

Autonomie- und teilhabeeinschränkende toxische Beziehungen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen: Eine qualitative Studie zum Narrativ „rituelle Gewalt“

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

unter Mitwirkung von Marie von Altenbockum, Christian Bachmann, Peter Beer, Kyra Laschet, Emilia Schlaich, Erich Seifritz, Frank Urbaniok und Josiane Willems

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Medizinethische Prinzipien	4
2. Evaluation: Erreichen von Therapiezielen, Nebenwirkungen, Kunstfehler, standeswidriges, unethisches Verhalten, Straftaten	6
3. Erfahrungen mit Psychotherapie: Daten zum Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch bzw. der Telefonischen Anlaufstelle der UBSKM (TAL)	9
4. Qualitative Studie zu toxischen Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehungen rund um das Narrativ „rituelle Gewalt“	14
4.1 Anlage der Studie	14
4.2 Ausgewählte Analyseergebnisse	20
4.2.1 Wie kommt es zur Entwicklung der Vorstellung, Opfer „ritueller Gewalt“ zu sein?	24
4.2.2 Welche Bedeutung kommt der Beziehung zwischen Therapeut*in und Patientin bei der Entwicklung der Vorstellung zu? – Grenzverletzungen und Fehlbehandlung	24
4.2.3 Welche Rolle spielen Überzeugungen der Therapeut*innen und ein „Kreis von Expert*innen“ für die Weitergabe des Narrativs „rituelle Gewalt“?	28
4.2.4 Welche Folgen haben die Behandlungen entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“?	32
5. Weitere Studien zum Narrativ „rituelle Gewalt“ und zur Dissoziativen Identitätsstörung	34
6. Fazit: Prävention von Fehlbehandlung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie	40
7. Quellenverzeichnis	45

Vorwort

Ausgangspunkt dieser zunächst Investigator initiierten Studie waren erste Untersuchungen zur Thematik „ORG und rituelle Gewalt“ im Rahmen der Begleitforschung für die UBSKM (Prof. Miriam Rassenhofer, Dr. Jelena Gerke, Prof. Jörg M. Fegert). Im Kontext von Expertengesprächen im Rahmen der Expertisen-Erstellung erfolgte auch ein intensiver Austausch mit Prof. Frank Urbaniok. Ein klinisches Nachwort zur Expertise basierend auf klinisch kinder- und jugendpsychiatrischer sowie forensischer Erfahrung von Prof. Jörg M. Fegert und Prof. Frank Urbaniok konnte nicht zusammen mit der Expertise erscheinen und wurde dann peer-reviewt in „Der Nervenarzt“ veröffentlicht. Dank der Mitarbeit von Prof. Seifritz und Prof. Urbaniok aus der Schweiz erhielten wir Feldzugang und wichtige Anregungen zur Anlage der Untersuchung sowie zur klinisch-psychopathologischen Bewertung der multiplen Persönlichkeitsstörungen bzw. DIS. Prof. Peter Beer von der Päpstlichen Universität Gregoriana hat uns im Rahmen unserer Zusammenarbeit mit dem Institut für Anthropologie IADC an der Gregoriana (Leitung Prof. Hans Zollner) wesentliche Inputs zum Thema „Rituale in Religionen“ gegeben. Prof. Christian Bachmann, der mit seiner Arbeitsgruppe zur Versorgungsforschung an unserer Klinik mitarbeitet, hat den Feldzugang zu Kassendatensätzen gesichert. Die ursprünglich geplante „Probebohrung“ in einem heiß diskutierten, aber wenig wissenschaftlich untersuchten Feld ist damit zu einem mehrjährigen Projekt mit erheblichem Personaleinsatz geworden, das nicht mehr ohne Förderung und Unterstützung zu leisten war. Wir danken deshalb Porticus, insbesondere der Stichting Benevolentia, für die Förderung unseres Arbeitsbereichs und der Möglichkeit, uns in polarisierte Debatten zu Tabu- und Reizthemen im Feld sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen einzubringen. Nach Abschluss von Datenerhebung und -auswertung sowie pre-print dieser Kurzfassung und Präsentation in einem öffentlich zugänglichen Universitätsdatenserver, arbeiten wir derzeit an einer Langtextfassung für ein Buch im Psychiatrie-Verlag mit ausführlichen Zitaten aus den Interviews und den Materialien. Gleichzeitig werden Ergebnisse auf Fachtagungen und in Expertenrunden vorgestellt. Ich danke allen an der Untersuchung Beteiligten für ihre Beiträge. Frau 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.



Ulm, 18.9.2025

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

1. Medizinethische Prinzipien

Die Auseinandersetzung um eine moralische Ausübung heilberuflicher Handlungspraxis reicht historisch weit zurück, z.B. bis zum ursprünglichen Eid des Hippokrates (Baker & McCullough, 2009; Fegert, 2002; Knoepffler, 2021) und unterstreicht die große Verantwortung, die Angehörige der Heilberufe in ihrer Berufsausübung im Umgang mit vulnerablen Personen tragen. „**Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare**“ (Zuerst nicht schaden, Zweitens vorsichtig sein, Drittens heilen) ist ein antiker Grundsatz der hippokratischen Tradition ärztlicher Behandlungsethik. Angeblich wurde dieser Grundsatz vor mehr als 2.000 Jahren am Hof des Kaisers Tiberius Claudius vom Arzt Scribonius Largus aufgestellt. Im Jahr 1979 wurden vier grundlegende medizinethische Prinzipien im Belmont-Report festgehalten (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Hierzu zählen das Nicht-Schadensgebot, das Benefizienzprinzip, die Autonomie und die Gerechtigkeit. Das Nicht-Schadensgebot beinhaltet die Verpflichtung, Schlechtes abzuwenden und nicht zu schaden; sondern im Gegenteil, Gutes zu tun und zu heilen (Benefizienzprinzip). In Ausübung ihrer Tätigkeit sollen Mediziner*innen 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 generellen Prinzipien sind anerkannte Standards für die heilberufliche Praxis. Wörtlich findet sich im Eid des Hippokrates (deutsche Übersetzung): „Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht. ... Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch aller Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten. ...“. Bewusster sexueller Missbrauch von Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem damaligen bürgerlichen Status als Rechtssubjekte wurde explizit als Extremform standeswidrigen Verhaltens angesprochen. Neben diesen Formen, wo bewusst z.B. aus sexuellen oder anderen kriminellen Motiven Patient*innen geschadet wird, gibt es offensichtlich auch schädliche, toxische Behandlungsbeziehungen, welche

auf einer inneren Überzeugung beruhen, nur so den Patient*innen nutzen zu können. Ausgehend von den Grundprinzipien heilberuflicher Ethik, erschreckten Untersuchungsberichte zu Behandlungen von Patient*innen auf Traumastationen in zwei schweizerischen Kliniken, eine dreiteilige schweizerische Fernsehreportage aus den Jahren 2021-2023, vier Artikel in der Zeitschrift „Der Spiegel“ aus dem Jahr 2023, die allesamt auf Missstände in der psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ hinweisen bzw. diese dokumentieren und als Behandlungsfehler mit gravierenden Folgen für die Patient*innen bewerten (Lakotta & Piltz, 2023; Lexperience AG, 2022; Maier, 2022; Rehmann & Stämpfli, 2021, 2022, 2023; Seifritz & Kawohl, 2022). Auch ein Urteil des Schweizer Bundesgerichts vom 28. Januar 2025 befasst sich mit der Thematik. Es hat entschieden, dass die Aufhebung einer Geldbuße von 10.000 CHF gegen die Chefärztin einer Klinik wegen mangelnder Ausübung ihrer Aufsichtspflicht gegenüber einem Oberarzt zurückzunehmen sei und hat damit indirekt Behandlungsfehler bestätigt (Bundesgerichtsurteil 2C_605_2023).¹

Im folgenden Text wird zunächst grundsätzlich über Therapieziele und -evaluation sowie Behandlungsfehler in der Psychotherapie berichtet. Anschließend werden Ergebnisse der Befragungen der Inanspruchnehmenden des Hilfe-Telefons Sexueller Missbrauch bzw. der Telefonischen Anlaufstelle der UBSKM (TAL) zu ihren Erfahrungen mit (Trauma)Behandlung referiert und dabei besonders die negativ bewerteten Aspekte herausgegriffen und zu systematisieren versucht. Im Abschnitt 4 werden Anlage und ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Studie als Beispiel für schädliche Psychotherapie im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ vorgestellt, für die toxische Beziehungen zwischen Therapeut*in und Patientin maßgeblich sind. Weitere Studien zum Narrativ „rituelle Gewalt“ und der damit verbundenen Dissoziativen Identitätsstörung/Multiplen Persönlichkeitsstörung werden in Abschnitt 5 dargestellt, bevor ein Fazit hinsichtlich der Prävention von Behandlungsfehlern (aus Überzeugung, nicht aus Fahrlässigkeit) sowie zur Sicherung der Qualität von Psychotherapie gezogen wird.

¹ Das Bundesgericht hat nicht noch einmal den Sachverhalt bewertet, der bereits im durch den Kanton Thurgau in Auftrag gegebenen Untersuchungsbericht ermittelt wurde (Lexperience, 2022). Auf diesen nimmt das Bundesgericht aber Bezug und paraphrasiert, dass ein Oberarzt „den Untersuchungsergebnissen zufolge eine Faszination für satanistische rituelle Gewalt und Mind Control entwickelt habe, entsprechende Verschwörungserzählungen in fachlich nicht korrekter und vermutlich sogar krankheitsfördernder Weise Eingang in seine therapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten gefunden hätten“ (Bundesgerichtsurteil 2C_605_2023, S. 3).

2. Evaluation: Erreichen von Therapiezielen, Nebenwirkungen, Kunstfehler, standeswidriges, unethisches Verhalten, Straftaten

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 (SGB IX, BTHG, UN-BRK). 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 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, auch von psychischen Erkrankungen (WHO, 2001).

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. Durch die Änderung wird ein Verfahren 16 ergänzt: die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie). 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 (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025; IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2021)

Nebenwirkungen, Kunstfehler und unethisches Verhalten sind Begrifflichkeiten, die zur Beschreibung negativer oder unerwünschter Effekte während und nach einer Psychotherapie dienen. 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 (Peth et al., 2018; Schermuly-Haupt et al., 2018; Schleu, 2021). Kunstfehler beschreiben nicht-korrekt durchgeführte Therapien, welche z.B. durch mangelndes Empathievermögen, Unaufmerksamkeit, kommunikatives Fehlverhalten, wie verbale Angriffe, Spott oder Ungeduld, unpassende therapeutische Techniken sowie Diagnosen gekennzeichnet sein können (Peth et al., 2018; Schermuly-Haupt et al., 2018). Darüber hinaus wird in der Literatur zusätzlich der Begriff des unethischen Verhaltens verwendet. Damit wird ein Kunstfehler von besonderer Schwere bezeichnet, wie sexueller Missbrauch, Entmündigung, Abhängigkeit, Manipulation und Bevormundung (Schleu, 2021). Kunstfehler und unethisches Verhalten lassen sich unter den Sammelbegriff des Behandlungsfehlers fassen. Allerdings hat diese Zusammenfassung auch einen bagatellisierenden Charakter, da es sich bei sexualisierter Gewalt und Ausbeutung in der Krankenbehandlung eben nicht nur um einen Kunstfehler handelt. Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungs-, Betreuungs- oder Beratersverhältnisses ist in Deutschland nach § 174 c StGB unter Strafe gestellt. Dies betrifft alle Handlungen, bei denen eine so genannte „heilkundliche Behandlung, Fürsorge oder Beratung missbraucht wird, um sexuelle Handlungen an einer Person vorzunehmen oder solche durch den Patienten an sich oder einen Dritten vornehmen zu lassen. Die Norm erfasst neben Ärzt*innen auch Psychotherapeut*innen, Heilpraktiker*innen und weiteres medizinische Personal“. Wichtig ist, dass auch ein etwaiges Einverständnis von Patient*innen die Strafbarkeit nicht entfallen lässt. Standesrechtlich sind solche Übergriffe z.B. mit dem Entzug der Approbation und der Untersagung der Berufsausübung durch die zuständigen Kammern sanktionierbar. Aus sexuellen Übergriffen und Fehlbehandlungen können sich zivilrechtliche Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen die Behandlungsperson ergeben. Zentral ist hier der Begriff der „unerlaubten Handlung“ nach § 823 Abs. 1 BGB: „Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet“.

In Deutschland gibt es einige qualitative Studien zu Häufigkeit und Art von Behandlungsfehlern in der Psychotherapie (Gawlytta et al., 2019; Schleu, 2021a; Scholten et al., 2018; Strauss

et al., 2021). Strauss et al. (2021) befragten 244 Menschen in Deutschland mit Therapieerfahrung mittels Telefoninterviews und standardisierten 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 Therapeut*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 Therapeut*in habe sich über ihn*sie lustig gemacht. Sexuelle sowie körperliche Übergriffe und Schweigepflichtverletzungen seitens der Therapeut*innen wurde von jeweils einem Teilnehmenden bejaht. Ähnliches untersuchte die Studie von Scholten et al. (2018), welche insgesamt 50 schriftliche Beschwerdebriefe von Patient*innen auswertete, die zwischen 2011 und 2012 an die Psychotherapeutenkammer NRW herangetragen wurden. Die durchschnittlich 2,98 ($SD=1,02$) unterschiedlichen Beschwerden pro Brief beinhalteten ebenfalls größtenteils Verletzungen der therapeutischen Basisvariablen, hier beschrieben durch z.B. Beschimpfungen, Drohungen, mangelnde Berücksichtigung und übermäßigen Redeanteil seitens der Therapeut*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 kritischer, weil abrupter, Behandlungsabbruch durch den*die Therapeut*in (3%) wurden als weitere Beschwerdekategorien identifiziert (Scholten et al., 2018). Gawlytta et al. (2019) nutzten erstmals das Inventar zur Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie (IKKIP) (Schwartz & Strauß, 2018), welches neben der Häufigkeit des Auftretens auch die Belastungen auf Seiten der Patient*innen erfasst. Mittels einer Online-Umfrage wurden Daten von insgesamt 165 Personen mit Psychotherapie-Erfahrungen erhoben. Die deskriptive Statistik zeigt einen deutlich höheren Frauenanteil sowohl unter den befragten Personen (78,2%) als auch unter der Angabe zum Geschlecht des*der Therapeut*in (62,4%). In 80,6% der Fälle handelte es sich um Psychotherapie in einem ambulanten Setting. Über die Hälfte der Befragten (53,9%) wurde durch eine*n psychologischen Psychotherapeut*in, ca. ein Viertel (27,9%) von Psychiater*innen behandelt. Heilpraktiker*innen waren selten vertreten (1,8%). Im Vergleich zu den vorangegangenen Studien wurde eine mangelhafte Diagnostik bzw. Technikanwendung am häufigsten genannt (44,31%), gefolgt von der Verletzung therapeutischer Basisvariablen (40,91%),

Grenzverletzungen im Rahmen stationärer Therapie (32,65%), Therapieabbruch seitens Therapeut*innen (31,9%), Grenzverletzungen im Rahmen von Gruppentherapie (28,34%), Verstoß gegen therapeutische Pflichten (15,55%), mangelhafte Rahmenbedingungen (11,77%), Befangenheit (10,3%), soziale und sexuelle Grenzverletzung (9,81% bzw. 6,01%) sowie ökonomischer/finanzieller Missbrauch (3,11%). Eine starke Belastung trat im Zusammenhang mit sexuellen Grenzverletzungen, Therapieabbruch und Grenzverletzungen im Rahmen der stationären Behandlung auf, während die Kategorien „mangelhafte Rahmenbedingung“ und „ökonomischer/finanzieller Missbrauch“ mit einer geringen Belastung der Befragten verbunden waren (Gawlytta et al., 2019).

Es zeigt sich, dass Behandlungsfehler aller Art auch in der Psychotherapie vorkommen und zum Teil erhebliche negative Folgen für die Betroffenen haben können. In der hier vorgelegten Arbeit geht es vor allem um Behandlungsfehler mit erheblich autonomieeinschränkender Wirkung bis hin zur ungerechtfertigten Freiheitsbeschränkung aus therapeutischer Überzeugung. Weitere, vor allem auch repräsentative, Forschung ist notwendig, um ein genaueres Bild von der Behandlungsqualität und den Behandlungsfehlern in der Psychotherapie in Deutschland zu erhalten.

3. Erfahrungen mit Psychotherapie: Daten zum Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch bzw. der Telefonischen Anlaufstelle der UBSKM (TAL)

Sowohl im Rahmen der Begleitforschung des Hilfe-Telefons Sexueller Missbrauch (Fegert et al., 2013a) als auch der Rückblick auf die Kampagne „Sprechen hilft?“ der ersten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung (UBSKM) (Rassenhofer et al., 2021) wurden Angaben von Betroffenen zur Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischer Hilfe und der Bewertung dieser gesammelt und ausgewertet.

Die Begleitforschung zur Anlaufstelle für Betroffene sexuellen Missbrauchs der UBSKM erfasste Angaben zur Behandlung, wenn Betroffene sich aufgrund der aus dem sexuellen Missbrauch resultierenden Schwierigkeiten in Behandlung begaben. Dabei wurden medizinische,

psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen unterschieden². Nur 4% der Betroffenen (n = 1952) gaben an, ausschließlich in medizinischer Behandlung gewesen zu sein, 6% ausschließlich in psychiatrischer Behandlung. Die größte Gruppe der Betroffenen, die eine einzelne Art der Behandlung angab, war jene mit psychotherapeutischer Behandlung (35%). Der Großteil der Betroffenen (87%) nahmen für die aus dem Missbrauch resultierenden Schwierigkeiten psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. 1480 Befragte gaben zudem Einschätzungen zur Qualität ihrer Behandlung ab. Etwas weniger als zwei Drittel der Betroffenen schätzten die Behandlung positiv ein (63%; gut: 31%, eher gut: 32%). 37% schätzten die Behandlung negativ ein (eher schlecht: 22%; schlecht: 15%) ein. Die Bewertung des Erfolgs der Behandlung fiel etwas schlechter aus: 54% der Betroffenen bewerteten den Erfolg positiv (gut: 22%; eher gut: 32%) und 46% negativ (eher schlecht: 29%; schlecht: 17%) (Fegert et al., 2013). Negative Einschätzungen der Behandlungen durch die Betroffenen bezogen sich auf eine mangelnde fachliche Qualifikation von Behandler*innen im Umgang mit traumatisierten Personen, auf ein Weitergeschicktwerden von Stelle zu Stelle, lange Wartezeiten, zu kurze Therapien, erzwungene Therapiepausen und unzureichende Kostenübernahme durch Krankenkassen (Fegert et al., 2013a; Fegert et al., 2013b).

„Die Therapeutin fühlte sich mit meiner Missbrauchsproblematik überfordert und schickte mich zu Kollegen weiter. Ich habe bereits auf verschiedenen Wartelisten gestanden und bis heute keinen Psychotherapieplatz bei einem Spezialisten erhalten.“ (Fegert et al., 2013b, S. 143)

„Ich traf leider auf sehr inkompetente Therapeuten. Mein Missbrauch wurde von ihnen immer bagatellisiert.“ (Fegert et al., 2013b, S. 143)

Neben mangelnder Kompetenz werden von Betroffenen auch Retraumatisierung sowie Missbrauch in Therapie geschildert (Rassenhofer et al., 2021). Betroffene berichteten außerdem, dass die Therapien oft zu wenig auf das Trauma des sexuellen Missbrauchs fokussiert waren, sondern eher Folge- oder Begleiterscheinungen therapiert wurden. Sie bewerteten Therapien erfolgreicher bei der Behandlung von Folgesymptomen (z. B. Abhängigkeiten, Schlafstörungen, Ängste) oder psychosozialen Beeinträchtigungen (z. B.

² Anrufende werden nicht aktiv zu ihren Erfahrungen mit Psychotherapie befragt, sondern es wird lediglich dokumentiert, wenn davon berichtet wird, sodass eine mögliche Verzerrung der Berichte beachtet werden muss.

Leistungsprobleme, Beziehungsschwierigkeiten) und weniger bei der Verarbeitung des Missbrauchsgeschehens selbst.

„Erstens wurde mir der Missbrauch nicht geglaubt und zweitens standen bei der Behandlung andere Beeinträchtigungen im Vordergrund.“ (Fegert et al., 2013b, S. 14)

Einige der Betroffenen berichten, dass der Erfolg von Therapien nicht nachhaltig genug war, weshalb sie mehrere machten und machen. Aus den Rückmeldungen wird deutlich, dass eine lange Dauer und Wiederholung von Therapie sowie Schwankungen des Gesundheitszustands, Teile des Verarbeitungsprozesses sein können. Gerade diese Aspekte werden bisher zu wenig hinterfragt (Fegert et al., 2013b).

„Die ‚Leistung zu leben‘ spricht mir aus der Seele. Seit Jahren ringe ich um Lebensqualität, die guten Phasen sind immer davon geprägt, Angst zu haben, wann ich wieder einen Rückfall bekomme. Immer wieder habe ich Rückfälle. Seit ca. 30 Jahren bestimmen die Erfahrungen der Kindheit mein Leben. Ich habe viel Therapie gemacht, mal geht es besser mit ihr, mal geht es nicht, da die Therapie selbst auch eine Belastung darstellt. Sie hilft, ich habe viel gelernt.“ (Rassenhofer et al., 2021, S. 69).

Im Hinblick auf die Bewertung des Hilfe- und Unterstützungssystems für Betroffenen sexuellen Missbrauchs werden zum einen der gesellschaftliche Umgang mit dem Thema sexueller Missbrauch sowie gesetzliche Rahmenbedingungen kritisiert. So berichten Betroffene von einer andauernden Tabuisierung und mangelnder Anerkennung des Themas sowie wenig Sensibilität im Umgang mit ihnen (Rassenhofer et al., 2021). Auch ein Wegsehen und kollektives Schweigen in der Gesellschaft sowie gesetzliche Rahmenbedingungen, wie die Verjährungsfrist oder der Umgang mit Betroffenen bei Glaubhaftigkeitsbegutachtungen, wurden als hinderlich bewertet (Fegert et al., 2013b). Des Weiteren gaben 23% an, eine negative Reaktion auf ihr Hilfesuch erhalten zu haben. Darunter fassten Betroffene, dass ihnen nicht geglaubt wurde, oder diejenigen, denen sie von ihren Problemen berichteten, nicht halfen. Einige der Betroffenen berichteten, dass sie als Reaktion auf ihre Hilfesuche sogar bestraft, stigmatisiert oder gedemütigt wurden. Außerdem wurde von ihnen häufig benannt, keine hilfreiche Unterstützung durch andere gehabt zu haben (19 %) (Fegert et al., 2013b). Auch wurde vom Mechanismus der Schuldumkehr berichtet, dass den Betroffenen die Schuld an ihrem Missbrauch zugeschrieben wurde. Hierzu zählen unter anderem gerichtlich

auferlegte Sprechverbote, die von Tätern erwirkt wurden, aber auch Anfeindungen und Stigmatisierung im sozialen Umfeld, die von sozialer Ächtung bis hin zu sozialer Isolation führen können (Rassenhofer et al., 2021).

16 % der Nennungen zu hinderlichen Aspekten entfielen auf belastende Gefühle der Betroffenen wie Scham, Schuld und Angst, die ihnen die Verarbeitung erschwert hätten (Fegert et al., 2013b).

Die Betroffenen drückten sowohl bei der telefonischen Anlaufstelle der UBSKM (TAL) als auch in Ihren Briefen und Mails Wünsche und Forderungen zur Verbesserung ihrer Situation aus. Am häufigsten genannt wurde dabei die Forderung nach quantitativ mehr und qualitativ besseren Therapie- und Beratungsangeboten. Hierzu zählen sie auch eine Absicherung der Finanzierung sowie Investitionen in die Qualifizierung der Fachkräfte. Dabei sollten ländliche Gebiete genauso Berücksichtigung finden wie spezifische Betroffenenengruppen, wie Männer, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Betroffene (Fegert et al., 2013b). Wartezeiten seien aufgrund der geringen Anzahl der Angebote zu lang.

„Ich wünsche mir, dass ich diese Hilfe, welche ich jetzt im Alter erfahren darf, schon viel, viel früher erhalten hätte. Dann wäre mein ganzes Leben anders verlaufen.“ (Rassenhofer et al., 2021, S. 79).

Darüber hinaus werden mehr fachlich spezialisierte Unterstützungsmaßnahmen gefordert, wie z.B. Traumatherapie.

„Es fehlen Beratungsstellen speziell zur Thematik, in denen Rechtsanwälte, Ärzte und Therapeuten vernetzt sind oder direkt mit Einverständnis des Betroffenen zusammenarbeiten. Spezialisierte Therapeuten haben zu lange Wartezeiten.“ (Fegert et al., 2013a, S.6-7)

„Mehr Traumatherapeuten!“ (Fegert et al., 2013a, S.7)

Betroffene wünschen sich mehr und leichter zugängliche Informationen über Traumatherapeut*innen sowie Orientierungshilfe hinsichtlich unterschiedlicher Unterstützungsangebote. Darüber hinaus fordern sie eine Veränderung der Antragsverfahren bei den Krankenkassen, die sie zum Teil als „Kampf“ erlebt haben (Rassenhofer et al., 2021).

Zusammenfassend lässt sich aus den Erfahrungsberichten der von sexuellem Missbrauch Betroffenen festhalten, dass sie ein zu geringes Angebot sowie die Qualität und den Erfolg von (Trauma-)Therapie bemängeln. Hierzu gehört der fehlender Zugang zu Therapie aufgrund zu weniger Plätze und der zu großen Hürden in der Beantragung, fachlich unzureichend durchgeführte Therapie sowie Grenzverletzungen und Übergriffe durch Therapeut*innen. Ausgehend von diesen Angaben Betroffener können vier wahrgenommene Ebenen differenziert werden auf denen Therapie Schaden zufügen kann:

1. Fehlender Zugang zu Therapie: Dieser kann als Verstoß gegen die distributive Gerechtigkeit im Zugang zu wirkungsvollen Behandlungen verstanden werden. Es braucht niedrigschwellige Angebote, wie beispielsweise jene der Veterans Administration in den USA, die z.T. an Wochenenden durch geschulte Laien Räume eröffnet, in denen über Missbrauchserfahrungen berichtet werden kann.
2. Ineffektive Behandlung: Zu dieser kann es kommen, wenn Therapeut*innen über zu wenig Fachwissen zu sexuellem Missbrauch verfügen und/oder, wie oben erwähnt, das eigentliche Trauma zugunsten von Folgeschwierigkeiten nicht ausreichend bearbeiten. Hier kann also eine mangelnde Benefizienz, ein mangelnder Nutzen der Behandlung festgestellt werden.
3. Bewusst schädigendes Verhalten der Therapeut*innen: Hiermit sind Behandlungsfehler gemeint, bei deren Begehung den Therapeut*innen jeweils klar ist, dass sie gegen Standes- bzw. Strafrecht verstoßen. Es handelt sich medizinethisch also ganz klar um eklatante Verstöße gegen das Nichtschadensgebot.
4. Unbewusst schädigendes Verhalten der Therapeut*innen: Hierzu zählen die im folgenden Kapitel herausgearbeiteten toxischen Beziehungen zwischen Therapeut*innen und Patient*innen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Therapeut*innen aus innerster Überzeugung, Gutes zu tun und helfen zu wollen, handeln – dabei aber Grenzen überschreitende, teilweise freiheitsbegrenzende oder -entziehende Maßnahmen gegen Patientinnen einleiten, die auf einer irrationalen Grundlage beruhen, und Schaden zufügen. Hier handelt es sich ebenfalls um Verstöße gegen das Nichtschadensgebot, teilweise auch durch massive Einschränkung der Autonomie der Patient*innen.

4. Qualitative Studie zu toxischen Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehungen rund um das Narrativ „rituelle Gewalt“

Im einleitenden Abschnitt des Textes wurden bereits Untersuchungsberichte und Fernsehreportagen aus der Schweiz sowie Zeitschriftenartikel aus Deutschland erwähnt, die über Missstände in der psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ berichten und als Behandlungsfehler mit teils gravierenden Folgen für die Patient*innen bewerten. Diese kritisch auf die Behandlung schauenden (Untersuchungs-) Berichte haben psychotherapeutische Fachgesellschaften vor allem im Jahr 2023 zur Veröffentlichung von Stellungnahmen und zur Positionierung veranlasst (z.B. Fachgruppe Rechtspsychologie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 2023; Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie, 2023; Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung Sexuellen Kindesmissbrauchs, 2023). In den Stellungnahmen sowie Artikeln in Fachzeitschriften (z.B. Fegert & Urbaniok, 2024; Herzog et al., 2025; Igney, 2022; Mokros et al., 2024) spiegelt sich die immense Polarisierung der Debatte um das Narrativ „rituelle Gewalt“ wider. Dies alles ist Ausgangspunkt der Studie, die in diesem Kapitel vorgestellt werden soll. Es handelt sich um eine explorative Untersuchung, die mittels qualitativ-rekonstruktivem Vorgehen darauf zielt, psychotherapeutische Behandlung im Kontext des „Rituelle-Gewalt“-Narrativs zu explorieren und zu verstehen.

4.1 Anlage der Studie³

Durch ein möglichst offenes Herantreten an das Feld konnte aus den Forschungsdaten das zu untersuchende Phänomen herausgearbeitet werden. Es setzt sich zusammen aus einer in der Vergangenheit liegenden Psychotherapie⁴, welche auf die Behandlung einer Dissoziativen Identitätsstörung zielt (Merkmal A). Als Ursache für die Dissoziative Identitätsstörung wird eine in der Gegenwart anhaltende Erfahrung „ritueller Gewalt“ angenommen (Merkmal

³ An dieser Stelle möchten wir unseren großen Dank gegenüber den Kollegen Frank Urbaniok und Erich Seifritz ausdrücken, die die Studie von Anfang an mit ihrer Expertise und Feldkenntnis bereichert und begleitet haben. Darüber hinaus möchten wir uns bei Frank Urbaniok dafür bedanken, dass er uns beim Feldzugang und bei der Kontaktaufnahme zu Interviewpartner*innen unterstützt hat.

⁴ Hier ist Beratung mitgemeint. Allerdings gibt es in den 17 Fällen nur einen, in dem ausschließlich in einem Beratungsprozess das Narrativ „rituelle Gewalt“ handlungsleitend wurde und einen Fall, in dem sowohl Psychotherapie als auch Beratung mit dem Fokus „rituelle Gewalt“ parallel stattfanden.

B). Für einen Zeitraum X⁵ glauben sowohl Therapeut*innen als auch Patient*innen an die Merkmale A und B, gestalten die Therapie und ihr Leben entsprechend. Nach einer gewissen Behandlungszeit gewinnen Patient*innen die Überzeugung, dass vor allem Merkmal B nicht ihrer Lebensrealität und biographischen Erfahrung entspricht. Daraufhin wird die Therapie beendet.

Die Forschung leitende Fragen lauten:

- Wie sieht eine solche Therapie aus? Welche Methoden werden angewandt?
- Woher stammen die Überzeugungen A und B? Wie erhalten Sie Einzug in die Behandlung?
- Wie entsteht der (immer stärker werdende) Glaube an eine vorhandene Dissoziative Identitätsstörung und an das Aufwachsen in sowie das anhaltende Erleben „ritueller Gewalt“?
- Wie entwickeln Patient*innen Zweifel am Glauben und wie gewinnen sie eine andere Überzeugung von ihrer Lebensrealität und -geschichte?
- Wie vollzieht sich die Ablösung aus der Therapie?
- Welche Folgen hat die Behandlung im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ während und nach der Behandlung für die Patientinnen, ihren Gesundheitszustand, ihre Lebensgestaltung und ihr Umfeld?

Ausgangspunkt der Studie sind der Sozialkonstruktivismus (Berger & Luckmann, 1969) bzw. Symbolische Interaktionismus (Blumer, 1969) und die damit verbundene Annahme, dass soziale Wirklichkeit Ergebnis beständig ablaufender sozialer Konstruktionen ist und Phänomene, wie das Narrativ „rituelle Gewalt“ im Alltag von Akteuren mittels symbolischer Handlungen geschaffen werden. Dabei prägen Lebenslagen und biographische Erfahrungen – individuell wie kollektiv – Deutungsmuster und Weltsicht der handelnden Individuen. Die Zielsetzung des Projekts liegt in der Rekonstruktion von Prozessverläufen und Sinngebung aus Sicht von ehemaligen Patient*innen, ihren Angehörigen und in diesem Bereich tätigen Fachleuten.

Die psychotherapeutische Behandlung von Patient*innen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ ist verwoben in einen Komplex unterschiedlicher, teils miteinander verbundener, teils separater Fachdebatten; Qualitätssicherung und der Umgang mit Behandlungsfehlern sind ein Aspekt. Auch der Diskurs um die Glaubhaftigkeit von Personen, die traumatische

⁵ Dieser kann von wenigen Wochen bis zum mehreren Jahren reichen.

Gewalt erlebt haben, wird von den Auseinandersetzungen um Psychotherapie im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ beeinflusst. Einen Überblick über die Themenlandschaft gibt Abbildung 1.

Für die Studie wurden insgesamt 17 narrativ-biographische Interviews geführt (Rosenthal & Fischer-Rosenthal, 2000; Rosenthal, 2002), davon 10 mit ehemaligen Patient*innen (direkt Betroffene; dB), 3 mit Angehörigen ehemaliger Patient*innen (mittelbar Betroffene; mB) sowie 3 mit Fachpersonen. Von den ehemaligen Patient*innen kamen 5 aus Deutschland und 5 aus der Schweiz, 3 Angehörige kamen entweder aus Deutschland oder der Schweiz, alle interviewten Fachpersonen kamen aus dem deutschsprachigen Raum. Dabei handelt es sich um eine opportunistische Stichprobe von Personen, die durch Kontakte des Forschungsteams und einschlägige Einrichtungen angefragt und für die Teilnahme rekrutiert werden konnte. Es wäre leicht möglich gewesen, deutlich mehr Personen für Interviews zu gewinnen. Aufgrund der aufwendigen und ressourcenbindenden Art der Datenerhebung und -auswertung hat das Forschungsteam beschlossen nach diesen 17 Fällen keine weiteren aufzunehmen. Dass die Stichprobe selektiv ist, ist als Limitation festzuhalten. Zugleich ist die Anzahl der Fälle erstens für eine qualitative Studie und zweitens für den thematischen Kontext beachtlich.

Die Datenerhebung wurde im April 2025, die Datenauswertung im September 2025 abgeschlossen. Eine ausführliche Buchpublikation befindet sich in Vorbereitung. Die Publikation des Auswertungsstands auf dem Open Access Repositorium der Universität Ulm und Technischen Hochschule Ulm (OPARU) erfolgt begleitend zu einem Fachgespräch bei der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs am 25.9.2025 in Berlin.

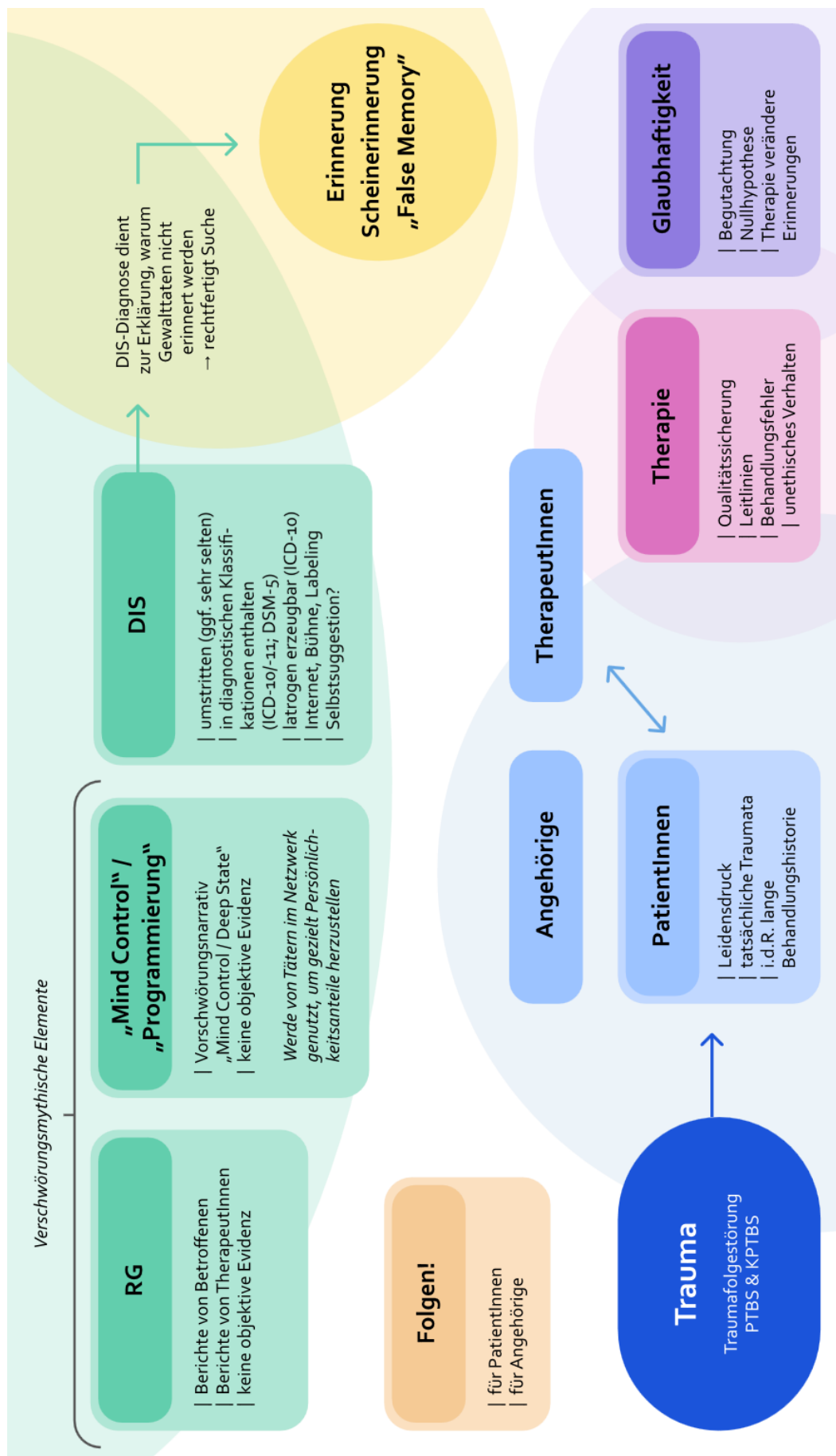


Abbildung 1: Landkarte der mit dem Narrativ „rituelle Gewalt“ verbundenen Themen

Die Interviews wurden mit einem offenen Erzähleinstieg begonnen, der die Interviewpartner*innen aufgefordert hat, über ihr Leben (Patient*innen) bzw. ihre Familiengeschichte (Angehörige) zu sprechen. Auf diese Weise konnten die psychische Erkrankung und psychotherapeutische Behandlung als Teil von und eingebettet in die Lebensgeschichte erzählt werden. Die Eingangserzählungen wurden nicht unterbrochen, so dass die Sinngebung und Relevanzsetzungen der Interviewpartner*innen erhalten blieben. Fachpersonen wurden mit einer Erzählaufforderung gebeten, über ihren professionellen Werdegang und wie sie zum Thema „rituelle Gewalt“ kamen, zu sprechen. Erst nach Ende des Erzählflusses wurde, zunächst erzählgenerierend später auch geschlossen, nachgefragt. Die Interviews haben eine minimale Länge von 1:46h mit einer Fachperson und eine maximale Länge von 10h mit einer direkt Betroffenen. Die langen Interviews wurden an mehreren Tagen oder mit längeren Pausen geführt. Die Interviews mit Fachpersonen waren die kürzesten und dauerten im Mittel 3:01h; die Interviews mit den Angehörigen waren von mittlerer Länge und dauerten im Mittel 4:46h, die Interviews mit Patient*innen waren die längsten und dauerten im Mittel 5:22h. Insgesamt liegen Audioaufnahmen einer Länge von knapp 54h mit ehemaligen Patient*innen vor.

In Tabelle 1 sind die Grundcharakteristika aller 17 Fälle aufgelistet. Die direkt Betroffenen sind fast ausschließlich weiblich (9 von 10). Ihr Alter reicht von 26 bis 70 Jahren und beträgt im Mittel 39 Jahre. Von den Personen, durch die sie behandelt wurden, sind 6 weiblich, 3 männlich und eine behandelnde Person identifiziert sich als divers. Hinsichtlich der Qualifikation der Behandelnden sind 4 Fachärzt*innen für Psychiatrie vertreten, 1 Fachärztin für Neurologie, 3 Psychologische Psychotherapeut*innen sowie 1 Fachpsychologin Psychotherapie und 1 Heilpraktiker*in für Psychotherapie. Diese Zuordnungen beziehen sich auf ambulante Behandlungen, in denen das Narrativ „rituelle Gewalt“ einfluss; in einem Fall in Kombination mit stationären Klinikaufenthalten im selben Zeitraum. In einem Fall wurde das Narrativ „rituelle Gewalt“ ausschließlich während der stationäre Behandlung in einer Klinik handlungsanleitend. Hier waren mehrere Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt.

In-ter-view	Art der Be-troffenheit	Gesch-lecht dB	Alter dB	Gesch-lecht T/B	Berufsqualifikation T/B	Land	Material
1	dB	w	39	m	Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie	CH	ja
2	mB	w (w)				CH	ja
3	dB	m	50	m	Facharzt für Psychiatrie	CH	nein
4	dB	w	42	w	Fachärztin für Psychiatrie	CH	nein
5	Fachperson					CH	nein
6	dB	w	34	w	Psychologische Psychotherapeutin	CH	ja
7	mB	m (m)				D	nein
8	mB	m (m)				D	nein
9	dB	w	30	w	Fachpsychologin Psychotherapie	CH	ja
10	dB	w	27	m	Heilpraktiker für Psychotherapie	D	ja
11	Fachperson	w				D	nein
12	dB	w	27	div	Psychologische*r Psychotherapeut*in	D	ja
13	dB	w	47	w (T & B)	Fachärztin Neurologie, Fachärztin Psychiatrie/Psychotherapie	D	nein
14	Fachperson, dB sex. MB					D	ja
15	dB	w	70	w (B)	Psychologische Psychotherapeutin	D	ja
16	dB	w	26	w	Klinik/Station: mehrere Berufsgruppen	D	ja
17	Fachperson					Ö	nein
Ge-samt dB	10	w: 9 m: 1		w: 6 m: 3 div: 1		CH: 5 D: 5	mM: 7 oM: 3

Tabelle 1: Übersicht über die geführten Interviews

Zusätzlich zu den Interviews liegen für 8 der 17 Fälle in unterschiedlichem Ausmaß schriftliches sowie Audio- und Videomaterial vor, welches Krankengeschichte und -behandlung dokumentiert, wie beispielsweise Entlassberichte, Therapieverlaufsdokumentationen oder Nachrichtenaustausch per Mail oder Messenger zwischen Patient*innen und Therapeut*innen. In 3 Fällen liegt viel Material vor, im Sinne von Material verfasst durch unterschiedliche Quellen und in einem Umfang von mehr als 100 Seiten. In drei Fällen liegt eine mittlere Menge an Material vor, v.a. in Form von mehreren Entlassberichten, Therapieberichten bzw. Video- und Audioaufnahmen aus Therapiesitzungen. In zwei Fällen ist die Menge an Material minimal; es handelt sich in beiden Fällen um Screenshots der Kommunikation von Behandler*in und Patientin.

Sowohl die narrativen Interviews als auch das Fallmaterial wurden mittels Grounded-Theory-informierter qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse arbeitet eher deduktiv-nomologisch. Sie testet nicht nur Häufigkeiten, sondern auch Intensitätseinschätzungen und Zusammenhänge bestimmter Begriffe und Konzepte in Texten nach vorgegebenen Kriterien (Mayring, 2022). Mit einem solchen Verfahren geht die Gefahr einher, dass Forschende dem Forschungsfeld ihr Vorverständnis überstülpen und lediglich Affirmation oder Negation für vorhandene Annahmen erhalten. Um dieser Gefahr zu begegnen und um wirklich explorative das Phänomen zu begreifen, wurde für diese Studie die Qualitative Inhaltsanalyse mit einem spezifischen Element der Grounded Theory unterfüttert: der induktiven Entwicklung von Codes, Mustern und Kategorien aus dem Material selbst. Damit wird es möglich, dass Forschende genuin neues Wissen entwickeln und bisher blinde Flecken aufhellen (vgl. Böhm, 2012; Strübing, 2014).

4.2 Ausgewählte Analyseergebnisse

Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse der Analyse der Interviews und des weiteren Fallmaterials präsentiert.

Das Schaubild 2 stellt alle in die Studie aufgenommenen Fälle im Hinblick darauf dar, welche Vorstellung von der eigenen Biographie und der aktuellen Lebenssituation in Verlauf der Behandlung entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ von den Patient*innen entwickelt wurde. Im grünblauen Kasten rechts gibt es zwei Fälle (3 & 12), an die die Vorstellung, ihre Beschwerden könnten daher rühren, dass sie Opfer „ritueller Gewalt“ geworden seien, durch

die Behandelnden herangetragen wurde, die dies jedoch für sich als Erklärung ablehnten und daraufhin die Behandlung abbrachen.

Unten in der Mitte im grünen Kasten sind zwei Fälle (7 & 8) aufgeführt, in denen Interviews mit Angehörigen geführt wurden. Sie berichten darüber, dass in ihrer Familie je ein Sohn in Psychotherapie die Vorstellung davon entwickelte, in der Kindheit vom Vater sexuell missbraucht worden zu sein. In einem Fall besteht der Vorwurf weiterhin und gibt es keinen Kontakt zwischen Vater und Sohn. Im anderen Fall ist der Sohn nach einiger Zeit von der Vorstellung abgerückt und hat es eine Wiederannäherung von Sohn und Familie gegeben.

Im Großteil der erhobenen Fälle (2, 4, 6, 9, 10, 13, 15, 16) wurde von den Patient*innen erst während einer Psychotherapie bzw. Beratung die Vorstellung entwickelt, unter einer Dissoziativen Identitätsstörung zu leiden, die durch ein Aufwachsen mit „ritueller Gewalt“ verursacht sei, und während der Behandlung weiterhin „ritueller Gewalt“ ausgesetzt zu sein⁶. In einem Fall wurde von einer Patientin im Verlauf der Psychotherapie die Vorstellung entwickelt, sie leide an einer Dissoziativen Identitätsstörung, die durch in der Kindheit beginnende organisierte Prostitution zurückzuführen sei, die die Patientin auch während der Behandlung weiter erlebe. An die weiter erlebte „rituelle Gewalt“ und organisierte Prostitution könnten sich diese Patientinnen jedoch nicht erinnern, weil die Erinnerungen in bestimmten Persönlichkeitsanteilen abgespeichert seien, die der „Hauptperson“ nicht zugänglich seien. Fehlende Erinnerungen an aktuell erlebte massive Gewalt und daraus resultierender Zweifel, wurden mit diesem Zirkelschluss „wegerklärt“. Die Dissoziative Identitätsstörung ist in diesen Fällen konstitutiver Bestandteil des Narrativs, das ohne nicht „funktionieren“ würde. Denn nur über die These, dass ihre Persönlichkeit und damit auch ihr Gedächtnis in unterschiedliche, nicht miteinander verbundene Teile aufgeteilt sei, lässt sich die Vorstellung sie seien weiterhin massiver Gewalt ausgesetzt, an die sie sich nicht erinnern, aufrechterhalten.

Bedeutsam für das Verständnis dieser Fälle ist, dass alle Interviewpartnerinnen in den Interviews von tatsächlichen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend und einer langen Behandlungsgeschichte berichten. Die immer erinnerten vorbestehenden Traumata wurden laut Interviews in

⁶ Mit der Ausnahme von Fall 10, in dem das Erleben „ritueller Gewalt“ als eine abgeschlossene Episode in der Jugend und dem frühen Erwachsenenalter angesehen wurde.

In den Therapien entwickelte Vorstellung der erlebten Biographie und der aktuellen Lebenssituation



Schaubild 2: In den Therapien entwickelte Vorstellung der erlebten Biographie und aktuellen Lebenssituation

der Indextherapie⁷ als nicht gravierend genug als Ursache für die Entstehung der Dissoziativen Identitätsstörung verworfen und damit auch für die Behandlung nicht berücksichtigt. Stattdessen diene die ebenfalls mit der Dissoziativen Identitätsstörung verbundene These, nur ein schweres, wiederholtes Trauma in früher Kindheit könne diese verursachen, dazu, ein „Suchen nach noch Schlimmerem“ (IV4, Z. 1010-1011) – also bisher nicht präsenten Erinnerungen an Gewalt – als eine der Aufgaben von Psychotherapie zu legitimieren.

Unter den zuletzt genannten Fällen ließ sich mit der Interviewauswertung eine Differenzierung in 3 Gruppen hinsichtlich der Stärke vornehmen, mit der die Patient*innen im Verlauf der Indexbehandlung davon überzeugt waren, Betroffene „ritueller Gewalt“ zu sein. Fälle in Gruppe 1 haben das Narrativ von vornherein abgelehnt und haben es somit überhaupt nicht für die Deutung ihres eigenen Lebens übernommen (Fälle 3 & 12). Fälle in Gruppe 2 sind zu einem mittleren Grad in das Narrativ „rituelle Gewalt“ eingetaucht (Fälle 10, 15 & 16). Diese Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die Patientinnen während der entsprechenden Behandlung immer gewisse Zweifel an der Richtigkeit der Vorstellung bestehen blieben, eine durch „rituelle Gewalt“ verursachte Dissoziative Identitätsstörung zu haben und weiterhin „ritueller Gewalt“ ausgesetzt zu sein. Sie waren also nie ganz bzw. zweifelsfrei davon überzeugt, dass dies ihrer Biographie und Lebensrealität entspricht. Die Fälle in Gruppe 3 zeichnen sich durch eine tiefe Immersion in das Narrativ aus (Fälle 1, 4, 6, 9, 13). Die Patientinnen entwickeln im Verlauf der Behandlung die zweifelsfreie Überzeugung, dass sie seit ihrer frühen Kindheit schwere Gewalt erlebten, diese auch aktuell weiter erleben und sich nicht erinnern könnten, weil sie während des Erlebens der Gewalt dissoziierten (ausgelöst von „Tätern“) und die Erinnerungen folglich in andere Persönlichkeitsanteile abgespalten seien.

Während es im Hinblick auf die Komplexität der Problematik der Patient*innen und ihrer Behandlungshistorie sowie die Indexbehandlungsdauer keine eindeutigen gruppenspezifischen Differenzen gibt, unterscheiden sich die Gruppen in Bezug auf ihre soziale Einbindung/den Austausch mit anderen und auch hinsichtlich ihres Wissens über die Umstrittenheit der Annahme der Existenz „ritueller Gewalt“. In den Fällen der Ablehnung des Narrativs „rituelle Gewalt“ geschah dies einmal aufgrund der Möglichkeit, sich mit einem Geschwisterkind und der Mutter über die Kindheit auszutauschen und sich dadurch in der eigenen Einschätzung, keine

⁷ Diesen Begriff verwenden wir für die Therapie/Beratung, in der entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ behandelt/beraten wurde.

„rituelle Gewalt“ erlebt zu haben, zu bestärken und dies dem Behandler gegenüber auszudrücken. Im anderen Fall gelang die Ablehnung, weil die Patientin durch Social Media und andere Medienberichte bereits um die polarisierte Auseinandersetzung um die Existenz „ritueller Gewalt“ wusste. Ihr war klar und dies war auch Anlass der Psychotherapie, dass sie in ihrer Kindheit durch die Eltern vor allem psychische Gewalt erlebt hatte, aber keine „rituelle Gewalt“. Auch sie suchte das Gespräch mit einem Geschwisterkind, das sie in ihrer Einschätzung zur Kindheit bestärkte. Hinsichtlich der Länge der Indexbehandlung sind zwei der drei Fälle aus Gruppe 2 von kürzerer Dauer (3 Monate in stationärer bzw. 10 Monate in ambulanter Therapie), in einem Fall aus dieser Gruppe beträgt die Behandlungsdauer 5 Jahre. Die Behandlungsdauer entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ beträgt in der Gruppe 3 am längsten. Sie reicht von 3 bis knapp 20 Jahren und beträgt im Mittel etwa 10 Jahre.

4.2.1 Wie kommt es zur Entwicklung der Vorstellung, Opfer „ritueller Gewalt“ zu sein?

Eine der studienleitenden Fragen war, wie sich die Immersion in das Narrativ „rituelle Gewalt“ vollzieht. Es zeigt sich, dass die Immersion in der Interaktion zwischen Patientinnen und Therapeut*innen und eingebettet in eine ambivalente Beziehung zwischen diesen verläuft.

Die Immersion basiert auf Überzeugungen von Therapeut*innen, Beiträgen der Patientinnen und einer interaktiven Verstärkung. Mit Beiträgen der Patientinnen sind Lücken in der erzählbaren Biographie oder uneindeutigen Ausdrücke dazu, wie es ihnen geht, was sie erlebt haben, genauso gemeint, wie ein Nachgeben in als anstrengend empfundenen „Erinnerungssuchen“ in Therapiesitzungen und von sich aus präsentierte „Geschichten/Erinnerungen über/an „rituelle Gewalt““ als Antwort auf wahrgenommene Erwartungen der Therapeut*innen.

4.2.2 Welche Bedeutung kommt der Beziehung zwischen Therapeut*in und Patientin bei der Entwicklung der Vorstellung zu? – Grenzverletzungen und Fehlbehandlung

Die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patientin scheint in diesem Kontext und für Behandlung entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ von besonderer Bedeutung zu sein.

Konstitutiv für jede Psychotherapie ist das Machtgefälle zwischen Therapeut*in und Patient*in sowie eine gewisse Vertrautheit, die Basis für das Arbeitsbündnis ist. Beides bleibt unproblematisch, solange es reflektiert und in vorgegebenen Grenzen bleibt. Die hier untersuchten Behandlungen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ sind alle von Abweichungen im therapeutischen Setting, Grenzverletzungen und unethischem Verhalten gekennzeichnet. Die Therapiedauer ist in allen Fällen tiefer Immersion lang bis sehr lang; im Mittel etwa 10 Jahre. Zum Teil so lang, dass Patientinnen die Krankenkasse wechseln, selbst zahlen oder Gelder des Fonds sexueller Missbrauch für die Therapie nutzen. Hinsichtlich der Sitzungsdauer fällt auf, dass in der Regel 90-minütige Sitzungen durchgeführt werden, in einem Teil der Fälle einmal wöchentlich, zum Teil aber auch regelhaft zweimal wöchentlich und in einem Fall auch dreimal in der Woche.

Mit Ausnahme eines Falls, sind jene tiefer Immersion außerdem dadurch gekennzeichnet, dass es über die Therapiesitzungen hinaus Kommunikation zwischen Therapeut*in und Patientin gibt; Kommunikation, die sich nicht auf organisatorisches, wie z.B. Terminabsagen, beschränkt, sondern auch als therapeutisches Werkzeug eingesetzt wird, um mit bestimmten Persönlichkeitsanteilen direkt zu kommunizieren. Diese Kommunikation findet zum Teil per Telefonat, zum Teil per Email und in der ausgedehntesten Form per WhatsApp-Messenger statt. Hier zeigt sich, nicht nur aus den Interviewerzählungen, sondern auch aus den Chatprotokollen, dass die Grenze zwischen professioneller und privater Sphäre überschritten wird, in dem beispielsweise eine gute Nacht gewünscht oder sich nach dem Verlauf der Operation eines Familienmitglieds erkundigt wird. Insbesondere die Messengerkommunikation ist umfangreich und findet zu allen Tageszeiten statt.

„(.) 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. 1572-1585)

Zum intensiven „therapeutischen Arbeiten“ und kommunikativen Austausch kommt aufgrund des Narrativs „rituelle Gewalt“ die Vorstellung hinzu, dass jede Person im Umfeld der Patientinnen potentiell zur „Tätergruppe“ dazugehören könnte. Von Familienmitgliedern wird in der Regel angenommen, dass sie dazugehören und zum Teil die anhaltende Gewalt ermöglichen, indem sie die Patientinnen der „Tätergruppe“ zuführten. Diese Vorstellung führt einerseits dazu, dass – auf Anraten der Therapeut*in – der Kontakt zur Familie abgebrochen wird und andererseits ruft diese Vorstellung eine starke Verunsicherung der Patientinnen hervor, die den Eindruck haben, keine Kontrolle über sich oder ihr Leben zu haben. Diese Entmündigung führt zu einer engeren Bindung an den*die Therapeut*in, welche nicht selten als einzige sichere Bezugsperson bleibt. Es verwundert also nicht, dass Patient*innen eine deutliche Abhängigkeit von den Therapeut*innen verspüren. Aus den Interviews konnte überdies herausgearbeitet werden, dass die Patientinnen die Beziehung zu den Therapeut*innen ambivalent erlebt haben: auf der einen Seite fühlten sie Anerkennung und Halt und auf der anderen Seite erlebten sie Druck und Drohungen. Letztere bezogen sich auf Druck mitzuarbeiten und sich einzugestehen, Opfer „ritueller Gewalt“ zu sein sowie Drohungen des Abbruchs der Therapie, wenn beispielsweise der Kontakt zur Familie nicht abgebrochen oder weiter geleugnet würde, dass sie „rituelle Gewalt“ erfahren hätten und weiter durchführen.

„Aber das war, wie (..) man sieht es auch in den Sprachnachrichten, die es von Frau Therapeutin C und mir gibt, dass durch diese enge Bindung (..) ganz schnell (.) Frau Therapeutin C mich wie so (.) in der Hand hatte in einer Art also- sie hat dann teilweise gibt es Nachrichten, da sagt sie mir dann auch (.) wenn du jetzt dich übers Wochenende nicht, also über Ostern, (.) dich nicht im- in- in deiner Wohnung isolierst und nicht raus gehst, ja dann willst du halt, dass das alles die Gewalt und alles passiert. (.) Dann kann ich dir nicht helfen. Also wenn du die Gewalt willst, dann geh du raus oder dann hab Kontakt mit deiner Mutter, aber dann verlierst du mich, weil dann kann ich dir nicht helfen. Und das waren (.) immer wieder solche Situationen, wo sie mir quasi, wenn ich etwas nicht so gemacht habe, wie sie (.) das eigentlich wollte, dann kam immer indirekt so diese Drohung (.) ich verliere sie als Therapeutin. 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. 343-370)

In drei der Fälle werden Handlungen beschrieben und sind z.T. auch im Fallmaterial dokumentiert, die gegen standes- und strafrechtliche Normen verstoßen. Dies sind das Festhalten von Patientinnen, die den Platz, auf dem sie sitzen, oder die Therapiesitzung verlassen wollen, Beschimpfungen und Beleidigungen, sexualisierte Handlungen, wie Küsse oder Geschlechtsverkehr. All die genannten Aspekte gehen aus Sicht der Autor*innen mit der Notwendigkeit einher, diese Beziehungen als toxisch zu klassifizieren. Sie werden von den Therapeut*innen nicht nur nicht ausreichend reflektiert, sondern führen dazu, dass in der Überzeugung den Patientinnen zu helfen systematisch professionelle Grenzen überschritten und Patientinnen in absolute Abhängigkeit gebracht werden.

Hinzu kommt eine rigide Haltung der Therapeut*innen, die nicht von Offenheit, sondern einer Vorfestlegung geprägt ist. Selbstverständlich ist ein Raster des Verstehens und Klassifizierens von Symptomen und Beschwerden im therapeutischen Alltag notwendig, um eine (vorläufige) Einschätzung zu haben und darauf aufbauend eine zielgerichtete Behandlung zu ermöglichen. Dies gilt in besonderem Maße für Patient*innen, die nicht viel von sich preisgeben, vage Andeutungen machen oder über ganze Lebensabschnitte nicht berichten können/wollen. Ein solches Raster zu haben bleibt unproblematisch, solange es als vorläufige These angesehen wird, welche anhand weiterer Patientenerzählungen und -merkmale beständig geprüft wird. Es wird aber problematisch, wenn die These trotz widersprechender Informationen und gegenüber Zweifel der Patient*innen aufrechterhalten wird. Es ist nicht nur problematisch, sondern eine Grenzverletzung, wenn auf Zweifel von Patient*innen mit Drohungen und Druck reagiert wird. Im spezifischen Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ ist zu berücksichtigen, dass den Patientinnen mit der Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung die Fähigkeit abgesprochen wird, sich selbst einschätzen zu können. Sie sind damit vollkommen der Expertise der Therapeut*innen ausgeliefert, die Deutungshoheit über das Leben und Erleben der Patient*innen innehaben. Während Psychoedukation über ein Störungsbild legitimer Teil einer Behandlung sein kann, verletzen das Negieren von Zweifeln und die Demontage der Selbstbestimmung von Patient*innen professionelle Grenzen und müssen als Behandlungsfehler eingeordnet werden.

„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 (.) [...] 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 war immer, immer dieses Suchen nach noch Schlimmerem.“ (IV4, Z. 1002-1011)

4.2.3 Welche Rolle spielen Überzeugungen der Therapeut*innen und ein „Kreis von Expert*innen“ für die Weitergabe des Narrativs „rituelle Gewalt“?

Der genauere Blick auf diese Behandlungsfehler und ihre Genese in der therapeutischen Interaktion unterstreicht die Wichtigkeit einer beständigen Reflexion der Behandlung des*der Therapeut*in selbst, aber auch in Supervision – vor allem, wenn es Patient*innen, wie es in diesen Fällen ausnahmslos zutrifft, in der Behandlung nicht besser, sondern auch langfristig schlechter geht (s. 4.2.4).

Im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ nehmen Supervision und kollegiale Beratung, die normalerweise dazu dienen sollen, den Prozess der Reflexion zu unterstützen, eine eher problematische Rolle ein. Sowohl von den für die Studie interviewten Fachpersonen als auch in der Rekonstruktion der Fälle direkt und indirekt Betroffener zeichnet sich ein gewisser „Kreis von Expert*innen“ für das Gebiet „rituelle Gewalt“ ab. Dieser „Kreis von Expert*innen“ ist untereinander vernetzt, durch einschlägige Fortbildungsangebote, durch Supervision und durch das Verweisen von Patient*innen zur (Weiter-)Behandlung an andere Mitglieder des „Experten-Kreises“. Dies ist im Material nicht nur für psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung zu sehen, sondern auch für Beratungsangebote, vor allem für Opfer im Hinblick auf mögliche Strafverfahren und Unterstützungsleistungen. Auch zeichnet sich im Material ab, dass kollegiale Beratung und Austausch über diese Fälle sowie Supervision innerhalb des „Kreises der Expert*innen“ stattfindet. Auch hier konnten wir Hinweise, vor allem im schriftlichen Fallmaterial finden, dass der kollegiale Austausch vorfestgelegt war. Und zwar in dem Sinne, dass die Existenz von „ritueller Gewalt“ als gegeben angesehen wurde. Es

muss jedoch als bedenklich kritisiert werden, wenn eigene Überzeugungen dazu führen, dass nicht offen, sondern vorfestgelegt kollegial beraten und/oder supervidiert wird.

„Und wenn ich [Fachperson] dann mit so einer SEHR gestörten Patientin alleine bin, bin ich froh, wenn die Fachperson O mir die Welt erklärt. (.) Fachperson B ist nicht so auf das Rituelle eingestiegen, aber (.) die Patientin hat viele Amnesien (.) ist viel auch am Wochenende gekommen in die Psychiatrie A und Fachperson B hat dann gesagt (.) hast du mal geguckt, hat das Muster? (.) und ich Aha, wie jetzt Muster? Ja: (.) kommt die immer zu bestimmten Zeiten? Wird sie EINbestellt gibts Täterkontakt (.) 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.“ (IV5, Z. 1170-1182)

Die Überzeugungen der Therapeut*innen sind im schriftlichen Fallmaterial zum Teil sehr deutlich dokumentiert. Diese beziehen sich auf die Existenz „ritueller Gewalt“, die in geheimen, organisierten Gruppen stattfindet. In den erhobenen Fällen handelt es sich dabei immer um satanische Sekten. Diese Gruppen verfügten über Spezialwissen zum gezielten „Abspalten von Persönlichkeitsanteilen“ und deren „Programmierung“. Die Patient*innen seien der Gewalt in diesen Gruppen von Geburt bzw. Kindheit an, zumeist durch Zugehörigkeit ihrer Eltern, ausgesetzt gewesen und würden sie in der Gegenwart weiterhin erleben. Es gebe bislang keine Beweise, außer die Aussagen von Patient*innen, für die Existenz, da die Gruppen im Geheimen agierten und über einflussreiche Mitglieder (z.B. in Polizei und Justiz) verfügten. Dieser Umstand wird zugleich als ein Beweis für die Existenz gewertet. Dieser „Kreis von Expert*innen“ hebt sich durch ein besonders „Fachvokabular“ von Nicht-Zugehörigen ab. Zu dem Vokabular gehören z.B. „System“ als Bezeichnung für die Gesamtheit aller Persönlichkeitsanteile oder „ANP“ als Bezeichnung für einen Persönlichkeitsanteil, der den Alltag meistern kann und nach außen anscheinend normal wirkt. Diese distinkten Ausdrücke werden auch in vorliegendem Fallmaterial verwendet und spiegeln eine bestimmte Vorstellung/Überzeugung der Therapeut*innen von ihren Patientinnen wider. Ein deutliches Beispiel für die Überzeugungen zeigen sich in einem Bericht, den eine Schweizer Klinikärztin

einem Antrag auf psychiatrische Unterbringung mit Freiheitsentzug an die dort zuständige Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) beigefügt hat. Hierin heißt es:

„Sie ist die zweite von drei Töchtern eines Ehepaares, das einer satanistischen Gruppierung angehört, die Mädchen zu Sexualobjekten erzieht. Sie wurde von klein auf dazu programmiert, Männer sexuell zu befriedigen. [...] Ihre Persönlichkeit wurde von Menschen mit rituellem Hintergrund von Geburt an manipuliert. Somit existieren verschiedene Anteile, die verschiedene Aufträge erfüllen. [...] Sie wohnt allein und wird häufig von Tätern besucht oder zu Treffen geholt/bestellt. Die täterloyalen Anteile wehren sich nicht gegen die sexuelle Ausbeutung. Nach dem ersten Klinikaufenthalt fanden diverse Nachprogrammierungen mittels Strom und Medikamenten statt. So wurden neue Anteile abgetrennt, die keinen Kontakt zu den erwachsenen Anteilen haben und den Tätern alles erzählen, was in der Klinik passiert oder geplant wird. [...] Beim jetzigen Aufenthalt verzichten die Täter auf SMS; sie bewegen sich unauffällig auf dem Klinikareal und nehmen mit Patientin Blickkontakt auf oder nennen ihr im Vorbeigehen einen Treffpunkt. Sofort switcht sie in einen täterloyalen Anteil und steht den Tätern zur Verfügung. Sie steigt in deren Auto ein und wird auf dem Parkplatz oder wenig abseits sexuell benutzt. Da solche Treffen nur wenige Minuten dauern realisieren wir es nicht. [...] Aktuelle und zu erwartende Gefährdungssituation: Patientin ist nicht in der Lage sich selbst zu schützen“ (Antrag, S. 1-3)

Die Überzeugungen der Therapeut*innen erscheinen fest und werden als Tatsachen dargestellt (z.B. indem nicht im Konjunktiv formuliert wird).

Als Motive für die Behandlung von Patientinnen entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ lassen sich folgende drei Aspekte herausarbeiten. Erstens wird über die Zugehörigkeit zu und den Austausch im „Kreis der Expert*innen“ eine In- und Outgroup konstruiert. Die eigene Gruppe verfüge über Spezialwissen, über das andere nicht verfügten oder vor dem sie die Augen verschlössen. So kann eine erste Aufwertung als „Eingeweihte*r“ stattfinden. Zweitens bindet das Narrativ „rituelle Gewalt“ Patientinnen an Therapeut*innen. In diesen Fällen ist das scheinbare Spezialwissen über „rituelle Gewalt“, den Ausstieg aus diesen Gruppen und gezielte Abspaltungen von Persönlichkeitsanteilen vermeintlich notwendig, um die Patientinnen adäquat behandeln zu können. Für die Patientinnen werden die Therapeut*innen zu den einzigen Helfer*innen in einer gefährlichen Welt. Hierdurch kann eine zweite Aufwertung als „Retter*in“ stattfinden. Drittens werden Therapeut*innen auch in Bezug auf andere mit dem Fall befasste Institutionen zu kompetenten Ansprechpersonen in allen Fragen zu den

Patientinnen. Dies bezieht sich in den uns vorliegenden Fällen beispielsweise auf die Polizei, den Rettungsdienst und Sozialarbeiter*innen in der Beratung, Betreuung und Vormundschaft. So kann es zu einer dritten Aufwertung als „Expert*innen“ kommen.

In einigen der Fälle äußern Angehörige anderer Professionen Zweifel an den Überzeugungen bzw. deren Übertragung auf die Patientinnen. In anderen Fällen gibt es Klinikberichte zu stationären Aufenthalten und Gutachten, die alternative Diagnosen und Erklärungen anführen. Weder die Zweifel noch die Alternativerklärungen führen zu einer Abkehr der Therapeut*innen von ihren Überzeugungen. Das folgende Beispiel für eine Deutung der Situation zwischen Therapeutin und Patientin stammt aus einem Polizeibericht, der zum (vorläufigen) Abschluss von durch die Therapeut*in gegen Unbekannt initiierten Ermittlungen verfasst wurde. Der verfassende Polizist war über 8 Monate mit den Ermittlungen beschäftigt. Es wurden Schilderungen der Patientin von Übergriffen von der Therapeutin an die Polizei weitergeleitet und mit den Überwachungsmaßnahmen verglichen.

„Zusammengefasst kann gesagt werden, dass bei keinem der von Patientin geschilderten Übergriffe auf ihre sexuelle Integrität eine reale Täterkonfrontation mit ihr festgestellt werden konnte. [Hervorheb. i.O.]“ (Polizeibericht, S. 7)

„Dafür besucht Patientin in der Regel wöchentlich zwei Mal, Therapiesitzungen mit Therapeutin [...] Therapeutin ist gemäss den Erkenntnissen der Untersuchungen für Patientin praktisch rund um die Uhr erreichbar und pflegt einen regen Austausch, meist per WhatsApp oder per Telefon.“ (Polizeibericht, S. 4)

Er entwickelt am Ende des Berichts eine alternative Erklärung:

„Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Patientin 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 die Patientin übernehmen konnten, konnte bei keinem der Telefongespräche jemals ein anderer Anteil festgestellt werden. Lediglich bei den nicht verwertbaren Gesprächen von Patientin mit Therapeutin konnte festgestellt werden, dass Patientin in unterschiedlichen, teils kindlichen Formen mit Therapeutin kommunizierte“ (Polizeibericht, S. 7)

„Für den Schreibenden stellt sich abschliessend die Frage, ob die von Patientin 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.“ (Polizeibericht, S. 29)

Auch ein Richter, der in einem der Fälle ein Urteil über das Fortbestehen einer psychiatrischen Unterbringung mit Freiheitsentzug entschied, macht in einem Brief an einen Psychiater seine eigene Einschätzung des Falls deutlich:

„Der Fall ist bemerkenswert. Nicht zuletzt wegen der „Folie à système“, von welchem das beiliegende Gutachten der Chefetage des Klinikums X zeugt. [...] Frau X 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, zumindest nicht in den letzten Jahren.“ (Anschreiben, S. 1)

4.2.4 Welche Folgen haben die Behandlungen entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“?

Die Behandlungen, die entsprechend der Annahmen des Narrativs „rituelle Gewalt“ durchgeführt werden, haben Folgen für unterschiedliche Personengruppen und auf unterschiedlichen Ebenen. Hinsichtlich der Personengruppen betreffen sie die Patient*innen selbst, aber auch deren Angehörige. Beispielsweise wird in den Therapien regelhaft über die Möglichkeit einer Strafanzeige gegen „Täter*innen“ informiert und z.T. mit Opferberatungsstellendiesbezüglich kooperiert. In zwei der uns vorliegenden Fälle wurden Ermittlungsverfahren eingeleitet und aus Mangel an Beweisen wieder eingestellt. Die Ermittlungen können zu Stigmatisierung und Ausgrenzung der Angehörigen führen und die Beziehungen innerhalb der Familie nachhaltig belasten.

Die Folgen für alle Patientinnen, die tief in das Narrativ eingetaucht sind, sind massiv und langanhaltend. Hierzu zählen beispielsweise die Verschlechterung des Gesundheitszustands,

eine Zunahme von Symptomen bzw. deren Schwere sowie ein Herabsetzen der Alltagsbewältigung. Patientinnen beschreiben ein ständiges Gefühl von Angst und Gefährdung, weil jede Person potentiell ein*e Täter*in sein könnte. Zugleich erleben sie eine tiefgreifende Verunsicherung hinsichtlich ihrer Identität. Sie beschreiben, dass mit dem „Auftauchen“ von immer mehr Anteilen in Therapie, mit denen dann separat gearbeitet wird, sie das Gefühl für sich und wer sie sind verlieren. Die Verunsicherung werde dadurch verstärkt, dass sie den Eindruck gewinnen, keine Kontrolle über sich und ihr Leben zu haben, sondern im Gegenteil, sich selbst misstrauen müssten, da es „täterloyale Anteile“ gebe, die sie der Gewalt zuführten und Therapie sabotieren würden. Ihr Leben sei während der Behandlung nahezu ausschließlich auf diese ausgerichtet gewesen und habe kaum andere Inhalte gehabt. Dazu gehöre eine Isolation von Familie und Freunden, so dass sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben massiv eingeschränkt waren. Viele der Folgen persistierten auch nach der Ablösung aus der Indextherapie und belasteten sie weiterhin. Hinzu komme, dass es extrem schwierig sei, kompetente therapeutische Folgehilfe zu erhalten. Das Erwähnen einer vorherigen Fehlbehandlung sowie des Narrativs „rituelle Gewalt“ führe zumeist dazu, dass angefragte Therapeut*innen sie als Patientinnen ablehnten. Erschwerend komme hinzu, dass es keine spezifische Anlaufstelle gebe.

Folgen während der Therapie	Folgen nach Verlassen der Therapie
• Verlust einer Zukunftsperspektive • Identitätsverunsicherung/ „Zersplitterung“ • Herabgesetzte Alltagsbewältigung • Verschlechterung des Gesundheitszustands • Ignorieren tatsächlicher Traumata • Gefühl von Gefährdung	• Verlust von Zugehörigkeit • Verlust einer Weltsicht (erneut) • Misstrauen • andauernde Angst • Verlust des Selbst-Verständnisses • Identitätsverunsicherung (anhaltend) • „Zersplitterung“ (anhaltend) • Alleinsein

• Gefühl des Kontrollverlusts/Ohnmacht • Misstrauen gegenüber sich selbst • Teilhabeverlust/Isolation • Verlust von Lebensqualität	• Scham • Schwierigkeiten, kompetente therapeutische Hilfe zu finden • Mangel an Ansprechpartnern/Folgehilfe • Finanzielle Folgen
---	--

Tabelle 2: Folgen für direkt betroffene Patient*innen

Auch auf einer allgemeinen, nicht personenbezogenen Ebene haben Behandlungen entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ und die um „rituelle Gewalt“ polarisiert geführte Diskussion Einfluss: und zwar auf die Bewertung der Qualität und den Ruf von Psychotherapie. Dies betrifft vor allem die Wahrnehmung unter Laien, aber auch die Diskurse unterschiedlicher Fachdisziplinen.

Indirekt hat die Behandlung entsprechend der Prämissen des Narrativs „rituelle Gewalt“ auch für andere Betroffene von Gewalt Auswirkungen: auf die Bewertung von Glaubhaftigkeit im Strafverfahren. Auch wenn mittlerweile Konsens besteht, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht grundsätzlich die Glaubhaftigkeit einer Aussage in Frage stellt, sondern vielmehr im Einzelfall bei der Beurteilung der Glaubhaftigkeit berücksichtigt werden muss, (Bundesministerium der Justiz, 2024) stärken der Diskurs und die in den entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ durchgeführten Therapien mit den darin generierten falschen bzw. Scheinerinnerungen dasjenige Lager, das einer Psychotherapie vor Aussage im Strafverfahren skeptisch gegenübersteht – und nehmen damit negativ Einfluss auf Betroffene, die somit ggf. erst später geeignete Hilfe erhalten/in Anspruch nehmen können.

5. Weitere Studien zum Narrativ „rituelle Gewalt“ und zur Dissoziativen Identitätsstörung

Gerade in einem hoch polarisierten Diskurs, wie dem um „rituelle Gewalt“, ist es von besonderer Bedeutung, die verwendeten Begrifflichkeiten genau anzusehen. Für den Diskurs

prägend ist die Definition des Fachkreises „Sexualisierte Gewalt in organisierte und rituelle Gewaltstrukturen“ beim Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend von 2018. In dieser werden mehrere Formen von Gewalt verwoben:

„Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt ist 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 [...] 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“ (Fachkreis „Sexualisierte Gewalt in organisierte und rituelle Gewaltstrukturen“, 2018, S. 5)

Im weiteren Sinne gehören zu dieser Definition die Annahmen, dass Personen bereits als Kleinkinder an die Täter*innen und die der Gruppe zugrunde liegende Ideologie gebunden würden. Mittels gezielter Aufspaltung der kindlichen Persönlichkeit in verschiedene Anteile, die für bestimmte Zwecke trainiert würden, könnten Täter*innen Betroffene jederzeit steuern und sichergehen, dass diese keine bewusste Erinnerung an erlebte Gewalt hätten. Diese Form der „Mind Control“ bzw. „Programmierung“ gewährleiste umfassende Kontrolle und Ausbeutung der Betroffenen (z.B. Behrendt et al., 2020; Kownatzki et al., 2012; Nick et al., 2018; Salter, 2012; Schröder et al., 2020b, 2020a).

Die Definition des Fachkreises vermischt organisierte, sexualisierte und rituelle Gewalt miteinander und schafft so eine Art Sammelkategorie „ORG“. Damit fallen auch Phänomene, die international als „commercial sexual exploitation“, „sex trafficking“, „juvenile prostitution“, „multi-perpetrator abuse“ sowie „organized sexual abuse“ bezeichnet werden, darunter. Eine systematische Literaturrecherche und ein darauf aufbauender Vergleich der darunter gefassten Phänomene im Rahmen einer Expertise zeigt, dass – anders als die deutsche ORG-Definition nahelegt – innerhalb der internationalen Literatur die unterschiedlichen Gewaltformen kaum gemeinsam betrachtet werden. Darüber hinaus ist die Schnittmenge des deutschen ORG-Diskurses mit dem (internationalen) Forschungsbereich zu sexueller Ausbeutung gering (Gerke et al., 2023).

Im internationalen Sprachgebrauch wird „ritual abuse“ für sehr divergierende Phänomene verwendet. Beispielhaft für diese Divergenz sollen zum einen die Definition für rituelle Missbrauchsfolter (ritual abuse torture) der Kanadierinnen Sarson und MacDonald (2008) sowie

die Definition von religiöser ritueller Gewalt der Iranerin Nobakht und des Norwegers Dale (2018) genannt werden.

„RAT [ritual abuse torture] involves paedophilic parents and transgenerational family members, guardians, and like-minded adults who abuse, torture, and traffic their or other children. They also organize violent group gatherings using 'rituals and ceremonies'. If unable to exit, a girl child can become a captive and exploited adult.“ (Sarson & MacDonald, 2008, S. 422)

“‘Religious/Ritual Abuse (RA)’ will be used ... as an overarching label of any type of abuse or maltreatment which is legitimized by, and/or occurs under the guise of religion and pseudo-religion including mystical movements and Satanism.“ (Nobakht & Dale, 2018, S. 3576)

Unter letztere Definition fallen auch Handlungen, wie das Vernachlässigen oder Verweigern der Behandlung einer Krankheit aufgrund religiöser Überzeugungen, beispielsweise die Fremdbluttransfusion durch Mitglieder der Zeugen Jehovas oder anderer Glaubensgemeinschaften (Schelling, 2022).

Die unklaren Abgrenzungen unterschiedlicher Untersuchungsfelder im Bereich der sexualisierten Gewalt gehen damit einher, dass zum Teil unzulässige Vergleiche gezogen werden. So werden Informationen und Ermittlungserkenntnisse zu grausamer (sexualisierter) Gewalt, die organisiert und in Gruppen verübt wird, wie sie beispielsweise in Folterberichten von Amnesty International oder Presseberichten des BKAs zur Abschaltung von Darknet-Plattformen wegen der Verbreitung von Abbildungen sexualisierter Gewalt an Kindern dokumentiert werden, im Kontext des Narrativs in unzulässiger Weise genutzt, um die Existenz „ritueller Gewalt“ zu belegen (z.B. Becker, 2010; Huber et al., 2019). Für die spezifischen Merkmale, die nach der zuvor genannten Definition im engeren Sinne „rituelle Gewalt“ kennzeichnen, also die Einbettung in eine Ideologie und die Manipulation mittels „Mind Control“ bzw. „Programmierung“ gibt es hingegen keine objektiven Beweise. Selbstberichte von vermeintlich Betroffenen sowie Therapeut*innen, die diese behandeln, sind ebenfalls als Beweis für die Existenz herangezogen worden (Behrendt et al., 2020; Nick et al., 2018). In der Zwischenzeit sind die Limitationen dieser Studien stärker thematisiert und ist deutlich gemacht worden, dass sie aufgrund ihrer Methodik keine belastbare Quelle für ein Urteil hinsichtlich der Existenz „ritueller Gewalt“ sein können (Mokros et al., 2024).

Bislang fehlte es an verlässlichen Häufigkeitsangaben zu „ORG“. In einer repräsentativen Untersuchung (Gerke et al., 2024) wurden Teilnehmende einerseits direkt befragt, ob sie in ihrer Kindheit organisierte, sexuelle und/oder rituelle Gewalt erlebt hätten. Dies bejahten 13 von 2515 Personen, also 0,5%. Neben dieser direkten Frage wurden auch die einzelnen definitorischen Kriterien organisierter, sexueller und/oder ritueller Gewalt abgefragt. Im Jahr 2022 bejahten je 1 Person die Kriterien für organisierten sexuellen Gewalt (OG) und rituelle Gewalt (RG). Im Jahr 2023 bejahten 4 Personen (0,2%) die Kriterien für organisierten sexuellen Gewalt und 1 Person jene für rituelle Gewalt. Es fällt auf, dass es nur eine geringe Überschneidung derjenigen, die die direkte Frage bejahten und derjenigen, die die definitorischen Kriterien erfüllten (OG n = 1, RG n = 0). Damit ist zu hinterfragen, was mit der direkten Frage überhaupt erfasst wird. Und es muss berücksichtigt werden, dass viele Studien auf Selbstangaben anhand ebendieser Frage beruhen (Gerke et al., 2024).

Nach der Zusammenschau all dieser Erkenntnisse zum Phänomen „rituelle Gewalt“ stellt sich die Frage, ob es gerechtfertigt ist, diese als eine spezifische, eigenständige Form der Gewalt zu klassifizieren und ihr damit eine schillernde, faszinierende Sonderrolle einzuräumen. Zunächst ist dazu eine Abgrenzung zu in unterschiedlichen Religions- und weltanschaulichen Gemeinschaften traditionell praktizierten Riten, die als deren „normale“ und akzeptierte Ausdrucks- und Vollzugsform gelten, zu treffen. Zwar besteht immer die Gefahr, dass die Ritenpraxis einer Gruppe für die Ausübung von Gewalt im Sinne einer Täterstrategie genutzt wird, in der anthropologischen, soziologischen und religionswissenschaftlichen Literatur zu Riten findet sich aber kein Hinweis auf Gruppen, die entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ Riten ausschließlich zur Ausübung von (sexualisierter) Gewalt praktizierten.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Machtmissbrauch als Täterstrategie bei allen Arten sexuellen Missbrauchs eine Rolle spielt. Macht ist zumeist Primärmotivation, neben welcher sexuelle und finanzielle Interessen als weitere Motive identifiziert werden können (z.B. Leclerc & Tremblay, 2007; Kuhle et al., 2015). Die Autor*innen dieses Textes sprechen sich daher dafür aus, „rituelle Gewalt“ nicht als ein eigenständiges Gewaltphänomen neben organisierter, sexualisierter Gewalt zu verstehen, sondern die dazugehörige ideologische Rahmung als Rationalisierung oder (scheinbar) ideologische Begründung des Machtmissbrauchs als eine Täterstrategie zu begreifen.

Im Rahmen der oben vorgestellten explorativen Studie zu Behandlungen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ beantwortete eine Fachärztin für Psychiatrie, die in ihrer Berufslaufbahn drei Fälle „ritueller Gewalt“ gesehen hatte, die Frage nach ihrer subjektiven Definition bzw. nach Kriterien mittels derer sie die drei Patient*innengeschichten in die Kategorie „rituelle Gewalt“ oder „rituellen Missbrauch“ einsortiert habe, folgendermaßen, und auch hier zeigt sich die starke Betonung der Machtausübung der Täter:

„Ich glaube, das erste, was ich bei 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.“ (IV 17, Z. 132-143)

Wie in der qualitativen Studie außerdem herausgearbeitet werden konnte, ist für die Behandlung entsprechend des Narrativs „rituelle Gewalt“ eine Diagnose der Patientinnen mit der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) konstitutiv. Diese Störung ist erst seit Inkrafttreten der ICD-11 im Jahr 2022 offizielle Diagnose im deutschsprachigen Raum⁸. In der ICD-10 ist die DIS unter dem Begriff „Multiple Persönlichkeitsstörung“ bei den sonstigen dissoziativen Störungen eingeordnet.

Mittels einer Auswertung von Krankenkassendaten wurde die Prävalenz der Diagnose Multiple Persönlichkeitsstörung (MPS; ICD-10: F44.81) sowie Komorbiditäten und

⁸ Wie oben bei den Ausführungen zum „Kreis der Expert*innen“ aufgeführt, gehörte auch vor Einführung des ICD-11 die Diagnose „DIS“ zu deren Vokabular und wurde als solche gestellt. Da bislang immer noch keine Regierungsamtliche Übersetzung der ICD-11 im deutschsprachigen Raum vorliegt, können im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor nur ICD-10 Diagnosen, z.B. im Rahmen der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen gestellt werden. Grundlage bis zur offiziellen Einführung der ICD-11 im deutschsprachigen Raum ist die ICD-10 GM. Dabei steht GM für German Modification. Dies bezeichnet die amtliche deutschsprachige Fassung, die im Übrigen auch die Grundlage bei der Feststellung einer seelischen Behinderung nach § 35 a SGB VIII bei Kindern und Jugendlichen darstellt.

Behandlungsformen in Deutschland für den Zeitraum von 2012-2021 untersucht (Bachmann et al., submitted). Die administrative Prävalenz der MPS stieg im Zeitraum von 2012-2021 deutlich um 58,5% (von 4,1/100.000 auf 6,5/100.000) an, mit den höchsten Prävalenzen bei 17- bis 24-Jährigen und einem Verhältnis von 6:1 für Frauen und Männer. Eine entsprechende Analyse ergab einen ähnlichen Anstieg der Diagnosen der Borderline Persönlichkeitsstörung (+49,5%) und einen deutlich höheren Anstieg der Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung (+104,9%). Im Jahr 2021 hatten 86,4% derjenigen mit einer MPS Diagnose mindestens einer komorbide Störung; 23,9% hatten fünf oder mehr Diagnosen komorbider Störungen. Darunter waren am häufigsten Angststörungen (73,7%), depressive Störungen (60,5%), Persönlichkeitsstörungen (38,9%), Substanzmissbrauch (18,4%) und Essstörungen (15,4%). Nur bei 15,1% der Diagnostizierten liegt eine alleinige Diagnose vor. Es zeigen sich zum Teil sehr deutliche regionale Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit für MPS, mit den höchsten Raten sowohl in stationärem als auch im ambulanten Setting in Schleswig-Holstein und Sachsen (6,3/100.000). Die Betrachtung der Diagnoseprävalenzen wirft einige wichtige Fragen auf: Der Anstieg der MPS Diagnosen resultiert vor allem aus dem ambulanten Setting. Dabei ist zu hinterfragen, ob dies an den höheren Kapazitäten im Vergleich zum stationären Setting liegt oder andere Faktoren hineinspielen. Insgesamt muss bei der Steigerung der Diagnosehäufigkeit abgewogen werden, ob sich damit eine tatsächliche Steigerung der Erkrankung abbildet oder sie auch Ausdruck eines gestiegenen Bewusstseins für die Multiple Persönlichkeit in der Gesellschaft ist. Zuletzt ist die Steigerung der Diagnosehäufigkeit besonders hoch für die Altersgruppe der 17-24-Jährigen, wo es im Untersuchungszeitraum zu einer Verdreifachung gekommen ist. Hier ist ein möglicher Einfluss von Social Media auf Selbst-Diagnosen, mit denen diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich für die psychotherapeutische Behandlung vorstellen, zu berücksichtigen. Für andere Störungen, wie beispielsweise TIC-Störungen, konnte ein Einfluss von Social Media Darstellungen der Störung auf Vorstellungen junger Menschen mit der Selbst-Diagnose festgestellt werden (Müller-Vahl et al., 2022). Giedinghagen et al. (2023) schlagen den Begriff des „Social Media Associated Abnormal Illness Behavior (SMAAIB)“ (mit sozialen Medien verbundenes abnormales Krankheitsverhalten) vor, um durch den Konsum sozialer Medien hervorgerufene scheinbare Krankheitssymptome zu beschreiben. Die Selbstzuordnung kann gerade jungen Menschen ein Wir-Gefühl bzw. ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln. Ebenso kann der Austausch über die Störung Identität stiften und Besonderheit vermitteln. Die Selbstidentifikation mit der

Dissoziativen Identitätsstörung kann als eine Art Lösung nach Suizidalität, bei selbstverletzendem Verhalten sowie im Umgang mit Geschlechtsinkongruenz empfunden werden. Auf einigen der Kanäle bzw. Accounts wird „rituelle Gewalt“ als mögliche Ursache für die Entstehung der Dissoziativen Identitätsstörung thematisiert (Giedinghagen, 2023; Porter et al., 2024; Rettew, 2022).

In den sozialen Medien gibt es zahlreiche Accounts, die sich mit der Dissoziativen Identitätsstörung befassen, auf denen Betroffene von ihren Symptomen, Diagnose, Behandlung und ihrem Alltag mit der Störung berichten. Munoz et al. (2024) bewerteten die in sozialen Medien zur Dissoziativen Identitätsstörung dargestellten Inhalte als in Qualität und Reliabilität niedrig. Dies gelte vor allem für TikTok. Darüber hinaus weisen Salter et al. (2024) darauf hin, dass in sozialen Medien bei der Darstellung der Dissoziativen Identitätsstörung ein spezifisches eigenes Vokabular verwendet wird und sich Ähnlichkeiten der Inszenierung mit Rollenspielen finden. Das Phänomen der „imitierten DIS“ ist nicht neu. So nahmen bereits 1993 Boon & Draijer in ihrer Untersuchung eine Differenzierung zwischen imitierter und echter Dissoziativer Identitätsstörung vor und auch in der ICD-10 wurde im Hinblick auf die MPS auf iatrogene und kulturspezifische Effekte hingewiesen. Vor diesem Hintergrund bilden die sozialen Medien mit ihrer Reichweite und ihrer Beliebtheit insbesondere bei jungen Menschen keinen neuen, wohl aber einen transformierten Nährboden für historisch lang bekannte Phänomene sozialer Ansteckung bzw. der „Massenhysterie“ (Bartholomew & Wessely, 2002).

6. Fazit: Prävention von Fehlbehandlung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Die in Kapitel 4 vorgestellte qualitative Studie von medizinisch-therapeutischen Behandlungsfehlern im Kontext des Narrativs „ritueller Gewalt“ hat einige Überschneidungen und Ähnlichkeiten mit den Phänomenen des sexuellen Missbrauchs in Institutionen und durch Angehörige der Heilberufe deutlich gemacht. Auf der anderen Seite gibt es auch Aspekte, die sich unterscheiden. Zu den Ähnlichkeiten gehören soziale Grenzverletzungen im Sinne eines zweigleisigen Beziehungsaufbaus und eines Eindringens in den Privatraum. Darüber hinaus wird mit Manipulation die Abhängigkeit der Betroffenen fixiert (bis hin zu realen Fixierungen, und tatsächlichem Festhalten etc.). Manipulationen geschehen in Form von

Verunsicherungen sowie der Einflussnahme auf Bewertungen und Entscheidungen der Betroffenen. Ein sexueller Missbrauch kann durch einen unklaren Handlungsrahmen erleichtert werden. Dazu kann beispielsweise gehören, dass das medizinisch-therapeutische Ziel nicht klar vereinbart und kommuniziert wird oder der zeitliche Rahmen für eine Behandlung überschritten wird. Laut Stuhler et al. (2019) sind typische Merkmale des sexuellen Missbrauchs durch Angehörige der Heilberufe Sexualisierung, ökonomische Ausbeutung und Rollentausch. Zur Sexualisierung zählen sie eine verbale Erotisierung, die Suche nach Nähe und eine sexualisierte Körpersprache, der Aufbau von Körperkontakt sowie die Aufforderung zu sexuellen Handlungen. Der Rollentausch umfasst Selbstoffenbarungen gegenüber den Patient*innen sowie Rationalisierungen des eigenen Verhaltens von Seiten der Angehörigen der Heilberufe.

Kontrastierend dazu gehen die in der Studie betrachteten toxischen therapeutischen Beziehungen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ mit der Schaffung einer starken Abhängigkeit einher. Zum einen werden Patientinnen vom sozialen Umfeld isoliert, das dem „Ritual-Gewalt“-Narrativ zufolge potentiell gefährlich sei. Zum anderen wird den Patientinnen mittels der Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung jegliche Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und damit die Autonomie abgesprochen. Darüber hinaus werden Eingriffe in die Grundrechte der Patientinnen durch die Rolle als Therapeut*in legitimiert. Die Therapeut*innen sehen es in dem Kontext als ihre Aufgabe, Patientinnen vor weiterer Gewalt zu schützen und sehen sich daher berechtigt, z.B. Polizei und Staatsanwaltschaft zur Ermittlung einzuschalten oder freiheitsentziehende Maßnahmen zu beantragen. An dieser Stelle wird ein wichtiger Unterschied zu Missbrauch durch Angehörige von Heilberufen deutlich: während letztere im Bewusstsein um das Unrecht ihrer Handlungen agieren und diese selbst als Verstoß gegen Standes- und Strafrecht bewerten, handeln die Therapeuten in den vorgestellten toxischen Beziehungen aus der Überzeugung, das „Richtige“ und „Gute“ zu tun. Sie sind überzeugt von der Gefährdung und anhaltenden Viktimisierung ihrer Patientinnen und sehr engagiert, diese „retten“ zu wollen.

Hoffmann (2024) hat Risikofaktoren für (sexualisierte) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich auf unterschiedlichen Ebenen herausgearbeitet. Davon lassen sich zahlreiche auch für die fehlerhaften Behandlungen im Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ wiederfinden. Auf Ebene der Patient*innen sind dies eine psychische Erkrankung, soziale Isolation

und eine Vorgeschichte belastender Kindheitserfahrungen. Auf Ebene der medizinischen Fachkraft gehören dazu eine mangelnde Fachlichkeit (hier im Sinne einseitiger Weiterbildungen und zu wenig Reflexion) sowie persönliche Defizite, wie „Retterphantasien“. Auf Ebene der Interaktionen sind unbeaufsichtigte Einzelkontakte, langfristige Vertrauensverhältnisse und die Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen übertragbare Risikofaktoren. Auf struktureller Ebene der Organisation sind ein unzureichendes Beschwerdemanagement, Informationsdefizit bei Patient*innen sowie Hierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse mit einem erhöhten Risiko verbunden (Hoffmann, 2024). Psychotherapie ist ein weitgehend geschlossenes System mit wenig Kontrolle von außen, über das der*die Therapeut*in bestimmt. Dies ist eine Parallele zu (sexuellem) Missbrauch in Institutionen, der durch die Totalität von Institutionen sowie eine „Kultur des Wegsehens“ erleichtert wird (Lohse et al., 2021).

Abschließend soll der Bogen zurück zu den Belmont-Prinzipien einer guten medizinischen Praxis geschlagen werden. Nach dem altgriechischen Ausdruck „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“ sollte das Nichtschadensgebot primäre Handlungsmaxime sein. Für die Fälle, welche in die in Kapitel 4 vorgestellte Studie aufgenommen wurden, zeigen sich jedoch eine ganze Reihe von Schädigungen der Patientinnen, die sich während der Behandlung entwickelt haben⁹. Hierzu zählen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, eine Verringerung der Teilhabe und Selbständigkeit der Patientinnen, eine soziale Isolation der Patientinnen (vgl. 4.2.4). Diese können nicht als Nebenwirkungen einer korrekt durchgeführten Therapie eingeordnet werden, denn die Psychotherapien in diesen Fällen sind gekennzeichnet von Grenzverletzungen, Kunstfehlern und unethischem Verhalten. Diese zeigen sich in einer ausgeweiteten Kommunikation und zum Teil ständigen Erreichbarkeit der Therapeut*innen. In der Kommunikation zwischen Therapeut*innen und Patientinnen verwischt die Grenze zwischen Professionellem und Privatem, so dass sich auch über Privates ausgetauscht wird (z. B. eine Operation eines Familienmitglieds oder das Leeren des Briefkastens der Patientin durch die Therapeutin während erstere in stationärer Behandlung ist). In schriftlichen Dokumenten werden teilweise fragwürdige Methoden benannt, die angewendet werden, z.B. die Interaktion mit Persönlichkeitsanteilen als wären dies eigenständige Personen und imaginative, assoziative Methoden. Ebenfalls im schriftlichen Material dokumentiert ist das Übergehen von Zweifeln am Narrativ „rituelle Gewalt“

⁹ Anhand der Forschungsdaten kann nicht monokausal von der Behandlung auf die Folgen geschlossen werden. Hierzu müssen auch die komplexen Krankengeschichten der Patient*innen berücksichtigt werden.

anderer Fachkräfte bzw. das Nicht-Aufgreifen alternativer Erklärungsansätze. Die Fokussierung auf das Thema der „rituellen Gewalt“ führt dazu, dass benennbare und gegenüber den Therapeut*innen angesprochene Traumatisierungen nicht bearbeitet werden. In einzelnen Fällen sind (sexualisierter) Körperkontakt in Therapiesitzungen, ein hastiger Abbruch der Therapie, der Austausch mit anderen Fachkräften ohne das Wissen der Patientin, die Gabe einer Schlafmedikation, um vermeintliche Treffen mit „Tätern“ zu verhindern sowie eine stationäre Einweisung zum selben Zweck dokumentiert. Diese Kunstfehler und das unethische Verhalten müssen im Kontext der Überzeugungen der Therapeut*innen vom Narrativ „ritueller Gewalt“ verstanden werden. Dies bedeutet nicht nur, dass sie umstrittene Überzeugungen vertreten, sondern dass diese maßgeblich die Gestaltung der Psychotherapie beeinflussen haben. Im festen Glauben, einzige Rettung für diese Patientinnen zu sein und ihnen Gutes zu tun, überschreiten die hoch engagierten Therapeut*innen Grenzen und brechen das erste Gebot der Medizinethik – sie fügen den Patientinnen Schaden zu.

Im Hinblick auf Behandlungsfehler in der Psychotherapie im Allgemeinen und im spezifischen Kontext des Narrativs „rituelle Gewalt“ können verschiedene Ansatzpunkte zur Sicherung von Qualität und zur Prävention von Behandlungsfehlern adressiert werden. Erstens sollten diese Themen in den noch stattfindenden Psychotherapieausbildungen und in den neuen Psychotherapieweiterbildungen thematisiert werden. Darüber hinaus sollte es mehr Fortbildungen für Therapeut*innen, aber auch Berater*innen zur Thematik des Narrativs „rituelle Gewalt“ geben, in denen die Risiken persönlicher Überzeugungen für den therapeutischen Prozess behandelt werden und in denen deutlich gemacht wird, auf welche Weise sie Eingang in das therapeutische Handeln finden. Hilfreich können auch Fortbildungen zur Reflexion von Gegenübertragungsgefühlen und „Retterfantasien“ sein. Ebenso sollten das Narrativ sowie damit verwandte Themen, wie Verschwörungsglaube und suggestive Prozesse im therapeutischen Arbeiten, in der psychotherapeutischen Ausbildung stärker berücksichtigt und mit Selbsterfahrung/-reflexion verbunden werden. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Ermunterung zu mehr kritischem kollegialen Austausch und Supervision, die auch bewusst außerhalb der eigenen In-Group gesucht werden könnten.

Zur Orientierung für Patient*innen könnte analog zum Schweizerischen Psychologieberuferegister (PsyReg) des Bundesamts für Gesundheit auch für Deutschland ein öffentlich einsehbares Register für Therapeut*innen erstellt werden, in dem Qualifikationen und ggf. auch

Disziplinarmaßnahmen oder Einschränkungen der Berufsausübung verzeichnet werden können. Darüber hinaus sollten Patient*innen besser über Beschwerdestellen und -möglichkeiten informiert und die Schwelle für Beschwerden herabgesetzt werden. Um eine größere Personenanzahl zu erreichen, könnte dies sowie die Aufklärung über die Rechte von Patient*innen in Psychotherapie auch regelmäßig über populäre Medien geschehen. Ebenfalls könnten Beratungsstellen für Patient*innen, die den Eindruck haben, in ihrer Therapie laufe etwas nicht richtig, und jene, die sich aus einer schädigenden Therapie abgelöst haben, Hilfestellung leisten – bei der Einschätzung einer Therapie, bei der Suche nach einer Anschlusstherapie, beim Beschwerdeverfahren.

Darüber hinaus wäre es wertvoll, um die Prävalenz und Art der Behandlungsfehler in Psychotherapie in Deutschland besser zu verstehen, wenn repräsentative Studien zur Bewertung der Qualität von Psychotherapie durchgeführt würden.

7. Quellenverzeichnis

- Bachmann, C., Zillmer, S., Schink, T., Scholle, O., & Fegert, J. M. (o. J.). Prevalence, psychiatric comorbidity and treatment of multiple personality disorder in Germany: An analysis based on nationwide claims data, 2012–2021. *European Journal of Psychotraumatology*, 1–21.
- Baker, R., & McCullough, L. B. (Hrsg.). (2009). *The Cambridge world history of medical ethics*. Cambridge University Press.
- Bartholomew, R. E., & Wessely, S. (2002). Protean nature of mass sociogenic illness: From pos-sessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *British Journal of Psychiatry*, 180(4), 300–306. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.4.300>
- Becker, T. (2010). Rituelle Gewalt: Was wir über Gewalt ausübende, ideologische Kulte, Täter und Täterstrukturen wissen – eine Betrachtung. In: Fliß C, Igney C. (Hrsg.), *Handbuch Rituelle Gewalt*. (S. 105-134) Pabst Science Publishers.
- 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>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. Penguin Books.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.
- 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.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.489>
- Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). (2024). Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren. 48. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise_Psychotherapie.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Fachgruppe Rechtspsychologie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2023). *Stellungnahme der Fachgruppe Rechtspsychologie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs e. V.) zu Forschung und Beratung im Kontext ritueller sexueller Gewalt*. https://www.bdp-verband.de/fileadmin/user_upload/BDP/website/media/Anlage_2_Stellungnahme_DGPs_FachgruppeRechtspsychologie.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)

- Fachkreis „Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen“ beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). *Sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen Prävention, Intervention und Hilfe für Betroffene stärken*. https://ecpat.de/wp-content/uploads/2018/04/Fachkreis_Empfehlungen_2018_web-2.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Fegert, J. M., & Urbaniok, F. (2024). Rituellex sexueller Missbrauch: Orientierung am Patientenwohl in einer polarisierten Debatte. *Der Nervenarzt*, 95(11), 1071–1078. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01652-2>
- Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N., & Rassenhofer, M. (2013a). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung: Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde*, 32(11), 827–833. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1628558>
- Fegert, J.M., Spröber, N., Rassenhofer, M., Schneider, T. & Seitz, A. (2013b). *Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen*. Beltz.
- Fegert, J.M. (2002). Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen und Abhängigen in Krankenbehandlung, Therapie und Pädagogik. In J.M. Fegert & M. Wolff (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen* (S. 22-52). Votum.
- 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 (2025). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung*. Bundesanzeiger, 652. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3854/DeQS-RL_2024-12-19_iK-2025-01-01.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Gerke, J., Fegert, J., Rassenhofer, M., & Fegert, J. M. (2024). 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., Stachelscheid, A., Mattstedt, F.-K., Fegert, J. M., & Rassenhofer, M. (2023). Expertise zu Begrifflichkeiten und Häufigkeiten im Bereich organisierter sexualisierter und ritueller Gewalt. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm, 1–57. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Expertise_Organisierte_rituelle_Gewalt.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)

- 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>
- Herzog, P., Huntjens, R. J. C., Kaiser, T., & Volbert, R. (2025). Rituelle Gewalt als Form organisierter Kriminalität auf dem wissenschaftlichen Prüfstand: Wo endet die Realität und wo beginnt die Fiktion? *Psychotherapeutenjournal*, 24(2), 126–138. <https://doi.org/10.61062/ptj202502.003>
- Hoffmann, U., König, E., Jung, D., Maier, A., & Fegert, J. M. (2024). Gefährdungsanalyse als Baustein der Entwicklung eines Schutzkonzepts gegen (sexualisierte) Gewalt: Ergebnisse einer Online-Befragung der Mitarbeitenden am Universitätsklinikum des Saarlandes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19(3), 383–390. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01061-4>
- Huber, M., Becker, t. & Kernen, E. (Hrsg., 2019). *Aus vielen Ich sein Selbst?* Junfermann.
- Igney, C. (2022). Organisierte sexuelle Gewalt – Annäherung an ein komplexes Themenfeld. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 20(2), 6–15.
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2021). Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-Verfahren_Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-06-14_barrierefrei.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Knoepffler, N. (2021). *Den Hippokratischen Eid neu denken: Medizinethik für die Praxis*. Verlag Karl Alber. <https://doi.org/10.5771/9783495996911>
- Kownatzki, R., Eilhardt, S., Hahn, B., Kownatzki, A., Fröhling, U., Huber, M., Rodewald, F., & Gast, U. (2012). Rituelle Gewalt: Umfragestudie zur satanistischen rituellen Gewalt als therapeutisches Problem. *Psychotherapeut*, 57(1), 70–76. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0786-z>
- Kuhle, L., Grundmann, D. & Beier, K. (2015). Sexueller Missbrauch von Kindern: Ursachen und Verursacher. In J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen* (S. 109-129). Springer.
- Lakotta, B., & Piltz, C. (2023, März 12). Im Wahn der Therapeuten. *DER SPIEGEL*, 36–42.
- Leclerc, B. & Tremblay, P. (2007). Strategic Behavior in Adolescent Sexual Offenses Against Children: Linking Modus Operandi to Sexual Behaviors. *Sexual Abuse* 19(1), 23-41. <https://doi.org/10.1177/107906320701900104>

- Lexperience AG (Hrsg.). (2022). Untersuchungsbericht in Sachen Clenia Littenheid AG. <https://www.tg.ch/public/upload/assets/137238/Untersuchungsbericht.pdf?fp=1> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Lohse, K., Beckmann, J., & Ehlers, S. (2021). Prävention und Intervention bei innerinstitutionellem sexuellem Missbrauch. Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 1–165. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/Expertise_Praevention_und_Intervention_bei_innerinstitutionellem_Missbrauch.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Maier, T. (2022). Bericht zum Psychiatriezentrum Münsingen AG. Gesundheitsamt der Gesundheits-, Sozial-, und Integrationsdirektion des Kantons Bern, 1(1), 1–46. <https://www.api.news.apps.be.ch/api/news/coe06d9e-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> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- 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>
- Müller-Vahl, K., Pisarenko, A., Jakubowski, E. & Fremer, C. (2022). Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain* 145(2), 476–480, <https://doi.org/10.1093/brain/awab316>
- Munoz, 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, 100707. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100707>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Nick, S., Schröder, J., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2018). Organisierte und rituelle -Gewalt in Deutschland: Kontexte der Gewalterfahrungen, psychische Folgen und Versorgungssituation. *Trauma und Gewalt*, 12(03), 244–261. <https://doi.org/10.21706/tg-12-3-244>

- Nobakht, H. N., & Dale, K. Y. (2018). The Importance of Religious/Ritual Abuse as a Traumatic Predictor of Dissociation. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(23), 3575–3588. <https://doi.org/10.1177/0886260517723747>
- 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>
- 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>
- 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>
- Rassenhofer, M., Etzel, A., Gerke, J., Lipke, K., Hoffmann, U., Helfferich, C., Kavemann, B., & Fegert, J. M. (2021). *Sprechen hilft? Rückblick auf die Kampagne der ersten Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs nach 10 Jahren*. 1–107. https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/211207_Briefeprojekt-Broschure_mit_Einleger_vm.pdf (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Rassenhofer et al. (2013).
- Rehmann, R., & Stämpfli, I. (Regisseure). (2021, Dezember 14). Der Teufel mitten unter uns [Broadcast]. In *Rec. SRF*. <https://www.srf.ch/play/tv/rec-/video/der-teufel-mitten-unter-uns?urn=urn:srf:video:9a8844a9-fa58-4a7e-a6df-144f336d55fo> (letzter Zugriff: 15.9.2025)
- Rehmann, R., & Stämpfli, I. (Regisseure). (2022, Mai 17). Jetzt reden die Opfer—"Satanic Panic" in der Schweiz [Broadcast]. In *Rec. SRF*. <https://www.srf.ch/play/tv/rec-/video/jetzt-reden-die-opfer---satanic-panic-in-der-schweiz?urn=urn:srf:video:6bob39bc-46fe-4762-92ed-7cb7790f8fb3> (letzter Zugriff: 15.9.2025)
- Rehmann, R., & Stämpfli, I. (Regisseure). (2023, Januar 10). Satanic Panic in der Schweiz—Der Fall Leonie [Broadcast]. In *Rec. SRF*. <https://www.srf.ch/play/tv/rec-/video/satanic-panic-in-der-schweiz---der-fall-leonie?urn=urn:srf:video:4e6bbb17-9ce5-4335-bbfa-4c8822323d68> (letzter Zugriff: 15.9.2025)

- Rettew, D. C. (2022). Internet Inspired Self-Diagnosis: A New Phenomenon Calling for an Old Approach. *JAACAP Connect*, 9(3). <https://doi.org/10.62414/001c.92231>
- Salter, M. (2012). The Role of Ritual in the Organised Abuse of Children. *Child Abuse Review*, 21(6), 440–451. <https://doi.org/10.1002/car.2215>
- Salter, M., Brand, B. L., Robinson, M., Loewenstein, R., Silberg, J., & Korzekwa, M. (2024). Self-Diagnosed Cases of Dissociative Identity Disorder on Social Media: Conceptualization, Assessment, and Treatment. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000416>
- Sarson, J., & MacDonald, L. (2008). Ritual Abuse-Torture Within Families/Groups. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 16(4), 419–438. <https://doi.org/10.1080/10926770801926146>
- Schelling, P. (2022). Fremdbluttransfusion und religiöse Anschauungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 119(3), 90–91.
- 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. *Psychotherapeut* 64:455–462, <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>
- 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>
- Schröder, J., Behrendt, P., Nick, S., & Briken, P. (2020a). Hintergründe und psychische Folgen organisierter und ritueller Gewalt – Berichte an die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 88(06), 374–378. <https://doi.org/10.1055/a-1149-2103>
- Schröder, J., Behrendt, P., Nick, S., & Briken, P. (2020b). Was erschwert die Aufdeckung organisierter und ritueller Gewaltstrukturen?: Eine qualitative Inhaltsanalyse der Erlebnisberichte von Betroffenen und Zeitzeug_innen. *Psychiatrische Praxis*, 47(05), 249–259. <https://doi.org/10.1055/a-1123-3064>
- Schwartze, D. & Strauß, B. (2018). Zur Definition und Erfassung von Kunstfehlern und Kunstfehlerfolgen in der Psychotherapie. *Trauma und Gewalt*, 12, 296–306. doi: 10.21706/TG-12-4-296

- Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (2023). *Stellungnahme gegen satanistisches Verschwörungsnarrativ*. <https://sbap.ch/wp-content/uploads/2023/02/Stellungnahme-gegen-satanistisches-Verschoerungsnarrativ.pdf> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- Seifritz, E., & Kawohl, W. (2022). Zusammenfassung des medizinisch-psychiatrischen Abschlussberichts vom 27.06.2022 der externen Untersuchung in Sachen Kirschblütengemeinschaft und PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG. Verwaltungsrat der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG, 1(1), 1–8. <https://www.api.news.apps.be.ch/api/news/coeo6d9e-95f7-4e7c-a1d4-b39a97ocdo85/content/aage3206-47b3-44eb-887b-c1e52d66ee17/assets/preview/74818a7b-678b-41b7-bda4-7dd7092fbe83/2022-11-18-pzm-zusammenfassung-anhang-6-de.pdf> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- 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>
- Strübing, J. (2021). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24425-5>
- Unabhängige Kommission des Bundes zur Aufarbeitung Sexuellen Kindesmissbrauchs (2023). *Stellungnahme zur pauschalen Infragestellung von Betroffenen sexuellen Kindesmissbrauchs in organisierten und rituellen Strukturen*. <https://www.aufarbeitungskommission.de/service-presse/service/meldungen/stellungnahme-zur-pauschalen-infragestellung-von-betroffenen-sexuellen-kindesmissbrauchs-in-organisierten-und-rituellen-strukturen/> (letzter Zugriff: 1.9.2025)
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.; 2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.