne Persönlichkeitsanteile zu schaffen und so zu trainieren, dass sie auf Signale oder Befehle automatisch und auf durch die Täter*innen bestimmte Weise reagieren. Die Evidenz für diese Annahmen ist umstritten. Sie sind von belegten Formen der Manipulation, Einschüchterung, Abhängigkeit oder sozialen Kontrolle zu unterscheiden.

Moderatoranalyse Eine Moderatoranalyse ist ein statistisches Verfahren, mit dem geprüft wird, ob der Zusammenhang zwischen zwei Variablen von einer dritten Variablen beeinflusst wird.

Moralische Panik Eine moralische Panik entsteht, wenn ein Thema öffentlich als größere Bedrohung dargestellt wird, als sich anhand verfügbarer Erkenntnisse belegen lässt. Medien, Politik oder einflussreiche Akteur*innen können diese Wahrnehmung verstärken, etwa indem sie einzelne Fälle stark zuspitzen, Feindbilder aufbauen oder schnelle und harte Maßnahmen fordern.

Multiple Persönlichkeitsstörung Multiple Persönlichkeitsstörung ist eine ältere Bezeichnung für die heutige Diagnose Dissoziative Identitätsstörung.

Narrativ Ein Narrativ ist eine Erzählung, die einzelnen Ereignissen, Erfahrungen oder Beobachtungen einen Zusammenhang und eine Bedeutung gibt. Es ordnet, was wichtig erscheint, wer handelt, wer betroffen ist und wie ein Geschehen verstanden werden soll.

Narrative können Orientierung geben und Menschen verbinden. Problematisch sind sie, wenn sie Wirklichkeit zu stark vereinfachen oder emotional aufladen und wenn sie andere Wahrnehmungen verdrängen.

Narrative Expositionstherapie/NET Die Narrative Expositionstherapie ist ein traumafokussiertes Verfahren zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung, besonders bei mehrfachen oder chronischen traumatischen Erfahrungen. Dabei werden belastende Ereignisse in die Lebensgeschichte eingeordnet. Ziel ist es, traumatische Erinnerungen sprachlich, zeitlich und biografisch besser zu verknüpfen und ihre überwältigende Wirkung zu verringern. NET gehört bei Erwachsenen mit PTBS zu den evidenzbasierten traumafokussierten Verfahren.

Narzissmus Narzissmus bezeichnet ein starkes Bedürfnis nach Bewunderung, Selbstaufwertung und besonderer Bedeutung.

Naturalistische Längsschnittstudie Eine naturalistische Längsschnittstudie untersucht Entwicklungen über längere Zeit unter möglichst alltagsnahen Bedingungen.

Negativsymptomatik/Positivsymptomatik Negativsymptomatik bezeichnet die Minderung oder den Verlust normalerweise vorhandener psychischer Funktionen. Negativsymptome werden von Positivsymptomen abgegrenzt, bei denen zusätzliche Symptome hinzukommen.

Neurotizismus Neurotizismus ist ein Persönlichkeitsmerkmal und beschreibt die Neigung, emotional stärker auf Belastungen zu reagieren und häufiger negative Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit zu erleben.

Nullhypothese In der aussagepsychologischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung bezeichnet die sogenannte Nullhypothese die methodische Ausgangsannahme, dass eine Aussage zunächst so behandelt wird, als würde sie nicht auf einem Erlebnis beruhen. Geprüft wird dann, ob alternative Erklärungen für die Aussage, etwa bewusste Falschaussage, Irrtum, Suggestion, Übernahme fremder Informationen oder Scheinerinnerungen, ausgeschlossen werden können. Kritisiert wird, dass die Nullhypothese in der Praxis wie eine Vorentscheidung gegen die aussagende Person wirken kann, obwohl die Beweiswürdigung Aufgabe des Gerichts bleibt. Der Begriff Nullhypothese ist darüber hinaus umstritten, weil er an statistische Hypothesentests erinnert, die Glaubhaftigkeitsbegutachtung aber keine standardisierte statistische Testung mit berechenbaren Irrtumswahrscheinlichkeiten ist.

ORG ORG ist eine in der deutschen Debatte verwendete Abkürzung für »organisierte und rituelle Gewalt«. Der Ausdruck ist problematisch, weil unklar ist, ob damit konkrete Tatmerkmale, die Zusammenarbeit von Täter*innen oder das Narrativ »Rituelle Gewalt« gemeint ist.

Organisierte sexualisierte Gewalt Organisierte sexualisierte Gewalt liegt vor, wenn sexualisierte Gewalt planvoll und durch mehrere Täter*innen ausgeübt oder ermöglicht wird. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass Betroffene gezielt angeworben, kontrolliert oder an andere Täter*innen weitergegeben werden oder dass Missbrauchsdarstellungen (»Pornografie«) hergestellt und verbreitet werden. Auch kommerzielle Ausbeutung,

Menschenhandel oder digitale Täternetzwerke können dazu gehören. Wie häufig organisierte sexualisierte Gewalt vorkommt, lässt sich schwer bestimmen, weil polizeiliche Daten nur bekannt gewordene Fälle abbilden (Hellfeld) und organisierte sexualisierte Gewalt dort nicht als eigene Kategorie erfasst wird.

Outcome Outcome bezeichnet in Forschung, Evaluation und Versorgung das Ergebnis oder die Wirkung einer Maßnahme für die betroffenen Personen. In Psychotherapie- und Interventionsstudien können Outcomes zum Beispiel Symptomreduktion, Funktionsniveau, Lebensqualität, Leidensdruck oder Therapieabbrüche sein.

Panikstörung Die Panikstörung ist eine Angststörung, die durch wiederholte Panikattacken gekennzeichnet ist. Panikattacken sind plötzlich einsetzende Episoden intensiver Angst oder Bedrohung, die mit starken körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Brustschmerz, Atemnot, Schwindel oder Schwitzen einhergehen können. Panikstörungen können als eigenständige Störung auftreten, aber auch im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen oder anderen psychischen Belastungen.

Paranoia In einem weiteren psychologischen Sinn wird der Begriff Paranoia für stark ausgeprägtes Misstrauen und die Tendenz verwendet, anderen Personen oder Gruppen unbegründet feindliche oder böswillige Absichten zuzuschreiben. Im klinischen Sinn bezeichnet Paranoia einen systematisierten Wahn, etwa Verfolgungs- oder Eifersuchtswahn.

Partizipation Partizipation bezeichnet die aktive Beteiligung von Personen oder Gruppen an Entscheidungen, Prozessen und Strukturen, die sie betreffen. Partizipation ist damit eine wichtige Form von Teilhabe.

Persönlichkeitsanteile Mit Persönlichkeitsanteilen sind unterschiedliche innere Zustände, Erlebensweisen oder Handlungsmuster einer Person gemeint. Als Folge eines schweren Traumas können diese Zustände sich für eine Person unverbunden anfühlen. Mit Persönlichkeitsanteilen werden unterschiedlich stark getrennte Bereiche des Erlebens, Erinnerns und Handelns einer Person bezeichnet; die Zustände werden nicht als mehrere eigenständige Personen verstanden.

Persönlichkeitsstörungen Persönlichkeitsstörungen sind psychische Störungen mit lang anhaltenden, tiefgreifenden Mustern des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens und Verhaltens. Diese Muster weichen deutlich von den Erwartungen der Umgebung ab und können die Impulskontrolle, das Selbstbild, die Beziehungsgestaltung sowie die soziale oder berufliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Polarisierung In einer Auseinandersetzung oder Debatte bedeutet Polarisierung, dass sich Lager bilden, die sich gegenüberstehen. Die Positionen der Lager verhärten sich und schließen einander zunehmend aus.

Polythetisch Polythetisch bezeichnet eine Art der Klassifikation bzw. Einteilung, bei der eine Kategorie nicht durch ein einziges zwingendes Merkmal definiert ist. Stattdessen reicht es aus, wenn eine festgelegte Anzahl von Merkmalen aus einem größeren Kriterienkatalog erfüllt ist.

Prävalenz Prävalenz bezeichnet die Häufigkeit eines bestimmten Merkmals, einer Erkrankung oder Erfahrung in einer bestimmten Gruppe und in einem bestimmten Zeitraum.

Prolongierte Exposition Die Prolongierte Exposition ist ein manualisiertes, traumafokussiertes, verhaltenstherapeutisches Verfahren zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Patient*innen setzen sich dabei unter therapeutischer Anleitung wiederholt mit traumabezogenen Erinnerungen, Gefühlen, Körperempfindungen sowie mit vermiedenen Situationen auseinander. Ziel ist es, Vermeidung zu verringern, das Bedrohungserleben zu reduzieren und die traumatische Erinnerung besser als vergangenes Ereignis einzuordnen. Prolongierte Exposition gehört bei Erwachsenen mit PTBS zu den evidenzbasierten traumafokussierten Verfahren.

Psychodynamische Psychotherapie/Psychoanalytische Psychotherapie Psychodynamische Psychotherapie ist ein fachlicher Oberbegriff für Therapieansätze, die psychische Beschwerden im Zusammenhang mit unbewussten Konflikten, frühen Beziehungserfahrungen, inneren Strukturmustern, Abwehrprozessen sowie Übertragung und Gegenübertragung verstehen. Psychoanalytische Psychotherapie bezeichnet die aus der Psychoanalyse hervorgegangenen Behandlungsformen. In der Psychotherapie-Richtlinie werden diese als psychoanalytisch begründete Verfahren gefasst, zu denen analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gehören.

Psychotherapie-Richtlinie/Psychotherapeutische Richtlinienverfahren Die Psychotherapie-Richtlinie regelt, welche Formen von ambulanter Psychotherapie von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden können. Diese anerkannten Therapieformen heißen Richtlinienverfahren. Dazu gehören analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und systemische Therapie. Sie unterscheiden sich darin, ob sie Beschwerden eher über unbewusste Konflikte, frühere Beziehungserfahrungen, gelernte Denk- und Verhaltensmuster oder aktuelle Beziehungen erklären – und darin, mit welchen Methoden sie arbeiten.

psychotisch/Psychose Psychotisch beschreibt einen Zustand, in dem die Realitätsprüfung deutlich beeinträchtigt ist. Typische psychotische Symptome sind Wahnvorstellungen, Halluzinationen, schwere Denkstörungen oder Ich-Störungen. Eine Psychose ist ein klinisches Störungsbild mit solchen Symptomen und kann unterschiedliche Ursachen haben, etwa schizophrene, affektive, substanzbedingte oder organische Erkrankungen.

Psychotraumatologie Die Psychotraumatologie befasst sich mit psychischen Traumatisierungen, ihren Ursachen, Verläufen, Folgen, Präventionsmöglichkeiten und Behandlungsansätzen.

QAnon/Pizzagate/Deep State/Adrenochrom/periphere Anschlussmotive QAnon ist eine Verschwörungserzählung, in der behauptet wird, geheime Eliten würden Kinder ausbeuten, missbrauchen oder töten und diese Taten vertuschen. Pizzagate ist eine damit verwandte frühere Erzählung über einen angeblichen Kindersexhandelsring politischer Eliten. Mit »Deep State« ist in solchen Erzählungen ein angeblicher »Staat im Staat«

gemeint: eine verborgene Organisation, die demokratische Einrichtungen, Medien oder Gerichte heimlich steuere. Adrenochrom bezeichnet in QAnon-nahen Erzählungen eine angebliche Verjüngungsdroge, die aus dem Blut oder Körper getöteter Kinder gewonnen werde. Manchmal werden diese Verschwörungserzählungen mit dem Narrativ »Rituelle Gewalt« verbunden (periphere Anschlussmotive).

Qualitative Methoden/qualitativ-rekonstruktive Forschung Qualitative Methoden sind Forschungsansätze, die soziale, psychische oder kulturelle Phänomene in ihrer Bedeutung, Struktur und Entstehung verstehen wollen. Im Unterschied zu quantitativen Verfahren, die standardisiert vorgehen und Hypothesen anhand messbarer Merkmale prüfen, zielen qualitative Verfahren stärker auf das Verstehen von Sinnzusammenhängen, Deutungsmustern und implizitem Wissen. Qualitativ-rekonstruktive Forschung untersucht, wie Personen oder Gruppen ihre Wirklichkeit herstellen, deuten und kommunikativ ordnen.

Qualitätssicherung in der Psychotherapie Mit Qualitätssicherung in der Psychotherapie sind Regeln und Verfahren gemeint, die eine fachgerechte und verantwortliche Behandlung sicherstellen sollen. Dazu gehören zum Beispiel eine sorgfältige Abklärung der Beschwerden, eine verständliche Aufklärung und gemeinsam besprochene Therapieziele. Vorgaben zur Qualitätssicherung sind unter anderem in Gesetzen zu Patient*innenrechten, Berufsordnungen, der Psychotherapie-Richtlinie und fachlichen Leitlinien geregelt.

Rabbit Hole Rabbit Hole beschreibt den Prozess, dass Menschen online immer tiefer in ein Thema oder eine Szene hineingeraten.

Recovered-Memory-Techniken Recovered-Memory-Techniken sind Vorgehensweisen, die gezielt nach vermeintlich verdrängten oder verborgenen Erinnerungen suchen. Sie werden zum Teil kritisch eingeschätzt, da sie scheinbare Erinnerungen nahelegen oder verfestigen können.

Resilienz/Ressource Resilienz bezeichnet psychische Widerstandsfähigkeit. Ressourcen sind unterstützende Fähigkeiten, Beziehungen oder Bedingungen, die Bewältigung erleichtern können.

Risikogesellschaft Risikogesellschaft ist ein vom Soziologen Ulrich Beck geprägter Begriff für moderne Gesellschaften, in denen technisch, wirtschaftlich und wissenschaftlich erzeugte Risiken zunehmend gesellschaftliche Entscheidungen prägen.

(Riten-)Kanon Ein Kanon ist eine verbindliche Ordnung, Regel oder Richtschnur. Im Zusammenhang mit Riten meint der Begriff eine festgelegte Form, nach der rituelle Handlungen ausgeführt werden.

Ritual/Ritualisierung/Ritus/Kult Der Ausdruck Ritual wird oft selbstverständlich benutzt, obwohl nicht immer klar ist, was genau damit gemeint ist. Meist bezieht er sich auf wiederkehrende, geordnete Handlungen, die für die Beteiligten eine besondere Bedeutung haben. Von Ritualisierung spricht man, wenn Handlungen durch Wiederholung und klare Abläufe eine bestimmte vorhersehbare Struktur erhalten. Mit Ritus ist meist eine stärker festgelegte Form eines Rituals mit Bezug zu einer Religion gemeint, wie

etwa eine Taufe oder eine Beichte. Als Kult wird eher ein größerer Zusammenhang religiöser oder spiritueller Strukturen bezeichnet, in dem Rituale und Riten durchgeführt werden.

Rituelle Gewalt/Narrativ »Rituelle Gewalt« Im Verständnis dieses Buches ist »rituelle Gewalt« kein eindeutig abgegrenzter Begriff für eine bestimmte Gewaltform. Der Ausdruck kann Unterschiedliches meinen: Manche Betroffene benutzen ihn, um die eigene Gewalterfahrung zu beschreiben. Er kann auch bedeuten, dass Täter*innen bei Gewalt religiöse, ideologische, symbolische oder wiederkehrende Handlungen einsetzen, etwa um Angst zu machen, Gehorsam zu erzwingen oder Schweigen zu sichern (Täterstrategie). Das Narrativ »Rituelle Gewalt« meint dagegen eine umfassende Erzählung, in der Annahmen über geheime Täternetzwerke, Mind Control, »Programmierung«, die DIS und fortbestehenden Täterkontakt verbunden sind.

S3-Leitlinie Eine S3-Leitlinie ist eine besonders systematisch entwickelte medizinische Leitlinie, die Empfehlungen für Diagnostik, Behandlung und Versorgung gibt. Sie beruht auf einer systematischen Recherche und Bewertung wissenschaftlicher Evidenz sowie auf einem strukturierten Konsensverfahren beteiligter Fachgesellschaften und Expert*innen.

Sakral Sakral bedeutet religiös, heilig oder auf kultische bzw. gottesdienstliche Zusammenhänge bezogen.

Sakrileg Sakrileg bezeichnet die Entweihung oder Verletzung von etwas, das als heilig gilt.

Satanic Panic Satanic Panic bezeichnet eine moralische Panik, die in den 1980er- und 1990er-Jahren in den USA entstand. Gemeint ist eine Zeit großer öffentlicher Angst vor angeblichen satanischen Kulten, denen in großer Zahl sexueller Missbrauch von Kindern vorgeworfen wurde. Bücher, Medienberichte und polizeiliche Ermittlungen verstärkten die Vorwürfe und die mit ihnen verbundene öffentliche Verunsicherung zunächst. Ab den 1990er-Jahren wurden zentrale Behauptungen der Satanic Panic infrage gestellt oder widerlegt: Aufwendige Ermittlungen fanden keine Beweise für die behaupteten großen satanischen Täternetzwerke und es wurde kritisiert, dass Kinder durch suggestive Fragen von Ermittler*innen beeinflusst worden waren. Die Satanic Panic zeigt, wie reale Sorge um Kinderschutz durch Medienaufmerksamkeit und Angst problematisch werden kann.

Schema-Modus-Modell Das Schema-Modus-Modell beschreibt, wie Schemata in bestimmten inneren Zuständen aktiviert werden, zum Beispiel als Kind-, Eltern- oder Erwachsenenmodus. Im Kontext dissoziativer Symptome kann das Modell helfen, wechselnde innere Zustände nicht als getrennte Identitäten, sondern als Wechsel zwischen Modi zu verstehen.

Schematherapie Schematherapie ist ein integratives psychotherapeutisches Verfahren, das aus der kognitiven Verhaltenstherapie hervorgegangen ist und kognitive, emotionsfokussierte, verhaltensbezogene, bindungs- und beziehungsorientierte Elemente verbindet. Sie geht von überdauernden Mustern bzw. Schemata des Wahrnehmens,

Fühlens, Denkens und Handelns aus. Schematherapie ist klinisch etabliert, besonders bei Persönlichkeitsstörungen. Für andere Störungsbilder gibt es wachsende, aber unterschiedlich belastbare Evidenz. In der S3-Leitlinie PTBS ist Schematherapie nicht als Verfahren mit robuster Evidenz genannt und sie ist kein eigenes Richtlinienverfahren.

Schizophrene Störungen/Schizophreniforme Störungen Schizophrene Störungen sind psychotische Störungsbilder, bei denen Denken, Wahrnehmung, Affekt, Ich-Erleben und Realitätsprüfung deutlich beeinträchtigt sein können. Typische Symptome sind Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Denken oder Sprechen, Ich-Störungen, katatone oder stark desorganisierte Verhaltensweisen sowie Negativsymptome. Schizophreniforme Störungen bezeichnen schizophreniaähnliche psychotische Zustände, die kürzer andauern oder diagnostisch nicht die Kriterien einer Schizophrenie erfüllen.

Schizotypie Schizotypie bezeichnet Persönlichkeitsmerkmale und Erlebensweisen, die psychotischen Symptomen ähneln können, ohne dass bereits eine Psychose oder Schizophrenie vorliegen muss. Dazu gehören etwa ungewöhnliche Wahrnehmungen, magisches oder stark eigenwilliges Denken, Misstrauen, soziale Distanz, exzentrisches Verhalten oder Desorganisation.

Sekundärer Krankheitsgewinn Sekundärer Krankheitsgewinn bezeichnet Entlastungen oder Vorteile, die mit einer Erkrankung, Diagnose oder Patient*innenrolle verbunden sein können. Dazu zählen zum Beispiel Arbeitsbefreiung, finanzielle Leistungen, rechtliche Vorteile oder vermehrte Unterstützung durch andere.

Selbst- und Handlungskontinuität Selbst- und Handlungskontinuität bedeutet, sich über die Zeit hinweg als dieselbe Person zu erleben und das eigene Handeln als zusammenhängend wahrzunehmen.

Selbstselektion Selbstselektion bezeichnet eine mögliche Verzerrung in Studien, die entsteht, weil Personen selbst entscheiden, ob sie an einer Studie teilnehmen möchten oder nicht – und weil bestimmte Menschen möglicherweise eher teilnehmen als andere.

Selbstwirksamkeit Selbstwirksamkeit bezeichnet die Überzeugung einer Person, durch eigenes Handeln Anforderungen bewältigen und Einfluss auf Ergebnisse nehmen zu können. Sie beeinflusst Motivation, Ausdauer, Bewältigungsverhalten und den Umgang mit Belastungen.

Sextortion/digitale sexuelle Erpressung Sextortion bedeutet Online-Erpressung mit Nacktbildern oder intimen Videos. Täter*innen nehmen meist gezielt zum Beispiel über soziale Medien oder Gaming-Plattformen Kontakt auf und bauen zunächst Vertrauen auf. Danach drängen sie Betroffene dazu, Nacktbilder zu schicken oder sexuelle Handlungen vor der Kamera auszuführen oder aufzunehmen. Anschließend drohen sie, die Aufnahmen im Netz zu veröffentlichen oder an Familie, Schule oder Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn Betroffene nicht zahlen, weitere Bilder schicken oder andere Forderungen erfüllen.

Sexualisierte Gewalt Sexualisierte Gewalt bezeichnet Handlungen oder Kommunikation, die die sexuelle Selbstbestimmung einer Person verletzen. Dazu gehören körperliche

Übergriffe wie Vergewaltigung, sexuelle Nötigung oder sexueller Missbrauch ebenso wie sexuelle Belästigung, unerwünschte Berührungen, sexualisierte Kommentare, Drohungen sowie digitale Formen sexualisierter Übergriffigkeit.

Singularisierung Singularisierung bezeichnet nach dem Soziologen Andreas Reckwitz eine zentrale Tendenz spätmoderner Gesellschaften, in der Personen, Lebensstile, Dinge, Orte, Erfahrungen oder Gruppen als besonders, einzigartig und unverwechselbar hervorgebracht und bewertet werden.

Somatoforme Störungen Somatoforme Störungen ist ein älterer Oberbegriff für psychische Störungsbilder, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, die nicht ausreichend durch eine organische Erkrankung erklärt werden können. Neuere Klassifikationen sprechen eher von somatischen Belastungsstörungen, körperbezogenen Belastungsstörungen oder funktionellen Körperbeschwerden.

Soziale Gewalt Soziale Gewalt liegt vor, wenn eine Person gezielt von anderen Personen getrennt, wenn sie kontrolliert oder abhängig gemacht wird. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass Kontakte zu Familie, Freund*innen, Schule oder Arbeit überwacht, erschwert oder verboten werden. Auch ständige Kontrolle von Telefon, Nachrichten oder Aufenthaltsorten gehört dazu. Ziel und Folge sozialer Gewalt ist, dass Betroffene weniger Unterstützung haben, weniger selbst entscheiden können und stärker von der gewaltausübenden Person abhängig werden.

Soziale Phobie Soziale Phobie bezeichnet eine ausgeprägte Angst vor sozialen Situationen, in denen eine Person von anderen beobachtet, bewertet oder beschämt werden könnte.

Soziogene Dissoziative Identitätsstörung Soziogene Dissoziative Identitätsstörung bezeichnet eine Sichtweise, nach der die Dissoziative Identitätsstörung wesentlich durch soziale, kulturelle oder therapeutische Einflüsse mitgeprägt wird.

Soziokognitives Modell der Dissoziativen Identitätsstörung Das soziokognitive Modell ist ein Ansatz zur Erklärung der Dissoziativen Identitätsstörung. Es betont, dass Symptome und Selbstbeschreibungen nicht nur durch innere Vorgänge entstehen, sondern auch durch soziale Einflüsse geprägt werden können.

Spiritueller bzw. geistlicher Missbrauch Spiritueller bzw. geistlicher Missbrauch liegt vor, wenn religiöse, spirituelle oder weltanschauliche Autorität genutzt wird, um Personen zu kontrollieren, zu beschämen, abhängig zu machen oder zum Gehorsam zu drängen. Er kann mit körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt verbunden sein und wird dann oft als Täterstrategie eingesetzt, ist aber ein eigenes Machtphänomen.

Stressor Ein Stressor ist ein äußerer oder innerer Belastungsfaktor, der Stress auslösen kann.

Strukturelle Hippocampusreduktionen Strukturelle Hippocampusreduktionen bezeichnen eine Verkleinerung des Hippocampus, einer Hirnstruktur, die für Gedächtnis und Stressverarbeitung wichtig ist.

Strukturelles Dissoziationsmodell Das strukturelle Dissoziationsmodell ist ein traumabezogener Erklärungsansatz für dissoziative Symptome. Es beschreibt Dissoziation als

mangelnde Integration unterschiedlicher innerer Funktions- und Erlebensbereiche. Zentral ist die Unterscheidung zwischen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteilen (AP), die auf Alltagsbewältigung und Vermeidung traumabezogener Inhalte ausgerichtet sind, und emotionalen Persönlichkeitsanteilen (EP), die stärker mit traumabezogenen Erinnerungen, Affekten, Körperreaktionen und Abwehrreaktionen verbunden sind.

Strukturwissen Strukturwissen bezeichnet Wissen über Zusammenhänge, Muster und Bedingungen innerhalb eines sozialen, institutionellen oder fachlichen Feldes sowie die Fähigkeit, wiederkehrende Strukturen zu erkennen.

Störungen des Sozialverhaltens Störungen des Sozialverhaltens sind externalisierende Störungen, die im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden. Gemeint ist ein wiederholtes und überdauerndes Muster von aggressivem, dissozialem oder regelverletzendem Verhalten, durch das Rechte anderer oder soziale Normen deutlich verletzt werden.

Substanzgebrauchsstörungen Substanzgebrauchsstörungen sind psychische Störungen, bei denen der Konsum psychotroper Substanzen, wie zum Beispiel Alkohol, Tabak, Cannabis, Opioiden, Halluzinogenen oder Sedativa zu klinisch bedeutsamen Problemen, Leidensdruck oder Beeinträchtigungen führt.

Suggestion/suggestive Prozesse Suggestion ist ein Einfluss auf das Wahrnehmen, Erinnern oder Bewerten einer Person. Sie kann offen geschehen, etwa durch eine führende Frage, oder indirekt, wenn eine Person der anderen immer wieder eine bestimmte Erklärung nahelegt. Von suggestiven Prozessen spricht man, wenn suggestive Fragen, Erwartungen und Interpretationen über längere Zeit zusammenwirken. Wenn eine Person unsicher oder ängstlich ist und der fragenden bzw. interpretierenden Person vertraut, kann sie leichter beeinflusst werden. Suggestion in der Therapie wird vor allem in Bezug auf Erinnerungen an möglichen sexuellen Missbrauch in der Kindheit diskutiert.

Supervision Supervision ist eine fachliche Beratungs- und Reflexionsform für berufliches Handeln, die meist unter externer Leitung stattfindet. Sie dient dazu, Fälle, Arbeitsbeziehungen, Rollen, Teamdynamiken, institutionelle Rahmenbedingungen und mögliche Belastungen systematisch zu besprechen.

Symptomprovokationsstudien Eine Symptomprovokationsstudie ist eine wissenschaftliche oder diagnostische Untersuchung, bei der bestimmte Symptome unter kontrollierten Bedingungen gezielt ausgelöst werden.

Synodaler Weg Der Synodale Weg war ein Reform- und Beratungsprozess der katholischen Kirche in Deutschland, der 2019 nach der Veröffentlichung der MHG-Studie (Mannheim, Heidelberg, Gießen) zu sexuellem Missbrauch durch katholische Kleriker begonnen und 2023 beendet wurde. Ziel war es, strukturelle Ursachen kirchlichen Missbrauchs zu diskutieren und Reformvorschläge zu entwickeln.

Systemische Psychotherapie Systemische Psychotherapie ist ein wissenschaftlich anerkanntes und in der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführtes Richtlinienverfahren. Sie

betrachtet psychische Störungen im Zusammenhang mit Beziehungen, Kommunikation, Rollen, Regeln und Wechselwirkungen in relevanten sozialen Systemen, etwa Familie, Partnerschaft, sozialem Umfeld oder Versorgungskontext. Symptome werden dabei als Komplex intrapsychischer, körperlicher, sozialer und interpersoneller Prozesse betrachtet. Ziel ist es, symptomfördernde Interaktionsmuster, Interpretationen und Beziehungskonstellationen zu erkennen und zu verändern.

Täterstrategie Täterstrategie bezeichnet ein gezieltes Vorgehen, mit dem Täter*innen Gewalt vorbereiten, ausüben, verbergen oder fortsetzen. Dazu kann gehören, Vertrauen aufzubauen, Grenzen schrittweise zu verschieben, Betroffene zu isolieren, Schuldgefühle zu erzeugen, Drohungen auszusprechen oder Gewalt als normal, religiös oder erzieherisch notwendig darzustellen. Täter*innen können auch ihre Stellung ausnutzen, etwa als Elternteil, Lehrkraft, Trainer*in, Therapeut*in oder Geistliche*r. Dadurch bekommen sie leichter Zugang zu Betroffenen, und andere Personen hinterfragen ihr Verhalten oft weniger.

Teilhabe Teilhabe bedeutet, in wichtigen Lebensbereichen dabei sein und das eigene Leben möglichst selbst gestalten zu können. Dazu gehören alle Lebensbereiche, wie zum Beispiel Familie und Freund*innen, Schule oder Ausbildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit, Gesundheitsversorgung. Psychische Erkrankungen können Teilhabe einschränken, etwa wenn Personen sich zurückziehen, Termine nicht mehr einhalten können, Arbeit oder Ausbildung verlieren oder ihren Alltag kaum noch bewältigen. Teilhabe zu stärken ist neben Heilung und Linderung der Beschwerden auch ein Ziel von Psychotherapie.

The Com/764 The Com bezeichnet ein loses digitales Milieu aus Onlinegruppen, Chats und Subkulturen. In diesem Milieu geht es um Gewalt, Radikalisierung und die gezielte Ausnutzung verletzlicher Menschen. 764 ist eine besonders bekannte Gruppierung bzw. Teilszene und wird mit sexualisierter Ausbeutung von Minderjährigen, Sextortion, Doxxing, Anstiftung zu Selbstverletzungen und -tötungen, Tierquälerei und extremistischen Inhalten in Verbindung gebracht.

Tiefenpsychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist ein psychodynamisches Richtlinienverfahren und wird in der Psychotherapie-Richtlinie den psychoanalytisch begründeten Verfahren zugeordnet. Sie geht davon aus, dass aktuelle psychische Beschwerden mit unbewussten Konflikten, Beziehungserfahrungen, inneren Strukturmustern, Abwehrprozessen sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken zusammenhängen können. Ziel ist es, aktuelle Konflikte, wiederkehrende Beziehungsmuster und belastende innere Dynamiken besser zu verstehen und zu verändern.

Toxische Beziehung Toxische Beziehung ist eine alltagssprachliche Bezeichnung für dauerhaft belastende Beziehungsmuster, die durch Abwertung, Kontrolle, Manipulation, emotionale Gewalt, Angst oder Abhängigkeit geprägt sein können. Gemeint sind Beziehungen, in denen ein deutliches Machtungleichgewicht besteht und eine Person wiederholt eigene Bedürfnisse, Grenzen oder Selbstbestimmung zugunsten der anderen

zurückstellt. Toxische Dynamiken können in Partnerschaften, Familien, Freundschaften oder Arbeitsbeziehungen auftreten.

transgenerationale Weitergabe/transgenerationale Täternetzwerke Allgemein bedeutet transgenerationale Weitergabe, dass Erfahrungen, Belastungen oder Beziehungsmuster von Generation zu Generation weiterwirken können. Im Kontext von Gewalt kann dies etwa meinen, dass Gewalt, Vernachlässigung oder Geheimhaltung in Familien wiederholt auftreten und nachfolgende Generationen prägen können. Davon zu unterscheiden ist die spezifische Annahme transgenerationaler Täternetzwerke im Narrativ »Rituelle Gewalt«. Gemeint ist dort die Vorstellung, dass Tätergruppen, Familien oder soziale Milieus über Generationen hinweg organisiert in Gewaltstrukturen eingebunden seien.

Transiente globale Amnesie Die transiente globale Amnesie ist eine plötzlich auftretende, vorübergehende Gedächtnisstörung. Betroffene können für einige Stunden keine neuen Informationen zuverlässig speichern und erinnern sich oft auch nur eingeschränkt an Ereignisse kurz vor Beginn der Episode. Die Beschwerden bilden sich in der Regel innerhalb von 24 Stunden zurück; meist bleibt nur eine Erinnerungslücke für die Zeit der akuten Episode.

Transtheoretisches Modell Das transtheoretische Modell der Dissoziation ist ein integrativer Erklärungsansatz, der dissoziative Symptome nicht allein aus Trauma oder allein aus soziokognitiven Einflüssen ableitet. Es versteht Dissoziation als multideterminiertes Phänomen, an dem unterschiedliche biologische, psychische, soziale und kulturelle Faktoren beteiligt sein können. Trauma kann dabei ein wichtiger Faktor sein, wird aber nicht als einzige oder notwendige Ursache verstanden.

Transzendenz/Immanenz/(welt-)immanent Transzendenz bezeichnet das Überschreiten der unmittelbar erfahrbaren, innerweltlichen Wirklichkeit. Gemeint ist ein Bezug auf etwas, das über das Gegebene, Sichtbare oder empirisch Nachweisbare hinausweist, etwa Gott oder eine höhere Wirklichkeit. Der Gegenbegriff ist Immanenz: Sie bezeichnet das, was innerhalb eines bestimmten Bezugsrahmens bleibt. Weltimmanent meint entsprechend das, was innerhalb der erfahrbaren Welt liegt.

Trauma/traumatische Erfahrung/Typ-I- und Typ-II-Trauma Eine traumatische Erfahrung/ein Trauma ist ein Ereignis oder eine Situation, in der eine Person extreme Bedrohung, Gewalt, Todesangst oder völlige Hilflosigkeit erlebt. Dazu können zum Beispiel sexualisierte oder körperliche Gewalt, schwere Unfälle, Krieg, Folter oder Entführung gehören. Entscheidend ist nicht nur, was passiert, sondern auch, wie die Situation erlebt wird, ob sie für die betroffene Person überwältigend ist und sie sich nicht schützen oder entziehen kann. Traumatische Erfahrungen können mit PTBS, kPTBS, dissoziativen Symptomen, Angst, Depression, Substanzgebrauchsstörungen oder anderen Belastungsfolgen verbunden sein, führen aber nicht zwangsläufig zu einer psychischen Störung. Typ-I-Traumata bezeichnen einmalige, zeitlich begrenzte und oft unerwartete Ereignisse, etwa einen schweren Unfall, Überfall, Brand oder eine akute lebensbedrohliche medizinische Situation. Typ-II-Traumata bezeichnen wiederholte, lang andauernde

oder chronische traumatische Erfahrungen, etwa fortgesetzte Gewalt, wiederholten sexuellen Missbrauch, Krieg oder anhaltende Vernachlässigung.

Traumafolgestörungen, PTBS und kPTBS Traumafolgestörungen sind psychische Beschwerden, die nach einer traumatischen Erfahrung entstehen können. Eine Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Betroffene erleben das Geschehene in aufdrängenden Erinnerungen, Albträumen oder Flashbacks wieder, vermeiden Erinnerungen daran und fühlen sich weiterhin bedroht oder ständig angespannt. Bei einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) kommen weitere Beschwerden hinzu, etwa starke Probleme mit Gefühlen, ein dauerhaft negatives Bild von sich selbst oder große Schwierigkeiten in Beziehungen. Traumafolgen können sich auch anders ausdrücken, zum Beispiel als Angst, Depression, Schlafprobleme, Scham, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden, Substanzkonsum oder dissoziative Symptome.

Triangulation Triangulation bedeutet, einen Forschungsgegenstand mit mehreren Forschungsmethoden zu untersuchen, um den Zugang und das Verständnis zu erweitern bzw. vertiefen.

Übertragung Übertragung bedeutet, dass Gefühle, Erwartungen oder Verhaltensmuster aus früheren wichtigen Beziehungen in einer heutigen Beziehung wieder wirksam werden.

Validität Validität bezeichnet die Gültigkeit oder Tragfähigkeit einer Messung, Untersuchung oder Schlussfolgerung.

Vergesellschaftung Vergesellschaftung bezeichnet hier den wechselseitigen Prozess, durch den eine Person in gesellschaftliche Zusammenhänge hineinwächst, sie mit gestaltet und durch diese geprägt wird.

Vermeidung Vermeidung bezeichnet Strategien, mit denen Personen belastenden, bedrohlich erlebten oder unangenehmen Reizen, Situationen, Gefühlen, oder Gedanken ausweichen.

Verschwörungserzählung/Verschwörungsmythos Eine Verschwörungserzählung erklärt ein Ereignis oder ein gesellschaftliches Problem damit, dass geheime, mächtige Personen oder Gruppen verborgen im Hintergrund handeln. Typisch ist die Annahme, nichts geschehe zufällig, nichts sei so, wie es scheint, und alles hänge miteinander zusammen. Eine Verschwörungserzählung bezieht sich auf eine konkrete Geschichte bzw. Ereignis, wie zum Beispiel den 11. September 2001. Ein Verschwörungsmythos ist umfassender: Er meint die Verbindung mehrerer Erzählungen oder ein wiederkehrendes Grundmuster oder, etwa die Vorstellung einer geheimen Elite, die die Welt steuert.

Verschwörungsmentalität/Verschwörungsglaube Verschwörungsmentalität bezeichnet die Neigung, wichtige Ereignisse oder gesellschaftliche Entwicklungen durch das geheime und gezielte Handeln mächtiger Personen oder Gruppen zu erklären. Verschwörungsglaube meint, dass eine Person solche Erzählungen für wahrscheinlich oder wahr hält. Verschwörungsglaube kann durch Krisen, Unsicherheit, Misstrauen, das Gefühl von Machtlosigkeit, den Wunsch nach einfachen Erklärungen und Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft verstärkt werden.

Viktimisierung/Sekundäre Viktimisierung Viktimisierung bedeutet, dass eine Person durch eine Straftat oder ein anderes Ereignis, eine Verletzung oder eine Schädigung erleidet. Primäre Viktimisierung meint den unmittelbaren Schaden durch die Tat selbst, etwa durch Gewalt, Drohung oder Betrug. Sekundäre Viktimisierung bezeichnet zusätzliche Belastungen, die danach durch die Reaktionen anderer Personen und Einrichtungen entstehen können. Dazu kann es kommen, wenn Betroffene nicht ernst genommen, beschämt, respektlos befragt, öffentlich bloßgestellt oder mit den Folgen allein gelassen werden.

Vulnerabilität/Vulneranz Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit. Gemeint ist die Möglichkeit, verletzt, beschämt, übergangen, abhängig gemacht oder nicht geschützt zu werden. Besonders wichtig ist das dort, wo Personen auf Hilfe, Anerkennung, Schutz oder Entscheidungen von Einrichtungen angewiesen sind. Vulneranz bezeichnet dagegen die Macht oder Möglichkeit, andere zu verletzen oder ihnen Schaden zuzufügen. Das kann durch körperliche Gewalt geschehen, aber auch durch Einschüchterung, Abwertung, Schweigen, Manipulation, Ausschluss, Verharmlosung oder institutionelle Untätigkeit.

Wiedererleben/Intrusionen/Flashbacks Wiedererleben bezeichnet einen zentralen Symptombereich der Posttraumatischen Belastungsstörung. Gemeint ist, dass belastende Erinnerungen, Bilder, Gedanken, Körperempfindungen, Gefühle oder Albträume unwillkürlich wieder auftreten und sich der betroffenen Person aufdrängen. Solche aufdrängenden Erinnerungs- und Erlebensinhalte werden Intrusionen genannt. Flashbacks sind eine besonders intensive Form des Wiedererlebens: Betroffene erleben Aspekte des traumatischen Ereignisses dabei vorübergehend so, als geschähen sie erneut in der Gegenwart. Das kann mit starken Sinneseindrücken, Angst, Körperreaktionen, Erstarren, Orientierungsverlust oder dem Gefühl unmittelbarer Bedrohung verbunden sein.

Literaturverzeichnis

A

Abalakina-Paap, M., Stephan, W. G., Craig, T., & Gregory, W. L. (1999). Beliefs in Conspiracies. Political Psychology, 20(3), 637–647. https://doi.org/10.1111/0162-895X.00160

Ackermann, E. (2007). Biographische Komponenten für die Krankheitsbewältigung. Ergebnisse einer Studie zu subjektiven Krankheitstheorien von PatientInnen mit Tinnitus. Social Science Open Access Repository (GESIS – Leibniz Institute For The Social Sciences), 7(2), 239–256. https://doi.org/10.3224/zqf.v7i2.2017

Adorno, T. W. (2015). Jargon der Eigentlichkeit. Suhrkamp. (Originalausgabe 1964)

Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. Biopsychosocial Science and Medicine, 76(1), 2–11. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000010

Albert, D. & Stapf, K. (1996). Gedächtnis. Enzyklopädie der Psychologie (Bd. 4). Hogrefe.

Albert, M., Hurrelmann, K., Quenzel, G. & Schneekloth, U. (2019). Die 18. Shell Jugendstudie – Eine Generation meldet sich zu Wort. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse Journal of Childhood and Adolescence Research, 4(4–2019), 484–490. https://doi.org/10.3224/diskurs.v14i4.06

Aleksic, M., Ehring, T., Kunze, A. & Wolkenstein, L. (2025). Does treating emotional memories come at a price? Effects of single-session EMDR, imaginal exposure, and imagery rescripting on forced-choice recognition of event details in healthy adults - a laboratory study. Behaviour Research and Therapy, 195, 104884. https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104884

Aleksic, M., Reineck, A., Ehring, T. & Wolkenstein, L. (2024). When does imagery rescripting become a double-edged sword?: Investigating the risk of memory distortion through imagery rescripting in an online Trauma film study. Behaviour Research and Therapy, 174, 104495. https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104495

Alexander, K. W., Quas, J. A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Edelstein, R. S., Redlich, A. D., Cordon, I. M. & Jones, D. P. H. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. Psychological Science, 16(1), 33–40. https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.00777.x

Amado, B. G., Arce, R., Fariña, F. & Vilariño, M. (2016). Criteria-based content analysis (CBCA) reality criteria in adults: A meta-analytic review. International Journal of Clinical and Health Psychology, 16(2), 201–210. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.01.002

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Anderson, S. J., Cohen, G. & Taylor, S. (2000). Rewriting the past: Some factors affecting the variability of personal memories. Applied Cognitive Psychology, 14(5), 435–454. https://doi.org/10.1002/1099-0720(200009)14:5%253C435::AID-ACP662%253E3.0.CO;2-B

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

Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen (Hrsg.). (2014). Rituelle Gewalt—Das (Un)heimliche unter uns (1. Aufl.). Dialogverlag.

Arce, R., Selaya, A., Sanmarco, J. & Fariña, F. (2023). Implanting rich autobiographical false memories: Meta–analysis for forensic practice and judicial judgment making. International Journal of Clinical and Health Psychology, 23(4), 100386. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100386

Argentino, M.-A., G., B. & Tyler, M. B. (2024, Januar 19). 764: The Intersection of Terrorism, Violent Extremism, and Child Sexual Exploitation. GNET. https://gnet-research.org/2024/01/19/764-the-intersection-of-terrorism-violent-extremism-and-child-sexual-exploitation/

Arnold, M., Goldschmitt, M. & Rigotti, T. (2023). Dealing with information overload: A comprehensive review. Frontiers in Psychology, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1122200

B

Bachmann, C. J., Zillmer, S., Schink, T., Scholle, O. & Fegert, J. M. (2026). Prevalence, psychiatric comorbidity and treatment of multiple personality disorder in Germany: an analysis based on nationwide claims data, 2012-2021. European Journal of Psychotraumatology, 17(1), 2640814. https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2640814

Bachrach, N., Rijkeboer, M. M., Arntz, A. & Huntjens, R. J. C. (2023). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: A case report. Frontiers in Psychiatry, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1151872

Baier, D. & Manzoni, P. (2020). Verschwörungsmentalität und Extremismus – Befunde aus Befragungsstudien in der Schweiz. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 103(2), 83–96. https://doi.org/10.1515/mks-2020-2044

Ball, J. S. & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. Current Psychiatry Reports, 11(1), 63–68. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4

Baker, R. B. & McCullough, L. B. (2009). The Cambridge World History of Medical Ethics. Cambridge University Press USA.

Banas, J. A. & Miller, G. (2013). Inducing Resistance to Conspiracy Theory Propaganda: Testing Inoculation and Metainoculation Strategies. Human Communication Research, 39(2), 184–207. https://doi.org/10.1111/hcre.12000

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-

Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 74(9), 875. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Barry, T. J., Lenaert, B., Hermans, D., Raes, F. & Griffith, J. W. (2018). Meta-Analysis of the association between autobiographical memory specificity and exposure to trauma. Journal of Traumatic Stress, 31(1), 35–46. https://doi.org/10.1002/jts.22263

Battista, F., Li, C., Otgaar, H., Mangiulli, I., Piro, A., Curci, A. & Lanciano, T. (2025). Are Intrusive Memories for False Event-Related Details Possible? A Study on Traumatic Event Memories Over Time. Applied Cognitive Psychology, 39(6), e70139. https://doi.org/10.1002/acp.70139

Baudy, D. (2001). Kult/Kultus. I. Religionswissenschaftlich. In H. D. Betz, D. S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft (4. Aufl., Bd. 4, S. 1799-1802). Mohr Siebeck.

Bauer, A. W. (1993). Der Hippokratische Eid: Deutsche Übersetzung und medizinhistorischer Kommentar. https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/15743/1/Bauer_Hippokratischer_Eid.pdf

Baumgarten, P. (2020, April 27). Rituelle Gewalt in Deutschland: »Wir haben es mit organisierter Gewalt im großen Umfang zu tun«. Die Zeit. https://www.zeit.de/zett/2020-04/rituelle-gewalt-in-deutschland-wir-haben-es-mit-organisierter-gewalt-im-grossen-umfang-zu-tun

Bawden, D. & Robinson, L. (2009). The dark side of information: Overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. Journal of Information Science, 35(2), 180–191. https://doi.org/10.1177/0165551508095781

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. (2018, November). Die UN-Behindertenrechtskonvention.

Beck, U. (1986). Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp.

Becker, T. (2018). Rituelle Gewalt: Sexualisierte Gewalt im Kontext systematisierter multipler Gewalthandlungen und Gewalterfahrungen. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte: Theorie, Forschung, Praxis (S. 351–359). Beltz.

Becker, T., Karriker, W., Overkamp, B. & Rutz, C. (2008). The Extreme Abuse Survey: Preliminary findings regarding dissociative identity disorder. In A. Sachs & G. Galton (Hrsg.), Forensic aspects of dissociative identity disorder. Karnac Books.

Behrendt, P., Nick, S., Briken, P. & Schröder, J. (2020). Was ist sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen?: Eine qualitative Inhaltsanalyse der Erfahrungsberichte von Betroffenen und ZeitzeugInnen. Zeitschrift für Sexualforschung, 33(02), 76–87. https://doi.org/10.1055/a-1160-3976

Bell, C. (1997). Ritual: Perspectives and Dimensions. Oxford University Press.

Benecke, C., Volz, M., Rulfs, F., Cwik, J. C., Piechotta, B., Rubel, J., Hunger-Schoppe, C. &

Brakemeier, E.-L. (2025). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Übersicht und aktuelle Entwicklungen. Psychotherapeutenjournal, 24 (3), 222–233. https://doi.org/10.61062/ptj202503.001

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). The social construction of reality. Penguin Books.

Berger, R. (2006). Ritus, Ritual. III. Liturgisch. In K. Baumgartner, H. Bürkle, K. Ganzer, W. Kasper, K. Kertelge, W. Korff & P. Walter (Hrsg.), Lexikon für Theologie und Kirche (Sonderausg., Bd. 8, S. 1211-1212). Herder.

Bergmann, J. (1981). Zur Logik ritualisierter Kommunikation. In A. Honer & U. Oevermann (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit: Beiträge zur Ethnomethodologie (S. 277-296). Klett-Cotta.

Bergmann, J. (2000). Die Menschen und ihre Rituale – Rituale in Alltag, Politik und Religion. In Quatour Coronati Jahrbuch Nr. 37 (S. 153-160).

Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003a). Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. Clinical Psychology & Psychotherapy, 10(2), 86–92. https://doi.org/10.1002/cpp.357

Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003b). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 53(3/4), 171–177. https://doi.org/10.1055/s-2003-38008

Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. The Journal of Nervous and Mental Disease, 174(12), 727–735.

Betroffenenrat bei der UBSKM (2018, Juli 3). Statement des Betroffenenrates zum Umgang mit Ritueller Gewalt. Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. https://beauftragte-missbrauch.de/presse/artikel/210

Betroffenenrat bei der UBSKM (2024). Stellungnahme des Betroffenenrates bei der UBSKM zum Thema organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt. Sozialmagazin, (5–6), 82–90. https://doi.org/10.3262/SM2406082

Betroffenenrat bei der UBSKM (2026). Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt. Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. https://beauftragte-missbrauch.de/themen/definition/organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt

Bilewicz, M., Winiewski, M., Kofta, M. & Wójcik, A. (2013). Harmful Ideas, The Structure and Consequences of Anti-Semitic Beliefs in Poland. Political Psychology, 34(6), 821–839. https://doi.org/10.1111/pops.12024

Blumer, H. (1969). Symbolic interactionism: Perspective and methods. Prentice-Hall.

Bundeskriminalamt. (2024). Bundeslagebild: Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen. https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/SexualdeliktezNvKindernuJugendlichen/2024/BLBSexualdelikte_2024.html

Bundeskriminalamt (2026). Bundeslagebild Organisierte Kriminalität. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/OrganisierteKriminalitaet/organisierteKriminalitaetBundeslagebild2024.html

Bock, S. & Schubarth, W. (2022). Basiswissen Verschwörungsmythen: Ein Leitfaden für Lehrende und Lernende (SonderAufl. für die Zentralen für politische Bildung, 1. Aufl.). ZpB, Zentralen für politische Bildung.

Böhm, A. (2012). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 475–485). Rowohlt.

Böker, U. & Schweitzer-Köhn, E.-M. (2020). Etwas in einen fruchtbaren Prozess zurückspeisen. Psychotherapie in Politik und Praxis, 4, 12–15.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 59(1), 20–28. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20

Bosch, A. (2018). Ritual. In J. Kopp & A. Steinbach (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie (12. Aufl., S. 383- 385). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20978-0

Bosse, B. & Wagner, A. (2011). Rituelle Gewalt in Rheinland-Pfalz. In SIE - Solidarität, Intervention und Engagement für von Gewalt Betroffene Frauen und Mädchen e.V. (Hrsg.), Rituelle Gewalt: Vom Erkennen zum Handeln, Dokumentation der Tagung vom 6. November 2009 in Trier (1. Aufl). Pabst Science Publishers.

Bowes, S. M., Costello, T. H. & Tasimi, A. (2023). The conspiratorial mind: A meta-analytic review of motivational and personological correlates. Psychological Bulletin, 149(5–6), 259–293. https://doi.org/10.1037/bul0000392

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. 1: Attachment (2. Aufl.). Basic Books.

Boysen, G. A. (2024). Dissociative identity disorder: A review of research from 2011 to 2021. The Journal of Nervous and Mental Disease, 212(3), 174–186. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001764

Brace, L., Baele, S. J. & Ging, D. (2024). Where do 'mixed, unclear, and unstable' ideologies come from? A data-driven answer centred on the incelosphere. Journal of Policing, Intelligence and Counter Terrorism, 19(2), 103–124. https://doi.org/10.1080/18335330.2023.2226667

Brachmann, J. (2018). Die Aufarbeitung sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche als gesellschaftliche Aufgabe. In A. Retkowski, A. Treibel & E. Tuider (Hrsg.), Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte (S. 804-813). Beltz Juventa.

Brainerd, C. J. & V. F. Reyna (2005). The Science of False Memory. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195154054.001.0001

Brainerd, C. J., Reyna, V. F. & Ceci, S. J. (2008). Developmental reversals in false memory: A review of data and theory. Psychological Bulletin, 134(3), 343–382. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.343

Brand, B. L., Classen, C., Lanins, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C. & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1(2), 153–171. https://doi.org/10.1037/a0016210

Brand, B. L., Loewenstein, R. J. & Spiegel, D. (2013). Patients with DID are found and

researched more widely than Boysen and VanBergen recognized. Journal of Nervous and Mental Disease, 201(5), 440–440. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e10d1

Brauner, F., Fonagy, P., Campbell, C., Griem, J., Storck, T. & Nolte, T. (2023). »Trust me, do not trust anyone«: How epistemic mistrust and credulity are associated with conspiracy mentality. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 26(3). https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.705

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

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 748–766. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748

Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological Review, 103(4), 670–686. https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670

Brewin, C. R., Li, H., Ntarantana, V., Unsworth, C. & McNeilis, J. (2019). Is the public understanding of memory prone to widespread »myths«? Journal of Experimental Psychology: General, 148(12), 2245–2257. https://doi.org/10.1037/xge0000610

Brosius, C., Michaels, A. & Schrode, P. (2013). Ritualforschung heute – ein Überblick. In C. Brosius, A. Michaels & P. Schrode (Hrsg.), Rituale und Ritualdynamik (S. 9-24). Vandenhoeck & Ruprecht.

Brotherton, R. & Eser, S. (2015). Bored to fears: Boredom proneness, paranoia, and conspiracy theories. Personality and Individual Differences, 80, 1–5. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.011

Brotherton, R. & French, C. C. (2014). Belief in Conspiracy Theories and Susceptibility to the Conjunction Fallacy. Applied Cognitive Psychology, 28(2), 238–248. https://doi.org/10.1002/acp.2995

Bruce, M. J., Stasik-O'Brien, S. M. & Hoffmann, H. (2023). Students' psychophysiological reactivity to trigger warnings. Current Psychology, 42(7), 5470–5479. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01895-1

Bruder, M., Haffke, P., Neave, N., Nouripanah, N. & Imhoff, R. (2013). Measuring Individual Differences in Generic Beliefs in Conspiracy Theories Across Cultures: Conspiracy Mentality Questionnaire. Frontiers in Psychology, 4. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00225

Buchner, R., Geffken, L. & Titz, U. (2023). Verschwörungserzählungen und Klimakrise: Die Netzperspektive. In T. Meilicke & C. Strobel (Hrsg.), Aufgeheizt: Verschwörungstheorien rund um die Klimakrise (S. 91–106). bpb, Bundeszentrale für politische Bildung.

Bürkle, H. (2006). Kult, Kultus. I. Religionsgeschichtlich. In K. Baumgartner, H. Bürkle, K. Ganzer, W. Kasper, K. Kertelge, W. Korff & P. Walter (Hrsg.), Lexikon für Theologie und Kirche (Sonderausg., Bd. 6, S. 503-505). Herder.

Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit

und Jugend (BKSF), Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V. (DGfPI), Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) & Bundesarbeitsgemeinschaft feministischer Organisationen gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen e.V. (BAG Forsa), (2023, April 11). Gemeinsame Stellungnahme anlässlich der aktuellen medialen Diskussion zu Organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt. https://dgfpi.de/wp-content/uploads/2024/10/Gemeinsame-Stellungnahme-organisierte-sexualisierte-und-rituelle-Gewalt-April-2023.pdf

Bundesministerium der Justiz (2024). Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise_Psychotherapie.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2025). Das Soziale Entschädigungsrecht – SGB XIV. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/soziale-entschaedigungsrecht.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Infopapier: Gesetz zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen (UBSKMGesetz). https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/255304/c51743177c42e-4c8a15631fa1f736b37/infopapier-ubskm-gesetz-2025-data.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (2017). Praxis-Info: Patientenrechte. https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_info_patientenrechte_d97fa50daf.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (2025). Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen. https://api.bptk.de/uploads/Muster_Berufsordnung_der_B_Pt_K_412a6bcb36.pdf

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. (KOK) (2021). Informationsdienst 2021: Organisierte und rituelle Gewalt und Menschenhandel. https://www.kok-gegen-menschenhandel.de/fileadmin/user_upload/medien/Informationsdienst/KOK-Informationsdienst_2021.pdf

Butenkemper, S. (2023). Toxische Gemeinschaften: geistlichen und emotionalen Missbrauch erkennen, verhindern und heilen (1. Aufl.). Herder.

Butenkemper, S. (2025). Missbrauch im Namen des Glaubens. Zeitschrift für Pastoral und Gemeindepraxis, 5, 5-9.

Butler, L. D., Koopman, C. & Zimbardo, P. G. (1995). The Psychological Impact of Viewing the Film »JFK«: Emotions, Beliefs, and Political Behavioral Intentions. Political Psychology, 16(2), 237. https://doi.org/10.2307/3791831

Butter, M. & Knight, P. (2020). General Introduction. Butter, M. & Knight, P. (Hrsg.). Routledge handbook of conspiracy theories (1. Aufl., S. 1-8). Routledge.

C

Campbell, C., Delamain, H., Saunders, R., Tanzer, M., Milesi, A., Nolte, T., Allison, E., Luyten, P. & Fonagy, P. (2025). Development and validation of the Revised Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire (ETMCQ-R). BJPsych Open, 11(5), e191. https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10813

Campbell, C., Kumpasoğlu, G. B. & Fonagy, P. (2024). Mentalizing, Epistemic Trust, and the Active Ingredients of Psychotherapy. Psychodynamic Psychiatry, 52(4), 435–451. https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.435

Carlson, E. B., Dalenberg, C. & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(5), 479–489. https://doi.org/10.1037/a0027748

Caumanns, U. (2023). Verschwörungstheorien, Visualität und Medien am Beispiel des antijüdischen Ritualmordnarrativs. ZfK – Zeitschrift für Kulturwissenschaften 17(1), 17-37. DOI: https://doi.org/10.25969/mediarep/23188.

Christensen, E. M. (2022). The online community: DID and plurality. European Journal of Trauma & Dissociation, 6(2), 100257. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100257

Cicchetti, D. & Handley, E. D. (2019). Child maltreatment and the development of substance use and disorder. Neurobiology of Stress, 10, 100144. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100144

Cichocka, A., Marchlewska, M. & De Zavala, A. G. (2016a). Does Self-Love or Self-Hate Predict Conspiracy Beliefs? Narcissism, Self-Esteem, and the Endorsement of Conspiracy Theories. Social Psychological and Personality Science, 7(2), 157–166. https://doi.org/10.1177/1948550615616170

Cichocka, A., Marchlewska, M., Golec De Zavala, A., & Olechowski, M. (2016b). ›They will not control us‹: Ingroup positivity and belief in intergroup conspiracies. British Journal of Psychology, 107(3), 556–576. https://doi.org/10.1111/bjop.12158

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. European Journal of Psychotraumatology, 4(1), 20706. https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Acta Psychiatrica Scandinavica, 138(6), 536–546. https://doi.org/10.1111/acps.12956

Cohen, S. (1972/2011). Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers. MacGibbon & Kee/Routledge.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Springer.

Collins, R. (2004). Interaction ritual chains. Princeton University Press. https://doi.org/10.1515/9781400851744

Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église (CIASE) (2021). Les violences sexuelles dans l'Église catholique: France 1950-2020 [Rapport final]. La Documentation française. https://www.ciase.fr/medias/Ciase-Rapport-5-octobre-2021-Les-violences-sexuelles-dans-l-Eglise-catholique-France-1950-2020.pdf

Constantino, M. J., Castonguay, L. & Schut, A. (2002). The working alliance: A flagship for the »scientist-practitioner« model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Hrsg.), Counseling based on process research: Applying what we know (S. 81–131). Allyn and Bacon.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., Van Den Oord, E. J. & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. JAMA network open, 1(7), e184493–e184493. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493

Cox, W. M. & Klinger, E. (2002). Motivational structure: Relationships with substance use and processes of change. Addictive Behaviors, 27(6), 925–940. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00290-3

Cox, W. M. & Klinger, E. (2011). Systematic Motivational Counseling: The Motivational Structure Questionnaire in Action. In W. M. Cox & E. Klinger (Hrsg.), Handbook of Motivational Counseling: Goal-Based Approaches to Assessment and Intervention with Addiction and Other Problems (1. Aufl., S. 217–237). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470979952

Cyrulnik, B. (2013). Rette dich, das Leben ruft. Ullstein.

D

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychological Bulletin, 138(3), 550–588.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: Reply to Lynn et al. (2014), 140(3), 911–920. https://doi.org/10.1037/a0036685

Darwin, H., Neave, N. & Holmes, J. (2011). Belief in conspiracy theories. The role of paranormal belief, paranoid ideation and schizotypy. Personality and Individual Differences, 50(8), 1289–1293. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.027

Datler, W. (1995). Deutung. In R. Brunner (Hrsg.), Wörterbuch der Individualpsychologie (2. Aufl., Bd. 2, S. 90–95). Reinhardt.

Deckers, D. (2025, November 2). Missbrauch in der Kirche: Haben deutsche Bischöfe Minderjährige missbraucht? FAZ. https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/missbrauch-in-der-kirche-was-heisst-rituelle-gewalt-110761630.html

Deely, Q. (2025). Trust and Doubt in the Internet Age: QAnon, Vaccine Hesitancy and the Politics of Belief. In K. O'Brien-Kop & S. Newcombe (Hrsg.), Religion, Spirituality and Public Health. Liverpool University Press.

Dell, P. F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 1–26. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.013

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O. & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89(5), 371–378. https://doi.org/10.1037/ccp0000637

Der Spiegel (2023, Dezember 9). ZDF muss Böhmermann-Sendung aus Mediathek löschen. Der Spiegel. https://www.spiegel.de/kultur/tv/jan-boehmermann-zdf-magazin-royale-ausgabe-ueber-verschwoerungstheorie-aus-mediathek-entfernt-a-c87de157-236b-4a61-9514-de2b6cc1461c

Der Synodale Weg (2022). Macht und Gewaltenteilung in der Kirche – Gemeinsame Teil-

nahme und Teilhabe am Sendungsauftrag: Beschluss des Synodalen Weges von der Synodalversammlung am 3. Februar 2022. https://www.synodalerweg.de/fileadmin/Synodalerweg/Dokumente_Reden_Beitraege/beschluesse-broschueren/SW3-Grundtext_MachtundGewaltenteilunginderKirche_2022-neu.pdf

Dessecker, A. (2020). Rituelle Gewalt: Forschung und ihre Grenzen. Recht & Psychiatrie, 38(3), 138–143.

Deutsche Bischofskonferenz (2023). Missbrauch geistlicher Autorität: Zum Umgang mit Geistlichem Missbrauch. [Arbeitshilfen Nr. 338]. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/ef92193ab4b5753e1d31b5e4c5961fc1/DBK_5338.pdf

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e.V. (DGfPI) & Fachverband Traumapädagogik e.V. (2023, April 6). Wissenswertes zum Thema »Organisierte sexualisierte und Rituelle Gewalt«—Plädoyer für eine fundierte Auseinandersetzung zu Organisierter sexualisierter und Ritueller Gewalt—Jenseits von Polarisierungen. Fachverband Traumapädagokik e.V. https://archive.newsletter2go.com/?n2g=phnmgb87-kc5wr0ia-ybj

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (2023). Position zur aktuellen Debatte um sexuellen Kindesmissbrauch in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen. https://www.dgfs.info/files/theme/pdfs/forschung/stellungnahmen/DGfS_Position_zum_Diskurs_Rituelle_Gewalt.pdf

Deutscher Bundestag (2020). BT-Drucksache 19/24084. https://dserver.bundestag.de/btd/19/240/1924084.pdf

Deutscher Bundestag (2022). BT-Drucksache 20/5106. https://dserver.bundestag.de/btd/20/051/2005106.pdf

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2026). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Version 7.0, 27.02.2026. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155–001

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2019). S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-027l_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2024-09-abgelaufen.pdf

de Young, M. (1996). A painted devil: Constructing the satanic ritual abuse of children problem. Aggression and Violent Behavior, 1(3), 235–248. https://doi.org/10.1016/1359-1789(95)00009-7

de Young, M. (2008). The Day Care Ritual Abuse Moral Panic: A Sociological Analysis. Sociology Compass, 2(6), 1719–1733. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00169.x

Didi-Huberman, G. (2003). Invention of Hysteria: Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière. The MIT Press. (Originalversion 1982, Éditions Macula)

Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache. https://www.dwds.de/ Für die Glossar-Stichworte: Ätiologie, Anomie, Anthropologie, Arkandisziplin, Ethnologie, Etymologie, Heterogenität, Ideologie, Immanenz, Institution, Kanon, Kontingenz, Sakrament, Sakrileg, Transzendenz, Vergesellschaftung

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. (2025, 23. März). Kult. Abgerufen am 23.03.2025 von https://www.dwds.de/wb/Kult>.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H. & Weltgesundheitsorganisation (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien (6. Aufl.). Huber Verlag.

di Marco, S., Gaumard, M., El Hage, W., Tarrada, A., Fugain, L., Ertan, D. & Hingray, C. (2025). A cross-sectional survey on French psychiatrists' knowledge and perceptions of dissociative identity disorder. L'encephale, 51(2), 133–140. https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.02.003

Dittberner, C. (2024, November 21). Berufsrechtliches Verfahren. https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/document/21.11.2024%20Vortrag%20Berufsrechtliches%20Verfahren.pdf

Dobson, K. S. (2022). Therapeutic Relationship. Cognitive and Behavioral Practice, 29(3), 541–544. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.006

Dodier, O., Patihis, L. & Payoux, M. (2019). Reports of recovered memories of childhood abuse in therapy in France. Memory, 27(9), 1283–1298. https://doi.org/10.1080/09658211.2019.1652654

Domradio (2021, 30.09.). Live-Blog zur zweiten Synodalversammlung. Der Synodale Blog. https://www.domradio.de/artikel/der-synodale-blog-live-blog-zur-zweiten-synodalversammlung

Dorsch Lexikon der Psychologie. https://dorsch.hogrefe.com Für die Glossar-Stichworte: akute Belastungsreaktion, Amnesie, Angststörungen, Autonomie, Bindung, disparat, Dissoziation, Dropout, Emotionsdysregulation, Epistemologie, gesundheitsbezogene Ressourcen, Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, iatrogen, Imaginatives Überschreiben, Intervision, Komorbidität, Korrelation, Krankheitsgewinn, Leidensdruck, Major Depression, Metaanalyse, Negativsymptomatik, Neurotizismus, Nullhypothese, Outcome, Panikstörung, Paranoia, Positivsymptomatik, Psychodynamik, Resilienz, Schizotypie, somatoforme Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Stressor, Supervision, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Übertragung, Verhaltenstherapie/kognitive Verhaltenstherapie.

Douglas, K. M., Cichoka, A. & Sutton, R. M. (2020). Motivations, Emotions and Belief in Conspiracy Theories. In M. Butter & P. Knight (Hrsg.), Routledge handbook of conspiracy theories. Routledge.

Douglas, K. M. & Sutton, R. M. (2011). Does it take one to know one? Endorsement of conspiracy theories is influenced by personal willingness to conspire. British Journal of Social Psychology, 50(3), 544–552. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2010.02018.x

Douglas, K. M., Sutton, R. M., Callan, M. J., Dawtry, R. J. & Harvey, A. J. (2016). Someone is pulling the strings: Hypersensitive agency detection and belief in conspiracy theories. Thinking & Reasoning, 22(1), 57–77. https://doi.org/10.1080/13546783.2015.1051586

Dresing, T. & Pehl, T. (2020). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch

Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl., S. 835–838). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9

Dresing, T. & Pehl, T. (2024). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (9. Aufl.). https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2024/06/Praxisbuch_09_02_Web2.pdf

Dreßing, H., Dölling, D., Hermann, D., Kruse, A., Schmitt, E. & Salize, H. J. (2018). Forschungsprojekt: Sexueller Missbrauch an Minderjährigen durch katholische Priester, Diakone und männliche Ordensangehörige im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz [Abschlussbericht]. Deutsche Bischofskonferenz.

Dreßing, H., Hoell, A., Scharmann, L., Simon, A., Haag, A.-C., Dölling, D., Meyer-Lindenberg, A. & Fegert, J.M. (2025). Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Deutsches Ärzteblatt 122(11), 285-291. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0076

Dreßing, H., Dölling, D., Hermann, D., Kruse, A., Schmitt, E., Bannenberg, B., Whittaker, K., Hoell, A., Voss, E. & Salize, H. J. (2021). Child Sexual Abuse by Catholic Priests, Deacons, and Male Members of Religious Orders in the Authority of the German Bishops' Conference 1946-2014. Sexual abuse: a journal of research and treatment, 33(3), 274–294. https://doi.org/10.1177/1079063219893371

Durkheim, È. (2007). Die elementaren Formen des religiösen Lebens. Verlag der Weltreligionen. (Originalversion 1912)

E

Ecker, U. K. H., Hogan, J. L. & Lewandowsky, S. (2017). Reminders and repetition of misinformation: Helping or hindering its retraction? Journal of Applied Research in Memory and Cognition, 6(2), 185–192. https://doi.org/10.1037/h0101809

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38(4), 319–345. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clinical psychology review, 34(8), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004

Ehrlich, T. & Lutz, W. (2022). Therapiebeziehung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch Lexikon der Psychologie. Hogrefe. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/therapiebeziehung

Eibach-Bialas, A. (2021). Rituelle Gewalt. In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), Die Täter-Opfer-Wippe (S. 91–104). Psychosozial-Verlag. https://doi.org/10.30820/9783837977936-91

Eichenberg, C., Dorniak, J. & Fischer, G. (2009). Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 59(09/10), 337–344. https://doi.org/10.1055/s-2008-1067531

Einstein, K. L. & Glick, D. M. (2015). Do I Think BLS Data are BS? The Consequences of Conspiracy Theories. Political Behavior, 37(3), 679–701. https://doi.org/10.1007/s11109-014-9287-z

Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S. & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. Developmental Psychology, 43(6), 1275–1294. https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1275

Eisen, M. L., Qin, J., Goodman, G. S. & Davis, S. L. (2002). Memory and suggestibility in maltreated children: Age, stress arousal, dissociation, and psychopathology. Journal of Experimental Child Psychology, 83(3), 167–212. https://doi.org/10.1016/S0022-0965(02)00126-1

Erdmann, K., Spanner, E. & Gömmel, O.-J. (2026, Januar 9). »White Tiger«-Prozess gestartet: Chronologie eines verstörenden Falles. NDR. https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/white-tiger-prozess-startet-chronologie-eines-verstoerenden-falles,whitetiger-104.html

Etzel, A., Nagel, B. & Kavemann, B. (2024). Aufarbeitung und Gerechtigkeit. Sozialmagazin 5-6, 64-71. https://doi.org/10.3262/SM2406062

F

Fachgruppe Rechtspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2023, März 13). Stellungnahme der Fachgruppe Rechtspsychologie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs e.V.) zu Forschung und Beratung im Kontext ritueller sexueller Gewalt. DGPs. https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Stellungnahmen/Stellungnahme_DGPs_FachgruppeRechtspsychologie.pdf

Fachkreis »Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen« beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018, April). Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen: Prävention, Intervention und Hilfe für Betroffene stärken. ECPAT Deutschland. https://ecpat.de/wp-content/uploads/2018/04/Fachkreis_Empfehlungen_2018_web-2.pdf

Farhart, C. E., Fitz, E. B., Miller, J. M. & Saunders, K. L. (2023). By any memes necessary: Belief- and chaos-driven motives for sharing conspiracy theories on social media. Research & Politics, 10(3), 20531680231193514. https://doi.org/10.1177/20531680231193514

Federal Bureau of Investigation (FBI) (2025, Juli 23). The Com: Theft, Extortion, and Violence are a Rising Threat to Youth Online. Public Service Announcement. https://www.ic3.gov/PSA/2025/PSA250723-3

Federico, C. M., Williams, A. L. & Vitriol, J. A. (2018). The role of system identity threat in conspiracy theory endorsement. European Journal of Social Psychology, 48(7), 927–938. https://doi.org/10.1002/ejsp.2495

Fegert, J. M. (1993). Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht. Ein Handbuch zu Fragen der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychologischen Untersuchung und Begutachtung. Volksblatt-Verlag.

Fegert, J. M. (2003). Gutachten im Sozialrecht (insbesondere KJHG). In R. Lempp, G. Schütze & G. Köhnken (Hrsg.), Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Steinkopff. https://doi.org/10.1007/978-3-642-57383-5_11

Fegert, J. M. (2022). Anerkennung psychischer Traumafolgen. Psychiatrie Verlag.

Fegert, J. M. (2024). Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen und neuer Forschungsbedarf. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 52(6), 377–380. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000994

Fegert, J. M. (2026a). Trend der Entwicklungspsychopathologie als Ausdruck geschlechtssensibler Identitätskonflikte. Ein Essay über den Entstehungszusammenhang dieses Lehrbuchs. In J. M. Fegert, I. Böge & M. E. Schulze (Hrsg.), Geschlechtssensible Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (S. 14–37). utb/Psychiatrie Verlag. https://doi.org/10.36198/9783838564739

Fegert, J. M. (2026b). Auswirkungen der inszenierten Debatte über »Missbrauch mit dem Missbrauch«, die Folgen der Mainz-Wormser-Prozesse und des BGH-Urteils vom 30. Juli 1999. In F. Drohsel, C. Fobian & M. Zimmermann (Hrsg.), Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt – Kämpfe, Kontinuitäten und Wandel (S. 75-92). Nomos.

Fegert, J. M., Frühauf, L., Gerke, J. & Magiera, K. (2025a). Autonomie- und teilhabeeinschränkende toxische Beziehungen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen: Eine qualitative Studie zum Narrativ »rituelle Gewalt«. Open Access Repositorium Universität Ulm und Technische Hochschule Ulm. https://oparu.uni-ulm.de/server/api/core/bitstreams/0740b509-57a3-4724-a9d6-9000d7abbd45/content

Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachser, C. (2024a). Expertise: Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten »Nullhypothese« in unterschiedlichen Verfahrenskontexten. Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/Expertise_Glaubhaftigkeitsbegutachtung.pdf

Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachser, C. (2025b). Der Bundesgerichtshof (BGH) ging bei der Bewertung der Treffsicherheit der Glaubhaftigkeitsbegutachtung von falschen Prämissen aus. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 19(3), 216–227. https://doi.org/10.1007/s11757-025-00887-2

Fegert, J. M., Sachser, C., Pusch, M., Kliemann, A. & Gerke, J. (2024b). Wissenschaftstheoretische Missverständnisse des BGH in Strafsachen: Überprüfung einer sogenannten »Nullhypothese« in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 52(6), 342–352. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000995

Fegert, J. M., Schnoor, K., König, C. & Schläfke, D. (2006). Ergebnisse der Qualitätsanalyse. In In J. M. Fegert, K. Schnoor, C. König, & D. Schläfke (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung in Sexualstrafverfahren. (Schriften zum Jugendrecht und zur Jugendkriminalität, Bd 7). Centaurus Verlag & Media. https://doi.org/10.1007/978-3-86226-448-3_5

Fegert, J. M. & Urbaniok, F. (2024). Ritueller sexueller Missbrauch: Orientierung am Patientenwohl in einer polarisierten Debatte. Der Nervenarzt, 95(11), 1071–1078. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01652-2

Fiedler, P. (2000). Indikation und Behandlungssetting. In M. Linden & M. Hautzinger

(Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual (S. 58–64). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-10777-5_11

Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). Lehrbuch der Psychotraumatologie. Ernst Reinhardt.

Fisher, S., Fonagy, P., Wiseman, H. & Zilcha-Mano, S. (2023). I see you as recognizing me; therefore, I trust you: Operationalizing epistemic trust in psychotherapy. Psychotherapy. 60(4), 560–572. https://doi.org/10.1037/pst0000501

Flick, U. (2000). Konstruktion und Rekonstruktion. Methodologische Überlegungen zur Fallrekonstruktion. In K. Kraimer (Hrsg.), Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung (S. 179-200). Suhrkamp.

Flick, U. (2012). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 309–318). Rowohlt.

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 13–29). Rowohlt.

Fliß, C. (2022a). Behandlung von Opfern organisierter Gewalt. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), Komplexe Traumafolgestörungen, 2. Aufl.: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (2. Aufl., S. 430–437). Schattauer Verlag (Klett).

Fliß, C. (2022b). Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), Komplexe Traumafolgestörungen, 2. Aufl.: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (2. Aufl., S. 438–445). Schattauer Verlag (Klett).

Fliß, C. & Igney, C. (2020a). Dissoziative Identitätsstruktur – Ziel der Konditionierung, Krankheit, Überlebensstrategie? In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), Handbuch Rituelle Gewalt: Erkennen – Hilfe für Betroffene – Interdisziplinäre Kooperation (5. Aufl., S. 36–58). Pabst Science Publishers.

Fliß, C. & Igney, C. (2020b). Handbuch Rituelle Gewalt: Erkennen – Hilfe für Betroffene – Interdisziplinäre Kooperation (5. Aufl.). Pabst Science Publishers.

Fliß, C., & Igney, C. (Hrsg.). (2020c). Zur Definition Rituelle Gewalt. In C. Fliß & C. Igney (Hrsg.), Handbuch Rituelle Gewalt: Erkennen – Hilfe für Betroffene – Interdisziplinäre Kooperation (5. Aufl., S. 11–19). Pabst Science Publishers.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 59(1), 10–17. https://doi.org/10.1037/a0025749

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. Journal of consulting and clinical psychology, 67(2), 194–200.

Foa, E. B., Gillihan, S. J. & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. Psychological Science in the Public Interest, 14(2), 65–111. https://doi.org/10.1177/1529100612468841

Fonagy, P. & Allison, E. (2014) The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. Psychotherapy, 51(3), 372-380. https://doi.org/10.1037/a0036505

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4(1), 9. https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M. & Legatt, M. E. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 163(4), 623–629. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.623

Forschungsverbund ForuM (2024). Forschung zur Aufarbeitung von sexualisierter Gewalt und anderen Missbrauchsformen in der Evangelischen Kirche und Diakonie in Deutschland. https://www.kirche-gegen-sexualisierte-gewalt.de/fileadmin/user_upload/news/abschlussbericht_forum.pdf

Franke, P., Schleu, A., Hillebrand, V., Welther, M. & Strauß, B. (2016). Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1: Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. Psychotherapeut, 61(6), 507–515. https://doi.org/10.1007/s00278-016-0134-z

Frankfurter, D. (2001). Ritual as Accusation and Atrocity: Satanic Ritual Abuse, Gnostic Libertinism, and Primal Murders. History of Religions, 40(4), 352-380. https://doi.org/10.1086/463648

Frankfurter, D. (2003). The Satanic Ritual Abuse Panic as Religious-Studies Data. Numen, 50(1), 108–117.

Frei, P. C. & Marya, S. (2018). Was ist bloß mit Alex los?: Überlebende von extremer Gewalt berichten von ihrer Vergangenheit: pädagogische Fachkräfte können von ihnen lernen: ein sensibilisierendes Fachbuch. Engelsdorfer Verlag.

Fricker, M. (2007). Epistemic Injustice: Power and die Ethics of Knowing. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Frings, B., Großbölting, T., Große Kracht, K., Powroznik, N. & Rüschenschmidt, D. (2022). Macht und sexueller Missbrauch in der katholischen Kirche: Betroffene, Beschuldigte und Vertuscher im Bistum Münster seit 1945. Herder.

Fromm, R. (2011). Rituelle Gewalt: Womit haben wir es zu tun? In SIE - Solidarität, Intervention und Engagement für von Gewalt Betroffene Frauen und Mädchen e.V. (Hrsg.), Rituelle Gewalt: Vom Erkennen zum Handeln, Dokumentation der Tagung vom 6. November 2009 in Trier (1. Aufl, S. 18–31). Pabst Science Publishers.

Funkschmidt, K. (2024). »Rituelle Gewalt« und »Mind Control«—Elitenverschwörung oder Verschwörungstheorie. Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften (GWUP).

G

Ganslev, C. A., Storebø, O. J., Callesen, H. E., Ruddy, R. & Søgaard, U. (2020). Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(7), CD005331. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005331.pub3

Ganslmeier, M., Ehring, T. & Wolkenstein, L. (2023). Effects of imagery rescripting and imaginal exposure on voluntary memory. Behaviour Research and Therapy, 170, 104409. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104409

Ganslmeier, M., Kunze, A. E., Ehring, T. & Wolkenstein, L. (2022). The dilemma of trauma-focused therapy: Effects of imagery rescripting on voluntary memory. Psychological Research, 87, 0123456789. https://doi.org/10.1007/s00426-022-01746-z

Garfinkel, H. (1967). Studies in ethnomethodology. Prentice-Hall.

Garry, M., Manning, C. G., Loftus, E. F. & Sherman, S. J. (1996). Imagination inflation: Imagining a childhood event inflates confidence that it occurred. Psychonomic Bulletin & Review, 3(2), 208–214. https://doi.org/10.3758/BF03212420

Gartenstein-Ross, D., Zammit, A., Chace-Donahue, E. & Urban, M. (2025). Composite Violent Extremism: Conceptualizing Attackers Who Increasingly Challenge Traditional Categories of Terrorism. Studies in Conflict & Terrorism, 48(12), 1343–1369. https://doi.org/10.1080/1057610X.2023.2194133

Gast, U. (2024). Und es gibt sie doch…Die dissoziative Identitätsstörung und die aktuelle Kontroverse um die Erkrankung. Trauma Kultur Gesellschaft, 2(2), 9–33. https://doi.org/10.30820/2752-2121-2024-2-9

Gast, U., Hofmann, A. & Zündorf, F. (2000). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: dissoziative Störungen. Hogrefe.

Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L. & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. Deutsches Ärzteblatt, 103(47), 1–8.

Gast, U. & Wabnitz, P. (2023). Dissoziative Störungen erkennen und Behandeln. Kohlhammer.

Gawlytta, R., Schwartze, D., Schönherr, D., Schleu, A. & Strauß, B. (2019). Unerwünschte Ereignisse durch unsachgemäß durchgeführte Psychotherapie: Eine Pilotstudie zum Inventar zur Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie (IKKIP). Psychiatrische Praxis, 46(08), 460–467. https://doi.org/10.1055/a-1026-1577

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009, Februar 19). Psychotherapie-Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3977/PT-RL_2025-08-21_iK-2025-11-11.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020, Juli 16). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL): Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie weitere Änderung in § 4 der Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025, Juni 17). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3854/DeQS-RL_2024-12-19_iK-2025-01-01.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2026, März 19). Psychotherapie-Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4157/PT-RL_2026-03-19_iK-2026-06-17.pdf

Gerke, J., Fegert, J., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2024a). Organized sexualized and ritual violence: Results from two representative German samples. Child Abuse & Neglect, 152, 106792. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106792

Gerke, J., Mattstedt, F.-K., Rassenhofer, M. & Fegert, J. M. (2024b). Wovon sprechen wir eigentlich?: Begriffsabgrenzungen zwischen organisierter sexualisierter Gewalt, kommerzieller Ausbeutung und ritueller Gewalt. Trauma & Gewalt, 18(2), 100–111. https://doi.org/10.21706/tg-18-2-100

Gerke, J., Stachelscheid, A., Mattstedt, F.-K., Fegert, J. M. & Rassenhofer, M. (2023, Juni 30). Expertise zu Begrifflichkeiten und Häufigkeiten im Bereich organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt. Uniklinik Ulm. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Expertise_Organisierte_rituelle_Gewalt.pdf

Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung e.V. (2023, März 31). Stellungnahme des Vorstands der GPTG zur aktuellen Diskussion um rituelle Gewalt. https://www.gptg.eu/presse/stellungnahme-zur-diskussion

Giedinghagen, A. (2023). The tic in TikTok and (where) all systems go: Mass social media induced illness and Munchausen's by internet as explanatory models for social media associated abnormal illness behavior. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 28(1), 270-278. https://doi.org/10.1177/13591045221098522

Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. Psychological Bulletin, 134(5), 617–647. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617

Girard, R. (2006). Das Heilige und die Gewalt. Patmos. (Originalausgabe 1972)

Glaesmer, H., Gahleitner, S. B., Schäfer, I., Spitzer, C., Theobald, W., Schmiedebach, H.-P., Horn, A. B., Maercker, A., Pielmaier, L., & Wingenfeld, K. (2024). Handbuch der Psychotraumatologie. Klett-Cotta.

Glaser, B. & Strauss, A. (1998). Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Huber.

Glei, R., Natzel, S., Sigrist, C., Hässling, A. & Grimm, T. (1992). Ritus. In J. Ritter, K. Gründer, G. Gabriel (Hrsg.) Historisches Wörterbuch der Philosophie. Schwabe Verlag. https://doi.org/10.24894/HWPh.5407

Goedeke Tort, M., Lamberty, P., & Holnburger, J. (2022). Q VADIS?: Zur Verbreitung von QAnon im deutschsprachigen Raum [Report]. CeMAS – Center für Monitoring, Analyse und Strategie gGmbH. https://cemas.io/publikationen/q-vadis-zur-verbreitung-von-qanon-im-deutschsprachigen-raum/

Goff, L. M., & Roediger, H. L., 3rd (1998). Imagination inflation for action events: repeated imaginings lead to illusory recollections. Memory & Cognition, 26(1), 20–33. https://doi.org/10.3758/bf03211367

Goffman, E. (1959). The presentation of self in everyday life. Bantam Doubleday Dell Publishing Group.

Goffman, E. (1967). Interaction Ritual: Essays on Face-To-Face Behavior. Pantheon.

Goffman, E. (1974). Frame Analysis: An essay on the Organization of Experience. Harvard University Press.

Goldfarb, D., Goodman, G. S., Larson, R. P., Eisen, M. L. & Qin, J. (2019). Long-term memory in adults exposed to childhood violence: Remembering genital contact nearly 20 years later. Clinical Psychological Science, 7(2), 381–396. https://doi.org/10.1177/2167702618805742

Golec De Zavala, A. & Cichocka, A. (2012). Collective narcissism and anti-Semitism in Poland. Group Processes & Intergroup Relations, 15(2), 213–229. https://doi.org/10.1177/1368430211420891

Goode, E. & Ben-Yehuda, N. (2009). Moral Panics: The Social Construction of Deviance. Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1002/9781444307924

Goodman, G. S., Ghetti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D., Cordon, I. M. & Jones, D. P. H. (2003). A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy. Psychological Science, 14(2), 113–118. https://doi.org/10.1111/1467-9280.01428

Goodman, G. S., Gonzalves, L. & Wolpe, S. (2019). False Memories and True Memories of Childhood Trauma: Balancing the Risks. Clinical Psychological Science, 7(1), 29–31. https://doi.org/10.1177/2167702618797106

Goodman, G. S., Wang, Y. & Mitchell, C. (2025). The »False Memory« implantation paradigm: Commentary on Andrews and Brewin. Applied Cognitive Psychology, 39(4), e70091. https://doi.org/10.1002/acp.70091

Green, R. & Douglas, K. M. (2018). Anxious attachment and belief in conspiracy theories. Personality and Individual Differences, 125, 30–37. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.023

Greuel, L. & Petermann, A. (2011). Rituelle Gewalt: Möglichkeiten und Grenzen der kriminalistischen und aussagepsychologischen Fallarbeit. In SIE - Solidarität, Intervention und Engagement für von Gewalt Betroffene Frauen und Mädchen e.V. (Hrsg.), Rituelle Gewalt: Vom Erkennen zum Handeln, Dokumentation der Tagung vom 6. November 2009 in Trier (1. Aufl, S. 84–111). Pabst Science Publishers.

Grosse, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. Psychotherapy Research, 15(3), 261–271. https://doi.org/10.1080/10503300512331334968

Grosse, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: PART 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. Psychotherapy Research, 12(1), 79–99. https://doi.org/10.1080/713869618

Gruler, U. (2020). Rechtliche Grundlagen psychotherapeutischen Handelns. In W. Senf, M. Broda, D. Voos & M. Neher (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch (6. Aufl., S. 768–775). Georg Thieme Verlag. http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/b-006-163306

Grzesiak-Feldman, M. (2013). The Effect of High-Anxiety Situations on Conspiracy Thinking. Current Psychology, 32(1), 100–118. https://doi.org/10.1007/s12144-013-9165-6

Gysi, J. (2020). Organisierte sexualisierte Ausbeutung: Bericht für Strafverfolgung, Opferschutz, Opferhilfe & Therapie, aus psychotraumatologischer Sicht (Version 2.0). https://jangysi.ch/.cm4all/uproc.php/0/Bericht%20OAS%20Jan%20Gysi%202.01.pdf?_=176d20e6f10&cdp=a

Gysi, J. (2021). Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11 (1. Aufl.). Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86011-000

Gysi, J. (2025). Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11 (3. Aufl.). Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86011-000

Gysi, J., Nick, S. & Gast, U. (2025). Die Dissoziative Identitätsstörung: Konzeptionelle Weiterentwicklungen im Spektrum der Traumafolgestörungen. Trauma & Gewalt, 19(3), 188–201. https://doi.org/10.21706/tg-19-3-188

Gysi, J., Gast, U. & Nick, S. (2026). Believing critically, doubting empathically: navigating abuse disclosures in clinical care. European Journal of Trauma & Dissociation, 10 (3), 100718. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2026.100718.

H

Hacking, I. (1995). Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory. Princeton University Press. https://doi.org/10.2307/j.ctt7rr17

Häussling, A. (2006). Kult, Kultus. V. Liturgisch-theologisch. In K. Baumgartner, H. Bürkle, K. Ganzer, W. Kasper, K. Kertelge, W. Korff & P. Walter (Hrsg.), Lexikon für Theologie und Kirche (Sonderausg., Bd. 6, S. 509-512). Herder.

Hahn, A. (2016). Streitpunkt »rituelle Gewalt«. Zeitschrift für Religions- und Weltanschauungsfragen, 79(12), 458–460.

Hahn, A. (2019). Rituelle Gewalt in satanistischen Gruppen – ein populärer Mythos? Materialdienst der EZW, 7, 243–250. https://www.ezw-berlin.de/fileadmin/user_upload/ezw-berlin/publications/downloads/Materialdienst_07_2019_243-250.pdf

Han, B.-C. (2019). Vom Verschwinden der Rituale: Eine Topologie der Gegenwart. Ullstein.

Harambam, J. & Aupers, S. (2015). Contesting epistemic authority: Conspiracy theories on the boundaries of science. Public Understanding of Science, 24(4), 466–480. https://doi.org/10.1177/0963662514559891

Harder, B. (2018). Verschwörungstheorien: Ursachen – Gefahren – Strategien. Alibri-Verlag.

Haupt, M.-L., Linden, M. & Strauß, B. (2018). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung (2., aktualisierte Aufl.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Hawn, S. E., Cusack, S. E. & Amstadter, A. B. (2020). A Systematic Review of the Self-Medication Hypothesis in the Context of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Problematic Alcohol Use. Journal of Traumatic Stress, 33(5), 699–708. https://doi.org/10.1002/jts.22521

Hayle, S. J. (2013). Folk devils without moral panics: discovering concepts in the sociology of evil. International Journal Of Criminology And Sociological Theory, 6(2), 36405. https://ijcst.journals.yorku.ca/index.php/ijcst/article/view/36405

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. John Wiley & Sons Inc. https://doi.org/10.1037/10628-000

Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. Biological Psychiatry, 49(12), 1023–1039. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X

Heinemann, C. (2026, Januar 8). »White Tiger«-Prozess: »Man denkt nur: Das ist der Teufel«. Die Zeit. https://www.zeit.de/hamburg/2026-01/white-tiger-prozess-hamburg-kindesmissbrauch-cyberkriminalitaet

Heinrichs, M. H. & Höfner, R. (2025, November 27). Der Fall »White Tiger«—Mit 13 suchte er im Netz nach Freunden—Sie trieben ihn in den Tod. Spiegel. https://www.spiegel.de/netzwelt/web/mit-13-suchte-er-im-netz-nach-freunden-sie-trieben-ihn-in-den-tod-a-16a1ade7-2f34-4e20-b0ef-a74f1c6f7e25

Hemmila, T. & Perliger, A. (2025). Hybridization or Salad Bar Ideology? Testing Ideological Convergence Within the American Violent Far Right. Crime & Delinquency, 71(3), 830–859. https://doi.org/10.1177/00111287241271288

Hendriks, J., Slotboom, A.-M. & Mooren, T. (2023). Tussen Ongeloof, Ondersteuning en Opsporing: Over Georganiseerd Sadistisch Misbruik Van Minderjarigen. Boom Uitgevers Den Haag.

Hennig-Fast, K. (2022). Neuropsychologie dissoziativer Störungen: Eine Einführung. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66686-9

Hentschel, U. (2005). Die Therapeutische Allianz: Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. Psychotherapeut, 50(5), 305–317. https://doi.org/10.1007/s00278-005-0440-3

Herman, J. L. & Harvey, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. Journal of Traumatic Stress, 10(4), 557–571. https://doi.org/10.1023/A:1024889601838

Hermans, B. E., & Beermann, A. (Hrsg.). (2024). Systemische Psychotherapie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64728-8

Hermanns, H. (1992). Die Auswertung narrativer Interviews: Ein Beispiel für qualitative Verfahren. In J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), Analyse verbaler Daten: Über den Umgang mit qualitativen Daten (S. 110–141). Westdeutscher Verlag.

Hermes, M. & Lindel, B. (2020). Haftungsfragen in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 65(1), 32–35. https://doi.org/10.1007/s00278-019-00394-w

Herzog, P., Huntjens, R. J. C., Kaiser, T. & Volbert, R. (2025a). 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

Herzog, P., Kaiser, T. & Huntjens, R. J. C. (2025b). Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung: Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive. Psychotherapeutenjournal, 24(1), 37–47. https://doi.org/10.61062/ptj202501.005

Hettlage, R. (1991). Rahmenanalyse—Oder die innere Organisation unseres Wissens um die Ordnung der sozialen Wirklichkeit. In R. Hettlage & K. Lenz (Hrsg.), Erving Goffman - Ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation (S. 95–154).

Heyder, R. (2022). Spiritueller Missbrauch – spirituelle Selbstbestimmung. https://www.zdk.de/fileadmin/zdk.de/PDFs/Reden/2022/221210_ZdK_Reden_Spiritueller_Missbrauch_%E2%80%93_Spirituelle_Selbstbestimmung.pdf

Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (2nd ed). John Wiley & Sons, Incorporated.

Higham, P. A., & Guzel, M. A. (2012). Cued Recall. In N. M. Seel (Hrsg.), Encyclopedia of the Sciences of Learning (S. 868–871). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_694

Hoff, G.M. (2021). Vertrauensbruch. Zur theologischen Bedeutung des systematischen Vertrauensbruchs. Herder Korrespondenz, 75(12), 21-24.

Hoffmann, N. (2018). Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung. Beltz Juventa.

Holmes, E. A. & Bourne, C. (2008). Inducing and modulating intrusive emotional memories: A review of the trauma film paradigm. Acta Psychologica, 127(3), 553–566. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.002

Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology, 38(2), 139–149. https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139

Houben, S. T. L., Otgaar, H., Roelofs, J., Smeets, T. & Merckelbach, H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. Behaviour Research and Therapy, 125, 103546. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103546

Howe, M. L., Wimmer, M. C., Gagnon, N. & Plumpton, S. (2009). An associative-activation theory of children's and adults' memory illusions. Journal of Memory and Language, 60(2), 229–251. https://doi.org/10.1016/j.jml.2008.10.002

Hoyer, J. & Knappe, S. (2020). Klinische Psychologie & Psychotherapie (3. Aufl.). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1

Huber, M. (2010). Multiple Persönlichkeiten: Seelische Zersplitterung nach Gewalt (durchges. Neuaufl). Junfermann Verlag.

Huber, M. (2021). Psychotherapie der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 20(1), 283–297. https://doi.org/10.1007/s11620-021-00612-1

Huber, M. (2023). Wege der Traumabehandlung (6., überarbeitete Neuaufl.). Junfermann Verlag.

Hunter, E. C. M., Sierra, M. & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(1), 9–18. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4

Huntjens, R. J., Postma, A., Peters, M. L., Woertman, L. & van der Hart, O. (2003). Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. Journal of Abnormal Psychology, 112(2), 290–297. https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.2.290

Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2019). Schema therapy for dissociative identity disorder (DID): rationale and study protocol. European Journal of Psychotraumatology, 10(1), 1571377. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571377

Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2020). Schematherapy in DID: Treatment length and related studies on dissociative amnesia. European Journal of Psychotraumatology, 11(1), 1711638. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1711638

Hutter, M. (2004). Ritus/Ritual. I Religionswissenschaftlich. 1. Zum Begriff. In H. D. Betz, D. S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörter-buch für Theologie und Religionswissenschaft (4. Aufl., Bd. 7, S. 547-548). Mohr Siebeck.

I

Imhoff, R. & Bruder, M. (2014). Speaking (Un–)Truth to Power: Conspiracy Mentality as A Generalised Political Attitude. European Journal of Personality, 28(1), 25–43. https://doi.org/10.1002/per.1930

Imhoff, R. & Decker, O. (2013). Verschwörungsmentalität als Weltbild. In O. Decker, J. Kiess, & E. Brähler (Hrsg.), Rechtsextremismus der Mitte: Eine sozialpsychologische Gegenwartsdiagnose (S. 130–145). Psychosozial Verlag.

Imhoff, R. & Lamberty, P. (2020). Conspiracy Beliefs as psycho-political Reactions to perceived Power. In M. Butter & P. Knight (Hrsg.), Routledge Handbook of Conspiracy Theories. Routledge.

Imhoff, R. & Lamberty, P. K. (2017). Too special to be duped: Need for uniqueness motivates conspiracy beliefs. European Journal of Social Psychology, 47(6), 724–734. https://doi.org/10.1002/ejsp.2265

Imhoff, R., Lamberty, P., & Klein, O. (2018). Using Power as a Negative Cue: How Conspiracy Mentality Affects Epistemic Trust in Sources of Historical Knowledge. Personality and Social Psychology Bulletin, 44(9), 1364–1379. https://doi.org/10.1177/0146167218768779

Institute for Strategic Dialogue (2025, November 12). From sextortion to violence: The threat of the 764 network in the US. https://www.isdglobal.org/digital-dispatch/from-sextortion-to-violence-the-evolving-threat-of-the-764-network-in-the-us/

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (o. J.). Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS amb PT). Institut

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Abgerufen 29. April 2026, von https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych/

International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. Journal of Trauma & Dissociation, 12(2), 115–187. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247

J

Jacobi, F. & Brehm, M. (2020). Deliberate Practice zur Weiterentwicklung therapeutischer Fertigkeiten. Psychotherapie in Politik und Praxis, 4, 9–12.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. Journal of Psychiatric Research, 40(2), 131–140. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.03.003

Johnson, M. K., Hashtroudi, S. & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. Psychological bulletin, 114(1), 3–28. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.3

Johnson, M. S., Magnussen, S., Foyn Asmyhr, A., Jensen Helgeland, J., Pilegaard Jonassen, M., Lundal, E., Haua Marthinsen, M., Sikveland, K., Sjøflot, A. K., Skoglund, R. S., Tallaksen, P., Døhlen Fjeldberg Tangen, M. E., Tran, J. & Flatebø Widmark, L. (2023). Doctored photographs create false memories of spectacular childhood events. A replication of Wade et al. (2002) with a Scandinavian twist. Memory, 31(7), 1011–1018. https://doi.org/10.1080/09658211.2023.2200595

Jolley, D. & Douglas, K. M. (2014a). The Effects of Anti-Vaccine Conspiracy Theories on Vaccination Intentions. PLoS ONE, 9(2), e89177. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089177

Jolley, D. & Douglas, K. M. (2014b). The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one's carbon footprint. British Journal of Psychology, 105(1), 35–56. https://doi.org/10.1111/bjop.12018

Jonas, K., Stroebe, W., & Hewstone, M. (Hrsg.). (2014). Sozialpsychologie (6. Aufl.). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41091-8

Jonassen, D. H., Yacci, M., & Beissner, K. (2012). Structural Knowledge: Techniques for Representing, Conveying, and Acquiring Structural Knowledge. Taylor and Francis.

K

Kaczmarek S., Passmann K., Cappel R., Hillebrand V., Schleu A. & Strauß B. (2012). Wenn Psychotherapie schadet… Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen. Psychotherapeut, 57(5), 402-409. https://doi.org/ 10.1007/s00278-012-0916-x

Kampling H., Kruse J., Lampe A., Nolte T., Hettich N., Brähler E., Sachser C., Fegert J.M., Gingelmaier S., Fonagy P., Krakau L., Zara S. & Riedl D. (2022). Epistemic trust and personality functioning mediate the association between adverse childhood experiences and posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in adulthood. Front Psychiatry, 13:919191. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.919191

Kampling, H., Riedl, D., Lampe, A., Nolte, T., Brähler, E., Ernst, M., Fegert, J. M., Geisel,

T., Hettich-Damm, N., Jud, A., Zara, S. & Kruse, J. (2025). Somatic symptom disorder and the role of epistemic trust, personality functioning and child abuse: Results from a population-based representative German sample. Journal of Affective Disorders, 373, 429–437. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.096

Kapfhammer, H. (2011). Psychologische Störungen des autobiografischen Gedächtnisses – Einflüsse von Trauma, Dissoziation und PTSD. Psychiatrie und Psychotherapie, 7(29), 43-55.

Kappler, S., Hornfeck, F., Pooch, M.-T., Kindler, H., & Tremel, I. (2019). Kinder und Jugendliche besser schützen – der Anfang ist gemacht. Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt in den Bereichen: Bildung und Erziehung, Gesundheit, Freizeit [Abschlussbericht des Monitorings zum Stand der Prävention sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland (2015–2018)]. Deutsches Jugendinstitut. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2019/28116_UBSKM_DJI_Abschlussbericht.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung & Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2017). Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-01-psychotherapie-vereinbarung/01_Psychotherapie_Aerzte_bis_31.03.2024.pdf

Kate, M.-A., Hopwood, T. & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. Journal of Trauma & Dissociation, 21(1), 16–61. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1647915

Kavemann, B., Etzel, A. & Nagel, B. (2022a). »Epistemische Ungerechtigkeit« als theoretischer Zugang zum Verständnis der Folgen von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. In D. Doll, B. Kavemann, B. Nagel, & A. Etzel (Hrsg.), Beiträge zur Forschung zu Geschlechterbeziehungen, Gewalt und privaten Lebensformen: Disziplinäres, Interdisziplinäres und Essays (S. 137-156). Opladen: Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.3224/84742590.11

Kavemann, B., Nagel, B., Doll, D. & Helfferich, C. (2019). Erwartungen Betroffener sexuellen Kindesmissbrauchs an gesellschaftliche Aufarbeitung. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch (Hrsg.) Berlin. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2019/09/Studie_Erwartungen-Betroffener-sexuellen-Kindesmissbrauchs-an-die-gesellschaftliche-Aufarbeitung.pdf

Kavemann, B., Nagel, B., Etzel, A. & Helfferich C. (2022b) Wege zu mehr Gerechtigkeit nach sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch (Hrsg.) Berlin. https://www.aufarbeitungskommission.de/mediathek/wege-zu-mehr-gerechtigkeit-nach-sexueller-gewalt-in-kindheit-und-jugend/

Keller, R. (2011). Zur Dringlichkeit von Überraschungen. Schröer, N. & Bidlo, O. (Hrsg.) Die Entdeckung des Neuen: qualitative Sozialforschung als Hermeneutische Wissenssoziologie. 55–68. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93249-1_4.

Keul, H. (2025). Vulnerabilität, Vulneranz, Resilienz. Paradoxe Machtwirkungen. Baden-Baden: Karl Alber.

Keul, H. (2023). Sexuelle Gewalt und Machtmissbrauch in »Neuen Geistlichen Gemeinschaften« – über die gefährlichen Seiten dessen, was Menschen heilig ist. Keul, H. (Hrsg.), UnSichtbar. Interdisziplinäre Stimmen zu Vulnerabilität, Vulneranz und Menschenrechten (S. 131-168). https://doi.org/10.25972/WUP-978-3-95826-203-4-57

Kieserling, A. (2001). Soziologen zwischen Terminologie, Jargon und Alltagssprache. Gegenworte, 7, 20-23. https://edoc.bbaw.de/frontdoor/index/index/year/2010/docId/1074hi

Klein, C., Clutton, P. & Dunn, A. G. (2019). Pathways to conspiracy: The social and linguistic precursors of involvement in Reddit's conspiracy theory forum. Plos One, 14(11), e0225098. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225098

Klofstad, C., Christley, O., Diekman, A., Enders, A., Funchion, J., Hemm, A., Kübler, S., Littrell, S., Murthi, M., Premaratne, K., Seelig, M., Verdear, D., Wuchty, S. & Uscinski, J. E. (2025). The New Satanic Panic. Political Science Quarterly, 140(2), 249–268. https://doi.org/10.1093/psquar/qqae081

Kluitmann, K. (2019). Was ist eigentlich geistlicher Missbrauch? Grenzen, Formen, Alarmsignale, Hilfen. Ordenskorrespondenz 2/2019. 184-192. https://www.orden.de/dokumente/4._Aktuelles/Themen/Missbrauch/ok_innenseiten_ok_2_2019_kluitmann.pdf

Kneer-Weidenhammer, S. (2012). Rechtliche Grundlagen psychotherapeutischen Handelns. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch (5. Aufl., S. 700–706). Georg Thieme Verlag. http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/b-001-1086

Knoepffler, N. (2021). Den Hippokratischen Eid neu denken: Medizinethik für die Praxis. Verlag Karl Alber. https://doi.org/10.5771/9783495996911

Koch, A. (2022). The ONA Network and the Transnationalization of Neo-Nazi-Satanism. Studies in Conflict & Terrorism, 1–28. https://doi.org/10.1080/1057610X.2021.2024944

Köhler, D. & Jugl-Kuntzsch, I. (2026). »Teenage Terrorists« in Deutschland? Eine bundesweite Hellfeldstudie zur Terrorgramszene. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt der Staatsschutz Analyse- und Forschungseinheit (SAFE) des Staatsschutz- und Anti-Terrorismuszentrums Baden-Württemberg (SAT BW). https://lka.polizei-bw.de/wp-content/uploads/sites/14/2026/01/RZ_SATBW_Bericht_2025_web.pdf

Kölch, M., & Fegert, J. M. (2018). Herausforderungen für Leitungskräfte im Kinderschutz. In J. M. Fegert, M. Kölch, E. König, D. Harsch, S. Witte, & U. Hoffmann (Hrsg.), Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen – Für die Leitungspraxis im Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule (S. 11–18). Springer.

Könemann, J. (2023). Spiritueller Missbrauch in Geistlichen Gemeinschaften. Lebendige Seelsorge 74(3), 194-197.

Könemann, J. (2025). Geistlicher Missbrauch. Sein systemischer Charakter. Anzeiger für die Seelsorge. Zeitschrift für Pastoral und Gemeindepraxis. 5/2025, 30-33.

König, C. & Fegert, J. M. (2009). Zur Praxis der Glaubhaftigkeitsbegutachtung unter Ein-

fluss des BGH-Urteils (1 StR 618/98). Interdisziplinäre Fachzeitschrift - Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. i.G., 12(2), 16–41.

Körner, J. (2015). Die Deutung in der Psychoanalyse. Verlag W. Kohlhammer.

Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P. & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2(3), 169–174. https://doi.org/10.1037/aOOI9362

Koller, H.-C. (1993). Biographie als rhetorisches Konstrukt. BIOS 32(1–2), 103–115. https://doi.org/10.3224/bios.v32i1-2.10

Koller, H.-C. (2016): Bildung und Biografie. Probleme und Perspektiven bildungstheoretisch orientierter Biografieforschung. Zeitschrift für Pädagogik 62(2), S. 172-184. https://doi.org/10.25656/01:16750

Kowalski, M. (2018). Sexueller Kindesmissbrauch im Kontext der evangelischen und katholischen Kirche. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.) Berlin. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2018/06/Fallanalyse-Sexueller-Kindesmissbrauch-im-Kontext-der-katholischen-und-evangelischen-Kirche.pdf

Kownatzki, R., Eilhardt, S., Hahn, B., Kownatzki, A., Fröhling, U., Huber, M., Rodewald, F., Gast, U., Arbeitsgruppe Rituelle Gewalt Ruhrgebiet Witten, & Arbeitsgruppe Rituelle Gewalt der International Society for the Study of Dissociation. (2012). Rituelle Gewalt. Psychotherapeut, 57(1), 70–76. https://doi.org/10.1007/s00278-010-0786-z

Kraimer, K. (2000). Die Fallrekonstruktion – Bezüge, Konzepte, Perspektiven. Kraimer, K. (Hrsg.). Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Krekó, P. (2020). Countering Conspiracy Theories and Misinformation. In M. Butter & P. Knight (Hrsg.), Routledge handbook of conspiracy theories. Routledge.

Krell, C. & Lamnek, S. (2024). Qualitative Sozialforschung. Beltz.

Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa.

Kumkale, G. T. & Albarracín, D. (2004). The Sleeper Effect in Persuasion: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin, 130(1), 143–172. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.143

L

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. Clinical Psychology & Psychotherapy, 3(4), 249–258. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4%253C249::AID-CPP106%253E3.0.CO;2-S

Lamberty, P. & Imhoff, R. (2018). Powerful Pharma and Its Marginalized Alternatives?: Effects of Individual Differences in Conspiracy Mentality on Attitudes Toward Medical Approaches. Social Psychology, 49(5), 255–270. https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000347

Lamberty, P. & Rees, J. (2019). Mitreißende Wahrheiten: Verschwörungsmythen als Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt. In A. Zick, B. Küpper, & W. Berghan (Hrsg.), Verlorene Mitte – Feindselige Zustände: Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2018/19 (S. 203–222).

Lammers, C.-H. & Schneider, W. (2009). Die therapeutische Beziehung: Verfahrensübergreifende Aspekte. Psychotherapeut, 54(6), 469–485. https://doi.org/10.1007/s00278-009-0701-7

Langer, A. (2024). Antisemitische Mythen im Internet inmitten globaler Krisen der frühen 2020er Jahre: Von der COVID-19-Pandemie bis zur russischen Invasion der Ukraine und dem Israel-Hamas-Konflikt. https://www.inlibra.com/document/download/pdf/uuid/6a679600-a3e6-3c15-ba6d-b34214a43b81

Langer, P. C. & Ahmad, A.-N. (2018). Psychologie und Biographieforschung. In H. Lutz, M. Schiebel, & E. Tuider, Handbuch Biografieforschung (1. Aufl., S. 611–622). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18171-0

Lantian, A., Muller, D., Nurra, C. & Douglas, K. M. (2017). »I Know Things They Don't Know!«: The Role of Need for Uniqueness in Belief in Conspiracy Theories. Social Psychology, 48(3), 160–173. https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000306

Leer, A. & Engelhard, I. M. (2020). Side effects of induced lateral eye movements during aversive ideation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 68, 101566. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101566

Leimgruber, U. (2022). Vulnerance of Pastoral Care. Religions 13: 256. https://doi.org/10.3390/rel13030256

Leimgruber, U. (2023). Welche Erinnerung zählt? Die UnSichtbarkeit geschlechtsspezifischer Gewalt im Raum der Kirche. Keul, H. (Hrsg.), UnSichtbar. Interdisziplinäre Stimmen zu Vulnerabilität, Vulneranz und Menschenrechten (S. 103-130). DOI: 10.25972/WUP-978-3-95826-203-4-57

Leimgruber, U. (2025). Warum sich Theologie nicht vom Thema Missbrauch dispensieren kann. Eine Typologie vulneranter Theologien im Kontext kirchlicher Missbrauchsmuster. Zeitschrift für Pastoraltheologie, 45(2), 33–50. https://doi.org/10.17879/zpth-2025-9307

Leman, P. J. & Cinnirella, M. (2013). Beliefs in conspiracy theories and the need for cognitive closure. Frontiers in Psychology, 4. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00378

Lessenich, S. (2023). Leben machen und sterben lassen: Die Politik mit der Vulnerabilität. Keul, H. (Hrsg.), UnSichtbar. Interdisziplinäre Stimmen zu Vulnerabilität, Vulneranz und Menschenrechten (S. 1-22). https://doi.org/10.25972/WUP-978-3-95826-203-4-57

Lewandowsky, S., Cook, J., Oberauer, K., Brophy, S., Lloyd, E. A., & Marriott, M. (2015). Recurrent fury: Conspiratorial discourse in the blogosphere triggered by research on the role of conspiracist ideation in climate denial. Journal of Social and Political Psychology, 3(1), 142–178. https://doi.org/10.5964/jspp.v3i1.443

Lewin, K. (1936). Principles of topological psychology. (F. Heider & G. M. Heider, Trans.). McGraw-Hill. https://doi.org/10.1037/10019-000

Lewis, B. (2025). Rabbit Hole. Creating the Concept of Algorithmic Radicalization. Farkas, J. & Maloney, M. (Hrsg.). Digital Media Metaphors. S. 90-102.

Lewis, J. & Christopher, J. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 146(4), 490–495.

Lexperience AG (Hrsg.). (2022). Untersuchungsbericht in Sachen Clienia Littenheid AG. https://www.tg.ch/public/upload/assets/137238/Untersuchungsbericht.pdf?fp=1.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science, 2(1), 53–70. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

Lilienfeld, S. O., Kirsch, I., Sarbin, T. R., Lynn, S. J., Chaves, J. F., Ganaway, G. K. & Powell, R. A. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. Psychological Bulletin, 125(5), 507–523. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.507

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Orimoto, T. E., & Kolko, D. J. (2016). A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies. Clinical Psychology: Science and Practice, 23(2), 165–176. https://doi.org/10.1111/cpsp.12153

Lindsay, D. S. & Johnson, M. K. (1989). The eyewitness suggestibility effect and memory for source. Memory & cognition, 17(3), 349–358. https://doi.org/10.3758/bf03198473

Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. Dialogues in Clinical Neuroscience, 20(3), 229–242. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein

Loftus, E. F. (1975). Leading questions and the eyewitness report. Cognitive Psychology. 7(4).560-572. https://doi.org/10.1016/0010-0285(75)90023-7.

Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. American Psychologist, 48(5), 518–537. https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.5.518

Loftus E. F. (2005). Planting misinformation in the human mind: a 30-year investigation of the malleability of memory. Learning & memory. 12(4), 361–366. https://doi.org/10.1101/lm.94705

Loftus, E.F. & Palmer, J.C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior. 13(5). 585-589. https://doi.org/10.1016/S0022-5371(74)80011-3.

Loftus, E. F. & Pickrell, J. E. (1995). The formation of false memories. Psychiatric Annals, 25(12), 720–725. https://doi.org/10.3928/0048-5713-19951201-07

Longhi Lorenzzoni P., Gacia-Silva T., Pasquali-Poletto, M., Gauer, G., Haag-Kristensen, C. & Federal University of Rio Grande do Sul (2014). Autobiographical memory for stressful events, traumatic memory and Posttraumatic stress Disorder: A systematic review. Avances en Psicología Latinoamericana, 32(3), 361–376. https://doi.org/10.12804/apl32.03.2014.08

Loretan, A. (2023). Systemische Ursachen der sexualisierten Gewalt in der Kirche. In Ley, I., Stein, T. & Essen, G. (Hrsg.), Semper Reformanda. Das Verhältnis von Staat und Religionsgemeinschaften auf dem Prüfstand (S. 163–178). Freiburg i.Br.: Herder.

Lucius-Hoene, G. (2020). Narrative Analysen. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_49

Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002). Rekonstruktion narrativer Identität. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-11291-4

Luerweg, F. (2025, März 26). Toxische Beziehung erkennen. Psychologie Heute. https://www.psychologie-heute.de/beziehung/artikel-detailansicht/42593-toxische-beziehung.html

Lynn, M. & Snyder, C. R. (2001). Uniqueness Seeking. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), Handbook of Positive Psychology (S. 395–410). Oxford University PressNew York, NY. https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0028

Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M. & Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). Psychological Bulletin, 140(3), 896–910. https://doi.org/10.1037/a0035570

Lynn, S. J., Maxwell, R., Merckelbach, H., Lilienfeld, S. O., van Heugten-van der Kloet, D. & Miskovic, V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. Clinical psychology review, 73, 101755. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101755

Lynn, S. J., McNally, R. J. & Loftus, E. F. (2023). The memory wars then and now: the contributions of Scott O. Lilienfeld. Clinical Psychological Science. 11, 725–743. https://doi.org/10.1177/21677026221133034

Lynn, S. J., Polizzi, C., Merckelbach, H., Chiu, C.-D., Maxwell, R., Van Heugten, D. & Lilienfeld, S. O. (2022). Dissociation and dissociative disorders reconsidered: Beyond sociocognitive and trauma models toward a transtheoretical framework. Annual Review of Clinical Psychology, 18(1), 259–289. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M. & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. American Journal of Psychiatry, 175(1), 37–46. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025

M

Maercker, A. (2013). Posttraumatische Belastungsstörungen: Grundlagen und Therapiemethoden. In A. Maercker (Hrsg.), Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (2. Aufl.). Springer-Verlag.

Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M. & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. The Journal of nervous and mental disease, 206(4), 270–276. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000790

Maier, T. (2022). Bericht zum Psychiatriezentrum Münsingen AG. https://www.api.news.apps.be.ch/api/news/c0e06d9e-95f7-4e7c-a1d4-b39a970cd085/content/aa9e3206-47b3-

44eb-887b-c1e52d66ee17/assets/preview/ae278cba-c872-45d2-8f6a-ea3b18e2971c/2023-03-22-2022-11-18-gsi-bericht-pzm-de.pdf

Maier, L., Blanck, J., & Singer, S. (2024). Das Konsiliarverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Eine Untersuchung von Konsiliarberichten hinsichtlich der Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie. Die Psychotherapie, 69(3), 184–192. https://doi.org/10.1007/s00278-024-00721-w

Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. European psychiatry, 30(6), 665–680. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007

Manemann, T. (2025, April 16). Deutsche im Terrorgram-Netzwerk: Eine Dunkelfelduntersuchung zur Aktivität deutscher User im Militanten Akzelerationismus. CeMAS. https://cemas.io/publikationen/deutsche-im-terrorgram-netzwerk/

Mangiulli, I., Otgaar, H., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2022). A critical review of case studies on dissociative amnesia. Clinical Psychological Science, 10(2), 191–211. https://doi.org/10.1177/21677026211018194

Marchlewska, M., Cichocka, A. & Kossowska, M. (2018). Addicted to answers: Need for cognitive closure and the endorsement of conspiracy beliefs. European Journal of Social Psychology, 48(2), 109–117. https://doi.org/10.1002/ejsp.2308

Marotzki, W. (2012). Qualitative Biographieforschung. U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 175-186). Rowohlt.

Marsh, R. J., Dorahy, M. J., Butler, C., Middleton, W., de Jong, P. J., Kemp, S. & Huntjens, R. (2021). Inter-identity amnesia for neutral episodic self-referential and autobiographical memory in dissociative identity disorder: An assessment of recall and recognition. PloS one, 16(2), e0245849. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245849

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(3), 438–450. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438

Maurer, A. & Lau, C. (2021). Herrschaft und Macht. Docupedia-Zeitgeschichte, 05.10.2021, Leibniz-Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam. http://dx.doi.org/10.14765/zzf.dok-2316

Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz.

McGuire, K. & London, K. (2020). A retrospective approach to examining child abuse disclosure. Child abuse & neglect, 99, 104263. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104263

McNally, R. J., Lasko, N. B., Clancy, S. A., Macklin, M. L., Pitman, R. K. & Orr, S. P. (2004). Psychophysiological responding during script-driven imagery in people reporting abduction by space aliens. Psychological Science, 15(7), 493–497. https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00707.x

Mertens, W. (2023). Psychoanalytische Behandlungstechnik: Konzepte und Themen psychoanalytisch begründeter Behandlungsverfahren (2., erweiterte Aufl.). Verlag W. Kohlhammer.

Mey, G. & Mruck, K. (2020a). Grounded-Theory-Methodologie. G. Mey & K. Mruck

(Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl., S. 513–536). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9

Mey, G. & Mruck, K. (2020b). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9

Mey, G. & Mruck, K. (2020c). Qualitative Interviews. G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl., S. 315–336). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9

Meyer-Blanck, M. (2017). Rituale. Kühnhardt, L. & Mayer, T. (Hrsg.). Bonner Enzyklopädie der Globalität. S. 1461-1470. DOI 10.1007/978-3-658-13819-6_121

Michaels, A. (2003). Zur Dynamik von Ritualkomplexen. https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/4583/1/Axel_Michaels.pdf

Michalak, J., Klappheck, M. A. & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the »why« of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. Psychotherapy Research, 14(2), 193–209. https://doi.org/10.1093/ptr/kph017

Miron, A. M. & Brehm, J. W. (2006). Reactance Theory – 40 Years Later. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 37(1), 9–18. https://doi.org/10.1024/0044-3514.37.1.9

Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1998). Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis. Research on Aging, 20(4), 415–449. https://doi.org/10.1177/0164027598204003

Mischer, C. (2019). Verschwörungstheorien. Die Theorie hinter der Theorie. Stiftung Kloster Dahlheim. LWL-Landesmuseum für Klosterkultur/Ingo Grabowsky (Hrsg.). Verschwörungstheorien – früher und heute. Katalog zur Sonderausstellung der Stiftung Kloster Dahlheim. LWL-Landesmuseum für Klosterkultur vom 18. Mai 2019 bis 22. März 2020 (S. 10-18). Münster: Ardey-Verlag.

Mitchell, N. D. (2001). Kult/Kultus. VIII. Liturgisch-praktisch. In H. D. Betz, D. S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft (4. Aufl., Bd. 4, S. 1813-1815). Mohr Siebeck.

Möller-Leimkühler, A. M., & Bogerts, B. (2013). Kollektive Gewalt: Neurobiologische, psychosoziale und gesellschaftliche Bedingungen. Der Nervenarzt, 84(11), 1345–1358. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3856-y

Mohajerin, B., Lynn, S. J., Bakhtiyari, M. & Dolatshah, B. (2020). Evaluating the Unified Protocol in the Treatment of Dissociative Identity Disorder. Cognitive and Behavioral Practice, 27 (3), 270–289. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.07.012

Mokros, A., Schemmel, J., Körner, A., Oeberst, A., Imhoff, R., Suchotzki, K., Oberlader, V., Banse, R., Kannegießer, A., Gubi-Kelm, S., Lehmann, R. & Volbert, R. (2024). Rituelle sexuelle Gewalt: Eine kritische Auseinandersetzung mit fragwürdigen empirischen Belegen für ein fragliches Phänomen. Psychologische Rundschau, 75(3), 216–228. https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000663

Münker-Kramer, E. (2017). EMDR – Entwicklung, Praxis und Veränderung. Psychotherapie Forum, 22(1–2), 31–37. https://doi.org/10.1007/s00729-017-0089-8

Mulhern, S. (1994). Satanism, Ritual Abuse, and Multiple Personality Disorder: A Sociohistorical Perspective, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 42:4, 265-288, https:// doi.org/10.1080/00207149408409359

Mullen, J. (2015). Another study finds no link between MMR vaccine and autism. CNN. https://edition.cnn.com/2015/04/22/health/mmr-vaccine-autism-study

Muñoz, I. B., Liu-Zarzuela, J., Oorjitham, N. & Jacob, D. (2024). YouTube and TikTok as a source of medical information on dissociative identity disorder. Journal of Affective Disorders Reports, 15, Article 100707. https:// doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100707

Murmann, U. (2022). Grundkurs Strafrecht: Allgemeiner Teil, Tötungsdelikte, Körperverletzungsdelikte. Verlag C.H.BECK oHG. https://doi.org/10.17104/9783406791949

Murphy, G., Dawson, C. A., Huston, C., Ballantyne, L., Barrett, E., Cowman, C. S., Fitzsimons, C., Maher, J., Ryan, K. M., & Greene, C. M. (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

N

Nahleen, S., Nixon, R. D. V. & Takarangi, M. K. T. (2019). Current PTSD symptomatology distorts memory for past symptoms. Psychiatry Research, 274, 330–334. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.052

Nahleen, S., Nixon, R. D. V. & Takarangi, M. K. T. (2021). Memory consistency for sexual assault events. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 8(1), 52–64. (2019-31167-001). https://doi.org/10.1037/cns0000195

Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A. & Read, J. P. (2017). Substance use disorder and trauma. In S. N. Gold (Hrsg.), APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge (S. 195–213). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000019-012

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979, April 8). The Belmont Report. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18(2), 109–118.

Neuner, F., Elbert, T. & Schauer, M. (2011). Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders (2. Aufl.). Hogrefe. https://kops.uni-konstanz.de/entities/publication/588c8018-3818-49ac-9d37-4ae89fecf151

Neuner, F., Catani, C., & Schauer, M. (2021). Narrative Expositionstherapie (NET) (1. Aufl.). Hogrefe. https://doi.org/10.1026/03097-000

Niehaus, S. & Krause, A. (2023). Denn sie wissen (nicht), was sie tun – die Hamburger ORG-Studien über Mind Control, gezielte Persönlichkeitsaufspaltungen und induzierte Amnesien. Replik auf Schröder et al. (2023). Praxis der Rechtspsychologie, 33(2), 195–197.

Nick, S., Schröder, J., Briken, P., Metzner, F. & Richter-Appelt, H. (2022). Organisierte und Rituelle Gewalt in Deutschland – die psychotherapeutische Behandlung von

Betroffenen: Ergebnisse einer Online-Befragung von Betroffenen und erfahrenen Psychotherapeut*innen. Trauma & Gewalt, 16(1), 40–57. https://doi.org/10.21706/tg-16-1-40

Nick, S., Schröder, J., Briken, P. & Richter-Appelt, H. (2018). Organisierte und rituelle Gewalt in Deutschland—Kontexte der Gewalterfahrungen, psychische Folgen und Versorgungssituation. Trauma & Gewalt, 12(3), 244–261. https://doi.org/10.21706/TG-12-3-244

Niehaus, S. & Sonnicksen, M. (2025).Traumatherapie und ihre Schattenseiten: Über unerwünschte Nebenwirkungen müssen wir reden, statt sie zu verharmlosen. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 19, 228–241. https://doi.org/10.1007/s11757-025-00885-4

Nijenhuis, E. R. S. & Van Der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. Journal of Trauma & Dissociation, 12(4), 416–445. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592

Nocun, K. & Lamberty, P. (2021). Fake Facts: Wie Verschwörungstheorien unser Denken bestimmen (2. Aufl.). Quadriga.

Nolte, T. (2024). Epistemisches Vertrauen und therapeutische Beziehung. Die Psychotherapie, 69(3), 201–214. https://doi.org/10.1007/s00278-024-00722-9

O

Oberlader, V. A., Quinten, L., Banse, R., Volbert, R., Schmidt, A. F. & Schönbrodt, F. D. (2021). Validity of content-based techniques for credibility assessment—How telling is an extended meta-analysis taking research bias into account? Applied Cognitive Psychology, 35(2), 393–410. https://doi.org/10.1002/acp.3776

Oeberst, A., & Blank, H. (2012). Undoing suggestive influence on memory: the reversibility of the eyewitness misinformation effect. Cognition, 125(2), 141–159. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.07.009

Oeberst, A., & Imhoff, R. (2023). Toward Parsimony in Bias Research: A Proposed Common Framework of Belief-Consistent Information Processing for a Set of Biases. Perspectives on Psychological Science, 18(6), 1464-1487.

Oeberst, A. & Seidemann, J. (2014). Will your words become mine? Underlying processes and cowitness intimacy in the memory conformity paradigm. Canadian journal of experimental psychology/Revue canadienne de psychologie experimentale, 68(2), 84–96. https://doi.org/10.1037/cep0000014

Oeberst, A., Wachendörfer, M. M., Imhoff, R. & Blank, H. (2021). Rich false memories of autobiographical events can be reversed. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 118(13), e2026447118. https://doi.org/10.1073/pnas.2026447118

Österreichische Bundesstelle für Sektenfragen (2019). Tätigkeitsbericht 2019. https://bundesstelle-sektenfragen.at/wp-content/uploads/Taetigkeitsbericht-2019.pdf

Österreichischer Fachkreis gegen sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen (o.J.). Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen. Was ist das? https://www.fachkreis-rg.at/media/Inf_Rit_Gew.pdf

Oevermann, U. (1973). Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. https://d-nb.info/974366234/34

Ono, M., Devilly, G. J. & Shum, D. H. K. (2016). A meta-analytic review of overgeneral memory: The role of trauma history, mood, and the presence of posttraumatic stress disorder. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(2), 157–164. https://doi.org/10.1037/tra0000027

Otgaar, H., Houben, S. T. L. Rassin, E., & Merckelbach, H. (2021). Memory and eye movement desensitization and reprocessing therapy: a potentially risky combination in the courtroom. Memory, 29(9), 1254–1262. https://doi.org/10.1080/09658211.2021.1966043

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

Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. & Loftus, E. F. (2019). The Return of the Repressed: The Persistent and Problematic Claims of Long-Forgotten Trauma. Perspectives on Psychological Science, 14(6), 1072–1095. https://doi.org/10.1177/1745691619862306

Otgaar, H., Mangiulli, I., Battista, F. & Howe, M. L. (2023). External and internal influences yield similar memory effects: The role of deception and suggestion. Frontiers in Psychology, 14, 1081528. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081528

Otgaar, H., Muris, P., Howe, M. L. & Merckelbach, H. (2017). What drives false memories in psychopathology? A case for associative activation. Clinical Psychological Science, 5(6), 1048–1069. https://doi.org/10.1177/2167702617724424

Otgaar, H., Wang, J., Howe, M. L., Lilienfeld, S. O., Loftus, E. F., Lynn, S. J., Merckelbach, H. & Patihis, L. (2020). Belief in unconscious repressed memory is widespread: A comment on Brewin, Li, Ntarantana, Unsworth, and McNeilis (2019). Journal of Experimental Psychology: General, 149(10), 1996–2000. https://doi.org/10.1037/xge0000721

Oulton, J. M., Strange, D., Nixon, R. D. V. & Takarangi, M. K. T. (2018). Imagining trauma: Memory amplification and the role of elaborative cognitions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 60, 78–86. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.04.003

Oulton, J. M., Takarangi, M. K. T. & Strange, D. (2016). Memory amplification for trauma: Investigating the role of analogue PTSD symptoms in the laboratory. Journal of Anxiety Disorders, 42, 60–70. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.001

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 129(1), 52–73. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52

P

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychological Bulletin, 136(2), 257–301. https://doi.org/10.1037/a0018301

Patihis, L., Ho, L. Y., Tingen, I. W., Lilienfeld, S. O. & Loftus, E. F. (2014). Are the »Memory Wars« Over? A Scientist-Practitioner Gap in Beliefs About Repressed Memory. Psychological Science, 25(2), 519–530. https://doi.org/10.1177/0956797613510718

Patihis, L. & Pendergrast, M. H. (2019). Reports of Recovered Memories of Abuse in Therapy in a Large Age-Representative U.S. National Sample: Therapy Type and Decade Comparisons. Clinical Psychological Science, 7(1), 3–21. https://doi.org/10.1177/2167702618773315

Paus, A. (2006). Ritus, Ritual. II. Religionsgeschichtlich. In K. Baumgartner, H. Bürkle, K. Ganzer, W. Kasper, K. Kertelge, W. Korff & P. Walter (Hrsg.), Lexikon für Theologie und Kirche (Sonderausg., Bd. 8, S. 1210-1211). Herder.

Peter, B., & Revenstorf, D. (2018). Hypnotherapie. Kohlhammer Verlag.

Peth, J., Jelinek, L., Nestoriuc, Y. & Moritz, S. (2018). Unerwünschte Effekte von Psychotherapie bei depressiven Patienten – Erste Anwendung der Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS). PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(09/10), 391–398. https://doi.org/10.1055/s-0044-101952

Pezdek, K. & Lam, S. (2007). What research paradigms have cognitive psychologists used to study »False memory«, and what are the implications of these choices? Consciousness and Cognition, 16(1), 2–17. https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.006

Pietkiewicz, I., Kłosińska, U., Tomalski, R. & van der Hart, O. (2021). Beyond dissociative disorders: A qualitative study of Polish catholic women reporting demonic possession. European Journal of Trauma & Dissociation, 5(4), 100204 https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100204.

Pistrol, F. (2023). Der Körper zwischen Abhängigkeit und Widerstand. Mit Judith Butler unterwegs zu einer Politik der Vulnerabilität. Keul, H. (Hrsg.), UnSichtbar. Interdisziplinäre Stimmen zu Vulnerabilität, Vulneranz und Menschenrechten (S. 57-78). DOI: 10.25972/WUP-978-3-95826-203-4-57

Platvoet, J. (1995). Ritual in plural and pluralistic societies: instruments for analysis. Platvoet, J. & van der Toorn, K. (Hrsg.). Pluralism & identity: studies in ritual behaviour. Leiden, etc.: Brill, S. 25-51.

Polta, P. (2023). Antisemitismus und Antifeminismus in Covid-19-Verschwörungsmythen. ZRex – Zeitschrift für Rechtsextremismusforschung. 3(1), 68-82. https://doi.org/10.3224/zrex.v3i1.05

Porter, C. A., Mayanil, T., Gupta, T, & Horton, L. E. (2024). # DID: The role of social media in the presentation of dissociative symptoms in adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63(2), 101–104. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.03.021

Preul, R. (2004). Ritus/Ritual. IV. Ethisch. In H. D. Betz, D. S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft (4. Aufl., Bd. 7, S. 557-558). Mohr Siebeck.

Priebe, K., Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (2013). Dissoziation. Theorie und Therapie. Heidelberg: Springer.

Pro Mente Sana. (2024, Mai). Stellungnahme zur Versorgungslücke von Patient*innen mit der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung (DIS). https://promentesana.ch/assets/files/4_Ueber-uns/3_Engagement-Politik/Stellungnahme-Versorgungsluecke-DIS.pdf

Putnam, F. W. (1991). The Satanic Ritual Abuse Controversy. Child Abuse & Neglect, 15(1), 175–179.

Q

Quack, J. (2013). Ritus und Ritual. Brosius, C., Michaels, A., Schrode, P. (Hrsg.). Ritual und Ritualdynamik. Schlüsselbegriffe, Theorien, Diskussionen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Quas, J. A., Alexander, K. W., Goodman, G. S., Ghetti, S., Edelstein, R. S. & Redlich, A. (2010). Long-term autobiographical memory for legal involvement: Individual and sociocontextual predictors. Cognitive Development, 25(4), 394–409. https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2010.08.005

R

Raab, M., Carbon, C.-C., & Muth, C. (2017). Der Verschwörungsbaukasten. In M. Raab, C.-C. Carbon, & C. Muth (Hrsg.), Am Anfang war die Verschwörungstheorie (S. 213–226). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53883-8_11

Rabung, S., Montan, I., Andreas, S., Fischer, F., Forkmann, T., Glaesmer, H., Huber, D., Ratzek, M., Sattel, H., Löwe, B., Rose, M., & Dinkel, A. (2019). Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DKPM). PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 69(07), 303–304. https://doi.org/10.1055/a-0896-7379

Reckwitz, A. (2017). Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne. Berlin: Suhrkamp.

Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vissia, E. M., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2016). The psychobiology of authentic and simulated dissociative personality states: The full monty. The Journal of Nervous and Mental Disease, 204(6), 445–457. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000522

Richardson, J. T. (1997). The Social Construction of Satanism: Understanding an International Social Problem. Australian Journal of Social Issues, 32(1), 61–85. https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.1997.tb01292.x

Riemann, G. (1987). Das Fremdwerden der eigenen Biographie: narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink.

Riemer, M., & Schneider, G. (2006). Verbesserung des Schutzes vor sexuellen Übergriffen in fachgebundenen und Richtlinien-Psychotherapien/ Improving prevention of sexual abuse by therapists during ongoing psychotherapeutic or psychiatric treatment. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 52(4), 406–424. https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.4.406

Roediger, H. L., Balota, D. A., & Watson, J. M. (2001). Spreading activation and arousal of false memories. In H. L. Roediger, J. S. Nairne, I. Neath, & A. M. Surprenant (Hrsg.), The nature of remembering: Essays in honor of Robert G. Crowder. (S. 95–115). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10394-006

Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L., Prütz, F., & Thom, J. (2018). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(08), e31–e31. https://doi.org/10.1055/s-0038-1667953

Rosenthal, G. (1995). Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt a.M.: Campus.

Rosenthal, G. (2002). Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. 4(3), 204–227.

Rosenthal, G. (2015). Interpretative Sozialforschung—Eine Einführung. Juventa Verlag.

Rosenthal, G. & Loch, U. (2002). Das Narrative Interview. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 221–232). Huber. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57670

Ross, C. A., Joshi, S. & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. American Journal of Psychiatry, 147(11), 1547–1552.

Rousseau, C., Miconi, D., Ngov, C. & Hassan, G. (2025). Ideological and Nihilistic Violence in Adolescents Referred to a Specialized Clinic for Violent Extremism. Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 67(2), 30–48. https://doi.org/10.3138/cjccj-2024-0057

Roxin, C. (2022). Täterschaft und Tatherrschaft. De Gruyter. https://doi.org/10.1515/9783110781649

Rudolph, M. (2019). »Die im Dunkeln sieht man nicht«. Organisierte rituelle Gewalt in Deutschland. Stimmen der Zeit, 563–577.

Rudolf, G., & Henningsen, P. (Hrsg.). (2017). Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (8. Aufl.). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-004-140677

S

Salter, M., Brand, B. L., Robinson, M., Loewenstein, R., Silberg, J. & Korzekwa, M. (2025). Self-diagnosed cases of dissociative identity disorder on social media: Conceptualization, assessment, and treatment. Harvard Review of Psychiatry, 33(1), 41–48. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000416

Salter, M. & Richters, J. (2012). Organised abuse: A neglected category of sexual abuse with significant lifetime mental healthcare sequelae. Journal of Mental Health, 21(5), 499–508. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.682264

Salzborn, S. (Hrsg.). (2019). Antisemitismus seit 9/11: Ereignisse, Debatten, Kontroversen. Nomos. https://doi.org/10.5771/9783845295855

Sander, H.-J. (2022). Glaubwürdig? Wenn Schuld, Scham und Ortsbestimmung übergroß werden. Feinschwarz. Theologisches Feuilleton. https://www.feinschwarz.net/glaubwuerdig-schuld-scham-lehramt-betroffener/

Sanders, L. (2020). The Difference between What Republicans and Democrats Believe to be True about COVID-19. YouGov. https://today.yougov.com/topics/politics/articles-reports/2020/05/26/republicans-democrats-misinformation

Şar, V., Akyüz, G. & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. Psychiatry Research, 149(1–3), 169–176. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.005

Sartorius, M. & Kindhäuser, N. (2025, Oktober 2). Bericht über die Untersuchung zu

Vorwürfen Ritueller Gewalt in den Bistümern Münster und Essen sowie dem Erzbistum Köln. https://www.bistum-muenster.de/fileadmin/user_upload/Website/Downloads/Themenseiten/Rituelle-Gewalt/2025-10-09-Untersuchungsbericht-RG.pdf

Sautter, N. (2023, März 21). Statement zur Verleugnung von Organisierter und Ritualisierter Gewalt (ORG). Vielfältig Leben e.V. https://vielfaeltig-leben.com/2023/03/21/statement-zur-verleugnung-von-organisierter-und-ritualisierter-gewalt-org/

Schäfer, I. Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Hrsg.), Evidence-based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents (S. 227–250). Springer International. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_11

Scheff, T. (2001). Catharsis in Healing, Ritual, and Drama. Lincoln: iUniverse.

Schemmel, J., Datschewski-Verch, L. & Volbert, R. (2024). Recovered memories in psychotherapy: A survey of practicing psychotherapists in Germany. Memory, 32(2), 176–196. https://doi.org/10.1080/09658211.2024.2305870

Schemmel, J. & Volbert, R. (2021). Therapie oder Glaubhaftigkeit. Psychotherapeutische Behandlung bei laufenden Strafverfahren. Report Psychologie, 46 (10), 14-24

Schemmel, J. & Volbert, R. (2025). Therapists' beliefs about traumatic memory: Possible effects on therapy proceedings and contributions to false memory formation. Current opinion in psychology, 66, 102121. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102121

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M. & Rush, A. J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. Cognitive Therapy and Research, 42(3), 219–229. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y

Schleu, A. (2019). Spektrum von Grenz- und Abstinenzverletzungen in Psychotherapien: Beitrag des Ethikverein e. V. zu Professionalisierung und Fehlerkultur in der Psychotherapie. Psychotherapeut, 64(6), 455–462. https://doi.org/10.1007/s00278-019-00383-z

Schleu, A. (2021). Umgang mit Grenzverletzungen: Professionelle Standards und ethische Fragen in der Psychotherapie. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62265-0

Schleu, A. (2022). Grenzverletzungen in der Psychotherapie: Beratungsarbeit des Ethikverein e. V. als Hilfestellung für alle Beteiligten und Beitrag zur Professionalisierung in der Psychotherapie. Trauma & Gewalt, 16(1), 4–15. https://doi.org/10.21706/tg-16-1-4

Schmid, M., Petermann, F. & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. BMC Psychiatry, 13(3), 1–12. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-3

Schmidt-Biggemann, W. (1976). Kult. Ritter, J., Gründer, K., Gabriel, G. (Hrsg.) Historisches Wörterbuch der Philosophie online. Schwabe Verlag. https://doi.org/10.24894/HWPh.2124

Schmied-Knittel, I. (2008). Satanismus und ritueller Missbrauch: Eine wissenssoziologische Diskursanalyse (Bd. 7). Ergon Verl.

Schmied-Knittel, I. (2012). Satanisch-ritueller Missbrauch als soziales Problem. In M. Schetsche & K. Krebber (Hrsg.), Grenzpatrouillen. Sozialwissenschaftliche Forschung zu außergewöhnlichen Erfahrungen und Phänomenen (S. 297–316). Logos.

Schmucker, M., & Köster, R. (2015). Narrative Um-Schreibung: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapiemanual (S. 379–382). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55210-6_77

Schöttke, H., Trame, L. & Sembill, A. (2014). Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. Psychotherapy Research, 24(6), 711–723. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.881578

Scholten, S., Velten, J., Kintscher, M., Pataki, A. & Margraf, J. (2018). Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(09/10), 423–427. https://doi.org/10.1055/a-0597-5073

Schreier, M. (2020). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl., S. 19–40). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9

Schröder, J., Behrendt, P., Nick, S. & Briken, P. (2020a). Was erschwert die Aufdeckung organisierter und ritueller Gewaltstrukturen? Psychiatrische Praxis, 47(5), 249–259. https://doi.org/10.1055/a-1123-3064

Schröder, J., Nick, S., Richter-Appelt, H. & Briken, P. (2018). Psychiatric impact of organized and ritual child sexual abuse: Cross-sectional findings from individuals who report being victimized. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(11), Artikel 11. https://doi.org/10.3390/ijerph15112417

Schröder, J., Nick, S., Richter-Appelt, H. & Briken, P. (2020b). Demystifying ritual abuse—Insights by self-identified victims and health care professionals. Journal of Trauma & Dissociation, 21(3), 349–364. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1719260

Schubert, K., & Klein, M. (2020). Vergesellschaftung. In Das Politiklexikon (7. Aufl.). Bundeszentrale für politische Bildung. https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/139491/vergesellschaftung/

Schütze, F. (1981). Prozeßstrukturen des Lebenslaufs. In J. Matthes (Hrsg.), Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive (S. 67–156).

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. 13(3), 283–293.

Schwabegger, M. & Eichenberg, C. (2022). Sexuelle Grenzverletzungen und -überschreitungen in Psychotherapien: Eine Befragung unter österreichischen Psychotherapeut/innen und Folgetherapeut/innen betroffener Patient/innen. Psychotherapie-Wissenschaft, 12(1), 77–85. https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-77

Seedat, S., Stein, M. B. & Forde, D. R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. The Journal of nervous and mental disease, 191(2), 115–120. https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000050940.16782.6B

Sektion Rechtspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2023, März 6). Stellungnahme der Sektion Rechtspsychologie im BDP im Kontext sexueller ritueller Gewalt. https://www.bdp-verband.de/fileadmin/user_upload/BDP/website/media/Anlage_1_Stellungnahme_BDP_Sektion_Rechtspsychologie.pdf

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 27(3), 209–218. https://doi.org/10.1016/S0005-7916(96)00029-8

Sharf, J., Primavera, L. H. & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 637–645. https://doi.org/10.1037/a0021175

Shaw, J., & Vredeveldt, A. (2019). The Recovered Memory Debate Continues in Europe: Evidence From the United Kingdom, the Netherlands, France, and Germany. Clinical Psychological Science, 7(1), 27–28. https://doi.org/10.1177/2167702618803649

Simion, M. (2017). The ambivalence of ritual in violence, Orthodox Christian perspectives. HTS Theological Studies, Vol. 73 (3).

Sinason, V., & Conway, A. (2022, Hrsg.). Trauma and memory: The science and the silenced. Routledge.

Sinn, A. (2024). Entscheidungsbesprechung: BGH, Beschl. V. 13.9.2023 – 5 StR 200/231. Zeitschrift für das Juristische Studium, (3). https://www.zjs-online.com/dat/artikel/2024_3_1853.pdf

Southwick, S. M., Morgan, C. A., Nicolaou, A. L. & Charney, D. S. (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. American Journal of Psychiatry, 154(2), 173–177. https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.173

Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. Psychological bulletin, 116(1), 143. https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.1.143

Speerforck, S. & Schomerus, G. (2024). »Mental Health Awareness« – eine Entwicklung ohne Nebenwirkungen? Psychiatrische Praxis, 51(06), 293–295. https://doi.org/10.1055/a-2366-3305

Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2008). Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen [Gender differences in dissociative disorders]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 51(1), 46–52. https://doi.org/10.1007/s00103-008-0418-8

Staniloiu, A., Kordon, A. & Markowitsch, H. J. (2020). Stress- and trauma-related blockade of episodic-autobiographical memory processing. Neuropsychologia, 139, 107364. https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2020.107364

Stasielowicz, L. (2022). Who believes in conspiracy theories? A meta-analysis on personality correlates. Journal of Research in Personality, 98, 104229. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104229

Steblay, N. M. & Bothwell, R. K. (1994). Evidence for hypnotically refreshed testimony: The view from the laboratory. Law and Human Behavior, 18(6), 635–651. https://doi.org/10.1007/BF01499329

Steinberg, M. (1995). Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide. American Psychiatric Press.

Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. (Ursprünglich erschienen Juventa)

Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 319–331). Rowohlt.

Steller, M. & Köhnken, G. (1989). Criteria-based content analysis. Psychological Methods in Criminal Investigation and Evidence, 217–245. https://doi.org/10.1037/t27704-000

Stevenson, P. & Barbour, S. (1998). Variation im Deutschen: Soziolinguistische Perspektiven (K. Gebel, Übers.). De Gruyter.

Stojanov, A. & Halberstadt, J. (2020). Does lack of control lead to conspiracy beliefs? A meta-analysis. European Journal of Social Psychology, 50(5), 955–968. https://doi.org/10.1002/ejsp.2690

Stokvis, B., Pflanz, M. (1961). Suggestion in ihrer relativen Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet. Hippokrates, Stuttgart.

Storck, T. (2022). Deutung (1. Aufl.). W. Kohlhammer Verlag.

Strange, D. & Takarangi, M. K. T. (2012). False memories for missing aspects of traumatic events. Acta Psychologica, 141(3), 322–326. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2012.08.005

Strange, D. & Takarangi, M. K. T. (2015). Memory Distortion for Traumatic Events: The Role of Mental Imagery. Frontiers in Psychiatry, 6. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00027

Strauss, B., Gawlytta, R., Schleu, A. & Frenzl, D. (2021). Negative effects of psychotherapy: Estimating the prevalence in a random national sample. BJPsych Open, 7(6), e186. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1025

Stroh, R. (2001). Kult/Kultus. IX. Ethisch. In H. D. Betz, D. S. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft (4. Aufl., Bd. 4, S. 1815-1816). Mohr Siebeck.

Sturzbecher, D., Dusin, R., Kunze, T., Bredow, B. & Pöge, A. (2021). Jugend in Brandenburg 2020 – Auswirkungen der Corona-Pandemie. Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung e. V. an der Universität Potsdam (IFK). https://mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/140/ifk-jugendstudie_2020_-_auswirkungen_der_corona-pandemie.pdf

Sundermeier, T. (1998). Ritus. I. Religionswissenschaftlich. In G. Müller (Hrsg.), Theologische Realenzyklopädie (Bd. 29, S. 259-265). Walter de Gruyter.

Sunstein, C. R. & Vermeule, A. (2009). Conspiracy Theories: Causes and Cures. Journal of Political Philosophy, 17(2), 202–227. https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2008.00325.x

Swami, V., Coles, R., Stieger, S., Pietschnig, J., Furnham, A., Rehim, S. & Voracek, M. (2011). Conspiracist ideation in Britain and Austria: Evidence of a monological belief system and associations between individual psychological differences and real-world and fictitious conspiracy theories. British Journal of Psychology, 102(3), 443–463. https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.2010.02004.x

Swami, V., Voracek, M., Stieger, S., Tran, U. S. & Furnham, A. (2014). Analytic thinking reduces belief in conspiracy theories. Cognition, 133(3), 572–585. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.08.006

T

Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. M. Lewis (Hrsg.), Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook (S. 755–763). Williams & Wilkins Co.

Tetlock, P. E. (2002). Social functionalist frameworks for judgment and choice: Intuitive politicians, theologians, and prosecutors. Psychological Review, 109(3), 451–471. https://doi.org/10.1037/0033-295X.109.3.451

Thome, J., Terpou, B. A., McKinnon, M. C. & Lanius, R. A. (2020). The neural correlates of trauma-related autobiographical memory in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Depression and Anxiety, 37(4), 321–345. https://doi.org/10.1002/da.22977

Traumazentrum Kassel (2023, Juni 23). Das Traumazentrum bezieht Position: Anmerkungen zu medialen Darstellungen der False-Memory Anschuldigungen. https://traumazentrum-kassel.de/das-traumazentrum-bezieht-position/

Treibel, A. & Gahleitner, S. (2018). Was brauchen Betroffene sexualisierter Gewalt? Retkowski, A., Treibel, A. & Tuider, E. (Hrsg.). Handbuch Sexualisierte Gewalt und pädagogische Kontexte (S. 868-876). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Tryon, G. S., Birch, S. E. & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. Psychotherapy, 55(4), 372–383. https://doi.org/10.1037/pst0000170

Turner, V. (1969/2017). The ritual process. Structure and anti-structure. London u.a.: Routledge.

U

Ullmann, H., Friedrichs-Dachale, A., Bauer-Neustädter, W., & Linke-Stillger, U. (2016). Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) (1. Aufl.). Kohlhammer Verlag. https://doi.org/10.17433/978-3-17-030520-5

Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM, 2022). Positionspapier 2022. Staatliche Verantwortungsübernahme bei der Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch. Bilanz und Ausblick. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/2022/PM-02-16/Positionspapier_2022_Staatliche_Verantwortungsuebernahme_bei_Aufarbeitung_Missbrauch.pdf

Unabhängige Bundesbeauftragte gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM, 2025). Standards. Betroffenenbeteiligung im Kontext institutioneller Aufarbeitung sexualisierter Gewalt. https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/268426/569773ff2659db560b88df1fda067e15/standards-der-betroffenenbeteiligung-im-kontext-institutioneller-aufarbeitung-sexualisierter-gewalt-data.pdf

Unabhängiger Bundesbeauftragter gegen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (UBSKM, 2021, November). Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt.

https://web.archive.org/web/20211125205627/https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2021, April). Sexueller Kindesmissbrauch in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Zusammenfassungen-_Forschungsprojekt-Organisierte-Rituelle-Gewalt.pdf

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2023a). Stellungnahme zur pauschalen Infragestellung von Betroffenen sexuellen Kindesmissbrauchs in organisierten und rituellen Strukturen. https://www.spiegelaufarbeitungskommission.de/service-presse/service/meldungen/stellungnahme-zur-pauschalen-infragestellung-von-betroffenen-sexuellen-kindesmissbrauchs-in-organisierten-und-rituellen-strukturen/

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2023b). Programmbeschwerde gegen die Sendung »ZDF Magazin Royale« vom 08.09.2023. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Programmbeschwerde_ZDF-Magazin-Royale_230908.pdf

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2025a). Stellungnahme zum »Bericht über die Untersuchung zu Vorwürfen Ritueller Gewalt«. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-zum-Bericht-ueber-die-Untersuchung-zu-Vorwuerfen-Ritueller-Gewalt-1.pdf

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2025b). Positionspapier. Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch in Familien – eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/FINAL_Positionspapier.pdf

Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK, 2026). Institutionen übernehmen Verantwortung. Empfehlungen zur Aufarbeitung sexualisierter Gewalt. https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Institutionen-uebernehmen-Verantwortung_Empfehlungen-zur-Aufarbeitung-sexualisierter-Gewalt-.pdf

Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Aussagen. In U. Undeutsch (Hrsg.), Handbuch der Psychologie (Bd. 11, S. 26–181). Hogrefe.

Uscinski, J. E., Klofstad, C. & Atkinson, M. D. (2016). What Drives Conspiratorial Beliefs? The Role of Informational Cues and Predispositions. Political Research Quarterly, 69(1), 57–71. http://www.jstor.org/stable/44018529

Uscinski, J. E. & Parent, J. M. (2014). American Conspiracy Theories. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199351800.001.0001

V

Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (1995). Amnesie für traumatische Erfahrungen. Hypnose und Kognition, 12(2), 84–101.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. Psychiatric annals, 35(5), 401–408.

Van der Linde, R. P. A., Huntjens, R. J. C., Bachrach, N. & Rijkeboer, M. M. (2023). Personality disorder traits, maladaptive schemas, modes and coping styles in participants with complex dissociative disorders, borderline personality disorder and avoidant personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, 30(6), 1234–1245. https://doi.org/10.1002/cpp.2892

Van Gennep, A. (1909). Les rites de passage. Étude systématique des rites. Paris: Émile Nourry.

Van Minnen, A. & Tibben, M. (2021). A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 72, 101655. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101655

Van Prooijen, J. (2016). Sometimes inclusion breeds suspicion: Self-uncertainty and belongingness predict belief in conspiracy theories. European Journal of Social Psychology, 46(3), 267–279. https://doi.org/10.1002/ejsp.2157

Van Prooijen, J. (2017). Why Education Predicts Decreased Belief in Conspiracy Theories. Applied Cognitive Psychology, 31(1), 50–58. https://doi.org/10.1002/acp.3301

Van Prooijen, J. & Acker, M. (2015). The Influence of Control on Belief in Conspiracy Theories: Conceptual and Applied Extensions. Applied Cognitive Psychology, 29(5), 753–761. https://doi.org/10.1002/acp.3161

Van Prooijen, J. & Douglas, K. M. (2018). Belief in conspiracy theories: Basic principles of an emerging research domain. European Journal of Social Psychology, 48(7), 897–908. https://doi.org/10.1002/ejsp.2530

Van Prooijen, J., Douglas, K. M. & De Inocencio, C. (2018). Connecting the dots: Illusory pattern perception predicts belief in conspiracies and the supernatural. European Journal of Social Psychology, 48(3), 320–335. https://doi.org/10.1002/ejsp.2331

Van Prooijen, J.-W., Krouwel, A. P. M. & Pollet, T. V. (2015). Political Extremism Predicts Belief in Conspiracy Theories. Social Psychological and Personality Science, 6(5), 570–578. https://doi.org/10.1177/1948550614567356

Van Vliet, N. I., Stant, A. D., Huntjens, R., Van Dijk, M. K. & De Jongh, A. (2024). Cost-effectiveness analysis of the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Comparison of phase-based treatment and direct trauma-focused treatment. Frontiers in Psychology, 15, 1310372. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1310372

Vec, M. (2004). Zeremonie/Zeremonialwissenschaft. Ritter, J., Gründer, K., Gabriel, G. (Hrsg.) Historisches Wörterbuch der Philosophie online. Schwabe Verlag. https://doi.org/10.24894/HWPh.4955

!Via Frauenberatung Rendsburg- Eckernförde, Frauenzentrum Schleswig e.V., Frauen helfen Frauen Stormarn e.V., Frauenberatung und Notruf Nordfriesland, Frauenzimmer e. V. Notruf und Beratung Kappeln, Frauenberatung Pinneberg, Hilfe für Frauen in Not e. V. Schwarzenbek, Frauen*beratung Elmshorn, Frauenzimmer e. V. Bad Segeberg, Frauenberatung und Notruf Ostholstein, Notruf und Beratung in Dithmarschen, frauen.notruf Flensburg, Frauentreffpunkt Kaltenkirchen & Frauenberatungsstelle und Notruf Norderstedt (2023, April 13). Stellungnahme zur Diskussion um organisierte sexualisierte und

rituelle Gewalt. https://www.frauennotruf-nf.de/aktuelles/informationen/information/stellungnahme-zur-diskussion-um-organisierte-sexualisierte-und-rituelle-gewalt

Volbert, R. (1995). Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch von Kindern. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie, 23(1), 20–26.

Volbert, R. (2018). Scheinerinnerungen von Erwachsenen an traumatische Erlebnisse und deren Prüfung im Rahmen der Glaubhaftigkeitsbegutachtung: Eine rein traumatologische Perspektive ist irreführend. Praxis der Rechtspsychologie, 28, 61-95.

Volbert, R., Brackmann, N., Gewehr, E., Greuel, L., Kannegießer, A., Mokros, A., Pfundmair, M., Suchotzki, K., & Schemmel, J. (2025). Falsche Prämissen und eine vertane Chance – Replik auf die »Expertise« zur Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung (Fegert, Gerke, Kliemann, Pusch, Rixen & Sachser, 2024). Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 19(3), 204–215. https://doi.org/10.1007/s11757-025-00886-3

Volbert, R., Schemmel, J. & Tamm, A. (2019). Die aussagepsychologische Begutachtung: eine verengte Perspektive?. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 13, 108–124. https://doi.org/10.1007/s11757-019-00528-5

von Boetticher, D. (2021). Vertrauen in der Psychotherapie – epistemische und evaluative Aspekte. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 67(1), 5–20.

W

Wade, K. A., Garry, M., Don Read, J. & Lindsay, D. S. (2002). A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. Psychonomic Bulletin & Review, 9(3), 597–603. https://doi.org/10.3758/BF03196318

Wade, K. A., Sharman, S. J., Garry, M., Memon, A., Mazzoni, G., Merckelbach, H. & Loftus, E. F. (2007). False claims about false memory research. Consciousness and Cognition, 16(1), 18–28. https://doi.org/10.1016/j.concog.2006.07.001

Wagner, G. (2021). Herrschaft und soziales Handeln – eine Notiz zur Systematisierung zweier soziologischer Grundbegriffe. Gostmann, P. & Merz-Benz, P.-U. (Hrsg.). Macht und Herrschaft (S. 55-64). Wiesbaden: Springer.

Wahl, S. (2025). Ziele in der Psychotherapie: Wie man durch den flexiblen Einsatz von Zielen Psychotherapie effizienter gestalten kann. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70256-7

Walthert, R. (2018). Religiöse Rituale und soziale Ordnung. Wiesbaden: Springer VS.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P. & Keane, T. M. (2013a). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). https://www.ptsd.va.gov/

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013b). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard. https://www.ptsd.va.gov/

Weber, M. (1980). Wirtschaft und Gesellschaft. Mohr Siebeck.

Weber, H., & Rammsayer, T. (2005). Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie. Hogrefe.

Weltärztebund. (2017). Deklaration von Genf (Das ärztliche Gelöbnis). Verabschiedet von

der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes (Genf, 1948) und zuletzt revidiert auf der 68. Generalversammlung (Chicago, 2017).

Wentura, D., & Pospeschill, M. (2015). Mediator- und Moderatoranalysen. In D. Wentura & M. Pospeschill, Multivariate Datenanalyse (S. 69–76). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93435-8_5

Whitehead, N. (2004). Introduction: cultures, conflicts, and the poetics of violent practice. Whitehead, N. (Hrsg.). Violence. Oxford/Santa Fe: James Currey. 3-23.

Whitson, J. A., Galinsky, A. D. & Kay, A. (2015). The emotional roots of conspiratorial perceptions, system justification, and belief in the paranormal. Journal of Experimental Social Psychology, 56, 89–95. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.09.002

Witt, A., Jud, A., Finkelhor, D., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2020). Monitoring recent trends: The prevalence of disclosure of sexual abuse in a representative sample of the German population based on indicator 16.2.3 of the UN Sustainable Development Goals (SDG). Child abuse & neglect, 107, 104575. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104575

Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2019). The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. Deutsches Ärzteblatt international, 116(38), 635–642. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635

Wolff, S. (2012). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 502–513). Rowohlt.

Wolkenstein, L., Aleksic, M., Ganslmeier, M., Reineck, A. & Ehring, T. (2025). Replik zum Artikel von Niehaus und Sonnicksen. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 19, 242–248. https://doi.org/10.1007/s11757-025-00897-0

Wood, M. J., Douglas, K. M. & Sutton, R. M. (2012). Dead and Alive: Beliefs in Contradictory Conspiracy Theories. Social Psychological and Personality Science, 3(6), 767–773. https://doi.org/10.1177/1948550611434786

World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (Bd. 1). World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

World Health Organization (Hrsg.). (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf.

World Health Organization (2019a). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision (ICD-10). https://icd.who.int/browse10/2019/en

World Health Organization (2019b). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 11th Revision (ICD-11) (11. Aufl.). https://icd.who.int/browse11

Y

Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. New England Journal of Medicine, 346(2), 108–114. https://doi.org/10.1056/NEJMra012941

Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 65, 29–36.

Yehuda, R. & Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. Journal of Traumatic Stress, 20(4), 435–447. https://doi.org/10.1002/jts.20260

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford.

Z

Zeanah, C. H. & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 207–222. https://doi.org/10.1111/jcpp.12347

Zhao, J., Hahn, U. & Osherson, D. (2014). Perception and identification of random events. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 40(4), 1358–1371. https://doi.org/10.1037/a0036816

Zindel, J. P. (2000). Affektbrücke. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie (S. 7). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-99131-2_16

Das Narrativ »Rituelle Gewalt« hat die öffentliche Debatte um sexualisierte Gewalt sowie die Fachdebatten um Kinderschutz, Traumatherapie und Beratung polarisiert. Es berührt nicht nur grundlegende Fragen in Bezug auf sexualisierte Gewalt, es wirft zum Teil auch falsche Fragen in Bezug auf die Glaubhaftigkeit von Betroffenenberichten auf. Diese Studie lenkt den Blick auf Patient*innen, die in ihrer Kindheit und Jugend Traumata erlebt haben, von denen sie den Behandelnden berichten. Problematisiert wird die Vermutung, die Patient*innen müssten Schlimmeres, »rituelle Gewalt«, erlebt haben, um ihre Symptomatik erklären zu können.

Anhand narrativer Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen sowie von Behandlungsdokumenten wird rekonstruiert, wie – untermauert durch die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung – eine gemeinsame Suche nach vermeintlich nicht erinnerten Gewalterfahrungen in Gang gesetzt wird. Aus der Analyse therapeutischer Verstrickungen und toxischer Behandlungsdynamiken wird abgeleitet, wie eine reflektierte, wissenschaftlich fundierte und ethisch verantwortungsvolle Therapie von Traumafolgestörungen und Dissoziativen Identitätsstörungen aussehen kann.

ISBN 978-3-96605-383-9

www.psychiatrie-verlag.de