

Trauma Kultur Gesellschaft

Herausgegeben von Ursula Gast, Reinhold Görling,
Christian Gudehus, Andreas Hamburger,
Gabriele Schwab, Jürgen Straub, Annette Streeck-Fischer,
Wolfgang Wöller und David Zimmermann

2
2024

Dissoziation



Psychosozial-Verlag

Impressum Trauma Kultur Gesellschaft

ISSN 2752-2121 (print)
ISSN 2752-213X (digital)
www.psychosozial-verlag.de/tkg
2. Jahrgang, 2024, Heft 2
<https://doi.org/10.30820/2752-2121-2024-2>

Herausgeberinnen und Herausgeber:
PD Dr. Ursula Gast,
Prof. Dr. Reinhold Görling,
PD Dr. Christian Gudehus,
Prof. Dr. Andreas Hamburger,
Prof. Dr. Gabriele Schwab,
Prof. Dr. Jürgen Straub,
Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer,
PD Dr. Wolfgang Wöller,
Prof. Dr. David Zimmermann

Derzeit geschäftsführend:
PD Dr. Christian Gudehus,
Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer

Redaktionelle Assistenz:
Alexander Husenbeth

Manuskripte:
Die Herausgeberinnen und Herausgeber freuen sich über die Zusendung von Manuskripten, die im Peer-Review-Verfahren begutachtet werden: traumakulturgesellschaft@ipu-berlin.de
Bitte beachten Sie dazu die Schreibanweisungen der *Trauma Kultur Gesellschaft*.

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Verlag, Abonnementbetreuung:
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstraße 10
35390 Gießen
Tel.: 0641/969978-26
Fax: 0641/969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:
Jahresabonnement 65,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 22,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten 25 % Rabatt auf das Abonnement (gegen Nachweis).
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Anzeigen:
Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag: anzeigen@psychosozial-verlag.de
Die Anzeigenpreise finden Sie in den auf der Verlagshomepage hinterlegten Mediadaten.

Copyright:
© 2024 Psychosozial-Verlag GmbH & Co KG, Gießen
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

Dissoziation Editorial <i>Wolfgang Wöller, Ursula Gast & Reinhold Görling</i>	5
Und es gibt sie doch ... Die dissoziative Identitätsstörung und die aktuelle Kontroverse um die Erkrankung <i>Ursula Gast</i>	9
Der sogenannte ›Täterkontakt‹ – ein simplifizierender Begriff für komplexe Bindungen <i>Wiebke Pape</i>	35
Gewalt und Intimität Zu ALL EURE GESICHTER (2023) von Jeanne Herry und DAS WOLFSHAUS (2018) von Joaquín Cociña und Cristóbal León <i>Reinhold Görling</i>	53
Das Shmoo Therapeutisches Feld, Figurabilität und die Ko-Konstruktion psychischer Struktur <i>Silvia Bahl</i>	65
Trance- und Besessenheitszustände Dissoziative Bewusstseinsstörungen im kulturellen Kontext <i>Wolfgang Wöller</i>	77

Jetzt abonnieren
und attraktive Prämien und Rabatte sichern!

Trauma Kultur Gesellschaft



<http://psychosozial-verlag.de/tkg-abo>

Im **Schnupperabo** erhalten Sie zwei Hefte zum Preis von einem:
22,90 € statt 45,80 €.

Bis vier Wochen nach Erhalt der zweiten Ausgabe steht Ihnen ein Sonderkündigungsrecht zu. Wenn Sie bis dahin nicht kündigen, erhalten Sie die Zeitschrift im regulären Jahresabonnement (vier Ausgaben zum Preis von jährlich 65,90 €).

Im **Prämienabo** erhalten Sie als Einführungsangebot das Jahresabo mit 35 % Rabatt zum Preis von 42,84 € statt 65,90 €.

Wenn Sie das Prämienabo nicht bis acht Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraums kündigen, verlängert es sich zum regulären Preis von 65,90 €.

Zum Prämienabo können Sie eine der folgenden Buchprämien wählen:

Dreiner: *Trauma verstehen und bewältigen*

Straub: *Psychologie ohne Individuum?*

Hirsch: *Trauma*

Wöller: *Dissoziation*

Rumpel et al. (Hg.): *Weiterleben nach Flucht und Trauma*

Studierende erhalten mit Nachweis 25% Rabatt auf das reguläre Abonnement. Rabatte können nicht kumuliert werden. Die Preise verstehen sich jeweils zzgl. Versandkosten (jährlich Inland: 9 €, Ausland: 19 €).



Dissoziation

Editorial

Trauma Kultur Gesellschaft, 2(2), 2024, 5–8
<https://doi.org/10.30820/2752-2121-2024-2-5>
<http://www.psychosozial-verlag.de/tkg>

Was verstehen wir unter dissoziativen Phänomenen? Wir kennen sie aus dem Alltag, wenn wir >wegdriften< und für einen Moment oder längere Zeit gleichsam >in einer anderen Welt< sind. Wir tauchen spontan in Zustände der Absorption ein: beim Tagträumen oder bei der Ausübung einfacher Tätigkeiten mit geringer kognitiver Anforderung wie beim gleichmäßigen Fahren langer Strecken auf der Autobahn. Auch beim Konsum von Angeboten des Internets können sich Absorptionsphänomene einstellen: Nicht wenige Menschen verlieren das Zeitgefühl und den Kontakt zur äußeren Welt, wenn sie sich im Internet bewegen. Manche Formen der Abkopplung von der äußeren Realität können adaptive Funktionen haben, gleichsam eine >Auszeit< gewähren, indem sie die Sorgen des Alltags an den Rand des Bewusstseins drängen; sie können aber auch eine Flucht vor der Realität darstellen und zur sozialen Isolation führen. Absorptionsphänomene finden sich auch in sogenannten >Flow-Zuständen< und Momenten künstlerischer Kreativität. Veränderte Bewusstseinszustände treffen wir ebenfalls in ritualisierten Trancezuständen an, die heute vor allem in nicht-westlichen Kulturen, oft in Verbindung mit Erfahrungen von Besessenheit, vorkommen.

Auf der anderen Seite haben wir es auch mit Dissoziationen zu tun, die in so hohem Maße die Alltagsfunktionalität beeinträchtigen, dass wir sie dem pathologischen Pol

des Spektrums dissoziativer Phänomene zuordnen müssen. Wenn wir uns nicht an Vergangenes erinnern können, obwohl es bedeutsam war, oder nur unscharfe, verschwommene Erinnerung an wichtige Ereignisse haben, sprechen wir von >dissoziativen Amnesien< und >Lücken in der Kontinuität der Erinnerung<. Sie können Minuten, aber auch Stunden oder Tage andauern; mitunter fehlt die Erinnerung für Jahre der eigenen Biografie. In Zuständen der Depersonalisation und Derealisation ist uns die Umgebung fremd, der eigene Körper ist verändert, die Welt wirkt eigenartig blass und unwirklich, wie hinter einer Glaswand. Betroffene können die Kontrolle über ihre Sensibilität und Motorik verlieren: Teile des Körpers werden gefühllos, Lähmungen der Extremitäten treten auf, Sinnesmodalitäten wie das Sehen, Riechen, Hören oder Schmecken sind verändert oder stehen ihnen nicht mehr zur Verfügung. Dissoziative Anfälle, die epileptischen Anfällen täuschend ähnlich sind, stellen Klinikerinnen und Kliniker vor ungewohnte Herausforderungen. Multiple Spaltungen der Persönlichkeit können die Folge chronisch dissoziativer Prozesse sein. Bei schweren Formen der Dissoziation treten abgespaltene Anteile der eigenen Persönlichkeit – mitunter kindliche oder destruktive Persönlichkeitsanteile – in den Vordergrund und übernehmen die Kontrolle über die Gestaltung des Alltags. Bei der dissoziativen Identitätsstörung erken-

nen wir eine fragmentierte Selbststruktur, bei der jeder Selbstanteil für eine einzelne Selbstfunktion verantwortlich ist (Dell & O'Neil, 2009; Gast & Wirtz, 2022; Wöller, 2020).

Die Beispiele geben nur einen ersten Einblick in die Breite und Fülle der dissoziativen Phänomene. Das Spektrum dissoziativer Phänomene kann als ein Kontinuum aufgefasst werden, das von alltäglichen Erfahrungen bis zu belastenden und krankheitswertigen Störungsbildern reicht. Allgemein zeichnen sich dissoziative Prozesse dadurch aus, dass wichtige psychische Funktionen teilweise oder vollständig unterbrochen sind. Das kann auf unterschiedlichen psychologischen und psychophysiologischen Ebenen geschehen; grundsätzlich kann jeder psychophysische Prozess und jede psychologische oder körperliche Funktion davon betroffen sein. Je nachdem, in welchem Ausmaß die dissoziativen Phänomene auftreten, können sie schützende Funktionen haben oder zu schweren Beeinträchtigungen und Leiden führen.

Bei schweren Formen dissoziativer Störungen finden wir so gut wie immer ausgeprägte Traumatisierungen in der Vorgeschichte. Dissoziationen können überlebensnotwendig sein, indem sie eine Person, die traumatischen Erfahrungen ausgesetzt ist, davor schützen, von der überwältigenden Intensität und bedrohlichen Qualität ihrer Erinnerungen überflutet zu werden. Sie sichern die Alltagsfunktionalität in einem traumatischen Beziehungskontext, können aber, je nach Intensität, auch selbst das Funktionieren im Alltag beeinträchtigen. So kann aus dem ursprünglichen Schutzmechanismus in der Notsituation im weiteren Verlauf eine schwere Beeinträchtigung werden.

Besonders wenn die Misshandlungen und Übergriffe durch frühe Bezugsperso-

nen verübt werden, können dissoziative Reaktionsmuster einen Ausweg aus einem unlösbaren Beziehungsdilemma bieten. Dissoziative Mechanismen können dann der einzige Ausweg sein, der Betroffenen bleibt, wenn sie die Hilfe, Schutz und Trost bei einer Bezugsperson suchen müssen, die gleichzeitig die Quelle von Schädigung und Misshandlung ist. Was in den dissoziativen Selbst-States abgespeichert ist, ist weder verdrängt noch verarbeitet. Stern (2003) spricht von ›unformulierter Erfahrung‹, die nicht gedanklich oder sprachlich symbolisiert ist, die nicht gewusst oder reflektiert werden kann, sondern von der Alltagserfahrung abgeschnitten ist. Der oft beschriebene Zustand des ›Wissens und Nichtwissens‹ deutet darauf hin, dass das Wissen um das traumatische Geschehen in einem Bewusstseinszustand repräsentiert und in einem anderen nicht repräsentiert ist.

Die Auswirkungen, die dissoziative Phänomene nicht nur in persönlicher, sondern auch in gesellschaftlicher Hinsicht haben, sind erheblich. Auch hier manifestiert sich die Doppelgesichtigkeit der Dissoziation: So funktional es für viele Menschen sein kann, sich mittels dissoziativer Mechanismen vor überflutenden negativen Emotionen zu schützen, so kritisch sollte die ebenfalls auf dissoziativen Mechanismen beruhende Tendenz gesehen werden, die massenhafte Existenz von Unrecht und Gewalt zu leugnen und vor bedrohlichen Realitäten der Gegenwart die Augen zu verschließen.

In den Beiträgen von *Ursula Gast* und *Wiebke Pape* geht es um genau diesen Spannungsbogen – Dissoziation im Sinne individueller Widerstands- und Anpassungsleistung einerseits und (kollektiver) Verleugnung andererseits als Antwort auf Extremtraumata: Bei der Therapie von Betroffenen von organisierter Gewalt und

Verfolgung wird diese Dialektik oft zu einer schwer erträglichen Spannung. Die Reflexion dieser Spannung durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin und das jeweilige Team ist unabdingbar und wichtig (Ottomeyer, 2011). Eine entsprechende Reflexion ist zudem auch im (trans-)disziplinären und gesellschaftlichen Diskurs erforderlich, um Verleugnung, Ausgrenzung und eine Täter-Opfer-Umkehr (*victim blaming*) zu überwinden. Sie ist Voraussetzung dafür, sich im therapeutischen Prozess auch auf verstörende und irritierende Abgründe einzulassen, mit denen wir in der Begleitung Betroffener in Kontakt kommen können. Im Beitrag von *Ursula Gast* wird die dissoziative Identitätsstörung vor dem Hintergrund dieses Spannungsbogens beschrieben und die aktuellen, polarisierenden medialen und wissenschaftlichen Angriffe als mögliche Backlash-Bewegung auf Befunde der Aufarbeitungskommissionen zu Fragen des sexuellen Missbrauchs eingeordnet. Es wird gezeigt, wie die Traumadynamik immer wieder auf verschiedenen Ebenen reflektiert werden muss, um Polarisierungs- und Abwehrprozessen entgegenzuwirken und um stimmige Angebote für und mit Betroffenen zu entwickeln. *Wiebke Pape* beschreibt den emotional schwierigen und oft bedrängenden therapeutischen Weg, den Betroffene gehen müssen, um sich aus organisierten Gewaltstrukturen zu lösen. Sie macht deutlich, welche existenziellen Herausforderungen und Ängste damit verbunden sind. Sie beschreibt aber auch, wie bereichernd und lohnend der therapeutische Weg für Betroffene und auch für Begleitende sein kann.

Die Beiträge von *Reinhold Görling* und *Silvia Bahl* nähern sich den Dynamiken dissoziativer Störungen nicht aus der Perspektive der Diagnostik, sondern richten ihr Augenmerk auf spezifische Dimen-

sionen der Chancen und Probleme, die sich aus der Bemühung von Menschen ergeben können, dissoziative Dimensionen in ihr Selbst zu integrieren. In Resonanz vor allem zum Beitrag von Pape geht es im Essay von *Reinhold Görling* um zwei Filme, die sich mit der Täter-Opfer-Beziehung beschäftigen. *ALL EURE GESICHTER* (2023) handelt über die *Justice restaurative*, ein 2014 in Frankreich eingerichtetes Projekt, das von der Annahme ausgeht, dass Situationen der Gewalt selbst schon von einer Dissoziation charakterisiert sind, welche die Wahrnehmung des Anderen betrifft oder unmittelbar aus ihr hervorgeht. In der stellvertretenden Begegnung von Opfern von Raubüberfällen mit Tätern in Gruppengesprächen oder auch der direkten Begegnung im Falle einer familiären Gewalterfahrung behandelt der auf umfangreicher Recherche basierende Spielfilm von *Jeanne Herry* die Chancen, die sich ergeben können, wenn in der Begegnung von Täter und Opfer zumindest Dimensionen einer Responsivität entstehen. Der chilenische Animationsfilm *DAS WOLFSHAUS* (2018) hingegen versucht mit einer sehr speziellen und aufwendigen cinematografischen Technik einer kontinuierlichen Metamorphose von Bild und Ton die psychische Dynamik zu verdeutlichen, in die eine Jugendliche gerät, als sie versucht, sich aus der durch jahrelangen psychischen Missbrauch hervorgerufenen Abhängigkeit vom Täter zu lösen. Der Film bezieht sich dabei auf die Geschehnisse in der vom Deutschen Paul Schäfer in Südchile gegründeten *Colonia Dignidad*; doch gerade die Präzision, in der er dies darstellt, macht ihn zu einer allgemeinen filmischen Analyse der inneren Dynamik von Täter-Opfer-Beziehungen. Der Beitrag von *Silvia Bahl* diskutiert aktuelle Konzepte und Metaphern, welche sich dem therapeutischen Bezug auf Dis-

soziationen widmen, die vornehmlich aus frühen Bindungstraumata resultieren. Sie bewohnen die Psyche als »unrepräsentierte mentale Zustände«, also Dimensionen des psychischen Erlebens, die nie eine Symbolisierung erfahren haben und in die Bildung von psychischen Strukturen nicht eingegangen sind. Gleichwohl sind sie als unverbundene seelische Qualitäten wirksam. Unter Rückgriff auf den schon Mitte der 1920er Jahre von Kurt Lewin geprägten Begriff des psychischen Feldes, der u. a. von Wilfred R. Bion aufgegriffen wurde, werden entlang der Vorschläge von Howard B. Levine und anderen Möglichkeiten diskutiert, wie ihr Auftauchen im dialogischen therapeutischen Prozess zur Bildung psychischer Strukturen führen kann.

Unter einem transkulturellen Blickwinkel kommt die Breite des Spektrums dissoziativer Phänomene auch im Beitrag von *Wolfgang Wöller* zu dissoziativen Trance- und Besessenheitsphänomenen zum Ausdruck. Diese können in Abhängigkeit vom jeweiligen kulturellen Kontext akzeptiert sein und gesellschaftlich geschätzte Funktionen übernehmen, aber auch im Gefolge psychischer Traumatisierungen auftreten und mit schwerer Pathologie und Leiden verbunden sein.

*Wolfgang Wöller,
Ursula Gast & Reinhold Görling
im April 2024*

Literatur

- Dell, P.F. & O'Neil, J.A. (Hrsg.). (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. Routledge.
- Gast, U. & Wirtz, G. (Hrsg.). (2022). *Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen. Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele*. Klett-Cotta.
- Levine, H.B., Reed, G.S. & Scarfone, D. (Hrsg.). (2013). *Unrepresented States and the Construction of Meaning: Clinical and Theoretical Contributions*. Karnac.
- Ottomeyer, K. (2011). Traumatherapie zwischen Widerstand und Anpassung. *Journal für Psychologie*, 19(3). <https://journal-fuer-psychologie.de/article/view/89>
- Stern, D.B. (2003). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Routledge.
- Wöller, W. (2020). *Dissoziation*. Psychosozial-Verlag.

Und es gibt sie doch ...

Die dissoziative Identitätsstörung und die aktuelle Kontroverse um die Erkrankung¹

Ursula Gast

Trauma Kultur Gesellschaft, 2(2), 2024, 9–33
<https://doi.org/10.30820/2752-2121-2024-2-9>
<http://www.psychosozial-verlag.de/tkg>

Zusammenfassung: Die dissoziative Identitätsstörung wird als schwere Bindungsstörung und Traumafolgestörung angesehen und gilt hinsichtlich der Diagnosestellung und Behandlung als anspruchsvoll. Im Beitrag geht es um die Kontextualisierung der gegenwärtigen Debatte über diese Erkrankung. Dabei werden zunächst die aktuellen, polarisierenden medialen und wissenschaftlichen Angriffe skizziert und als mögliche Backlash-Bewegung auf die erschütternden Befunde der Aufarbeitungskommission zu Fragen des sexuellen Missbrauchs eingeordnet. In diesem Zusammenhang wird auch das Spannungsfeld zwischen Traumatherapie einerseits und Rechtspsychologie andererseits beschrieben sowie die schwierige Frage zur Validität von Erinnerungen im Kontext dissoziativer Erkrankungen. Anschließend wird das Störungsbild der dissoziativen Identitätsstörung vorgestellt, einschließlich der klinischen Symptome und der Möglichkeit ihrer evidenzbasierten Behandlung. Es folgt die Rezeptionsgeschichte der Erkrankung, wobei eine charakteristische Traumadynamik herausgearbeitet wird. Diese der Störung inhärente Dynamik ist dabei auch systemisch und gesellschaftlich wirksam, begünstigt kollektive Abwehrprozesse und führt zu Fehlvorstellungen und Mythenbildung über die Erkrankung. Schließlich wird gezeigt, wie diese Dynamik immer wieder auf verschiedenen Ebenen reflektiert werden muss, um Polarisierungs- und Abwehrprozessen entgegenzuwirken und um stimmige Angebote für und mit Betroffenen zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Behandlungsmöglichkeiten, dissoziative Identitätsstörung, Kontroverse, organisierte Gewalt, sexueller Missbrauch von Kindern, gesellschaftliche Verantwortung, Stigmatisierung

»Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter.«²

Christine Bergmann (2011)

»The ordinary response to atrocities is to banish them from consciousness. Certain violations of the social compact are too terrible to utter aloud: this

1 Auszüge dieses Beitrags erschienen erstmals in Becker (2022). Diese wurden umfassend überarbeitet und aktualisiert. Die Übernahme erfolgt mit Genehmigung des Verlags.

2 Dies ist das Motto der 2010 initiierten bundesweiten Informationskampagne von Christine Bergmann, Bundesministerin a. D. und Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs.

is the meaning of the word *unspeakable*. Atrocities, however, refuse to be buried.«³

Judith L. Herman (1992, S. 1)

Einleitung

In diesem Artikel geht es um schwerste Vernachlässigung sowie Gewalt und Folter an Kindern in unserer Gesellschaft. Betroffene leiden ein Leben lang unter den Folgen und können – neben anderen Traumafolgen – eine dissoziative Identitätsstörung (DIS) entwickeln. An diesem Störungsbild entfaltet sich eine komplexe wissenschaftliche und gesellschaftliche Dynamik und transportiert in besonderer Weise die von Judith Herman beschriebene Traumadialektik. Dabei geht es nicht nur um die individuelle Verletzung, sondern auch um den von Herman (1992) angeführten Gesellschaftsvertrages (*social compact*). Im Beitrag wird ausgelotet, was zu einer Erneuerung dieses Gesellschaftsvertrages und zur Unterstützung eines individuellen Heilungsprozesses beitragen könnte, und wo es Hindernisse gibt. Es geht um Anerkennung von Unrecht und Leid auf individueller, aber auch institutioneller und gesellschaftlicher Ebene, wie es sich die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs zum Ziel gesetzt hat (UKASK, 2019, S. 15). Die Anerkennung des Leides für Betroffene mit DIS ist hierbei eng verbunden mit der Akzeptanz des Störungsbildes sowie den daraus erwachsenen

Implikationen, nicht nur für die psychotherapeutische Versorgung, sondern auch für die sozial- und strafrechtlichen Belange der Betroffenen. Hierzu müssen berufsübergreifende Lösungsansätze erarbeitet werden, um polarisierende disziplinaire und transdisziplinäre Debatten, insbesondere zwischen Psychotraumatologie und Justiz, zu überwinden und betroffenengerechte Angebote zu erarbeiten. Vor diesem Hintergrund ist der Beitrag geschrieben.

Medienkrieg und *memory war*

Bei der dissoziativen Identitätsstörung handelt es sich um ein traditionelles Krankheitsbild, das seit dem Entstehen der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin beschrieben wurde. Als schwere Trauma- und Bindungsstörung (Falkai & Wittchen, 2015, S. 397) ist sie nach DSM-5 ähnlich häufig wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung (ebd., S. 402) und erfüllt zudem alle Kriterien, um in die offiziellen psychiatrischen Manuale Eingang zu finden (Gleaves, May & Cardena, 2001). Das Störungskonzept enthält das Potenzial, sogenannte »Non-Responder«, also Therapiesuchende, die auf bisherige Angebote nicht ausreichend ansprechen, erfolgreich zu behandeln und chronifizierte Verläufe zu verhindern (Loewenstein, 2018; Loewenstein & Brand, 2023). Trotz dieser wissenschaftlichen Datenlage schlägt der Diagnose bis heute professionelle Skepsis entgegen. Diese Skepsis eskalierte im vergangenen Jahr mit verschiedenen Aktionen im Gesundheits- und Beratungswesen: In der Schweiz kam es – unter erhebli-

3 »Gewalttaten verbannt man aus dem Bewusstsein – das ist eine normale Reaktion. Bestimmte Verletzungen des Gesellschaftsvertrages sind zu schrecklich, als dass man sie laut aussprechen könnte: Das ist mit dem Wort »unsagbar« gemeint. Doch Gewalttaten lassen sich nicht einfach begraben« (zitiert nach der deutschen Ausgabe von 1994, S. 9).

chem Mediendruck (Rehmann & Stämpfli, 2021) – zu kantonalen Untersuchungen vormals renommierter Traumastationen (LEXPERIENCE, 2022), zu Entlassungen und zum Aufnahmestopp bisheriger Therapiesuchender mit DIS-Diagnosen. Angeblich – so der Vorwurf – seien die DIS- und die Trauma-Diagnose leichtfertig vergeben worden (Hehli, 2023). Den Hintergrund bildeten einzelne Fehldiagnosen, die generalisiert und zum Anlass genommen wurden, das gesamte Störungskonzept infrage zu stellen. Darüber hinaus wurde die Traumatherapie-Szene in Deutschland und in der deutschsprachigen Schweiz in Gänze diskreditiert und von einem regelrechten »Medienkrieg« heimgesucht. Parallelen zum sogenannten *memory war*, der vor 30 Jahren in den USA eskalierte, sind offenkundig (Weidinger, 2024). Ähnlich wie damals wurden traumatherapeutische Fachkräfte beschuldigt, »ihren Klienten im großen Stil Scheinerinnerungen von Missbrauch [zu] suggerieren. Zuletzt ging es sogar um organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt« (ebd., S. 3). In Deutschland wurden ähnliche Vorwürfe im *SPIEGEL* (z. B. Lakotta & Piltz, 2023) erhoben und kurz darauf eine renommierte kirchliche Beratungsstelle geschlossen (*ZEIT Online*, 2023). Begründet wurde dies damit, dass in der psychotherapeutischen und juristischen Fachwelt der professionelle Umgang mit dem Thema rituelle Gewalt umstritten sei (ebd.). In der Tat, auch in der Fachwelt gibt es eine polarisierte Debatte darüber.

Die Konfliktlinie zeichnet sich dabei vor allem zwischen Traumatherapeut:innen, die Betroffenen mit DIS-Diagnose behandeln, und einer Gruppe von Rechtspsycholog:innen ab. Erstere sehen ihre Aufgabe darin, Betroffene von schwerer Gewalt und Vernachlässigung zu begleiten, um deren Leid zu lindern und »damit Missstän-

den [zu] begegnen, die eigentlich gesellschaftlich zu verantworten und gemeinsam zu tragen sind« (Sack, 2023, S. 294). Das Thema der organisierten Gewalt brauche daher »mehr Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, und [...] eine lebendige und offene Debatte über Möglichkeiten der Hilfe« (ebd.). Hierzu gehört auch, die Schilderungen von Betroffenen über erlittene psychische Manipulationen im Kontext der Gewalttaten ernst zu nehmen und sie nicht als Verschwörungsnarrative abzutun. Entsprechende Forschungen dazu wurden von der Hamburger Arbeitsgruppe (z. B. Nick et al., 2018; Nick et al., 2019; Schröder et al., 2018; Schröder et al., 2020) in Kooperation mit der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK) durchgeführt.

Diese Forschungen werden nun von der erwähnten Gruppe von Rechtspsycholog:innen massiv angegriffen: Es werden darin »rückwärtsgewandte Entwicklungen« (Niehaus & Krause, 2023a, S. 1) gesehen, welche die Errungenschaften im Sexualstrafverfahren zur Reduzierung von Fehlerwahrscheinlichkeiten, insbesondere die Methode der Glaubwürdigkeitsbeurteilung, gefährden würden. Sie werfen der Arbeitsgruppe vor, Scheinerinnerungen zu leugnen, Verschwörungserzählungen und dem »Einsickern des Irrationalen in die Wissenschaft« durch »methodisch fragwürdige Bemühungen um Belege für rituelle Gewalt mit Mind Control« (Niehaus & Krause, 2023b, S. 13; siehe auch Niehaus & Krause, 2023a) Vorschub zu leisten.

Dieser ungelöste interdisziplinäre Konflikt wird vom Nationalen Rat ausdrücklich als Problem im Kampf gegen sexuellen Missbrauch angeführt (Nationaler Rat, 2021, S. 69). Der Rat setzt sich dafür ein, »das Spannungsfeld zwischen Aussage-

psychologie und Traumapsychologie« sowie die »Ausgestaltung der Glaubhaftigkeitsbegutachtung« zu diskutieren. Dabei gilt es, »Formate [zu] entwickeln, wie es hier zu einer fachlichen und betroffenen-sensiblen Weiterentwicklung kommen kann« (ebd.). Solche interdisziplinären Formate sind in der Tat dringend erforderlich, um die Konflikte zwischen Aussagepsychologie und Traumapsychologie fair zu diskutieren und Lösungen zu erarbeiten. Denn an diesem Spannungsfeld entzündeten sich zurzeit »Medienkrieg« und *memory war*. Sie sind jedoch untaugliche Mittel zur Klärung von Sachverhalten, denn bekanntermaßen ist das erste Opfer im Krieg die Wahrheit. Und Wahrheitsfindung wiederum ist wesentlicher Faktor bei der Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs, der sich in seiner Dimension als »Pandemie« erweist (so der Unabhängige Beauftragte zu Fragen des sexuellen Missbrauchs Johannes-Wilhelm Rörig in Berlin am 11. Mai 2020). Ähnlich wie während der Corona-Pandemie führt das Offenkundig-Werden des ganzen Ausmaßes dieser »Pandemie« zur gesellschaftlichen Erschütterung, zu schwerem Vertrauensverlust und zur Konfrontation mit der eigenen Verletzlichkeit. Es gilt, diese Erschütterung gemeinsam auszuhalten und zu vermeiden, in bekannte reflexartige Abwehrstrategien zu verfallen. Zu letzteren gehören die Verleugnung des Missbrauchs und ihrer Folgen ebenso wie das Vorgeben von Gewissheiten, die es nicht gibt. Diese Strategien beruhigen zwar, weil dadurch Ambivalenzen, Unsicherheiten und damit verbundene Verletzlichkeiten nicht mehr ausgehalten werden müssen. Den Betroffenen dagegen hilft es nicht.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es leider auch Traumatherapeut:innen gibt, die aus subjektiven Gewissheitsüberzeugungen heraus mit Interventionstechniken

operieren, die den Anschluss an Leit- und Richtlinien verloren haben. Eine überwertige Fokussierung auf Persönlichkeitsanteile, ohne sich immer wieder an den aktuell bestehenden Dysfunktionalitäten zu orientieren, oder vorschnelle Annahmen von sexueller oder organisierter Gewalt können eine Folge davon sein. Gleichzeitig bleibt es eine wichtige Aufgabe für Fachgesellschaften, auch ungewöhnliche Verfahren nicht von vornherein auszuschließen, sondern im Dialog zu bleiben hinsichtlich ihrer möglichen wissenschaftlichen Anschlussfähigkeit.

Einordnung der Angriffe gegen Traumatherapeut:innen

Zurzeit offenbart sich eine problematische Melange aus verschiedenen Fachdisziplinen und der Presse (Rechtspsychologie, Forensik, Journalismus, Sektenberatung, Theologie), die gemeinsam mit Personen der »Skeptikerbewegung« einen regelmäßigen Youtube-Talk zum Thema »Satanic Panic Update« veranstalten. Ziel ist es, vermeintliche Missstände in der Psychotraumatologie aufdecken und beheben zu wollen, und zwar durch öffentliche und Handlungsdruck erzeugende Berichterstattung, da die Kollegschaft der Traumatherapie nicht lernfähig sei (Benecke, 2023).

Dieser Vorwurf ist unberechtigt, ist es doch gerade die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die seit Jahren über ein differenziertes und anerkanntes Fortbildungscurriculum verfügt und durch Zertifizierung ihrer Mitglieder für einen hohen Weiterbildungsstandard sorgt. Sie hat – in enger Kooperation mit anderen wissenschaftlichen medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften – wichtige Leitlinien zur Behandlung posttraumatischer Stö-

rungsbilder federführend erarbeitet. Für das Störungsbild der DIS haben Mitglieder der DeGPT an den Internationalen Guidelines mitgewirkt und sie ins Deutsche übersetzt. Die DeGPT verfügt zudem über vorbildliche Ethik-Richtlinien einschließlich eines geregelten Schiedsverfahrens, wodurch Beschwerden hinsichtlich therapeutischen Fehlverhaltens sorgfältig nachgegangen wird. Über ähnlich hohe Standards verfügen auch andere Trauma-Fachgesellschaften, wie z. B. EMDRIA. Die zurzeit erhobenen Vorwürfe hinsichtlich massenhafter suggestiver Behandlungen sind daher energisch zurückzuweisen. Entsprechende Beschwerden in den Ethikberatungen der Trauma-Fachgesellschaften und im Ethikverein sind hinsichtlich DIS und komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen ganz anderer Natur, nämlich dass es zu wenig Behandlungsplätze gibt (siehe hierzu auch Schnell, von Katte & Gast, 2015).

Warum also diese heftigen Reaktionen im Zusammenhang mit dem Störungsbild der DIS? Es sei vorweg bemerkt, dass es sich bei der dissoziativen Identitätsstörung um ein komplexes Störungsbild handelt, das unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Die Arten der angegebenen Traumatisierungen sind vielfältig, doch häufig werden schwere Bindungstraumata sowie sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt in der Kindheit beschrieben. Eine Untergruppe der untersuchten DIS-Patient:innen berichtet zudem, Opfer organisierter Gewalt geworden zu sein, teils in extrem sadistischer und ideologisch begründeter *ritueller* Gewalt (ISSTD, 2011; deutsche Bearbeitung dazu bei Gast & Wirtz, 2022, S. 117f.; siehe auch UKAKS, 2019). Selbstverständlich kann von der Diagnose nicht auf die Art der Traumata geschlossen werden. Wenn die Diagnose jedoch vorliegt, dann haben wir es mit Risiko-Patient:innen zu tun, bei denen

schwere Gewalterfahrungen zumindest wahrscheinlich sind. Bei einer Untergruppe Betroffener kann zudem auch organisierte Gewalt zugrunde liegen. Da sich an dieser Untergruppe die aktuell polarisierte Diskussion entfacht, könnte der Eindruck entstehen, dass organisierte Gewalt bei allen DIS-Patient:innen eine Rolle spielt – das ist jedoch ausdrücklich nicht der Fall.

Im Folgenden wird zunächst das Störungsbild der dissoziativen Identitätsstörung im Gesamtkontext dissoziativer Phänomene vorgestellt, einschließlich der klinischen Symptome und der Möglichkeit ihrer evidenzbasierten Behandlung (siehe auch Gast & Wabnitz, 2022). Im zweiten Teil wird die bemerkenswerte fachliche und öffentliche Rezeptionsgeschichte der Erkrankung skizziert und eine charakteristische Traumadynamik herausgearbeitet, die nicht nur intrapsychisch, sondern auch interpersonell und systemisch wirksam ist. Kollektive dissoziative Abwehrprozesse im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs werden beschrieben und damit verbundene Stigmatisierungspotenziale ausgelotet. Im dritten Teil wird dargestellt, wie in diesem Diskurs Fehlvorstellungen und Mythen entstehen, die der wissenschaftlichen Datenlage nicht gerecht werden. Abschließend wird diskutiert, wie den Fehlvorstellungen und Stigmatisierungsprozessen entgegengewirkt werden kann.

Die dissoziative Identitätsstörung im Spektrum der dissoziativen Phänomene

Was ist Dissoziation?

>Dissoziation< bedeutet im allgemeinen Sinne >Trennung<, >Teilung<, >Spaltung< und >Zerfall< – als Gegenteil von >Assoziation<, was >Verbindung< und >Verknüp-

fung« bedeutet. Psychische Dissoziation zeichnet sich dadurch aus, dass mehr oder weniger grundlegende Verbindungen und Verknüpfungen im psychischen Funktionieren unterbrochen und/oder gestört sind. Dies betrifft die »Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten. Symptome können potenziell jeden Bereich psychischen Funktionierens beeinträchtigen« (Falkai & Wittchen, 2015, S. 397). Diese Außerkraftsetzung des normalerweise zusammenhängenden Funktionierens ist zunächst eine schützende Anpassungsleitung in der Belastungssituation; sie erweist sich jedoch später als dysfunktional mit entsprechenden pathologischen Symptomen. Das Spektrum dissoziativer Phänomene reicht von Alltagsphänomenen mit leichter Ausprägung bis zu schweren pathologischen Dissoziationen mit hohem Leidensdruck (van der Kolk et al., 1996; Wöller, 2020):

- Dissoziationen können als normalpsychologische Phänomene prinzipiell bei jedem Menschen auftreten (z. B. als Entfremdungserleben bei Erschöpfung).
- Dissoziationen können sich aber auch als wiederkehrende beeinträchtigende Symptome äußern und kommen – relativ häufig – auch als Begleitsymptome anderer psychischer Störungen vor. Traumaassoziierte Störungen weisen dabei relativ hohe Dissoziationswerte auf (Lyssenko et al., 2018).
- Dissoziationen können sich zudem als klinisch manifeste dissoziative Störungen zeigen, die sich entsprechend der deskriptiven Klassifikationssysteme zuordnen lassen, z. B.
 - als dissoziative Amnesie, als pseudo-neurologischer Ausfall einer Sinnesqualität oder Körperfunktion, oder als dissoziatives Anfallsgeschehen,

- in Phänomenen der Depersonalisation oder Derealisation oder
 - in der partiellen oder vollständigen Ausprägung einer dissoziativen Identitätsstörung.
- Schließlich können dissoziative Mechanismen eine klinisch relevante Aufspaltung der Persönlichkeitsorganisation bewirken.

Eine solche Aufspaltung der Persönlichkeit liegt in besonders ausgeprägter Form bei der dissoziativen Identitätsstörung vor – weniger ausgeprägt bei der partiellen Form dieser Störung.

Wie verhalten sich Menschen mit DIS?

Betroffene verhalten und/oder erleben sich so, als gäbe es mehrere verschiedene Personen in ihnen. Dieses Erleben wird jedoch in den allermeisten Fällen – insbesondere zu Beginn der Erstmanifestation – nicht nach außen präsentiert, sondern vor sich und anderen mehr oder weniger radikal verleugnet. Im späteren Verlauf der Erkrankung, insbesondere auch durch unterstützende Therapie, gehen manche Patient:innen in einem vertrauten sozialen Rahmen offener mit dem Zeigen anderer Persönlichkeitszustände um. Meist bleibt aber auch das *diskret* und nur für andere vertraute Menschen erkennbar. Die DIS ist also in der Regel kein nach außen offenkundiges, dramatisches oder gar *schrilles* Störungsbild, wie es sich Laien oder oft auch unerfahrene Fachleute vorstellen. Vielmehr handelt es sich um ein diskretes, eher depressiv getöntes, sehr schambesetztes Gesamtbild. Es gibt allerdings eine kleine Untergruppe von DIS-Patient:innen (etwa sechs Prozent), die offen dissoziieren, die also von ihren inneren *Anteilen* wissen und zu ihnen bewussten Zugang haben. Entsprechend

können sie bereits im Erstgespräch vom *Viele-Sein* berichten. Davon wiederum gibt es eine weitere Untergruppe, die ihre Diagnose narzisstisch besetzen und ihre Anteile mehr oder weniger deutlich, bisweilen auch ostentativ und sozial auffällig präsentieren können. Bei letzterer Untergruppe ist die Abgrenzung zur sogenannten >imitierten< DIS bisweilen herausfordernd. Hierbei handelt es sich um Menschen, die fälschlicherweise glauben, an einer DIS zu leiden und diese imitieren. Dies muss differenzialdiagnostisch geklärt und im Dialog mit den Betroffenen therapeutisch korrigiert werden, denn auch dahinter kann sich ein behandlungsbedürftiges anderes Störungsbild verbergen.

Warum kommen Menschen mit DIS in Behandlung?

Wie gerade beschrieben, haben die meisten Menschen mit DIS anfangs keinen oder wenig bewussten Zugang zu ihren abgespaltenen Persönlichkeitszuständen. Sie haben oft auch kein Bewusstsein über die Krankheitswertigkeit ihrer Symptome und auch keine Sprache dafür. Sie leiden unter schweren posttraumatischen Affektregulationsstörungen, einer bisweilen gefährlichen Störung des Selbstkonzepts (mit Scham, Insuffizienzgefühlen und Selbstverletzungsimpulsen) und stark einschränkenden Schwierigkeiten in der Beziehung zu Menschen. Zur Regulation dieser Symptome erfolgte – bereits in der kindlichen Entwicklung gebahnt – eine innere Kompartimentalisierung in Persönlichkeitszustände, um dadurch den Alltag bewältigen zu können. Komorbide Erkrankungen sind sehr häufig.

Was führt die Betroffenen in die Therapie? Ein Leidensdruck entsteht oft durch die teilweise erheblichen Alltagsamnesien,

durch die mangelnde Kontrolle über das eigene Denken, Fühlen, Erleben und Handeln, durch die hieraus bedingten inneren Drucksituationen sowie die gestörten sozialen Interaktionen. Im klinischen Erstkontakt imponieren jedoch häufig Sekundär- oder Folgeprobleme als greifbarere und in Worte fassbare Beeinträchtigungen wie Depressionen, Angst, psychosomatische Symptome, Selbstverletzung, Essstörungen, Suchterkrankungen oder Beziehungsprobleme. Oft werden erst im Zuge eines therapeutischen Beziehungsaufbaus die bewusstseinsferneren und häufig schambe-setzten dissoziativen Symptome offenbart, wodurch dann das Vorhandensein anderer Persönlichkeitszustände offensichtlich wird. Auch kann die Symptomatik des dissoziativen Stimmenhörens zur Fehldiagnose der *Schizophrenie* führen (Gast et al., 2006). Es finden sich regelmäßig eine Vielzahl an Vordiagnosen und komorbiden Diagnosen (Dammann & Overkamp, 2011; Rodewald et al., 2011). Daher kommt es nicht selten vor, dass DIS-Patient:innen erst nach vielen Jahren erstmalig eine zutreffende Diagnose erhalten (Gysi, 2021, S. 259). Eine langjährige Hospitalisierung und Odyssee durch das Gesundheits- und Versorgungssystem sind die Folge. Patient:innen mit komplexen dissoziativen Störungen fallen somit häufig durch das Netz der psychosozialen Versorgung, was neben enormen Kosten für das Gesundheitssystem schwerwiegende und andauernde Belastungen für Betroffene darstellt und die Prognose für den Behandlungsverlauf negativ beeinflusst (Wirtz & Frommberger, 2013).

Wodurch entsteht eine DIS?

Die WHO schreibt im Begleittext der ICD-11, dass die DIS »gewöhnlich mit schweren oder chronischen Traumatisie-

rungen assoziiert ist, insbesondere mit körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt oder Vernachlässigung in der Kindheit«⁴ (WHO, 2024; DeGPT, 2022a). Es gilt als wissenschaftlich gut belegt, dass bei DIS in der Regel ein Zusammenhang mit schwerer Gewalt besteht, auch wenn es zu den genauen Wirkmechanismen noch Forschungsbedarf gibt (Reinders & Veltman, 2021). Die Behauptung, dass die DIS durch Suggestion, durch Therapie, durch Medienberichte oder die übertriebene Fantasie psychisch erkrankter Menschen ausgelöst werden kann, gilt als wissenschaftlich veraltet und nicht belegt (Piedfort-Marin, Rignol & Traquinio, 2020; Brand et al., 2016). Das sogenannte »Fantasie-Modell« kann jedoch für Menschen zutreffen, die fälschlicherweise glauben, an einer DIS zu leiden (*imitierte DIS*). Dies ist in der Regel ein Hinweis auf eine andere psychische Störung (Pietkiewicz et al., 2021).

Wie wird eine DIS behandelt?

Psychotherapeutisch liegt der Fokus speziell zu Beginn einer Behandlung oft auf der Arbeit an Bindungsverletzungen (Vertrauensprobleme, Übertragungsverzerrungen) und an vorherrschenden komorbiden Störungen (z. B. Sucht, Essstörungen, Depressionen, Angststörungen). Es folgen Verhaltensstabilisierung und Verbesserung der Fähigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Erinnerungen (Brand et al., 2012). Dazu gehört ein multimodales, gegenwarts-

bezogenes Vorgehen mit Fokus auf Psychoedukation und kognitiv-behavioralen Interventionen, sowie das Verständnis von Bindungsdynamiken auf Basis von psychodynamischen und bindungsfokussierten Theorien. Betroffene lernen gesunde Alternativen im Umgang mit Dissoziation, posttraumatischem Wiedererleben, Affektregulationsproblemen, selbstschädigenden Handlungen und anderen dysfunktionalen Strategien (Brand et al., 2019; Steele, Boon & van der Hart, 2017 [2016]). Die Berücksichtigung der dissoziativen Symptomatik einschließlich der schrittweisen Einbeziehung der vorliegenden Persönlichkeitszustände ist entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung (Jepsen et al., 2014; ISSTD, 2011).

Umgang mit Persönlichkeitsanteilen

In der Therapie geht es nicht darum, mögliche vorhandene Persönlichkeitszustände um ihrer selbst willen zu entdecken und so im Laufe der Therapie immer komplexere Aufspaltungen zu ermitteln. Vielmehr geht es darum, dass bestimmte Aufgaben im Genesungsprozess nicht bewältigt werden können, wenn entsprechende Anteile nicht einbezogen werden. So wird der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung nicht gelingen, wenn nicht auch misstrauische Anteile angesprochen und deren Vorbehalte gegen die Therapie und die Therapeut:in – oder gar gegen jegliche Bindung – ignoriert werden. Sicherheitsvereinbarungen hinsichtlich Suizidalität und Selbstverletzungen werden nicht greifen, wenn die dafür verantwortlichen Anteile missachtet werden. Es ist ein wichtiger therapeutischer Balanceakt, sich einerseits in das Erleben des *Viele-Seins* einzufühlen und gleichzeitig immer wieder den Patient:innen die Gesamtverantwortung zu

4 Im Original heißt es: »Onset of Dissociative Identity Disorder is most commonly associated with traumatic experiences, especially physical, sexual, and emotional abuse or childhood neglect« (siehe <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1829103493>).

überlassen. Wenn Betroffene über eine ausreichende Fähigkeit im Umgang mit belastenden Gefühlen und Symptomen verfügen und im Alltag ausreichend sicher sind, wird in der zweiten Behandlungsphase mit dem vorsichtigen Aufarbeiten posttraumatischer Erinnerungen begonnen (Brand et al., 2012; Gonzalez, Mosquera & Morrison, 2012). Bestehende Konfrontationsverfahren müssen auch hier unter Berücksichtigung der Persönlichkeitszustände modifiziert werden (Steele, Boon & van der Hart, 2017 [2016]). In der dritten Behandlungsphase beginnen Betroffene mit zunehmender Stabilisierung sich neu zu orientieren, neue Beziehungen einzugehen und gesündere Lebensperspektiven zu entwickeln und umzusetzen (ebd.). Eine störungsspezifische Behandlung kann die Lebensqualität verbessern und Gesundheitskosten einsparen (Myrick et al., 2017). Eine solche Behandlung benötigt in der Regel mehrere Jahre.

Geschichtlicher und aktueller Diskurs um die dissoziative Identitätsstörung

Geschichtlicher Rückblick

Entgegen häufiger Vermutungen handelt es sich bei der DIS nicht um eine moderne Diagnose, vielmehr wurde sie – früher »Multiple Persönlichkeitsstörung« genannt – seit Beginn der wissenschaftlichen Psychiatrie als Stress-mitbedingte und traumaassoziierte Störung beschrieben. Das Problem der gespaltenen oder *multiplen Persönlichkeit* war in den Jahren von 1840 bis 1880 eines der von Psychiater:innen und Philosoph:innen häufig diskutierten Themen. Der französische Psychiater Pierre Janet (1859–1947) prägte den Begriff der Dissoziation als Desintegration

und Fragmentierung des Bewusstseins und beschrieb ein bis heute gültiges Diathese-Stress-Modell (Janet, 1965 [1907]; siehe auch van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008 [2006]). Die Aufnahme in die psychiatrischen Manuale erfolgte erstmals 1980 in das DSM-III (APA, 1980), 1991 auch in die ICD-10 (siehe Dilling, Mombour & Schmidt, 2015 [1992]). Der ursprüngliche Begriff der multiplen Persönlichkeit hat verschiedene Umbenennungen erfahren; inzwischen hat sich die Bezeichnung der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) durchgesetzt.

Wissenschaftliche Blütezeit

Diese formale Anerkennung war die Grundlage für viele internationale epidemiologische und ätiologische Studien und führte zu einer erneuten wissenschaftlichen Blütezeit. Viele Studien auf dem Gebiet der Dissoziation wurden vom National Institute of Mental Health (NIMH) der USA gefördert (Michelson & Ray, 1996, Vorwort). Auch kam es 1983 zur Gründung einer Fachgesellschaft, die sich heute »International Society for the Study of Trauma and Dissociation« (ISSTD) nennt und das eigene wissenschaftliche *Journal of Trauma & Dissociation* herausgibt. Die meisten Forschungsaktivitäten lagen zunächst in Nordamerika, doch ist auch in Europa mit einer Verzögerung von fast 20 Jahren eine zunehmende Rückbesinnung auf das wissenschaftliche Erbe Janets zu verzeichnen. Diese findet nicht zuletzt in der Gründung der European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) (2006 in Amsterdam) ihren Niederschlag. In Deutschland wurde bereits 1997 ein Abzweig der ISSTD gegründet, der sich inzwischen von der amerikanischen Muttergesellschaft gelöst hat und als Deutsche