

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.  
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

## In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit  
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 17/2025

**Iatrogene Nebenwirkung der Therapie oder eine  
Traumafolgestörung? Eine Reflexion mit dem Blick des  
integrativen Denkens zu den Kontroversen rund um die  
Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung**

*Carole Bäder, Schweiz \**

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Einführung in die Theorie zur Dissoziativen Identitätsstörung
  - 2.1 Definition Dissoziation und Trauma
  - 2.2 Definition und Charakterisierung dissoziativer Störungen
  - 2.3 Diagnosekriterien der dissoziativen Identitätsstörung
  - 2.4 Symptome, Prävalenz, klinische Erscheinungsformen
    - 2.4.1 *Persönlichkeitsanteile und Identitätsfragmentierung*
    - 2.4.2 *Wechsel der Persönlichkeitsanteile und dissoziative Amnesien*
  - 2.5 Differentialdiagnostik
    - 2.5.1 *Andere dissoziative Störungen und Traumafolgestörungen*
    - 2.5.2 *Unterscheidung und Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen*
    - 2.5.3 *Psychotische Störungen*
    - 2.5.4 *Andere neurologische, somatische oder substanzinduzierte Störungen*
3. Die Kontroversen
  - 3.1 Historische Entwicklung der DIS und Einfluss von Medien/Populärkultur
  - 3.2 Artificielle Störung, Münchhausen by internet und Mass Social Media-Induced Illness
  - 3.3 (Satanisch) Ritueller Missbrauch und Mind-Control: die Kontroverse in der Schweiz
  - 3.4 Zusammenfassung zu den Kontroversen
4. Ätiologische Modelle der dissoziativen Identitätsstörung
  - 4.1 Das Traumamodell und die Theorie der strukturellen Dissoziation
  - 4.2 Das sozio-kognitive Modell
  - 4.3 Reflexion und Kritikpunkte zu den ätiologischen Modellen
5. Betrachtung der Kontroversen mit dem Blick des *Integrativen* Denkens
  - 5.1 Metatheorie
    - 5.1.1 *Erkenntnistheorie – Verbindung mit Exzentrizität, Transversalität, Metahermeneutik*
    - 5.1.2 *Wissenschaftstheorie – Reflexion zu fehlenden Konsens-Dissens-Prozessen*
    - 5.1.3 *Anthropologie – Reflexion zu (impliziten) Menschenbildern der Kontroversen*
    - 5.1.4 *Diskursethik und Ko-Respondenz in der therapeutischen Praxis*
  - 5.2 Realexplikative Theorien
    - 5.2.1 *Verbindung mit der anthropologischen & klinischen Krankheitslehre*

- 5.2.2 Die Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie der *Integrativen Therapie*
- 5.3 Einige Gedanken zu Praxeologie & Praxis der Behandlung einer DIS
  - 5.3.1 *Die vier Wege der Heilung und Förderung*
  - 5.3.2 *Die Integrative Traumatherapie*
- 6. Zusammenfassung, Fazit, Ausblick: Kultiviertes Zweifeln, Parrhesie, herakliteisches Denken – einige Abschlussgedanken zur Wichtigkeit des transversalen, pluriformen Denkens
- 7. Zusammenfassung/Summary
- 8. Literaturverzeichnis

## 1. Einleitung

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS), ehemals als multiple Persönlichkeitsstörung bekannt, zählt zu den komplexesten und umstrittensten Diagnosen in der Psychiatrie und klinischen Psychologie. Im ICD-10 wird sie als eine seltene Störung beschrieben, deren mögliche iatrogene oder kulturspezifische Aspekte nach wie vor kontrovers diskutiert werden (ICD-10, S. 223, WHO, 1993). Charakteristisch für die DIS ist das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die mit wiederkehrenden Episoden von Amnesie einhergehen. Trotz der Aufnahme dieses Störungsbild in die gängigen Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 und ICD-11 bleibt die Validität der Störung ein Thema intensiver wissenschaftlicher Debatten. Die Diagnose der DIS gestaltet sich aufgrund unklarer Kriterien, konzeptioneller Probleme und der häufigen Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen nach wie vor als herausfordernd (*Pietkiewicz et al., 2021; Rodewald et al., 2011*).

Die Kontroversen rund um die Diagnose DIS betreffen sowohl die grundsätzliche Validität der Diagnose als auch die Ätiologie der Störung. Während einige Forscher:innen die DIS als eine genuin traumabedingte Erkrankung betrachten, die durch wiederholte, schwerwiegende Kindheitstraumata verursacht wird, argumentieren andere, dass die Symptome eher auf soziale und kulturelle Faktoren, Suggestion oder fehlerhafte Diagnostik zurückzuführen sind. Besonders relevant ist diese Debatte vor dem Hintergrund der Kontroversen zu Verschwörungstheorien wie des rituellen Missbrauchs und Mind-Control-Theorie, welche zu schwerwiegenden Therapieschäden bei einigen Betroffenen geführt hatte. Diese Verschwörungstheorie ist seit den 1980er Jahren eng mit der Diagnose der DIS verknüpft.

In einem ersten Teil der Arbeit wird ein Überblick über den aktuellen Wissensstand, inklusive der Kontroverse und Debatten insbesondere um die Ätiologie dieser Erkrankung, gegeben. In einem zweiten Teil der Arbeit erfolgt anschliessend die Reflexion und Verbindung mit zentralen Konzepten und Perspektiven des integrativen Denkens. Als ergänzende Empfehlung sei auf *Petzold (2021f)* verwiesen, der den Diskurs im Rahmen integrativ-therapeutischer und kulturkritischer Überlegungen erweitert und so zusätzliche Perspektiven zu Phänomenen von Gewalt und Missbrauch eröffnet.

Der zweite Teil dieser Arbeit wird anhand des Tree of Science strukturiert. Es wird in Bezug auf die Metatheorien auf wichtige Punkte der Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Anthropologie sowie Ethik eingegangen und in Verbindung gebracht mit den Debatten rund um die Diagnose der DIS. In Bezug auf die Ebene der realexplikativen Theorien erfolgt eine Reflexion zur anthropologischen sowie klinischen Krankheitslehre sowie der Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie der integrativen Therapie. Auf der Ebene der Praxeologie/Praxis wird auf die vier Wege der Heilung und Förderung sowie die integrative Traumatherapie eingegangen und eine Verbindung hergestellt mit der Behandlung einer DIS.

## 2. Einführung in die Theorie zur Dissoziativen Identitätsstörung

Dieses Kapitel widmet sich einer umfassenden Darstellung der DIS. Neben der Definition der Störung wird ihr vielschichtiges klinisches Erscheinungsbild eingehend beschrieben. Ein besonderer Fokus liegt auf den Diagnosekriterien, wie sie in den Klassifikationssystemen ICD-10, ICD-11 und DSM-5 festgelegt sind. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Diagnostik und wichtigen differenzialdiagnostischen Überlegungen. Besondere Aufmerksamkeit wird der Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen gewidmet, wie beispielsweise Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen sowie anderen dissoziativen und Traumafolgestörungen.

### 2.1 Definition Dissoziation und Trauma

Die Definition des Begriffs Dissoziation ist bis heute nicht einheitlich und stellt Wissenschaftler:innen vor Herausforderungen. Obwohl das Konzept vielfach untersucht wurde, existiert keine allgemein akzeptierte, empirisch fundierte Definition (*Lynn et al., 2012*). Dissoziation wird als ein breites Spektrum von Phänomenen beschrieben, das von nicht-pathologischen Zuständen – wie einer intensiven Konzentration, etwa beim Lesen eines Buches – bis hin zu schwerwiegenden pathologischen Erlebnissen, beispielsweise dissoziativen Amnesien oder Gefühlen der Entfremdung, reicht (*Brown, 2006*). Nicht-pathologische dissoziative Erfahrungen sind häufig, so geben bis zu 90% der Menschen an, dass sie zumindest manchmal dissoziieren (*Gershuny & Thayer, 1999*). Der Begriff der Dissoziation ist und bleibt somit semantisch offen (*Giesbrecht & Merckelbach, 2005*).

Bezüglich der pathologischen Dissoziation bestehen verschiedene Definitionen und Konzeptualisierungen. Pathologische Dissoziation ist nach Bernstein und Putnam (1986) ein Fehlen der normalen Integration von Denken, Gefühlen und Erfahrungen im Verlauf von Bewusstsein und Erinnerungen. Dies wird oft als ein automatischer psychologischer Schutzmechanismus beim Erleben von traumatischen Erfahrungen angesehen, durch welchen sich Menschen auf diese Weise von dem vollen Einfluss dieser Erfahrungen entziehen (*van Ijzendoorn & Schüngel, 1996*).

Im Kontext der DIS wird Dissoziation als eine schwerwiegende Störung der Integration von Identität, Gedächtnis und Bewusstsein betrachtet (*Spiegel, 2006*). Die DIS

geht über bloße Entfremdungserlebnisse hinaus und beinhaltet komplexe Symptome wie Amnesien für Alltagsereignisse und das Wechseln zwischen unterschiedlichen Identitätszuständen.

Die ICD-11 beschreibt Traumata als Ereignisse, die durch außergewöhnliche Bedrohung von katastrophalem Ausmaß gekennzeichnet sind und tiefgreifende psychische und körperliche Reaktionen hervorrufen (World Health Organization [WHO], 2019). Solche Reaktionen äußern sich typischerweise in drei Kernsymptomen: Intrusionen oder Wiedererleben, posttraumatische Vermeidung und Hyperarousal (Gysi, 2021). Traumafolgestörungen sind demnach psychische Erkrankungen, die sich als Reaktion auf belastende oder traumatische Erfahrungen entwickeln können (Gysi, 2021). Die Entwicklung pathologischer Dissoziation wird von einigen Autor:innen kausal mit Traumata in Verbindung gebracht. Insbesondere frühkindliche Traumata wie körperlicher, sexueller und/oder emotionaler Missbrauch erhöhen das Risiko, im späteren Leben dissoziative Symptome zu entwickeln. *Dutra* und Kolleg:innen (2009) zeigten, dass frühe Vernachlässigung oder Missbrauch das Ausmaß an dissoziativen Symptomen vorhersagen kann. In Studien zu DIS wurden bei Betroffenen auffallend hohe Raten von selbstberichteten Kindheitstraumata dokumentiert (*Ellason et al.*, 1996). Diese kausale Beziehung zwischen Dissoziation und erlebten Traumatisierungen wird jedoch auch von einigen Forscher:innen bezweifelt (*Giesbrecht & Merckelbach*, 2005). Die hohe Korrelation zwischen Dissoziation und der Neigung zu fantasieren, kognitiven Fehlern, Suggestibilität sowie einem gestörten Schlaf-Wach-Zyklus zeigen ein komplexeres Bild und verdeutlichen, dass der kausale Zusammenhang umstritten ist und viele verschiedene Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen (*Giesbrecht & Merckelbach*, 2005).

## *2.2 Definition und Charakterisierung dissoziativer Störungen*

Dissoziative Störungen umfassen eine Gruppe psychischer Erkrankungen, die durch eine grundlegende Störung oder Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten gekennzeichnet sind (APA, 2013). Diese Störungen können potenziell alle Bereiche psychischer Funktionen beeinträchtigen und treten häufig im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen auf. Im DSM-5 sind

sie klar definiert und umfassen die DIS, die dissoziative Amnesie, die Depersonalisations-/Derealisationsstörung, andere näher bezeichnete dissoziative Störungen und nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (APA, 2013).

In Bezug auf die Kategorie der dissoziativen Störungen werden positive sowie negative dissoziative Symptome unterschieden (APA, 2013; *Spiegel et al.*, 2011):

- *Positive dissoziative Symptome*: Sie umfassen unerwünschte Störungen des Bewusstseins und Verhaltens, wie beispielsweise die Fragmentierung der Identität, Depersonalisation (das Gefühl, vom eigenen Selbst entfremdet zu sein), und Derealisation (die Wahrnehmung, dass die Umgebung unwirklich scheint).
- *Negative dissoziative Symptome*: Diese betreffen die Unfähigkeit, Informationen abzurufen oder psychische Funktionen zu kontrollieren, die normalerweise zugänglich oder regulierbar wären, etwa in Form von Amnesien.

Dissoziative Störungen sind im DSM-5 zwar in einem eigenen Kapitel aufgeführt, aber direkt neben den Trauma- und belastungsbezogenen Störungen platziert, was der engen Beziehung zwischen diesen diagnostischen Gruppen entspricht (APA, 2013). Gemäss einigen Forscher:innen weisen dissoziative Störungen eine hohe positive Korrelation mit der Häufigkeit sowie des Schweregrades erlebter traumatischer Erfahrungen zusammen (*Nijenhuis & van der Hart*, 2011). Wichtig für das Verständnis dissoziativer Störungen ist, dass es sich hierbei um eine korrelative, nicht um eine nachgewiesene kausale Beziehung handelt (*Giesbrecht & Merckelbach*, 2005).

Dissoziative Störungen sind häufig mit einem deutlich eingeschränkten globalen Funktionsniveau verbunden; Betroffene erleben oft Schwierigkeiten in nahezu allen Lebensbereichen, einschliesslich sozialer Beziehungen, beruflicher Tätigkeiten und Alltagstätigkeiten (APA, 2013; *Johnson et al.*, 2006). Zusätzlich weisen Menschen mit einer dissoziativen Störung eine hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Erkrankungen auf, insbesondere mit affektiven Störungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (APA, 2013). Unter den dissoziativen Störungen gilt die DIS als schwerwiegendste Erkrankung (*Johnson et al.*, 2006).

Folgende dissoziative Störungen werden im DSM-5 unterschieden (APA, 2013):

- *Depersonalisations-/Derealisationsstörung*: Diese Störung ist durch anhaltende oder wiederkehrende Episoden von Depersonalisation und/oder Derealisation gekennzeichnet. Depersonalisation umfasst ein Gefühl des Unwirklichkeitserleben oder Entfremdung vom eigenen seelischen, körperlichen oder Selbsterleben; Derealisation hingegen umfasst das Gefühl des Unwirklichkeitserleben oder Entfremdung von der eigenen Umgebung. Diese Veränderungen des Erlebens und Wahrnehmens sind von einer intakten Realitätsprüfung begleitet.
- *Dissoziative Amnesie*: Die dissoziative Amnesie beschreibt die Unfähigkeit, wichtige autobiographische Informationen abzurufen. Sie kann lokal begrenzt (bezogen auf ein bestimmtes Ereignis oder einen Zeitraum), selektiv (bezogen auf spezifische Aspekte eines Ereignisses) oder generalisiert (umfassend auf Identität oder Lebensgeschichte) auftreten.
- *Dissoziative Identitätsstörung*: Sie ist durch das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen oder Identitäten gekennzeichnet, die jeweils eigene Wahrnehmungen, Verhaltensmuster und Erinnerungen aufweisen. Die Identitätswechsel sind oft von dissoziativen Amnesien begleitet.

### 2.3 Diagnosekriterien der dissoziativen Identitätsstörung

Die DIS wurde erstmals 1980 im DSM-III als «multiple Persönlichkeitsstörung» in ein internationales Klassifikationssystem aufgenommen (APA, 1980). Mit der Einführung des DSM-IV erhielt die Störung ihren heutigen Namen, um eine klarere Abgrenzung zur Kategorie der Persönlichkeitsstörungen zu schaffen und präzisere Diagnosekriterien zu etablieren (APA, 1994; Dell, 2009). Auf die historische Entwicklung der DIS-Diagnosekriterien wird in Kapitel 3.1 ausführlicher eingegangen.

Die aktuellsten Diagnosekriterien sind im ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation festgelegt (WHO, 2019). In der Version des ICD-11 wurde versucht, sich den Diagnosekriterien im DSM-5 anzunähern. Zur besseren Übersicht und zum Vergleich werden die Diagnosekriterien der DIS, wie sie im ICD-10, ICD-11 und DSM-5 beschrieben sind, in der folgenden Tabelle dargestellt (APA, 2013; Gysi, 2021, S. 103–104; WHO, 2019).

**Tabelle 1:** *Diagnosekriterien der internationalen Klassifikationssysteme zur DIS*

---

**ICD-10 Diagnosekriterien «multiple Persönlichkeitsstörung» F44.81**

---

- A) Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten in einem Individuum. Dabei ist zu jedem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar
- B) Jede Persönlichkeit ist vollständig, mit ihren eigenen Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben und übernimmt zu einer bestimmten Zeit oder wiederholt die volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums
- C) Es besteht eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu ausgeprägt ist, als dass es durch eine reguläre Vergesslichkeit zu erklären wäre.
- D) Die Symptome werden nicht durch eine organische psychische Störung (F00-F09) oder durch den Gebrauch von psychotropen Substanzen erklärt (F10-19)

---

**ICD-11 Diagnosekriterien «Dissoziative Identitätsstörung» 6B64**

---

- A) Störung der Identität, charakterisiert durch zwei oder mehr Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten), verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Handlungsfähigkeit. Jeder Persönlichkeitszustand beinhaltet sein eigenes Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper sowie der Umgebung
  - B) Mindestens zwei unterschiedliche Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Handeln in Interaktionen mit anderen oder mit der Umwelt, z.B. im Ausführen spezifischer Aspekte des Alltags wie Elternschaft oder Arbeit, oder in Reaktion auf spezifische Situationen (z.B. als bedrohlich erlebte Situationen)
  - C) Wechsel zwischen Persönlichkeitszuständen sind verbunden mit Veränderungen von Empfindungen, Wahrnehmung, Affekten, Kognitionen, Erinnerung, motorischer Kontrolle und Verhalten
  - D) Typischerweise gibt es Episoden von Amnesien, die schwergradig sein können
  - E) Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder eine neurologische Entwicklungsstörung besser erklärt werden, und sie sind nicht auf direkte Nebenwirkungen durch Substanzen oder
-

---

Medikamenten zurückzuführen, einschliesslich Entzugssymptome. Sie sind auch nicht auf eine Erkrankung des Nervensystems oder eine Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

- F) Die Symptome müssen wesentliche Einbussen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder anderen wichtigen Lebensbereichen)

---

### **DSM-5 Diagnosekriterien Dissoziative Identitätsstörung**

---

- A) Störung der Identität, die durch zwei oder mehr unterscheidbare Persönlichkeitszustände gekennzeichnet ist und die in einigen Kulturen auch als das Erleben von Besessenheit beschrieben wird. Die Störung der Identität umfasst eine deutliche Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst und des Bewusstseins des eigenen Handelns, begleitet von damit verbundenen Veränderungen des Affekts, des Verhaltens, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Denkens und/oder sensorisch-motorischer Funktionen. Diese Merkmale und Symptome können von anderen beobachtet oder von der Person selbst berichtet werden.
- B) Wiederkehrende Lücken bei der Erinnerung alltäglicher Ereignisse, wichtiger persönlicher Informationen und/oder traumatischer Ereignisse, die nicht als gewöhnliche Vergesslichkeit zu werten sind.
- C) Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- D) Das Störungsbild ist nicht normaler Bestandteil breit akzeptierter kultureller oder religiöser Praktiken.
- E) Die Symptome sind nicht Folge physiologischer Wirkung einer Substanz (z.B. Blackout oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. komplex-partielle epileptische Anfälle).

---

Die Diagnosekriterien zeigen teilweise unterschiedliche, aber auch überlappende Definitionen der DIS. Wichtige Merkmale, die in allen Systemen übereinstimmen, sind

die Existenz von mindestens zwei unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen und das Auftreten von Amnesieepisoden, die sich deutlich von gewöhnlicher Vergesslichkeit unterscheiden. In der ICD-11 und DSM-5 wird zusätzlich betont, dass die Störung zu signifikanten Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen führen muss.

#### *2.4 Symptome, Prävalenz, klinische Erscheinungsformen*

Zu der DIS dazugehörige Symptombereiche umfassen hauptsächlich die Diskontinuitäten des Bewusstseins und der Identität, die in diesem Zusammenhang stattfindenden Identitätswechsel sowie Amnesien und schwere Entfremdungserlebnisse (APA, 2013). Laut *Gysi* (2021) entstehen Amnesien beim Verlust der exekutiven Kontrolle über das eigene Handeln, bei welchen jeweils ein Persönlichkeitsanteil diese Kontrolle übernimmt. Dabei wird zwischen teildissoziiertem und volldissoziiertem Handeln unterschieden: Während ersteres eine distanzierte Erinnerung an die Handlung zulässt, fehlt diese beim volldissoziierten Handeln vollständig. Weitere berichtete Symptomatik beinhalten laut *Huber* (2011) eine starke Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität sowie somatoforme Dissoziationssymptome; weitere berichtete Symptome umfassen spontane Altersregressionen, autohypnotische Erlebnisse, Stimmenhören und passive Beeinflussungssymptome (ISSTD, 2011).

Es werden vielfältige sowie deutlich unterschiedliche klinisch-diagnostische Hinweise auf das Vorhandensein einer DIS in der Literatur berichtet – diese Unterschiede hängen direkt mit der kontroversen DIS-Debatte zusammen, auf welche im Kapitel 3 eingegangen wird.

*Huber* (2011, S. 353) nennt als mögliche indirekte Hinweise auf das Vorhandensein unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile Phänomene wie das Auffinden von Gegenständen im eigenen Besitz, deren Herkunft oder Erwerb der betroffenen Person unbekannt ist; ebenso könne es gemäss dieser Autorin vorkommen, dass Betroffene feststellen, bestimmte Tätigkeiten ausgeführt zu haben (z.B. den Abwasch), ohne sich daran erinnern zu können.

Darüber hinaus wird über sogenannte Intrusionen durch andere Persönlichkeitsanteile berichtet, welche sich beispielsweise als eine Wahrnehmung von Kinderstimmen, interne Streitereien, kritisierende oder befehlende Stimmen sowie Gedankeneingebungen oder -entzug äussern könne (*Dell*, 2009). Diese Symptome können mit

ich-dystonen Gedanken, Gefühlen und Handlungen einhergehen, die von den Betroffenen als fremd oder unkontrollierbar wahrgenommen werden. Solche Erlebnisse reichen von plötzlichen und unerklärlichen Impulsen über veränderte Sprache bis hin zu auffälligen Verhaltensänderungen, die von der betroffenen Person nicht als Teil ihrer selbst erkannt werden (APA, 2013). Gemäss einigen Autor:innen seien bestimmte Merkmale bei einer DIS auch für Aussenstehende zu beobachten: es wird dabei von «sichtbaren» Symptomen gesprochen wie abrupte Wechsel in Affekten, Handlungen, Sprachmustern oder Meinungen; solche Veränderungen seien auch anhand der Mimik, Körperhaltung oder dem allgemeinen zwischenmenschlichen Verhalten ersichtlich (Huber, 2011; APA, 2013).

Huber (2011) berichtet dabei weiter von unspezifischen sowie spezifischen diagnostischen Hinweisen auf das mögliche Vorliegen einer DIS; dabei sind nach dieser Unterscheidung unspezifische Hinweise klinische Merkmale, die in keinem direkten Zusammenhang mit möglichen dissoziativen Symptomen stehen, die jedoch bei Patient:innen mit DIS gehäuft auftreten. Spezifische Hinweise hingegen sind direkte Beschreibungen dissoziativer Symptome oder Phänomene, welche häufig bei Menschen mit einer DIS beobachtet werden können (Huber, 2011, S. 353-357):

**Tabelle 2:** *spezifische und unspezifische diagnostische Hinweise gemäss Huber (2011)*

<i>Unspezifische diagnostische Hinweise</i>	<i>Spezifische diagnostische Hinweise</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatische Erfahrungen in der Kindheit</li> <li>• Mehrere erfolglose Vorbehandlungen</li> <li>• Drei oder mehr Vordiagnosen: am häufigsten Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Somatisierungs- oder Essstörungen</li> <li>• Selbstverletzendes Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtbare allfällige Änderungen und Brüche in der Mimik, Stimme, Körperhaltung, Emotionen, Kognitionen, Affekt und Verhalten</li> <li>• Spontane Altersregression</li> <li>• Starke Schwankungen im äusseren Erscheinungsbild</li> <li>• Beobachtung von auffallenden Erinnerungsschwierigkeiten und Amnesien im Alltag</li> <li>• Trance-ähnliche Zustände</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starke Schwankungen und Fluktuationen in Symptomatik und Funktionsniveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Sprechen mit sich selbst oder Dialoge mit inneren Stimmen bei ansonsten fehlenden Anzeichen für eine psychotische Störung</li> <li>• Das Berichten über starke Entfremdungsgefühle</li> <li>• Beobachten von Identitätswechseln</li> </ul>
--	---

Wie im Kapitel 4 noch dargestellt wird, ist diese Darstellung zu unspezifischen und spezifischen diagnostischen Hinweisen stark umstritten und steht in einem Zusammenhang mit dem Verschwörungsnarrativ zum rituellen Missbrauch und Mind-Control (Fegert & Urbaniok, 2024).

**Prävalenz und Geschlechtsunterschiede:** Die Prävalenz der DIS ist aktuell unklar und schwierig zu schätzen; einerseits wird von einigen Autor:innen aufgeführt, dass die Störung schwierig zu erkennen sei und Patient:innen ihre Symptome oft bagatellisieren (Spiegel, 2006), was zu einer Unterdiagnostizierung führe; andererseits werden von einigen Autor:innen auch relativ hohe Prävalenzzahlen berichtet: Nach Angaben des DSM-5 liegt die 12-Monats-Prävalenz in der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung bei 1,5 % (APA, 2013). Studien wie jene von Ross (1991) deuten darauf hin, dass die Prävalenz bis zu 3 % betragen könnte, was die DIS als relativ häufige Störung einstuft; dieser Ansicht stehen jedoch auch kritische Stimmen gegenüber. Die Prävalenz variiert stark je nach Region: Während stationäre Studien in Deutschland Prävalenzraten von unter 1 % aufzeigen, wurden in den USA Raten von bis zu 5 % berichtet (Ross et al., 2002; Gast et al., 2001). Diese Unterschiede könnten auf variierende diagnostische Praktiken, Wissensstände oder kulturelle Faktoren zurückzuführen sein (Boysen & VanBergen, 2013).

Bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede ist bekannt, dass DIS laut dem DSM-5 bei Männern und Frauen nahezu gleich häufig auftritt (APA, 2013). Gleichzeitig wird jedoch auch erwähnt, dass die Rate an schwerwiegendem sexuellem Missbrauch bei Frauen tendenziell höher liegt (Gleaves et al., 2001); zusätzlich wird von unterschiedlicher Symptompräsentation bei Männern und Frauen berichtet (Punamäki et al., 2005; Spitzer et al., 2003).

## 2.4.1 Persönlichkeitsanteile und Identitätsfragmentierung

Das Hauptkriterium der DIS ist das Vorhandensein von zwei oder mehr Persönlichkeitsanteilen, die sich in ihrer Identität, Wahrnehmung und Handlungsweise unterscheiden (APA, 2013). Diese Persönlichkeitsanteile repräsentieren diskrete mentale Zustände mit jeweils eigenem Selbst- und Handlungsbewusstsein (Öztürk & Sar, 2016). Dieses Kapitel beleuchtet die Definition, die verschiedenen Typologien von Persönlichkeitsanteilen, die damit zusammenhängenden dissoziativen Amnesien sowie das Phänomen des Wechsels von Persönlichkeitsanteilen.

Persönlichkeitsanteile sind in der Literatur definiert als fragmentierte mentale Zustände mit einem eigenen Selbst- und Handlungsbewusstsein (Öztürk & Sar, 2016). Gemäss *Kluft* (1988) haben diese Persönlichkeitsanteile eine jeweils eigene Identität, Vorstellungskraft und die Fähigkeit, Denkprozesse und Handlungen zu initiieren. Eine ähnliche Definition beschrieb *Putnam* (1989, S. 103): «Persönlichkeitsanteile sind hochgradig diskrete Bewusstseinszustände, welche um einen vorherrschenden Affekt, ein Selbstgefühl (einschliesslich Körperbild) mit einem begrenzten Repertoire an Verhaltensweisen und einer Reihe zustandsabhängiger Erinnerungen organisiert sind». Diese Anteile können unterschiedliche Wahrnehmungen von sich selbst und der Umwelt haben, was zu widersprüchlichen Ansichten und Meinungen führen kann (Öztürk & Sar, 2016). Bei der Beschreibung von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen ist wichtig, diese von Ego-States zu unterscheiden, welche als nicht-pathologisches Phänomen beurteilt werden. Während Persönlichkeitsanteile bei DIS eigenständig agieren und die exekutive Kontrolle übernehmen können, sind Ego-States normale Aspekte der Persönlichkeit, die keine dissoziierten Handlungen oder Amnesien hervorrufen (*Trautmann & Erskine*, 1981; *Gysi*, 2021). Ego-States werden gemäss *Gysi* (2021) oft bemerkt, sobald diese ambivalente Gefühle, Gedanken oder Impulse enthalten.

In Studien wird von einer durchschnittlichen Anzahl von acht bis zehn Persönlichkeitsanteilen berichtet, wobei auch von einer deutlich höheren Anzahl von bis zu tausenden Persönlichkeitsanteilen berichtet wird (*Schnell*, 2014).

In der Literatur finden sich mehrere verschiedene Typologien bezüglich den unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen. In der Tabelle am Ende dieses Unterkapitels werden die am häufigsten genannten Subtypen mit den jeweils unterschiedlichen Funktionen beschrieben.

Die Entstehung von Persönlichkeitsanteilen wird im Posttraumatischen-Modell sowie in der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit auf schwerwiegende frühkindliche Traumata zurückgeführt (*Merckelbach et al., 2002*). Traumatische Erlebnisse, die von einem Kind nicht verarbeitet werden können, führen gemäss dieser Modelle zur Abspaltung von Erinnerungen und Gefühlen in separate Anteile als Versuch, mit den traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Eindrücken umzugehen. Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit sowie das posttraumatische Modell werden ausführlicher im Kapitel 4 beschrieben. Die Fragmentierung der Identität wird in diesen Theorien als adaptiver Mechanismus verstanden, der es Betroffenen ermöglicht, mit überwältigenden Erfahrungen umzugehen. Dieser Mechanismus führe zu einer chronischen Fragmentierung der Identität, die sich in dissoziierten Persönlichkeitsanteilen manifestiere (*Nijenhuis et al., 2010*).

**Tabelle 3:** *Typen und Subtypen von Persönlichkeitsanteilen*

<i>Typ/Subtyp</i>	<i>Definition</i>
Apparently Normal Part (ANP)	ANPs sind darauf fokussiert, das Alltagsleben zu bewältigen, und vermeiden traumatische Erinnerungen. Sie besitzen keine bewusste Erinnerung an die traumatischen Ereignisse und zeigen Amnesie in Bezug auf deren Inhalte ( <i>Nijenhuis et al., 2010</i> ). ANPs können mehrere Aufgaben und Rollen im Alltag übernehmen und zeichnen sich durch eine verminderte emotionale Belastbarkeit aus ( <i>Boon et al., 2011</i> ). Menschen mit einer DIS haben dabei laut der Theorie der strukturellen Dissoziation mehrere ANPs ( <i>Nijenhuis et al., 2010</i> ). ANPs entwickeln sich als Reaktion auf die Notwendigkeit, den Alltag zu bewältigen und das Trauma zu vermeiden.
Emotional Part (EP)	EPs stecken in den traumatischen Erfahrungen fest und zeigen intensive emotionale Reaktionen, die den erlebten Traumata entsprechen; ihre Kognition, Emotion, Wahrnehmung und Verhalten entsprechen

	<p>gemäss dieser Typologisierung den im jeweiligen Alter gemachten traumatischen Erfahrungen (<i>Boon et al., 2011</i>). Diese Anteile haben direkten Zugang zu den dissoziierten traumatischen Erinnerungen, die sowohl das autobiografische als auch das prozedurale Gedächtnis betreffen können (<i>Nijenhuis et al., 2010</i>). Gemäss dieser Beschreibung können EPs ein anderes Funktionsniveau bezüglich Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen als die ANPs.</p> <p>EPs repräsentieren die dissoziierten traumatischen Erinnerungen und sind auf die Verarbeitung der Traumata begrenzt.</p>
Subtyp EP: Fragile EP	Bindungssuchend, mit starkem Wunsch, über die Traumatisierungen zu sprechen. Sie erleben häufig Intrusionen und emotionale Überflutung ( <i>Gysi, 2021</i> ).
Subtyp EP: Kontroll EP	Zielorientiert auf Sicherheit durch Anpassung und Unterwerfung an Täter:innen. Diese Anteile seien oft mit Hyperarousal verbunden ( <i>Gysi, 2021</i> ).
Kindanteile	Diese Anteile repräsentieren Entwicklungsstadien, die jünger als das biologische Alter der Person sind. Sie tragen häufig traumatische Erinnerungen und werden durch kindliche Verhaltensweisen und Fertigkeiten charakterisiert ( <i>Ross et al., 1989; Boon et al., 2011</i> ).
Helferanteile	Sie übernehmen die Funktion der inneren Regulation und Selbstberuhigung, um das Wohlbefinden der anderen Anteile zu fördern ( <i>Ross et al., 1989</i> ). Diese Anteile spiegeln den Versuch wider, durch Selbsttröstung mit traumatischen Erfahrungen umzugehen ( <i>Boon et al., 2011</i> ).
Täterintrojekte	Diese Anteile sind geprägt von Wut, Ärger und Schuldzuweisungen gegenüber anderen Anteilen. Sie beschämen oder bestrafen die anderen Anteile und tragen oft selbst viele traumatische Erinnerungen ( <i>Ross et al., 1989; Öztürk &amp; Sar, 2016</i> ).

## 2.4.2 Wechsel der Persönlichkeitsanteile und dissoziative Amnesien

Ein zentrales Merkmal der DIS sind der Wechsel zwischen unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, dissoziative Amnesien und der damit verbundene Verlust der exekutiven Kontrolle (Gysi, 2021). Ein Wechsel zwischen Persönlichkeitsanteilen erfolgt oft plötzlich und wird von Amnesien begleitet (Putnam, 1994). Diese Amnesien betreffen sowohl traumatische als auch alltägliche Erlebnisse und sind ein weiteres zentrales Kriterium der DIS (APA, 2013). Beispiele sind das Auffinden unerklärlicher Gegenstände, Verletzungen oder Notizen, die nicht zugeordnet werden können, sowie das „Zu-sich-Kommen“ an einem unbekanntem Ort (APA, 2013). Der Wechsel der Persönlichkeitsanteile ist oft mit einem Gefühl der Entfremdung verbunden. Intrusive Flashbacks und Schwierigkeiten, zwischen realen und imaginären Erlebnissen zu unterscheiden, verstärken die Ausprägung solcher Entfremdungserlebnisse und führen zu einem erhöhten Leidensdruck (Schnell, 2014).

Die Art und Ausprägung dieser Amnesien sind Kriterien, welche auch im differenzial-agnostischen Prozess eine zentrale Rolle spielen.

Ein Hauptkriterium für die Diagnose der DIS ist das Auftreten dissoziativer Amnesien (APA, 2013). Diese können in drei Hauptkategorien unterteilt werden:

- *Biografische Amnesien*: Fehlende Erinnerungen an wichtige Lebensereignisse, beispielsweise an Kindheit oder Hochzeit (APA, 2013).
- *Alltags-Amnesien*: Fehlende Erinnerungen an aktuelle, neutrale oder positive Ereignisse, wie etwa an alltägliche Gespräche oder Tätigkeiten (Pietkiewicz et al., 2021).
- *Dissoziative Fugue*: Episoden, in denen sich Patient:innen von einem Ort zum anderen bewegen, ohne sich daran zu erinnern. Diese Reisen können sowohl zielgerichtet als auch zufällig sein (Loewenstein, 1996).

Dissoziative Amnesien betreffen häufig sowohl belastende als auch alltägliche Ereignisse. Im Gegensatz zur gewöhnlichen Vergesslichkeit sind diese Amnesien nicht mit einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit verbunden (Peters et al., 1998). Aktuell ist unklar, ob das explizite Gedächtnis (intentionales Erinnern) oder auch das implizite Gedächtnis (unbewusstes Erinnern) betroffen ist. Während das explizite Gedächtnis

durch Amnesien nachweislich beeinträchtigt ist, zeigt sich ein impliziter Austausch von Erinnerungen zwischen den Persönlichkeitsanteilen, was darauf hinweist, dass das implizite Gedächtnis nicht von den dissoziativen Amnesien betroffen ist (*Dorahy, 2001; Huntjens et al., 2012*).

Bei Patient:innen mit einer DIS findet sich oft eine deutliche Unsicherheit, ob erinnerte Erfahrungen reale oder Pseudoerinnerungen sind; Patient:innen mit DIS nutzen häufig kontextuelle Faktoren, um Erinnerungen einzuordnen, was jedoch auch das Risiko einer fehlerhaften Quellenzuweisung erhöht (*Johnson et al., 1993*). *Morton (2017)* beschreibt das Gedächtnisdefizit bei einer DIS daher als eine Störung des Metagedächtnisses, bei welcher Betroffene überzeugt sind, Informationen nicht abrufen zu können, obwohl die Fähigkeit dazu neurobiologisch gesehen vorhanden ist (*Huntjens et al., 2005*).

## *2.5 Differentialdiagnostik*

Die Differentialdiagnostik der DIS stellt eine grosse Herausforderung dar, da zahlreiche Symptomüberlappungen mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen existieren. Zu den häufigsten differentialdiagnostischen Überlegungen zählen andere Traumafolgestörungen oder dissoziative Störungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, Abkürzung BPS) sowie die Temporallappenepilepsie (*Bowman & Coons, 2000; Foote & Park, 2008; Gysi, 2021; Ross et al., 2014*). Diese Störungen weisen teilweise ähnliche Symptome auf, insbesondere hinsichtlich verschiedener dissoziativer Symptome, vorübergehenden psychotischen Phänomenen und Amnesien, weswegen eine präzise Diagnostik von Bedeutung ist, um sowohl falsch-positive als auch falsch-negative Diagnosen zu vermeiden.

Laut dem DSM-5 (APA, 2013, S. 401) leiden Personen mit einer DIS häufig unter einer Vielzahl von komorbiden Erkrankungen, insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt häufig zusammen mit einer DIS auf; weitere häufige komorbide Erkrankungen beinhalten affektive Störungen, konversionsbedingte neurologische Symptome, somatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen sowie Schlafstörungen (APA, 2013, S. 407). In diesem Kapitel werden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale der DIS zu anderen dissoziativen Störungen,

Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotischen Störungen, substanzinduzierten Störungen sowie der Temporallappenepilepsie erklärt.

### 2.5.1 Andere dissoziative Störungen und Traumafolgestörungen

Die differentialdiagnostische Abgrenzung der DIS von anderen dissoziativen Störungen und Traumafolgestörungen stellt eine Herausforderung dar, da es zahlreiche symptomatische Überschneidungen gibt. Ein zentrales Merkmal der DIS ist die Spaltung der Identität, die mit wiederkehrenden Störungen des Bewusstseins und des Bewusstseins des eigenen Selbst verbunden ist (APA, 2013, S. 404). Diese Symptomatik kann jedoch teilweise auch bei anderen dissoziativen Störungen und Traumafolgestörungen auftreten.

#### *Abgrenzung zur anderen näher bezeichneten dissoziativen Störung*

Die andere näher bezeichnete dissoziative Störung teilt mit der DIS das zentrale Merkmal der Spaltung der Identität sowie wiederholte Störungen der Bewusstseinsfunktionen (APA, 2013). Die dissoziativen Symptome bei der anderen näher bezeichneten dissoziativen Störung können ebenfalls chronisch und wiederkehrend sein, jedoch ist hier nicht das Kriterium A der DIS erfüllt, welches die Amnesie für traumatische Ereignisse oder den Wechsel zwischen Identitätszuständen umfasst. Während bei der DIS die dissoziativen Episoden typischerweise mit vollständiger Amnesie für den Inhalt der Episode verbunden sind, fehlt dies bei anderen dissoziativen Störungen (APA, 2013, S. 404).

#### *Differenzialdiagnostik zur posttraumatischen Belastungsstörung*

Bei der PTBS und der DIS gibt es signifikante Überschneidungen, insbesondere in Bezug auf Amnesie(n), dissoziativen Flashbacks und intrusiven Symptomen. Beide Störungen können durch traumatische Ereignisse ausgelöst werden, jedoch zeichnen sich die dissoziativen Symptome der DIS durch eine andere Intensität und Struktur aus. Menschen mit PTBS erleben Flashbacks, bei denen sie das Trauma erneut erleben, wobei die gegenwärtige Orientierung verloren gehen kann (APA, 2013). Dies unterscheidet sich von der DIS, bei der dissoziative Flashbacks typischerweise mit Amnesie für den Inhalt der Flashbacks einhergehen; bei einer PTBS wird typischerweise der Inhalt des Flashbacks erinnert (Gysi, 2021). Darüber hinaus kommt

es bei der DIS häufig zu Intrusionen von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, die das Bewusstsein des eigenen Selbst und Handelns stören und zu voll ausgebildeten Wechseln zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen führen. Diese Symptome sind bei PTBS nicht zu finden (APA, 2013, S. 404–405).

Für die Differentialdiagnostik erfordert es von den behandelnden Personen, explizit dissoziative Symptome zu explorieren, welche atypisch für eine PTBS sind. Hierzu gehören insbesondere die wiederholte Amnesie für alltägliche Ereignisse und die dissoziierten Persönlichkeitsanteile, die die Symptomatik der DIS prägen und die bei der PTBS nicht vorkommen.

#### *Abgrenzung zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS)*

Viele Patient:innen mit DIS berichten auch von Symptomen einer Traumafolgestörung, wie dem Wiedererleben des Traumas, Vermeidung von traumaassoziierten Reizen und der Hypervigilanz (Gysi, 2021). Bei einer kPTBS wurden zusätzlich zu diesen drei Symptombereichen drei weitere Diagnosekriterien formuliert, welche unter dem Begriff der Störung der Selbstorganisation subsumiert werden. Darunter befindet sich die Affektregulationsstörung, anhaltende Probleme in nahen Beziehungen sowie ein anhaltend negatives Selbstbild. Das Vorhandensein von autonomen Persönlichkeitsanteilen ist nicht in diesen Diagnosekriterien enthalten und entspricht somit dem Hauptunterscheidungsmerkmal von einer DIS zu einer kPTBS. Die dissoziativen Amnesien bei der kPTBS betreffen in der Regel traumabezogene Inhalte, während bei der DIS auch alltägliche Ereignisse betroffen sein können, die nicht mit dem Trauma in Zusammenhang stehen (APA, 2013; Gysi, 2021).

#### 2.5.2 Unterscheidung und Komorbidität zu Persönlichkeitsstörungen

Gemäss dem DSM-5 zeigen Personen mit einer DIS oft Identitäten, die eine Vielzahl von verschiedenen, dabei wechselhaften und schweren Persönlichkeitsstörungsmerkmalen einzuschliessen scheinen, was differentialdiagnostisch insbesondere die Abgrenzung zu der BPS erschwert (APA, 2013). Wesentlich sei gemäss dem DSM-5 dabei der Unterschied in der längsschnittlichen Variabilität im Persönlichkeitsstil und der tiefgreifenden, persistierenden Affektdysregulation sowie eine deutliche Normabweichung im Erleben, Verhalten und Wahrnehmen in zwischenmenschlichen Beziehungen, die typisch für Personen mit einer Persönlichkeitsstörung sind (APA, 2013).

Die diagnostische Abgrenzung zwischen der BPS und der DIS stellt aufgrund überlappender Symptomatiken eine besondere Herausforderung dar. Insbesondere die Identitätsprobleme, die häufig bei Patient:innen mit BPS auftreten, können in einigen Fällen zu einer falsch-positiven Diagnose einer DIS führen (ISSTD, 2011). Beide Störungsbilder zeichnen sich durch eine hohe Prävalenz selbstverletzenden Verhaltens, Affektregulationsstörungen, Störungen des Selbstkonzepts sowie Schwierigkeiten in der Nähe- und Distanzregulation aus (APA, 2013). Darüber hinaus zeigen sie eine erhöhte Anfälligkeit für Substanzabhängigkeiten, Essstörungen und wiederholte depressive Episoden (Gysi, 2021).

Ein entscheidendes Unterscheidungsmerkmal liegt jedoch in der Kontinuität des Ich-Bewusstseins. Während Patient:innen mit BPS ein durchgängig vorhandenes Ich-Bewusstsein aufweisen, das trotz häufiger ich-dystoner Emotionen, Gedanken und Impulse stabil bleibt, erleben Patient:innen mit DIS Persönlichkeitswechsel, die von Fugue-Zuständen und Amnesien begleitet sein können (Gysi, 2021). Obwohl Dissoziationen auch bei der BPS häufig auftreten, fehlt hier in der Regel das voll dissoziierte Handeln, das für die DIS charakteristisch ist. Zudem zeigen Patient:innen mit DIS tendenziell höhere Werte auf klinischen Dissoziationsinstrumenten als Patient:innen mit BPS (Laddis & Dell, 2012a).

Die Abgrenzung wird zusätzlich durch die hohe Komorbiditätsrate beider Störungen erschwert (Gleaves et al., 2001). Dies bedeutet, dass beide Störungen häufig gleichzeitig auftreten, was die diagnostische Differenzierung weiter erschwert. Hinzu kommt, dass einige Patient:innen mit BPS aufgrund ihrer Identitätsunsicherheit oder dem Wunsch nach einer komplexeren Diagnose dazu neigen, Symptome zu übertreiben oder fälschlicherweise Symptome einer DIS zu berichten (ISSTD, 2011).

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Differenzialdiagnostik betrifft kognitive Verzerrungen. Gysi (2021, S. 158) beschreibt, dass Patient:innen mit BPS typischerweise zu kognitiven Verzerrungen wie Übergeneralisierung, Schwarz-Weiß-Denken, Projektion und emotionaler Beweisführung neigen. Letzteres beinhaltet die Tendenz, eigene Gefühle als Beweis für die Richtigkeit bestimmter Annahmen heranzuziehen. Im Gegensatz dazu zeigen Patient:innen mit DIS tendenziell differenzierteres Denken, das jedoch je nach Persönlichkeitszustand variieren kann. Zudem weisen sie eine geringere Externalisierungstendenz auf als Patient:innen mit einem Borderline-Muster.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Differenzialdiagnostik zwischen BPS und DIS aufgrund der symptomatischen Überlappungen sowie der hohen Komorbiditätsrate beider Störungsbilder eine sorgfältige klinische Evaluation erfordert. Der Fokus sollte dabei sowohl auf der Kontinuität des Ich-Bewusstseins als auch auf den kognitiven Mustern und Dissoziationswerten liegen, um Fehldiagnosen zu vermeiden und eine adäquate Behandlung sicherzustellen.

Zur Differentialdiagnostik von anderen spezifischen Persönlichkeitsstörungen zur DIS existieren aktuell kaum Studien. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Entwicklung einer Traumafolgestörungen in Zusammenhang steht mit vorhandenen dissoziativen Symptomen und einigen Persönlichkeitsstörungsmerkmalen.

In der Forschung hat die Verbindung zwischen Narzissmus, Dissoziation und PTBS zunehmende Aufmerksamkeit erhalten. Narzissmus wird typischerweise in zwei Dimensionen unterteilt: grandioser und verletzlicher Narzissmus (*Wink, 1991*). Während grandioser Narzissmus durch Selbstüberschätzung und Bedürfnis nach Bewunderung gekennzeichnet ist, zeigt sich verletzlicher Narzissmus in Unsicherheit, Scham und übermässiger Sensibilität gegenüber Kritik. Beide Formen können als Abwehrmechanismen gegen tieferliegende Unsicherheiten und Traumata fungieren (*Talmon & Ginzburg, 2018*). Wie bereits beschrieben sind dissoziative Symptome häufig bei Traumafolgestörungen. *Talmon und Ginzburg (2018)* fanden heraus, dass Dissoziation als Vermittler zwischen Kindheitstraumata und selbstverletzendem Verhalten fungiert; ihre Ergebnisse zeigten ebenfalls auf, dass insbesondere der verletzliche Narzissmus diesen Zusammenhang verstärkt. Mehrere Studien belegen, dass narzisstische Verletzlichkeit ein erheblicher Prädiktor für die Entwicklung von PTBS ist: *Bachar und Kolleg:innen (2005)* zeigten, dass Personen mit hoher narzisstischer Verletzlichkeit unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis ein signifikant höheres Risiko hatten eine PTBS zu entwickeln. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass diese Persönlichkeitsmerkmale die Stressbewältigungsmechanismen der Betroffenen beeinträchtigen und somit ihre Anfälligkeit für PTBS erhöhen.

Eine spätere Studie von *Bachar und Kolleg:innen (2015)* spezifizierte diesen Zusammenhang weiter und wies nach, dass insbesondere Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit mit hoher narzisstischer Verletzlichkeit anfälliger für die Entwicklung von PTBS im Erwachsenenalter sind, wenn sie erneut traumatischen Ereignissen ausgesetzt werden.

Die Studie von *Abraham* und Kolleg:innen (2022) erweitert das Verständnis über die Rolle von Narzissmus als vermittelndem Faktor zwischen Bindungsunsicherheit und PTBS: sie fanden heraus, dass verletzlicher Narzissmus die Verbindung zwischen Bindungsängstlichkeit und PTBS-Symptomen verstärkt. Interessanterweise war grandioser Narzissmus in diesem Zusammenhang nicht signifikant. Dies legt nahe, dass verletzlicher Narzissmus stärker mit dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen in Verbindung steht, die die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer PTBS erhöhen.

### 2.5.3 Psychotische Störungen

Die Abgrenzung der DIS von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises stellt eine diagnostische Herausforderung dar, da beide Krankheitsbilder Symptome aufweisen, die sich überschneiden können. Besonders häufig kommt es zu Verwechslungen durch das Auftreten von Stimmenhören, Halluzinationen und Störungen des Denkprozesses.

Insbesondere personifizierte, intern kommunizierende Stimmen – wie sie bei der DIS häufig auftreten – können als psychotische Halluzinationen missgedeutet werden, da das Hören von Stimmen ein mögliches Symptom beider Krankheitsbilder darstellt (APA, 2013).

Stimmen mit wahnhafter Botschaft ohne klaren emotionalen Bezug, wie sie bei Schizophrenie auftreten, unterscheiden sich von den personifizierten Stimmen der DIS, die häufig im Zusammenhang mit Gewalt in der Vergangenheit oder emotionalen Konflikten stehen (*Laddis & Dell, 2012b*). Das Hören von Kinderstimmen ist ein weiteres charakteristisches Merkmal der DIS, was deutlich häufiger bei einer DIS als einer Schizophrenie vorkommt (*Gysi, 2021*).

Patient:innen mit DIS zeigen jedoch signifikant höhere Dissoziationswerte und berichten häufiger von kindlichen, wütenden oder beleidigenden Stimmen (*Laddis & Dell, 2012b*).

Zudem berichten sowohl Patient:innen mit DIS als auch mit Schizophrenie über visuelle, taktile oder Körperhalluzinationen; bei der DIS stehen diese Halluzinationen jedoch meist im Zusammenhang mit Flashbacks (APA, 2013).

Ein wesentliches Unterscheidungskriterium zwischen DIS und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises liegt in der Realitätstestung. Während diese bei Patient:innen mit Schizophrenie deutlich eingeschränkt ist, bleibt sie bei Patient:innen mit

DIS weitgehend erhalten (Gysi, 2021). Menschen mit DIS entwickeln in der Regel keine wahnhaften Erklärungen für ihre Symptome.

Während Gedankenausbreitung, Gedankenhören und Wahnwahrnehmungen bei Schizophrenie häufig auftreten, kommen diese Symptome bei der DIS nicht vor (Gysi, 2021). Ein weiteres differenzialdiagnostisches Merkmal ist das Vorhandensein von Amnesien sowie dissoziierten Handlungen, die für die Diagnose einer DIS charakteristisch, aber für Schizophrenie untypisch sind. Eine sorgfältige Anamnese und diagnostische Abklärung sind entscheidend, um zwischen DIS und Schizophrenie zu unterscheiden. Wichtige diagnostische Hinweise sind somit:

- *Realitätstestung*: Erhalten bei DIS, eingeschränkt bei Schizophrenie
- *Symptomkontext*: Stimmen mit emotionalem Bezug und Trauma weisen auf eine DIS hin, während wahnhafte Stimmen eher für Schizophrenie sprechen
- *Amnesien und dissoziierte Handlungen*: Charakteristisch für DIS, fehlen bei Schizophrenie

#### 2.5.4 Andere neurologische, somatische oder substanzinduzierte Störungen

Die Abgrenzung der DIS von neurologischen, somatischen oder substanzinduzierten Störungen ist aufgrund ähnlicher Symptome häufig komplex. Insbesondere anfallsähnliche Zustände und substanzinduzierte Symptome können klinisch ähnlich erscheinen.

*Substanzinduzierte Störungen*: Substanzen wie Alkohol, Medikamente oder Drogen können psychische Symptome hervorrufen, die einer DIS ähneln. Die Unterscheidung erfolgt primär durch den Zusammenhang zwischen Symptomen und Substanzgebrauch. Symptome, die durch die physiologischen Wirkungen einer Substanz entstehen, können von einer DIS unterschieden werden, indem die Substanz als primäre Ursache identifiziert wird (APA, 2013).

Typische Symptome substanzinduzierter Störungen umfassen Bewusstseinsstörungen (z.B. Delirium oder Verwirrtheit), Halluzinationen, Denkstörungen und Affektive Dysregulation.

Eine sorgfältige Anamnese und toxikologische Untersuchung sind notwendig, um substanzinduzierte Störungen von DIS zu differenzieren. Bei substanzinduzierten Störungen verschwinden die Symptome meist mit der Eliminierung der Substanz aus

dem Körper. Im Gegensatz dazu zeigen Patient:innen mit DIS chronische Symptome, die unabhängig von exogenen Substanzen auftreten.

*Temporallappen-Epilepsie:* Ein häufiger diagnostischer Stolperstein ist die Abgrenzung der DIS von anfallsähnlichen Symptomen, insbesondere bei der Temporallappen-Epilepsie. Durchschnittlich jede zehnte Person mit DIS zeigt pseudoepileptische Anfälle, die epileptischen Anfällen mit einem Fokus im Temporallappen ähneln (Bowman & Coons, 2000). Diese pseudoepileptischen Anfälle zeichnen sich aus durch Episoden mit veränderten Bewegungen oder Erlebnissen, die epileptischen Anfällen ähneln, jedoch nicht durch synchrone neuronale Entladungen ausgelöst werden (Gysi, 2021).

**Tabelle 4:** Unterschiede und gemeinsame Symptome DIS und Temporallappen-Epilepsie

<i>Gemeinsame Symptome (Kuyk et al., 1999)</i>	<i>Unterschiede</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Derealisation</li> <li>• Amnesien</li> <li>• Bewusstseinsstörungen</li> <li>• Halluzinationen</li> <li>• Ausserkörperliche Erfahrungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normale EEG-Befunde bei DIS</li> <li>• Bei DIS hohe Dissoziationswerte, treten bei Temporallappen-Epilepsie nicht auf (APA, 2013)</li> <li>• Symptomkontext: Bei DIS stehen Symptome im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen oder dissoziativen Prozessen; bei Temporallappen-Epilepsie kein spezifischer Auslöser</li> </ul>

### 3. Die Kontroversen

In diesem Kapitel wird der historische Hintergrund sowie die damit verbundene Entwicklung der Kontroversen rund um die Diagnose der DIS beleuchtet. Dabei wird auch auf den Einfluss von Medien, der Populärkultur als auch neuere Entwicklungen im Zusammenhang mit den sozialen Medien eingegangen. In Bezug auf die sozialen Medien wird auf die neuen Konzepte der «Mass Psychogenic Illness», «Mass Social

Media-Induced Illness» sowie «Münchhausen by internet» eingegangen. Abschließend wird die in der Schweiz aufgekommene Debatte um Verschwörungstheorien wie die des rituellen Missbrauchs und Mind-Control beschrieben.

### *3.1 Historische Entwicklung der DIS und Einfluss von Medien/Populärkultur*

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts tauchten die ersten Beschreibungen der DIS in Fallberichten auf, damals wurde hierfür der Begriff der multiplen Persönlichkeit verwendet (Gast et al., 2006). Obwohl die Ursprünge dieser Fallberichte heute nicht mehr eindeutig zugeordnet werden können, wuchs die Zahl der Veröffentlichungen zu dieser Diagnose stetig an.

Einen zentralen Begriff für das Verständnis der DIS prägte der französische Psychiater *Pierre Janet* im Jahr 1924. Janet führte das Konzept der „Dissoziation“ ein, das einen Zustand beschreibt, in dem Teile der Persönlichkeit in schwer zugängliche Bereiche des Bewusstseins abgespalten werden (*Janet*, 1924, übernommen aus *Bühler & Heim*, 2011).

Historisch waren die dissoziativen Störungen in breiteren Diagnosen subsumiert. Mit der Veröffentlichung des DSM-III wurde die DIS als «multiple Persönlichkeit» erstmals eigenständig aufgenommen und definiert, damals wurde die Störung als Subtyp der hysterischen Neurose beschrieben (APA, 1980). Erst 1980 erhielt sie als Multiple Persönlichkeitsstörung den Status einer eigenständigen Erkrankung und wurde als Subtyp der dissoziativen Störungen kategorisiert. Im DSM-III-R wurde die Ätiologie der Störung weiter spezifiziert, indem ein direkter Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch postuliert wurde (APA, 1987). Diese Hypothese stieß auf Kritik, da sie die Ursachen der Störung ohne ausreichende empirische Absicherung festlegte. Zudem wurden die Diagnosekriterien als zu unspezifisch bemängelt. Mit der Überarbeitung im DSM-IV wurde die Störung in „dissoziative Identitätsstörung“ umbenannt, um die emotional aufgeladenen Konnotationen im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch zu entschärfen (APA, 1994).

Der dominierende Erklärungsansatz betonte, dass die Störung auf eine fragile Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen sei, bei der Dissoziation als Bewältigungsmechanismus für traumatische Erfahrungen dient. Gleichzeitig wurden im ICD-10 der WHO vorsichtiger Formulierungen gewählt: „Diese Störung ist selten, und es gibt Kontroversen darüber, inwieweit sie iatrogen oder kulturspezifisch ist.“ (WHO, 1993, S.

223). Diese zurückhaltende Haltung reflektiert die fortwährenden wissenschaftlichen Debatten um die Ursachen und Diagnostik der DIS.

**Tabelle 5:** Entwicklung der Namensgebung in den Klassifikationssystemen ICD und DSM

Jahr	WHO (ICD)	APA (DSM)
1980		DSM-III: multiple Persönlichkeit (APA, 1980)
1987		DSM-III-R: multiple Persönlichkeitsstörung (APA, 1987)
1993	ICD-10: multiple Persönlichkeitsstörung (WHO, 1993)	
1994		DSM-IV: Dissoziative Identitätsstörung (APA, 1994)
2013		DSM-5: dissoziative Identitätsstörung (APA, 2013)
2019	ICD-11: Dissoziative Identitätsstörung (WHO, 2019)	

Rund 30 Jahre nachdem Janet den Begriff der Dissoziation definierte, wurde von zwei Psychiatern ein Buch veröffentlicht, in welchem über eine Patientin berichtet wurde, welche drei verschiedene Persönlichkeitsanteile aufwies (*Thigpen & Cleckley, 1954*). Das Buch mit dem Namen «The Three Faces of Eve» fand eine breite Resonanz und wurde sogar verfilmt. Die Patientin selbst veröffentlichte nach diesem Erfolg des ersten Buches selbst mehrere Bücher zu ihrem Leben mit der DIS.

20 Jahre später wurde ein weiteres Buch über eine Patientin mit einer DIS veröffentlicht. Das Buch mit dem Titel «Sybil» erzählt die Geschichte einer Patientin von der Psychiaterin Cornelia Wilson (*Schreiber, 1973*). Es werden 16 Persönlichkeitsanteile beschrieben, die Spaltung sei ausgelöst worden durch traumatische Kindheitserfahrungen. Dr. Wilson setzte dabei hypnotische Techniken und Sedativa ein, um zuvor verdrängte Erinnerungen an den erlebten Missbrauch in der Kindheit wieder zugänglich zu machen. Das Buch wurde ein grosser Erfolg, obwohl später bekannt wurde, dass viele Teile der Geschichte über Sybil gefälscht oder von Dr. Wilson suggeriert

worden waren (*Rieber*, 2006). Trotz diesen Enthüllungen löste das Buch eine Welle von Berichten, wissenschaftlichen Artikeln und auch Selbstdiagnosen aus, insbesondere bei Frauen, die sich mit den Symptomen, wie sie im Buch beschrieben wurden, identifizierten (*Muhlern*, 1992). Etwa zu derselben Zeit wurde das Buch «Michelle Remembers» zu einem weiteren Bestseller; das Buch wurde vom kanadischen Psychiater *Lawrence Pazder* und seiner Patientin – und späteren Ehefrau – *Michelle Smith* geschrieben (*Smith & Pazder*, 1981). Im Buch wurde beschrieben, wie in der Therapie Dr. *Pazder Michelle* mittels Hypnotherapie dazu verholten haben, sich an jahrelang verdrängte Erinnerungen an satanistisch rituellen Missbrauch wieder zu erinnern. Dabei habe *Pazder* über den Zeitraum von 14 Monaten insgesamt rund 600 Stunden Hypnotherapie mit seiner Patientin durchgeführt.

Auffällig war in dieser Zeit auch die sprunghafte Zunahme an wissenschaftlichen Publikationen zur Thematik der multiplen Persönlichkeitsstörungen. Gemäss *Paris* (2012) wuchs die Zahl der Artikel innerhalb der nächsten 10 Jahre nach der Veröffentlichung von *Sybil* von zu Beginn 39 Publikationen pro Jahr auf insgesamt 212 Publikationen pro Jahr an. Dies ging einher mit einer ebenfalls deutlichen Zunahme der Prävalenzzahlen in den USA. Gemäss *Borch-Jacobson und Shamadasani* (2011) wurde über einen Zeitraum von 128 Jahren (erste Erwähnung der Diagnose bis zum Jahr 1975) lediglich 76 Fälle dokumentiert; bis etwa 1984 stieg die Fallzahl auf über 1000 neue Fälle an, später sogar auf 4000.

Ein bemerkenswertes Phänomen war die Zunahme der berichteten Persönlichkeitszustände. Anfangs wurde in der Regel von zwei Persönlichkeiten ausgegangen, doch die durchschnittliche Anzahl stieg 1989 auf 13 und erreichte 1990 bereits 25 (*Borch-Jacobson*, 2013). Diese Persönlichkeitszustände wurden oft mit spezifischen Rollen oder Eigenschaften versehen, wie beispielsweise schützende, kindliche oder aggressive Anteile.

Ein weiteres interessantes Phänomen waren die grossen geografischen Unterschiede bei den gemeldeten Prävalenzzahlen: Während die DIS in den USA häufig diagnostiziert wurde, blieben Berichte aus Europa selten. Lediglich die Niederlande verzeichneten vereinzelte Fälle. *Ross* (1991) schätzte die Prävalenz der Störung auf etwa 1 %, was sie mit der Häufigkeit von Schizophrenie vergleichbar machen würde und somit eher ungewöhnlich wäre, dass die Diagnose in anderen Ländern selten dokumentiert wird.

In einigen Fällen wurde in der Literatur von einer «Epidemie» der DIS gesprochen (Wallis et al., 2023). Diese Auffälligkeiten führten zu den ersten skeptischen Äußerungen, in welchen Fragen zur Diagnostik, Ätiologie und zum Einfluss von kulturellen sowie therapeutischen Faktoren gestellt wurden. Der Philosoph Ian Hacking bezeichnete die DIS als „vorübergehende psychische Erkrankung“ – ein Konzept, das Zustände beschreibt, die unter spezifischen kulturellen und sozialen Bedingungen auftreten, sich verbreiten und schließlich wieder verschwinden (Hacking, 1995).

Im Zusammenhang mit der Zunahme der Popularität entwickelte sich eine gesellschaftliche Dynamik, die als „Hexenjagd“ bezeichnet wird: Verdächtige sahen sich auf Basis durch Hypnose „wiederentdeckter“ Erinnerungen von Betroffenen mit strafrechtlichen Anschuldigungen konfrontiert. Therapeutische Methoden zur Rekonstruktion solcher Erinnerungen gerieten jedoch zunehmend in die Kritik, da sie anfällig für Suggestion waren und das Risiko bestand, falsche Erinnerungen zu erzeugen (McNally, 2005). Kritiker:innen argumentierten, dass es sich bei der DIS deswegen nicht um eine authentische Erkrankung handelt, sondern um eine „iatrogene Fiktion“. Dieser Standpunkt legt nahe, dass die Störung durch eine Kombination aus Suggestion, therapeutischer Praxis und kulturellen Faktoren künstlich erzeugt wurde. Paris (2012) schließt seine Analyse der Entwicklung der DIS mit der Feststellung, dass die „Epidemie“ der Störung aufgrund rückläufiger wissenschaftlicher Publikationen der Vergangenheit angehöre. Er kritisiert das DSM-5, da es seiner Meinung nach versäumt habe, anzuerkennen, dass die DIS nicht mehr die Kriterien für eine valide Diagnose erfülle.

Die massiven Zweifel an der Verlässlichkeit von in Therapien wiederentdeckten Erinnerungen führten zur Gründung der False Memory Foundation, die sich mit der Entstehung und den Mechanismen von Erinnerungen auseinandersetzte (McHugh, 2008). Die öffentliche Kritik an diesen therapeutischen Techniken sowie rechtliche Konsequenzen veranlassten viele Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen, die Diagnose der DIS zurückhaltender zu verwenden.

In den letzten Jahren hat die DIS erneut zunehmende Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Forschung und den Medien erfahren; zahlreiche Publikationen und Interviews stellen Personen vor, die angeben, unter dieser Störung zu leiden (Giedinghagen, 2023). Dadurch ist die DIS erneut zu einem zentralen Thema in der Gesellschaft sowie dem Feld der Psychiatrie geworden. Dies spiegelt sich auch in einem Anstieg von Patient:innen wider, die psychiatrische Kliniken aufsuchen, um eine

entsprechende Diagnose zu erhalten. Dabei handelt es sich häufig um Personen, die bereits in Behandlung waren und die DIS als mögliche Erklärung für ihre Symptome betrachten, sowie um neue Patient:innen, die gezielt nach einer Diagnose für diese Störung suchen (*Giedinghagen, 2023*).

Die aktuelle Wahrnehmung der DIS weist Ähnlichkeiten mit den Entwicklungen in den USA der 1980er Jahre auf. Allerdings hat das Aufkommen sozialer Medien die Dynamik erheblich verändert. Plattformen wie TikTok ermöglichen eine globale Vernetzung und schnellen Informationsaustausch, wodurch die Diagnose zunehmend international bekannt wird. Während der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Lockdowns hat TikTok an Popularität gewonnen, wobei fast die Hälfte der Nutzer:innen weltweit zwischen 13 und 24 Jahre alt sind (vgl. statistisches Bundesamt [Statista], 2024). Diese breite Nutzung erlaubt die rasche Verbreitung von Ideen, unabhängig von geografischen Grenzen.

### *3.2 Artificielle Störung, Münchhausen by internet und Mass Social Media-Induced Illness*

Die Auswirkungen sozialer Medien auf die Verbreitung psychischer Symptome sind nicht neu und wurden erstmals im Zusammenhang mit den sogenannten „Leroy“-Fällen in New York im Jahr 2011 beobachtet (*Goldstein & Hall, 2015*). 18 Schülerinnen einer Highschool entwickelten plötzlich funktionelle Symptome wie Tics, verwachsene Sprache und Ataxie. Diese Ereignisse erhielten umfangreiche mediale Aufmerksamkeit, während die Betroffenen Videos ihrer Symptome auf Plattformen wie Facebook und YouTube teilten. Dies führte zu weitreichender Besorgnis und zahlreichen Hypothesen über mögliche Ursachen, einschließlich einer Giftmülldeponie (*Goldstein & Hall, 2015*). Untersuchungen ergaben jedoch keinen physischen Auslöser, und die Symptome besserten sich, als die mediale Berichterstattung endete (*Bartholomew et al., 2012*).

*Bartholomew* und Kolleg:innen (2012) beschrieben diesen Vorfall als „Mass Psychogenic Illness“, eine Form von massenpsychogener Erkrankung, die seit Jahrhunderten bekannt ist und typischerweise in engen sozialen Gruppen auftritt. Sie spekulierten, dass soziale Medien die Mechanismen dieser Erkrankung verändern könnten, indem sie direkten physischen Kontakt durch virtuelle Verbindungen ersetzen. Dies erschwert herkömmliche Maßnahmen zur Eindämmung solcher Epidemien, wie die

Trennung der Betroffenen oder die Begrenzung öffentlicher Aufmerksamkeit (*Bartholomew et al., 2012*).

Ein jüngerer Fall aus Deutschland verdeutlicht, wie soziale Medien zur Verbreitung von Symptomen beitragen können. Neurolog:innen berichteten über einen Anstieg junger Erwachsener, die wegen Tourette-ähnlicher Tics Hilfe suchten (*Müller-Vahl et al., 2022*). Expert:innen stellten fest, dass diese funktionellen Symptome dem Tourette-Syndrom ähnelten, sich jedoch klar davon unterschieden. Auffällig war, dass viele dieser Patient:innen zuvor Videos eines bekannten deutschen YouTubers gesehen hatten, der über seine eigenen Tics berichtete. Dieser Influencer, der Millionen von Abonnent:innen erreicht, wurde von zahlreichen Betroffenen als Vorbild genannt. Viele gaben an, dass ihre Symptome nach dem Konsum seiner Inhalte auftraten (*Müller-Vahl et al., 2022*).

Dieses Phänomen veranlasste *Müller-Vahl* und Kolleg:innen (2022), den Begriff „Mass Social Media-Induced Illness“ vorzuschlagen, um eine neue Form psychogener Erkrankung zu beschreiben, die durch soziale Medien verbreitet wird. Studien wie die von *Coviello* und Kolleg:innen (2014) zeigen, dass emotionale Ansteckung in sozialen Netzwerken eine wichtige Rolle bei der Verbreitung solcher Symptome spielt, insbesondere wenn starke emotionale Reaktionen ausgelöst werden.

*Olvera* und Kolleg:innen (2021) untersuchten spezifisch die TikTok-Nutzung und stellten fest, dass 67,9 % der Content Creator angaben, mindestens ein Symptom entwickelt zu haben, nachdem sie es bei anderen Nutzern beobachtet hatten. Zudem waren die dargestellten Symptome oft auffallend ähnlich: 53,6 % der TikTok-Nutzer:innen verwendeten beispielsweise das Wort „Beans“ (Bohnen) als vokalen Tic, was auf eine Nachahmungsdynamik hindeutet (*Olvera et al., 2021*).

Die zunehmende Aufmerksamkeit, die psychischen Störungen auf Plattformen wie TikTok zuteilwird, hat erhebliche Diskussionen über Phänomene wie „Mass Social Media-Induced Illness“ angestoßen. Während das Tourette-Syndrom als erster prominenter Fall dieser Thematik intensiv erforscht wurde, ist die Darstellung der DIS ein jüngeres Phänomen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit DIS in sozialen Medien steht noch am Anfang, obwohl ein stark wachsendes Interesse erkennbar ist. TikTok-Hashtags wie #DID (über 9,10 Millionen Ansichten) und #DID-Systems (307 Millionen Ansichten) verdeutlichen die Popularität, die durch Influencer mit Millionen von Followern weiter gesteigert wird (*Lucas, 2021*). Die Inszenierung von DIS auf sozialen Medien folgt oft stereotypen Mustern: Videos wie „Meet the System“ oder

„Catching my switch on camera“ sind besonders beliebt, wobei Persönlichkeiten durch spezifische Kleidung oder Verhaltensweisen dargestellt werden. Diese Inhalte inspirieren andere Nutzer:innen, eigene Systeme und Persönlichkeiten zu entwickeln, häufig basierend auf bereits etablierten Vorbildern. Dieser Trend erinnert an das Tourette-Phänomen, bei dem ähnliche Mechanismen der Nachahmung eine Rolle spielen (*Giedinghagen, 2023*).

Auch klinisch zeigt sich eine Zunahme von Konsultationen im Zusammenhang mit DIS (*Launay et al., 2023*). Nach Jahrzehnten relativer Vernachlässigung wurde die Störung wieder verstärkt wahrgenommen, was teils auf ihre Popularität in sozialen Medien zurückzuführen ist. Videoplattformen verstärken diese Dynamik durch Algorithmen, die ähnliche Inhalte vorschlagen, was möglicherweise dazu führt, dass Nutzer:innen Symptome übernehmen, die sie zuvor nicht erlebt hatten (*Draijer & Boon, 1999*).

Nicht alle Expert:innen betrachten diese Entwicklungen als rein unwillkürliche Prozesse. Einige argumentieren, dass bewusste Täuschungen eine Rolle spielen könnten, die unter dem Begriff „Münchhausen-Syndrom im Internet“ beschrieben werden. Hierbei erfinden Personen Erkrankungen, um Aufmerksamkeit oder finanzielle Vorteile zu erlangen (*Feldman, 2000*). Prominente Beispiele, wie der Fall einer Frau, die eine Krebserkrankung vortäuschte, zeigen, dass digitale Plattformen neue Möglichkeiten für Täuschungen schaffen (*Douglas, 2017*). Besonders subjektive Diagnosen wie DIS sind anfällig für bewusste Simulationen, da ihre Symptome schwer objektiv überprüfbar sind. Personen, die DIS nachahmen, neigen laut *Pietkiewicz* und Kolleg:innen (2021) dazu, ihre Symptome ausführlich und mit medizinischer Terminologie zu beschreiben, während «authentische» Betroffene oft zögern, ihre Erfahrungen zu teilen.

Soziale Medien ermöglichen dynamische und visuell ansprechende Darstellungen von psychischen Störungen. Diese Form der Inszenierung erzeugt Belohnungen in Form von Likes, Aufmerksamkeit und oft auch finanziellen Vorteilen. *Olvera* und Kolleg:innen (2021) stellten fest, dass 64,3 % der TikTok-Nutzer:innen, die Tourette-Tic-Videos posten, ihre Plattform zur Vermarktung nutzen oder sich für bezahlte Auftritte anbieten. Ähnliche Muster finden sich bei DIS, wobei viele Betroffene Spendenlinks in ihren Profilen platzieren (*Lucas, 2021*).

Die Verbreitung von DIS sowie dem Tourette-Syndrom auf Plattformen wie TikTok ist ein Beispiel dafür, wie soziale Medien die Wahrnehmung und Manifestation

psychischer Störungen verändern. Diese Plattformen schaffen ein Publikum, das Feedback gibt, und bieten eine Bühne für die Darstellung von Symptomen, die außerhalb klinischer Kontexte selten beobachtet werden. Die Hypothese der „Mass Social Media-Induced Illness“ beschreibt, wie soziale Medien zur Verbreitung von Symptomen beitragen können, sei es durch Nachahmung oder bewusste Täuschung.

### *Artifizielle Störungen und «Malingering»*

Abnormales Verhalten im Kontext des Gesundheitssystems erstreckt sich von der Übertreibung von Symptomen bis hin zum absichtlichen Vortäuschen von Krankheitsbildern (Bass & Halligan, 2014). Während eine leichte Übertreibung von Symptomen bei medizinischen Patient:innen als normales Verhalten angesehen wird, gilt das vollständige Vortäuschen oder Induzieren von Krankheiten, um Kontakt mit medizinischem Fachpersonal zu erzwingen, als pathologisch (Kapfhammer, 2017a). Dieses pathologische Täuschungsverhalten kann entweder simuliert („malingered“) sein oder auf einer artifiziellen Störung (AS) beruhen (Velsor & Rogers, 2018). Eine AS wird bei Patient:innen diagnostiziert, die Krankheiten vortäuschen, um psychologische Vorteile zu erzielen (Hamilton et al., 2016). Im Gegensatz dazu beschreibt Malingering die bewusste und absichtliche Produktion oder starke Übertreibung psychischer oder physischer Symptome, die durch externe Anreize wie finanzielle Kompensation, materielle Vorteile oder die Vermeidung von Verpflichtungen motiviert ist (Dyer & Feldman, 2007; Martin & Schroeder, 2015; Pridmore, 2021). Malingering ist keine medizinische Diagnose und wird im ICD-11 nicht als psychische Erkrankung aufgeführt, sondern als Zustand, der klinische Aufmerksamkeit benötigt (Bass & Halligan, 2014; Martin & Schroeder, 2015; WHO, 2019).

Gemäß DSM-5 sind Personen, die simuliertes Verhalten zeigen, sich sowohl der Motivation als auch ihres Verhaltens bewusst (APA, 2013; Dyer & Feldman, 2007). Patient:innen mit AS hingegen sind sich der Produktion ihrer Symptome oft zumindest teilweise bewusst, nicht jedoch der dahinterliegenden Motivation (Dyer & Feldman, 2007; Pridmore, 2021). Es wird angenommen, dass diese Betroffenen ihre emotionalen Bedürfnisse nicht verstehen und diese nicht auf funktionale Weise befriedigen können (Pridmore, 2021). Während Malingering insbesondere im forensischen Kontext gut erforscht ist, gibt es deutlich weniger empirische Studien zu AS mit psychologischer Symptompräsentation (ASp) (Velsor & Rogers, 2018). Im Folgenden wird der

Fokus auf ASp gelegt, während AS mit medizinischer Symptompräsentation (ASm) ergänzend vorgestellt werden, da hierzu mehr empirische Forschung vorliegt. Gemäß *Freyberger (2006, 2015)*, *McCullumsmith & Ford (2011)* und *Pridmore (2021)* lassen sich drei epidemiologische Kategorien der AS klinisch unterscheiden:

**Tabelle 6:** *Epidemiologische Kategorien der artifiziellen Störung*

<i>Epidemiologische Kategorien</i>	<i>Beschreibung</i>
Kerngruppe der AS	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Betroffen sind vorwiegend Frauen, die im Gesundheitswesen tätig sind</li> <li>○ Charakteristisch sind selbstschädigendes Verhalten und die Präsentation akuter, dramatischer Symptome</li> <li>○ Das Verhalten tritt akut, rezidivierend oder chronisch auf; Hospital Hopping ist eher selten</li> <li>○ Die Kindheit der Betroffenen ist oft durch emotionale Vernachlässigung geprägt.</li> </ul>
Münchhausen-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese chronische Form der artifiziellen Störung ist durch die Simulation von Krankheiten, pathologisches Lügen und Hospital Hopping gekennzeichnet</li> <li>○ Betroffen sind überwiegend Männer mittleren Alters, oftmals findet sich komorbid eine dissoziale Persönlichkeitsstörung</li> <li>○ Betroffene unterziehen sich häufig unnötigen medizinischen Behandlungen (<i>Ehrlich et al., 2008; Taylor &amp; Hylar, 1993</i>)</li> </ul>
Münchhausen by Proxy	Diese Variante betrifft Personen, die Symptome bei von ihnen abhängigen Personen (oft ihren Kindern) induzieren ( <i>Kapfhammer, 2005</i> ).
Münchhausen by Internet	Betroffene täuschen Erkrankungen im Internet vor, begeben sich oft in Online-Selbsthilfegruppen um Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Unterstützung zu befriedigen ( <i>Pulman &amp; Taylor, 2012</i> ).

Fälle von ASp sind im Vergleich zur ASm nicht seltener, es existiert jedoch weniger Forschung dazu (*Kapfhammer, 2017a*). Laut *Kapfhammer (2017a)* können alle psychologischen Symptome artifiziell vorgetäuscht werden. Häufig beschriebene Symptome umfassen (*Catalina et al., 2008; Kapfhammer, 2017a; Totzeck, 2019; Sutherland & Rodin, 1990*): Vorgetäuschte Vergewaltigungen, PTBS, Pathologische Trauerreaktionen, Delire und psychotische Zustände – sowie DIS.

Patient:innen mit ASp zeigen oftmals mehrere artifizielle psychologische Symptome gleichzeitig (*Parker, 1993*). Die Symptome werden nicht nur berichtet, sondern auch durch Neben- oder Wechselwirkungen von Arzneimitteln induziert (*Totzeck, 2019*). Anders als Patient:innen mit ASm suchen ASp-Betroffene gezielt psychiatrische Institutionen auf (*Kapfhammer, 2017a*).

ASp-Patient:innen zeigen ein Muster, das dem Münchhausen-Syndrom ähnelt, inklusive Hospital Hopping, sozialer Isolation, komorbiden Persönlichkeitsstörungen, pathologischem Lügen und einer Tendenz, sich selbst zu entlassen (*Kapfhammer, 2017a*). Die frühe Diagnosestellung ist entscheidend, da angenommen wird, dass die Symptome sich über die Zeit manifestieren und verstärken können („selbsttäuschende Verstärkung“; *Rogers et al., 1989; Merckelbach et al., 2011*).

Die Prävalenz von ASp ist aufgrund mangelnder epidemiologischer Studien unklar (*Pridmore, 2021*). Studien weisen jedoch auf eine Unterdiagnostizierung hin, mit Prävalenzzahlen zwischen acht und 19 Prozent im stationären Rahmen (*Catalina et al., 2008; Hausteiner-Wiehle & Hungerer, 2020*). Eine Mehrheit der Patient:innen mit AS hat traumatische Erfahrungen gemacht, insbesondere Misshandlungen und Vernachlässigung in der Kindheit (*Freyberger, 2015; Kapfhammer, 2017a*). Dies erklärt die hohe Komorbiditätsrate von 58 bis 70 Prozent mit anderen psychischen Störungen, darunter Borderline-, histrionische, narzisstische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen (*Hamilton et al., 2016*).

Psychodynamische Modelle betonen die Bedeutung von Traumabewältigung. Traumatische Erlebnisse führen oft zu Störungen der Körperwahrnehmung, Selbstwertregulierung und Störungen in zwischenmenschlichen Beziehungen (*Kapfhammer, 2017b*). *Eckhardt-Henn (2015)* sieht AS als Traumafolgestörung. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen pathologischer Dissoziation, posttraumatischen Symptomen und AS (*Van der Hart et al., 2006*).

Fantasie- und Affektentwicklungsstörungen in der Kindheit können ebenfalls zur Entwicklung einer AS beitragen. Wenn traumatische Erlebnisse und ein negatives,

dysfunktionales Familienklima die Kindheit prägen, werden Betroffene in der gesunden Entwicklung ihrer Identität gestört, was dazu führen kann, dass die Identifikation mit einem Störungsbild zur Stabilisierung der Identität verwendet wird (*Kapfhammer, 2017a*).

Das Nurturance Model erklärt ASp durch das Bedürfnis nach Zuwendung und Mitgefühl in der Patient:innen-Rolle (*Feldman & Smith, 1996*). Betroffene suchen Sympathie und eine vertrauensvolle Beziehung zu behandelndem Fachpersonal, um ihre psychologischen Bedürfnisse zu befriedigen (*Velsor & Rogers, 2018*). Dieses Verhalten wird durch kurzfristige Bedürfnisbefriedigung verstärkt, was die Chronifizierung begünstigt.

Die Differenzialdiagnose der DIS stellt in klinischen und forensischen Kontexten eine besondere Herausforderung dar, insbesondere im Hinblick auf ASp, die sich als DIS präsentieren. Diese Sonderform der artifiziellen Störung, die als artifizielle DIS (aDIS) bezeichnet wird, weist spezifische Merkmale auf, die von der genuinen DIS abzugrenzen sind. Eine ungenaue Diagnosestellung kann sowohl für die betroffenen Patient:innen als auch für die Behandler:innen schwerwiegende Folgen haben (*Pietkiewicz et al., 2021*).

Die aDIS beschreibt die bewusste oder unbewusste Präsentation der Kernsymptome der DIS, ohne dass eine Fragmentierung der Persönlichkeit vorliegt (*Van der Hart et al., 2006*). Sie unterscheidet sich von der malingered DIS, die durch ein bewusstes Täuschungsverhalten gekennzeichnet ist und auf externe Motive wie finanzielle Kompensation oder Strafminderung abzielt (*Draijer & Boon, 1999; Velsor & Rogers, 2018*). Während das Täuschungsverhalten bei der malingered DIS willentlich gesteuert werden kann, wird die Symptompräsentation bei der aDIS oft Teil der Identität der Betroffenen (*Draijer & Boon, 1999*). Die Präsentation der Symptomatik bei einer aDIS ist somit begründet durch intern motiviertes Verhalten, häufig als Ausdruck von Bindungs- und Aufmerksamkeitsbedürfnissen (*Brown & Schefflin, 2000*). Die malingered DIS ist begründet durch extern motiviertes Verhalten mit einer bewussten Kontrolle über die Symptompräsentation (*Draijer & Boon, 1999*).

Die Prävalenz der aDIS ist aufgrund eines Mangels an epidemiologischen Studien unklar. Berichte variieren zwischen 2 % und 14 %, wobei die höchsten Prävalenzraten in spezialisierten DIS- und Traumastationen gefunden werden (*Friedl & Draijer, 2000; Thomas, 2001*).

Die Entwicklung einer aDIS ist eng mit frühkindlichen Bindungsstörungen und dysfunktionalen familiären Strukturen verbunden (Kapfhammer, 2017a; *Draijer & Boon*, 1999). Betroffene zeigen häufig Gefühle der Wertlosigkeit, Einsamkeitsgefühle, Identitätskonfusion sowie eine Sehnsucht nach Bindung, Aufmerksamkeit und Fürsorge (*Brown & Schefflin*, 2000).

Die Präsentation der Kernsymptome der DIS dient als Mechanismus zur Kompensation dieser emotionalen Defizite. Gleichzeitig ermöglicht die Diagnose eine Strukturierung der inneren Welt und eine Erklärung für interpersonelle Konflikte (*Pietkiewicz et al.*, 2021). Operante Konditionierungsmechanismen verstärken dieses Verhalten, da es kurzfristig zu einer Befriedigung der unbefriedigten Grundbedürfnisse führt (*Draijer & Boon*, 1999).

Die Abgrenzung der aDIS von der genuinen DIS ist selbst für Expert:innen schwierig (*Draijer & Boon*, 1999). Dies liegt an der realistischen Darstellung der Symptome durch aDIS-Patient:innen und der unzureichenden Validität bestehender diagnostischer Instrumente (*Brand et al.*, 2006). *Thomas* (2001) beschreibt, dass aDIS-Patient:innen häufig weniger von subtileren Symptomen wie Entfremdungserlebnissen sowie komorbide depressive Symptomatiken berichten; DIS-Patient:innen zeigen in der Regel starke Scham- und Schuldgefühle sowie Schwierigkeiten beim Sprechen über solche Symptome, während aDIS-Patient:innen ihre Symptome oft bereitwillig und unaufgefordert schildern (*Welburn et al.*, 2003; *Gysi*, 2021); bei psychometrischen Testverfahren zeigen Menschen mit einer aDIS tendenziell niedrigere Werte in den Subskalen für Amnesie und Identitätsunsicherheit (*Draijer & Boon*, 1999). Der Selbstbeurteilungsfragebogen *Dissociative Experiences Scale* wurde in Simulationsstudien von gesunden Versuchspersonen, die eine DIS simulierten, getestet und konnte nicht zuverlässig zwischen echten DIS-Patient:innen und gesunden Kontrollpersonen unterscheiden (*Labott & Wallach*, 2002). Als Selbstbeurteilungsinstrument ist der DES somit ungeeignet, um zwischen aDIS und DIS zu differenzieren (*Draijer & Boon*, 1999).

Bildgebende Verfahren können Unterschiede in der Hirnaktivität zwischen simulierten und echten Persönlichkeitsanteilen zeigen (*Schlumpf et al.*, 2014). Diese Methoden sind jedoch aufgrund konfundierender Variablen wie Traumatisierungen nicht immer zuverlässig (*Reinders et al.*, 2012).

Die falsche Diagnose einer DIS bei aDIS-Patient:innen kann die Symptomatik verstärken und chronifizieren (*Pietkiewicz et al.*, 2021). Umgekehrt erhalten aDIS-

Patient:innen oft keine adäquate Behandlung für ihre zugrunde liegenden psychischen Probleme, was schwerwiegende Folgen wie Suizidalität und soziale Isolation nach sich ziehen kann (Vaduganathan et al., 2014).

Die Differenzialdiagnostik der aDIS bleibt aufgrund begrenzter empirischer Daten und methodologischer Herausforderungen ein schwieriges Feld in der klinischen Praxis. Der Mangel an spezifischen diagnostischen Instrumenten und klaren Kriterien in den Klassifikationssystemen wie dem ICD-11 und DSM-5 erschwert die Abgrenzung von der genuinen DIS erheblich (Pietkiewicz et al., 2021).

Pietkiewicz und Kolleg:innen (2021) führten qualitative Inhaltsanalysen mit sechs Patientinnen durch, die nicht die Diagnosekriterien der DIS erfüllten, jedoch davon überzeugt waren, an der Störung zu leiden. Diese Patientinnen beschrieben Persönlichkeitsanteile, die sie als zentrale Metaphern für ihre konflikthaftern Emotionen und Bedürfnisse nutzten. Diese Anteile dienten nicht nur der Selbstorganisation, sondern beeinflussten auch ihre sozialen Interaktionen. Dabei zeigten sich folgende Unterscheidungsmerkmale zu Patient:innen mit einer genuinen DIS (Pietkiewicz et al., 2021):

- *Fehlende Intrusionen:* Im Gegensatz zu DIS-Patient:innen berichteten die Teilnehmerinnen keine Intrusionen oder auditorischen Halluzinationen. Sie beschrieben hingegen autokritische Gedanken und Schuldzuweisungen für ihr Verhalten.
- *Gezielte Persönlichkeitswechsel:* Persönlichkeitswechsel wurden angekündigt, und es traten keine Amnesien auf.
- *Emotionale Dysregulation:* Statt dissoziativer Symptome stand eine Ablösung von Gefühlen, Leere und tranceartige Zustände im Vordergrund.
- *Informationssuche:* Die Patientinnen sammelten aktiv Wissen über DIS, nutzten Fachbegriffe und kommunizierten ihre Symptome gezielt, was ihre Überzeugung stärkte, an einer DIS zu leiden.

Diese Befunde zeigen, dass die Persönlichkeitsanteile bei aDIS nicht das gleiche klinische Profil wie bei der DIS aufweisen und eher als psychologische Strategie zur Bewältigung emotionaler Konflikte dienen. Es ist wichtig, über diese verschiedenen Phänomene wie der AS, der mass social media induced illness und ähnliche Erkrankungen Bescheid zu wissen, da eine falsche Behandlung zur Chronifizierung und Verschlechterung der bestehenden Symptomatik führen kann. Diese Phänomene

sind ebenfalls bedeutsam für die Kontroversen bezüglich der DIS-Debatten. Es kann die Vermutung aufgestellt werden, dass zumindest eine Subgruppe der Patient:innen mit DIS eigentlich eine aDIS hat; dies kann relevant sein in Bezug auf die Anfälligkeit für Verschwörungstheorien wie das Narrativ zu rituellem Missbrauch und Mind-Control.

### *3.3 (Satanisch) Rituellem Missbrauch und Mind-Control: die Kontroverse in der Schweiz*

Im Zentrum der sogenannten „Satanic Panic“, die in den 1980er und 1990er Jahren in den USA aufkam, entwickelte sich eine Verschwörungstheorie, die tief in die gesellschaftlichen Strukturen eindrang und teils auch bei Fachkräften wie Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen auf Resonanz stieß. Dieses Kapitel widmet sich der „Rituellen Gewalt und Mind-Control“-Theorie, beleuchtet die zentralen Inhalte dieser Verschwörungserzählung und deren Verknüpfung mit der Diagnose einer DIS. Abschließend wird die jüngst aufgekommene Diskussion um eine erneute „Satanic Panic“ in der Schweiz aufgegriffen und kritisch reflektiert. Die Sekten Info Nordrhein-Westfalen berichtete bereits im Jahr 2020, dass sie vermehrte Beratungen zum Thema «Rituelle Gewalt und Mind-Control» durchführten in Bezug auf Menschen, welche sich innerhalb einer Therapie geschädigt fühlten<sup>1</sup>; ihnen sei in der Therapie erklärt worden, sie wären «rituell» missbraucht worden und daher habe sich ihre Persönlichkeit in mehrere Anteile aufgespalten.

Es besteht kein Zweifel an der Existenz von sexuellem Missbrauch, organisierter Kriminalität und schwer traumatisierten Menschen. Allerdings basiert das Konzept der „Rituellen Gewalt Mind-Control“-Theorie auf der Annahme, dass Opfer systematisch und absichtlich ihre Persönlichkeiten abspalten und von geheimen Netzwerken „programmiert“ werden (Liebrand, 2020). Diese Annahme ist wissenschaftlich nicht belegt.

Befürworter:innen dieser Theorie behaupten, dass organisierte Täter:innen durch „rituelle“ Gewalt und „Mind-Control“-Methoden bei ihren Opfern eine DIS hervorrufen, die bereits im frühen Kindesalter durch extreme Gewalt verursacht werde (Miller,

---

<sup>1</sup> Siehe <https://sekten-info-nrw.de/information/artikel/esoterik/zersplitterung-nach-therapie---bedenkliche-auswirkungen-der-„rituelle-gewalt-mind-control“-theorie>

2011). Die Theorie geht davon aus, dass die entstehenden Persönlichkeitsanteile für bestimmte Zwecke programmiert und genutzt werden können, wobei die Opfer keine bewusste Erinnerung an diese Prozesse haben. Diese These stützt sich ausschließlich auf Berichte von Betroffenen, die ihre Erinnerungen an Missbrauch und Folter meist erst im Erwachsenenalter, häufig in der Therapie, wiedererlangen.

Trotz intensiver Ermittlungen konnten bisher keine Verifikationen dieser Theorie geliefert werden. Vertreter:innen dieser Verschwörungstheorie argumentieren, dass die Berichte der Opfer auf die Manipulation durch Täter:innen zurückzuführen seien, die ihre Opfer dazu anregen, unglaubliche Geschichten zu erzählen (Miller, 2011). In der Literatur zur „rituellen Gewalt“ wurden anfänglich satanistische Kulte als Täterkreis vermutet, mittlerweile werden auch destruktive Kulte oder organisierte Kriminalität als mögliche Akteure genannt (Liebrand, 2020). Zahlreiche kritische Stimmen weisen darauf hin, dass ein differenzierter Blick auf satanistische Phänomene keine Hinweise auf die Existenz „ritueller Gewalt“ und „Mind-Control“-Methoden liefert (Liebrand, 2020).

Innerhalb fachlicher Kreise sind die Meinungen stark polarisiert. Befürworter:innen der Theorie werfen Skeptiker:innen vor, den Betroffenen nicht zu glauben und sich nicht ausreichend fortzubilden (Huber, 2011). Kritiker:innen sehen die Theorie hingegen als Verschwörungstheorie (Liebrand, 2020). Diese verhärteten Fronten erschweren eine sachliche Diskussion und lenken den Fokus auf ideologische Positionen.

In der Beratungsstelle der Sekteninfo Nordrhein-Westfalen berichten hilfeschuchende Menschen, die nach und nach in Therapie, durch Medien und Internetforen glauben, Opfer „ritueller Gewalt“ geworden zu sein (Liebrand, 2020). Sie wurden dazu angeleitet, verdrängte Erinnerungen an Misshandlungen in der Kindheit wiederherzustellen, was zu einer deutlichen Verstärkung ihrer psychischen Instabilität führte. In solchen Fällen ist es wichtig, vorschnelle Schlussfolgerungen zu vermeiden und die Ursache der Symptome differenziert zu betrachten.

Ein zentraler Kritikpunkt in Bezug auf diese Verschwörungstheorie betrifft die Verletzung der therapeutischen Neutralität (Liebrand, 2020). Statt auf tatsächliche Erfahrungen der Betroffenen zu basieren, beruhen diagnostische Hypothesen auf der Überzeugung, dass Erinnerungen durch Programmierungen verdrängt wurden – dabei ist eine Falsifizierung dieser Grundannahmen nicht mehr möglich. Zweifel oder Verschlechterung der Symptome werden oft als Bestätigung der Diagnose interpretiert. Kritische Stimmen werden als Täterschutz diffamiert, während fehlende

Beweise als Indizien für die Effektivität des kultischen Schweigegebotes gelten und auf die Grösse und Macht des Täternetzwerkes hinweise (*Liebrand 2020; Miller, 2011*).

Nachfolgend werden einige zentrale Inhaltspunkte dieser Verschwörungstheorie beschrieben:

*Typische Symptome:* ein zentrales Thema ist die Behauptung, dass bestimmte Symptome als eindeutige Indikatoren für sexuellen und rituellen Missbrauch gelten können. Symptome wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Essstörungen – sogar dissoziative Symptome - sind unspezifisch und kommen auch bei Menschen ohne Missbrauchserfahrungen vor (*Huber, 2011; Liebrand, 2020*). Schlussfolgerungen basierend auf solchen Symptomen sind daher wissenschaftlich nicht haltbar.

*Verdränge Erinnerungen:* Die populäre Annahme, dass traumatische Erlebnisse vollständig verdrängt und erst Jahre später wiedererlangt werden, entspricht nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand (*Mangiulli et al., 2022; Otgaar et al., 2019*; siehe Kapitel 4.3 Reflexion und Kritikpunkte zu den ätiologischen Modellen). Obwohl manche Opfer versuchen, ihre Erinnerungen zu verdrängen, bleibt das Erlebte oft präsent.

*Falsche Erinnerungen:* Empirische Untersuchungen zeigen, dass falsche Erinnerungen mit Leichtigkeit erzeugt werden können und oftmals nicht von echten Erinnerungen zu unterscheiden ist – dies sogar für Szenen, welche nicht alltäglichen Begegnungen oder Ereignissen entsprechen (*Thomas & Loftus, 2002*). Berichte über Erinnerungen an Missbrauch im Säuglingsalter sind aus entwicklungsneurophysiologischer Sicht nicht plausibel, da das Gehirn erst deutlich später in der Entwicklung dazu fähig ist, dauerhafte Erinnerungen zu speichern und abzurufen (*Liebrand, 2020*). Trotzdem fühlen sich auch falsche Erinnerungen für die Betroffenen real an – was aufzeigt, wie gross Therapieschäden für Menschen sein können, welche durch Suggestionen in einer Therapie solche falschen Erinnerungen an massivste Missbrauchserfahrungen generieren (*Laney & Loftus, 2008; McNally, 2005*).

*Amnesien:* Die Verschwörungstheorie behauptet, dass es «vollkommene» amnestische Barrieren zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen gibt – Studien widerlegen diese Annahme jedoch, indem sie einen Informationsaustausch zwischen den Persönlichkeitsanteilen bei einer DIS dokumentieren (*Huntjens et al., 2005*). Zudem wird behauptet, dass Betroffene nicht bemerken können, dass sie solche

Amnesien haben (Huber, 2011; Miller, 2011) – diese Aussage kann zu grosser Verunsicherung führen und ist erneut, für die betroffene Person, nicht falsifizierbar.

*Programme und Fremdkontrolle:* Laut der Theorie sollen die Täterkreise bei den Opfern bestimmte «Programme» induziert haben, welche die Opfer zu bestimmten Verhaltensweisen zwingen (Miller, 2011). Wissenschaftliche Belege für eine solche Konditionierbarkeit komplexer Verhaltensweisen existieren nicht (Liebrand, 2020). Dennoch werden detaillierte Programme wie «Suizidprogramme» oder «Gewaltprogramme», welche durch Codewörter ausgelöst werden können, beschrieben (Miller, 2011). Solche Aussagen können bei Patient:innen Ängste verstärken und das Gefühl des Kontrollverlustes verstärken.

*Feiertage:* Die Theorie des (satanisch) rituellen Missbrauchs betont die Bedeutung von Feiertagen für Misshandlungen (Miller, 2011). Berichte listen bis zu 135 Feiertage auf, die angeblich von Täterkreisen genutzt werden. Solche Darstellungen können bei Patient:innen zusätzliche Ängste vor jederzeit möglichen Missbräuchen schüren (Liebrand, 2020).

*Körpererinnerungen:* Körpererinnerungen äussern sich in physischen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel oder auch Bauchschmerzen – diese Empfindungen werden dann mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung gebracht (Huber, 2011; Miller, 2011). So wird ein Taubheitsgefühl oder Kribbeln in Extremitäten als Hinweise auf körperliche Fesselungen gedeutet; Schwindel und Kopfschmerzen hingegen sollen auf Folterungen mit Würgen hinweisen. Somit werden körperliche Symptome als Hinweise auf mögliche Misshandlungen und Folterungen interpretiert und als Bestätigung gesehen – auch diese Aussagen und Interpretationen sind wissenschaftlich nicht haltbar (Liebrand, 2020).

*Esoterische Elemente und Mystifizierung der DIS:* Eine bekannte Vertreterin dieser Sichtweise ist die Psychotherapeutin Frau Michaela Huber – diese spricht unter anderem von übersinnlichen Fähigkeiten ihrer Patient:innen und beschreibt, dass sie selbst während Therapien die Kontrolle durch verschiedene «Persönlichkeiten» im Körper ihrer Patient:innen spüren könne (Huber, 2011). Auch berichtet Huber von Vorstellungen, dass Persönlichkeitsanteile andere körperliche Merkmale wie Augenfarben haben können; es wird auch beschrieben, dass einige Anteile Krankheiten entwickeln können, während andere gesund bleiben, wie beispielsweise Diabetes, Blindheit, Allergien (Huber, 2011). Zu solchen Aussagen fehlen jegliche wissenschaftliche Belege (Liebrand, 2020).

*Täterkontakt und ständige Bedrohung:* Es wird laut dieser Verschwörungstheorie angenommen, dass auch während der Therapie oder sogar in sicheren Einrichtungen weiterhin die Gefahr besteht, dass der Täterkreis die Überlebenden weiterhin überwachen; die Idee, dass Patient:innen unbewusst (aufgrund der amnestischen Barrieren zwischen den einzelnen Persönlichkeitsanteilen) weiterhin in Kontakt mit dem Täterkreis verwickelt sind, führt bei den Patient:innen zu Ängsten, sozialer Isolation und Misstrauen anderen Menschen gegenüber (*Liebrand, 2020*). Diese Annahmen können dazu führen, dass sich der/die Therapeut:in als „Retter:in“ fühlt, die ihre/n Klient:in vor der ständigen Bedrohung schützt, und gleichzeitig werden alle möglichen „Störungen“ im Therapieverlauf als Beweis für weiterhin bestehenden Täterkontakt interpretiert (*Liebrand, 2020*).

*Fehlende Falsifizierbarkeit:* *Alison Miller (2011)* beschreibt in ihrem Buch «Jenseits des Vorstellbaren» die Existenz eines Verleugnungsprogramms für Opfer ritueller Gewalt. Sie gibt zu, dass manche ihrer Patientinnen bestreiten, ihre Erlebnisse seien wahr, und behaupten, diese hätten sie sich ausgedacht oder aus dem Fernsehen oder Internet übernommen. Dennoch nimmt sie diese Aussagen nicht ernst, sondern führt aus, dass ihre Klientinnen durch „Mind-Control“-Täter:innen, die die Prozesse des Erinnerns und Vergessens sowie die Mechanismen der Dissoziation studiert hätten, gezielt darauf trainiert wurden, ihre eigenen Erinnerungen und innere Multiplizität zu verleugnen (*Miller, 2011*). Das Verleugnen der Diagnose durch Personen mit dissoziativen Störungen wird in ihrer Argumentation als Hinweis darauf interpretiert, dass diese Betroffenen einem intensiven Täterschulungstraining ausgesetzt wurden. Laut dieser Theorie sollen diese Trainings die Opfer sowohl dazu bringen, ihre eigenen Erinnerungen zu hinterfragen als auch polizeiliche Ermittlungen zu behindern. Vorgetäuschte Morde, die nie stattgefunden hätten, sollen dazu dienen, die Glaubwürdigkeit der Opfer zu untergraben, was erklären würde, warum Polizeiermittler an der Existenz ritueller Gewalt zweifeln. Wie bereits mehrfach dargelegt, folgt diese Argumentation einem geschlossenen, aber problematischen Muster: Fehlende solide Fakten werden durch konstruierte Annahmen ersetzt, die eine scheinbare Sinnhaftigkeit schaffen (*Liebrand, 2020*). Diese Theorie bleibt durch ihre Selbstimmunisierung und ihre Simplifizierung der komplexen Wirklichkeit von großem psychologischem Entlastungswert.

*«Der Teufel mitten unter uns» - ein Dokumentarfilm im staatlichen Schweizer Rundfunk*

In der Schweiz löste ein Dokumentarfilm des SRF, welcher Ende 2021 ausgestrahlt wurde, grosse Wellen aus<sup>2</sup>. Dabei wurde auch auf den in der Schweiz tätigen Verein CARA verwiesen – CARA als Akronym für «Care for Ritual Abuse». Auf ihrer Internetseite beschreibt CARA: «Organisierte und rituelle Gewaltstrukturen können eine umfassende Kontrolle und Ausbeutung von Menschen durch Mind-Control-Methoden beinhalten. Die planmässig wiederholte Anwendung schwerer Gewalt erzwingt spezifische Dissoziation bzw. eine gezielte Aufspaltung der kindlichen Persönlichkeit. Die entstehenden Persönlichkeitsanteile werden für bestimmte Zwecke trainiert und benutzt. Ziel dieser systematischen Abrichtung ist eine innere Struktur, die durch TäterInnen jederzeit steuerbar ist und für die das Kind und später der Erwachsene im Alltag keine bewusste Erinnerung hat.»<sup>3</sup>

CARA verweist auf mehrere Berichte, welche unter anderem Aussagen wie die folgenden beinhalten: «bei jeder mitgeteilten Gewalterfahrung muss in Betracht gezogen werden, dass noch schwerwiegendere Gewalt erlitten wurde, die den Betroffenen nicht bewusst ist, die abgespalten oder verdrängt wurde oder die sie noch nicht mitzuteilen wagen», «Rituelle Gewalt ist weltweit systemgebundene Gewalt mächtiger Männer in Staat, Gericht, Militär, Polizei, Geheimdiensten und Wirtschaft [...] sie sind überall, in der Politik, in allen Parteien, in Verwaltung, Polizei, Justiz, Geheimdiensten, Gesundheitswesen, Begutachtungswesen, Sozialwesen, Jugendämtern, Bildungswesen, Ausbildungsstätten, Wohltätigkeitsorganisationen, Medien, Kunst, Kultur u.v.a.m.», «Nach der Geburt wird das Kind von Organisationstätern/Kultmitgliedern misshandelt, vergewaltigt und gefoltert. Mutter und Vater sind verpflichtet, ihre Kinder regelmäßig im Alltag zu bedrohen, zu misshandeln, zu vergewaltigen und zu foltern. Weigern sie sich, werden sie selbst von aktiven Tätern dazu gezwungen – widersetzen sie sich dennoch, werden sie und ihre Kinder mit Folter und/oder Tod bedroht. [...] Abspaltung und Verdrängung dieser entsetzlichen Gewalt ist der Weg zu überleben. Ritualisierte Sexsklaverei ist das 'bestgehütete Geheimnis', das alle verschweigen müssen»<sup>4</sup>. Diese Aussagen verdeutlichen die Überzeugung der

---

<sup>2</sup> Abrufbar unter <https://www.srf.ch/play/tv/rec-/video/der-teufel-mitten-unter-uns?urn=urn:srf:video:9a8844a9-fa58-4a7e-a6df-144f336d55f0>

<sup>3</sup> Abgerufen am 21.12.2024 <https://www.verein-cara.ch> und

<sup>4</sup> [https://www.verein-cara.ch/files/ugd/c20f97\\_128e918712374fc79d0f2793c3f16de5.pdf](https://www.verein-cara.ch/files/ugd/c20f97_128e918712374fc79d0f2793c3f16de5.pdf)

Echtheit der Theorie des Ritualen Missbrauchs sowie von Mind-Control-Programmierungen.

Weitere Zeugen, die sich in dem Film zur RG-Theorie bekennen, sind ein Zürcher Kinderschutzpolizist, der Politiker einer christlichen Partei und mehrere Lehrpersonen. Auch die Therapeutin Regula Schwager, Co-Leiterin von *Castagna*, der offiziellen Zürcher Beratungsstelle für Opfer sexuellen Missbrauchs, spricht von Berichten über Tier- und Menschenopfer durch Angehörige einer reichen Oberschicht. Sie habe „keinen Grund, den Berichten der Betroffenen nicht zu glauben“.

Im Dokumentarfilm wird dieses Phänomen als ein erneutes Wiederaufkommen der Satanic Panic interpretiert. *Georg Otto Schmid*, der Schweizer Weltanschauungsbeauftragte, betrachtet die Debatte um „Rituelle Gewalt“ als eine moderne Form des Hexenwahns, der stark mit übersteigerten Verschwörungstheorien verwoben ist (*Hohendahl-Tesch & Krause, 2023*). Für *Schmid* sind zwei wesentliche Ursachen für das Entstehen und die Verbreitung dieser Theorien verantwortlich: Zum einen der weltanschauliche Dualismus, der in vielen religiösen und spirituellen Lehren zu finden ist – die Vorstellung von einem ständigen Konflikt zwischen „Gut und Böse“, „Gott und Satan“ – der diese Verschwörungstheorien nährt. Zum anderen sieht er eine problematische Rolle bei Therapeut:innen, die sich in diesem Kontext ausbilden ließen und diese Vorstellungen in ihre Arbeit integrierten. *Schmid* kritisiert, dass viele Therapeuten sich zunehmend auf diese spekulativen und nicht wissenschaftlich fundierten Theorien stützten, um traumatisierte Klienten zu behandeln. Dabei würden oft falsche Erinnerungen an Missbrauch und Gewalt erzeugt, die sich auf die Theorie der „rituellen Gewalt“ stützen (*Hohendahl-Tesch & Krause, 2023*). *Schmid* warnt vor den gesellschaftlichen und psychologischen Auswirkungen dieser Theorien. Er betont, dass durch die therapeutische Praxis und die damit verbundene Stärkung von Verschwörungserzählungen nicht nur das Vertrauen in therapeutische Prozesse und Institutionen gefährdet wird, sondern auch die Betroffenen selbst weiter traumatisiert werden könnten (*Hohendahl-Tesch & Krause, 2023*).

Vor der Veröffentlichung dieses Dokumentarfilms fanden in Schweizerkliniken regelmäßige Fachtagungen, Symposien und Vorträge zur Thematik des ritualen Missbrauchs statt: Ein prominentes Beispiel ist die „Impulstagung rituelle Gewalt“ im Jahr

2018 in Littenheid, bei der eine führende Traumatologin, *Fana Asefaw*, über „Zwangsschwangerschaften“ und „Opferungen von Babys“ sprach<sup>5</sup>.

Fachleute wie *Fegert* und *Urbanioek* (2024), die die Theorie der rituellen Gewalt/Mind-Control klar ablehnen, sehen in den fortwährenden Diskussionen um derartige Theorien eine Form der Sektenbildung innerhalb der Fachwelt, bei der abweichende Meinungen marginalisiert werden.

### *3.4 Zusammenfassung zu den Kontroversen*

Die DIS ist seit Jahrzehnten Gegenstand intensiver wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Kontroversen. Diese Debatte erstreckt sich über verschiedene Aspekte, darunter die Definition zentraler Begriffe, die Ätiologie, sowie der Zusammenhang mit Verschwörungstheorien.

Ein grundlegendes Problem in der Diskussion um die DIS ist das Fehlen einer einheitlichen Definition wesentlicher Konzepte, wie etwa der Begrifflichkeit von «Persönlichkeitsanteilen» oder «Dissoziation».

Die Ätiologie der DIS ist einer der zentralen Streitpunkte, wobei sich verschiedene Perspektiven gegenüberstehen. Einige Autor:innen gehen davon aus, dass die DIS eine direkte Folge schwerer frühkindlicher Traumatisierung ist. Dissoziation wird hier als Bewältigungsmechanismus verstanden, der es Betroffenen ermöglicht, unerträgliche Erlebnisse psychisch abzuspalten. Kritiker:innen dieser Position argumentieren, dass die DIS möglicherweise durch therapeutische Suggestion oder auch medial geprägte Narrative erzeugt werden könnte. Gemäss dieser Sichtweise wird die DIS als psychologisch induziertes oder sozial konstruiertes Phänomen betrachtet, das durch Therapeut:innen oder populärkulturelle Einflüsse verstärkt wird. Diese Debatte zu den unterschiedlichen ätiologischen Erklärungsmodellen gestaltet sich noch deutlich komplexer, wenn dazu auch noch Störungsbilder und/oder Phänomene wie die AS, die Mass Social Media Induced Illness oder auch das Münchhausen-Syndrom by Internet mit einbezogen wird.

Die Debatte um die DIS hat in den letzten Jahren durch das Phänomen der Mass Social Media Induced Illness eine zusätzliche Komplexität erhalten. Soziale Medien haben einen erheblichen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und

---

<sup>5</sup> Abrufbar unter [https://www.inps.ch/repository/docs/Art-Impulstagung\\_Rituelle\\_Gewalt.pdf](https://www.inps.ch/repository/docs/Art-Impulstagung_Rituelle_Gewalt.pdf) und [https://www.inps.ch/repository/docs/Einladungsflyer\\_Impulstagung\\_Rituelle\\_Gewalt\\_29Nov18\\_6s\\_\(4\).pdf](https://www.inps.ch/repository/docs/Einladungsflyer_Impulstagung_Rituelle_Gewalt_29Nov18_6s_(4).pdf)

Identitätsexpression junger Menschen. Die starke Zunahme an selbstdiagnostizierten DIS-Diagnosen in den sozialen Medien sowie die beschriebenen Auffälligkeiten bei der Verbreitung bestimmter Symptome wirft Fragen zur Verstärkung und Interaktion mit der digitalen Welt auf.

Ein bedeutender Faktor in der kontroversen DIS-Debatte ist ihr historischer Zusammenhang mit der Satanic Panic der 1980er und 1990er Jahre. In dieser Zeit erlangte die Störung erhebliche mediale Aufmerksamkeit durch Berichterstattungen, Bücher und Filme, die spektakuläre Fälle von multiplen Persönlichkeiten darstellten und dabei oft mit Verschwörungstheorien über Mind-Control-Experimente und rituellen Missbrauch verknüpft waren.

Es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Zunahme der diagnostizierten Fälle und der Anzahl an Persönlichkeitsanteilen sowie entsprechenden medialen Veröffentlichungen feststellen. Unterschiedliche Prävalenzraten zwischen Ländern deuten darauf hin, dass soziokulturelle Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Diagnose und Wahrnehmung der Störung haben könnten.

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass der historische Zusammenhang mit Verschwörungstheorien nicht bedeutet, dass die Existenz der Störung oder ihrer Symptome infrage gestellt wird. Vielmehr sollte eine kritische Reflexion über den Einfluss soziokultureller Rahmenbedingungen auf die Diagnosestellung und therapeutische Arbeit erfolgen.

Ein weiterer kritischer Punkt in der Debatte um DIS betrifft die ethischen Fragestellungen im Zusammenhang mit spezifischen therapeutischen Techniken. Insbesondere der Umgang mit „wiedergewonnenen Erinnerungen“ ist umstritten. Hier stehen sich zwei Lager gegenüber: Die eine Seite argumentiert, dass falsche Erinnerungen (false memories) durch suggestive Therapiepraktiken erzeugt werden, was zu erheblichen Schäden für die Betroffenen führen kann. Die andere Seite hält dies für eine übertriebene Sorge und betont die Notwendigkeit, verdrängte traumatische Erinnerungen aufzudecken und therapeutisch zu bearbeiten.

Die Frage, ob therapeutische Methoden möglicherweise unbeabsichtigte Schäden verursachen oder Erinnerungen an traumatische Erlebnisse künstlich hervorrufen, ist nach wie vor Gegenstand intensiver Diskussionen und stellt eine ethische Herausforderung für die therapeutische Praxis dar.

Ein bedeutender Kritikpunkt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um DIS richtet sich gegen prominente Vorreiter:innen der DIS-Therapie, die in Fachkreisen

immer wieder wegen esoterischer Elemente und einer Mystifizierung der Störung kritisiert werden. Kritiker:innen werfen diesen Vorreiter:innen vor, dass sie durch ihre Darstellung der Störung in Büchern und Vorträgen ein mystifiziertes, spektakuläres Bild der DIS zeichnen, das nicht wissenschaftlich fundiert sei und somit zur Popularisierung problematischer Vorstellungen beitrage. Dies hat zur Verstärkung von Vorbehalten gegenüber der DIS-Diagnose in bestimmten Fachkreisen geführt.

Nachfolgend wird auf die wichtigsten ätiologischen Modelle zur DIS eingegangen. Diese Modelle spiegeln die in diesem Kapitel dargestellten Kontroversen wider und tragen wesentlich zum vertieften Verständnis der Kontroversen sowie der zugrundeliegenden Mechanismen der Störung bei. Im folgenden Kapitel werden daher die zentralen ätiologischen Ansätze vorgestellt und deren jeweilige Erklärungsansätze diskutiert.

#### **4. Ätiologische Modelle der dissoziativen Identitätsstörung**

Die DIS ist ein komplexes und kontrovers diskutiertes Störungsbild, dessen Entstehung in der Wissenschaft vielfältig interpretiert wird. Zwei prominente Erklärungsansätze haben sich dabei herauskristallisiert: das Traumamodell (post-traumatic model, PTM) und das soziokognitive Modell (socio-cognitive model, SCM). Das PTM versteht die DIS als eine direkte Folge schwerer traumatischer Erfahrungen, insbesondere während der frühen Kindheit, und ordnet sie somit in den Kontext einer Traumafolgestörung ein. Im Gegensatz dazu postuliert das SCM, dass die DIS primär durch individuelle Dispositionen wie eine ausgeprägte Fantasieneigung, kognitive Zerstreuung und exekutive Dysfunktionen sowie durch weitere soziale, kulturelle, historische und interpersonelle Einflüsse entsteht (*Dalenberg et al., 2012*).

In diesem Kapitel werden beide Modelle detailliert dargestellt, um einen fundierten Überblick über die unterschiedlichen ätiologischen Perspektiven zu geben. Dabei wird der aktuelle wissenschaftliche Diskussionsstand zu den Modellen beleuchtet, wobei zentrale Kritikpunkte an beiden Ansätzen jeweils beschrieben werden.

##### *4.1 Das Traumamodell und die Theorie der strukturellen Dissoziation*

Das PTM beschreibt die DIS als eine komplexe, posttraumatische Entwicklungsstörung, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit hat (*Loewenstein, 2018*). Im

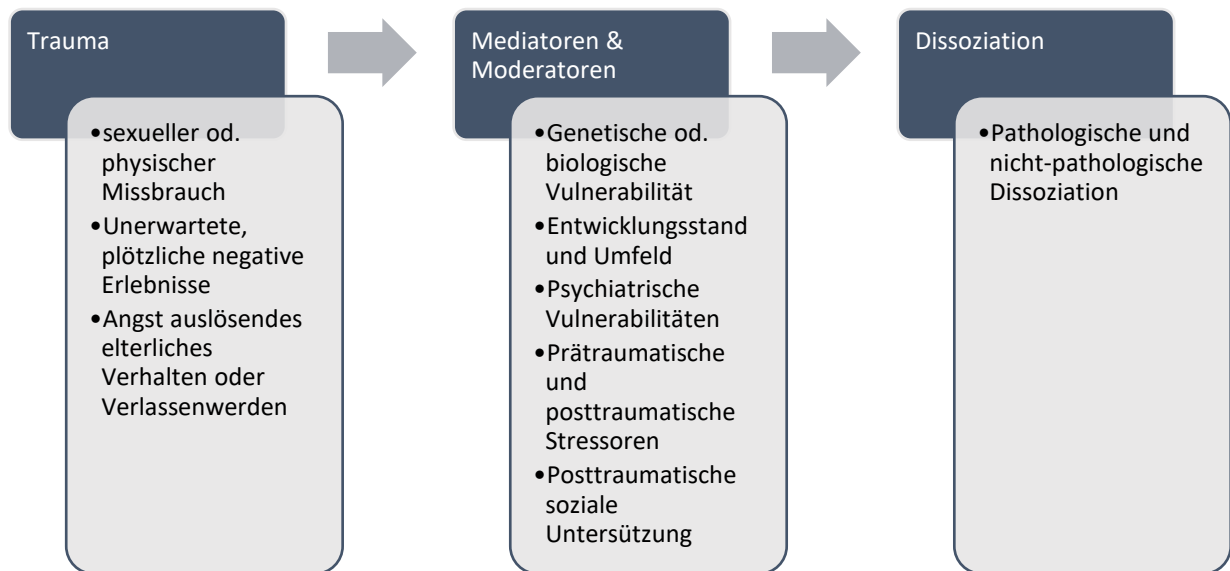
Mittelpunkt dieses Modells steht die Annahme, dass DIS die Folge schwerer und wiederholter traumatischer Erlebnisse ist, insbesondere in den ersten Lebensjahren, wenn zentrale psychobiologische Entwicklungsprozesse stattfinden. Diese frühen Traumata beeinträchtigen die Fähigkeit zur Integration von Erfahrungen und zur Entwicklung eines kohärenten Selbst, was letztlich zu einer Fragmentierung der Persönlichkeit führt (ISSTD, 2011).

Das PTM versteht Dissoziation als eine evolutionspsychologisch bedeutsame Schutzreaktion des Organismus auf extreme Bedrohung (*Dalenberg et al., 2012*). In lebensbedrohlichen Situationen ermöglicht Dissoziation eine Reihe adaptiver Mechanismen, darunter die Abschaltung von Schmerzempfinden (Analgesie), Depersonalisation sowie die Abspaltung und Isolation traumatischer Erinnerungen. Diese Prozesse erhöhen kurzfristig die Überlebenschancen, da sie es dem Betroffenen erlauben, schnell und automatisiert zu reagieren, ohne von der überwältigenden emotionalen Belastung gelähmt zu werden (*Dalenberg et al., 2012*).

Langfristig kann jedoch die wiederholte Aktivierung dieser Schutzmechanismen zur Entstehung dissoziativer Zustände führen, die nicht mehr bewusst steuerbar sind. Die Abgrenzung einzelner Erinnerungen, Emotionen und Verhaltensweisen wird im PTM als Grundlage für die spätere Entwicklung rudimentärer Persönlichkeitsanteile verstanden. Diese können sich bei anhaltenden oder sich wiederholenden Traumatisierungen im Laufe der Zeit zu stabileren und differenzierteren Identitäten entwickeln (ISSTD, 2011).

Nach dem PTM spielen sowohl biologische als auch psychologische Faktoren eine Rolle bei der Entstehung der DIS. Traumatische Erfahrungen wirken über verschiedene biopsychologische Mediatoren und Moderatoren, die die Anfälligkeit für Dissoziation verstärken (*Dalenberg et al., 2012*). Studien zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen selbstberichteten frühkindlichen Traumatisierungen, desorganisiertem Bindungsverhalten und erhöhten Dissoziationsneigungen besteht, dabei handelt es sich um einen korrelativen, nicht einen nachgewiesenermassen kausalen Zusammenhang (*Boysen & VanBergen, 2013; Vissia et al., 2016*).

**Abbildung 1: Das Traumamodell**



*Anmerkung.* Abbildung entnommen und übersetzt aus *Dalenberg et al. (2012, S.3)*. Traumata führen über verschiedene Vulnerabilitäten und potenziellen Ressourcen zu pathologischer und/oder nicht-pathologischer Dissoziation.

Ein entscheidendes Element im PTM ist das Entwicklungszeitfenster für die Persönlichkeitsintegration. Normalerweise wird – zumindest gemäss der Theorie dieses ätiologischen Modells - eine stabile und einheitliche Persönlichkeit bis zum Alter von etwa fünf bis sechs Jahren entwickelt (*Loewenstein & Putnam, 2004*). Traumatisierungen, die innerhalb dieses Zeitraums auftreten, können die Integration von Selbstwahrnehmung, Emotionen und Erinnerungen verhindern, was die Grundlage für die Fragmentierung der Persönlichkeit bildet. Einige Autor:innen argumentieren jedoch, dass besonders schwerwiegende Gewalt- und Missbrauchserfahrungen die Fragmentierung sogar bis ins Jugendalter, etwa bis zum fünfzehnten Lebensjahr, begünstigen können (*Gysi, 2021*).

Ein weiterer zentraler Aspekt des PTM ist die Bedeutung des Bindungsverhaltens. Häufig sind die Täter:innen bei frühkindlichen Traumatisierungen nahe

Bezugspersonen, was die betroffenen Kinder in einen existenziellen Konflikt bringt: Einerseits sind sie auf Schutz und Zuwendung angewiesen, andererseits erleben sie Gewalt und Missbrauch durch ebendiese Bezugspersonen. Dieser Widerspruch begünstigt die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils, der einerseits Nähe zu den Bezugspersonen sucht, andererseits Angst und Misstrauen hervorruft (ISSTD, 2011).

Um diesen inneren Konflikt zu bewältigen, werden traumatische Erinnerungen und Gefühle abgespalten, wodurch rudimentäre Persönlichkeitszustände entstehen. Diese Abspaltungen dienen der Aufrechterhaltung einer Beziehung zur Bezugsperson, die gleichzeitig Schutz und Bedrohung darstellt. Im weiteren Verlauf entwickeln sich diese Zustände zu klar definierten Identitäten mit spezifischen Verhaltensmustern, Emotionen und Erinnerungen, die jeweils auf bestimmte traumatische Erfahrungen bezogen sind (ISSTD, 2011).

Die Annahmen des PTM werden durch einige empirische Befunde gestützt. Studien weisen konsistent auf einen korrelativen Zusammenhang zwischen selbstberichteten traumatischen Kindheitserlebnissen, insbesondere sexuellem und körperlichem Missbrauch, und einer erhöhten Dissoziationsneigung hin (*Boysen & VanBergen, 2013; Vissia et al., 2016*). Zudem zeigen Untersuchungen, dass Patient:innen mit DIS häufig Anzeichen von Bindungstraumata und desorganisierten Bindungsmustern aufweisen, was die Hypothese einer frühen Störung der Selbstentwicklung unterstützt (*Dalenberg et al., 2012*).

Darüber hinaus bestätigen neurobiologische Studien, dass bei Betroffenen strukturelle und funktionelle Veränderungen in Hirnregionen vorliegen, die mit der Emotionsregulation, dem Gedächtnis und der Stressverarbeitung assoziiert sind (*Loewenstein, 2018*).

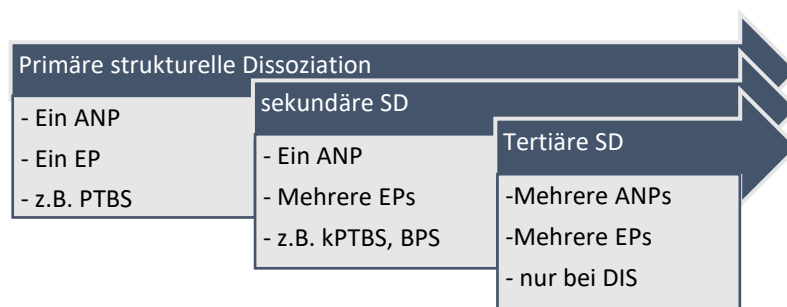
Trotz der beschriebenen empirischen Unterstützung wird das PTM nicht ohne Kritik betrachtet. Einige Forschende bemängeln die einseitige Fokussierung auf Traumata und fordern eine differenziertere Betrachtung, die auch soziale, kognitive und dispositionelle Faktoren berücksichtigt. Diese Aspekte werden insbesondere im SCM adressiert.

### *Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit*

Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit stellt eine bedeutsame Weiterentwicklung des PTM dar und bietet ein differenziertes Verständnis für die

Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf die psychische Struktur eines Individuums (Van der Hart et al., 2006). Diese Theorie basiert ebenfalls auf der Annahme, dass schwerwiegende und nicht ausreichend verarbeitete traumatische Erlebnisse zu einer tiefgreifenden Spaltung der Persönlichkeit führen können. Dabei wird ein Kontinuum von Dissoziationsformen beschrieben, das von primären über sekundären bis hin zur tertiären strukturellen Dissoziation reicht (Huber, 2011).

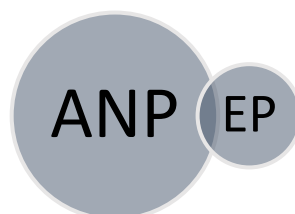
**Abbildung 2:** die drei Ebenen der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit



*Anmerkung.* Das Kontinuum der strukturellen Dissoziation über die primäre, sekundäre und tertiäre strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit.

Das Modell unterscheidet zwischen drei Ebenen der strukturellen Dissoziation, die sich hinsichtlich der Anzahl und Differenziertheit der dissoziierten Persönlichkeitsanteile unterscheiden. Diese Ebenen spiegeln den Schweregrad der traumatischen Erfahrungen sowie deren Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur wider.

**Abbildung 3:** Primäre strukturelle Dissoziation

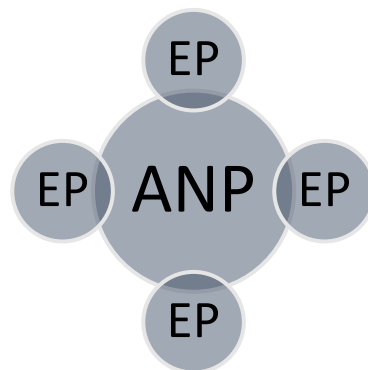


*Anmerkung:* diese Ebene beinhaltet ein AP sowie ein EP.

Die primäre strukturelle Dissoziation beschreibt die einfachste Form der Abspaltung und tritt häufig bei weniger komplexen Traumafolgestörungen auf. Nach einem traumatischen Ereignis kann die Persönlichkeit in zwei grundlegende Anteile gespalten werden: den ANP und den EP (*Huber, 2011*). Der ANP ist für das alltägliche Funktionieren und die Bewältigung des Lebens verantwortlich, während der EP die traumatischen Erinnerungen, Emotionen und körperlichen Reaktionen enthält, die nicht integriert werden konnten (ISSTD, 2011).

EPs zeichnen sich durch ein eingegrenzt Bewusstseinsfeld und die Tendenz aus, traumabezogene Emotionen und Reaktionen zu wiederholen, ohne sie in die restliche Persönlichkeit integrieren zu können. Dies ist typisch für Störungen wie die einfache PTBS, akute Belastungsreaktionen oder einfache somatoforme dissoziative Störungen (*Huber, 2011*).

**Abbildung 4:** *Sekundäre strukturelle Dissoziation*



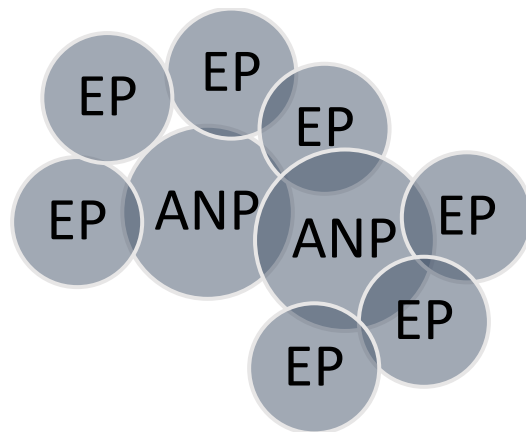
*Anmerkung:* diese Ebene beinhaltet ein ANP, jedoch nun mehrere EPs

Bei anhaltenden oder wiederholten Traumatisierungen, kombiniert mit mangelnder Unterstützung und Vernachlässigung, kann sich die Spaltung der Persönlichkeit vertiefen. Dies führt zur sekundären strukturellen Dissoziation, die durch das Vorhandensein eines ANP und mehrerer EPs gekennzeichnet ist (*Huber, 2011*). Die zusätzlichen EPs können verschiedene Muster von Erinnerungen, Emotionen und Reaktionsweisen beinhalten, die auf spezifische traumatische Erfahrungen ausgerichtet sind (*Van der Hart et al., 2006*).

Diese Form der Dissoziation wird gemäss dieser Theorie häufig bei komplexen Traumafolgestörungen wie der kPTBS, der BPS, komplexen somatoformen Störungen und nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen diagnostiziert (*Huber,*

2011). Frühkindliche Traumatisierungen wirken hierbei als wesentliche Risikofaktoren, da sie die Entwicklung einer einheitlichen Persönlichkeit verhindern und die Vulnerabilität gegenüber späteren Traumata erhöhen (Cloitre et al., 2014).

**Abbildung 5:** *tertiäre strukturelle Dissoziation*



*Anmerkung:* diese dritte Ebene beinhaltet nun sowohl mehrere ANPs als auch mehrere EPs.

Die schwerste Form der Dissoziation, die tertäre strukturelle Dissoziation, ist durch die Ausbildung mehrerer ANPs und mehrerer hochdifferenzierter EPs gekennzeichnet. Diese Form der Dissoziation tritt ausschließlich bei der Diagnose einer DIS auf (Huber, 2011). Die verschiedenen ANPs übernehmen unterschiedliche Rollen im Alltag, während die EPs weiterhin traumabezogenes Material speichern und verarbeiten.

EPs auf dieser Ebene weisen ein noch stärker eingegrenzt Bewusstseinsfeld auf und können spezifische emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen aktivieren, die auf die ursprünglichen Traumata bezogen sind (Van der Hart et al., 2006). Die Entwicklung multipler ANPs wird als adaptiver Mechanismus verstanden, um in wiederholten Gefahrensituationen flexibel auf unterschiedliche Anforderungen reagieren zu können (Huber, 2011).

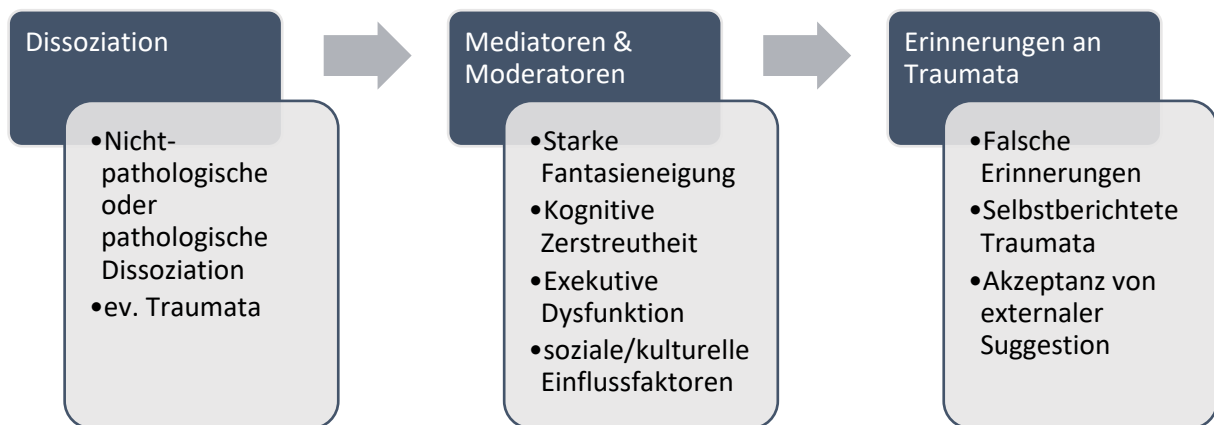
Damit sich eine tertäre strukturelle Dissoziation entwickeln kann, müssen gemäss dieser Theorie multiple Traumata bereits früh in der Entwicklung auftreten. Häufig sind dabei mehrere dem Opfer nahestehende Täter:innen involviert, was die

psychischen Schutzmechanismen überfordert und eine tiefgreifende Fragmentierung der Persönlichkeit fördert (ISSTD, 2011).

#### 4.2 Das sozio-kognitive Modell

Das SCM bietet eine alternative Perspektive zur ätiologischen Erklärung gemäss dem PTM zur Entstehung der DIS. Dieses Kapitel beleuchtet die Kernannahmen des SCM, die Rolle von sozialen und therapeutischen Einflüssen sowie die empirischen Befunde, die dieses Modell unterstützen.

**Abbildung 6:** Das sozio-kognitive Modell



*Anmerkung.* Abbildung entnommen und übersetzt aus *Dalenberg et al. (2012, S. 3)*. Vorhandene dissoziative Tendenzen führen über eine starke Fantasieneigung, kognitiver Zerstreuung und exekutiver Dysfunktion zu falschen Erinnerungen an Missbrauch, selbstberichteten Traumata und einer verstärkten Akzeptanz von externaler Suggestion.

Das SCM postuliert, dass die Symptome der DIS nicht primär durch traumatische Erlebnisse entstehen und dies der alleinige Auslöser für eine DIS ist, sondern vielmehr bietet das SCM einen multifaktoriellen Erklärungsansatz (*Spanos, 1996*). Das SCM äussert die Hypothese, dass die DIS durch eine Vielzahl an sozialen und kulturellen Einflüssen sowie durch therapeutische Interventionen geformt wird. Laut diesem Ansatz verhalten sich manche Menschen unbewusst so, als hätten sie multiple

Persönlichkeiten – dies geschehe jedoch nicht direkt als Reaktion auf ein Trauma, sondern als Ergebnis sozialer Erwartungen und kultureller Rollenbilder. Ein zentrales Argument des SCM ist, dass das Phänomen der multiplen Persönlichkeiten durch suggestive Fragen und therapeutische Praktiken beeinflusst wird (ISSTD, 2011). Durch explizite oder implizite Hinweise auf die Existenz verschiedener Persönlichkeitsanteile könnten Therapeut:innen die Patient:innen dazu verleiten, entsprechende Symptome zu präsentieren. Diese Verhaltensweisen werden anschliessend durch positive Verstärkung, etwa durch erhöhte Aufmerksamkeit oder die Befriedigung von Bindungsbedürfnissen, stabilisiert (Gleaves, 1996). Hier wird auch die Nähe zum Nurturance Model der AS deutlich, welches von ähnlichen psychologischen Mechanismen ausgeht.

Das SCM geht jedoch auch davon aus, dass die Entwicklung der DIS nicht ausschließlich auf therapeutische Suggestion zurückzuführen ist. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren, darunter individuelle Persönlichkeitsmerkmale, soziale Dynamiken und psychopathologische Dispositionen (Lilienfeld et al., 1999). Dies deutet darauf hin, dass sowohl iatrogene (durch die Therapie verursachte) Einflüsse als auch prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale zur Symptomatik der DIS beitragen können.

Ein weiterer zentraler Punkt des SCM ist die Verbindung zwischen dissoziativen Neigungen und der Anfälligkeit für kognitive Verzerrungen und Pseudoerinnerungen. Individuen mit einer erhöhten Neigung zu Fantasien, kognitiver Zerstreuung und exekutiven Dysfunktionen sind demnach besonders anfällig für die Entwicklung von Pseudoerinnerungen an traumatische Kindheitserlebnisse (Dalenberg et al., 2012). Diese Erkenntnis wird durch Studien gestützt, die eine Korrelation zwischen pathologischer Dissoziation, Suggestibilität und Ja-Sage-Tendenzen zeigen (Giesbrecht et al., 2008).

Im Gegensatz zum PTM, das Traumata als Hauptursache für die Entstehung der DIS betrachtet, betont das SCM die Rolle sozialer und kognitiver Faktoren. Während das PTM davon ausgeht, dass die Symptomatik der DIS auf tatsächlich erlebte Traumata zurückzuführen ist, argumentiert das SCM, dass Dissoziation selbst die Basis für die Entwicklung von Pseudoerinnerungen bildet. Diese Erinnerungen könnten dann durch therapeutische Suggestion verstärkt werden (Dalenberg et al., 2012). Das SCM schließt jedoch nicht aus, dass Individuen mit DIS traumatische Erfahrungen gemacht haben. Es betrachtet diese Erfahrungen jedoch nicht als ursächlich für die

Störung, sondern als mögliche Begleiterscheinung oder Verstärkungsfaktor bereits bestehender psychologischer Probleme wie affektiver Störungen oder Persönlichkeitsstörungen (*Merckelbach et al., 2016*).

#### *4.3 Reflexion und Kritikpunkte zu den ätiologischen Modellen*

Die Diskussion über die DIS und deren potenziellen Ursachen bildet sich in den beschriebenen ätiologischen Modellen ab. Während das PTM und das SCM unterschiedliche Schwerpunkte setzen, wird deutlich, dass die Debatte häufig durch Missverständnisse und veraltete Argumentationen belastet ist. Nachfolgend wird auf die verschiedenen Argumente, welche für oder gegen das jeweilige ätiologische Modell sprechen, zusammengefasst.

Befürworter:innen des SCM äussern Bedenken hinsichtlich der Verwendung suggestiver Methoden in der Psychotherapie zur Behandlung von DIS, zu diesen Techniken zählen das Führen von Tagebüchern mit der Anleitung, die Kommunikation zwischen den Anteilen zu fördern, die Benennung unterschiedlicher Persönlichkeitszustände, das Kartieren des «Persönlichkeitssystems» sowie den Versuch, Erinnerungen im Zusammenhang mit den traumatischen Ereignissen, welche zu den einzelnen Persönlichkeitsanteilen gehören, wiederherzustellen (*Dodier, 2019*). Gemäss der Übersichtsarbeit von *Dodier (2019)* können diese Praktiken die Identitätsverwirrung sowie die Manifestation von Symptomen im Sinne eines Narratives über «multiple Selbst» verstärken. Solche Narrative könnten sowohl durch suggestive Therapieansätze als auch durch kulturelle Vorstellungen geprägt sein; selbst Vertreter:innen des PTM äussern, dass zumindest ein gewisser Prozentsatz an DIS-Diagnosen durch iatrogene Einflüsse entstehen können (*Dalenberg et al., 2012*).

Das SCM wird zusätzlich unterstützt durch Befunde von Simulationsstudien. Gemäss dem PTM ist die DIS eine Entwicklungsstörung, ausgelöst durch wiederholte und frühkindliche Traumatisierungen. Unterscheiden sich Patient:innen mit DIS und Menschen ohne DIS, welche die Störung simulieren nicht, widerspricht dies dem PTM. In einem Review von *Boysen und Van Bergen (2013)* konnte bei der Mehrzahl der untersuchten Studien keine Unterschiede zwischen Patient:innen mit DIS und Menschen, welche eine DIS simulieren gefunden werden. Die Ergebnisse der Studien, die Unterschiede gefunden haben, konnten nicht repliziert werden. Im Gegensatz dazu ist mehrfach repliziert, dass bei impliziten Gedächtnisaufgaben kein

Unterschied zwischen Menschen mit einer DIS und solchen, welche eine DIS simulieren, gefunden wird. Falls Amnesie zwischen den Persönlichkeitsanteilen besteht, sollte nach einem Persönlichkeitswechsel bei einem Wort-Wiedererkennungstest lediglich auf Zufallsniveau die richtige Antwort ausgewählt werden (*Huntjens et al., 2005*). Hier wird jedoch die korrekte Antwort in weniger Fällen ausgewählt, als es durch reinen Zufall der Fall wäre, was sich sowohl bei den Patient:innen mit DIS als auch bei Menschen, welche eine DIS simulieren, zeigt (*Huntjens et al., 2005*). Dass zumindest einige Symptome der DIS von gesunden Personen ohne Schwierigkeiten simuliert werden können wird von Vertreter:innen des SCM so interpretiert, dass die Symptome nicht spezifisch für eine Traumafolgestörung ist (*Lilienfeld et al., 1999*). Ausserdem wird dieses Ergebnis zusätzlich so interpretiert, dass die Fähigkeit, DIS in Laborstudien mit lediglich minimal Hinweisen erfolgreich simuliert werden kann darauf hindeutet, dass soziokulturelle Narrative über die DIS einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich sind (*Dodier, 2019*). Gleichzeitig wird von Vertreter:innen des PTM angemerkt, dass eine erfolgreiche Simulation von Symptomen nicht gleichzusetzen ist damit, dass die Symptome nicht auch durch Traumata ausgelöst werden können (*Gleaves, 1996*). Zusätzlich ist hier anzumerken, dass die Fähigkeit zur Simulation einer Erkrankung nicht bedeutet, dass DIS grundsätzlich typischerweise vorgetäuscht wird; solche Fälle treten vornehmlich im forensischen Kontext auf und sind vermutlich selten (*Dodier, 2019*).

*Piedfort-Marin* und Kolleg:innen (2021) behaupten, dass einige Befürworter:innen des SCM die Existenz dissoziativer Amnesien grundlegend in Frage stellen. Diese Darstellung entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Argumenten der Kritiker:innen (*Dodier, 2019*). *Otgaar* und Kolleg:innen (2019) beispielsweise betonen, dass die Idee verdrängter Erinnerungen im Widerspruch zu gut etablierten Prinzipien der Gedächtnisforschung steht; *Mangiulli* und Kolleg:innen (2022) betonen ebenfalls, dass derzeitige Belege für dissoziative Amnesien inkonsistent und nicht überzeugend seien und in ihrer Review-Arbeit kommen die Autor:innen zum Schluss, dass in bisherigen Studien plausible alternative Erklärungen für die Amnesien nicht beachtet wurden. Zusätzlich weist *Dodier* (2019) darauf hin, dass Befunde und Fallstudien, welche darauf hindeuten, dass «recovered memories» im Rahmen von Psychotherapie aufkommen dafürsprechen, dass viele Erinnerungen in einem spezifischen soziokulturellen Kontext wiedergewonnen wurden, was für das SCM spreche.

In der Diskussion zu wiedergewonnenen Erinnerungen ist gleichzeitig wichtig zu betonen, dass Befürworter des SCM weder die Realität von sexuellem Missbrauch an Kindern leugnen noch die Möglichkeit, dass wiedergewonnene Erinnerungen, auch im Rahmen von Therapien, korrekt sein können (Dodier, 2019). Vielmehr betont *Dodier* (2019) die Notwendigkeit, zunächst eine Vielzahl von normalen und unkontroversen Erklärungsmechanismen zu untersuchen, bevor auf eine dissoziative Amnesie aufgrund massiver Traumatisierungen als Ursache und Erklärung für den Gedächtnisverlust zurückgegriffen wird. Zu diesen Mechanismen gehören beispielsweise ein verzögertes Verständnis des Missbrauchs, die Zurückhaltung, über solche Erlebnisse zu sprechen, Fehler bei der Enkodierung oder auch Substanzmissbrauch oder hirnorganische Ursachen.

Eine Meta-Analyse von *Merckelbach* und Kolleg:innen (2022), basierend auf 132 Studien mit knapp über 24'000 Teilnehmer:innen, fand eine signifikante Korrelation zwischen «Fantasy Proneness» (Fantasieanfälligkeit) und schwerwiegenden dissoziativen Symptomen. Dieses Ergebnis unterstützt das SCM.

*Piedfort-Marin* und Kolleg:innen (2021) präsentieren verschiedene neurobiologische Befunde, um einen kausalen Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation zu stützen, beispielsweise die reduzierte Hippocampusgrösse bei Patient:innen mit PTBS und/oder DIS, welches als Ergebnis für das PTM angeführt wird. Diese Befunde müssen jedoch kritisch betrachtet werden: die genannten Befunde stützen sich auf Studien, welche korrelative (nicht kausale) Beziehungen herstellen, nicht longitudinal sind, eine kleine Stichprobengrösse beinhaltet und nicht für komorbide Störungen kontrollieren, die Interpretation neurobiologischer Befunde muss aufgrund dieser methodischen Einschränkungen vorsichtig gezogen werden. So äussern *Childress* und Kolleg:innen (2013), dass ein reduziertes Hippocampusvolumen eher ein präexistierender Risikofaktor zur Entwicklung einer PTBS ist und nicht – wie gemäss dem PTM postuliert – durch eine PTBS erst verursacht wird. *Dodier* (2019) merkt zusätzlich an, dass es keine spezifischen neurobiologischen Marker für Trauma oder DIS gibt, welche sich über verschiedene Studien hinweg konstant zeigte aufgrund einer bisher fehlenden Replizierbarkeit solcher Ergebnisse.

Die stark schwankenden kultur- und länderspezifischen Prävalenzzahlen sprechen für das SCM (*Boysen & VanBergen*, 2013). Weiter gibt es Hinweise darauf, dass die grosse Mehrzahl der DIS-Diagnosen von einigen wenigen Expert:innen gestellt wird und die Prävalenzzahlen in Amerika, Kanada und der Türkei wesentlich grösser sind

als in anderen Ländern. Trotzdem kann die DIS kulturübergreifend in verschiedensten Ländern diagnostiziert werden, was wiederum für das PTM spricht.

Um die Frage der Ätiologie klarer beantworten zu können, wären prospektive Daten nötig, bei denen die Entwicklung einer DIS längsschnittlich beobachtet wird, um so die zentralen Annahmen des PTM und des SCM zu testen. Längsschnittstudien mit Fällen von DIS in der Kindheit konnten bisher nicht durchgeführt werden (*Boysen, 2011*). Bei anderen Störungen, welche mit einer ähnlichen Häufigkeit vorkommen, wie beispielsweise der Schizophrenie, konnten bereits längsschnittliche prospektive Studien durchgeführt werden (*Olsen & Rosenbaum, 2006*); ebenso gibt es Untersuchungen der Dissoziation bei Kindern, welche Traumata erlebt haben (*Dutra et al., 2009*). Allgemein sind Fälle von DIS bei Kindern selten und bisher konnten keine Fälle bei Kindern beobachtet werden ausserhalb von einem klinischen Setting (*Boysen, 2011*). Dies widerspricht teilweise dem PTM sowie der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, gemäss denen die strukturelle Dissoziation zwangsläufig in der Kindheit beginnen muss.

Das PTM wird von Befunden unterstützt, welche eine klare Verbindung von frühkindlichen Traumata und der Entwicklung einer DIS zeigen: bei Patient:innen mit DIS findet sich die höchste Rate an selbstberichteten schwerwiegenden Kindheitstraumata, grösstenteils beginnend vor dem sechsten Lebensjahr, als bei irgendeiner anderen diagnostischen Gruppe (*Spiegel et al., 2011*). Patient:innen mit DIS zeigen stärkere dissoziative und traumaspezifische Symptome als Menschen mit anderen Traumafolgestörungen (*Vissia et al., 2016*). Für das PTM und gegen das SCM spricht, dass das Ausmass der Dissoziation besser Traumasymptome vorhersagen kann als Fantasieneigung (*Brand et al., 2016*). *Loewenstein (2018)* folgert in seinem Review, dass die posttraumatische Ätiologie von DIS bei der grossen Mehrzahl von Studien in klinischen und nicht-klinischen Stichproben nachgewiesen wurde.

*Lynn und Kolleg:innen (2019)* empfehlen, über die traditionelle Debatte zwischen dem PTM und dem SCM hinauszugehen und zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen, die zur Entwicklung dissoziativer Störungen beitragen könnten. *Lynn und Kolleg:innen (2019)* betrachteten solche Veränderungen jedoch nicht als unterschiedliche "Persönlichkeiten" oder Identitäten mit unabhängigen exekutiven Systemen, Erinnerungen oder Verhaltensmustern, die durch amnestische Barrieren getrennt sind, wie es das PTM behauptet. Vielmehr postulierten *Lynn und Kolleg:innen (2019)*, dass die kognitiv-affektive und behaviorale Dysregulation sowie Hyperassoziativität,

die bei DIS beobachtet werden, schwach überwachte, schlecht regulierte und verarbeitete, dysfunktionale Reaktionsmuster und Selbstrepräsentationen widerspiegeln. Diese könnten von Patient:innen und Therapeut:innen als separate innere Identitäten in der DIS interpretiert werden. Zusätzlich äussern *Lynn* und Kolleg:innen (2019), dass dissoziative Symptome in Störungen auftreten können, die ebenfalls mit Schlafstörungen, kognitiv-affektivem und behavioralem Dysregulationsverhalten sowie Alexithymie und schlechter Metakognition verbunden sind; dies deutet auf gemeinsame Vulnerabilitäten bei verschiedenen Manifestationen von Psychopathologie hin, die mit dissoziativen Zuständen komorbid sind.

Diese Formulierung schließt jedoch eine indirekte (z.B. über Schlafstörungen, Defizite in der Selbstkontrolle, Emotionsdysregulation) oder sogar potenziell direkte Rolle von Trauma (z.B. im Zusammenhang mit Depersonalisation/Derealisation bei peritraumatischer Dissoziation) nicht aus. Gleichzeitig kann die implizite Annahme, dass Trauma eine notwendige, spezifische oder generell hinreichende Ursache für Dissoziation und DIS ist, als eine reduktionistische Ansicht angesehen werden – bei der Entwicklung von jeder psychischen Erkrankung sind viele verschiedene Risikofaktoren beteiligt.

Aktuell wird eine Integration der beiden Modelle thematisiert (*Sar et al., 2013*). Die Annahmen der beiden Modelle schliessen sich nicht zwingend gegenseitig aus (*Dalenberg et al., 2012*). Das würde bedeuten, dass die dissoziative Störung als Traumafolgestörung angesehen wird und die Traumatisierung eine der Ursachen für die Entwicklung einer DIS ist (*Sar et al., 2013*). Gleichzeitig kann gemäss *Sar* und Kolleg:innen (2013) die Traumatisierung und Dissoziationsneigung zu einer stärkeren Fantasieneigung und Suggestibilität führen. Hier wird also die Traumatisierung als Ursprung zur Entwicklung der DIS angesehen, gleichzeitig wirken die im SCM beschriebenen Moderatoren und Mediatoren mit in die Entwicklung der DIS ein. Diese Faktoren können dazu führen, dass zusätzlich zu den objektiv vorhandenen traumatischen Erfahrungen Pseudoerinnerungen kreiert werden (*Geraerts et al., 2005*). Durch die frühen traumatischen Bindungserfahrungen entwickelt sich ein desorganisierter Bindungsstil, bei welchem ein starker Wunsch nach Bindung vorhanden ist, gleichzeitig aber auch grosse Angst vor dieser besteht (*Kluemper & Dalenberg, 2014; Liotti, 2004*). Dieser Bindungsstil führt zu einer erhöhten Suggestibilität bei den Patient:innen, die dann besonders vulnerabel für den Einfluss von suggestiven Fragen seitens der Psychotherapeut:innen sind. Dadurch werden die Kernsymptome im Sinne einer

Verdeutlichungstendenz stärker präsentiert als sie möglicherweise vorhanden sind (Eisen & Lynn, 2001).

Als weitere Kritik am PTM und insbesondere an der Theorie zur strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit ist anzumerken, dass die Vertreter:innen dieser Theorie keine Definition der Begriffe Dissoziation, Identität oder Persönlichkeit geben. Es wird kein klares Persönlichkeitsmodell und auch keine klare Entwicklungstheorie angeboten. Zusätzlich kann bezüglich der Theorie der strukturellen Dissoziation in Frage gestellt werden, ob diese Modell nicht zu reduktionistisch ist: gemäss dem Modell werde mit der strukturellen Dissoziation sämtliche der nachfolgenden Störungsbilder erklärt: Akute Belastungsstörungen, PTBS, dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörungen, kPTBS, emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, sämtliche dissoziative Störungen, partielle dissoziative Identitätsstörung, somatoforme Störungen, DIS. Als Ursache und Erklärungsmodell für diese diversen, unterschiedlichen und von unterschiedlicher Symptomatik begleiteten Störungsbilder alleine die strukturelle Dissoziation zu sehen, kann durchaus als eine vereinfachte und monokausale Sicht gesehen werden.

Insgesamt sprechen viele Befunde für das SCM. Es postuliert, dass – wie bei vielen anderen Störungen – soziokognitive und kulturelle Faktoren bei der Entwicklung und der Symptompräsentation der DIS eine Rolle spielen können. Die Vertreter:innen des SCM behaupten nicht, dass alle Symptome von DIS zwangsläufig allein durch Medien oder Psychotherapeut:innen induziert werden oder dass diese Komponente notwendige oder exklusive ätiologische Faktoren sind. Auch bestreiten Vertreter:innen des SCM nicht die Existenz der DIS oder dass Traumaerfahrungen eine Rolle bei der Entstehung der Störung spielen kann – das SCM behauptet jedoch, dass dies nicht zwingend der Fall sein muss. Ebenso wenig wird behauptet, dass die Erinnerungen an erschreckende Ereignisse, die von DIS-Patient:innen berichtet werden, notwendigerweise falsch sind oder von «schlechten» Therapeut:innen induziert wurden.

Als weiterer kritischer Punkt ist eine Diskussion rund um die Verschwörungstheorien zu rituellem Missbrauch, satanisch rituellem Missbrauch und der Mind-Control Theorie in Bezug auf die Gefahr von Therapieschäden unumgänglich. Sie wurde auch in der Integrativen Therapie aufgenommen (Petzold 2021f). Als eine Gefahr beim PTM ist anzumerken, dass gemäss dieser Theorie frühkindliche und schwerwiegende Traumaerfahrungen bei der Entwicklung einer DIS vorhanden sein *muss*. Diese monokausalistische Annahme birgt die Gefahr, dass bei der Präsentation von

Symptomen, welche auf eine DIS hinweisen könnten, diese implizite Annahme die Diagnostik und die Therapie prägen können. Dies ist besonders problematisch, wenn Autor:innen wie *Huber (2011)* als *spezifische* diagnostische Hinweise für das Vorhandensein einer DIS solch unklare und unspezifische Phänomene wie beobachtbare Änderungen in Mimik, Körperhaltung, Emotionen, starke Entfremdungsgefühle oder auch ein wechselndes äusseres Erscheinungsbild angegeben werden. Dies trifft wohl auf viele Menschen zu – sowohl im klinischen als auch nicht-klinischen Umfeld. Hier nach ursächlichen frühkindlichen Traumatisierungen zu «suchen», um diese diagnostische Hinweise zu erklären, kann bei suggestiblen Patient:innen zu der Produktion falscher Erinnerungen führen.

Es ist dabei gleichzeitig wichtig zu betonen, dass das PTM oder auch die Theorie zur strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit keine Aussagen zu solchen Verschwörungstheorien beinhaltet - Wenn DIS-Patient:innen jedoch in therapeutische Verfahren eingebunden werden, bei denen Verschwörungstheorien oder pseudowissenschaftliche Konzepte wie die Theorie des rituellen Missbrauchs, die Satanic Panic oder Mind-Control eine Rolle spielen, kann dies potenziell zu Therapieschäden führen und die Behandlung in eine gefährliche Richtung lenken.

So kann beispielsweise vermutet werden, dass Patient:innen eine verzerrte Sicht auf ihre Realität entwickeln können, da sie beginnen, ihre inneren Konflikte und Traumata durch die Linse von solchen Theorien zu interpretieren. Die Fokussierung auf einen möglicherweise stattgefundenen rituellen Missbrauch oder Mind-Control-Techniken kann dazu führen, dass Patient:innen immer wieder traumatische Erinnerungen durchleben, welche sie möglicherweise nie gemacht haben – aufgrund der schrecklichen Inhalte solcher Erzählungen von satanisch rituellen Missbrauch können auch «falsche Erinnerungen» an solche Ereignisse zu Traumatisierungen und psychischen Schäden führen. Studien legen nahe, dass invasive Methoden wie Hypnose oder intensive Traumafokussierung bei manchen Patient:innen zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen können. Dies betrifft insbesondere die Gefahr, falsche Erinnerungen zu erzeugen und bestehende Symptome zu verstärken.

Die Behandlung einer DIS erfordert eine sorgfältige und evidenzbasierte Herangehensweise. Therapeut:innen sollten sich stets bewusst sein, dass Theorien wie ritueller Missbrauch und Mind-Control nicht nur keine wissenschaftliche Grundlage haben, sondern auch therapeutische Schäden verursachen können. Eine sichere und respektvolle Behandlung sollte sich auf die Patient:innen als Gesamtwesen – mit allen

schweren Erfahrungen, Risiken, jedoch auch auf Ressourcen, Potentiale und Copingstrategien – fokussieren.

## 5. Betrachtung der Kontroversen mit dem Blick des Integrativen Denkens

Im ersten Teil der Arbeit wurde eine ausführliche Übersicht über das klinische Erscheinungsbild der DIS gegeben sowie die Hintergründe, Entwicklung und Inhalte der Kontroversen rund um die Diagnose der DIS beleuchtet. Keine andere Diagnose ist seit Jahrzehnten Gegenstand solcher intensiven und kontroversen Diskussion. Diese Debatten sind von verhärteten Fronten und fixierten Positionen geprägt, die sich sowohl in der klinischen Praxis als auch in der wissenschaftlichen Forschung widerspiegeln. Während einige Fachleute die Existenz der DIS als klar diagnostizierbares Krankheitsbild anerkennen, stellen andere ihre Validität und diagnostische Abgrenzung infrage. Diese anhaltende Kontroverse zeigt die Komplexität und Mehrdimensionalität der Thematik und unterstreicht die Notwendigkeit einer differenzierten Reflexion. Eine solche Reflexion kann anhand des mehrperspektivischen, metahermeneutischen und transversalen Denkens der *Integrativen Therapie* erfolgen. Die *Integrative Therapie* ist ein schulenübergreifendes, methodenintegratives Verfahren, das auf phänomenologischer, diskursanalytischer, neurowissenschaftlicher und psychodynamischer Grundlage Prozesse persönlicher und intersubjektiver Hermeneutik, mit konnektivierender und collagierender Hermeneutik und Metahermeneutik in Gang setzen will (Petzold, 2017f). An dieser Stelle wird auf eine weitere problematisierende Arbeit von Petzold (2021f)<sup>6</sup> zu diesem Thema aus dem Feld der *Integrativen Therapie* hingewiesen; dass eine weitere Publikation zu dieser spezifischen Kontroverse vorliegt unterstreicht, dass diese Phänomene offenbar weiterhin Beachtung erhalten. Integration erfordert eine transversale Vernunft sowie ein pluriformes, differentielles und synoptisches Denken. Dies beinhaltet die Fähigkeit und Bereitschaft, Wirklichkeit mehrperspektivisch zu betrachten, komplex zu erfassen und mehrdimensional zu

---

<sup>6</sup> Petzold, H. G. (2021f): Beunruhigter Zeitgeist: Satanistische Rituale, ritueller Kindsmisbrauch auch in der Schweiz 2021? –Kulturkritische, neuropsychologische und integrativ-therapeutische Anmerkungen zu „Gewissensarbeit“ bei Phänomenen von GEWALT und MISSBRAUCH. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. SUPERVISION 11/2023; <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2021f-2023-beunruhigter-zeitgeist-ritueller-kindsmisbrauch-neuropsychologisch-Superv-11-2023.pdf> und POLYLOGE 26/23 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/26-2023-petzold-h-g-2021f-2023-beunruhigter-zeitgeist-satanistische-rituale-ritueller-kindsmisbrauch-auch-in-der-schweiz-2021-kulturkritische-neuropsychologische/>

erklären (*Petzold, 2003a*). Nur so kann ein pluriformer und polyvalenter Sinn entstehen. Der *Integrative* Ansatz fordert, sich der Komplexität der Welt und den damit verbundenen Unsicherheiten zu stellen und diese auszuhalten. Transversales Denken zeichnet sich dabei durch Offenheit, Prozesshaftigkeit und Pluralität in Denken, Fühlen, Wollen und Handeln aus.

In den nachfolgenden Kapiteln soll eine solche Reflexion erfolgen und aufgezeigt werden, dass das integrative Denken einen Ausweg zu den bislang verhärteten Fronten – und in diesem Zusammenhang auch fehlenden Konsens-Dissens-Prozessen – bietet.

Die Reflexion der Kontroversen wird strukturiert anhand des Tree of Science-Modells der *Integrativen Therapie* (*Petzold, 2003a*). Diese formale Metastruktur hilft, um die Wissensstände angewandter Humanwissenschaften zu analysieren und zu ordnen, und auf diese Weise hinlängliche Pluralität zu ermöglichen, ohne in einem theoretischen Chaos zu versinken (*Petzold, 2002b*). Das Modell ermöglicht somit, unterschiedliche Perspektiven zu verbinden und theoretische sowie methodische Ansätze zu integrieren.

Der Tree of Science fördert eine mehrperspektivische Betrachtung aus einer exzentrischen Position hinaus; dieser exzentrische, mehrperspektivische Blick auf unterschiedliche Theorien schafft Raum zur polyvalenten Deutungen der Wirklichkeit in einem metatheoretischen Bezugsrahmen, was Synopsen entstehen lässt (*Petzold, 2003a*).

Konkret werden vier Ebenen im Tree of Science unterschieden (*Petzold, 2003a*): die Metatheorien (umfassen die Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Kosmologie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik und Ontologie), die realexplicativen Theorien (umfassen die allgemeine Theorie der Psychotherapie, Theorie der Psychotherapieforschung, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre sowie die speziellen Theorien der Psychotherapie), die Praxeologie (Praxis der Psychotherapieforschung, Interventionslehre, Prozesstheorien, Theorien zu verschiedenen, insbesondere prekären Lebenslagen, Theorie des Settings, Theorien zu spezifischen Patient:innensystemen, Theorien zu spezifischen Feldern und Institutionen) sowie die Ebene der Praxis.

Auf der Grundlage eines solchen transversalen, exzentrischen und mehrperspektivischen Denkens wird in den nachfolgenden Kapiteln eine konnektivierende und reflexive Betrachtung der bisherigen Erkenntnisse zur DIS vorgenommen.

## 5.1 Metatheorie

Metatheorien bilden die Grundlage jedes therapeutischen, pädagogischen und medizinischen Handelns (Petzold, 2003a). Sie umfassen grundlegende Annahmen über das Menschenbild, die Gesellschaft und ethische Prinzipien. Dabei handelt es sich nicht um objektive oder absolute Wahrheiten, sondern um Konzepte, die als Ausdruck historischer, zeitgeschichtlicher, soziokultureller und ökologischer Bedingungen verstanden werden (Leitner & Höfner, 2020).

Petzold (2003a, S. 398) beschreibt Metatheorien als Metanarrative, «Erzählungen über das Wesen des Menschen, den Sinn des Lebens und die Geheimnisse der Welt, weltanschauliche Annahmen, [...] Makrofolien der Welt- und Lebensexplikation, die wegen ihres umfassenden Charakters durch empirische Forschung nicht überprüft, verifiziert oder falsifiziert werden können.» Metatheorien dienen als umfassende Rahmenkonzepte für die Sinn- und Bedeutungssuche und ermöglichen eine mehrperspektivische und differenzierte Betrachtung der Wirklichkeit; sie fungieren als Orientierungshilfen, um komplexe Phänomene zu deuten und zu verstehen (Petzold, 2003a). Sie helfen somit, die Komplexität der Realität zu erfassen, ohne sie dabei auf einfache Ursache-Wirkungs-Modelle zu reduzieren (Leitner & Höfner, 2020). Darüber hinaus fördern Metatheorien die Bildung von Synopsen (Übersichten) und Synthesen (Zusammenführungen) unterschiedlicher Erkenntnisse (Petzold, 2003a). Dies führt zu neuen Erklärungsmodellen und einem umfassenderen Verständnis von Prozessen und Strukturen.

Das Verständnis von Metatheorien ist ein zentraler Bestandteil des integrativen Denkens. Es bildet die Basis für eine transversale Vernunft, die verschiedene Perspektiven verbindet, flexibel bleibt und neue Deutungsmöglichkeiten erschließt (Petzold, 2003a).

Die Metatheorien umfassen konkret die Erkenntnistheorie, die Wissenschaftstheorie, die Kosmologie, Anthropologie, Gesellschaftstheorie, Ethik und Ontologie (Petzold, 2003a). In den nachfolgenden Kapiteln wird auf die Ebenen der Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Anthropologie sowie Ethik eingegangen.

### 5.1.1 Erkenntnistheorie – Verbindung mit Exzentrizität, Transversalität, Metahermeneutik

Die *Integrative Therapie* als Ganzes versteht sich als phänomenologisch-hermeneutisches Verfahren (Höfner et al., 2024). Die Phänomenologie bildet dabei die Grundlage für die Wahrnehmung und Erfassung des menschlichen Seins und seiner Welt und integriert die subjektive Perspektive des Erlebens und die objektive Außenperspektive (Petzold, 2003a). Die Hermeneutik ergänzt diese Haltung, indem sie weitere Zugänge zur Interpretation von Phänomenen eröffnet und so ein vielschichtiges Verstehen ermöglicht. Die Wichtigkeit der Erkenntnistheorie spiegelt sich im Tree of Science wieder, in welchem die Erkenntnistheorie zuoberst bei den Metatheorien steht (Petzold, 2003a).

In der Integrativen Therapie wird Erkenntnis als ein interaktiver, sozial konstruierter Prozess verstanden (Petzold, 2003a). Dieser Erkenntnisgewinn vollzieht sich durch die dynamische Wechselwirkung zwischen dem Erkennenden und dem Erkannten und wird maßgeblich durch soziale, kulturelle und ökologische Kontexte geprägt (Leitner & Höfner, 2020). Der Prozess ist vielschichtig und basiert auf vier grundlegenden Konstitutionslinien, die das Zusammenspiel von phylogenetischen, ontogenetischen, soziogenetischen und ökogenetischen Einflüssen beschreiben (Petzold, 2003a):

1. *Phylogenetische Einflüsse*: Evolutionär bedingte Anlagen und körperliche Strukturen (Leib-Apriori).
2. *Ontogenetische Einflüsse*: Individuelle Erfahrungen und die Entwicklung des Bewusstseins (Bewusstseins-Apriori).
3. *Soziogenetische Einflüsse*: Gesellschaftliche und kulturelle Prägungen (Gesellschafts-Apriori).
4. *Ökogenetische Einflüsse*: Umweltfaktoren und ökologische Bedingungen.

Diese Konstitutionslinien machen den Erkenntnisprozess zu einem dynamischen und intersubjektiven Geschehen, in dem Wahrnehmungen immer im sozialen und kulturellen Kontext eingebettet und gemeinsam interpretiert werden (Leitner & Höfner, 2020).

Für die Erklärung erkenntnis- und wissenschaftstheoretischer Fundierung des Denkens in der integrativen Therapie werden zentrale Begriffe wie Exzentrizität, Polylogik, Mehrperspektivität, Konnektivierung und Transversalität verwendet, welche die Basis für das Streben der integrativen Therapie nach einer Metahermeneutik bilden; diese Begriffe werden deswegen nachfolgend kurz erläutert.

Ein zentrales Konzept der Integrativen Therapie ist die Tiefenhermeneutik, die die Erkenntnis als intersubjektiven Prozess begreift (*Petzold, 2003a*). Dieser Prozess wird durch *Ko-Respondenz* – das gemeinsame Reflektieren und Deuten – geprägt. Es geht darum, Phänomene nicht nur zu beschreiben, sondern auch auf ihre strukturellen und biografischen Hintergründe hin zu analysieren. Hierbei werden sogar minimalste körperliche Bewegungen, Mimik und Gestik mit einbezogen (*Leitner & Höfner, 2020*).

Ein weiteres wichtiges Konzept ist Exzentrizität, das die Fähigkeit des Menschen beschreibt, sich selbst und die Welt aus einer Distanz zu betrachten, ohne die eigene Leiblichkeit und Bewusstseinsgebundenheit zu verlassen (*Petzold, 2011e*). Diese Perspektive ermöglicht es, verschiedene Blickwinkel einzunehmen und unterschiedliche Wirklichkeiten zu durchqueren.

Die Mehrperspektivität stellt ein weiteres zentrales Konzept in der Integrativen Therapie dar (*Petzold, 2011e*). Sie beschreibt die Fähigkeit, Phänomene aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Diese Perspektiven können vielfältig sein, etwa ethnischer, kultureller, weltanschaulicher oder religiöser Natur. Sie können sich auch auf unterschiedliche Positionen in Bezug auf Geschlecht, Alter, soziale Schicht oder Profession beziehen. Mehrperspektivität ist ein Ausdruck der Multi-, Inter- und Transdisziplinarität moderner Wissenschaft und ermöglicht es, die Vielfalt der Wirklichkeit zu begreifen und die Würde des Differenzierten zu wahren (*Petzold, 2002b*).

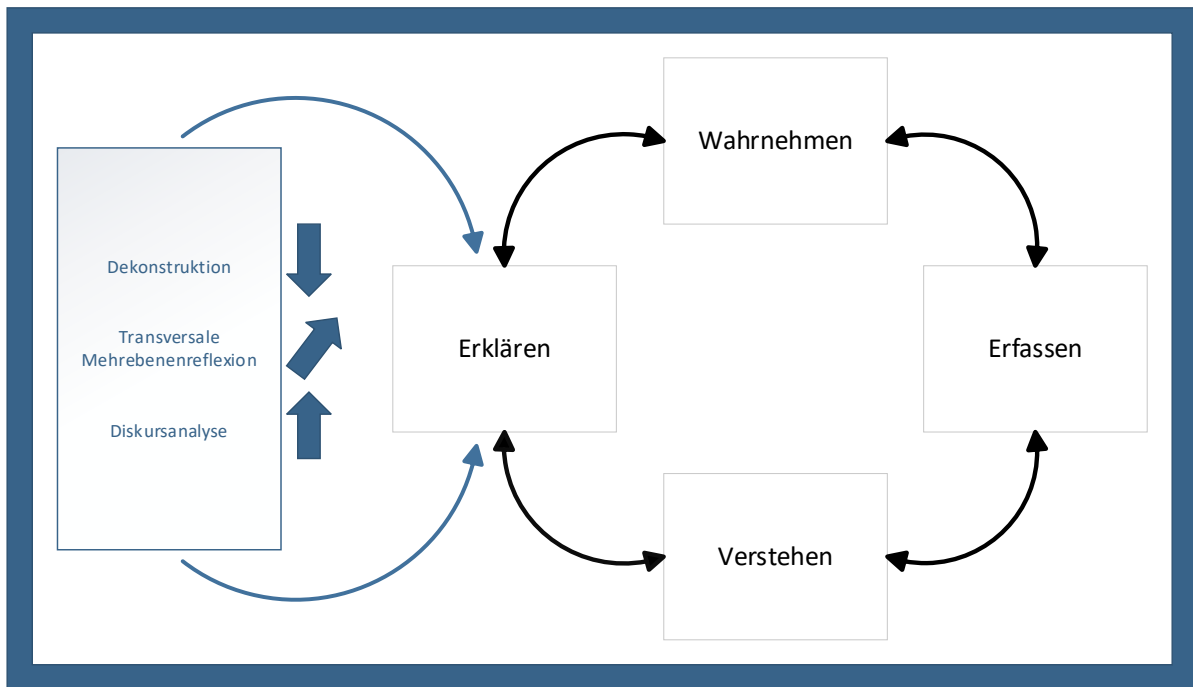
Das Konzept der Transversalität beschreibt die prozessuale, nicht-lineare und pluriforme Natur der Erkenntnisprozesse (*Petzold, 2011e*). Transversalität bedeutet, dass Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen, Methoden und Wissensbeständen verknüpft werden, um die Komplexität der Wirklichkeit zu erfassen. Dieser Ansatz erfordert eine ständige Navigation zwischen verschiedenen Perspektiven, ein Suchen nach Synergien und eine Integration unterschiedlicher Erkenntnisstände (*Petzold, 2011e*).

In der Integrativen Therapie schreitet der Erkenntnisprozess entlang einer hermeneutischen Spirale. Dieser Prozess umfasst mehrere Schritte: Wahrnehmen, Erfassen,

Verstehen und Erklären (*Petzold, 2003a; Höfner et al., 2024*). Wahrnehmen bezieht sich auf die grundlegende Funktion der Innen- und Außenwahrnehmung. Darauf folgt das Erfassen, bei dem das Wahrgenommene erkannt, aufgenommen, verarbeitet und gespeichert wird. Das Verstehen und Erklären bauen darauf auf und ermöglichen es, die Wahrnehmung und das Erfasste in einen größeren Kontext zu stellen. Diese Dialektik von leibnaher und vernunftnaher Reflexion wird als Doppeldialektik bezeichnet (*Petzold, 2002b*).

Die Polylogik bezeichnet ein „vielstimmiges Gespräch“, das nicht nur als Stilmittel, sondern als interdisziplinäre Diskursivität verstanden wird. Dieser Ansatz fordert, dass psychotherapeutische Erkenntnisse nicht nur aus einer Disziplin hervorgehen, sondern in Ko-Respondenz aus verschiedenen Wissensbereichen entstehen. Es wird eine *integrative* Sichtweise eingenommen, die sowohl die Perspektiven der Psychologie, Biologie, Philosophie und weiteren Disziplinen umfasst (*Petzold, 2002c*). Diese integrative Perspektive ermöglicht eine umfassendere und differenzierte Betrachtung des menschlichen Erlebens und Handelns. Dabei kommt dem Modell der Metahermeneutik eine besondere Bedeutung zu (*Petzold, 2003a*). Die Metahermeneutik bemüht sich um ein vernetzendes Durchdringen von Wissensständen und Erkenntnisweisen – zunächst in Konnektivierungen, diese Verbindungen werden anschliessend wiederum reflektiert/metareflektiert und auf ihre Bedingungen und Voraussetzungen hin untersucht. Insgesamt kann die Hermeneutik, der Erkenntnisprozess, durch folgende drei methodische Ansätze zu einer Metahermeneutik hin überschritten werden (*Petzold, 2002a, S. 68*):

**Abbildung 7: Die hermeneutische Spirale**



*Anmerkung:* die hermeneutische Spirale und ihre Überschreitung durch Diskursanalyse, Dekonstruktion, transversale Mehrebenenreflexion zu einer Metahermeneutik (Abbildung aus *Petzold*, 2002a, S. 68)

1. **Diskursanalytik:** Untersuchung von Begriffen und Ideen auf ihre Ursprünge, normativen Annahmen und Traditionslinien hin (*Foucault*). Konzepte müssen auf dysfunktionale Mythen, Ideologeme und Diskurse der Macht hin untersucht werden.
2. **Dekonstruktion:** Reflexion von Mehrdeutigkeiten und verborgenen Sinn-schichten in Begriffen und Konzepten (*Derrida*). In Dekonstruktionen wird das ideengeschichtliche Herkommen sowie mögliche dahinterstehende Traditionsströme von Konzepten untersucht
3. **Metahermeneutische Mehrebenenreflexion:** Analyse von Realsituationen und Konzepten aus unterschiedlichen Blickwinkeln, einschließlich hoher Ex-zentrität und Mehrperspektivität. Dieser Reflexionstyp beinhaltet die trans-versale Querung aller Wissensbestände, was erst die Synergie der Metaher-meneutik möglich macht. Dieses metahermeneutische Modell ist neben dem Ko-Respondenzmodell das Herzstück des integrativen Ansatzes (*Petzold*, 2002b). Mit seiner Hilfe können z.B. prekäre thematische Ausblendungen in der Psychotherapie auf ihre Hintergründe untersucht werden. Auf der

reflexiven Ebene 1 wird das eigene Wahrnehmen reflektiert; auf einer koreflexiven, diskursiven Ebene 2 wird dieses Beobachtete mehrperspektivisch und intra-/intersubjektiv reflektiert mit einer weiträumigeren Exzentrizität als auf der Ebene 1; diese Ebene zwei kann zu einer metareflexiven, polylogischen Ebene 3 überstiegen werden, die Reflexion der Reflexion wird auf ihre kulturellen, historischen, ökonomischen und ideengeschichtlichen Bedingungen in polylogischer Ko-Respondenz befragt (*Petzold, 2002c*), die Ebene 3 ist somit durch eine transversale Reflexion, Metadiskursivität und Hyperexzentrizität gekennzeichnet; Die Ebene 4 der philosophischen Kontemplation transzendiert die reflexiven/metareflexiven Diskurse (*Petzold, 2002a; Petzold, 2003a*).

Anhand dieses Integrativen Denkens – ein polylogisches, transversales, mehrperspektivisches und metahermeneutisches Denken – werden nachfolgend einige Gedanken zu den zuvor dargestellten Kontroversen rund um die Diagnose der DIS formuliert. Es werden Hypothesen formuliert zur Rolle der Therapeut:innen, der Patient:innen sowie weiteren möglichen soziokulturellen und historischen Einflussfaktoren. Wie bereits herausgestellt steht im Kern der Kontroverse um die Diagnose DIS die unterschiedlichen ätiologischen Modelle, wobei insbesondere beim PTM sowie der Theorie zur strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit eine Subgruppe der Vertreter:innen dieses Modells an die Verschwörungstheorie von (satanisch) rituellem Missbrauch und Mind-Control glauben. Zu Beginn wird aufgrund dieses Kerns der Kontroverse einige Gedanken zu monokausalistischen Erklärungsansätzen für psychische Erkrankungen formuliert, im Anschluss daran wird auf mögliche Hintergründe und soziokulturelle Faktoren beleuchtet, welche Menschen anfällig für Verschwörungstheorien machen. Es wird – entsprechend des Kontext-/Kontinuumsaxiom<sup>7</sup> der integrativen Therapie – auf verschiedene mögliche historische sowie aktuelle Einflussfaktoren eingegangen. Abschliessend werden die Parallelen zum «inneren Kind Paradigma» aufgezeigt (*Petzold & Orth, 2014a/2023*).

### *Das PTM – ein monokausalistisches Erklärungsmodell*

---

<sup>7</sup> *Leitner & Höfner, 2020, S. 74:* « Nichts kann ohne seinen raumzeitlichen Zusammenhang, wie er in einem gegebenen, zeitlich gedehnte Hier und Heute zugänglich wird, sinnvoll begriffen werden. Das erlebte Heute ist ein extendiertes Jetzt in einem horizontoffenen Raum.»

Die anthropologische Grundposition der integrativen Therapie verdeutlicht bereits die Ablehnung monokausalistischer Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen. Der Mensch wird intersubjektiv definiert, als ko-kreativen, schöpferischen Menschen im jeweiligen Kontext und Kontinuum (*Petzold, 2003a*). Der Mensch ist also Leibsubjekt in der Lebenswelt – die anthropologische Grundformel der integrativen Therapie beschreibt den Menschen als ein Körper-Seele-Geist-Welt-Wesen in einem sozialen, ökologischen, sozioökonomischen und kulturellen Umfeld, in einer konkreten historischen Zeit (*Petzold, 2003a*). Diese Haltung verdeutlicht bereits die Komplexität der Entstehung psychischer Erkrankungen. Um soweit wie möglich eine reduktionistische Sichtweise auf die Entstehung psychischer Erkrankungen zu vermeiden, muss der Mensch in seiner Gesamtheit und seiner Komplexität erfasst werden – dies bedeutet konkret, dass die jeweilige Lebensgeschichte, die jeweiligen historischen, kulturellen, sozialen Gegebenheiten, die erlebten pathogenen Stimulierungen, aber auch die jeweils vorhandenen Ressourcen und Potenziale im Sinne einer salutogenetischen Perspektive, als wichtige Faktoren Einfluss auf ein solches Geschehen nehmen (*Petzold, 2003a*). Der integrativen Therapie ist es ein Anliegen zu versuchen, der Komplexität eines Menschen im Rahmen einer Behandlung annähernd gerecht zu werden (*Petzold, 2003e*).

Was bedeutet dies nun konkret für die verschiedenen ätiologischen Modelle in Bezug auf die DIS? Grundsätzlich greift aus Sicht der integrativen Therapie das monokausalistische Modell des PTM zu kurz und wird der Komplexität des Menschen nicht gerecht. *Petzold (2002b)* weist darauf hin, dass die Thematik der Traumafolgestörungen komplex betrachtet werden muss – soziale, ökologische, sozioökonomische, kulturelle, historische (u.s.w.) Einflussfaktoren dürfen nicht ausgeblendet werden, wenn man auftauchende Phänomene in ihrer Komplexität wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären will (*Petzold, 2003a*). Jedes leibliche Geschehen geschieht in einem Kontext und Kontinuum und ist auch nur in diesem zu verstehen. Jegliche biopsychologischen Vorgänge sind an Interaktionen in sozialen Netzwerken, in Lebenswelten, social worlds, Lebenslagen gebunden, denn der Mensch ist verleiblichtes Subjekt (embodied), dass in die soziokulturelle Lebenswelt eingebettet ist (embedded).

Alleine anhand dieser Kernaussagen wird deutlich, dass mit dem Denken der integrativen Therapie der Einfluss soziokultureller Faktoren nicht ignoriert werden kann. Entsprechend entspricht das SCM noch eher dem integrativen Denken, als es das PTM

tut. Traumaerfahrungen sind durchaus zentral und können – müssen aber nicht – ein möglicher pathologischer Einflussfaktor auf die Entstehung einer psychischen Erkrankung darstellen. Gleichzeitig ist wichtig zu betonen, dass die Meinung, dass die DIS «rein» iatrogen durch Therapeut:innen hervorgerufen wird, genauso reduktionistisch und monokausalistisch ist, wie es das PTM ist – und das komplexe Interaktions- und Beziehungsgeschehen in der Psychotherapie ausser Acht lässt. Die Komplexität solcher Prozesse ist besser im Ko-Respondenzmodell der integrativen Therapie dargestellt (*Petzold, 2003a*).

Nachfolgend werden nun einige Überlegungen zur aktuellen generellen Zunahme an Verschwörungstheorien aufgezeigt – beispielsweise kam die QAnon-Bewegung in der Pandemiezeit auf und ist mittlerweile international verbreitet mit Millionen von Anhänger:innen. Die Verschwörungstheorien in diesem Zusammenhang werden von einigen Autor:innen als eine Variation von Verschwörungstheorien um satanisch rituellen Missbrauch gesehen, was somit – entsprechend dem bereits dargestellten Trend der Satanic Panic der 1980er Jahre – auch womöglich einen Einfluss auf das erneute Aufkommen des gesellschaftlichen Interesses an der DIS haben könnte (*Vrzal, 2020*). In Bezug auf die Verbreitung dieser QAnon Bewegung werden ebenfalls soziokulturelle Einflussfaktoren angenommen, wie der Einfluss des heutigen digitalen Zeitalters, Misstrauen in die amerikanische Regierung (die QAnon-Bewegung begann in den vereinigten Staaten) sowie die Zunahme von politischem Extremismus (*Conner & MacMurray, 2021*).

Es werden aktuelle Kontext-/Kontinuumsfaktoren, wie der mögliche Einfluss der Coronapandemie oder der aktuellen weltpolitischen Situation auf die Entstehung und Anfälligkeit für den Glauben an Verschwörungstheorien reflektiert sowie Hypothesen zu deren Einfluss auf die Formung der Identität im Jugendalter gestellt. Diese Hypothesen scheinen insbesondere aufgrund des neuen Phänomens der Mass Social Media Induced Illness/Münchhausen by internet aktuell an Bedeutsamkeit zu gewinnen.

### *Einflussfaktoren auf die Anfälligkeit für Verschwörungstheorien*

Welche psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren können dazu beitragen, dass Menschen vulnerabler dafür sind, an Verschwörungstheorien zu glauben? Verschwörungstheorien sind häufig eng mit bestimmten kognitiven Verzerrungen und Denkprozessen verbunden, die das menschliche Urteilsvermögen und die Wahrnehmung verzerren.

Laut *Festinger* (1957) suchen Menschen nach Konsistenz in ihren Überzeugungen und Wahrnehmungen. Wenn jemand eine Theorie oder eine Weltanschauung besitzt, die mit der Realität oder den vorherrschenden Erklärungen im Widerspruch steht, erzeugt dies kognitive Dissonanz. Um diese Dissonanz zu reduzieren, suchen Menschen nach Bestätigung für ihre bestehenden Überzeugungen und neigen dazu, widersprüchliche Informationen zu ignorieren oder abzulehnen. In Bezug auf die Satanic Panic konnten Menschen, die an die Existenz einer satanischen Verschwörung glaubten, Beweise und Berichterstattung finden, die ihre Vorstellung stützten, und gleichzeitig die aufkommende Forschung oder Gegenmeinungen ablehnen (*Lanning*, 1992). Bestätigungsfehler (confirmation bias) verstärkten diesen Effekt, indem die Menschen Informationen auswählen, die ihre Vorstellung von einem satanischen Netz bestätigen.

Zusätzlich spielten bereits in den 1980er und 1990er Jahren, als die Satanic Panic erstmals aufkam, die Medien eine zentrale Rolle. In den 1980er Jahren wurden durch populäre Medien wie Talkshows und Bücher wie *Michelle Remembers*, *Sybil* und andere sensationelle Geschichten über (satanisch) rituellen Missbrauch und Mind-Control verbreitet. Medienberichte begünstigten die Vorstellung, dass eine geheime, weit verbreitete satanische Verschwörung die Gesellschaft bedrohte (*Lanning*, 1992). Die Medienlandschaft verschaffte dieser Verschwörungstheorie einen sozialen Nährboden und verstärkte die Verbreitung von irrigen und übertriebenen Informationen. Sowohl der zuvor beschriebene kognitive Denkfehler als auch der Einfluss von Medien sind auch in der heutigen Zeit relevante Mechanismen bei der Verstärkung von Verschwörungstheorien.

Derartige Medienproduktionen nutzten die Emotionen der Öffentlichkeit und erzeugten eine moralische Panik (*de Young*, 1998). *Cohen* (1972) beschreibt die Satanic Panic als klassisches Beispiel für eine moralische Panik. In Zeiten sozialer und kultureller Unsicherheit wird oft ein "Sündenbock" gesucht, um die Ängste und Sorgen der Gesellschaft zu projizieren. Die Darstellung erfolgt durch die Massenmedien dabei in einer stark vereinfachten und stereotypisierten Weise (*Ben-Yehuda*, 1986). Die Ausprägung und Verbreitung einer solchen moralischen Panik hängt von mehreren Faktoren ab: Erstens von ihrer Fähigkeit, Macht zu mobilisieren; zweitens von dem wahrgenommenen Bedrohungspotenzial des von ihnen thematisierten Problems; drittens von ihrer Fähigkeit, ein öffentliches Bewusstsein für das spezifische Thema zu schaffen; viertens von der Art, Qualität und Intensität des Widerstands, auf den sie stoßen;

und schließlich davon, ob sie in der Lage sind, eine klare und akzeptable Lösung für das Problem vorzuschlagen (*Ben-Yehuda*, 1986). Die Mechanismen einer solchen moralischen Panik sind auch heute noch relevant: aufgrund der emotionalen Aufladung solcher Thematiken verbreiten sich derartige Informationen in den sozialen Medien oft schneller als andere Arten von Inhalten (*Friggeri et al.*, 2014).

Dies liegt an der Art und Weise, wie Plattformen wie Facebook, Twitter und YouTube gestaltet sind, die dazu neigen, Inhalte zu bevorzugen, die starke emotionale Reaktionen hervorrufen. Verschwörungstheorien sind häufig emotional aufgeladen und können daher schnell Aufmerksamkeit und Verbreitung erlangen.

Der Glaube an die Satanic Panic könnte als eine Reaktion auf das Gefühl des Kontrollverlustes in einer sich rasch verändernden Welt erklärt werden. Die zunehmenden gesellschaftlichen Veränderungen in den 1960er und 1970er Jahren, einschließlich der Bürgerrechtsbewegungen, der sexuellen Revolution und der Liberalisierung von Normen, führten zu Ängsten und einem Verlust des Vertrauens in die Institutionen. Verschwörungstheorien über geheime, mächtige Gruppen, die die Gesellschaft kontrollieren, bieten eine Möglichkeit, diesen Kontrollverlust zu erklären und zu bekämpfen (*Goertzel*, 1994). Es kann die Vermutung geäußert werden, dass politische und gesellschaftliche Unsicherheiten, die durch Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie sowie die Zunahme populistischer Bewegungen in vielen Ländern verstärkt wurden und dies zu der erneuten Zunahme von Verschwörungstheorien beitragen könnte, da Menschen in Zeiten gesellschaftlicher und politischer Unsicherheiten anfälliger für Verschwörungstheorien sind: *Goertzel* (1994) argumentiert, dass die Wahrnehmung einer Bedrohung – sei es durch wirtschaftliche Instabilität, politische Veränderungen oder Gesundheitskrisen – den Glauben an alternative Erklärungen für komplexe Ereignisse fördert. Die COVID-19-Pandemie hat beispielsweise Verschwörungstheorien über die Herkunft des Virus, Impfstoffe und staatliche Kontrolle befeuert. Menschen, die das Gefühl haben, wenig Kontrolle über ihr Leben zu haben oder mit unsicheren Zukunftsperspektiven konfrontiert sind, neigen eher dazu, an Verschwörungstheorien zu glauben (*Imhoff & Bruder*, 2014).

Ein weiterer psychologischer Mechanismus, der zur Zunahme von Verschwörungstheorien beiträgt, ist die Neigung zu autoritären Denkmustern. *Imhoff und Bruder* (2014) stellen fest, dass Menschen mit einer hohen Neigung zu autoritären Werten, die von der Vorstellung eines klaren moralischen „Wir“ gegen ein böses „Andere“ geprägt sind, eher dazu tendieren, an Verschwörungstheorien zu glauben. Laut

*Altemeyer* (1996) haben Menschen mit autoritären Persönlichkeitsmerkmalen eine erhöhte Neigung, Verschwörungstheorien zu glauben, da sie geneigt sind, eine klare Trennung zwischen „guten“ und „bösen“ Gruppen vorzunehmen und sich in einer von Bedrohungen dominierten Welt zu sehen.

Verschwörungstheorien wie die Satanic Panic gedeihen häufig in sozialen Gruppen, in denen ein starkes Bedürfnis besteht, äußere Bedrohungen als Erklärung für innere Unsicherheiten und Ängste zu finden (*Gould*, 1999). Der Glaube an Verschwörungstheorien kann als eine Form der sozialen Identität fungieren (*Douglas et al.*, 2017). Besonders religiöse und konservative Gruppen, die während der Satanic Panic besonders aktiv waren, suchten nach einem äußeren Feind, der die Werte und Normen der Gesellschaft bedrohte (*Klofstad et al.*, 2024). Die Identifikation mit einem moralischen „Wir“ gegen das als gefährlich wahrgenommene „Andere“ verstärkte den Glauben an satanische Rituale und eine Verschwörung zur Zerstörung gesellschaftlicher Normen (*Gould*, 1999).

Ein zentraler Faktor für die aktuelle erneute Zunahme von Verschwörungstheorien ist der verstärkte Zugang zu Informationen und die Verbreitung von bestimmten Inhalten über digitale Medien und soziale Netzwerke (*Vrzahl*, 2020). Dies hat die Dynamik der Verbreitung und Akzeptanz solcher Theorien erheblich verändert. Die oben beschriebenen kognitiven Verzerrungen der kognitiven Dissonanz und des Bestätigungsfehlers können durch die Algorithmen in sozialen Netzwerken verstärkt werden: Nutzer:innen sozialer Medien konsumieren tendenziell Inhalte, die mit ihren bestehenden Überzeugungen übereinstimmen (*Bakshy et al.*, 2015). Dies führt zu sogenannten „Filterblasen“ und „Echokammern“, in denen Menschen ausschließlich Inhalte sehen, die ihre Weltanschauung bestätigen, und alternative Perspektiven oder kritische Informationen ausblenden. Diese Mechanismen verstärken bestehende Verschwörungstheorien und verhindern, dass Menschen sich einer breiteren, evidenzbasierten Diskussion öffnen.

Zusätzlich trägt die Verbreitung von *misinformation* (Fehlinformationen ohne böse Absicht) und *desinformation* (absichtlich verbreitete Falschinformationen) in sozialen Medien dazu bei, dass Verschwörungstheorien an Glaubwürdigkeit gewinnen (*Pennycook & Rand*, 2019). Diese Formen der Informationsverbreitung sind besonders gefährlich, weil sie den Eindruck erwecken, dass alle Informationen gleichermaßen valide sind, ohne dass die Quellen kritisch hinterfragt werden.

Die politische Instrumentalisierung von Verschwörungstheorien hat ebenfalls stark zugenommen. Politische Akteure und Bewegungen nutzen Verschwörungstheorien als Mittel zur Manipulation und zur Schaffung von Feindbildern. Politische Akteure und Gruppen, die populistische Tendenzen aufweisen, nutzen häufig Verschwörungstheorien, um Misstrauen gegenüber der etablierten politischen Ordnung und den Medien zu schüren. Die Verbreitung von „Fake News“ und Desinformation hat sich als strategisches Instrument zur Manipulation der öffentlichen Meinung etabliert (Lazer et al., 2018). Soziale Medien und Plattformen wie Twitter und Facebook haben es extrem erleichtert, gezielte Falschinformationen zu verbreiten und Verschwörungstheorien politisch zu instrumentalisieren.

In Gesellschaften mit einem starken Vertrauen in die eigene politische Identität und einem hohen Mass an politischer Polarisierung sind die Menschen eher geneigt, alternative und extremere Erklärungen wie Verschwörungstheorien zu akzeptieren (Goertzel, 1994; Miller et al., 2016). Dies wird durch populistische Rhetorik und das Verbreiten von Feindbildern weiter verstärkt.

Die Zunahme von Verschwörungstheorien in der heutigen Zeit ist ein komplexes Phänomen, das durch eine Vielzahl von Faktoren begünstigt wird. Digitale Medien, politische Polarisierung, gesellschaftliche Unsicherheit und psychologische Bedürfnisse nach Kontrolle und einfachen Erklärungen tragen alle dazu bei, dass Verschwörungstheorien eine wachsende Anhängerschaft finden. Darüber hinaus spielen die Verbreitung von Desinformation, die verstärkte Nutzung sozialer Netzwerke und die politische Instrumentalisierung von Verschwörungstheorien eine bedeutende Rolle. Das Verständnis dieser Faktoren ist entscheidend, um die Verbreitung von Verschwörungstheorien zu verhindern und ihre negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft zu minimieren.

### *Einfluss der Pandemie und der weltpolitischen Situation auf Jugendliche*

Zusätzlich gibt es aktuelle wissenschaftliche Studien, welche darauf hindeuten, dass die Corona-Pandemie sowie die gegenwärtige weltpolitische Situation (z. B. geopolitische Spannungen, Klimawandel, wirtschaftliche Unsicherheit) dazu geführt haben, dass Jugendliche verstärkt mit Identitätsunsicherheit und einer Störung des Identitätsentwicklungsprozesses konfrontiert sind – diese werden im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt. Dieser Einfluss auf die Entwicklung der Identität bei Jugendlichen kann sowohl in Bezug auf soziale, psychologische als auch gesellschaftliche

Faktoren beobachtet werden; auch solche Prozesse können beispielsweise zum Verständnis des beobachteten Anstiegs von DIS-bezogenen Inhalten in sozialen Medien relevant sein.

*Veränderungen in der sozialen Interaktion:* Eine zentrale Komponente in der Identitätsentwicklung von Jugendlichen ist die soziale Interaktion. Diese Interaktionen finden in der Regel in einem Umfeld statt, das durch die Schule, soziale Netzwerke und Freizeitaktivitäten geprägt ist. Während der Pandemie wurde dieser Kontakt erheblich eingeschränkt, vor allem durch Lockdowns, Schulschließungen und soziale Distanzierung. Studien belegen, dass dieser Verlust an sozialen Beziehungen zu einer Verstärkung von Einsamkeit und Isolation führte, was sich negativ auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen auswirkte (Cooper et al., 2021; Kovacs et al., 2021). Die Pandemie hat bei Jugendlichen ein erhöhtes Maß an Stress, Angst und Depressionen verursacht, was die Entwicklung eines stabilen Selbstkonzepts beeinträchtigen kann (Pfefferbaum et al., 2020). Zusätzlich wurde von vielen Jugendlichen während der Pandemie von einem höheren Mass an Burnout-Symptomen, einer geringeren Bindung zur Schule und einer verminderten Schulmotivation berichtet (Branje & Morris, 2021). Besonders betroffen sind Jugendliche, die bereits vor der Pandemie mit psychischen Problemen kämpften oder aus sozial benachteiligten Verhältnissen stammen.

Einsamkeit und der Verlust sozialer Beziehungen kann sich negativ auf die Identitätsstabilität auswirken – das fünf Säulen Modell der Identität zeigt dies eindrücklich auf (Petzold, 2003a): Die fünf Säulen beinhalten die *Leiblichkeit*, das *soziale Netzwerk*, die Säule *Arbeit, Leistung und Freizeit*; *materielle Sicherheit und milieuökologische Bezüge* sowie die Säule *Werteorientierungen, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen*. Hier wird deutlich, dass während der Pandemie durch den Lockdown das soziale Netzwerk deutlich betroffen war. Leitner und Höfner (2020) beschreiben die Wichtigkeit der Säule der sozialen Netzwerke: «Das soziale Netzwerk, sein soziales Atom, ist für das Identitätserleben des Menschen Voraussetzung. Identität wird über den Kontakt zu anderen Menschen entwickelt, in Begegnungen erweitert und in Beziehungen stabilisiert.».

*Verzögerte Übergänge und Unsicherheit:* Die Pandemie hat auch dazu geführt, dass wichtige Lebensübergänge (z. B. Übergang von der Schule zur Berufsausbildung oder Hochschule) gestört oder verzögert wurden. Dies betrifft insbesondere Jugendliche, die in der Phase der Identitätsentwicklung sind, in der sie ihre beruflichen und

sozialen Identitäten formen. *Rosen* und Kolleg:innen (2021) fanden heraus, dass viele Jugendliche aufgrund der Pandemie Schwierigkeiten hatten, klare berufliche und akademische Ziele zu setzen, was zu einer verstärkten Identitätsunsicherheit führte.

*Online-Räume und digitale Identität:* Ein weiterer Aspekt ist die Zunahme der Zeit, die Jugendliche online verbringen. Dabei äussern einige Autor:innen, dass Jugendliche als besonders anfällig dafür sind, sich von den Inhalten sozialer Netzwerke beeinflussen zu lassen (*González-Larrea & Hernández-Serrano, 2021*). Die Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass viele soziale Kontakte und sogar schulische Aktivitäten ins Digitale verlagert wurden. Dies hat Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Jugendliche ihre Identität entwickeln. *Palfrey* und *Gasser* (2020) stellen fest, dass Jugendliche, die in einer stark digitalen Welt aufwachsen, Schwierigkeiten haben können, eine kohärente persönliche Identität zu entwickeln, da sie oft zwischen verschiedenen digitalen und realen „Selbstbildern“ hin- und herschwenken. In einer solch stark digital geprägten Welt müssen Jugendliche zusätzlich eine «digitale Identität» entwickeln; Jugendliche stehen dabei vor der Herausforderung, sowohl die digitale als auch die «reale» Identität miteinander zu vereinen, aber auch voneinander abzugrenzen (*González-Larrea & Hernández-Serrano, 2021*). Jugendliche müssen dabei eine gewisse Konsistenz zwischen dem, was sie sind, und was sie nicht sind sowie dem, was sie anderen präsentieren, finden – eine ziemlich komplexe Aufgabe.

Zusätzlich weisen einige Studien darauf hin, dass während des Lockdowns nicht nur die Nutzung von sozialen Netzwerken deutlich zunahm, sondern dies auch direkt mit einer verstärkten Unzufriedenheit bezüglich des eigenen Körperbildes, dem Streben nach Schlankheit sowie einem niedrigen Selbstwertgefühl zusammenhängt (*Vall-Roqué et al., 2021*).

Die weltpolitische Situation, die durch geopolitische Spannungen, den Klimawandel und wirtschaftliche Unsicherheiten geprägt ist, hat ebenfalls Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung von Jugendlichen. In einer Welt, die von Unbeständigkeit und Krisen geprägt ist, können Jugendliche mit einer verstärkten Unsicherheit in Bezug auf ihre Zukunft konfrontiert werden.

*Existenzielle Bedrohung und Zukunftsängste:* In vielen westlichen Ländern wachsen Jugendliche in einem Umfeld auf, das von globalen Bedrohungen wie dem Klimawandel, politischen Unruhen, und den Folgen von Krieg und Terror geprägt ist. Laut einer aktuellen Studie von *Anderson* und Kolleg:innen (2025) haben sich viele junge

Menschen in den letzten Jahren Sorgen um ihre Zukunft gemacht, was zu einer verstärkten Existenzangst führt. Diese Ängste können den Entwicklungsprozess der Identität negativ beeinflussen, da sie das Gefühl von Kontrolle und Sicherheit untergraben.

*Soziale Medien und Identitätsfindung:* Soziale Medien bieten Jugendlichen die Möglichkeit, sich mit Gleichaltrigen auszutauschen und ihre Identität auszuprobieren, was ein normaler Teil des Entwicklungsprozesses ist. Die Nutzung sozialer Medien während der Pandemie scheint oft zu einer verstärkten Unsicherheit über die eigene Identität geführt zu haben (Berg et al., 2024; Valkenburg & Peter, 2013). Valkenburg und Peter (2013) entwickelten das "Differential Susceptibility to Media Effects Model", das erklärt, warum manche Individuen anfälliger für Medieneffekte sind als andere. Dieses Modell betont, dass individuelle Unterschiede in der Mediennutzung und -wirkung auf dispositionelle, entwicklungsbezogene und soziale Suszeptibilität zurückzuführen sind. Besonders problematisch sind Plattformen, die ein verzerrtes Bild der „perfekten“ Lebensweise und des „idealen“ Selbst vermitteln, was den Druck auf Jugendliche erhöht, sich einer bestimmten Norm zu beugen.

*Erscheinungsrate von Symptomen:* Eine Studie von Yoon und Kolleg:innen (2024) beobachtete, dass Jugendliche, die ihre Symptome in sozialen Medien präsentierten, häufiger von "Selbstdiagnosen" berichteten. Diese Symptome überschneiden sich oft mit anderen psychischen Erkrankungen wie Angststörungen oder BPS, was zu Fehldiagnosen führen könnte. Ethnografische Forschung zu TikTok-Nutzer:innen, die Inhalte über DIS erstellen, hat gezeigt, dass der Hauptfokus auf der Darstellung mehrfach marginalisierter verschiedener Persönlichkeitsanteile liegt (Salter et al., 2025). Scheinbar nahm die Anzahl von auf sozialen Netzwerken präsentierten Persönlichkeitsanteilen, welche LGBTIQ+ sind, neurodivergent sind oder auch nicht-menschliche und fiktive Identitäten sind (z.B. Geister, Vampire, Feen etc.), deutlich zu (Salter et al., 2025).

Studien wie die von Bartholomew und Kolleg:innen (2012) zeigen, dass soziale Medien eine Plattform für die Massenpsychogene Erkrankung bieten können. Jugendliche und junge Erwachsene, die ähnliche Inhalte konsumieren, könnten Symptome nachahmen oder entwickeln, ohne dass sie tatsächlich die klinischen Kriterien der DIS erfüllen. In diesem Zusammenhang wurde von einem deutlichen Anstieg an Selbstidentifizierungen als "DIS-Systeme" in sozialen Medien berichtet, was

suggeriert, dass die Plattformen nicht nur informieren, sondern auch Verhalten und Selbstdarstellungen prägen können (Salter et al., 2025).

### *Parallelen zum «inneren Kind/undifferenzierten parentalen Paradigma»*

Die Häufigkeit, mit der innere Kindanteile bei der DIS thematisiert werden, erinnert stark an das sogenannte „innere Kind“-Paradigma. Petzold und Orth (2014a/2023) warnen in diesem Zusammenhang vor einem „romantisierenden, undifferenzierten parentalen Paradigma“. Diese Vorstellung basiert auf der Annahme, dass Heilungsprozesse ausschließlich durch das Aufdecken und Verarbeiten elterlich verursachter Schädigungen gelingen – vermittelt durch die Erfahrung „guter Therapeuteneltern“. Obwohl Nachsozialisation und Reparenting als mögliche Wege der Heilung innerhalb der integrativen Therapie anerkannt sind, stellen sie nicht den einzigen Ansatz dar. Eine differenzierte Reflexion über die Rolle der Nachsozialisation ist daher entscheidend.

Die *Integrative Therapie* betont, dass Therapeut:innen in ihrer Arbeit flexibel zwischen Involvierung, Zentrierung und Exzentrizität wechseln sollten. Dieser Ansatz wird mit den Begriffen „selektive Offenheit und partielles Engagement“ beschrieben. Selektive Offenheit beschreibt einen therapeutischen Stil, der persönliche Offenheit (Self-disclosure) mit professioneller Abstinenz in Einklang bringt (Petzold, 1980g). Eigene Erfahrungen der Therapeut:innen nur dann eingebracht werden, wenn sie Patient:innen nachweislich weiterhelfen. Partielles Engagement bedeutet hingegen, sich empathisch einzulassen, ohne sich emotional zu verlieren – ein Gleichgewicht zwischen persönlicher Nähe und professioneller Distanz.

Petzold und Orth (2014a/2023) kritisieren insbesondere die verbreitete Ideologie, dass es zur Lösung von Problemen oder Symptomen notwendig sei, das „innere Kind“ zu umsorgen. Dies wird als problematisch angesehen, insbesondere wenn Patient:innen ohne therapeutische Unterstützung nicht in der Lage sind, eigene Ressourcen zu mobilisieren. Dadurch kann eine ungesunde Abhängigkeitsstruktur entstehen, die das Selbstkonzept der Hilflosigkeit verstärkt. Osten (2019) verweist in diesem Zusammenhang auf das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“, das auf der dritten ätiologischen Ebene („dysfunktionale Lern- und Adaptionenmodelle“) verortet wird. Dieses Konzept beschreibt, wie wiederholte negative Erfahrungen dazu führen, dass Menschen ihre vorhandenen Regulationsfähigkeiten nicht mehr nutzen. Ein derartiges Muster kann sich in der Therapie manifestieren und verstärken, wenn die

therapeutische Beziehung auf übermäßige Fürsorge und Regressionstechniken basiert. Dies wird von *Petzold* und *Orth* (2014a/2023) als eine erhebliche Gefahr beschrieben, ausgelöst durch eine undifferenzierte Parenting-Ideologie. Die Patient:innen stehen in Gefahr, von generalisierenden und überfürsorglich dramatisierenden Theorien zu Frühstörungen sowie durch parentale regressionszentrierte Behandlungsmodelle auf Kinderrollen festgeschrieben zu werden, in denen häufig das Erwachsenenleid nicht erkannt wird – dadurch werden dann auch emanzipatorische Prozesse und altersangemessene Wachstumsdynamiken verhindert.

Besonders in der Behandlung von Menschen mit einer DIS sollte kritisch hinterfragt werden, ob der Fokus auf die Differenzierung innerer Persönlichkeitsanteile ähnliche Risiken birgt. Suggestive Therapieansätze oder Fragetechniken, die die Vorstellung eines inneren Persönlichkeitssystems fördern, können problematisch sein. Die Arbeit mit auf diese Weise personifizierten inneren Persönlichkeitsanteilen scheint dieselben Gefahren wie die von *Petzold* und *Orth* (2014a/2023) beschriebenen parental regressionszentrierten Behandlungsmodelle zu beinhalten. Es ist unklar, ob solche Methoden tatsächlich nützlich oder möglicherweise schädlich sind, da es bislang keine qualitativ hochwertigen Studien gibt, die ihre Wirksamkeit belegen. Stattdessen existieren alternative therapeutische Modelle, die weniger riskante Ansätze bieten und bevorzugt werden sollten.

Das Konzept des „parentalen Paradigmas“ steht in engem Zusammenhang mit der Ideologie monokausaler Erklärungsmuster. Diese Annahmen besagen, dass psychische Erkrankungen linear auf frühkindliche Traumatisierungen zurückzuführen sind und Heilung ausschließlich durch das Aufdecken dieser „Urtraumata“ möglich sei. *Petzold* und *Orth* (2014a/2023) bezeichnen dies als „undifferenziertes, globalisierendes Regressionsparadigma“. Es basiert auf der Überzeugung, dass tief verwurzelte psychische Störungen umso schwerwiegender seien, je früher sie entstanden sind, und dass therapeutischer Fortschritt durch die Rückkehr in archaische Entwicklungsstadien erzielt werden könne. Dies birgt jedoch die Gefahr einer reduktionistischen Betrachtungsweise, da psychische Erkrankungen in Wirklichkeit ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren sind. Modelle wie das PTM oder die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit tendieren dazu, frühkindliche Schäden als primäre Ursache zu betrachten, während das SCM eine umfassendere Perspektive bietet, indem es soziale und kulturelle Einflüsse einbezieht.

Monokausale Modelle bieten zwar scheinbare Sicherheit und befriedigen das Bedürfnis nach klaren Ursachen, doch sie vereinfachen die hochkomplexen Entstehungsmechanismen psychischer Erkrankungen. Eine solche lineare Sichtweise kann dazu führen, dass Bewältigungsstrategien in der Gegenwart vernachlässigt werden. Forschungsergebnisse aus der longitudinalen Forschung zeigen, dass solche eindimensionalen Konzepte die Realität nicht ausreichend abbilden. Dennoch halten einige Therapeut:innen an stark vereinfachten Erklärungsansätzen fest, die komplexe Lebensläufe und Schicksale auf wenige Ursachen reduzieren (*Petzold & Orth, 2014a/2023*).

Besondere Gefahren entstehen, wenn Therapeut:innen Verschwörungstheorien wie Satanic Panic oder Mind Control anhängen. Solche Überzeugungen können zu einem massiven Machtgefälle in der therapeutischen Beziehung führen, da Patient:innen niemand anderem mehr vertrauen als der Therapieperson oder einer eng verbundenen therapeutischen Gruppe. Diese Abhängigkeit stellt ein erhebliches Risiko für die Autonomie der Betroffenen dar und kann schwerwiegende Therapieschäden verursachen. *Petzold* und *Orth* (2014a/2023) warnen vor dem Aufbau toxischer Dependenzmuster im Zusammenhang mit den oben beschriebenen Paradigmen und Ideologien. Zusätzlich wird von der unreflektierten «Lust am Schlimmen» von Therapeut:innen gewarnt (*Petzold & Orth, 2014a/2023*): «Nicht wenige Psychotherapeuten haben zuweilen eine eigenartige Lust am Schlimmen [...] als Ausdruck von Ko-Regression bei gleichzeitiger Sicherheit im mächtigen Therapeutenstatus - , eine Lust, durch die sie das ohnehin schon Schwere zum Schrecklichen stilisieren. In einseitiger, zum Teil sensationslüsterner Dramatisierung bestimmter Einzelereignisse machen sie diese zu Hauptdeterminanten eines ganzen Schicksals und lassen dabei alle anderen bedeutsamen Einflüsse außer acht. Diese Tendenz hat Patienten gegenüber eine stigmatisierende Qualität. Schon krank, werden sie noch kränker gemacht, indem das Furchtbare intensiviert wird. In ihrer Not und aus ihrem blinden Vertrauen in „Expertenmacht“ glauben sie z.T. abstruse Hypothesen, die ihnen als „Erklärungen“ angeboten werden. Das „große Unglück“ des schweren Schicksals setzt den Therapeuten in die Position, zum «großen Helfer“ zu werden, wenn es ihm gelingt, die bösen Wahrheiten aufzudecken und ihre negativen Auswirkungen zu meistern. Er „rettet“ den Patienten aus seinen Gebundenheiten, indem er ihm die guten Wahrheiten verkündet, eine „frohe Botschaft“ der „Befreiung vom Bösen“ und indem er ihn zugleich an sich und die Therapieideologie fesselt.» Hier zeigt sich

deutlich die Nähe zu den im Artikel von *Liebrand (2020)* beschriebenen psychologischen Mechanismen, welche hinter der Überzeugung auf Seiten der Therapeut:innen bezüglich Verschwörungstheorien wie des rituellen Missbrauchs/Mind-Control stehen könnten.

Die einseitige Fokussierung und die Dramatisierung biographischer Defizite und Traumaerfahrungen sind genauso schädlich, wie deren Bagatellisierung. Es geht also nicht darum, den Patient:innen nicht zu glauben oder die erlebten schädlichen Stimulierungen nicht ernst zu nehmen – man muss jedoch Vorsicht walten lassen und reflektieren, inwieweit das «Suchen» nach dramatischen und traumatischen Erfahrungen den Patient:innen überhaupt helfen kann und inwieweit biographische Prägnanzen oder «Sensation-Seeking» Tendenzen bei den Therapeut:innen hier einen Einfluss haben auf das Therapiegeschehen. Es ist «die Frage zu stellen, inwieweit hier nicht die „Sensation-seeking“-Tendenzen von Therapeuten und Therapeutinnen zu einseitigen Therapiekonzepten führen, die dem Patienten mehr schaden als nutzen, weil sie wiederum häufig einseitige Selbstentwertungen im Gefolge haben. Das Selbstwertgefühl des Patienten [...] als eines der wesentlichsten Momente in persönlichen Entwicklungsprozessen und selbstreferentielle Emotionen, Kognitionen und Volitionen im therapeutischen Geschehen werden auf jeden Fall durch solche Strategien nicht aufgebaut. Wohl aber das Selbstwertgefühl des Therapeuten!» (*Petzold & Orth, 2014a/2023, S. 238*).

Letztendlich ist ein ausgewogener therapeutischer Ansatz erforderlich, der weder die Erfahrungen der Patient:innen bagatellisiert noch übermäßig dramatisiert. Nur durch eine reflektierte, kontextbezogene Betrachtung der individuellen Biografie kann eine nachhaltige therapeutische Entwicklung gewährleistet werden.

### *Zusammenfassung*

Das PTM steht in einem Spannungsverhältnis zum integrativen Denken, da dieses Modell als zu reduktionistisch beurteilt werden muss. Die alleinige Fokussierung auf erlebte Traumata greift zu kurz und vernachlässigt nicht nur wichtige soziokulturelle Einflussfaktoren, sondern zusätzlich auch noch die anderen Formen schädlicher Stimulierungen, der positive Einfluss von Ressourcen, Potenzialen und Copingstrategien wird ebenfalls vernachlässigt.

Die Metahermeneutik erfordert eine Betrachtung von individuellen Erfahrungen immer im Zusammenhang mit sozialen, kulturellen und historischen Gegebenheiten.

Eine ausschließliche Konzentration auf persönliche Traumata ohne Berücksichtigung des Weiteren gesellschaftlichen Kontextes wird dem vielschichtigen Wesen psychischer Phänomene nicht gerecht.

Ein bemerkenswertes Merkmal der aktuellen Debatte um die DIS sind die stark fixierten Meinungen, die in diesem Feld vorherrschen. Dies deutet darauf hin, dass neben wissenschaftlichen Argumenten auch andere psychologische oder gesellschaftliche Mechanismen eine Rolle spielen. Polarisierungen in der Diskussion können auf unbewusste Dynamiken oder ideologische Einflüsse hinweisen, die den wissenschaftlichen Diskurs erschweren und zu einer Verhärtung der Fronten führen. Dies wird im nachfolgenden Kapitel der Wissenschaftstheorie nochmals ausführlicher aufgegriffen. Ein entscheidender Aspekt, der in der Diskussion um die DIS nicht außer Acht gelassen werden darf, ist ihr historischer Kontext, insbesondere das Aufkommen der Störung in den 1980er und 1990er Jahren während der sogenannten „Satanic Panic“. Diese gesellschaftliche Bewegung war stark mit Verschwörungstheorien verknüpft, was nicht bedeutet, dass die Existenz der DIS oder ihrer Symptome grundsätzlich infrage gestellt werden soll. Vielmehr ist es essenziell, die soziokulturellen und historischen Bedingungen zu berücksichtigen, die zur Popularisierung der Diagnose beigetragen haben. Ebenso ist es wichtig zu betonen, dass nicht alle Therapeut:innen die Menschen mit DIS behandeln, Befürworter:innen oder Anhänger:innen solcher Verschwörungstheorien sind. Dennoch ist es notwendig, sich der Ursprünge dieser Dynamiken bewusst zu bleiben, insbesondere da gegenwärtige globale Entwicklungen – etwa Unsicherheiten, Krisen und der Vertrauensverlust in Institutionen – ähnliche Bedingungen für die Verbreitung von Verschwörungstheorien schaffen.

Ein weiterer relevanter Faktor, der in der aktuellen Auseinandersetzung um die DIS Beachtung finden sollte, ist der Einfluss von Social Media und der COVID-19-Pandemie auf die Identitätsentwicklung, insbesondere bei Jugendlichen. Neue Phänomene wie die „mass social media induced illness“ zeigen, dass digitale Plattformen einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben können. Soziale Medien bieten nicht nur eine Plattform für den Austausch und die Selbstvergewisserung, sondern können auch zur Verstärkung und Verbreitung psychischer Symptome beitragen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede Person mit einer DIS-Diagnose automatisch dieser Kategorie zugeordnet werden kann. Dennoch ist es für Fachpersonen essenziell, ein Bewusstsein für solche soziokulturellen Phänomene zu entwickeln und sie in diagnostische und therapeutische Überlegungen mit einzubeziehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein integrativer, metahermeneutischer Ansatz in der Betrachtung der DIS unerlässlich ist. Er erlaubt eine differenzierte Perspektive, die sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Faktoren einbezieht und sich einer monokausalen Erklärung entzieht. Ein solcher Ansatz fördert nicht nur ein vertieftes Verständnis der Störung, sondern trägt auch dazu bei, Polarisierungen zu überwinden und einen respektvollen, wissenschaftlichen Diskurs zu ermöglichen.

### 5.1.2 Wissenschaftstheorie – Reflexion zu fehlenden Konsens-Dissens-Prozessen

Die Wissenschaftstheorie reflektiert die Wissenschaft auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Interessenslagen, Machtverhältnisse und anderen Einflussgrößen (Petzold, 2003a). Die *Integrative Therapie* sieht Erkenntnis als einen evolutionären Prozess an – als einen Prozess, welcher ständig in Bewegung ist ganz im Sinne der herakliteschen Spirale (Petzold, 2003a). Wissenschaftliche Wahrheiten werden somit in konnektivierenden, diskursiven Prozessen immer wieder durch Konsens-Dissens-Bildung bestimmt; ein gefundener Konsens muss sich allerdings in der Praxis bewährend können und muss auf mögliche Hintergründe seines Zustandekommens (alles muss in seinem Kontext/Kontinuum verstanden werden), auf den möglichen Nutzen für Interessensgruppen sowie auf mögliche Einflüsse von bestimmten Machtverhältnissen analysiert werden – es geht dabei somit auch um das Einnehmen einer gesellschaftskritischer Perspektive. Dies ist der Grund, weswegen die Wissenschaftstheorie der integrativen Therapie als «metahermeneutisch fundierte, kritisch-pragmatische Theorie bewährten Konsens und respektvollen Dissens» gekennzeichnet wird (Petzold, 2003a, S. 405).

Die *Integrative Therapie* fordert eine Ko-Respondenz, einen polylogischer Austausch zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Positionen, um konsensfähige Grundlagen zu schaffen – oder um respektvollen Dissens zu etablieren (Petzold, 2003a). Dies scheint in der Debatte rund um die Kontroversen der DIS nur wenig erfüllt zu sein – hier scheint ein Scheitern der Ko-Respondenz vorhanden zu sein, was zu Entfremdung, Polarisierung und Frontenbildung führen kann (Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020). Der wissenschaftliche Diskurs rund um die Ätiologie und Behandlung der DIS ist von tiefgreifenden paradigmatischen Differenzen geprägt, die sich in den gegensätzlichen Positionen des PTM und des SCM manifestieren.

Das Scheitern dieser Ko-Respondenz scheint unter anderem folgende Ursachen zu haben:

*Paradigmatische Differenzen:* Während das PTM DIS als Folge früher Traumatisierung betrachtet, geht das SCM von einer stärkeren Beeinflussung der Entstehung der Erkrankung durch soziale, kulturelle und historische Faktoren aus. Diese unterschiedlichen epistemologischen Grundlagen erschweren eine Annäherung und führen zu Polarisierungen.

*Kognitive Verzerrungen und Gruppendenken:* Wissenschaftliche Lager neigen dazu, sich in eigenen Sichtweisen zu verfestigen und gegensätzliche Meinungen auszublenden. Dies führt zu einer kognitiven Engführung, die den Dialog behindert. Motivated Reasoning hingegen beschreibt die Tendenz, Forschungsergebnisse oder Argumente so zu gewichten, dass sie die eigene Position stärken (Kunda, 1990). Dies kann zu einer verstärkten Abgrenzung von anderen Positionen/Perspektiven führen.

*Machtstrukturen und institutionelle Interessen:* Forschungsfinanzierung, institutionelle Positionierungen und politische Agenden beeinflussen den Diskurs und verhindern eine offene, ergebnisoffene Auseinandersetzung. Wissenschaftliche Karrieren sind oft eng mit bestimmten Forschungsfeldern oder Hypothesen verbunden. Wenn neue Theorien oder Beweise die Grundlagen eines etablierten Ansatzes infrage stellen, kann dies als Bedrohung für die eigene Reputation oder berufliche Sicherheit empfunden werden (Latour & Woolgar, 1979). In der DIS-Debatte könnten einige Forscher:innen oder Therapeut:innen beispielsweise wirtschaftliche oder ideologische Interessen haben, die sie dazu motivieren, bestimmte Positionen zu verteidigen.

*Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit:* Die Forschung zur DIS bleibt häufig innerhalb spezifischer Disziplinen verhaftet, wodurch ein breiter, integrativer Austausch erschwert wird.

*Emotionalisierung der Debatte:* Die hohe emotionale Betroffenheit sowohl der Betroffenen als auch der Fachleute erschwert eine sachliche Diskussion und begünstigt Polarisierung und Stigmatisierung. Dies scheint eine besonders stark ausgeprägte Ursache für das Scheitern der Ko-Respondenz in der Debatte um die DIS zu sein. Themen mit ethischen oder emotionalen Dimensionen neigen besonders dazu, polarisiert zu werden. In der Diskussion um die DIS spielen emotionale Faktoren eine große Rolle, insbesondere weil die Traumatheorie oft mit schweren Missbrauchsfällen verknüpft ist. Wissenschaftler:innen, die traumatische Kindheitserfahrungen als zentrale Ursache der DIS sehen, könnten ethische Motivationen haben, den Opfern

von Missbrauch eine Stimme zu geben. Dies kann dazu führen, dass sie alternative Erklärungen (z. B. die soziokognitive Perspektive) als Angriff auf die Opfer und eine Bagatellisierung der von den Betroffenen erlebten Traumatisierungen wahrnehmen. *Normative und politische Dynamiken:* Wissenschaftliche Debatten sind nicht isoliert von gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten. Normative Werte und politische Ideologien können die Meinungsbildung beeinflussen. In der DIS-Debatte gibt es beispielsweise Überschneidungen mit gesellschaftlichen Diskussionen über Kinderschutz, Trauma und therapeutische Praktiken. Diese normativen Dynamiken können die Wahrnehmung verstärken, dass eine Position "moralisch korrekt" ist, was die Dialogbereitschaft verringern kann.

*Einfluss der Medien und Popularisierung:* Medien können wissenschaftliche Frontenbildung verschärfen, indem sie Debatten vereinfacht oder dramatisiert darstellen. Komplexe wissenschaftliche Diskussionen werden oft in einen „Pro-Kontra“-Rahmen gezwängt, der Grauzonen und Nuancen eliminiert (Boykoff & Boykoff, 2004). In der DIS-Debatte hat die mediale Darstellung von „Satanic Panic“ oder spektakulären Fallgeschichten zu einer Verzerrung der wissenschaftlichen Diskussion beigetragen. Somit könnte die bewusste Förderung einer Ko-Respondenzkultur zu neuen Positionen in der DIS-Debatte führen – die Förderung der Ko-Respondenz ist somit als grosse Chance zu sehen. Mögliche Ansätze dafür sind:

- *Interdisziplinären Dialog:* Ein Austausch zwischen Psychotraumatologie, Neurobiologie, Soziologie und Kulturwissenschaft könnte neue Brücken zwischen den Positionen schaffen.
- *Offenheit für Pluralität:* Die Akzeptanz multipler Erklärungsmodelle anstelle einer „Entweder-Oder“-Dichotomie könnte den Diskurs beleben.
- *Transparenz in Interessenlagen:* Eine kritische Reflexion über die Einflussnahme von Institutionen und Finanzierung auf wissenschaftliche Ergebnisse könnte helfen, Machtasymmetrien auszugleichen.
- *Einbindung der Betroffenenperspektive:* Partizipative Ansätze, die Menschen mit DIS aktiv in die Forschung einbinden, könnten neue Erkenntnisse und eine höhere Akzeptanz der Ergebnisse fördern.

### 5.1.3 Anthropologie – Reflexion zu (impliziten) Menschenbildern der Kontroversen

Die *Integrative Therapie* basiert auf einem umfassenden anthropologischen Verständnis des Menschen, das ihn als ein vielschichtiges, dynamisches und in soziale sowie ökologische Kontexte eingebettetes Wesen begreift (Petzold, 2003a). Der Mensch wird in der *Integrativen Therapie* als Körper-Seele-Geist-Subjekt betrachtet, das in einem permanenten Wechselspiel von Individuation und Gemeinschaft, Einheit und Vielfalt sowie Exzentrizität und Zentriertheit steht. Dieses Verständnis wird durch das Konzept der Hominität und der daraus resultierenden Humanität geprägt (Petzold & Orth, 1993c).

Das Konzept der Hominität beschreibt die menschliche Natur als potenzielle Möglichkeit zur Entwicklung von Reflexivität, Selbstsorge, kreativer Weltgestaltung sowie sozialer Verantwortung (Petzold & Orth, 1993c). Humanität, als bewusst angestrebtes Ziel, ist die praktische Verwirklichung dieser Potenziale in einem intersubjektiven und sozialen Kontext.

Die *Integrative Therapie* sieht die menschliche Entwicklung als einen lebenslangen Prozess, der von frühkindlicher Sozialisation bis ins hohe Alter reicht. Diese Entwicklung ist eingebettet in eine „Dialektik der Mutualität“, die zwischen Einzigartigkeit (Unizität) und Vielfalt (Plurizität) vermittelt (Petzold, 2000h). Der Mensch ist einerseits eine kohärente, eigenständige Person, andererseits aber auch ein pluralistisches Wesen mit multiplen Rollen und Identitäten, die sich im Austausch mit der sozialen Umwelt entfalten.

Ein zentrales Prinzip der integrativen Therapie ist die Vorstellung, dass der Mensch seine Identität im Dialog mit anderen entwickelt (Petzold, 2003a). Die intersubjektive Ko-Respondenz ermöglicht es Individuen, sich selbst im Austausch mit anderen zu erkennen und ihre Identität kontinuierlich zu gestalten. Identität wird dabei als ein dynamischer, transversaler Prozess verstanden, der in sozialen Netzwerken verhandelt wird. Die Integration unterschiedlicher Selbstanteile erfolgt durch Aushandlungsprozesse in sozialen Kontexten, die ein Verständnis für die eigene Vielseitigkeit fördern. Die *Integrative Therapie* betont, dass die menschliche Persönlichkeit in ihrer einzigartigen Verkörperung durch Prozesse der Sozialisation und kulturellen Einflüsse geformt wird (Petzold, 2003a). Persönlichkeit ist demnach „verleblichte Kultur“, ein Zusammenspiel aus biologischer Veranlagung und sozialer Interaktion. In diesem Spannungsfeld können Individuen Sinn schöpfen und in der „Vielheit des Selbst“ navigieren (Leitner & Höfner, 2020).

Die *Integrative Therapie* fasst den Menschen in ihrer anthropologischen Grundformel als ein Leib-Subjekt, das in einem sozialen, ökologischen und kulturellen Kontext und Kontinuum existiert (*Petzold, 2003a*). In dieser Perspektive ist der Mensch stets im Wandel und unterliegt kreativen Metamorphosen, durch die er sich im Spannungsfeld zwischen biologischer Gegebenheit und kultureller Gestaltung entfaltet (*Petzold 2003a*). Dabei spielen folgende Aspekte eine zentrale Rolle:

- *Exzentrizität und Zentriertheit*: Der Mensch ist ein exzentrisches Wesen, das sich durch Selbstreflexion und Distanzierung von seiner unmittelbaren Umwelt definiert. Gleichzeitig bleibt er zentriert in seiner Lebenswelt, in der er Verortung und Stabilität findet.
- *Kulturelle und soziale Einbettung*: Identität wird nicht isoliert, sondern stets in einem Kontext von sozialen Netzwerken und kulturellen Einflüssen entwickelt. Der Mensch ist somit sowohl Gestalter als auch Produkt seiner Umwelt.
- *Relationalität und Kokreation*: Die *Integrative Therapie* betrachtet den Menschen als ein Wesen, das seine Existenz mit anderen teilt und gemeinsam mit ihnen seine Umwelt gestaltet. Dieser kokreative Prozess findet Ausdruck in der gemeinsamen Sinnstiftung und kulturellen Teilhabe.

Die Entwicklung einer stabilen, flexiblen Identität ist ein zentrales Anliegen der integrativen Therapie (*Petzold, 2003a, 2012q*). Identität wird als transversales, dynamisches und pluriformes Konzept verstanden, das sich im Wechselspiel mit der Umwelt und durch lebenslange Aushandlungsprozesse formt; Der Mensch hat die Möglichkeit, sich selbst zum Projekt zu machen und seine Entwicklung aktiv zu gestalten (*Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020*).

Dieses Verständnis erfordert eine soziokulturelle und ökologische Perspektive, die berücksichtigt, dass der Mensch stets Teil eines größeren Ganzen ist. In der integrativen Therapie wird dies durch das Koexistenzaxiom deutlich, das betont, dass menschliche Existenz nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern stets in Beziehung zu anderen und zur Umwelt steht (*Petzold, 2003a*).

Die verschiedenen ätiologischen Theorien zur DIS beinhalten unterschiedliche implizite Annahme über den Menschen und die Natur des menschlichen Geistes sowie seiner Funktionsweise. Diese impliziten Annahmen werden nachfolgend vorgestellt.

### *Implizite (Menschenbild-)Annahmen des PTM und der strukturellen Dissoziation*

Sowohl im PTM als auch bei der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit wird davon ausgegangen, dass der Mensch die Fähigkeit besitzt, seine Identität oder Persönlichkeit unter extremen Belastungen zu fragmentieren. Identität wird dabei nicht als eine kohärente, stabile Einheit verstanden. Die DIS-Diagnose beinhaltet also die Vorstellung, dass die Psyche unter extremen Belastungen in separate Anteile zerfallen kann, welche sich im Verlauf der Zeit zu eigenen Persönlichkeiten ausbilden, also eigenständige Entitäten sind. Es wird also davon ausgegangen, dass Dissoziation als Schutzmechanismus fungiert, um das psychische Überleben in extrem belastenden und traumatischen Situationen zu sichern. Die Persönlichkeit wird dabei als ein fragiles Konstrukt betrachtet, das in der frühen Entwicklung durch sichere Bindungen und ein stabiles Umfeld gestärkt werden muss. Das Menschenbild geht hier davon aus, dass Menschen ein dynamisches Wesen sind, das sich über die Zeit hinweg entwickelt, aber bei Störungen in der frühen Entwicklung langfristige Schäden erleiden kann. In einem gesunden Entwicklungsprozess lernen Kinder, unterschiedliche Erfahrungen zu einer kohärenten Identität zu integrieren. Wenn jedoch wiederholte oder extreme Traumata auftreten, wird diese Integration gestört, und es entstehen getrennte psychische Zustände.

Sowohl das PTM als auch die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit beinhaltet die Annahme, dass Gedächtnisinhalte abgespalten und durch amnestische Barrieren voneinander getrennt sein aufgrund der Fragmentierung in die verschiedenen Persönlichkeitsanteile. Diese Annahme geht davon aus, dass Menschen nicht immer Zugriff auf ihre Erinnerungen haben, diese auch soweit verdrängt werden können, dass man keinen bewussten Zugriff auf die traumatischen Erinnerungen hat. Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit geht davon aus, dass die menschliche Psyche aus verschiedenen funktionalen Systemen besteht, die unterschiedliche Aufgaben erfüllen. In einem gesunden Zustand sind diese Systeme integriert, aber bei traumatischem Stress kann eine strukturelle Spaltung auftreten, die zu einer Dissoziation der Persönlichkeit führt. Diese Systeme teilen sich in: ANP und EP. Die zugrunde liegende Annahme ist, dass der Mensch in der Lage ist, bestimmte Erlebnisse mental abzuspalten, wenn sie zu überwältigend sind, um sie zu verarbeiten.

Beide Modelle gehen davon aus, dass frühe Bindungs- und Beziehungserfahrungen einen entscheidenden Einfluss auf die psychische Entwicklung haben. Trauma-

Erfahrungen in der Kindheit werden als die zentrale Ursache für die Fragmentierung der Persönlichkeit betrachtet; die Annahme eines prägenden Einflusses der Kindheit auf die spätere psychische Gesundheit zeigt ein deterministisches Menschenbild. Diese impliziten Annahmen zeigen zahlreiche Parallelen zu Freuds psychoanalytischem Modell auf. Sowohl die beiden Modelle als auch Freuds psychoanalytisches Modell gehen davon aus, dass die menschliche Psyche keine homogene Einheit ist, sondern aus verschiedenen psychischen Instanzen oder Anteilen besteht. Freud postulierte in seinem Strukturmodell das Es, Ich und Über-Ich, wobei diese Instanzen häufig in Konflikt miteinander stehen. Die Vorstellung von inneren Persönlichkeitsanteilen bei DIS-Patient:innen könnte als eine extreme Form dieses inneren Konflikts verstanden werden, bei der traumatische Erfahrungen zur Abspaltung bestimmter Persönlichkeitsanteile führen.

Freud betrachtete die Verdrängung als einen zentralen Abwehrmechanismus, um traumatische oder unangenehme Inhalte aus dem Bewusstsein zu verdrängen und im Unbewussten zu speichern. Sowohl im PTM als auch in der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit wird davon ausgegangen, dass schwerwiegende Traumata durch Dissoziation – einer radikaleren Form der Verdrängung – verarbeitet werden. Sowohl bei Freuds Theorie als auch den beiden ätiologischen DIS-Modellen wird dem Menschen eine gewisse psychische Schutzfunktion zugeschrieben, die jedoch langfristig zu pathologischen Symptomen führen kann.

Freud betonte, dass frühkindliche Erfahrungen einen nachhaltigen Einfluss auf die psychische Entwicklung haben und ungelöste Konflikte aus der Kindheit das spätere Verhalten und Erleben beeinflussen. Auch in den beiden genannten DIS-Modellen wird angenommen, dass frühkindliche Traumatisierungen – insbesondere in der Bindungserfahrung – zentrale Rollen spielen und zu einer Fragmentierung der Persönlichkeit führen können. Das zugrunde liegende Menschenbild ist daher sowohl bei Freud als auch den beiden ätiologischen DIS-Modellen von der Vorstellung geprägt, dass die Kindheit einen determinierenden Einfluss auf das Erwachsenenleben hat. In der Psychoanalyse nimmt das Unbewusste eine zentrale Rolle ein. Freud sah den Menschen als weitgehend von unbewussten Trieben und inneren Konflikten gesteuert. Auch bei der DIS wird angenommen, dass viele der abgespaltenen Persönlichkeitsanteile außerhalb des bewussten Erlebens existieren und in bestimmten Situationen autonom auftreten können. Dies spiegelt Freuds Annahme wider, dass verdrängte Inhalte in veränderter Form (z. B. als Symptome) wieder ins Bewusstsein

treten können. Freud sah das Unbewusste als die zentrale Steuerungsinstanz menschlichen Handelns. Viele Handlungen, Emotionen und Entscheidungen seien durch verdrängte Erlebnisse und Konflikte geprägt, die dem Bewusstsein nicht direkt zugänglich sind. Träume, Fehlleistungen (z. B. Freudsche Versprecher) und neurotische Symptome gelten als Ausdruck dieser unbewussten Prozesse.

Das SCM stellt einen deutlichen Kontrast zu den vorherigen Modellen dar. Dieses Modell macht deutlich, dass dem Menschen eine hohe Beeinflussbarkeit durch externe Faktoren zugeschrieben wird. Die Vorstellung, dass Medien, therapeutische Praktiken oder auch kulturelle Narrative zur Entstehung und Verbreitung der DIS beitragen können, spiegelt das Menschenbild eines sozialen Wesens wider, dass stark von seiner Umgebung geprägt wird. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Annahme, dass psychische Erkrankungen nicht nur individuelle, sondern auch kulturelle und gesellschaftliche Konstruktionen sein können.

Das SCM geht davon aus, dass das menschliche Gedächtnis formbar und anfällig für Suggestion ist. Menschen können gemäss diesem Modell falsche Erinnerungen entwickeln, was impliziert, dass Erinnerungen nicht immer eine zuverlässige Quelle sind. Erinnerungen sind somit gemäss diesen Annahmen sowohl durch interne als auch durch externe Einflüsse formbar und veränderbar.

Es wird angenommen, dass Menschen stark durch soziale Erwartungen, Therapieprozesse und suggestive Einflüsse beeinflusst werden. DIS kann demnach durch therapeutische Interventionen, gesellschaftliche Narrative, Medienberichte oder ähnliches verstärkt und/oder erlernt werden, insbesondere wenn Betroffene durch Hypnose oder Suggestion dazu gebracht werden, multiple Identitäten zu entwickeln. Im Gegensatz zum PTM oder auch der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit werden Persönlichkeitsanteile nicht als eigenständige Entitäten angesehen: Menschen passen sich sozialen Rollen an und entwickeln DIS möglicherweise als Reaktion auf traumatische Erfahrungen oder Erwartungen von Therapeut:innen, Familie oder Gesellschaft. Die verschiedenen Identitäten oder Persönlichkeitszustände sind demnach nicht eigenständige Entitäten, sondern Ausdruck unterschiedlicher sozial konstruierter Rollen.

*Überschneidung und Unterschiede zum Menschenbild der IT der drei ätiologischen Modelle*

Das Menschenbild der integrativen Therapie definiert den Menschen intersubjektiv, als miteinander-kreativen, als ko-kreativen, schöpferischen Menschen im Lebenszusammenhang und in der Lebenszeit in Kontext und Kontinuum (Petzold, 2003a). Der Mensch wird als Leibsubjekt erkannt.

In diesem Kontext überschneidet sich die Annahme des SCM mit dem Menschenbild der integrativen Therapie insofern, als dass betont wird, dass der Mensch nicht isoliert existiert, sondern in einem stetigen Austausch mit seiner Umwelt steht, wodurch Identitätsentwicklung, Sinnfindung und persönliche Entfaltung ermöglicht werden.

Der Mensch wird in der integrativen Therapie als ein miteinander-kreatives Wesen betrachtet, dass seine Identität in Wechselwirkung mit seiner Umwelt und Mitmenschen gestaltet. Dass die intersubjektive Therapiesituation, kulturelle, soziale, historische Gegebenheiten unseren «informierten Leib» formen und beeinflussen, passt zu den Annahmen des SCM. Die individuelle Entwicklung geschieht schlussendlich immer im Kontext sozialer Beziehungen und kultureller Einflüsse. Das SCM fokussiert auch nicht ausschliesslich – im Gegensatz zum PTM – auf deterministisch wirkende traumatische Kindheitserfahrungen, sondern erlaubt eine Öffnung zur Entwicklung der Identität über die gesamte Lebensspanne hinweg. Sowohl im SCM als auch in der integrativen Therapie wird persönliche Entwicklung durch das Zusammenspiel von bewussten und unbewussten Prozessen, sozialen Beziehungen und kulturellen Einflüssen gesehen. Sowohl in der integrativen Therapie als auch im SCM wird jedoch der prägende Einfluss schädigender Stimulierungen betont. Als grossen Unterschied ist zu nennen, dass das SCM stärker kognitive und soziale Prozesse betont und die körperliche Dimension weitgehend vernachlässigt. Die *Integrative Therapie* definiert das Leibsubjekt hingegen als *Körper-Seele/Geist-Welt* Wesen.

Als Parallele vom PTM mit der integrativen Therapie ist zu nennen, dass beide Modelle die Verletzlichkeit des Menschen, aber auch seine Resilienz und Anpassungsfähigkeit betonen. In der integrativen Therapie wird der Mensch als verletzlich und anpassungsfähig betrachtet, der Mensch besitzt Ressourcen und Potentiale zur Selbstheilung, aber auch Grenzen in Extremsituationen. Im PTM wird der Mensch als verletzlich gegenüber Traumata gesehen, besitzt jedoch die Fähigkeit zur Anpassung durch den Schutzmechanismus der Dissoziation. Sowohl die *Integrative Therapie* als auch das PTM betonen, dass die frühen Lebensjahre prägend sind für die psychische Gesundheit und Identitätsbildung – gleichzeitig wirkt das PTM diesbezüglich zu deterministisch und vernachlässigt die verschiedenen Formen schädigender

Stimulierungen, spätere Bindungs-/Beziehungserfahrungen und die Auswirkung verschiedener Belastungen im Erwachsenenalter. Die *Integrative Therapie* betrachtet den Menschen stärker in seiner Umwelt und betont sozial und ökologische Faktoren für die psychische Entwicklung in der Lebensspanne (Sieper 2007b). Das PTM fokussiert dagegen stärker auf intrapsychische Mechanismen, insbesondere auf die Verarbeitung von Trauma und den Einfluss auf die psychische Struktur. Die IT legt grossen Wert auf kreative Ressourcen und Resilienzen; das PTM vernachlässigt diese salutogenetische Perspektive.

#### 5.1.4 Diskursethik und Ko-Respondenz in der therapeutischen Praxis

Die Ethik in der Psychotherapie ist ein bedeutsames und wichtiges Thema, da therapeutische Prozesse unweigerlich das Verhalten und die Haltungen von Patient:innen beeinflussen. In der Integrativen Therapie wird Ethik nicht als starres Regelwerk verstanden, sondern als ein dynamischer, diskursiver Prozess, der sich stets an der jeweiligen Situation orientiert (Petzold, 2003a). Im Gegensatz zu normativen ethischen Systemen, wie beispielsweise der christlichen Ethik, die auf unveränderlichen moralischen Prinzipien basiert, setzt die *Integrative Therapie* auf eine situativ-historische Diskursethik, die in der wechselseitigen Intersubjektivität gründet und auf die Unversehrtheit des Lebendigen abzielt (Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020).

Die integrativ-therapeutische Ethik basiert auf der Annahme, dass es keine objektiven Werte und keine Ethik für die Ewigkeit gibt. Ethische Positionen sind stets in ihrem gesellschaftlichen, historischen und ökonomischen Kontext zu reflektieren (Petzold, 2003a). In der Praxis bedeutet dies, dass ethische Entscheidungen nicht allein auf bestehenden Normen beruhen, sondern stets im gemeinsamen Diskurs zwischen Therapeut:in und Patient:in unter Rückgriff auf anerkannte ethische Regeln getroffen werden müssen. Dies gewährleistet eine kritisch-pragmatische Ethik, die sowohl die Bedürfnisse der Patient:innen als auch gesellschaftliche Anforderungen in den Blick nimmt.

Ein zentrales Konzept der Integrativen Therapie ist das Modell der Ko-Respondenz, welches die Grundlage für den ethischen Diskurs bildet (Petzold, 2003a). Ko-Respondenz beschreibt die Fähigkeit, unterschiedliche – auch gegensätzliche – Positionen in Beziehung zu setzen und eine Balance zwischen Konsens und Dissens herzustellen. In diesem polylogischen Austausch zwischen Individuen und Gruppen wird

höchste Subjektivität mit einer übergeordneten, kollektiven Dimension verbunden, die als „Milieu generalisierter Humanität“ bezeichnet wird (Petzold, 2003a, S. 414). Diese Form der Ethik ermöglicht es, Werte und Prinzipien situationsspezifisch anzuwenden und sie auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen abzustimmen. Sie trägt zur Herausbildung von kritisch metareflektierten ethischen Leitprinzipien bei, wie beispielsweise Ehrfurcht vor dem Leben; Sicherung von Lebensqualität; Verhinderung von Unterdrückung; Gewährleistung von Intersubjektivität durch Treue zum „Du“ (Petzold, 2003a, S. 416). Diese Prinzipien bilden eine Grundlage für die therapeutische Praxis, in der persönliche Integrität als wichtiger erachtet wird als bloßes biologisches Überleben.

Die Verantwortung von Therapeut:innen erstreckt sich auf mehrere Dimensionen:

- *Verantwortung gegenüber Patient:in:* Therapeut:innen sind verpflichtet, das Wohl von Patient:innen in den Mittelpunkt zu stellen und transparent zu agieren, um Vertrauen zu schaffen und Missbrauch zu verhindern.
- *Bewertung der Lebenssituation der Patient:innen:* Therapeutische Interventionen müssen stets in Bezug auf die individuelle Lebensrealität der Patient:innen erfolgen und dessen Kontext berücksichtigen.
- *Verantwortung gegenüber dem eigenen Gewissen und der Gesellschaft:* Therapeut:innen stehen in einer ethischen Verpflichtung gegenüber dem eigenen professionellen Selbstverständnis und den ethischen Standards der Fachgemeinschaft (Petzold, 2003a, S. 421).

Um diesen Verantwortlichkeiten gerecht zu werden, bedarf es einer kontinuierlichen Selbstreflexion sowie der diskursiven Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen. Dies geschieht nicht nur durch den informierten Konsens mit den Patient:innen, sondern auch durch eine vertiefte Ko-Respondenz, die über die bloße Informationsvermittlung hinausgeht und einen wechselseitigen Dialog schafft (Petzold, 2003a).

*Metaethische Reflexion in der Psychotherapie:* Psychotherapie als Wissenschaft interpretiert Wirklichkeit – Ethik reguliert diese Interpretation und die daraus folgenden, wissenschaftlich begründeten Handlungskonsequenzen (Petzold, 2003a, S. 414). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer metaethischen Reflexion, die nicht nur das aktuelle Handeln bewertet, sondern auch ethische Positionen in ihrem

historischen und sozialen Entstehungskontext kritisch hinterfragt. Das bedeutet, dass ethische Werte nicht losgelöst von gesellschaftlichen Interessen und Machtverhältnissen betrachtet werden dürfen.

Die Sedimentation ethischer Diskurse im kulturellen Gedächtnis einer Gesellschaft ermöglicht es, ethische Leitlinien zu entwickeln, die auf koexistiver Intersubjektivität basieren und dennoch flexibel an neue Herausforderungen angepasst werden können. Dies stellt sicher, dass ethische Prinzipien nicht dogmatisch verfestigt, sondern fortlaufend hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Die integrativ-therapeutische Ethik bietet also zusammengefasst einen dynamischen Rahmen, der sich durch eine situative, diskursive und intersubjektive Herangehensweise auszeichnet. Anstatt auf absolute moralische Werte zu setzen, betont sie die Notwendigkeit, ethische Entscheidungen stets im Kontext von Intersubjektivität und gesellschaftlicher Verantwortung zu reflektieren. Die Ko-Respondenz spielt dabei eine zentrale Rolle, indem sie unterschiedliche Perspektiven zusammenführt und eine ethische Praxis ermöglicht, die sowohl patientenzentriert als auch gesellschaftlich verantwortungsvoll ist.

In Bezug auf die Kontroversen rund um die Diagnose der DIS wären folgende Veränderungen notwendig, um einer situativen Diskursethik gerecht zu werden:

*Inklusion aller Perspektiven:* Es sollte aktiv eine Ko-respondenz zwischen den verschiedenen Meinungsfeldern gefördert werden. Somit kann ein offener, wertschätzender Diskurs zwischen Vertreter:innen des SCM sowie des PTM neue Erkenntnisse generieren – wobei wie bereits beschrieben, ein respektvoller Konsens im Dissens stets mit eingeschlossen ist. Alle Beteiligte – Forscher:innen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen – sollten dabei gleichberechtigt in den Diskurs einbezogen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass in den Diskussionen über die neurobiologischen, psychologischen, sozialen und weiteren möglichen Ursachen für die Entstehung einer DIS, die wissenschaftlichen Argumente differenziert werden von Argumenten, welche auf ideologischen Positionen oder Autoritätsargumenten beruhen. Eine diskursethische Perspektive fordert zudem, dass die Stimmen der Betroffenen aktiv gehört werden – sowohl von Betroffenen mit der Diagnose DIS, als auch die Betroffenen von suggestiven und schädlichen Therapien basierend auf Verschwörungstheorien wie des Narrativs zu (satanisch) rituellem Missbrauch und Mind-Control. Wichtig ist, die Stimmen solcher Betroffene wahrzunehmen, ohne dass sie entweder als unzuverlässig oder automatisch als wissenschaftlich valide betrachtet werden.

Diskursethik bedeutet, die moralische Verantwortung der Fachwelt wahrzunehmen. Man hat eine ethische Verantwortung, mit Diagnosen umsichtig umzugehen – sich sowohl der potenziellen Risiken einer Diagnose, sei es eine falsch positive, falsch negative oder Folgen einer Diagnose wie soziale Stigmatisierung – sowie Diagnosen kritisch zu reflektieren; sei es mit Hilfe von Diskursanalysen, Dekonstruktion oder der transversalen Mehrebenenreflexion (siehe Kapitel 5.1.1. Erkenntnistheorie).

Die Diskursethik lehnt starre moralische Normen ab und plädiert für eine situationspezifische Bewertung. In der Praxis bedeutet dies, dass jeder Einzelfall individuell reflektiert werden muss, anstatt sie automatisch einer bestimmten Theorielinie zuzuordnen. Dies erlaubt, die verschiedensten Einflussfaktoren auf die Entstehung der DIS-Symptomatik individuell zu bewerten – so kann z.B. bei einer Person verschiedenste Formen schädigender Stimulierungen stärker in das Gewicht fallen, bei anderen Personen können soziokognitive Faktoren stärker ins Gewicht fallen.

## *5.2 Realexplikative Theorien*

Realexplikative Theorien sind Theorien mittlerer Reichweite, die darauf abzielen, konkrete Situationen in den angewandten Humanwissenschaften zu erklären. Sie bieten sogenannte Mesofolien der Explikation, also theoretische Zwischenebenen zur Analyse spezifischer Phänomene (*Petzold, 2003a*). In der klinischen Praxis dienen diese Theorien dazu, den therapeutischen Alltag zu strukturieren und konkrete Behandlungssituationen zu klären (*Leitner & Höfner, 2020*). Im Folgenden wird die DIS mit der anthropologischen und klinischen Krankheitslehre der Integrativen Therapie verknüpft. Anschließend wird die Integrative Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie vorgestellt.

### 5.2.1 Verbindung mit der anthropologischen & klinischen Krankheitslehre

Gesundheit und Krankheit sind gemäss der integrativen Therapie als Teil eines kontinuierlichen lebenslangen Entwicklungsprozesses zu verstehen, der jedoch stark von soziokulturellen Kontexten beeinflusst wird (*Petzold, 2003a; Sieper 2007b*). Gesellschaftliche Interessensgruppen bewerten Krankheitsgeschehen und definieren, was als gesund oder krank gilt (*Petzold, 2003a*). In diesem Zusammenhang lässt sich die Position der integrativen Therapie als kontextbezogen und multifaktoriell

charakterisieren (*Leitner & Höfner, 2020*). Die Begriffe Gesundheit und Krankheit müssen somit stets im jeweiligen Anwendungskontext reflektiert werden – in Bezug auf die Gruppen, die sie verwenden, sowie auf die Traditionen, aus denen sie hervorgehen – und in eine Ko-respondenz gebracht werden. Diese Ko-respondenz muss insbesondere in der Therapie mit jedem Patienten geführt werden, um mit ihm zu seiner individuellen, subjektiven Theorie von Gesundheit und Krankheit zu kommen. Pathogenese wird in der integrativen Therapie stets multifaktoriell und im Kontext der gesamten Lebensspanne betrachtet (*Petzold, 2003a*). Vergangene Traumata allein sind nicht ausschlaggebend für die Entstehung von Erkrankungen – ebenso spielen gegenwärtige Überlastungen und potenzielle zukünftige Belastungen eine zentrale Rolle (*Petzold, 2003a*). Erwartungstheorien, Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie Theorien zur Zielorientierung sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung, ergänzend sind emotionstheoretische und zeittheoretische Konzepte unverzichtbar, ebenso wie stresstheoretische Überlegungen. Krankheiten des Individuums sind zumeist Ausdruck pathogener Lebenszusammenhänge, kranker sozialer Netzwerke, prävalent pathogener Milieus. Die Entstehung von Krankheit kann begünstigt werden, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen vorliegen (nachfolgend aus *Petzold & Schuch, 1991, S. 429 – 431*):

1. *Genetische Disposition*: problematische Temperamentkomponenten, vorhandene Vulnerabilität, schwache Ausstattung an Vitalität und Kompetenzen
2. *Multiple Schädigungen/pathogene Stimulierungen* aus dem Kontext: Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte die zur Wirkung kommen, die die altersspezifischen Coping-Fähigkeiten und die Kompetenzen des Subjekts sowie seiner Ressourcenlage überschreiten
3. *Fehlende protektive Faktoren*: Fehlen kompensatorischer/substitutiver Entlastungen, schwache soziale Netzwerke/Supportsysteme
4. *Internale Negativkonzepte*:
  - a. *Negative kognitive Konzepte* (destruktive social worlds; dysfunktionale Lebensstile; negative Selbstkonzepte)
  - b. *Negative Bewertungen* (negative appraisal/Valuation, keine positive Neubewertungen, problematische subjektive Krankheitstheorien mit pathogener Valenz)

- c. Antizipation von *Bedrohung* (Stresserwartung, Spannungszustände, Belastungsgefühle)
- 5. *Negativkarrieren*: Akkumulative Schädigungen durch Permanenz psychosozialer Risikofaktoren in kranken sozialen Netzwerken (chains of adverse events; malignant Narrative)
- 6. *Auslösende Aktualfaktoren*: situative Überbelastung; zeitextendierte Belastungen, Alltagsstress der nicht bewältigt werden kann (Entwicklungskrisen, Karriereknicks, Ressourcenverlust, critical life events)
- 7. *Diverse pathogene Einflüsse/ungeklärte Faktoren*: z.B. Drogenkonsum. Ökologische Einwirkungen, unklärbare Faktoren

Treffen diese Faktoren oder einige von ihnen ohne protektive Kompensationen in einer negativen Synergie zusammen, können Erkrankungen entstehen. Treffen sie auf eine schon vorgeschädigte Persönlichkeit mit brüchigem Selbst, schwachem Ich und diffuser Identität in einem Kontext ohne supportive Valenz, so kann es zu einer schweren Störung kommen (*Petzold & Schuch, 1991*).

### *Anthropologische Krankheitslehre*

Die *Integrative Therapie* unterscheidet eine anthropologische Krankheitslehre und eine klinische Krankheitslehre. In der anthropologischen Krankheitslehre wird Krankheit als Ausdruck von Dysregulation und Entfremdung verstanden, Gesundheit gründet dabei auf Integriertheit, Kohärenz und Zugehörigkeit (*Petzold, 2003a*). Die anthropologische Krankheitslehre befasst sich auch mit den übergeordneten Zusammenhängen der Pathogenese, also den Ursachen hinter den Ursachen und den Folgen nach den Folgen (*Petzold, 1994c*).

Krankheiten sind somit gemäss der anthropologischen Krankheitslehre ein Ausdruck multipler Entfremdung und Verdinglichung sowie Ausdruck von Devolution: Entfremdung vom eigenen Leibe, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit, von der Zeit (*Petzold, 1994c*). Mit der Verdinglichung gehen häufig Prozesse der Destruktion und Desintegration einher, die sich auf mehreren Ebenen zeigen: 1) Beschädigung der Integrität des personalen Leibsubjekts 2) Zerfall des sozialen

Kontextes 3) Zerstörung des ökologischen Lebensraumes; dies kann bis zum Verlust der Hominität und zur Zerstörung der Lebenswelt führen (*Petzold, 2003a*).

Die Ursachen für eine solche multiple Entfremdung und Verdinglichung sind vielfältig und komplex. Sie müssen ko-respondierend erarbeitet werden um ihnen engagiert entgegenzutreten zu können.

Die anthropologische Krankheitslehre stimmt mit dem PTM darin überein, dass Traumata tiefe Spuren hinterlassen, dass die Beschädigung der Integrität des personalen Leibsubjektes zu Entfremdungsphänomenen führt. Die anthropologische Krankheitslehre erweitert jedoch diese auf Traumata fokussierte Perspektive, in dem sie Krankheit nicht nur als Folge eines Traumas, sondern auch vieler anderer Einflussfaktoren; insbesondere beschäftigt sich die anthropologische Krankheitslehre auch mit den Ursachen hinter den Ursachen und fördert ein komplexes Bewusstsein. Während das PTM hauptsächlich auf individuelle Erlebnisse fokussiert, integriert die anthropologische Krankheitslehre somit auch gesellschaftliche und kulturelle Faktoren mit ein.

In Bezug auf die Theorie der strukturellen Dissoziation wird in dieser die Fragmentierung der Identität in dem Sinne als Prozess extremer Entfremdung durch ausgeprägte dissoziative Symptomatik beschrieben. Auch hier ergänzt die anthropologische Krankheitslehre diese Sicht durch den Einbezug gesellschaftlicher, kultureller und psychosozialer Faktoren. Während die Theorie der strukturellen Dissoziation auf die mechanistische Trennung in verschiedene Persönlichkeitsanteile fokussiert, betont die anthropologische Krankheitslehre die lebensgeschichtliche, von verschiedensten Kontext- und Kontinuumsfaktoren beeinflusste Entwicklung von Entfremdungsphänomenen.

Die anthropologische Krankheitslehre betont, dass psychische Erkrankungen nie isoliert betrachtet werden können, sondern immer im Kontext sozialer, kultureller und historischer Faktoren zu verstehen ist (*Petzold, 2003a*). Sie stimmt mit dem SCM darin überein, dass Gesundheit und Krankheit durch externe Einflüsse geprägt ist, genauso wie die Identität.

Insgesamt scheint die anthropologische Krankheitslehre ein «vermittelnder Ansatz» zwischen den verschiedenen ätiologischen Modellen zu sein. Die anthropologische Krankheitslehre erkennt sowohl die Bedeutung sozialer Einflüsse (wie beim SCM) als auch die Relevanz traumatischer Erfahrungen als Auslöser für multiple Entfremdungsphänomene an. Sie zeigt, dass psychische Erkrankungen nicht nur als ein Produkt erlebter Traumatisierungen oder sozialer Konstruktionen sind, sondern in einem

grösseren Kontext gesehen werden müssen. Anstatt DIS strikt als «real» oder «konstruiert» zu bewerten, betrachtet sie sie als eine komplexe psychosoziale und leibliche Erfahrung, die auf verschiedenen Ebenen wirkt. Die anthropologische Krankheitslehre könnte somit eine Brücke zwischen den stark polarisierten Positionen in der DIS-Debatte schlagen.

### *Klinische Krankheitslehre*

Während die anthropologische Krankheitslehre der integrativen Therapie Krankheit als Ausdruck multipler Entfremdung und Verdinglichung begreift, fokussiert die klinische Krankheitslehre auf das Konzept der multiplen pathogenen Stimulierung (Petzold, 2003a). Diese multiplen pathogenen Stimulierungen beinhalten Überstimulierungen (Traumata), Unterstimulierungen (Defizite), inkonstante Stimulierungen (Störungen), sowie widerstreitende Stimulierungen (Konflikte), welche sich auf alle Bereiche der Persönlichkeit (Selbst, Ich, Identität), auswirken (Petzold, 2003a).

In der klinischen Krankheitslehre werden drei Pathogenesemodelle unterschieden, welche nachfolgend jeweils kurz vorgestellt werden und in Bezug auf die verschiedenen ätiologischen Modelle zur DIS reflektiert werden: das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen, das Pathogenesemodell der zeitextendierten Be- und Überlastung sowie das Pathogenesemodell der Repression und Dissoziation (Petzold, 2003a).

### *Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen*

Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen beschreibt, wie sich schädigende Stimulierungen (Defizite, Konflikte, Störungen, Traumata) im Entwicklungsverlauf auf die Persönlichkeitsebenen Selbst, Ich und Identität auswirken. Diese pathogenen Stimulierungen können, wenn sie in einer sensiblen Entwicklungsphase auftreten und nicht ausreichend kompensiert werden, zu tiefgreifenden psychischen Störungen führen.

**Tabelle 7:** *Pathogene Stimulierungen und ihre Auswirkungen auf Selbst, Ich, Identität*

<i>Pathogene Stimulierung</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>Auswirkung auf Selbst</i>	<i>Auswirkung auf Ich</i>	<i>Auswirkung auf Identität</i>

<p>Defizite Unterstimulierungen</p>	<p>Defizite entstehen durch fehlende oder einseitige Stimulierung in der frühen Entwicklung. Der Organismus benötigt Anregungen, um sich adäquat zu entfalten. Bleiben diese aus, können auf den verschiedenen Ebenen der Persönlichkeit Defizite entstehen</p>	<p>Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit</p>	<p>Fehlende emotionale Resonanz und beeinträchtigte Affektregulation; Defizite in Gedächtnis, Fantasie, und Willenskraft</p>	<p>Mangelnde Stabilität und Klarheit in den fünf Säulen der Identität (Leib, soziales Netzwerk, Arbeit/Leistung, materielle Sicherheit und milieuökologische Bezüge, Werte).</p>
<p>Konflikte Widerstrebende Stimulierung</p>	<p>Konflikte entstehen durch uneindeutige oder gegensätzliche Anforderungen an eine Person. Sie sind nicht nur intrapsychisch, sondern auch durch äussere, soziale, kulturelle und familiäre Einflüsse bedingt.</p>	<p>Chronische Spannungszustände durch ungelöste innere und äussere Konflikte</p>	<p>Widersprüchlichkeit, innere Zerrissenheit, und fehlende Kohärenz</p>	<p>Irritierte, unvereinbare Identitätsbereiche, die zu Instabilität führen</p>
<p>Störungen Inkonstante Stimulierung</p>	<p>Störungen ergeben sich aus fehlender oder unzuverlässiger Beziehungskontinuität und inkonsistenter Stimulierung in der frühen Entwicklung. Fehlende empathische Reaktionen von</p>	<p>Psychosomatische Reaktionen, da die leibliche Selbstwahrnehmung gestört ist</p>	<p>Unsicherheiten in den primären, sekundären und tertiären Ich-Funktionen (z.B.</p>	<p>Instabilität, Wankelmütigkeit und leichte Beeinflussbarkeit.</p>

	Bezugspersonen können hier eine zentrale Rolle spielen.		Realitätsprüfung, Selbststeuerung)	
Traumata Überstimulierung	Traumata sind extreme Überstimulierungserfahrungen, die nicht adäquat verarbeitet und oft tiefgreifende Deformationen in der Persönlichkeit hinterlassen.	Somatische Symptome wie chronische Schmerzen oder körperliche Funktionsstörungen	Einschränkungen im bewussten Fühlen, in der Kreativität und in der Fähigkeit zur Selbstreflexion	Fragmentierung der Identität, die metaphorisch «Löcher» ausbildet.

Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen erklärt, wie psychische Störungen durch kumulierte schädigende Erfahrungen entstehen. Defizite, Konflikte, Störungen und Traumata können, wenn sie nicht kompensiert werden, eine Stressphysiologie auslösen (Petzold, 2003a). Psychische Störungen treten gemäss diesem Modell somit nicht plötzlich auf, sondern oft sind sie das Resultat von kumulierten Entwicklungsbelastungen (Leitner & Höfner, 2020).

Während dieses Pathogenesemodell davon ausgeht, dass psychische Störungen durch die Auswirkung früher Entwicklungsnoxen entstehen, sieht das SCM die DIS eher als durch soziale und kulturelle Faktoren beeinflusste Störung an. Beide Modelle erkennen jedoch an, dass äussere Einflüsse durchaus eine entscheidende Rolle spielen, wobei das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen diese Einflüsse entwicklungsgeschichtlich bedeutsam betrachtet und das SCM sie eher als kulturell vermittelt ansieht. Gleichzeitig wird beim SCM eine leichte Suggestibilität und Beeinflussbarkeit als ein wichtiger Entstehungsfaktor gesehen; im Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen finden sich zusätzlich Erklärungsansätze respektive es lassen sich Hypothesen formulieren, was bei Individuen zu einer leichten Suggestibilität und

Beeinflussbarkeit führt, nämlich beispielsweise die Auswirkung von Störungen auf der Ebene der Identität.

Sowohl das PTM, die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit als auch dieses Pathogenesemodell stimmen darin überein, dass frühe traumatische Erlebnisse eine zentrale Rolle für die Entstehung dissoziativer Phänomene spielen. Während das PTM und die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit eine direkte ursächliche Verbindung zwischen Trauma und Dissoziation sieht, beschreibt das Pathogenesemodell auch die Auswirkungen von Defizit- und Mangel-erfahrungen. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen zeigt auf, dass nicht nur schwere Traumata, sondern auch andere kumulative pathogene Stimulierungen zur psychischen Dysregulation und Dekompensation führen können. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen erweitert somit das PTM und die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, indem es nicht nur extreme Traumata, sondern auch andere langfristige, multifaktorielle Belastungen als Ursachen für psychische Störungen anerkennt. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen betont somit stärker den Einfluss von Defiziten, inkonsistenten Stimulierungen und emotionaler Vernachlässigung – was eine Verbindung zum SCM darstellen könnte, da spezifisch diese pathogenen Stimulierungen zu einer leichten Suggestibilität und Beeinflussbarkeit führen kann.

#### *Pathogenesemodell der zeitextendierten Be- und Überlastung*

Die im Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen beschriebenen schädigenden Stimulierungen können auch zeitextendiert und multifaktoriell auftreten und dadurch zu Be- und Überlastungen des gesamten Systems führen – diese Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum und deren mögliche pathogene Auswirkungen wird im Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung beschrieben (Petzold, 2003a). Prolongierte Stresserfahrungen ist eine mögliche Ursache von Krankheitsentstehung und wirkt sich auf dem gesamten Leib aus. Wenn eine Person über längere Zeit unter hoher Belastung steht und weder ausreichende äussere noch innere Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen, kann es zu einem Zusammenbruch des gesamten Systems kommen und zur Dekompensation des Individuums.

Sowohl das SCM als auch dieses Pathogenesemodell erkennen an, dass äussere Einflüsse die psychische Entwicklung formen, allerdings sieht das

Pathogenesemodell dies als einen langwierigen und kumulativen Prozess an, während das SCM zum längsschnittlichen Verlauf keine Aussagen macht. Dieses Pathogenesemodell ergänzt somit das SCM, in dem es zeigt, dass nicht nur soziale Einflussfaktoren, sondern auch reale, anhaltende Belastungen die Persönlichkeitsstruktur verändern können, auch ohne dass monokausal auf traumatische Erlebnisse fokussiert wird.

Während das PTM von frühkindlichen, schwerwiegenden Traumata ausgeht, beschreibt dieses Pathogenesemodell, dass auch anhaltende, subakute und alltägliche diffuse Stressfaktoren zur Destabilisierung führen können. Das Pathogenesemodell erweitert somit die monokausalistisch trauma-fokussierte Perspektive. Zudem hilft dieses Pathogenesemodell zu erklären, warum einige Menschen unter chronischem Stress dissoziative Symptome entwickeln können, selbst wenn sie keine schweren Traumata erlebt haben und bietet somit auch einen Ausweg aus dem «Suchen» nach einer ursächlichen traumatischen Erfahrung als Erklärung für dissoziative Symptome.

### *Pathogenesemodell der Repression und Dissoziation*

Im Repressions- und Dissoziationsmodell der Pathogenese wird die Auswirkung von unterdrückten oder abgespaltenen Emotionen, die als Folge von negativen Ereignissen, Traumata oder mangelnder Resonanz in sensiblen Entwicklungsphasen entstehen (Petzold, 2003a). Als dysfunktionale Bewältigungsstrategien werden Impulszurücknahme, Selbstanästhesierung (numbing) und Abspaltung (Dissoziation) genannt. Repression kann dabei sowohl intern als auch extern erfolgen: bei der externen Repression verhindern negative Sanktionen aus dem sozialen Umfeld den Ausdruck von Emotionen; bei der internalen Repression verinnerlicht die Person solche sanktionierenden Konzepte, sodass sie ihre eigenen Emotionen unterdrückt oder verdrängt (Petzold, 2003a).

Jedes psychische Geschehen gründet in der Leiblichkeit. Gemäss Orth (2015) kann eine beschädigte Leiblichkeit beschrieben werden als eine Anästhesierung des perzeptiven Leibes, einer Inhibierung des expressiven Leibes sowie schlussendlich zu einer Amnesierung des memorativen Leibes. Diese Formen der beschädigten Leiblichkeit werden in diesem Pathogenesemodell beschrieben (Leitner & Höfner, 2020; Petzold, 2003a). Die Verhinderung der Emotionsexpression kann krankheitsverursachend sein, so kann dies zu Anspannungs-, Verkrampfungs-, Abspaltungs-,

oder auch Selbstanästhesierungen führen. Je stärker die Ausprägung der Emotionen ist, desto pathogener ist die Wirkung der Behinderung oder Dämpfung des emotionalen Ausdruckes (*Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020*). Bei der Anästhesierung des Leibes wird der Leib als Fremdkörper erlebt und verdinglicht. Dies ist eine Ursache für Entfremdung (*Petzold, 2003a*). Traumata machen, dass das Leibsubjekt sich selbst fühllos macht, um Schmerzen oder belastende Emotionen nicht spüren zu müssen. Dies zeigt sich auch oft in einer vernachlässigenden, lieblosen Haltung dem Leib gegenüber, der wie eine Maschine ausgebeutet wird und dessen Signale für Erschöpfung oder Überforderung nicht mehr wahrgenommen werden können. Das eigenleibliche Spüren fällt diesen Patient:innen schwer.

Eine Inhibierung des expressiven Leibes zeigt sich in einer Blockierung des emotionalen Ausdrucks. Oftmals wurde der expressive Leib durch Strafen und Verbote inhibiert, so dass dieser die Gefühle nicht mehr zeigen kann; die Ausdrucksimpulse werden inhibiert und «matt» (*Orth, 2015*). Das emotionale Betäubtsein, die Unterdrückung von Gefühlen und Impulsen zeigt sich leiblich, er «habitualisiert in einer disziplinierten Leiblichkeit» (*Orth, 2015, S. 9*).

Wenn die erlebten Schädigungen/Traumatisierungen zu schmerzlich, zu demütigend werden, werden sie verdrängt; sie werden aus dem Gedächtnis «in den Leib hinein» verdrängt (*Orth, 2015*). Die «Archive des Leibes» füllen sich mit belastenden Erinnerungen, Eindrücken, Gefühlen, die jedoch nicht erinnert werden können oder dürfen; da sie jedoch trotzdem noch vorhanden sind, wirken diese Eindrücke auf den Leib ein und können sich beispielsweise in psychosomatischen Beschwerden äussern. Während dieses Pathogenesemodell davon ausgeht, dass dissoziative Symptome durch die Unterdrückung oder Abspaltung von Emotionen und Handlungsimpulsen entstehen, sieht das SCM die DIS wie bereits beschrieben eher als erlernte Interpretation von inneren Konflikten sowie durch soziokulturelle Faktoren beeinflusste Erkrankung an. Beide Modelle stimmen jedoch darin überein, dass soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle spielen, allerdings geht das Pathogenesemodell von einem leiblich verankerten Prozess aus, während das SCM eher psychische, soziokognitive und kulturhistorische Prozesse betont.

Dieses Pathogenesemodell stimmt mit dem PTM insofern darin überein, dass Dissoziation eine Schutzstrategie gegen psychische Überlastung ist. Das Pathogenesemodell erweitert jedoch diese Sichtweise indem es zeigt, dass nicht nur akute Traumata, sondern auch kumulative emotionale Hemmung und Repression zur Entwicklung

dissoziativer Symptome beitragen können. Sowohl dieses Pathogenesemodell als auch die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit sieht Dissoziation als Schutzmechanismus, jedoch betrachtet die strukturelle Dissoziation diese als Aufspaltung in multiple Anteile, während das Pathogenesemodell die Verdrängung und Selbstanästhesierung als primäre Reaktion ansieht.

### 5.2.2 Die Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie der integrativen Therapie

Wie bereits beschrieben wird an der DIS auch mehrere konzeptuelle Probleme kritisiert – unter anderem besteht bei keinem der ätiologischen Modelle im Hintergrund eine Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie; trotz des Begriffs der dissoziativen *Identitätsstörung* findet sich keine Definition des hierbei zentralen Begriffs «Identität». Auch findet sich keine einheitliche Definition zum Begriff *Persönlichkeitsanteil*. Nachfolgend wird die Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie der integrativen Therapie (*Petzold 2012q, Sieper 2007b*) kurz vorgestellt um sie anschliessend mit der DIS zu verbinden.

Die Entwicklung der Persönlichkeit in der Integrativen Therapie erfolgt in einem Zusammenspiel von genetischen Dispositionen und Anlagen mit biopsychosozialökologischen Einflussfaktoren (*Petzold, 2003a*). Dazu gehören Enkulturation, Ökologisation und Sozialisation, die das Individuum in ständiger Wechselwirkung mit seiner Umwelt formen. Die *Integrative Therapie* versteht die Entwicklung als lebenslangen Prozess, der sich in einem Gesamtzusammenhang aus verleblichter Welterfahrung und narrativer Selbstgestaltung vollzieht (*Petzold, 2003a*). Diese Perspektive führt zu einer Entwicklungstheorie über die Lebensspanne – dem *lifespan developmental approach*.

Die klinische Entwicklungspsychologie befasst sich mit den Bedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit über die gesamte Lebensspanne und stellt dabei Fragen zur Interaktion von gesundheitsfördernden, protektiven und pathogenen Faktoren. Die klinische Entwicklungspsychologie analysiert somit spezifische Altersabschnitte und deren Einfluss auf die psychische Entwicklung; die Ätiologie spezifischer Störungsbilder; individuelle und geschlechtsspezifische Entwicklungsverläufe; den Einfluss sozialer Netzwerke und den Einfluss protektiver und adversiver Faktoren auf die psychische Stabilität (*Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020*).

Diese Perspektive der lebenslangen Entwicklung bedeutet, dass Entwicklung als lebenslanges Lernen und lebenslange Veränderung verstanden wird. Die Vorstellung, dass ausschliesslich frühe Entwicklungsstörungen die spätere psychische Gesundheit bestimmten und irreversible Schäden verursachen, wird in der integrativen Therapie somit kritisch hinterfragt. Abgesehen von schweren psychischen oder somatischen Traumata, die durchaus tiefgreifende Spuren hinterlassen können (aber auch nicht müssen), wird die Annahme einer irreparablen Schädigung durch frühe Erfahrungen als Mythos betrachtet (*Petzold & Orth, 2014a/2023*).

Vielmehr betont die Entwicklungstheorie der Lebensspanne die Möglichkeit der lebenslangen Persönlichkeitsentwicklung. Lernen, Wachstum und Veränderung sind in jedem Alter möglich (*Petzold, 2003a*).

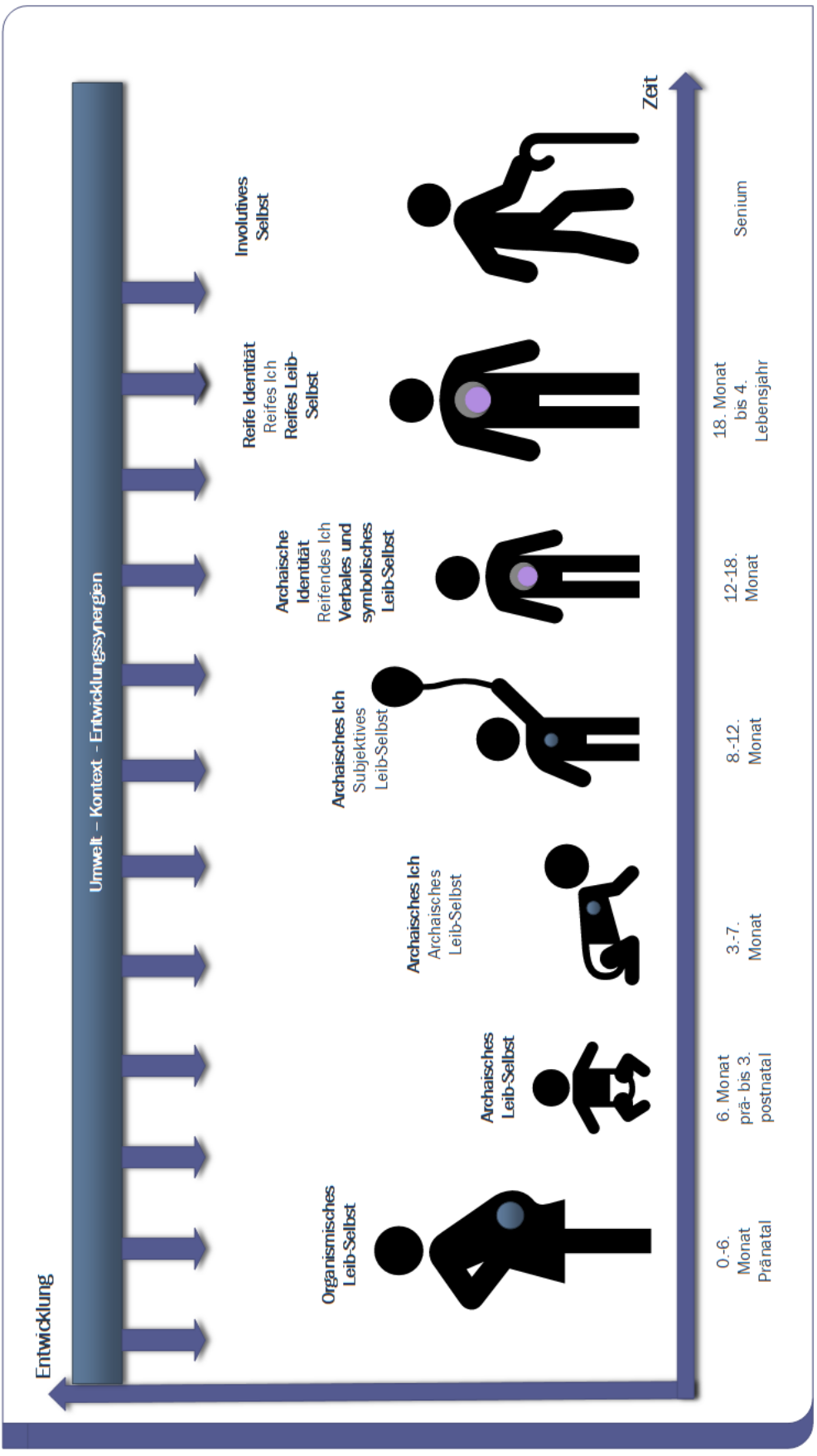
### *Das Persönlichkeitsmodell in der integrativen Therapie*

Selbst, Ich, und Identität sind Dimensionen der Persönlichkeit, als Ausfaltungen des Leib-Subjekts in den enkulturativen und sozialisatorischen Prozessen verleiblichter Welterfahrung und narrativer Selbstgestaltung (*Petzold, 2003a*). Selbst, Ich und Identität bedürfen beständiger Interpretationsarbeit in Kontext und Kontinuum. Nicht nur die Frühentwicklung ist damit wichtig, sondern die longitudinale Entwicklung der Persönlichkeit über die ganze Lebensspanne. Selbst, Ich und Identität sind keine starren Strukturen, die, einmal ausgebildet, mehr oder weniger stabil die Persönlichkeit durch das Leben tragen (*Schuch, 2000, S. 175*).

So entwickelt sich die Persönlichkeit aus Sicht der integrativen Therapie aufgrund von lebenslangen Ereignisketten und den aus ihnen wirksam werdenden Stimulierungsströmen durch Interaktion und Kommunikation, durch Sozialisation, Enkulturation und Ökologisation von einem archaischen Selbst zu einem reifen Selbst, das über ein prozessuales Ich als Gesamtheit von primären, sekundären und tertiären Ich-Prozessen verfügt (*Leitner & Höfner, 2020; Petzold, 2003a*). Durch die Interaktionen über die Umwelt konstituiert sich Identität durch Fremd- und Selbstattribution und deren Bewertung. Laut Identitätsforschung ist Identität von beidem bestimmt. Persönlichkeit kann ohne soziale Netzwerke nicht entwickelt werden.

Persönlichkeit entwickelt und entwirft sich in vier verschränkten Matrizen (*Petzold, 2003a*): die Dyade (Mutter-Kind), die Triade (Mutter-Vater-Kind), des sozialen Milieus (Geschwister, Familie, Freunde, Nachbarn etc.), sowie des ökologischen Zusammenhanges (Wohnung, Quartier, Landschaft).

**Abbildung 8:** *Die Entwicklung der Persönlichkeit nach der integrativen Therapie*



**Selbst:** Das Selbst ist ein leiblich gegründetes Phänomen; es existiert als «einfaches Dasein», als passive Gegebenheit, die bereits vor jeder bewussten Selbsterkenntnis vorhanden ist (*Petzold, 2003a*). Es bildet quasi die ursprüngliche Basis der Persönlichkeit und entwickelt sich stets in Kontext und Kontinuum aus der Interaktion mit der Umwelt. Aus dem Selbst entstehen im weiteren Verlauf der Entwicklung Ich und Identität (*Leitner & Höfner, 2020*). Die Entwicklung des Selbst beginnt dabei bereits pränatal als organismisches Selbst. Dabei entstehen erste eigenleibliche und sensorische Wahrnehmungen sowie erste Anpassungs- und Regulationsprozesse, welche über das sich entwickelnde Nervensystem erfolgen. Nach dem organismischen Selbst entwickelt sich allmählich das archaische Leib-Selbst (6. Schwangerschaftsmonat bis sechster Lebensmonat). Dabei entwickelt sich das Selbst in Konfluenz mit dem Leib der Mutter (*Petzold, 2003a*). Das archaische Ich ist jedoch noch nicht kohärent organisiert. Vielmehr handelt es sich um eine Sammlung von frühen Wahrnehmungs-, Speicher- und Ausdrucksmöglichkeiten, die im Leibgedächtnis gespeichert werden. In diesem Stadium kommt es zur Affektbildung und nach der Geburt zu frühen Interaktionserfahrungen leiblicher Art (getragen, gestillt, gewickelt etc. werden). Das subjektive Leib-Selbst entwickelt sich zwischen dem achten und zwölften Lebensmonat, hier erlebt das Kind eine erste Selbstgewissheit und bildet allmählich innere Repräsentationen von wichtigen Bezugspersonen (*Leitner & Höfner, 2020*). Damit entsteht eine rudimentäre Selbstempathie und Selbstgefühl als Qualitäten des subjektiven Leibselbst. Die organismische Zentriertheit wird dabei allmählich durch die Möglichkeit zum Einnehmen einer exzentrischen Position abgelöst. Im Alter vom 12. Bis zum 18. Lebensmonat entsteht allmählich das verbal-symbolische Leib-Selbst, durch Sprache und Symbolerfahrungen entstehen bewusste Selbstbilder und das Selbstwertgefühl beginnt sich zu entwickeln.

**Ich:** Das Ich ist eine Funktion des Selbst und entwickelt sich durch Kontakt und Interaktion (*Petzold, 2003a; Leitner & Höfner, 2020*). Das archaische Ich entwickelt sich zwischen dem dritten und siebten Lebensmonat, es entwickeln sich die primären Ich-Funktionen wie Wahrnehmen, Fühlen, und Erinnern. Dieses archaische Ich bildet sich unter Einfluss einer fördernden Umwelt immer weiter aus in Richtung eines exzentrischen, reifen Ich, welches das Leibselbst in den Blick zu nehmen mag. Beim reifen Ich (ab dem 12. Lebensmonat) entwickeln sich Reflexion, Nähe-/Distanzregulation sowie Impulskontrolle. Das Ich hat eine erkenntnisfähige, differenzierende

Funktion. Es ermöglicht bewusstes Wahrnehmen und Interpretieren der Umwelt sowie die Konstituierung von Identität durch Reflexion und Bewertung (Petzold, 2003a).

**Identität:** Durch wachsende Exzentrizität sowie kognitiven Kompetenzen entwickelt sich allmählich die Identität (Petzold, 2003a, 2012q). Die Identität wird als eine strukturelle Eigenschaft des Menschen beschrieben und ermöglicht Stabilität und Konsistenz in der Selbst- und Weltwahrnehmung (Petzold, 2012q). Die archaische Identität entwickelt sich zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat, es finden erste Identifikationen mit anderen Personen statt. Schliesslich bildet sich mit der Zeit eine reife Identität, wobei Selbsterkenntnis und Selbstverständlichkeit beständig zunehmen (Leitner & Höfner, 2020; Petzold, 2003a). Identität entsteht durch einen Prozess der Fremd- sowie Selbstattributionen. Die emotionale sowie kognitive Bewertung (valuation/appraisal) von Identifizierungen (Zuschreibungen aus dem Kontext) sowie Identifikationen (innere Verarbeitungsprozesse und Selbstzuschreibungen) führen zur langsamen Ausbildung und weiteren Differenzierung der Identität (Petzold, 2003a).

Identität konstituiert sich im Aushandeln von Grenzen und Positionen durch Ko-responsenzen, Konsens-Dissens-Prozesse von Subjekten in sozialen Netzwerken und Welten (Leitner & Höfner, 2020; Petzold, 2003a). Durch diese Prozesse wird sie «emanzipierte Identität», die beständig im Polylog mit bedeutsamen Anderen überschritten wird und als transversale Identität eines pluriformen Selbst in einer lebenslangen Entwicklung steht (Petzold, 2000h). Diese gelingt, wo sich individuelle Identitätsarbeit mit einer kollektiven, auf die Identität der Gemeinschaft und das Gemeinwohl gerichteten Arbeit verbindet. Durch kritische Metareflexion und metahermeneutische Betrachtung der eigenen Subjektconstitution entsteht also eine emanzipierte Identität, welche auch eine transversale Qualität verfügt und deswegen auch transversale Identität genannt wird.

Gemäss des Begriffs der DIS ist dies eine «Identitätsstörung», welche gemäss dem integrativen Denken eine Dimension der Persönlichkeit ist. Die Identität basiert somit auf dem Selbst und dem Ich. Entsprechend wäre in einer umfassenden und komplexen Entstehungstheorie zur DIS herauszuarbeiten, wo und auf welche Art und Weise die dissoziative Spaltung/Fragmentierung stattfindet. Wie genau kann man sich eine solche Fragmentierung auf der Ebene des Selbst, Ich und/oder Identität vorstellen? Die Ausarbeitung eines solchen integrativen Modells zur DIS sprengt den Rahmen dieser Arbeit, es wird jedoch nachfolgend eine Reflexion und Verbindung der

ätiologischen Modelle zur DIS zur integrativen Entwicklungs-/Persönlichkeitstheorie hergestellt.

Gemäss dem PTM und der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit geschieht die Fragmentierung der Identität in den frühen Lebensjahren durch eine dissoziative Spaltung einzelner Erinnerungen, Emotionen und Verhaltensweisen welche die Grundlage für die spätere Entwicklung rudimentärer Persönlichkeitsanteile darstellen, welche sich im weiteren Verlauf erst zu den stabileren und differenzierteren Identitätsanteilen entwickeln. Die Traumatisierungen verhindern gemäss diesen Modellen die Integration von Selbstwahrnehmung, Emotionen und Erinnerungen. Gemäss den Diagnosekriterien haben die einzelnen Persönlichkeitsanteile unterschiedliche Arten wahrzunehmen, zu fühlen, haben unterschiedliche Erinnerungen und Denkmuster. Somit wäre eine Spaltung der Persönlichkeit gemäss dem integrativen Modell wohl am ehesten bereits auf der Ebene des Ichs zu verordnen oder allenfalls bereits auf der Entwicklungsstufe des subjektiven Leib-Selbst, welches eine erste Selbstgewissheit und innere Repräsentationen von wichtigen Bezugspersonen sowie eine erste rudimentäre Selbstempathie und Selbstgefühl ausbildet. Somit müsste gemäss den Modellen PTM und der Strukturellen Dissoziation eine Fragmentierung bereits auf der Ebene des Selbst, spätestens auf der Ebene des Ichs zu verordnen sein, wodurch sich anschliessend erst über die Zeit auf Basis dieser fragmentierten und unterschiedlichen primären Ich-Funktionen unterschiedliche Identitäten ausbilden.

Das integrative Denken stimmt grundsätzlich mit dem SCM darin überein, dass soziokulturelle Faktoren als wichtige Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Persönlichkeit gesehen wird. Dies wird im folgenden Zitat deutlich: «Dem Verstehen der menschlichen Persönlichkeit in der Einzigartigkeit ihrer Verkörperung durch Prozesse leiblich-konkreter Enkulturation und Sozialisation kann man sich nur annähern, wenn man ihre Einbettung in die Kultur, ihre Durchdrungenheit von kollektiver Wirklichkeit und damit ihre prinzipielle Vielfalt zu begreifen beginnt. Persönlichkeit ist verleblichte Kultur, sich im Selbst inkarnierende Kultur. Persönlichkeiten wiederum sind kulturschöpferisch – über die ganze Lebensspanne hin, und ihre bedeutendste Schöpfung ist die persönliche Identität.» (*Petzold, 1975h; übernommen aus Petzold, 2001p, S. 2*).

Die Identität ermöglicht dabei Stabilität und Konsistenz in der Selbst- und Weltwahrnehmung (*Petzold, 2012q*). Man könnte somit formulieren, dass bei der DIS eine

solche Stabilität und Konsistenz fehlt. Beim Entstehungsmodell des SCM wäre dabei keine «echte» Spaltung auf der Ebene des Selbst und des Ichs zu verordnen, da lediglich unterschiedliche Identitäten präsentiert werden, ohne dass diese tatsächlich auf einer tieferen neurobiologischen Ebene vorhanden sind. Somit würde die gezeigte Fragmentierung auf der Ebene der Identität zustande kommen aufgrund von Zuschreibungen aus dem Kontext (sei es durch den Einfluss von sozialen Medien und dieser social «digital» world oder durch suggestive Einflüsse von Therapeut:innen) sowie Identifikationen (innere Verarbeitungsprozesse und Selbstzuschreibungen).

Gemäss dem SCM sind kognitive Zerstretheit, exekutive Dysfunktion, eine starke Fantasieneigung Risikofaktoren zur Entwicklung einer DIS. Diese Risikofaktoren können – in Verbindung mit dem Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen – als defizitär ausgebildete Ich-Funktionen umformuliert werden. Die Präsentation mehrere Identitäten würde sich somit auch über die Zeit, beeinflusst durch den jeweiligen Kontext in Ko-Respondenz mit den jeweiligen social worlds, durch Fremd- und Selbstattributionen mit den jeweiligen emotionalen und kognitiven Bewertungen, entwickeln – jedoch ohne dass eine Fragmentierung in unterschiedliche Ichs geschieht, sondern dass Defizite auf der Ebene des Selbst und des Ichs vorhanden sind, welche dann die Entstehung der DIS fördert. Diese Verbindung des SCM mit der Persönlichkeitstheorie der integrativen Therapie ist passend zum Ergebnis, dass bei impliziten Gedächtnisaufgaben in Simulationsstudien kein Unterschied zwischen Menschen mit einer DIS und Menschen, welche eine DIS simulieren, gefunden wurde (*Huntjens et al., 2005*). Ebenfalls ist dies passend dazu, dass derzeit grundsätzlich die Existenz von dissoziativen Amnesien auf einer neurobiologischen Ebene angezweifelt wird (*Mangiulli et al., 2022*). Wäre eine Fragmentierung auf der Ebene des Selbst/des Ichs bereits vorhanden, wäre zu vermuten, dass sich diese Fragmentierung auch in derartigen Studien zeigen sollte. Diese Hypothese wäre ebenfalls zutreffend zu der von *Lynn und Kolleg:innen (2019)* formulierten Hypothese, dass bei der DIS schlecht regulierte und schwach überwachte Reaktionsmuster und Selbstrepräsentationen sowie eine defizitär ausgebildete Fähigkeit zur Metakognition vorhanden sind.

### 5.3 Einige Gedanken zu Praxeologie & Praxis der Behandlung einer DIS

Unter Praxeologie wird die Wissenschaft von der Praxis als Umsetzung von Theorie in Handeln in den angewandten Humanwissenschaften verstanden (Leitner & Höfner, 2020; Petzold, 2003a). Hier kommen alle Bereiche der Metatheorie und der klinischen Theorien zum Tragen und werden auf der Praxisebene verbunden.

Ziele, Methoden und Techniken werden immer im Sinne der doppelten Expertenschaft mit den Patient:innen gemeinsam ko-respondierend besprochen, angepasst und die Verwendung von Massnahmen gemeinsam entschieden (Petzold, 2003a). Schlussendlich geht es gemäss dem integrativen Denken bei jeder Behandlung darum, multimodal und multimethodisch, mit einem Bündel an Massnahmen entsprechend den Zielen, welche gemeinsam mit den Patient:innen bestimmt werden, zu arbeiten (Petzold, 2014i).

Hinterlegt sind die Überlegungen und Ziele stets von den ethiktheoretischen Leitprinzipien, welche insbesondere bei allen traumatherapeutischen Massnahmen aufgrund der Retraumatisierungsgefahr von grosser Wichtigkeit sind (Petzold & Josic, 2003): *informed consent* (man muss über jede Massnahme aufklären und der Patient muss ihr zustimmen), *client welfare*, *patient security*, *best practice* für die Person in Behandlung muss gewährleistet sein. Gleichzeitig sollen die Interventionen forschungsgestützt sein. Die Würde der Patient:innen (*client dignity*) sollte dabei stets als oberste Priorität beachtet werden.

Nachfolgend werden einige Aussagen der offiziellen Behandlungsleitlinie für die Behandlung von Menschen mit einer DIS kritisch reflektiert; es wird anschliessend dargestellt, dass die vier Wege der Heilung und Förderung als allgemeiner Ansatz sowie die integrative Traumatherapie als spezifischer Ansatz eine bessere Alternative darstellt, insbesondere in Bezug auf Überlegungen zu möglichen Nebenwirkungen und Therapieschäden, verursacht durch suggestive Therapiemethoden.

#### *Kritische Reflexion von Aussagen der Behandlungsleitlinie/Expertenempfehlung zur DIS*

In der Behandlungsleitlinie werden einige Empfehlung geäussert, welche kritisch hinterfragt und reflektiert werden müssen aufgrund der Möglichkeit der schädigenden Auswirkung solcher Methoden und Techniken auf die Patient:innen.

*Verbesserung der internen Kommunikation als zentrale Behandlungsstrategie:* ein häufig postuliertes Ziel gemäss der Behandlungsleitlinie ist es, eine bessere Kommunikation und Koordination zwischen den Persönlichkeitsanteilen zu erreichen. Hierfür gibt es jedoch keine empirische Evidenz; zudem gibt es entsprechend auch keine Studien dazu, ob solche Therapiemethoden zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen könnte. Es bleibt somit unklar, ob die Förderung der internen Kommunikation tatsächlich zu einer besseren psychischen Stabilität führt oder ob sie möglicherweise die Manifestation der dissoziierten Anteile verstärkt.

Es werden zudem einige suggestive Techniken empfohlen, welche auf die weitere Differenzierung und Fokussierung auf die einzelnen Persönlichkeitsanteile abzielen:

- «Der Therapeut muss akzeptieren, dass eine erfolgreiche Behandlung von DIS fast immer die therapeutische Interaktion und Kommunikation mit den bestehenden Persönlichkeitsanteilen erforderlich macht. Diese zu ignorieren oder sie «wieder hineinzuschicken», ist schlichtweg kontratherapeutisch. Am Anfang der Therapie müssen Therapeut und Patient sichere und kontrollierte Wege etablieren, um mit den Persönlichkeitsanteilen zu arbeiten, die schliesslich zu Ko-Wahrnehmung, Ko-Akzeptanz oder besserer Integration führen werden. Um mit Persönlichkeitsanteilen zu arbeiten, können diese direkt oder indirekt angesprochen werden. Eine direkte Ansprache von Persönlichkeitsanteilen könnte z.B. folgendermassen lauten: «Ich muss mit derjenigen/demjenigen sprechen, der/die gestern Nacht nach .... Gefahren ist und ungeschützten Sex hatte.» (ISSTD, 2011, S. 51)».
- «Beispielsweise kann der Patient angewiesen werden, «nach Innen zu lauschen», um zu hören, was die anderen Persönlichkeitsanteile zu sagen haben. Oder man kann vorschlagen, dass die Persönlichkeitsanteile sich intern unterhalten um Informationen auszutauschen oder wichtige Fragen zu diskutieren. Der Therapeut kann darauf bestehen, dass «alle Anteile, die es wissen müssen, jetzt zuhören», wenn wichtige Dinge diskutiert werden, oder er kann «durch» oder «über» Persönlichkeitsanteile sprechen, um mit denjenigen zu kommunizieren, die für die aktuellen klinischen Fragen wichtig sind.» (ISSTD, 2011, S. 52) und «Manche Autoren haben vorgeschlagen, dass es hilfreich sein kann, eine jeweils aktuelle «innere Landkarte» oder einen «Plan» der

derzeitigen Wahrnehmungen des Patienten von seinem eigenen System von Persönlichkeitsanteilen aufzustellen.» (ISSTD, 2011, S. 53).

Solche suggestive Techniken sind bei Menschen mit einer stark ausgeprägten dissoziativen Symptomatik nicht indiziert; die Anfälligkeit für hypnotische Suggestibilität ist laut der Meta-Analyse von Wieder und Kolleg:innen (2022) aussergewöhnlich stark ausgeprägt; da gleichzeitig die Ausprägung von Hypnotisierbarkeit die Anfälligkeit zur Produktion falscher Erinnerungen deutlich erhöht, besteht eine grosse Gefahr, dass durch solche suggestive Techniken die Produktion falscher Erinnerungen bei Menschen mit einer ausgeprägten dissoziativen Symptomatik ausgelöst wird (Dasse et al., 2015). Da sich falsche Erinnerungen durchaus echt anfühlen können und die Stärke der dazugehörigen Emotionen bei realen sowie produzierten Erinnerungen gleich stark ausfällt und die Menschen dann somit sich real anfühlende Erinnerungen an schreckliche traumatische Ereignisse entwickeln, ist der mögliche Therapieschaden solcher Techniken nicht zu unterschätzen und sollte unbedingt vermieden werden (Laney & Loftus, 2008).

*Fragwürdige Langzeitbehandlung und hohe Sitzungsfrequenz:* «Es hat sich für die meisten DIS-PatientInnen als günstig erwiesen, mindestens einmal in der Woche eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Allerdings empfehlen viele ExpertInnen für die Behandlung schwerer dissoziativer Störungen eine Frequenz von zwei bis sogar drei Sitzungen pro Woche, wenn die Möglichkeiten dies zulassen.» Gemäss der Behandlungsleitlinie benötige die Behandlung einer DIS mehrere Jahre. Es werden auch verlängerte Sitzungen empfohlen (ISSTD, S. 64): «DIS-PatientInnen profitieren manchmal von 75–90-minütigen Sitzungen oder auch von einer Doppelstunde». Bei einer hochfrequenten Therapie (3 Sitzungen pro Woche) über drei Jahre finden somit über 400 Sitzungen statt; bei einer noch längeren Therapie über fünf Jahre sind dies bereits deutlich über 600 Sitzungen. Die grösste Gefahr einer solch intensiven, langfristigen Behandlung ist in der Entstehung einer Therapieabhängigkeit. Zusätzlich muss kritisch hinterfragt werden, ob eine weniger intensive, ressourcenschonendere Behandlung nicht zumindest ähnlich effektiv sein könnte.

*Hypnose und medikamentöse Interviews als grosse Gefahr:* In der Behandlungsleitlinie wird Hypnose als Mittel zur Kontaktaufnahme mit Persönlichkeitsanteilen empfohlen. Es wird dabei einerseits davor gewarnt, Hypnose zu verwenden um nach traumatischen Erinnerungen zu suchen, da dies Erinnerungsverzerrungen verursachen

könnte; gleichzeitig wird diese Gefahr auch deutlich relativiert indem lediglich betont wird, dass TherapeutInnen darauf achten sollten, keine suggestiven Fragen zu stellen. Noch deutlich problematischer und erschreckender scheint der historische Einsatz von Barbituraten (z.B. Amobarbital) zur «Erinnerungsarbeit» zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass solche Interviews zum Aufdecken verdrängter traumatischer Erinnerungen unter Einfluss von Barbituraten als «Wahrheitsserum» genutzt wurden, was ethisch äusserst fragwürdig ist; dies ist insbesondere relevant in Bezug auf die Kontroversen, da solche Medikamente zu einer erhöhten Suggestibilität führen, einige Fallstudien weisen sogar darauf hin, dass die Symptomatik einer DIS durch solche Medikamente bei Menschen mit einem psychisch instabilen Zustandsbild ausgelöst werden (Acunzo et al., 2021; Kirschen et al., 2023). Erinnerungen, die unter Hypnose oder Medikamenteneinfluss rekonstruiert wurden, sind hochgradig suggestibel und unzuverlässig. Menschen können unter solchen Bedingungen falsche Erinnerungen generieren, die sich subjektiv als real anfühlen.

*Ziel der Behandlung: «Integration» der Persönlichkeitsanteile und Traumaerinnerungen:* Grundsätzlich wird als Ziel der Behandlung eine bessere Integration der Persönlichkeitsanteile angestrebt, dabei führe eine vermehrte Integration zum Aufdecken und Anerkennen der Traumaerinnerungen in der Gesamtpersönlichkeit. Diese grundsätzliche Haltung kann und muss jedoch kritisch hinterfragt werden: aus einer evolutionsbiologischen Perspektive stellt sich die Frage, dass wenn psychische Mechanismen wie Vergessen, Verdrängen oder Dissoziation existieren, dies auch bedeuten könnte, dass sie funktionale Bewältigungsstrategien darstellen (Petzold & Orth, 2014a/2023). Diesbezüglich stellen Petzold und Orth (2014a/2023, S. 196) die folgende wichtige Frage: «Warum muss Schlimmes unbedingt erinnert werden? Ist Vergessen nicht eine effektive Hilfe?». In derselben Arbeit wird darauf hingewiesen, dass es neurobiologische und psychoneuroimmunologische Argumente gibt, die nahelegen, dass ein erneutes Durchleben von Traumata durch memorierende oder reinszenierende Therapie nicht nur wenig nützlich, sondern potenziell sogar schädlich sein kann. Die Gefahr besteht darin, dass eine übermässige Fokussierung auf Erinnerungsarbeit zu einer Fixierung der Traumaphysiologie, zwanghaften Reinszenierungen oder sogar zu einer «Addiction to Trauma» führen kann (Van der Kolk et al., 1985).

*Gefahr regressiver Therapieansätze und das Risiko der Depotenzierung:* Wie bereits beschrieben, beinhaltet insbesondere die Arbeit und der Fokus auf Kind-Anteile

grosse Parallelen zum undifferenzierten parentalen Paradigma. *Petzold* und *Orth* (2014a/2023, S. 197) warnen davor, dass bestimmte regressive Behandlungssequenzen dazu führen können, dass Patient:innen ihre erwachsenen Ich-Funktionen verlieren und sich in eine kindliche Ohnmachtsposition begeben «Regressive Behandlungssequenzen dürfen nicht so eingesetzt werden, dass es dabei zu einer völligen Depotenzierung der Erwachsenenpersönlichkeit kommt». Undifferenzierte Parenting-Ansätze bergen die Gefahr, dass Patient:innen ihre eigene Handlungsfähigkeit verlieren, anstatt diese zu stärken. Somit ist zu empfehlen, bei defizitär ausgebildeten Ich-Funktionen diese zuerst zu stärken, um ein insgesamt stabileres psychisches Zustandsbild zu erreichen.

*Petzold* und *Orth* (2014a/2023) kritisieren weiter therapeutische Ansätze, die Patient:innen als hilflose, kindliche Wesen betrachten und somit eine unbewusste Parentifizierung durch Therapeut:innen herbeiführen. «Therapieideologien, die mit undifferenzierten Parenting-Annahmen an die Patiententhemen herangehen, depotenzieren und infantilisieren durch Attributionen der Ohnmacht und Schwäche.» (*Petzold & Orth*, 2014a/2023, S. 204). Hier wird argumentiert, dass ein solches Therapiemodell nicht nur Abhängigkeit erzeugt, sondern auch eine sich selbst erfüllende Prophezeiung erschafft, indem Patient:innen in eine Rolle gedrängt werden, aus der sie sich schwer befreien können.

### 5.3.1 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die vier Wege der Heilung und Förderung durchmessen die Bereiche der Gesundheit und die Zonen der Belastungen, um sie in transversalen Querungen zu explorieren und wo erforderlich gezielt darauf einzuwirken (*Petzold*, 2003a). Die integrativtherapeutische Praxeologie berücksichtigt nicht nur klinische, pathogeneseorientierte Sichtweisen und Interventionsansätze, sondern bezieht stets auch salutogenetische Perspektiven und Handlungsoptionen in die Behandlung mit ein – dies widerspiegelt sich ebenfalls in den vier Wegen der Heilung und Förderung (*Leitner & Höfner*, 2020; *Petzold*, 2003a). Die Arbeit mit den vier Wegen ist immer in die Beziehungs- und Behandlungsprozesse mit den Patient:innen eingebettet und muss deshalb auch immer in dieser Beziehung reflektiert werden. Heilung und Förderung geschehen nicht allein durch die Anwendung von Faktoren. Vielmehr entstehen diese spontan als Ausdruck von Selbstorganisationsprozessen oder werden intentional aus einem gemeinsam

mit den Patient:innen erarbeiteten Prozessverständnis heraus eingesetzt. Werden diese Prozesse nicht reflektiert oder metareflektiert, geht den Patient:innen eine wertvolle Lernerfahrung verloren – nämlich, wie sie auf benigne Lebensvollzüge achten können, die sie aus der Therapie in ihren Alltag mitnehmen sollen. Dies mindert die Nachhaltigkeit therapeutischer Lebensstilveränderungen, die in den meisten Therapien angestrebt wird (*Petzold, 2012a*).

Diese vier Wege der Heilung und Förderung stellen eine Alternative dar zu den zuvor vorgestellten Empfehlungen der ISSTD (2011) und werden deswegen nachfolgend vorgestellt. Die vier Wege der Heilung und Förderung können losgelöst von der ätiologischen Frage, wie sie im Kern der DIS-Kontroverse ist, umgesetzt werden und beinhalten keine suggestiven Techniken oder Erinnerungsarbeit, welche aufgrund des möglichen Therapieschadens nicht empfohlen werden kann.

*Erster Weg: Bewusstseinsarbeit: «sich selbst verstehen, die Menschen, das Leben verstehen lernen».*

Der erste Weg fokussiert auf die Bewusstseinsarbeit, die das Ziel verfolgt, das eigene Selbst, andere Menschen und das Leben als Ganzes besser zu verstehen (*Petzold, 2012h*). Dabei geht es darum, die Exzentrizität – die Fähigkeit, die eigene Position zu relativieren und sich in größere Zusammenhänge einzuordnen – zu fördern, biographische Einsichten zu gewinnen, den Lebenskontext zu überschauen und zukünftige Entwicklungen vorausschauend zu reflektieren. Diese Prozesse tragen wesentlich zur Erfahrung von Sinnerleben und Evidenz bei und ermöglichen ein vertieftes Bewusstsein für die eigene Selbstsorge sowie für die Techniken der Selbstkonstitution (*Petzold 2003a*). Die Bewusstseinsarbeit erfolgt durch eine intersubjektive und persönliche Hermeneutik sowie Metahermeneutik des Subjekts, die sich am Modell der hermeneutischen Spirale orientiert (*Petzold 2003a, S. 77*). Dieser kontinuierliche Reflexionsprozess ermöglicht es, eine wachsende Kapazität zur Wahrnehmung, Erfassung, Verarbeitung und Schöpfung von Sinn zu entwickeln. In diesem Sinne stellt die Bewusstseinsarbeit eine tiefgehende Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und Persönlichkeit dar. Sie geschieht in reflexiver, dialogischer und polylogischer Beziehungsarbeit, in der das eigene Wesen und die individuelle Entwicklung hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Die Bewusstseinsarbeit ist ein dynamischer Prozess, der – in Anlehnung an Heraklits Vorstellung des stetigen Wandels – als ein ständiger Fluss beschrieben werden kann

(Petzold & Sieper 1988b/2017). Im therapeutischen Kontext gestaltet sich dieser Prozess als ein verstehendes Miteinander, in dem sich eine Dialektik von Vertiefung und Innovation entfaltet. Diese Wechselwirkung ist kennzeichnend für den Integrativen Ansatz und trägt dazu bei, dass sich die Persönlichkeit erweitert, bereichert und gestärkt wird – ein Prozess der enlargement, enrichment und empowerment (Petzold 1999p).

Ein zentraler Aspekt der Bewusstseinsarbeit besteht in der Einsicht in den eigenen Lebensvollzug. Dies bedeutet, dass das individuelle Handeln nicht ausschließlich von unbewussten Dynamiken bestimmt wird, sondern dass bewusste, einsichtsgeleitete Lernprozesse es ermöglichen, zu einer tieferen Selbsterkenntnis, gelebter Erfahrung und einem bewussteren Sinnerleben zu gelangen. Wesentlich dabei ist die kontinuierliche Auseinandersetzung mit sich selbst und mit anderen (Petzold & Orth, 2005a). Das Verstehen des eigenen Lebens erfordert eine bewusste Aufnahme, Interiorisierung und Mentalisierung der persönlichen Erfahrungen in einem kontinuierlichen Prozess des Sinnfindens (Petzold, 2012h). In diesem Zusammenhang werden die Kapazitäten zur Sinnwahrnehmung, Sinnerfassung, Sinnverarbeitung und Sinnschöpfung kontinuierlich weiterentwickelt (Petzold, 2000k/2018).

Zusammenfassend ist die Bewusstseinsarbeit ein wesentlicher Bestandteil therapeutischer Prozesse, der nicht nur zur Selbstreflexion und inneren Stärkung beiträgt, sondern auch dazu, sich selbst in den größeren Zusammenhang des Lebens und der sozialen Umwelt einzuordnen. Dies ermöglicht den Patient:innen, ein tieferes Verständnis für sich selbst und ihre Lebenswelt zu entwickeln, was die Grundlage für nachhaltige Veränderungsprozesse bildet. Dieser Weg kann unabhängig der beim spezifischen Individuum vorhandenen Einflussfaktoren für die Entstehung einer DIS gemeinsam beschrritten werden.

*Zweiter Weg: Nach- und Neusozialisation: «Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.»*

Der zweite Weg fokussiert auf die Nach- und Neusozialisation. Dabei spielen perzeptive, emotionale und volitionale Differenzierungsprozesse eine zentrale Rolle, die durch differenziertes Parenting und Reparenting unterstützt werden (Petzold, 2012h). Die therapeutische Arbeit erfolgt hier im zwischenmenschlichen Raum, weil Menschen in guten zwischenmenschlichen Milieus sich positiv entwickeln und entfalten können – schlussendlich wurden die meisten Menschen auch in negativen

Beziehungserfahrungen beschädigt. In solch positiven zwischenmenschlichen Kontexten können Individuen emotional erlebten Sinn („felt sense“), wahrgenommenen Sinn („perceived meaning“) und ein Gefühl der Zugehörigkeit erfahren, was eine heilsame Wirkung hat.

Im ersten Weg der Bewusstseinsarbeit wird rasch deutlich, dass Selbstverstehen allein an Grenzen stößt. Persönliche Entwicklung benötigt den Anderen – das Spiegeln durch ein empathisches Gegenüber ist essenziell für die Heilung und Förderung. Es ist heilsam, von anderen Menschen im eigenen Nahraum empathisch erfasst zu werden – und hilft dabei, die eigene Empathiefähigkeit zu entwickeln. Bereits pränatal werden in solchen Austauschprozessen Grundvertrauen und Beziehungsfähigkeit angelegt. Das Erleben von emotionaler Zugehörigkeit und die Erfahrung von Liebe in der Kindheit ermöglichen es dem Individuum, beziehungsfähig zu werden und eigene Emotionen differenziert wahrzunehmen und auszudrücken (*Petzold & Sieper, 2012e*).

Der Prozess der Sozialisation beginnt mit der Entwicklung eines differenzierten Bezugs zu anderen Menschen in polyadischen Bindungen (*Petzold & Müller 2005*).

Wenn ein Mensch von Beginn an in einer konvivialen Atmosphäre aufwächst, stärkt dies seine Fähigkeit zur Selbstfreundschaft und emotionalen Verbundenheit. Diese Erfahrungen sind nicht nur für die frühe Kindheit, sondern über die gesamte Lebensspanne hinweg von entscheidender Bedeutung. Der Mangel an liebevollen Bindungen führt zu Isolation und Unsicherheit, während die Möglichkeit, Liebe zu spüren und zu geben, essenziell für ein erfülltes Leben ist.

Der zweite Weg verfolgt das Ziel, durch korrigierende Beziehungserfahrungen im therapeutischen Kontext die sozialen und emotionalen Kompetenzen der Patient:innen zu stärken. Wichtige therapeutische Ziele sind dabei unter anderem die Stärkung des Grundvertrauens durch neue und positive Bindungserfahrungen; die Verbesserung defizitärer Persönlichkeitsstrukturen; die Bearbeitung dysfunktionaler emotionaler Stile sowie die Förderung der Emotionsdifferenzierungsfähigkeit, um gesündere emotionale Verhaltensweisen zu entwickeln (*Petzold, 2003a, S. 78*); sowie die Veränderung dysfunktionaler kognitiver, emotionaler und volitiver Strukturen, darunter Schemata, Narrative und Skripts, die durch negative frühere Bindungserfahrungen geprägt wurden (*Leitner & Höfner, 2020*).

Durch diese therapeutischen Maßnahmen wird eine tragfähige Beziehungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit entwickelt, die es Patient:innen ermöglicht, gesunde

Beziehungen zu sich selbst und anderen aufzubauen (*Leitner & Höfner, 2020*). Dieser Weg ist somit unabhängig davon, ob es sich um eine aDIS, eine traumabedingte DIS oder auch eine induzierte Störung handelt, zu empfehlen und in einer Behandlung umzusetzen.

*Dritter Weg: Erlebnis- und Ressourcenaktivierung: «Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten».*

Der dritte Weg der Heilung und Förderung widmet sich der ressourcenorientierten Erlebnisaktivierung (*Petzold, 2003a*). Er zielt darauf ab, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der Patient:innen zu erweitern, das individuelle Ressourcenpotenzial zu vergrößern und dessen Nutzung gezielt zu verbessern. Dies geschieht durch vielfältige Stimulationen, die nicht nur zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen beitragen, sondern auch die Entwicklung von Coping- und Creating-Kompetenzen fördern und so die Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung stärken (*Petzold 2003a*). Grundlage dieses therapeutischen Weges sind positive Beziehungserfahrungen und sichere Bindungen, die als stabiler Ausgangspunkt für kreative und ko-kreative Prozesse dienen. Die Erweiterung traditioneller Bindungstheorien auf polyadische, genderspezifische und altersspezifische Dimensionen unterstreicht die Bedeutung sicherer sozialer Netzwerke für die persönliche Entfaltung. In diesem Kontext wird es möglich, sich mit Offenheit und Neugier auf neue Situationen und Begegnungen einzulassen und neue Erfahrungen zu machen.

Ein zentraler Aspekt dieses Weges ist die sogenannte „explorative Neugier“, ein überlebenssichernder menschlicher Grundantrieb, der die aktive Auseinandersetzung mit der Welt fördert (*Petzold, 2003e*). Menschen gehen auf Entdeckungsreisen, suchen nach Nahrung, Schutz, sozialen Verbindungen und neuen Möglichkeiten. Das, was sie in dieser Exploration finden, kann wiederum kreativ gestaltet werden. Dies geschieht durch das „poietische Gestaltungsstreben“, das sich nicht nur auf die materielle Welt – Kleidung, Wohnraum oder Umweltgestaltung – bezieht, sondern auch auf innere Aspekte wie Denkweisen, Gefühle, Werte und Tugenden. Diese Prozesse der Selbstgestaltung sind tief in der menschlichen Evolution verwurzelt und basieren auf der Fähigkeit zur Mentalisierung, das heißt, der Verknüpfung konkreter Erfahrungen mit inneren Entwicklungsprozessen.

Der Mensch ist seinem Wesen nach ein kreativer Gestalter seiner Realität, der sich aktiv an der Formung seiner Umwelt und seiner Identität beteiligt. Die Idee, sich selbst

zum „Projekt“ zu machen, bildet einen Kernaspekt dieses therapeutischen Weges (Hartz & Petzold, 2010). Hier setzt die *Integrative Therapie* gezielt an den individuellen Ressourcen, Potenzialen und alternativen Erfahrungen an, die transformative Wirkung entfalten können – oft ohne die Notwendigkeit tiefer Aufarbeitung, sondern allein durch das Erleben neuer, heilsamer Erfahrungen (Petzold, 1997p).

Die Arbeit mit diesem dritten Weg zeigt, dass Therapie nicht ausschließlich durch retrospektive Aufarbeitung wirkt, sondern ebenso durch das aktive Erleben neuer, positiver Erfahrungen. Therapeut:innen sollten daher gezielt ressourcenaktivierende Methoden einsetzen, die die explorative Neugier und das kreative Gestaltungspotenzial der Patient:innen ansprechen. Dies ermöglicht es den Patient:innen, sich mit neuen Rollen, Tätigkeiten und sozialen Beziehungen auseinanderzusetzen und so ihre persönliche Entwicklung aktiv zu gestalten.

Langfristig führt die Erlebnis- und Ressourcenaktivierung dazu, dass Menschen ihr Leben mit größerer Selbstbestimmtheit und Freude gestalten können. Sie lernen, sich selbst als ein dynamisches Projekt zu begreifen und entwickeln die Fähigkeit, sowohl äußere als auch innere Lebensräume kreativ zu gestalten. Auch hier bietet dieser dritte Weg verschiedenste Möglichkeiten für die Praxis zur Förderung und Heilung von Menschen – wiederum unabhängig davon, ob es sich um eine artifizielle Störung, eine dissoziative Störung oder eine sonstige induzierte Störung handelt.

*Vierter Weg: Exzentrizitäts- und Solidaritätsförderung: «Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen».*

Der vierte Weg der *Integrativen Therapie* widmet sich der Förderung von Solidaritätserfahrungen und der Entwicklung einer exzentrischen Perspektive – einer Fähigkeit, über die eigenen individuellen Grenzen hinauszublicken und größere gesellschaftliche, zwischenmenschliche und globale Zusammenhänge zu erfassen (Petzold, 2012h). Ziel ist es, eine Metareflexivität zu entwickeln, die die rein individualisierende Sichtweise überwindet und stattdessen ein tiefes Verständnis für das Miteinander und die Verantwortung innerhalb menschlicher Gemeinschaften ermöglicht (Petzold, 2003a).

Ein zentraler Aspekt dieses Weges ist die Schaffung eines Sinngefühls in „großen Zusammenhängen“, das mit einer altruistischen Verpflichtung zur Solidarität einhergeht. Es geht darum, für die Würde und Integrität von Menschen einzutreten und sowohl präventiv als auch heilend zu handeln – in dem Bewusstsein, dass gelebte

Menschenliebe heilsam ist (*Petzold et al., 2012*). Solidarität wird hier nicht als idealistische oder naive Weltverbesserung betrachtet, sondern als reflektierte, kritische Praxis, die sich den destruktiven und konflikträchtigen Aspekten der menschlichen Natur bewusst ist und diese aktiv zu kultivieren sucht (*Petzold et al., 2012*).

Im Rahmen des Integrativen Ansatzes wird Altruismus als eine wertetheoretisch reflektierte Entscheidung verstanden, die Solidarität unabhängig von Herkunft oder Status des Anderen ermöglicht. Altruistisches Handeln bedeutet, Menschen in Not zu helfen, weil dies als Ausdruck von Menschlichkeit und Gerechtigkeit angesehen wird. Diese Haltung verbindet die Sorge um sich selbst mit der Verantwortung für andere und schafft eine Grundlage für gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen (*Petzold & Sieper, 2011*).

Die ethische und sozialpolitische Dimension dieses Ansatzes betont die Verpflichtung, solidarische Hilfen bereitzustellen. Dies umfasst nicht nur direkte Hilfeleistungen, sondern auch das aktive Engagement für strukturelle Verbesserungen in sozialen, kulturellen und ökologischen Bereichen (*Petzold, 2003a*). Solidarität ist somit nicht nur eine moralische Haltung, sondern auch eine praktische Aufgabe, die bewusste Entscheidungen und Handlungen erfordert.

Ein weiteres zentrales Konzept des vierten Weges ist der Meliorismus, eine philosophische und soziologische Sichtweise, die davon ausgeht, dass es möglich ist, Gesellschaften, soziale Strukturen und das Leben der Menschen durch bewusste Anstrengungen kontinuierlich zu verbessern (*Petzold, 2009d*). Diese Perspektive geht davon aus, dass Fortschritt realisierbar ist – durch den Einsatz von Vernunft, wissenschaftlichen Methoden, materiellen Ressourcen und einem gezielten sozialhumanitären sowie ökologischen Engagement.

Allerdings erfordert eine melioristische Haltung auch die kritische Auseinandersetzung mit Machtstrukturen, Ungerechtigkeiten und ethischen Fragestellungen. Diese Reflexion wird als „Gewissensarbeit“ verstanden, die eine tiefgehende ethische und moralische Verantwortung mit sich bringt (*Petzold, 2009d*). Dies impliziert nicht nur theoretische Überlegungen, sondern auch konkrete praktische Handlungen, die zur Verbesserung der Lebensverhältnisse beitragen (*Petzold et al., 2006*).

Der vierte Weg zeigt, dass therapeutische Arbeit nicht nur auf das Individuum fokussiert sein sollte, sondern auch auf dessen Einbettung in soziale und gesellschaftliche Kontexte. Therapeut:innen sind gefordert, Patient:innen dabei zu unterstützen, sich

als Teil eines größeren Ganzen zu begreifen und eine Haltung der Solidarität und Verantwortung zu entwickeln.

### 5.3.2 Die *Integrative Traumatherapie*

Wie bereits beschrieben sind sich die verschiedenen spezifischen ätiologischen Modelle bei der DIS einig, dass pathogene traumatische Erfahrungen einen (jedoch nach der Haltung der integrativen Therapie sowie des SCM nicht der alleinige Faktor) Einflussfaktor darstellen zur Entwicklung einer DIS. Gemäss dem Denken der Integrativen Therapie kann eine Traumatherapie, in welcher das Trauma der alleinige und Hauptfokus der Behandlung darstellt, nicht empfohlen werden aufgrund der angenommenen komplexen und multifaktoriellen Verursachung von psychischen Erkrankungen. Die integrative Traumatherapie will eine rein pathologisierende Sicht vermeiden und vertritt die Perspektive, dass bei traumatischen Erfahrungen das Leibsubjekt in der Lebenswelt als Ganzes betroffen wird; das Individuum wird dabei trotz solcher Erfahrungen als prinzipiell kompetent und kreativ betrachtet, das in seiner Gesamtheit, einschliesslich seiner individuellen Lebenslage, Netzwerksituation, somatischen Verfassung, Ressourcen, Potenziale und Belastungen gesehen werden muss (*Petzold et al.*, 2000). Nachfolgend wird aufgezeigt, dass die integrative Traumatherapie einen guten Behandlungsansatz für die DIS darstellt und die Risiken für Therapieschäden/Nebenwirkungen verringert.

Wie bereits dargestellt kann davon ausgegangen werden, dass bei der DIS – unabhängig davon, ob es sich um eine aDIS, eine AS oder traumabedingte DIS handelt – multiple Schädigungen vorhanden (gewesen) sind, welche eine pathogene Wirkung auf die Gesundheit der Menschen mit einer DIS gehabt hatte.

Die therapeutische Beziehung bildet den Ausgangspunkt der integrativen Traumatherapie. Diese beruht auf leiblich vermittelter Freundlichkeit und Aufrichtigkeit. Der Begriff der Konvivialität beschreibt die Atmosphäre der Therapie, die durch ihre entwicklungsfördernde und heilsame Wirkung charakterisiert ist. Ziel ist es, korrigierende emotionale, kognitive und volitionale Erfahrungen zu ermöglichen, ohne die Patient:innen zu "korrigieren", sondern ihnen Alternativen und Hilfestellungen anzubieten (*Petzold*, 2009c). Dieses Konzept erweitert das Modell der "corrective emotional experience" von *F.M. Alexander* (1946).

Die Schaffung eines sicheren und unterstützenden therapeutischen Raums ermöglicht es den Betroffenen, Vertrauen aufzubauen und neue Beziehungserfahrungen zu machen. Dies ist insbesondere für Menschen mit einer DIS von Bedeutung, die oft Bindungstraumata erlebt haben. Konvivialität unterstützt die emotionale Regulation, fördert Selbstmitgefühl und ermöglicht die Integration fragmentierter Anteile.

Ein zentrales Konzept der integrativen Traumatherapie ist die Betonung der Leiblichkeit. Traumatisierungen verursachen neurohumorale, immunologische und psychosomatische Dysregulationen (*Petzold & Josic, 2003*). Die Wiederherstellung funktionaler Regulationsfähigkeiten steht daher im Mittelpunkt der Therapie. Individuell zugeschnittene Maßnahmen adressieren dysfunktionale Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungsmuster.

Expositionsverfahren werden kritisch betrachtet, da sie das Immunsystem belasten und Hyperarousal auslösen können (*Petzold & Josic, 2003*). Somit wird kritisch hinterfragt, ob Expositionsverfahren negative Effekte haben können bei Menschen mit einer Traumafolgestörung. Dies ist besonders relevant im Kontext der Diskussion um falsche Erinnerungen – es muss hinterfragt werden, ob Expositionen von falschen Erinnerungen diese verstärken, schlussendlich fühlen sich wie bereits beschrieben auch falsche Erinnerungen real an und lösen die entsprechenden dazugehörigen belastenden Gefühle aus. Eine Traumatherapie wie sie von der integrativen Therapie empfohlen mit als eine nicht-exponierende Traumatherapie kann hier dieses Risiko deutlich verringern. Der Fokus auf sanftere Methoden zur Stärkung der Patient:innen ist hier zu empfehlen, wie es im leibtherapeutischen Ansatz der nicht-exponierenden Therapie beschrieben wird (*Petzold & Josic, 2003*).

Die Integrative Traumatherapie verfolgt einen differenzierten, multimodalen und multimethodischen Ansatz. Dieser Ansatz betont die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der therapeutischen Maßnahmen, welche im Rahmen der Ko-Respondenz zwischen Therapeut:innen und Patient:innen entwickelt werden (*Petzold, 2014i*). Das Prinzip der "doppelten Expertenschaft" gewährleistet dabei eine partnerschaftliche Gestaltung der Therapieziele, die jederzeit transparent kommuniziert und situativ angepasst werden können.

Die Auswahl der Interventionen basiert auf ethisch-theoretischen Leitprinzipien (*Petzold & Josic, 2003*), die die Grundlage für eine verantwortungsvolle und patientenzentrierte Traumatherapie bilden. Zu diesen Leitprinzipien gehören:

- *Informed Consent* – Eine umfassende Aufklärung über jede Maßnahme sowie das Einholen der Zustimmung der PatientInnen.
- *Patient Welfare* – Sicherstellung des Wohlergehens der PatientInnen als oberste Priorität.
- *Patient Security* – Schutz vor Retraumatisierung durch strukturelle Sicherheitsmaßnahmen.
- *Best Practice* – Einsatz evidenzbasierter Verfahren, die durch aktuelle Forschung gestützt werden.
- *Client Dignity* – Wahrung der Würde und Autonomie der PatientInnen in allen Therapiephasen.

Diese ethischen Richtlinien stellen sicher, dass die Therapie nicht nur wirksam, sondern auch verantwortungsbewusst gestaltet wird. Sie tragen dazu bei, ein Umfeld zu schaffen, in dem sich Patient:innen sicher fühlen und Vertrauen aufbauen können. Die Integrative Traumatherapie bietet eine Vielfalt an Interventionsstrategien, die je nach individuellem Bedarf kombiniert und adaptiert werden können (*Petzold et al., 2000*). Diese Strategien umfassen:

1. *Ressourcenaktivierung und Lösungsorientierung* – Stärkung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen.
2. *Beziehungs- und Bindungskompetenz* – Förderung der Kontakt- und Bindungsfähigkeit zur Unterstützung sozialer Integration.
3. *Symptomkontrolle und Coping-Strategien* – Entwicklung von Techniken zur Symptomregulation und zum Aufbau von Bewältigungskompetenzen.
4. *Affektregulation und Selbstberuhigung* – Einsatz von Atem-, Bewegungs- und Entspannungstechniken zur Förderung der psychophysiologischen Stabilität.
5. *Ablenkungs- und Imaginationsübungen* – Verwendung von Techniken wie der "Tresorübung" und dem "inneren sicheren Ort" (Lühr et al., 2021) zur emotionalen Stabilisierung.
6. *Traumabearbeitung* – Integration von Affekten, Kognitionen und Volitionen durch sanfte oder moderate Expositionsansätze.
7. *Noothérapeutische Interventionen* – Bearbeitung beschädigter Sinn- und Wertesysteme zur Wiederherstellung eines kohärenten Selbstbildes.

8. *Selbstbehauptung und Selbstwirksamkeit* – Förderung von Kontrollüberzeugungen und persönlicher Souveränität zur Stärkung des Selbstbewusstseins.
9. *Medikamentöse Unterstützung* – Ergänzende pharmakologische Interventionen zur Stabilisierung.
10. *Sozialtherapeutische Maßnahmen* – Netzwerk- und sozialintegrative Ansätze zur Förderung sozialer Ressourcen.
11. *Natur- und Meditationsansätze* – Aufbau von Vertrauen und Selbstgewissheit durch Verfahren wie Green Meditation® (Petzold, 2015b).

Diese Ansätze bieten eine Vielzahl an Möglichkeiten, die individuell auf die Bedürfnisse der Patient:innen abgestimmt werden können. Durch die Kombination verschiedener Methoden entsteht ein therapeutisches Gesamtkonzept, das sowohl Stabilisierung als auch langfristige Heilungsprozesse unterstützt.

Die Frage nach der Notwendigkeit von Expositionstechniken bleibt ein kontroverses Thema in der Traumatherapie. Obwohl zahlreiche Studien darauf hinweisen, dass es im Rahmen einer solchen spezialisierten Therapie zu Verbesserungen im psychischen Zustandsbild der Patient:innen führt, bleibt der genaue Wirkmechanismus oft ungeklärt (Michael et al., 2009). Gleichzeitig bestehen erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich möglicher Risiken und Nebenwirkungen (Leitner et al., 2014).

Zu rasche Expositionen ohne ausreichende Stabilisierung und Ressourcenaktivierung können zu Retraumatisierungen und psychischen Verschlechterungen führen (Sachse, 2011). Darüber hinaus können unsachgemäß durchgeführte Expositionsverfahren Hyperarousals auslösen und das Immunsystem belasten (Petzold & Josic, 2003). Dies wirft ethische Fragen auf, insbesondere in Bezug auf die Notwendigkeit und Sicherheit solcher Ansätze – zusätzlich sind auch sanftere Methoden vorhanden, welche diese potenziellen schädlichen Wirkungen nicht beinhalten, welche somit vorzuziehen sind. Die integrative Traumatherapie bietet somit einen alternativen, sanfteren Weg, der auf Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und Förderung der Selbstregulation abzielt (Petzold et al., 2000). Eine ethisch fundierte Praxis priorisiert die Sicherheit und Würde der Patient:innen, die beschriebenen ethischen Leitprinzipien müssen stets beachtet werden. Zusammenfassend kann eine Therapie empfohlen werden, welche auf einem multimodalen, ganzheitlichen Ansatz beruht, der Stabilisierung, Selbstregulation, Stärkung der Ressourcen und ethische Prinzipien in den Vordergrund stellt (Petzold, 2004I). Dies sollte das Risiko von Nebenwirkungen und

Therapieschäden verringern und kann – unabhängig des ätiologischen Modells zur DIS – empfohlen werden.

## **6. Zusammenfassung, Fazit, Ausblick: Kultiviertes Zweifeln, Parrhesie, heraklitisches Denken – einige Abschlussgedanken zur Wichtigkeit des transversalen, pluriformen Denkens**

Die DIS zählt zu den komplexesten und umstrittensten Diagnosen in der Psychiatrie und klinischen Psychologie. In dieser Arbeit wurde nach einer allgemeinen Einführung in Definition, Symptomatik, Diagnosekriterien und klinische Erscheinungsformen zuerst auf wichtige differentialdiagnostische Überlegungen eingegangen um in Anschluss daran die historische Entwicklung der Diagnose DIS sowie die damit verknüpften Kontroversen genauer zu beleuchten.

Die Kontroversen zu der DIS-Diagnose sind ein gutes Beispiel dafür, dass – um ein Phänomen möglichst umfassend in seiner Komplexität zu erfassen – sowohl dessen Entwicklung im aktuellen Kontext als auch im historischen Kontinuum angesehen werden muss. Wie herausgearbeitet, ist historisch gesehen der Einfluss von Medien und der Populärkultur wichtig zu beachten. Durch mehrere bekannt gewordene Bücher zu diesem Thema, welche beispielsweise bei «Sybil» sich zu einem späteren Zeitpunkt herausgestellt hatte, dass stark suggestive Techniken in der Therapie verwendet wurden, kam es einerseits zu einer sprunghaften Zunahme an wissenschaftlichen Publikationen zu dieser Thematik, jedoch auch zu einer von einigen Autor:innen genannte «Epidemie» der DIS.

Diese «Epidemie» der DIS war in den 1980er und 1990er Jahren dabei eng verknüpft mit der Satanic Panic und Verschwörungstheorien wie dem rituellen Missbrauch und Mind-Control-Narrativ. Damit zusammenhängend finden bereits seit Jahrzehnten intensive wissenschaftliche Debatten zur Thematik von in Therapien wiederentdeckten oder auch falschen Erinnerungen statt. Gewisse suggestive therapeutische Methoden, welche in der Behandlung von Menschen mit einer DIS empfohlen wurden und teilweise immer noch werden, können zu der Produktion falscher Erinnerungen führen, welche als Therapieschaden ernst genommen werden muss.

Nach einer allmählichen Abnahme des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses an der Diagnose DIS wurde die Thematik in den letzten Jahren wieder aktueller.

In diesem Zusammenhang wurden neuer Phänomene wie Münchhausen by Internet, Mass Social-Media Induced Illness oder auch die Massenpsychogene Erkrankung vorgestellt. Es zeigt sich eine deutliche Popularität in den sozialen Medien zur DIS, so dass es einen starken Anstieg an Videos auf Youtube sowie TikTok gibt, in welcher DIS inszeniert zu werden scheint.

Mit dieser erneuten Zunahme des Interesses an der DIS kam auch die Verschwörungstheorie zum satanisch rituellen Missbrauch und Mind-Control Narrativ erneut auf. Insbesondere der schweizer Dokumentarfilm «Der Teufel mitten unter uns» löste grosse Wellen und erneute Debatten über diese Verschwörungstheorie sowie die DIS aus. Dabei ist wichtig zu betonen, dass der Zusammenhang mit Verschwörungstheorien nicht bedeutet, dass die grundlegende Existenz der Störung oder der Symptomatik infrage gestellt wird. Vielmehr sollte eine kritische Reflexion über den Einfluss soziokultureller Rahmenbedingungen auf die Diagnose und der therapeutischen Arbeit erfolgen.

Zusätzlich zu diesen mit der DIS verbundenen Kontroversen gelten die verschiedenen, sich gegenüberstehenden ätiologischen Modelle zur Entwicklung einer DIS als einen zentralen Streitpunkt. Befürworter:innen des PTM gehen davon aus, dass DIS eine direkte Folge schwerer, frühkindlicher Traumatisierungen ist. Kritiker:innen argumentieren dabei, dass bei der DIS soziokulturelle Faktoren eine deutliche Rolle spielen, die DIS wird dabei als psychologisch induziertes oder sozial konstruiertes Phänomen betrachtet, welches durch suggestive therapeutische Techniken oder auch populärkulturelle Einflüsse verstärkt wird, wobei das SCM auch beinhaltet, dass Traumatisierungen oder andere pathogene Stimulierungen eine vulnerable Basis für eine Suggestibilität und Fantasieneigung ausbildet.

Bei der Betrachtung der Kontroversen mit dem Blick des integrativen Denkens wurde deutlich, dass das PTM ein monokausalistisches Erklärungsmodell darstellt und der Komplexität des Menschen und des menschlichen Lebens nicht gerecht werden kann. Soziale, ökologische, sozioökonomische, kulturelle, historische Einflussfaktoren werden in diesem Modell nicht mit beachtet. Schlussendlich ist jedes leibliche Geschehen nur im jeweiligen Kontext und Kontinuum zu verstehen; die ausgebildeten und gezeigten Symptome sind an Interaktionen in sozialen Netzwerken, den Lebenswelten, social worlds, den jeweils individuellen Lebenslagen gebunden, denn der Mensch ist verleblichtes Subjekt, das in die soziokulturelle Lebenswelt eingebettet ist. Gleichzeitig ist auch die Meinung, dass die DIS «rein» iatrogen durch

Therapeut:innen hervorgerufen wird, genauso reduktionistisch und monokausalistisch, denn das komplexe Interaktions- und Beziehungsgeschehen wird ausser Acht gelassen und sollte besser anhand des Ko-Respondenzmodells der integrativen Therapie dargestellt werden.

Es wurde zusätzlich auf die Parallelen zum inneren Kind/undifferenzierten parentalen Paradigma eingegangen. Diese Vorstellung basiert auf der Annahme, dass Heilungsprozesse ausschliesslich durch das Aufdecken und Verarbeiten elterlich verursachter Schädigungen gelingen. In diesem Zusammenhang wird vor der Entwicklung toxischer Dependenzmuster in Therapien gewarnt. Biographische Defizite und Traumataerfahrungen zu fokussieren und dramatisieren ist genauso schädlich, wie solche Erfahrungen zu bagatellisieren.

Auf der Ebene der Wissenschaftstheorie wurde insbesondere das Scheitern der Ko-Respondenz in Bezug auf die DIS-Debatten reflektiert. Insbesondere paradigmatische Differenzen sowie die hohe emotionale Betroffenheit in diesen Diskussionen scheint zu diesem Scheitern der Ko-Respondenz dazugetragen zu haben. In einem weiteren Schritt wurde in Bezug auf die anthropologischen Grundlagen der integrativen Therapie eine Reflexion zu den impliziten Menschenbildannahmen der verschiedenen ätiologischen Modelle vorgenommen. Die *Integrative Therapie* definiert den Menschen intersubjektiv, als miteinander-kreativen, als ko-kreativen, schöpferischen Menschen im Lebenszusammenhang und in der Lebenszeit in Kontext und Kontinuum. Dies ist passend zum SCM insofern, als dass die intersubjektive Therapiesituation, kulturelle, soziale und historische Gegebenheiten unseren informierten Leib formen und beeinflussen. Als Parallele vom PTM mit der integrativen Therapie ist zu nennen, dass beide Modelle die Verletzlichkeit des Menschen, aber auch seine Anpassungsfähigkeit betonen.

In der Arbeit wurde weiter herausgearbeitet, dass in der integrativen Therapie die Ko-Respondenz das ethische Grundprinzip darstellt und es wurden Ansatzpunkte geboten, um in der DIS-Debatte einer situativen Diskursethik gerecht zu werden. Die Diskursethik lehnt starre moralische Normen ab und plädiert für eine situationsspezifische Bewertung und jeder Einzelfall individuell reflektiert werden muss

Auf der Ebene der realexplikativen Theorien wurden Verknüpfungen und Parallelen der verschiedenen ätiologischen Modelle der DIS mit der anthropologischen sowie klinischen Krankheitslehre herausgearbeitet. Bei der Verknüpfung der DIS-Debatte zur integrativen Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodell wurde deutlich, dass die

Fragmentierung/Spaltung in den verschiedenen ätiologischen Modellen an unterschiedlichen Stellen angesiedelt werden kann. Während beim PTM und der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit eine Fragmentierung eher auf der Ebene des Selbst angeordnet werden kann mit einer deutlichen Fragmentierung auf der Ebene des Ichs, wird im SCM nicht auf eine «echte» Spaltung auf der Ebene des Selbst und des Ichs verordnet, sondern eher auf der Ebene der Identität, ohne dass eine tatsächliche Fragmentierung/Spaltung auf tieferen Ebenen geschieht.

Abschliessend wurden einige Ansatzpunkte zu Praxeologie und Praxis in der Behandlung einer DIS geboten. Hierbei wurde eine kritische Reflexion zu Aussagen in der Behandlungsleitlinie/Expertenempfehlung bei der Behandlung einer DIS ausgeführt. Dabei wurde erneut deutlich, dass auch weiterhin suggestive Techniken empfohlen werden, welche gemäss aktuellem Forschungsstand nicht empfohlen werden bei Menschen mit einer stark ausgeprägten dissoziativen Symptomatik aufgrund der Anfälligkeit für hypnotische Suggestibilität, welche ebenfalls die Anfälligkeit zur Produktion falscher Erinnerungen deutlich erhöht. Zusätzlich wird erneut die Gefahr einer Dependenzentwicklung deutlich durch die Empfehlung zu fragwürdigen Langzeitbehandlungen mit hoher Sitzungsfrequenz.

Abschliessend wurde als Ansatz für die Behandlung die vier Wege der Heilung und Förderung sowie die *Integrative Traumatherapie* vorgestellt. Die *Integrative Traumatherapie* bietet einen guten Behandlungsansatz und fördert ein Bewusstsein zu Risiken für mögliche Therapieschäden und Nebenwirkungen. Insbesondere der leiborientierte, nicht-exponierende Ansatz scheint hierfür besonders geeignet zu sein.

### *Abschlussgedanken*

Insgesamt wurde für mich während des Schreibens dieser Arbeit deutlich, dass – aufgrund der bereits seit längerer Zeit bestehenden Verhärtung der Fronten in der DIS-Debatte – eine weiterführende Kritik, anstelle einer beissenden oder vernichtenden Kritik treten muss, damit erneut eine nicht-entfremdete und gesunde Ko-Responsivität entstehen kann. In der integrativen Therapie wird die weiterführende Kritik folgendermassen definiert: «Weiterführende Kritik ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Fakten (z.B. Dokumenten, Handlungen) oder virtuellen Realitäten (z.B. Positionen, Ideen) aus der Exzentrizität unter mehrperspektivischem Blick aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (für die Psychotherapie die der

Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit, die der Wissenschaftlichkeit und klinischen Fachlichkeit) und des Kommunizierens der dabei gewonnenen Ergebnisse in ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen, d.h. in einer Weise, dass die parrhesiastisch kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, schöpferischen Transversalität (Petzold, 2014e, S. 5-6)».

Dabei muss ein Stil des kultivierten Zweifels anstelle des Scheiterns der Ko-Respondenz treten, damit in der DIS-Debatte neue Wege gegangen werden können: «Kultiviertes Zweifeln als ein wichtiger Stil des Denkens, Fühlens und Wollens bewahrt vor falschen Sicherheiten, trügerischen Wahrheiten, Dogmatismus, denn es macht Menschen neugierig, kreativ, zuversichtlich. An die Stelle eines Zweifel-Zyklus der Alarmiertheit, der in die Verzweiflung führen kann, muss ein Zweifel-Zyklus der Zuversicht treten.» (Petzold, 2014e, S. 7).

Die Praxis konstruktiven Zweifels muss geübt werden, denn das sind Qualitäten transversaler Vernunft; die weiterführende Kritik sollte parrhesiastisch und klar sein – erwartet jedoch auch von der kritisierten Person, dass diese nicht sofort mit einer Abwehrhaltung reagiert, sondern auch Interesse daran zeigt, was an der Kritik richtig sein könnte (Petzold, 2014e). Dies scheint insbesondere bei der DIS-Debatte aufgrund der starken emotionalen Aufladung besonders stark vorhanden zu sein.

Schlussendlich wird Kritiker:innen des PTM/der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit teilweise vorgeworfen, Täter:innen zu schützen und Patient:innen nicht zu glauben oder diese sogar zu retraumatisieren. Diese starke emotionale Aufladung scheint – wie im Kapitel 5.1.2 zur Wissenschaftstheorie – eine Ursache für das Scheitern der Ko-Respondenz in der DIS-Debatte zu sein.

Für die Zukunft zur DIS-Debatte ist genau dies einer der Punkte, welchen ich mir wünsche: die Förderung und Entstehung der polylogischen Ko-Respondenz, Förderung von Konsens-Dissens-Prozessen, neue Theorie und Modelle zu finden, denn die bisherige «Entweder-Oder» Diskussion führt nicht weiter. Es braucht neue Perspektiven, von denen ich glaube, dass die *Integrative Therapie* diese bieten kann. Denn die *Integrative Therapie* will zu einem Zweifeln ermutigen und – ganz im Sinne der Transversalität – zu neuen Überschreitungen in die Tiefe, in die Breite sowie in die Höhe führen, was Innovation bedeutet und kann zu wachsenden Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität führen. Die transversale Vernunft eröffnet neue Perspektiven oder setzt alte Perspektiven in

ein neues Licht (*Petzold, 2014e*). Das Ziel dieser Arbeit war für mich, einen Prozess in diese Richtung anzustossen um sowohl parrhesiastisch eine klare Haltung gegen die beschriebenen Verschwörungstheorien zu positionieren, andererseits auch eine neue Bewegung in eine verhärtete Debatte zu bringen.

## 7. Zusammenfassung/Summary

### **Zusammenfassung: Iatrogene Nebenwirkung der Therapie oder eine Traumafolgestörung? Eine Reflexion mit dem Blick des integrativen Denkens zu den Kontroversen rund um die Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung**

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) gilt als eine der komplexesten und umstrittensten Diagnosen in der Psychiatrie und klinischen Psychologie, welche mit verschiedenen Kontroversen verbunden ist. In Bezug auf diese Debatte wirken die Fronten verhärtet und es kann von einem Scheitern der Ko-responzenz gesprochen werden. Diese Arbeit hat zum Ziel, anhand des integrativen Denkens alternative und neue Erkenntnisse und Ansatzpunkte zu generieren, um in diese Debatten wieder mehr Bewegung hineinzubringen.

Diese Arbeit folgt einer zweistufigen Struktur: in einem ersten Teil wird ein Überblick über den aktuellen Wissensstand zur DIS, die Kontroversen und Debatten, die verschiedenen ätiologischen Modelle sowie deren historische Entwicklung gegeben. Dabei wird auch auf die umstrittene Verschwörungstheorie des satanisch rituellen Missbrauchs sowie auf neuere Phänomene wie das Münchhausen by Internet oder auch der Mass Social Media Induced Illness eingegangen.

In einem zweiten Teil der Arbeit erfolgt eine systematische Reflexion entlang des Tree of Science, der diese Diskussionen und Debatten mit erkenntnistheoretischen, wissenschaftstheoretischen, anthropologischen und ethischen Fragen verbindet. In Bezug auf die Ebene der realexplicativen Theorien erfolgt eine Reflexion zur anthropologischen und klinischen Krankheitslehre und der Entwicklungs- sowie Persönlichkeitstheorie der integrativen Therapie. Auf der Ebene der Praxeologie wird auf die vier Wege der Heilung und Förderung sowie die integrative Traumatherapie eingegangen und in Verbindung gesetzt mit der Behandlung einer DIS.

**Schlüsselwörter:** *Integrative Therapie*, dissoziative Identitätsstörung, transversale Reflexion, strukturelle Dissoziation, soziokognitives Modell

### **Summary: Iatrogenic side effect of therapy or a trauma-related disorder? A reflection through the lense of integrative thinking on the controversies surrounding the diagnosis of dissociative identity disorder.**

Dissociative identity disorder (DID) is considered one of the most complex and controversial diagnoses in psychiatry and clinical psychology, and is associated with various controversies. The fronts in this debate appear to be entrenched, and it can be said that correspondence has failed. The aim of this work is to use integrative thinking to generate alternative and new insights and starting points in order to bring more movement back into these debates. This work follows a two-stage structure: the first part provides an overview of the current state of knowledge on DID, the controversies and debates, the various etiological models,

and their historical development. It also addresses the controversial conspiracy theory of satanic ritual abuse and more recent phenomena such as Münchhausen syndrome by internet and mass social media-induced illness.

The second part of the thesis involves a systematic reflection along the Tree of Science, which links these discussions and debates with epistemological, scientific-theoretical, anthropological, and ethical questions. With regard to the level of real-explanatory theories, there is a reflection on anthropological and clinical pathology and the developmental and personality theory of integrative therapy. At the level of praxeology, the four paths of healing and support as well as integrative trauma therapy are discussed and linked to the treatment of DID.

**Keywords:** *Integrative therapy*, dissociative identity disorder, transversal reflection, structural dissociation, sociocognitive model

## 8. Literaturverzeichnis

- Abraham, H.B., Bachar, E., Mendelson, Y., & Besser, A. (2022). Insecure attachment and PTSD: the mediating role of narcissistic traits. *Personality and Individual Differences*, 199, 111853. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111853>
- Acunzo, D. J., Oakley, D. A., & Terhune, D. B. (2021). The neurochemistry of hypnotic suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 63, 355-371. <https://doi.org/10.1080/00029157.2020.1865869>
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. New York: Ronald Press. Teilweise im Netz zugänglich: <https://www.psychomediam.it/pm/modther/probpsiter/alexan-2.html>
- Altemeyer, B. (1996). *The authoritarian specter*. Harvard University Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed.) [DSM-III]*.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed., rev.) [DSM-III-R]*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.) [DSM-IV]*
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen (5. Aufl.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, T. L., Vailauga, R., Tallo, C., Hong, C. B., Manoranjithan, S., Domingo, C., Paudel, M., Untaroiu, A., Barr, S., & Goldhaber, K. (2025). Contributing Factors to the rise in adolescent anxiety and associated mental health disorders: a narrative review of current literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 38(1), e70009. <https://doi.org/10.1111/jcap.70009>
- Bachar, E., Canetti, L., Hadar, H., Baruch, J., Dor, Y., & Freedman, S. (2015). The role of narcissistic vulnerability in predicting adult posttraumatic symptoms from childhood

- sexual abuse. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 800-809.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0521-z>
- Bachar, E., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2005). Narcissistic vulnerability and the development of PTSD: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 762-765. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185874.31672.a5>
- Bakshy, E., Messing, S., & Adamic, L. A. (2015). Exposure to ideologically diverse news and opinion on Facebook. *Science*, 348(6239), 1130-1132. <https://doi.org/10.1126/science.aaa1160>
- Bartholomew, R. E., Wessely, S., & Rubin, G. J. (2012). Mass psychogenic illness and the social network: is it changing the pattern of outbreaks? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 509-512. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120053>
- Bass, C. & Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*, 383, 1422-1432.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62186-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62186-8)
- Branje, S., & Morris, A. S. (2021). The impact of the COVID-19 Pandemic on adolescent emotional, social and academic adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 486-499. <https://doi.org/10.1111/jora.12668>
- Ben-Yehuda, N. (1986). The sociology of moral panics: Toward a new synthesis. *The sociological quarterly*, 27(4), 495-513. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1986.tb00274.x>
- Berg, L., Pringsheim, T. M., Lerario, M., & Martino, D. (2024). Psychological factors associated with Functional Tic-Linke Behaviours during the COVID-19 Pandemic. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52, 1157-1172.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-024-01184-y>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727-735.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: skills training for patients and therapists*. W.W. Norton & Company
- Borch-Jacobsen, M. (2013). *La fabrique des folies. De la psychoanalyse au psychopharmaceutin*. Science humaines.
- Borch-Jacobsen, M. & Shamadasani, S. (2011). *The freud files: An inquiry into the history of psychoanalysis*. Cambridge University Press.
- Bowman, E. S., & Coons, P.M. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 164-180. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10842446/>
- Boykoff, M. T., & Boykoff, J. M. (2004). Balance as Bias: Global Warming and the US Prestige Press. *Global Environmental Change*, 14(2), 125-136.  
<https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2003.10.001>

- Boysen, G. A. (2011). The scientific status of childhood dissociative identity disorder: A review of published research. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 80, 329-334. <https://doi.org/10.1159/000323403>
- Boysen, G. A. & VanBergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder 2000-2010. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(1), 5-11. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827/aaf81>
- Brand, B. L., McNary, S. W., Loewenstein, R. J., Kolos, A. C., & Barr, S. R. (2006). Assessment of genuine and simulated dissociative identity disorder on the structured interview of reported symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 63-85. [https://doi.org/10.1300/J229v07n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J229v07n01_06)
- Brand, B. L., Vissia, E. M., Chalavi, S., Nijenhuis, E. R. S., Webermann, A. R., Draijer, N., & Reinders, A. A. T. S. (2016). DID is trauma based: further evidence supporting the trauma model of DID. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 560-563. <https://doi.org/10.1111/acps.12653>
- Brown, R. J. (2006). Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28. [https://doi.org/10.1300/J229v07n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v07n04_02)
- Brown, D. & Schefflin, A. W. (2000). Factitious disorders and trauma-related diagnoses. *The Journal of Psychiatry & Law*, 27, 373-422. <https://doi.org/10.1177/009318539902700303>
- Bühler, K., & Heim, G. (2011). Etiology, Pathogenesis, and Therapy according to Pierre Janet Concerning Conversion Disorders and Dissociative Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 65(4), 281-404. <https://doi.org/10.1176/appi.psychother.apy.2011.65.4.281>
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). The Guilford Press.
- Catalina M. L., Gómez, V. M., & de Cos, A. (2008). Prevalence of factitious disorder with psychological symptoms in hospitalized patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 36(6), 345-349. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18568455/>
- Childress, J. E., McDowell, E. J., Dalaj, V. V. K., Bogale, S. R., Ramamurthy, C., Jawaid, A., Kunik, M. E., Qureshi, S., & Schulz, P. E. (2013). Hippocampal volumes in patients with chronic combat-related posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of Neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 25(1), 12-25. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.12010003>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cohen, S. (1972). *Folk Devils and Moral Panics*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203828>

- Conner, C. T., & MacMurray, N. (2021). The perfect storm: a subcultural analysis of the QAnon Movement. *Association for Critical Sociology*, 48(6), 1049-1071.  
<https://doi.org/10.1177/089692052111055863>
- Cooper, K., Hards, E., Moltrecht, B., Reynolds, S., Shum, A., McElroy, E., & Loades, M. (2021). Loneliness, social relationships, and mental health in adolescents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 289, 98-104.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.016>
- Coviello, L., Sohn, Y., Kramer, A. D. I., Marlow, C., Franceschetti, M., Chistakis, N. A., & Fowler, J. H. (2014). Detecting emotional contagion in massive social networks. *PLoS One*, 9(3), e90315. <https://doi.org/10.1371/journal-pone.0090315>
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Dasse, M. N., Elkins, G. R., & Weaver, C. A. (2015). Hypnotizability, Not Suggestion, influences false memory development. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 110-128. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961880>
- DeYoung, M. (1998). Another look at moral panics: The case of satanic day care centers. *Deviant Behavior*, 19(3), 257-278. <https://doi.org/10.1080/01639625.1998.9968088>
- Dell, P. F. (2009). The long struggle to diagnose multiple personality disorder: multiple personality disorder. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (383-402). Routledge.
- Draijer, N., & Boon, S. (1999). The imitation of dissociative identity disorder: Patients at risk, therapists at risk. *Journal of Psychiatry & Law*, 27, 423-458.  
<https://doi.org/10.1177/009318539902700304>
- Dodier, O. (2019). A bibliometric analysis of the recovered memory controversy in the 21st century. *Applied Cognitive Psychology*, 33(4), 571-584.  
<https://doi.org/10.1002/acp.3498>
- Dorahy, M. J. (2001). Dissociative identity disorder and memory dysfunction: the current state of experimental research and its future directions. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 771-795. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00068-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00068-4)
- Douglas, J. R. (2017). Behind Belle Gibson's cancer con: 'Everything about this story is extreme'. [Internet]. *The Guardian*. 2017 Nov 13 [zitiert Februar 2025].  
<https://www.theguardian.com/books/2017/nov/13/behindbelle-gibsons-cancer-con-everything-about-this-story-isextreme>
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 538-542.  
<https://doi.org/10.1177/0963721417718261>
- Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(6), 383-390.  
<https://doi.org/NMD.0b013e3181a653b7>

- Dyer, A. R. & Feldman, M. D. (2007). Factitious Disorder: Detection, diagnosis and forensic implications. *Psychiatric Times*, 24(5), 17-20. <https://www.psychiatric-times.com/view/factitious-disorder-detection-diagnosis-and-forensic-implications>
- Eckhardt-Henn, A. (2015). Artificielle Störungen. Heimliche Selbstschädigung. *Psychotherapeut*, 60, 18-24. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1091-z>
- Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Salbach, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2008). Factitious disorder in children and adolescents: a retrospective study. *Psychosomatics*, 49, 392-398. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.5.392>
- Eisen, M. L., & Lynn, S. J. (2001). Dissociation, memory and suggestibility in adults and children. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 49-73. <https://doi.org/10.1002/acp.834>
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Interpersonal & Biological Processes*, 59(3), 255-266. <https://doi.org/10.1080/00332747.1996.11024766>
- Fegert, J. M., & Urbaniok, F. (2024). Rituelier sexueller Missbrauch. Orientierung am Patientenwohl in einer polarisierten Debatte. *Nervenarzt*, 95, 1071-1078. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01652-2>
- Feldman, M. D. (2000). Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *Southern medical Journal*, 93(7), 669-672. <https://doi.org/10.1097/00007611-200093070-00006>
- Feldman, M. D. & Smith, R. (1996). Personal and interpersonal toll of factitious disorders. In M. D. Feldmann & S. J. Eisendrath (Eds.), *The spectrum of factitious disorder* (pp. 175-194). American Psychiatric Association.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- Foote, B. & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports*, 10(3), 217-222. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0036-z>
- Freyberger, H. J. (2006). Artificielle Störungen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 74, 591-606. <https://doi.org/10.1055/s-2005-919083>
- Freyberger, H. J. (2015). Artificielle Störungen und Münchhausen-Syndrome. *PSYCH up2date*, 9, 297-304. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552698>
- Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 1012-1013. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.1012>
- Friggeri, A., Adamic, L. A., Eckles, D., & Cheng, J. (2014). Rumor Cascades. *Proceedings of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 8(1), 101-110. <https://doi.org/10.1609/icwsm.v8i1.14559>
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193-3200. <https://api.aerzteblatt.de/pdf/103/47/a3193.pdf>

- Gast, U., Rodewald, F., Viola, N., & Hinderk, E. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 249-257. <https://doi.org/10.1097/00005053-200104000-00007>
- Geraerts, E., Smeets, E., Jelicic, M., van Heerden, J., & Merckelbach, H. (2005). Fantasy proneness, but not self-reported trauma is related to DRM performance of women reporting recovered memories of childhood sexual abuse. *Consciousness & Cognition*, 14(3), 602-612. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.01.006>
- Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 631-657. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00103-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00103-2)
- Giedinghagen, A. (2023). The tic in TikTok and (where) all systems go: Mass social media induced illness and Munchausen's by internet as explanatory models for social media associated abnormal illness behavior. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 270-278. <https://doi.org/10.1177/13591045221098522>
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2005). Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma: ein kritischer Überblick. *Nervenarzt*, 76, 20-27. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1704-9>
- Giesbrecht, T., Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617>
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42-59. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.42>
- Gleaves, D. H., May, M. C., & Cardeña, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 577-608. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00073-2)
- Goertzel, T. (1994). Belief in conspiracy theories. *Political Psychology*, 15(4), 731-742. <https://doi.org/10.2307/3791639>
- Goldstein, D. M., & Hall, K. (2015). Mass hysteria in Le Roy, New York: How brain experts materialized truth and outscienced environmental inquiry. *American Ethnologist*, 42(4), 640-657. <https://doi.org/10.1111/amet.12161>
- González-Larrea, B., & Hernández-Serrano, M. J. (2021). Digital identity built through social networks: New trends in a hyperconnected world. *Association for Computing Machinery*, <https://doi.org/10.1145/3434780.3436629>
- Gould, S. J. (1999). *Rocks of Ages: science and religion in the fullness of life*. Ballantine Books, New York.
- Gysi, J. (2021). Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86011-000>

- Hacking, I. (1995). Rewriting the Soul: Multiple personality and the sciences of memory. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(4), 303-306.  
<https://doi.org/10.1080/00029157.1996.10403357>
- Hamilton, J. C., Feldman, M. D. & Sherwood, I. M. (2016). Factitious disorder, munchausen syndrome, munchausen by proxy, and malingering. In H. S. Friedman (Eds.), *Encyclopedia of Mental Health* (2<sup>nd</sup> ed.). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00010-0>
- Hartz, P. & Petzold, H. G. (2010). Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 19(2), 47-67.
- Hausteiner-Wiehle, C. & Hungerer, S. (2020). Factitious disorders in everyday clinical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117, 452-459. <https://doi.org/10.3238/artzebl.2020.0452>
- Höfner, C., Mantl, G., & Stefan, R. (2024). *Integrative Therapie*. (Aufl. 1). Wien: Facultas
- Huber, M. (2011). *Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Junfermann.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Woertman, L., Van der Hart, O., & Peters, M. L. (2005). Procedural memory in dissociative identity disorder: When can inter-identity amnesia be truly established? *Consciousness & Cognition*, 14(2), 377-389.  
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.10.001>
- Huntjens, R. J.C., Verschuere, B., & McNally, R. J. (2012). Inter-identity autobiographical amnesia in patients with dissociative identity disorder. *PLoS ONE*, 7(7), e40580.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040580>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD]* (2011). [Chu, J. A., Dell, P. F., Van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J., Brand, N., Golston, J. C., Courtois, C. A., Bowman, E. S., Classen, C., Dorahy, M., Sar, V., Gelinis, D. J., Fine, C. G., Paulsen, S., Kluff, R. P., Dalenberg, C. J., ... Twombly, J.]. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187.  
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Imhoff, R., & Bruder, M. (2014). Speaking (un-)truth to power: Conspiracy mentality as a generalized political attitude. *European Journal of Personality*, 28(1), 25-43.  
<https://doi.org/10.1002/per.1930>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 131-140.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychires.2005.03.003>
- Johnson, M. K., Hashtroudi, S., & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114(1), 3–28. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.3>
- Kapfhammer, H. P. (2017a). Artificielle Störung. *Nervenarzt*, 68, 549-570.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-017-0337-8>

- Kapfhammer, H.P. (2017b) Artificielle Störungen, Simulation und Körperintegritätsidentitätsstörungen. In H. J. Möller, G. Laux, & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl.) (S. 2429-2462). Springer.
- Kapfhammer, H. P. (2005). Artificielle Störung. In S. Burdach, H. Drexler, M. Hallek, W. Hiddemann, W. H. Hörl, H. Klein, M. Landthaler, K. Mann, J. Mössner, U. Müller-Ladner, J. Reichen, W. Schmiegel, J. O. Schröder, W. Seeger, W. Stremmel, N. Suttorp, L. S. Weilemann, & J. C. Wöhrle (Hrsg.), *Medizinische Therapie* (S. 1384-1388). Springer.
- Kirschen, G. W., Shorey, M. E., Han, J., Leppla, I., Masear, C. G., & Robinson, J. (2023). Dissociative identity precipitated by emergence from general anesthesia: A case report and analytical framework. *Psychiatry Research Case Reports*, 2(2), 100152. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2023.100152>
- Klofstad, C., Christley, O., Diekman, A., Enders, A., Funchion, J., Hemm, A., Kübler, S., Littrell, S., Murthi, M., Premaratne, K., Seelig, M., Verdear, D., Wuchty, S., & Uscinski, J. E. (2024). The new satanic panic. *Political Science Quarterly*, qqae081. <https://doi.org/10.1093/pspquar/qqae081>
- Kluemper, N. S., & Dalenberg, C. (2014). Is the dissociative adult suggestible? A test of the trauma and fantasy models of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 457-476. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.880772>
- Kluft, R. P. (1988). The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(4), 47-58. <https://psycnet.apa.org/record/1991-28045-001>
- Kovacs, B., Caplan, N., Grob, S., & King, M. (2021). Social networks and loneliness during the COVID-19 Pandemic. *Socius*, 7. <https://doi.org/10.1177/2378023120985254>
- Kunda, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108(3), 480-498. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.480>
- Kuyk, J., Spinhoven, P., Van Emde Boas, W., & Van Dyck, R. (1999). Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 713-720. <https://doi.org/10.1097/00005053-199912000-00002>
- Labott, S. M., & Wallach, H. R. (2002). Malingering dissociative identity disorder: objective and projective assessment. *Psychological Reports*, 90(2), 525-538. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.2.525>
- Laddis, A. & Dell, P. F. (2012a). Comparing the symptoms and mechanisms of "dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 139-173. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1194358>
- Laddis, A. & Dell, P. F. (2012b). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 397-413. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.664967>
- Laney, C., & Loftus, E. F. (2008). Emotional content of true and false memories. *Memory*, 16(5), 500-516. <https://doi.org/10.1080/09658210802065939>

- Lanning, K. V. (1992). Satanic Ritual Abuse: A Critical Review. National Center for Missing & Exploited Children. <https://sacred-texts.com/pag/lanning.htm>
- Latour, B., & Woolgar, S. (1979). *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.
- Launay, S., de Mercem, R. G., & Hanak, C. (2023). Dissociative identity disorder: between history and culture. *Psychiatria Danubina*, 35(2), 196-201. [https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb\\_vol35\\_noSuppl%202/dnb\\_vol35\\_no-Suppl%202\\_196.pdf](https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocs/Images/pdf/dnb_vol35_noSuppl%202/dnb_vol35_no-Suppl%202_196.pdf)
- Lazer, D., Baum, M., Benkler, Y., Berinsky, A., Greenhill, H., Menczer, F., Metzger, M., Nyhan, B., Pennycook, G., Rothschild, D., Schudson, M., Sloman, S., Sunstein, C., Thorson, E., Watts, D., & Zittrain, J. (2018). The science of fake news. *Science*, 359, 1094-1096. <https://doi.org/science.aao2998>
- Leitner, A. & Höfner, C. (2020). *Handbuch der Integrativen Therapie* (Aufl. 2). Berlin: Springer.
- Leitner, A., Schigl, B., & Märtens, M. (2014). *Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen*. Wien: Facultas Verlag.
- Liebrand, B. (2020). Zersplitterung nach Therapie. Bedenkliche Auswirkungen der «Rituelle Gewalt Mind-Control»-Theorie. Sekteninfo Nordrhein-Westfalen. <https://sekten-info-nrw.de/information/artikel/esoterik/zersplitterung-nach-therapie---bedenkliche-auswirkungen-der-„rituelle-gewalt-mind-control“-theorie>
- Lilienfeld, S. O., Jay, S., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R., Ganaway, G. K., & Russell, P. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: recalling lessons of the past. *Psychological Bulletin*, 125(5), 507-523. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.507>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472- 486. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>
- Loewenstein, R. J. (1996). Dissociative amnesia and dissociative fugue. In Michelson, L. K., & Ray, W. J. (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 307-336). Springer. [https://doi.org/10.1007/987-1-4899-0310-5\\_15](https://doi.org/10.1007/987-1-4899-0310-5_15)
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229-242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>
- Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (2004). The dissociative disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry VIII* (8<sup>th</sup> ed.) (pp. 1844-1901). Baltimore: Williams & Wilkins. [https://www.researchgate.net/publication/292985331\\_Dissociative\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/292985331_Dissociative_Disorders)
- Lucas, J. (2021). Inside TikTok's booming dissociative identity disorder community. [Internet]. [zitiert 01.02.2025]. <https://www.inverse.com/input/culture/dissociative-identity-disorder-did-tiktok-influencersmultiple-personalities>

- Lühr, K., Zens, C., & Müller-Engelmann, M. (2021). Therapie-Tools Posttraumatische Belastungsstörung (Aufl. 1). Beltz.
- Lynn, S. J., Berg, J., Lilienfeld, S., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., Accardi, M., & Cleere, C. (2012). Dissociative disorders. In M. Hersen & D. C. Beidel (Eds.). *Adult Psychopathology and Diagnosis* (pp. 497-538). John Wiley & Sons.
- Lynn, S. J., Maxwell, R., Merckelbach, H., Lilienfeld, S. O., van Heugten-van der Kloet, D., & Miskovic, V. (2019). Dissociation and its disorders: Competing models, future directions, and a way forward. *Clinical Psychology Review, 73*, 101755.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101755>
- Mangiulli, I., Otgaar, H., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2022). A critical review of case studies on dissociative amnesia. *Clinical Psychological Science, 10*(2), 191-211.  
<https://doi.org/10.1177/21677026211018194>
- Martin, P. & Schroeder, R. W. (2015). Challenges in assessing and managing malingering, factitious disorder, and related somatic disorders. *Psychiatric Times, 32*(10), 19-27.  
<https://www.psychiatrytimes.com/view/challenges-assessing-and-managing-malingering-factitious-disorder-and-related-somatic-disorders>
- McCullumsmith, C. B. & Ford, C. V. (2011). Simulated illness: the factitious disorders and malingering. *Psychiatric Clinics, 34*(3), 621-641.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.013>
- McHugh, P. R. (2008). *Try to remember: Psychiatry's clash over meaning, memory, and mind*. Dana Press.
- McNally, R. J. (2005). Debunking myths about trauma and memory. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(13), 817-822. <https://doi.org/10.1177/070674370505001302>
- Merckelbach, H., Devilly, G. J., & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder: Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review, 22*(4), 481-497.  
[https://10.1016/S0272-7358\(01\)00115-5](https://10.1016/S0272-7358(01)00115-5)
- Merckelbach, H., Jelicic, M., & Pieters, N. (2011). The residual effect of feigning: how intentional faking may evolve into a less conscious form of symptom reporting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 33*(1), 131-139.  
<https://doi.org/10.1080/13803395.2010.495055>
- Merckelbach, H., Lynn, S. J., & Lilienfeld, S. O. (2016). Vissia and co-workers claim that DID is trauma-based. But how strong is their evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*(6), 559-560. <https://doi.org/10.1111/acps.12642>
- Merckelbach, H., Otgaar, H., & Lynn, S. J. (2022). Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000-2018: A Meta-analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 9*(1), 2-26. <https://doi.org/10.1037/cns0000272>
- Michael, T., Munsch, S., & Margraf, J. (2009). Exposition und Konfrontation. Enzyklopädie der Psychologie - Psychotherapeutische Methoden (S. 325-386). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, A. (2011). *Healing the unimaginable: Treating ritual abuse and mind control*. Karnac Books.

- Miller, M. J., Saunders, K. L., & Farhart, C. E. (2016). Conspiracy Endorsement as Motivated Reasoning: the moderating roles of political knowledge and trust. *American Journal of Political Science*, 60(4), 824-844. <https://doi.org/10.1111/ajps.12234>
- Morton, J. (2017). Interidentity amnesia in dissociative identity disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 22(4), 315-330. <https://doi.org/10.1080/13546805.2017.1327848>
- Muhlern, S. A. (1992). Ritual abuse: defining a syndrome versus defending a belief. *Journal of Psychology and Theology*, 20(3), 230-232. <https://doi.org/10.1177/009164719202000313>
- Müller-Vahl, K. R., Pisarenko, A., Jakubovski, 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>
- Nijenhuis, E. R. S. & Van der Hart, O. (2011). Defining Dissociation in trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 469-473. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570599>
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1-23. <https://doi.org/10.1007/bf03379560>
- Olsen, K. A. & Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 247-272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00697.x>
- Olvera, C., Stebbins, G. T., Goetz, C. G., & Kompoliti, K. (2021). TikTok Tics: A pandemic within a pandemic. *Movement disorders clinical practice*, 8(8), 1200-1205. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13316>
- Orth, I. (2015). Der «domestizierte Körper» - Die Behandlung «beschädigter Leiblichkeit» in der integrativen Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2015-orth-i-der-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in/>
- Osten, P. (2019). *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)* (1. Aufl.). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Loftus, E. F. (2019). The return of the repressed: the persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on psychological science: a journal of the association for psychological science*, 14(6), 1072-1095. <https://doi.org/10.1177/1745691619862306>
- Öztürk, E. & Sar, V. (2016). Formation and functions of alter personalities in dissociative identity disorder: A theoretical and clinical elaboration. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 6, 00385. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2016.06.00385>
- Palfrey, J. & Gasser, U. (2020). *Born Digital: Understanding the First Generation of Digital Natives*. Basic Books Verlag.

- Parker, P. E. (1993). A case report of Munchausen syndrome with mixed psychological features. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 34(4), 360–364. [https://doi.org/10.1016/S0333-3182\(93\)71871-X](https://doi.org/10.1016/S0333-3182(93)71871-X)
- Paris, J. (2012). The rise and fall of dissociative identity disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 200(12), 1076-1079. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318275d285>
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2019). Fighting misinformation on social media using crowdsourced judgments of news source quality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(7), 2521-2526. <https://doi.org/10.1073/pnas.1806781116>
- Peters, M. L., Uyterlinde, S. A., Consemulder, J., & Van der Hart, O. (1998). Apparent amnesia on experimental memory tests in dissociative identity disorder: an exploratory study. *Consciousness and Cognition*, 7, 27-41. <https://doi.org/10.1006/ccog.1997.0323>
- Petzold, H.G.(1974k/1996a/2021): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, 7. Aufl. 1994, Paderborn: Junfermann, S. 285-404; revid. In Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann.S. S.59-172. 2021 als e-book in Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie/petzold-wolff-landgrebe-josic-steffan-2000-integrative-traumatherapie-modelle-konzepte-polyl-22-2021> [9.04 MB]
- Petzold, H.G. (1980g). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1980g-die-rolle-des-therapeuten-und-die-therapeutische-beziehung-in-der/>
- Petzold, H. G. (1994c). Metapraxis: die «Ursachen hinter den Ursachen» oder das «doppelte Warum». Skizzen zum Konzept «multipler Entfremdung» und einer «anthropologischen Krankheitslehre» gegen eine individualisierende Psychotherapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2015-petzold-h-g-1994c-metapraxis-die-ursachen-hinter-den-ursachen-oder-das-doppelte/>
- Petzold, H. G. (1997p). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system/>
- Petzold, H. G. (1999p). Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2000-petzold-h-1999p-psychotherapie-der-zukunft-reflexionen-zur-zukunft-und-kultur/>
- Petzold, H. G. (2000h). Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der «Integrativen Therapie» und ihrer biopsychosozialen Praxis. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2019-petzold-h-g-2000h->

[wissenschaftsbegriff-erkenntnistheorie-und-theorienbildung-der-integrativen-therapie-und-ihrer-biopsychosozialen-praxis-chartacolloquium-iii/](#)

- Petzold, H. G.* (2000k/2018). Sinn – Sinnerfahrung – Sinnstiftung als Thema der Psychotherapie heute. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/10-2000-petzold-h-g-2000k-sinn-sinnerfahrung-sinnstiftung-als-thema-der-psychotherapie-heute/>
- Petzold, H. G.* (2001p). "Transversale Identität und Identitätsarbeit ». Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven «klinischer Sozialpsychologie». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2004-2001p-update-10-2001-petzold-h-g-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit/>
- Petzold, H. G.* (2002a). Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer «Dritten Welle» der Entwicklung. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2002-petzold-h-g-2002a-integrative-therapie-in-kontext-und-kontinuum-beginn-einer/>
- Petzold, H.G.* (2002b). Zentrale Modelle und Kernkonzepte der integrativen Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2002-2002b-petzold-h-g-zentrale-modelle-und-kernkonzepte-der-integrativen-therapie/>
- Petzold, H. G.* (2002c). POLYLOGE: Die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht integrativer Therapie und klinischer Philosophie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2006-petzold-h-g-upd-v-2002c-polyloge-die-dialogzentrierung-in-der-psychotherapie-ueber/>
- Petzold, H. G.* (2003a). Integrative Therapie–Modelle, Theorien und Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. Überarb. e. erw. Aufl. von (1992a). Jungfermann
- Petzold, H.G.* (2003e/2006k/2011): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, Gestalt 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, Gestalt 47, 9-52, Teil III, Gestalt 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei www. FPI-Publikationen. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>
- Petzold, H. G.* (2004l). Integrative Traumatherapie und "Trostarbeit" - ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/03-2004-2004l-petzold-h-g-integrative-traumatherapie-und-trostarbeit/>
- Petzold, H. G.* (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der «Informierte Leib», das «psychophysische Problem» und die Praxis. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph/>
- Petzold, H. G.* (2009d). «Macht», «Supervisorenmacht» und «potentialorientiertes Engagement». Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie

verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur «transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement/>

*Petzold, H.G.* (2011e). Integrative Therapie Kompakt 2011. Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie – Materialien zu «Klinischer Wissenschaft» und «Sprachtheorie». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/01-2011-petzold-h-g-upd-2011e-integrative-therapie-kompakt-2011-definitionen-und-kondensate/>

*Petzold, H. G.* (2012a). Einführung zu: «Identität – ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2012a-einfuehrung-zu-identitaet-ein-kernthema-moderner-psychotherapie-im/>

*Petzold, H.G.* (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die «Vier Wege der Heilung und Förderung» und die «14 Wirkfaktoren» als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung – komplexe Humantherapie III. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/15-2012-petzold-h-g-2012h-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege/>

*Petzold, H.G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

*Petzold, H. G.* (2014e). Zweifel I – Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2014-petzold-h-g-2014e-zweifel-i-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie/>

*Petzold, H.G.* (2014i). Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des «depressiven Lebensstils» mit «Bündeln» komplexer Massnahmen in der «Dritten Welle» integrativer Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2014i-integrative-depressionsbehandlung-auf-neurowissenschaftlicher-grundlage/>

*Petzold, H. G.* (2015b). “Green Meditation” – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude/>

*Petzold, H. G.* (2017f). Intersubjektive “konnektivierende Hermeneutik», Transversale Metahermeneutik, «multiple Resonanzen» und die «komplexe Achtsamkeit» der Integrativen Therapie und Kulturarbeit. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/19-2017-petzold-h-g-2017f-intersubjektive-konnektivierende-hermeneutik-transversale/>

- Petzold, H. G. (2021f):* Beunruhigter Zeitgeist: Satanistische Rituale, ritueller Kindesmissbrauch auch in der Schweiz 2021? –Kulturkritische, neuropsychologische und integrativ-therapeutische Anmerkungen zu „Gewissensarbeit“ bei Phänomenen von GEWALT und MISSBRAUCH. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. SUPERVISION 11/2023; <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2021f-2023-beunruhigter-zeitgeist-ritueller-kindsmissbrauch-neuropsychologisch-Superv-11-2023.pdf> und POLYLOGE 26/23 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/26-2023-petzold-h-g-2021f-2023-beunruhigter-zeitgeist-satanistische-rituale-ritueller-kindsmissbrauch-auch-in-der-schweiz-2021-kulturkritische-neuropsychologische/>
- Petzold, H.G., & Josic, Z. (2003).* Integrative Traumatherapie – ein leibtherapeutischer Ansatz nicht-exponierender Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/09-2003-petzold-h-g-zorica-j-int-traumatherapie-ein-leibtherapeutischer-ansatz/>
- Petzold, H. G., Josić, Z., & Erhardt, J. (2006).* *Integrative Familientherapie als „Netzwerkin-tervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. Integrative Suchtarbeit: Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*, 119-157. VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90230-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90230-2_4)
- Petzold, H.G., & Müller, M. (2005).* Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer «klinischen Sozialpsychologie» für die Integrative Supervision und Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>
- Petzold, H. G., & Orth, I. (1993c).* Zur “Anthropologie des schöpferischen Menschen”. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2015-orth-i-petzold-h-g-1993c-zur-anthropologie-des-schoepferischen-menschen/>
- Petzold, H. G. & Orth, I. (2005a).* *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie*. Aisthesis Verlag, Bielefeld und Locarno.
- Petzold, H.G., & Orth, I. (2014a/2023):* Regressionsideologien – linearkausale Wirkungen “früher Störungen» und das «undifferenzierte parentale Paradigma» der Pathogenese und nachsozialisierenden Therapie. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-orth-i-2014a-2023-regressionsideologien-linear-kausale-wirkungen-frueher-stoerungen-und-das-undifferenzierte-parentale-paradigma-der-pathogenese-und-nachsozial/>
- Petzold, H. G., Orth, I., & Sieper, J. (2012).* Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2012-3-4-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013/>
- Petzold, H.G., Schuch, W.(1991)* Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In:Pritz, A., Petzold, H.G., 1991. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn: Junfermann, 371-486. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-schuch-h-1991-grundzuege-des-krankheitsbegriffes-im-entwurf-der-integrativen-therapie/>

- Petzold, H. G., & Sieper, J. (1988b/2017). Die FPI-Spirale – Symbol des «heraklitischen Weges». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/24-2017-petzold-h-g-sieper-j-1988b-2017-die-fpi-spirale-symbol-des-heraklitischen-weges/>
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (2011). Menschenliebe heilt: Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des Henry Dunant. Wien: Krammer.
- Petzold, H. G., & Sieper, J. (2012e). Über sanfte Gefühle, Herzensregungen, «euthyme Erfahrungen» und «komplexe Achtsamkeit» in der «Integrativen Therapie». FPI-Publikationen. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/28-2012-petzold-h-sieper-j-2012e-ueber-sanfte-gefuehle-herzensregungen-euthyme-erfahrung/>
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., & Steffan, A. (2000). Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: van der Kolk et al. (2000), 445-579. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2021-petzold-h-g-wolff-u-landgrebe-b-josic-z-steffan-a-2000-integrative-traumatherapie-modelle-und-konzepte-fuer-die-behandlung-von-patienten-mit-posttraumatischer-b/>
- Pfefferbaum, B. & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19-Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Piedfort-Marin, O., Rignol, G., & Tarquinio, C. (2021). Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques [Dissociative identity disorder : Myths tested by scientific research]. *Annales Médico-Psychologiques*, 179(4), 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.026>
- Pietkiewicz, I. J., Banbura-Nowak, A., Tomalski, R., & Boon, S. (2021). Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 637929. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637929>
- Pridmore, S. (2021). Chapter 23: Factitious Disorder and malingering. <https://eprints.utas.edu.au/287/509/Chapter%2023.%20Factitious%20disorder%20and%20malingering.pdf>
- Punamäki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., de Jong, J. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a palestinian community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 545-551. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.545>
- Pulman, A. & Taylor, J. (2012). Munchausen by internet: current research and future directions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(4), e115. <https://doi.org/10.2196/jmir.2011>
- Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1994). The switch process in multiple personality disorder and other state-change disorders. In R. M. Klein & B. K. Doane (Eds.), *Psychological concepts and dissociative disorder* (pp. 283-304). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated

- dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e:39279. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039279>
- Rieber, R. W. (2006). *The bifurcation of the self: The history and theory of dissociation and its disorders*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/0-387-27414-6>
- Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H., Reddemann, L., & Gast, U. (2011). Axis-1 comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 122-131. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318208314e>
- Rogers, R., Bagby, M., & Rector, N. (1989). Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1312-1314. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.10.1312>
- Rosen, M. L., Rodman, A. M., Kasperek, S. W., Mayes, M., Freeman, M. M., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N., McLaughlin, K. A. (2021). Promoting youth mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *PLoS One*, 16(8):e0255294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255294>
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30286-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30286-7)
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17. [https://doi.org/10.1300/J229v03n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v03n01_02)
- Ross, C. A., Ferrell, L., & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 79-90. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.834861>
- Ross, C. A., Norton, G., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(5), 413-418. <https://doi.org/10.1177/070674378903400509>
- Sachse, U. (2011). Retraumatisierung durch Psychotherapie – Schlag-Wort oder Gefahr? Integrative Therapie. *Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, (37) 1/2, 193-210. FPI-Publikation. <https://www.fpi-publikation.de/integrativetherapie/2011-1-2-sachsse-u-retraumatisierung-durch-psychotherapie-schlag-wort-oder-gefahr/>
- Salter, M., Brand, Bethany, Robinson, M., Loewenstein, R., Silberg, J., & Korzekwa, M. (2025). Self-Diagnosed cases of dissociative identity disorder on social media: conceptualization, assessment, and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 33(1), 41-48. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000416>
- Sar, V., Krüger, C., Martinez, A., & Middleton, W. (2013). Sociocognitive and posttraumatic models of dissociation are not opposed. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(5), 439-440. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e112b>
- Sar, V., & Öztürk, E. (2006). What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4, 7-20. [https://doi.org/10.1300/J189v04n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J189v04n01_02)

- Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Luechinger, R., Van Osch, M. J. P., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: A controlled fMRI perfusion study. *PLoS ONE*, 9(6): e98795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795>
- Schreiber, F. R. (1973). *Sybil. The true story of a woman possessed by 15 separate personalities*. US: Henry Regnery Company.
- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie, *Integrative Therapie* 2, 145-202
- Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>
- Smith, M., & Pazder, L. (1981). *Michelle remembers*. New York: Pocket Books.
- Schnell, T. (2014). *Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen. Lösungswege für die Psychotherapie schwieriger Patienten*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55076-8>
- Spanos, N. P. (1996). Multiple identities & false memories: A sociocognitive perspective. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10216-000>
- Spiegel, D. (2006). Recognizing traumatic dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 566-568. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.566>
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(12), 17-45. <https://doi.org/10.1002/da.20923>
- Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H. J., Lucht, M., Stieglitz, R. D., Schneider, W., & Freyberger, H. J. (2003). Gender differences in dissociation. *Psychopathology*, 36, 65-70. <https://doi.org/10.1159/0000070360>
- Statistisches Bundesamt (2024). Anteil der Nutzer von TikTok nach Altersgruppen und Geschlecht weltweit im Jahr 2024. Zitiert nach de.statista.com, abgerufen am 08.03.2025. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1247328/umfrage/anteil-der-tiktok-nutzer-nach-altersgruppen-und-geschlecht-weltweit/>
- Sutherland, A. J. & Rodin, G. M. (1990). Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics*, 31, 392-399. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72133-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72133-0)
- Talmon, A., & Ginzburg, K. (2018). The differential role of narcissism in the relations between childhood sexual abuse, dissociation, and self-harm. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5320-NP5339. <https://doi.org/10.1177/0886260518799450>
- Taylor, S. & Hyler, S. E. (1993). Update on factitious disorders. *Psychiatry in Medicine*, 23, 81-94. <https://doi.org/10.2190-GQ1D-JJE1-5H1E>

- Thigpen, C. H., & Cleckley, H. (1954). A case of multiple personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(1), 135–151. <https://doi.org/10.1037/h0057795>
- Thomas, A. (2001). Factitious and malingered dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 59-77. [https://doi.org/10.1300/J229v02n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J229v02n04_04)
- Thomas, A., & Loftus, E. F. (2002). Creating bizarre false memories through imagination. *Memory & Cognition*, 30(3), 423-431. <https://doi.org/10.3758/BF03194942>
- Totzeck, C. (2019). Artificielle (vorgetäuschte) Störungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2* (4. Aufl.) (S. 445-454). Springer.
- Trautmann, R. L., & Erskine, R. G. (1981). Ego state analysis: a comparative view. *Transactional Analysis Journal*, 11(2), 178-185. <https://doi.org/10.1177/036215378101100218>
- Vaduganathan, M., McCullough, S. A., Fraser, T. N., & Stern, T. A. (2014). Death due to Munchausen Syndrome: A case of idiopathic recurrent right ventricular failure and a review of the literature. *Psychosomatics*, 55(6), 668-672. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.013>
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2013). The differential susceptibility to media effects model. *Journal of Communication*, 63(2). <https://doi.org/10.1111/jcom.12024>
- Vall-Roqué, H., Andrés, A., & Saldaña, C. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among adolescent and young women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110293. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110293>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20(3), 314-325. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(85\)90061-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(85)90061-7)
- Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-382. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00006-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00006-2)
- Velsor, S. & Rogers, R. (2018). Differentiating factitious psychological presentations from malingering: implications for forensic practice. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bsl.2365>
- Vissia, E. M., Giesen, M. E., Chalavi, S., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Brand, B. L., & Reinders, A. A. T. S. (2016). Is it trauma- or fantasy-based? Comparing dissociative identity disorder, post-traumatic stress disorder, simulators, and controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 111-128. <https://doi.org/10.1111/acps.12590>
- Vrzal, M. (2020). QAnon as a variation of a Satanic conspiracy theory: an overview. *Theory and Practice in English Studies*, 9(1-2), 45-66. <https://digilib.phil.muni.cz/node/14128>

- Wallis, H., Vogel, M., Junne, F., & Binneböse, M. (2023). Dissoziation: ein transdiagnostisches Phänomen. *Die Psychotherapie*, 68(2), 141-154. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00641-7>
- Welburn, K. R., Fraser, G. A., Shelley, A. J., Cameron, C., Webb, L. N., & Raine, D. R. (2003). Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(2), 109-130. [https://doi.org/10.1300/J229v04n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J229v04n02_07)
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and social psychology*, 61(4), 590-597. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.4.590>
- World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (1993). *ICD-10: International classification of diseases* (10<sup>th</sup> revision).
- Yoon, D., Gil, S., Trumbull, J., & Lim, S. (2024). TikTok and the Prevalence of Self-Diagnoses and Psychological Disorders Among Teen Users. *Journal of Student Research*, 13(1). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i1.6317>