

SUSANNE NICK
JOHANNA SCHRÖDER
PEER BRIKEN
HERTHA RICHTER-APPELT

Organisierte und rituelle Gewalt in Deutschland

Kontexte der Gewalterfahrungen, psychische Folgen und Versorgungssituation

DOI 10.21706/TG-12-3-244

Zusammenfassung: Die Versorgungssituation von Menschen mit organisierten und/oder rituellen Gewalterfahrungen gilt unter Betroffenen sowie Fachexpertinnen und Fachexperten seit langem als unzureichend. Häufige psychische Folgen sind komplexe posttraumatische und dissoziative Störungen, vor allem die Dissoziative Identitätsstörung, deren Behandlung als besonders herausfordernd angesehen wird.

Trotz zahlreicher Studien zu sexualisierter Gewalt, Traumafolgen und Traumatherapie gibt es bisher kaum empirische Daten zu Vorkommen, psychischen Folgen und Behandlung von organisierten und rituellen Gewalterfahrungen.

Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen von Betroffenen wissenschaftlich zu erfassen, um charakteristische Gewaltformen und deren Auswirkungen genauer zu verstehen und die Versorgung zu verbessern. Über einen umfangreichen anonymen Online-Fragebogen wurden Angaben von 165 selbstdefinierten Betroffenen erfasst. Die Ergebnisse der Befragung dokumentieren schwere sexualisierte Gewalterfahrungen und psychische Belastungen sowie die häufige Inanspruchnahme von Therapien. Es zeigt sich eine insgesamt schwierige Versorgungssituation bei oft noch an-

haltenden Gewalterfahrungen durch organisierte Tätergruppierungen.

Die Ergebnisse der Online-Befragung werden unter Einbezug psychotraumatologischer Theorien, traumatherapeutischer Behandlungsansätze und ethischer Implikationen diskutiert.

Schlüsselwörter: Sexualisierte Gewalt, organisierte Täternetzwerke, Dissoziative Identitätsstörung, komplexe Traumafolgen, Versorgung

Einleitung

Gesellschaftliche Dimensionen

Die Verleugnung und Tabuisierung oder aber die Anerkennung von sexualisierter Gewalt ist meist eng mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Interessen verknüpft. Oft sind die Weiterentwicklung wissenschaftlicher und klinischer Erkenntnisse und die Unterstützung von Betroffenen davon abhängig. Dies zeigt sich auch in der Auseinandersetzung um sexuelle Gewalt und Ausbeutung in organisierten und rituellen Strukturen.

Vor etwa 30 Jahren begannen erstmals Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den USA, zehn Jahre später auch in Deutschland und anderen europäischen Ländern, von Patientinnen und Patienten zu berichten, die organisierte rituelle Gewalt erlebt haben. Bereits im Jahr 1998 hat die Enquetekommission »Sogenannte Sekten und Psychogruppen« des Deutschen Bundestages in ihrem Abschlussbericht gefordert, das Phänomen der rituellen Gewalt stärker zu beachten (Endbericht, 1998). Für die öffentliche De-

batte und den wissenschaftlichen Diskurs hatte diese Forderung jedoch keinerlei Konsequenzen.

Erfahrene Fachkolleginnen und Fachkollegen und Betroffene weisen hingegen schon lange und kontinuierlich auf organisierte und rituelle Formen von schwerer sexueller Ausbeutung hin (Sinason, 1994; Breitenbach, 2010), dennoch werden deren Existenz und die damit einhergehenden Traumafolgestörungen immer wieder angezweifelt. Valide Diagnosen wie die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) und damit verbundene Symptome werden in diesem Zusammenhang als Folge unsachgemäßer Traumatherapie und dabei suggerierter falscher Erinnerungen angesehen (vgl. false memory foundation Deutschland, 2018; Coons, 1994).

Im Jahr 2012 gehörte das Thema organisierte rituelle Gewalt auch aufgrund von Meldungen durch Betroffene zu den vier Themenkomplexen im Abschlussbericht der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, für die umfassender Handlungsbedarf festgestellt wurde. Dabei wurde besonders der »defizitäre Wissensstand der Forschung« hervorgehoben, der auch die praktische Arbeit einschränke (Bergmann, 2011). Weitere Forschung wurde daher dringend empfohlen, da nur darüber eine Etablierung, Professionalisierung und Integration dieser Thematik in Behandlungs- und Beratungsangebote möglich werde.

Seit dem Jahr 2017 wird die vorliegende Studie als Forschungsprojekt über die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs gefördert. Es handelt sich hierbei um die erste größere

Studie in Deutschland, die universitär verankert ist.

Im Folgenden werden deskriptive Ergebnisse der Online-Befragung Betroffener in Deutschland vorgestellt, parallel dazu wurde auch eine Befragung von Behandlerinnen und Behandlern durchgeführt, deren Ergebnisse an anderer Stelle veröffentlicht werden sollen.

Definitionen

Zu dem Phänomen der sexualisierten Gewalt in organisierten und rituellen Strukturen gibt es verschiedene Definitionen. Für die vorliegende Studie haben wir uns vor allem an der Kategorisierung des australischen

bezeichnet (Salter, 2017; Finkelhor, 1988). Charakteristisch für diese Art der Gewalt ist es außerdem, dass sie von den Tätern und Täterinnen systematisch geplant und wiederholt ausgeübt wird, mit langjähriger sexueller Ausbeutung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, z. B. im Zusammenhang mit Kinderpornographie oder Zwangsprostitution (Salter, 2017; Miller 2014).

Organisierte sexualisierte Gewalt, die mit (schein-)ideologisch oder religiös geprägten Sinngebungen verbunden ist (z. B. in satanistischen oder faschistischen Gruppierungen, Sekten oder Kulturen), wird als *rituelle Gewalt* bezeichnet (Salter, 2017). Be-

Als bezeichnend für organisierte und auch rituelle Gewalt gelten spezifische Formen der Bewusstseinspaltung und -manipulation. Über extreme Gewaltanwendungen in der Kindheit und Jugend wurde die sich entwickelnde Persönlichkeit dissoziativ in verschiedene innere Anteile aufgespalten. Die so entstandenen Persönlichkeitsanteile werden von den Tätern und Täterinnen gezielt für ihre Zwecke trainiert und genutzt.

Kriminologen Michael Salter orientiert. Dieser unterscheidet grundsätzlich zwischen organisierter Gewalt und ritueller Gewalt (Salter, 2016).

Der Beginn der im Folgenden benannten Gewalterfahrungen liegt nahezu ausschließlich im Kindesalter. Wenn sexualisierte Gewalt von untereinander bekannten Tätern oder Tätergruppierungen ausgeht und mehrere Opfer betrifft, wird diese als *organisierte Gewalt*

troffene schildern, dass ihnen bei dieser Gewaltform oft ab dem frühen Kindesalter Glaubenssysteme aufgezungen wurden, die erlebte Qualen legitimieren und Gruppenzugehörigkeit manifestieren sollen sowie der Aufrechterhaltung von Redeverboten dienen.

Als bezeichnend für organisierte und auch rituelle Gewalt gelten zudem spezifische Formen der Bewusstseinspaltung und -manipula-

tion. Betroffene berichten, dass dazu über extreme Gewaltanwendungen in der Kindheit und Jugend die sich entwickelnde Persönlichkeit dissoziativ in verschiedene innere Anteile aufgespalten wurde. Die so entstandenen Persönlichkeitsanteile werden von den Tätern und Täterinnen gezielt für ihre Zwecke trainiert und genutzt (Miller, 2014; Breitenbach, 2010). Dieses Phänomen wird auch als »mind control« bezeichnet.

Zwischen den genannten Gewaltformen gibt es fließende Übergänge. Neben der sexualisierten Gewalt geben Betroffene meist auch andere Formen massiver körperlicher und psychischer Gewalterfahrungen an, bis hin zur Folter (Igney & Breitenbach, 2012). Viele Opfer schildern darüber hinaus, dass sie zu Straftaten und der Anwendung von Gewalt gegenüber anderen Opfern gezwungen wurden, in der Absicht, ihnen den Ausstieg aus den Gruppierungen zu erschweren und bestehende Abhängigkeiten zu manifestieren (Miller, 2014) – eine Verfahrensweise, die auch in anderen Bereichen organisierter Gewalt, z.B. im Menschenhandel, üblich ist (Küblbeck, 2017).

Bisherige Studienlage

Organisierte und rituelle Gewalterfahrungen werden in den zahlreichen größeren Studien zu sexualisierter Gewalt, Traumafolgestörungen und Traumabehandlung selten erfragt (Brand, 2012; UBSKM, 2016). Meist werden nur Details der sexualisierten Gewalt und Angaben zur familiären Nähe oder Ferne der Täter erfasst. Die Zugehörigkeit der Täter zu organisierten Gruppierungen und die damit zusammenhängenden Umstände des Tathergangs werden hingegen kaum erhoben.

In Deutschland sind uns bisher nur neun Studien mit Originaldaten zu organisierter und ritueller Gewalt bekannt. In drei dieser Studien werden Betroffene befragt, ansonsten richten sich die Erhebungen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beraterinnen und Beratern sowie Beratungseinrichtungen. Nur zwei Studien haben ihre Ergebnisse in Fachzeitschriften mit *Peer-review*-Verfahren publiziert (Kownatzki, Eilhardt, Hahn et al., 2011; Nick & Richter-Appelt, 2016). Alle anderen Studienergebnisse wurden ausschließlich in Vorträgen, über das Internet und in Buchbeiträgen veröffentlicht. Die deutschen Studien zum Thema wurden meist ehrenamtlich von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/Beraterinnen und Berater etc. aus diesem Arbeitsfeld durchgeführt. Es gab bisher keine geförderten Forschungsprojekte an Universitäten.

Die erste Pilotstudie in Deutschland erfolgte 1997, dazu wurden 107 Fragebögen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beraterinnen und Beratern, Institutionen etc. versandt. In deren Angaben wurden insgesamt 273 betroffene Klientinnen und Klienten genannt (Fröhling, 2005).

In einer Befragung von Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in jeweils drei Bundesländern aus dem Jahre 2005/2007 wurden die Zahlen betroffener Klientinnen und Klienten erhoben, in Nordrhein-Westfalen waren es 72 Klientinnen und Klienten, im Saarland 20 und in Rheinland-Pfalz 63. In den drei genannten Studien geben insgesamt etwa 5 % der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, dass sie mit dieser Gewaltform konfrontiert worden sind (Kownatzki,

Eilhardt, Hahn et al., 2011). Ergänzend dazu wurden bundesweit Beratungseinrichtungen befragt, davon meldeten sich 236 über die Fragebögen zurück und nannten eine Zahl von 47 betroffenen Klientinnen und Klienten, die als glaubhaft eingestuft wurden (Kownatzki, Eilhardt, Hahn et al., 2005).

An einer internationalen anonymen Online-Studie »*Extrem Abuse Survey – EAS*« (Becker, Overkamp, Karriker et al., 2007) beteiligten sich 2186 Personen aus 40 Ländern, aus Deutschland 243 Betroffene und 88 Fachkolleginnen und Fachkollegen.

Neun Jahre später erfolgte die (auf Deutschland bezogene) Studie einer österreichischen Masterstudentin (Rudolph, 2016), die viele Fragestellungen der genannten EAS-Studie aufgriff und für eine interdisziplinäre Online-Erhebung nutzte. Ihren Ergebnissen nach haben 431 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern beruflich mit Betroffenen ritueller Gewalt gearbeitet. Speziellen Themen widmen sich qualitative Studien zur Ausstiegsbegleitung (Vielfalt e. V., 2006), zu Integrationsprozessen bei Frauen mit Dissoziativer Identitätsstörung (Nick & Richter-Appelt, 2016) und zu Erwartungshaltungen von Betroffenen (Hasselmann, 2017) sowie eine Studie zu »Ritueller Gewalt – ein blinder Fleck?«, bei der Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befragt wurden (Ustupska, 2016).

Weitere Zahlen von Opfern organisierter ritueller Gewalt wurden über das Hilfefon für Frauen (2017) erfasst; im Jahr 2017 meldeten sich dort 124 Ratsuchende. Außerdem gingen insgesamt 476 schriftliche Anträge, betreffend den rituellen/sektenmäßigen Missbrauch, beim Fonds »Se-

Autor_innen/Jahr	Befragte Zielgruppe	Klient_innen mit ORG*	n
Fröhling et al. 1997	Psychotherapeut_innen		273
Kownatzki et al. 2005/07	Vertragspsychotherapeut_innen NW*		72
	Vertragspsychotherapeut_innen RP*		63
	Vertragspsychotherapeut_innen SL*		20
	Beratungseinrichtungen – bundesweit		47
Vielfalt e.V. 2005	Professionelle interdisziplinär		34
Becker et al. 2007	Professionelle für Erwachsene		88
Rudolph 2016	Psychotherapeut_innen, Berater_innen etc		431

Autor_innen	Befragte Zielgruppe	Betroffene mit ORG*	n
Becker et al. 2007	Betroffene		243
Nick, Richter-Appelt 2016	Betroffene		7

Weitere Zahlen zu Betroffenen in Deutschland

Einrichtung/Jahr		Betroffene mit ORG	n
Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen, 2017	Ratsuchende		124
Fonds sexueller Mißbrauch UBSKM, 2018	Antragsteller_innen		476

* ORG = Organisierte und Rituelle Gewalterfahrungen

* NW = Nordrhein-Westfalen

* RP = Rheinland Pfalz

* SL = Saarland

Tabelle 1: Studien in Deutschland

xueller Missbrauch des UBSKM ein (Fachkreis sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen, 2018).

Psychische Folgesymptomatik und spezifische Herausforderungen

Betroffene, die im Gesundheitssystem Hilfe suchen und organisierte und rituelle Gewalterfahrungen schildern, leiden häufig unter komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen, vor allem der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bzw. der nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung – NNBDS (Miller, 2014; Breitenbach, 2010).

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist durch zahlreiche Studien inzwischen gut belegt (Dell, 2001; Nijenhuis, van der

Hart & Steele, 2004; Gast, 2014). Entsprechend häufen sich besonders bei der DIS früh beginnende, schwere und oft lang andauernde Traumatisierungen und das Vorliegen einer

komorbiden chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei über 90 % der Betroffenen (Priebe, Schmal & Stiglmayer, 2014). Besonders häufig ist eine Kombination von früher emotionaler Vernachlässigung sowie körperlicher und sexualisierter Gewalt, vor allem bei Inzest. Bei einem Vergleich mit anderen Opfern sexualisierter Gewalt fallen eine besonders sadistische Qualität der Gewalterfahrungen auf und gehäufte Angaben von sexueller Gewalt und Ausbeutung durch mehrere Täter oder Tätergruppierungen (Putnam, 2005; Boon, 2017).

Seit vielen Jahren berichten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Patientinnen und Patienten mit DIS oder NNBDS behandeln, von einer Untergruppe mit dieser Diagnose, die organisierte und/oder rituelle Gewalt erlebt haben. Auch in den internationalen Behandlungsleitlinien aus den Jahren 2005 und 2011 zur DIS wird diese Gruppe von Patientinnen und Patienten erwähnt (ISSTD, 2014; Gast & Wirtz, 2016).

Nach Hart, Boon et al. (1997) schildern 32,9 % aus einer Gruppe von 82 Patientinnen mit DIS – also etwa jede

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist durch zahlreiche Studien inzwischen gut belegt. Entsprechend häufen sich besonders bei der DIS früh beginnende, schwere und oft lang andauernde Traumatisierungen.

Dritte – vorausgegangene Erfahrungen mit organisierter/ritueller Gewalt. Auch andere Studien zeigen, dass DIS und NNBDS in diesem Kon-

text häufige Diagnosen sind (Becker, Overkamp et al., 2007; Nick & Richter-Appelt, 2016; Rudolph, 2017).

Bei den meisten Menschen mit DIS erfolgt der Prozess der dissoziativen Aufspaltung in mehrere Persönlichkeitsanteile individuell und dem Modell von Nijenhuis zufolge an biologisch bedingten Soll-Bruchstellen (Nijenhuis, 2010). Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Fachliteratur beschreiben jedoch darüber hinaus, dass nach organisierten rituellen Gewalterfahrungen spezifische Formen dissoziativer Selbstanteile auftreten, die gezielt von den Tätern erzeugt wurden (Miller, 2014; Sinason, 2016; Sachs, 2017; Breitenbach, 2010). Auch Betroffene schildern, dass Täter im Kontext organisierter und ritueller Gewalt das Wissen um Dissoziation verwenden, um die Persönlichkeit ab dem frühen Kindesalter über Einsatz von Gewalt absichtsvoll aufzuspalten und die gezielt entstandenen Persönlichkeitsanteile für spezifische Aufgaben zu nutzen. Dadurch wird eine besonders perfide und durch bestehende dissoziative Amnesien schwer zu entdeckende Ausbeutung von Betroffenen möglich. Diese beschreiben, dass sie meist erst nach Jahren realisieren, dass sie von den Tätern kontrolliert und ausgebeutet worden sind und es noch immer werden. Der Ausstieg aus den Gruppierungen der organisierten und rituellen Gewalt gilt daher als besonders schwierig, auch wenn die Betroffenen bereits länger in psychotherapeutischer Behandlung sind (Gast & Wabnitz, 2014; Fliss in Sachsse, 2016). Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen mit komplexen dissoziativen Störungen oft nicht in der

Lage sind, eine für Polizei und Justiz verwertbare Aussage zu erlebten Straftaten zu machen, so dass ihre Angaben häufig als nicht glaubhaft eingestuft werden (Igney, 2016).

Dissoziative Störungen inklusive der DIS gelten, obwohl es bewährte Screening- und entsprechende Diagnoseinstrumente gibt, immer noch als schwer erkennbar und diagnostizierbar. Patientinnen und Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen suchen meist wegen bestehender Komorbiditäten Hilfe im Versorgungssystem. Oft verfügen sie über langjährige Kontakte zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Praxen und Kliniken, bevor die dissoziative Störung einer DIS/NNBDS erkannt und dann angemessen behandelt werden kann (Rodewald, in: Huber, 2011).

Eine hohe Komorbiditätsrate neben der PTBS findet sich mit Sexuellen Funktionsstörungen (60–80 %), der Borderline-Persönlichkeitsstörung (53–70 %) und der Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (48,5–76 %), wobei nur eine störungsspezifische Behandlung der DIS/NNBDS als erfolgversprechend gilt (Brand & Putnam, 2011). Aufgrund dieser oft breiten Symptomüberlappung mit anderen psychischen Störungen ist die Differentialdiagnostik bei dissoziativen Störungen von besonderer Bedeutung.

Es besteht für Betroffene mit organisierten und rituellen Gewalterfahrungen eine mehrfache Erschwernis bei der Suche nach angemessener Behandlung, da die Symptomatik der DIS/NNBDS unter Fachkolleginnen und Fachkollegen als schwer erkennbar gilt und manche die Diagnose ablehnen (Rodewald, in Huber, 2011). Außerdem sind die massiven Gewalterfahrungen in organisierten

und/oder rituellen Gruppierungen für viele Fachkolleginnen und Fachkollegen oft kaum vorstellbar und werden daher schnell für unglaubwürdig gehalten (Miller, 2014).

Trotz vieler Studien zur Diagnostik und Behandlung von Menschen mit DIS ist aus der empirischen Forschung bisher kaum etwas über die spezifischen Auswirkungen organisierter und/oder ritueller Gewalterfahrungen bekannt. Aus Sicht von Betroffenen, erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Fachliteratur zeigen sich jedoch seit Jahren charakteristische Folgen der absichtsvollen Aufspaltung in dissoziative Persönlichkeitsanteile in organisierten und rituellen Tätergruppierungen. Betroffene mit diesen Gewalterfahrungen schildern beispielsweise Arten an Persönlichkeitsanteile, die für bestimmte Aufgaben trainiert und über Auslösereize abrufbar sind. Die meisten Behandlungskonzepte berücksichtigen diese Phänomene nicht und es ist unklar ob und wie Betroffenen von Behandlungsangeboten profitieren. Bisherige Wirksamkeitsstudien zu Psychotherapien gelten nur für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung, die nicht absichtsvoll erzeugt wurde.

Studienziel

Zielsetzung der vorliegenden Studie ist eine Erhebung quantitativer Daten über Betroffene mit organisierten und/oder rituellen Gewalterfahrungen in Deutschland. Dazu wurden aus der Fachliteratur bisher kaum erfasste Themenkomplexe wie spezifische Gewalterfahrungen, gezielte dissoziative Aufspaltung, Ausstieg, ideologische Indoktrinierung und In-

anspruchnahme von Psychotherapie, Beratung und Klinikaufenthalten erfragt.

Methode

Grundlage der Untersuchung, die unter Verwendung der Software *limesurvey* durchgeführt wurde, ist ein Online-Fragebogen, an dessen Beginn Definitionen zu organisierter und/oder ritueller Gewalt gestellt wurden. Der Fragebogen besteht aus min 44 und max. 90 Fragen mit Ein- und Mehrfachauswahl in den Antwortmöglichkeiten sowie offenen Fragen. Bei einigen Fragen war es möglich, »Weiß ich nicht« anzugeben. Es bestand so auch die Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten und im Fragebogen trotzdem fortfahren zu können. Es wurden sowohl quantitative als auch qualitative Angaben erhoben. Bisher erfolgte eine deskriptive Auswertung der quantitativen Ergebnisse. Datenmanagement und -analyse erfolgten mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 25.

Am Ende des Fragebogens folgten Fragebögen zu PTBS (PCL-5) und somatoforme Dissoziation (SDQ-5, Nijenhuis), deren Ergebnisse an anderer Stelle ausführlicher berichtet werden (Schröder, Nick, Richter-Appelt & Briken (in Revision)).

An der Entwicklung des Fragebogens waren im Sinne partizipativer Forschung Professionelle und Betroffene beteiligt.

Teilnehmer/innen und Durchführung

Die Akquise der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erfolgte bundesweit über verschiedene Multiplikator/innen:

- Homepages, Newsletter und Verteiler von Fachverbänden, AKs, Instituten, Stiftungen, über Fachkolleg/innen, Supervisor/innen mit dem Schwerpunkt Trauma, sexualisierte Gewalt, organisierte und rituelle Gewalt
- Aufarbeitungskommission UKASK/UBSKM, Betroffenenrat UKASK/UBSKM,
- Betroffenenverbände, Online-Foren Betroffener zu Trauma, organisierter und ritueller Gewalt,
- den Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe, Frauentherapiezentren,
- Traumafachkliniken/-stationen, Newsletter von acht Psychotherapeutenkammern.

Um den Datenschutz zu gewährleisten wurden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf die Identität ermöglichten. Zudem wurden IP-Adressen nicht gespeichert und es erfolgte eine SSL-Verschlüsselung (*Secure Socket Layer*). Der genutzte Server entspricht deutschen Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen. Ein positives Votum der Ethikkommission (Psychotherapeutenkammer Hamburg) lag vor.

Stichprobe

Es gab insgesamt 2171 Gesamtklicks auf die Online-Befragung. Fragebögen von 165 Personen konnten ausgewertet werden. Die Daten von zwei Personen wurden ausgeschlossen, da sie angaben, nicht zur angesprochenen Zielgruppe zu gehören; dies bestätigte auch ein Plausibilitätscheck ihrer Antworten. Die Gesamtstichprobe in der Onlinebefragung bestand somit aus 165 Personen.

www.klett-cotta.de/fachbuch



Karl Heinz Brisch (Hrsg.)
Bindung und Migration

288 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag
€ 39,95 (D). ISBN 978-3-608-96098-3

Psychische Erkrankungen bei Migration

»Ein Buch, das viel praktische Hilfe zu Fragen im Umgang mit Familien und Kindern mit Migrationshintergrund liefert und eine gute Grundlage für alle, die sich bisher noch nicht an das Thema herangetraut haben.« *Ann-Kathrin Fischer, Psychotherapie im Dialog*

»Durch die vielen aktuellen Hintergrundinformationen ist das Buch auch eine sehr empfehlenswerte Lektüre für alle, die mit Migration in Berührung sind.«
Bea Schild, punktum

Fach-
buch 
Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop: www.klett-cotta.de
Wir liefern portofrei nach D, A, CH

Ergebnisse

Stichprobe

Der überwiegende Anteil der 165 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern sind Frauen (95.8 %) im Alter von 39.99 Jahren (SD=10.26). Ihre sexuelle Orientierung war recht breit gestreut, von (überwiegend) heterosexuell (30.3 %) über bisexuell (10.9 %), (überwiegend) homosexuell (12.7 %) bis hin zu recht vielen Betroffenen, die sich als asexuell bezeichnen (26,7 %). Mehr als die Hälfte der Betroffenen lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht in einer partnerschaftlichen Beziehung (57.6 %). Auch eigene Kinder sind nur von einem Drittel angegeben (31.5 %).

Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer berichten in recht gleichmäßiger Verteilung, in Großstädten (33.9 %), in Klein/Mittelstädten (39.4 %) aufgewachsen zu sein, eine geringere Zahl in kleineren Orten (26.7 %).

Ein Großteil der selbstdefinierten Betroffenen schildert, bei beiden Elternteilen aufgewachsen zu sein (81.2 %), ein deutlich geringerer Anteil bei einem Elternteil (21.2 %) und bei Verwandten (12.1 %). Ein Anteil von 17 % geben allerdings auch an, dass sie in einem Heim/Internat oder in betreutem Wohnen aufgewachsen sind, wobei Mehrfachantworten möglich waren.

Ein Großteil der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer gibt eine höhere Schulbildung, mit Realschulabschluss (37.0 %) oder Abitur (57.6 %) an. Als berufstätig in Voll- oder Teilzeit bezeichnet sich nur etwa jeder Fünfte (19.4 %). Auffallend viele beziehen bereits eine Rente oder Pension (47.9 %).

	n	%
Alter in Jahren		
M (SD), Md 39.99 (10.26), 39.00	165	
Geschlecht		
Weiblich	158	95.8
Männlich	4	2.4
Andere (%)	3	1.8
Sexuelle Orientierung		
(Überwiegend) heterosexuell	50	30.3
Asexuell / keine sexuellen Interessen	44	26.7
(Überwiegend) homosexuell	21	12.7
Bisexuell	18	10.9
Weiß ich nicht	32	19.4
Beziehungsstatus		
Keine Partnerschaft	95	57.6
In Partnerschaft, zusammenlebend	58	35.2
In Partnerschaft, getrennt lebend	12	7.3
Eigene Kinder		
Ja	52	31.5
Nein	113	68.5
Aufgewachsen bei (Mehrfachantworten)		
Beiden Elternteilen	134	81.2
Einem Elternteil	35	21.1
Internat/Heim/betreutes Wohnen	28	17.0
Bei anderen Verwandten	20	12.1
Aufgewachsen in		
Klein-/Mittelstadt ≥ 5000	65	39.4
Großstadt ≥ 100000	56	33.9
Kleinerer Ort < 5000	44	26.7
Schulabschluss		
Fachhochschulreife / Abitur	95	57.6
Mittelstufe / Realschule	61	37.0
Unterstufe / Hauptschule	8	4.8
Kein Schulabschluss	1	0.6
Berufstätigkeit (n=165)		
Berentet / pensioniert	79	47.9
Voll- oder Teilzeit	32	19.4
Arbeitslos oder arbeitssuchend / in Ausbildung	23	14
Berufsunfähig / krankgeschrieben	21	12.8
Geringfügig, gelegentlich	10	6.1

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben

Gewalterfahrungen und die Folgen

Beginn und Bewusstwerden der Gewalt

Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer geben an, dass die organisierten und/oder rituellen Gewalterfahrungen bereits im frühen Kindesalter begonnen haben, mit einem durchschnittlichen Alter von 3 Jahren (Mdn 2.0, M 3.0, SD 3.0). Bis ihnen die erlebte Gewalt bewusst wurde, verging oft eine lange Zeit von durchschnittlich 28.5 Jahren (SD 12.4, Mdn 26.5). Nur wenig kürzer war die angegebene Zeitspanne zwischen der ersten erlebten organisierten und/oder rituellen Gewalterfahrung und der Offenbarung gegenüber einer anderen Person mit durchschnittlich 24.2 Jahren (SD 13.5, Mdn 23.0).

Zugehörigkeit der Täter

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern berichtet, dass Mitglieder der eigenen Herkunftsfamilie als Täterinnen und Täter in Kontexte organisierter und/ oder ritueller Gewalt involviert waren (65.5%). Mehr als die Hälfte bestätigt dies auch transgenerational, für mindestens eine Generation vorher (50.3%) und für eine Beteiligung von Verwandten an den Gewalttaten (58.2%).

Es wurde ein breites Spektrum von Tätergruppierungen und Hintergründen genannt. Am häufigsten wurden Kinderpornographie (64.8%) und Kinderprostitution (66.7%) angegeben, gefolgt von Erfahrungen mit Gewaltpornographie (46.7%), Zwangsprostitution im Erwachsenenalter (33.9%) und Menschenhandel (24.2%). Als Gruppierungen mit

eher ideologisch und religiöser Ausrichtung wurden besonders oft satanistische Kulte genannt (48.5%), gefolgt von religiösen Sekten (19.4%), und rassistischen bzw. faschistischen Gruppierungen (jeweils 12.1%).

Bei allen Angaben waren Mehrfachantworten möglich.

Ideologien/Glaubenssysteme/ Sinnggebung der Gewalt

Deutlich mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer beschreibt ideologische Rechtfertigungen und Sinnggebungen der erlebten Gewalt (64.8%), wenige verneinen sie, ein Teil macht dazu keine Angaben (26.1%).

Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, die Ideologien und Sinnggebung bestätigt haben, schildern verschiedene Ziele, die damit von den Tätergruppierungen verfolgt wurden. Zu einem großen Anteil galt es, die sexuelle Ausbeutung zu rechtfertigen (86.0%), die erzwungene Gewalt gegenüber anderen Menschen zu begründen (80.4%) und die Kontrolle der Gruppenmitglieder zu ermöglichen (80.4%). Zudem dienten Ideologien für mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern dazu die innere dissoziative Aufspaltung aufrechtzuerhalten (69.2%). Bei allen Angaben waren Mehrfachantworten möglich

Formen von Gewalt und Dissoziative Aufspaltung in innere Anteile

Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer berichten zahlreiche selbsterlebte schwere Gewalterfahrungen. Häufig werden Gewaltanwendungen mit Nahtoderfahrungen angegeben (86.1%) und Vergewaltigungen durch mehrere Täter (84.8%). Sehr viel mehr als

die Hälfte berichtet, dass sie anderen Tätern zur sexuellen Ausbeutung verkauft wurden (73.9%). Auch erzwungene Gewalt gegenüber anderen Opfern wird häufig angegeben (68.5%). Die Suche nach Unterstützung blieb nach Berichten von vielen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nicht unbestraft (59.4%). Sie schildern auch, dass unter Zwang über laufende Psychotherapien berichtet werden mußte (40.0%). Darüber hinaus wird von fast allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestätigt, dass durch die erlebte Gewalt dissoziative Persönlichkeitsanteile entstanden sind (91.5%). Ein hoher Prozentsatz derer, die dies berichten, gibt zudem spezifische Formen von absichtsvoller dissoziativer Aufspaltung durch die Tätergruppierungen an (63.6%). Dazu gehören bei mehr als der Hälfte absichtsvolle Aufspaltungen in innere Anteile, die im Sinne der jeweiligen Einsatzbereiche der Tätergruppierungen für bestimmte Funktionen oder Fertigkeiten trainiert wurden (85.4%).

Inanspruchnahme Versorgung

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern gibt an, professionelle Beratungsangebote in Anspruch genommen zu haben (66.1%) und dabei im Mittel (Mdn) 27,5 Beratungstermine absolviert zu haben (M 124.7, SD 216.4). Aufgrund von Extremwerten in der Versorgung liegt hier sowie bei folgenden Variablen eine schiefe Verteilung vor und der Median wird berücksichtigt.

Ein sehr großer Anteil der Befragten schildert in ambulanten Psychotherapien gewesen zu sein (95.8%), der Median der wahrgenommenen

WISSENSCHAFT

	n	%
Beginn der organisierten/rituellen Gewalt - Alter in Jahren (n=109)		
<i>M (SD), Mdn</i>	3.0 (3.0), 2.0	
Bewusstsein der organisierten/rituellen Gewalt – Alter in Jahren (n=146)		
<i>M (SD), Mdn</i>	28.5 (12.4), 26.5	
Zeit von erster Gewalttat bis zu Offenbarung (n=156)		
<i>M (SD), Mdn</i>	24.2 (13.5), 23.0	
Beteiligte an den Gewalttaten (n=165; Mehrfachantworten)		
<i>Herkunftsfamilie</i>	108	65.5
<i>Verwandte</i>	96	58.2
<i>mindestens eine Generation vorher</i>	83	50.3
Zugehörigkeit der Täter (n=165; Mehrfachantworten)		
<i>Kinderprostitution</i>	110	66.7
<i>Kinderpornographie</i>	107	64.8
<i>Gewaltpornographie</i>	77	46.7
<i>Zwangsprostitution (als Erwachsene)</i>	56	33.9
<i>Menschenhandel</i>	40	24.2
<i>Satanismus</i>	80	48.5
<i>Religiöse Sekten</i>	32	19.4
<i>Rassistisch, Faschistisch jeweils</i>	20	12.1
Ideologische Strategien der Tätergruppen (n=165)		
<i>Ja</i>	107	64.8
<i>Nein</i>	15	9.1
<i>Weiß ich nicht</i>	43	26.1
Ideologien/Glaubenssysteme/Sinnegebung (n=107, Mehrfachantworten)		
<i>Zur Rechtfertigung der sexuellen Ausbeutung</i>	92	86
<i>Zur Rechtfertigung erzwungener Gewalt gegen andere</i>	86	80.4
<i>Zur Kontrolle der Gruppenmitglieder</i>	86	80.4
<i>Zur Aufrechterhaltung der inneren Aufspaltung</i>	74	69.2
<i>Weiß ich nicht</i>	4	3.7
Formen an Gewalt – selbst erfahren (n=165, Mehrfachantworten)		
<i>Wiederholte Gewaltanwendung mit Nahtoderfahrungen</i>	142	86.1
<i>Wiederholte Vergewaltigungen durch mehrere Täter</i>	140	84.8
<i>Verkauft werden an andere Täter zur sexuellen Ausbeutung</i>	122	73.9
<i>Zwang selbst Gewalt an Opfern auszuüben</i>	113	68.5
<i>Wiederholte Bestrafung für die Suche nach professioneller Hilfe</i>	98	59.4
<i>Wiederholte erzwungene Berichterstattung über Psychotherapie</i>	66	40.0
Dissoziative Aufspaltung in innere Anteile durch Gewalt (n= 165)		
<i>Ja</i>	151	91.5
<i>Nein</i>	2	1.2
<i>Weiß ich nicht</i>	12	7.3
<i>Absichtsvolle Aufspaltung in innere Anteile</i>	96	63.6
<i>Absichtsvolle Aufspaltung in innere Anteile mit best. Funktionen</i>	129	85.4

Tabelle 3: Gewalterfahrungen und Folgen (siehe auch Schröder, Nick, Richter-Appelt & Briken, in Revision)

Sitzungen beträgt 300 (SD 250.3, M 369.7). Als häufigste Psychotherapierichtungen wurden traumaspezifische Psychotherapie genannt (65.8%), gefolgt von Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (63.3%) und Verhaltenstherapie (51.3%). Die Wartezeit unterschied sich je nach Art der gesuchten Psychotherapie: Sie betrug für allgemeine Psychotherapie im Median 4 Monate (SD 24.5, M 9.0), für Traumatherapie im Median 8 Monate (SD 35.8, M 16.6), bei Spezialisierung auf organisierte und rituelle Gewalt im Median 6 Monate (SD 52.0, M 20.7). Ein Großteil der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern berichtet außerdem, zu ihrer Versorgung Kliniken aufgesucht zu haben (74.5%), mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von im Median 6 Monate (SD 52.0, M 20.7). Etwa jeder Fünfte der Befragten bestätigte einen Umzug für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie (21.5%). Einige Studienteilnehmerinnen haben zum Zeitpunkt der Befragung trotz jahrelanger Suche keinen Psychotherapieplatz gefunden.

Anhaltende Gewalterfahrungen, Ausstieg und professionelle Hilfe

Ein großer Teil der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer führt an, dass parallel zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe die Gewalt durch die Täter andauerte. Mehr als ein Drittel bestätigt einen Zeitraum, der kürzer als ein Jahr war (37.0%), und mehr als die Hälfte eine Frist, die über ein Jahr hinausging (63.0%). Durchschnittlich wird eine Dauer von mehr als 7.2 Jahren angegeben (SD 5.03, Mdn 6.0).

Ein Großteil der Teilnehmerin-

ORGANISIERTE UND RITUELLE GEWALT IN DEUTSCHLAND

Inanspruchnahme - Beratung	n	%
Ja	109	66.1
Anzahl der direkten Beratungssitzungen <i>M (SD), Mdn 124.7 (216.4)</i> 27.5	106	
Inanspruchnahme - Ambulante Psychotherapie		
Ja	158	95.8
Anzahl der Sitzungen <i>M (SD), Mdn 369.7 (250.2)</i> , 300	158	
Wartezeit auf Therapieplatz		
Allgemeine Psychotherapie <i>M (SD), Mdn 9.0 (24.5)</i> , 4.0	139	
Traumatherapie <i>M (SD), Mdn 16.6 (35.8)</i> , 8.0	131	
Spezialisierung auf ORG* <i>M (SD), Mdn 20.7 (52.9)</i> , 6.0	87	
Psychotherapieverfahren (n=158, Mehrfachantworten)		
Traumatherapie	104	65.8
Tiefenpsychologische Therapie	100	63.3
Verhaltenstherapie	81	51.3
Umzug wegen Psychotherapie (n=158)		
Ja	34	21.5
Inanspruchnahme - Kliniken		
Ja	123	74.5
Anzahl der Aufenthaltswochen (n=122)		
<i>M (SD), Mdn 66.4 (107.6)</i> , 40		
Behandelnde Therapeuten (n=158)		
Erfahrung mit organisierter und ritueller Gewalt	86	54.4
Anhaltende Gewalterfahrungen während Behandlung (n=165)		
Länger als 1 Jahr	104	63.0
Kürzer als 1 Jahr	61	37.0
<i>M (SD), Mdn 7.24 (5.03)</i> , 6		
Erfolgreicher Ausstieg aus Gruppierungen (n=165)		
Ja	94	57.0
Weiß ich nicht	40	24.2
Hilfe durch professionelle Unterstützung beim Ausstieg (n=94)		
Keine wesentliche Hilfe	50	53.2
Durch Beratungsstellen	18	19.1
Durch Psychotherapie	45	47.9
Durch Polizei oder Justiz jeweils	1	1.1
Langfristig gestellt falsche o. unvollständige Diagnose (n=165)		
Ja	114	69.1
Emotional instabil / Borderline-Persönlichkeitsstörung	50	43.9
Schizophrenie / psychotische Störung	49	43.1
Aufgrunddessen erfolgte falsche Behandlung (n=114)		
Ja, falsche oder fehlende Methoden in der Psychotherapie	62	54.3
Ja, falsche medikamentöse Behandlung	41	36

Tabelle 4: Versorgungssituation (siehe auch Schröder, Nick, Richter-Appelt & Briken, in Revision)

nen und Teilnehmer der Studie gibt an, dass ihnen der Ausstieg, also der Abbruch des Täterkontaktes und die Loslösung von den Gruppierungen der organisierten und/oder rituellen Gewalt schließlich gelungen sind (57.0%). Ein Teil macht dazu keine Angaben (24.2%). Mehr als die Hälfte der Befragten, denen der Ausstieg gelungen ist, gibt an, dass durch professionelle Angebote keine wesentliche Hilfe erfolgte (53.2%). Am wenigsten als unterstützend erlebt wurden hier Polizei und Justiz (1.1%).

Diagnosen, psychische Symptomatik und Fehlbehandlungen

Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern gaben neben Diagnosen, die ihnen in der gesamten Lebenszeit klinisch gestellt wurden, ihre aktuell gültigen Diagnosen an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (vgl. ausführlich bei Schröder, Nick et al. 2018, eingereicht). Unter den aktuell genannten Diagnosen wird mit Abstand am häufigsten die Dissoziative Identitätsstörung (78.8%) genannt. Vielfach angegeben sind auch die nicht näher bezeichnete dissoziative Störung NNBDs (3.0%) und andere dissoziative Störungen (18.2%), so dass zusammen genommen dissoziative Störungen einen deutlichen Schwerpunkt der aktuell gültigen Diagnosen bilden.

Außerdem berichtet werden die komplexe PTBS mit 53.9% und die PTBS bei 23.6% der Betroffenen. Die Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen berichtet außerdem von einer Depressiven Störung (51.5%) und Essstörungen als aktuellen Diagnosen (24.2%).

Als langfristige Fehldiagnosen

Diagnosen	Professionell diagnostiziert in der Lebenszeit (% , n)	Professionell diagnostiziert u. aktuell (% , n)
Depressive Störung	87.3 (144)	51.5 (85)
Komplexe PTBS	84.8 (140)	53.9 (89)
Dissoziative Identitätsstörung	83.6 (138)	78.8 (130)
Posttraumatische Belastungsstörung	73.9 (122)	23.6 (39)
Essstörung	62.4 (103)	24.2 (40)
Dissoziative Störung	51.5 (85)	18.2 (30)
Generalisierte Angststörung	42.4 (70)	10.9 (18)
Borderline-Persönlichkeitsstörung	42.4 (70)	4.8 (8)
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	40.0 (66)	3.6 (6)
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	32.1 (53)	11.5 (19)
Soziale Phobie	25.5 (42)	10.3 (17)
Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	24.8 (41)	4.2 (7)
Schizophrenie	24.8 (41)	0.6 (1)
Psychotische Störung	19.4 (32)	0.6 (1)
Andere Persönlichkeitsstörungen	18.8 (31)	3.6 (6)
Wahnhaftige Störungen	17.6 (29)	0.6 (1)
Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (NNBDS)	12.7 (21)	3.0 (5)
Kriterien für Posttraumatische Belastungsstörung (PCL-5)		
ja (n, %)	125	75.8
nein (n, %)	40	24.7
Summenscore (M, SD)	51.44 (16.25)	
Kriterien für somatoforme Dissoziation (SDQ-5)		
ja (n, %)	147	89.1
nein (n, %)	18	10.9
Summenscore (M, SD)	14.36 (4.44)	

Tabelle 5: Berichtete Prävalenzraten klinischer Diagnosen der Studienteilnehmer_innen (N= 165) aus Schröder, Nick, Richter-Appelt & Briken (in Revision)

wurden am häufigsten emotional instabile/Borderline-Persönlichkeitsstörungen (43.9 %) und Schizophrenie/psychotische Störungen (43.1 %) angegeben. Im Zusammenhang damit werden auch der Einsatz fehlender oder falscher psychotherapeutischer Methoden und unpassende medikamentöse Behandlungen geschil-

dert. Über die Selbstbeurteilungsinstrumente zeigen sich bei den Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern hohe psychische Belastungen, so dass die Kriterien für eine posttraumatische Symptomatik bei 75.8 % erfüllt und für eine somatoforme Dissoziation bei 89.1 % (vgl. ausführlich bei Schröder, Nick, Richter-Appelt & Briken, in Revision).

Diskussion

Die vorliegende Studie zu Charakteristika organisierter und ritueller Gewalt und zur Versorgungssituation Betroffener konnte einen Teil der bisherigen Praxiserfahrung, der Fachliteratur und der wenigen bisherigen Studien bestätigen und weiter differenzieren. Wie auch in anderen Studien bereits deutlich wurde, ist der Großteil der Betroffenen weiblich. Dieser hohe Frauenanteil findet sich im gesamten Bereich der komplexen Traumatisierungen und noch einmal besonders bei der Diagnose DIS, mit einem Verhältnis von 9:1 zwischen Frauen und Männern im Versorgungssystem.

Die meisten Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer schildern, dass sie – anders als z. B. in den internationalen Behandlungsleitlinien zu DIS angenommen (ISSTD, 2014) – eher selten in Heimen oder bei Pflegeeltern aufgewachsen sind; meist leben sie bei beiden Elternteilen und haben eine erfolgreich abgeschlossene höhere Schulbildung. Äußerlich könnte es sich daher oft um relativ unauffällige Familien handeln. Die im Fragebogen erfolgten Angaben einer starken Einbindung der Herkunftsfamilie in die organisierte und rituelle Gewalt deuten aber auf Familienverhältnisse hin, in denen Kinder – wie in einer Parallelwelt – schon im frühen Alter schwerer Gewalt ausgesetzt sind (siehe dazu auch Igney & Breitenbach, 2012; Miller, 2014).

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer gibt an, ohne Partnerschaft zu leben (57.6 %), und 26.7 % be-

zeichnen sich als asexuell. Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Studien zur Häufigkeit von Partnerschaften nach komplexer Traumatisierung, im Besonderen nach sexueller Gewalt überein; Partnerschaft und Sexualität werden nach solchen Gewalterfahrungen oft vermieden (Büttner, Sachsse, Overkamp et al., 2014). Nichttraumatisierten Frauen aus Deutschland, die sich in einem ähnlichen Alter befinden, sind zu 78 % in Partnerschaften (Wippermann, 2014), während nur 42.5 % der Studienteilnehmerinnen und

sich auf intime Beziehungen zu anderen Menschen einzulassen.

Außerdem vermitteln die Ergebnisse unserer Studie mit dem berichteten frühen Beginn der sexuellen Gewalterfahrungen durch mehrere Täter und Täterinnen (durchschnittlich im Alter von drei Jahren), der oft transgenerationale Beteiligung der Herkunftsfamilie (bei mehr als 65.5 %) und der ideologische Indoktrinierung ein typisches Muster, das mit den wenigen bisher in diesem Feld erfolgten Studien zur Charakteristik organisierter und rituel-

lung scheinen einen Großteil der Menschen aus beiden Kontexten zu betreffen. Unsere Ergebnisse vermitteln ein breiteres Spektrum an Gewaltformen und Tätergruppierungen. Dies steht im Gegensatz zu einigen Angaben in der Fachliteratur, die sich oft vor allem auf satanistische und in Sekten orientierte Gruppierungen bezieht. Für die Angaben zum Hintergrund der Täter gibt es allerdings kaum Vergleichsdaten, da die wenigen vorhandenen Studien zu sexualisierter Gewalt und auch zu organisierter und ritueller Gewalt, meist die erfolgten Gewalttaten, kaum aber deren Kontext abfragen. Hier zeigen sich deutlich die Folgen von einer häufigen Art von Traumaforschung, bei der die Symptome im Zentrum stehen, nicht aber die Verhältnisse, die Gewalt verursachen (Schlingmann, 2010). Die Folgen von Gewalt werden so individualisiert, biologisiert, pathologisiert und aus dem Kontext herausgelöst (Brenssel & Hartmann, 2017).

Zum möglichen Einfluss von Ideologien auf posttraumatische und dissoziative Symptome ist bisher wenig bekannt. Eine Studie mit einer völlig anderen Zielgruppe, nämlich Bundeswehrsoldaten nach Auslandseinsätzen, weist jedoch darauf hin, dass Werte- und Normverletzungen auch bei traumatisierten Erwachsenen bereits zu einer Erhöhung psychischer Belastung und auch der PTBS-Symptomatik führen können (Zimmermann, 2016). Auch die Resilienzforschung zu Trauma betont die Bedeutung von Weltanschauungen bei Heilungsprozessen nach schweren Traumatisierungen (Wirtz, 2003). In unserer Studie gibt ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilneh-

Ein großer Teil der Betroffenen schildert bei beiden Eltern aufgewachsen zu sein.

Studienteilnehmer in fester Beziehung leben. Dieser deutliche Unterschied kann als eine Folge der sexualisierten Gewalterfahrungen verstanden werden. Noll & Puntnam (2003) haben festgestellt, dass sexuell aversives Verhalten vorrangig im Zusammenhang mit schwerem sexuellen Missbrauch erfolgt, wenn dieser durch den biologischen Vater

ler Gewalt übereinstimmt (Young, 1991; Kownatzki, Eilhardt, Hahn et al., 2011; Salter, 2011; Becker et al., 2007).

In unserer Studie wird in den Definitionen und Fragen zwischen organisierter Gewalt und ritueller Gewalt unterschieden. Die Ergebnisse weisen allerdings darauf hin, dass die Übergänge zwischen beiden Ge-

Mehr als die Hälfte der Betroffenen gibt an, ohne Partnerschaft zu leben und bezeichnet sich als asexuell.

oder mehrere Täter lebensgeschichtlich früh, über eine lange Zeit hinweg, unter Anwendung körperlicher Gewalt stattfand. Auch die tiefen Vertrauensbrüche, die Betroffene erlebt haben, können es erschweren

waltformen fließend sind und wesentliche Unterschiede, auch aus Sicht von Betroffenen, vor allem auf dem Vorhandensein oder Fehlen von Ideologien und Glaubenssystemen, beruhen. Phänomene der absichtsvollen dissoziativen Aufspal-

mer mit dissoziativen Persönlichkeitsanteilen an (69.2%), dass nach ihrer Auffassung die ideologischen Indoktrinierungen der Täter auch dazu dienen, die innere dissoziative Aufspaltung aufrecht zu halten; was auch aus traumatherapeutischer Erfahrung nachvollziehbar erscheint. Auch im Rahmen der Traumatherapie gilt die gelungene Kooperation und Transformation von inneren Persönlichkeitsanteilen, die konträre Weltanschauungen und Kognitionen hegen, als besonders wichtig für den Genesungsprozess und für die Auflösung von Dissoziation (Huber, 2012).

Die Ergebnisse bilden im Zusammenhang mit der dissoziativen Identitätsstörung und ihrer Subform der NNBDs das Phänomen der absichtsvollen dissoziativen Aufspaltung durch Täternetzwerke ab. Hierzu zeigt sich in der Forschung und Fachliteratur zu DIS eine kontroverse Kenntnislage. Während gezielt erzeugte Dissoziation in einem Großteil der Fachliteratur und in Behandlungskonzepten zu DIS keinerlei Erwähnung finden, wird in der Fachliteratur zu organisierten und rituellen Gewalterfahrungen ausführlich darüber berichtet (Miller, 2014; Breitenbach, 2010; Fliss, 2012).

Anerkannte Modelle zur DIS gehen davon aus, dass der Prozess der Aufspaltung an biologisch bedingten Soll-Bruchstellen erfolgt. Bei der absichtsvollen, meist vielfach erfolgten Aufspaltung wäre daher eine genaue Kenntnis dieser Prozesse durch die Täter notwendig. Sowohl zur absichtsvollen Aufspaltung als auch zu den erwähnten Ideologien gibt es bisher keine uns bekannten Studien, so dass unsere Ergebnisse

erste Einblicke in dieses noch zu erforschende Feld geben können. Wegen der bei vielen Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen aktuellen Diagnose einer DIS lässt

Anerkannte Modelle zur DIS gehen davon aus, dass der Prozess der Aufspaltung an biologisch bedingten Soll-Bruchstellen erfolgt.

sich auch nicht sicher sagen, ob einzelnen Betroffenen möglicherweise beim Ausfüllen des Fragebogens aufgrund dissoziativer Barrieren der Zugriff auf das Wissen z.B. um selbsterlebte ideologische Indoktrinierung nicht möglich war oder ob sie dies tatsächlich nicht erlebt haben.

Die Angaben der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmerin zur Versorgungssituation beschreiben diverse Schwierigkeiten. Die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie, Beratung und Kliniken erweist sich als sehr hoch

Die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz sind für Betroffene überaus lang. Je schwerer und spezifischer die Symptomatik, desto länger ist die Wartezeit.

(95.8%; 66.1%; 74.5%) und steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer starken Symptombelastung. Die Betroffenen unserer Studie teilen mit, dass die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bei organisierten und rituellen

Gewalterfahrungen besonders lang sind. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, je schwerer und spezifischer die Symptomatik, desto länger ist die Wartezeit: für eine allgemeine Psy-

chotherapie ist dies deutlich kürzer als für eine traumaspezifische Psychotherapie und eine Psychotherapie mit Spezialisierung auf organisierte rituelle Gewalterfahrungen.

Die wenigen Studien, die es zum Thema Versorgung traumatisierter Menschen in Deutschland gibt, bestätigen diese Aussagen: Eine Studie von Sommer (2016) beschreibt, dass ein Viertel der komplex traumatisierten Menschen drei bis sechs Monate auf einen allgemeinen Psychotherapieplatz warten muss und dass sich für etwa 10 Prozent der Beginn ihrer Therapie länger als ein Jahr hinaus-

zögert. Wahrscheinlich führt auch die Diagnose DIS zu einer längeren Wartezeit. Eine unveröffentlichte Studie der Universität Potsdam von Roth (2015) zeigt, dass Menschen mit einer DIS-Diagnose durchschnittlich ein Jahr auf einen Psychotherapie-

platz warten, während die Wartezeit bei einer PTBS der Studie zufolge 6.1 Monate beträgt.

Ein Großteil der Befragten gibt an, den Ausstieg geschafft zu haben (57.0%), während 18.8% sich noch in den Gruppierungen befinden. Dazu gibt es bisher kaum Untersuchungen. Dieses Ergebnis weist auch auf die begrenzte Aussagekraft unserer Studie hin. Für die Beantwortung des Fragebogens wird eine gewisse psychische Stabilität, Reflexionsfähigkeit und anteilige Überwindung dissoziativer Abspaltungen benötigt, um überhaupt Angaben zu Gewalterfahrungen, Ausstieg, Tätergruppen etc. machen zu können. Auch aufgrund unserer Art der Akquise und der Fragenstellung der Studie haben wir somit vor allem Betroffene erreicht, die im Versorgungssystem angekommen sind

und bereits einen gewissen Abstand zu den Tätergruppierungen erreicht haben.

Ein Großteil der Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen (66.1%) wurde über viele Jahre psychotherapeutisch behandelt, während weiterhin organisierte rituelle

therapeutinnen sind anhaltende Gewalterfahrungen ihrer Klientinnen und Klienten eine wiederkehrende hohe Anforderung und Belastung.

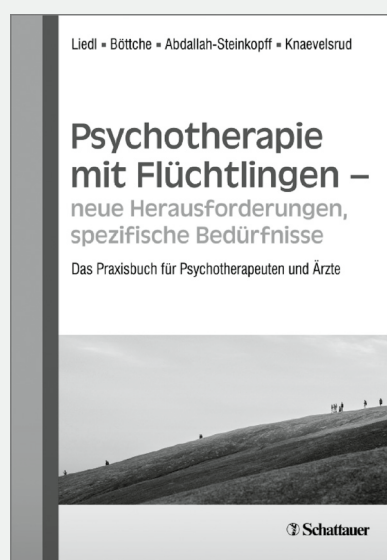
Auch internationale Behandlungsleitlinien und die Fachliteratur zu DIS bestätigen das Phänomen des oft noch anhaltenden Täterkontak-

Noch anhaltende wiederkehrende Gewalterfahrungen stellen eine hohe Anforderung und Belastung für die Behandlung dar.

Gewalt erlebt wurde. Diese Ergebnisse deuten auf massive Versorgungslücken hin, die über lange Zeiträume Menschen daran hindern, sich vor sexueller Gewalt und Ausbeutung schützen zu können. Auch für Psychotherapeuten und Psycho-

tes (Fliss 2013; Huber 2011). Es gibt dazu bisher jedoch unseres Wissens keinerlei Daten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Betroffene kaum Vertrauen in das Rechtssystem als Hilfe haben dürften. Von den 94 Studienteilnehmer und Studienteil-

www.klett-cotta.de/schattauer



Die Hoffnung im Gepäck

In der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung werden professionelle und praktische Kenntnisse zum Umgang mit teilweise schwer traumatisierten Flüchtlingen immer wichtiger.

Einzigartig in seiner praktischen Ausrichtung beantwortet dieser Leitfaden alle wichtigen Fragen, wie sich Psychotherapie mit geflüchteten Menschen erfolgreich umsetzen lässt.

Liedl, Böttche, Abdallah-Steinkopff, Knaevelsrud (Hrsg.)

Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse

Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte

2016. 179 Seiten, 4 Abb., 8 Tab., broschiert. € 29,99 (D). ISBN 978-3-608-43195-7

nehmerinnen, die einen gelungenen Ausstieg angeben, haben nur 46.8 % dabei professionelle Unterstützung als hilfreich erfahren, von Justiz und Polizei sogar nur zu je 1.1 %. Auch traumatherapeutische Konzepte sind nicht gerade für akut anhaltende Gewalterfahrungen entwickelt worden und kommen diesbezüglich schnell an ihre Grenzen. Sachs weist in einer neuen Publikation auf diese Umstände hin und plädiert für eine besondere Behandlung der DIS bei anhaltenden Gewalterfahrungen (Sachs, 2017).

Bezogen auf die Lebenszeit der Befragten bietet sich ein breites Spektrum an Diagnosen, während das Feld der aktuellen Diagnosen deutlich reduziert ist. Dies weist möglicherweise auch auf traumaspezifisch versierte Behandlerinnen und Behandler hin, die im Laufe der Zeit eine zunächst recht heterogene Symptomatik als traumaassoziiert verstanden haben und unter den Diagnosen der (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung und der DIS, NNBDS subsumieren (Büttner, Sack et al 2017). In den Ergebnissen zeigen sich Schwierigkeiten die DIS/NNBDS richtig zu diagnostizieren und damit verbundenen Fehlbehandlungen. Auch andere Studien und die Fachliteratur stimmen darin überein, dass die DIS häufig nicht erkannt wird (Gast, Rodewald, Hofmann et al. 2006) und stattdessen eine Borderline-Störung und Schizophrenie/psychotische Störungen diagnostiziert wird.

Übereinstimmen mit den genannten klinischen Diagnosen, den Gewalterfahrungen und der eingeschränkten beruflichen Belastbarkeit zeigen auch die Selbstbeurtei-

lungsinstrumente PCL 5 und SDQ 5 bei einem Großteil der Betroffenen die Kriterien für eine PTBS und somatoforme Dissoziation erfüllt und eine hohe akute Symptombelastung. Ob durch das Ausfüllen des Fragebogens besonders Persönlichkeitsanteile aktiviert wurden, die unter dieser Symptomatik leiden oder ob dies Ausdruck für die Belastung der Gesamtpersönlichkeit ist, können wir nicht sicher sagen. Der Zusammenhang von somatoformer und psychoformer Dissoziation nach organisierter Gewalt ist bisher kaum erforscht. Nur eine kleine Studie weist auf vermehrte somatoforme-dissoziative Symptome nach organisierten und rituellen Gewalterfahrungen hin (Nick & Richter-Appelt, 2016).

Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse dokumentieren neben einer starken Inanspruchnahme der psychosozialen Regelversorgung auch massive Lücken und Limitierungen in diesen Angeboten, besonders im Ausstiegsprozesse sind Betroffene nicht ausreichend vor Gewalt geschützt und unterstützt. Die demzufolge stattfindende therapeutische Behandlung, parallel zu oft jahrelang weiter erfolgender sexueller Gewalt und Ausbeutung, stellt die Wirksamkeit der gesellschaftlichen Möglichkeiten, welche Opfer von Gewalt schützen sollen, deutlich in Frage und weist auf die dringende Notwendigkeit von Verbesserungen hin.

Auch die kaum oder nicht vorhandenen Vergleichszahlen zu vielen von uns erfragten Themenkomplexen organisierter und/oder ritueller Gewalt zeigen deutlichen

Forschungslücken und bedürfen offenkundig weiterer Untersuchungen, die das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen und Praktikern und Praktikerinnen integrieren. Dies käme auch den psychologischen und traumatherapeutischen Behandlungskonzepten und der klinischen Diagnostik zugute, welche diese Zielgruppen mit komplexen dissoziativen Störungen, häufiger ideologischer Indoktrination und anhaltenden Gewalterfahrungen bisher kaum berücksichtigen; aktuelle Behandlungskonzepte sind daher nur teilweise bedarfsgerecht und deutlich verbesserungswürdig.

Dass sich Betroffene so zahlreich an dieser Umfrage beteiligten und sich der Anstrengung unterzogen, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen, weist auch auf die Bedeutung einer derartigen Studie für die Betroffenen selbst hin. Eindrücklich schildern sie außerdem, dass sie sonst wenige Möglichkeiten haben, sich mitzuteilen und Gehör zu finden. Über die berichteten Schwierigkeiten hinaus wird dabei auch die innere Kraft und Stärke der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer deutlich, die beschreiben, dass sie trotz mangelnder Unterstützung den Ausstieg geschafft haben oder auf diesen hinarbeiten und sich über diese Umfrage mitteilen wollen.

Wir hoffen mit dieser Studie die Datenlage zu verbessern und neue Impulse zu setzen, um eine angemessene Unterstützung Betroffener voran zu bringen. Hierbei handelt es sich letztendlich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur über interdisziplinäre Kooperationen, Forschung, Weiterbildungen sowie Schutz- und Präventionsmaßnahmen erfüllt werden kann.

Organized and Ritual Violence in Germany – Contexts, psychic effects, care situation

Abstract: *Experts on, and victims of, organized and/or ritual violence have repeatedly bewailed the inadequacy of the care situation for people undergoing such experiences. Frequent psychic effects are complex posttraumatic and dissociative disorders, above all dissociative identity disorder. There is a general consensus that the latter condition is particularly difficult to get to grips with therapeutically. Despite numerous studies on sexualized violence, trauma sequels, and trauma therapy, we have very little in the way of empirical data on the incidence, the psychic effects, and the treatment of organized and ritual violence.*

The aim of this study is to undertake a scientific survey of the experiences victims have been through with a view to (a) achieving a better understanding of characteristic forms of violence and their effects and (b) improving care.

Information on 165 self-defined victims of organized/ritual violence was collected via a detailed online questionnaire. The results of the survey indicate severe exposure to sexualized violence, psychic stress, and frequent recourse to therapy. Overall, the care situation is described as problematic, and there is evidence of ongoing experiences of violence at the hands of organized perpetrator groups.

The findings from the online survey are discussed with reference to theories on psychotrauma, trauma-therapeutic approaches to treatment, and ethical implications.

Keywords: *sexualized violence, organized perpetrator networks, dissociative identity disorder, complex trauma sequels, care*

Zur Person



*Susanne Nick,
Diplom-Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Therapeutische Leitung d. Spezialambulanz für Traumafolgestörungen,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Zur Person



*Prof. Dr. Peer Briken,
Direktor d. Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Mitglied der unabhängigen Aufarbeitungskommission für sexuellen Kindesmissbrauch (UKASK)
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sexualmedizin*

Zur Person



*Dr. Johanna Schröder,
Diplom-Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Zur Person



*Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt,
bis 2015 stellvertretende Direktorin d. Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (IPA)*

Kontaktadresse

*Dipl.-Psych. Susanne Nick
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
s.nick@uke.de*

Literatur

- Becker, T., Overkamp, B. & Karriker, W. 2007. Extreme Abuse Survey (EAS). – Internationale Onlinebefragungen. www.extreme-abuse-survey.net (Zugriff 15.12.2017).
- Bergmann, C. 2011. Abschlussbericht der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung sexueller Kindesmissbrauchs. Berlin: Bundesministerium. www.beauftragte-missbrauch.de (Zugriff 16.11.2017).
- Brand, B. L., Putnam, F. W. et al. (2011). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with DID and DDNOS. *American Psychological Association*, 1, 942 – 968.
- Breitenbach, G. (2010). Innenansichten dissoziierter Welten extremer Gewalt. *Ware Mensch – die planvolle Spaltung der Persönlichkeit*. Kröning: Asanger.
- Brensell, A. & Hartmann (2017). Kontextualisiertes Traumaverständnis in der Arbeit gegen Gewalt an Frauen. *Familiendynamik*, 01/01/201742(1), 28 – 39. DOI 10.21706/fd-42-1-28.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993a). Multiple Personality Disorder in the Netherlands. A clinical investigation of 71 patients, *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489 – 494. DOI 10.1176/ajp.150.3.489.
- Büttner, M., Dulz, B., Sachsse, U., Overkamp, B. & Sack, M. (2014). Trauma und sexuelle Störung. Multizentrische Studie von Patienten mit komplexer PTBS. *Psychotherapeut*, 59, 385 – 391. DOI 10.1007/s00278-014-1068-y.
- Coons, P.M. (1994). Reports of satanic ritual abuse: further implications about pseudomemories. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 1376 – 1378. DOI 10.2466/pms.1994.78.3c.1376.
- Dilling, H. & Mombour, W. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 10*. Bern: Huber.
- Endbericht der Enquete-Kommission »Sogenannte Sekten und Psychogruppen« Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentarische Vorgänge. 9. Juni 1998, abgerufen am 13.1. 2018 (PDF; 6,5 MB, S. 94 – 95) <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/109/1310950.pdf>
- Fachkreis sexualisierte Gewalt in organisierten und rituellen Gewaltstrukturen beim BMFSFJ (2018). Empfehlungen an Politik und Gesellschaft, Anlage 1: Datenlage und Forschungsstand, auch verfügbar unter www.kinderschutz-zentren.org/sexualisierte-Gewalt-in-organisierten-und-rituellen-Gewaltstrukturen
- False memory foundation Deutschland e.V. <https://www.false-memory.de/wissenschaft/multiple-persoelenlichkeiten/> (Zugriff 12.3.2018)
- Jud, A., Rassenhofer, M. Witt, A., Münzer, A. & Fegert, J. M. (2016). Häufigkeitsangaben zu sexuellem Missbrauch. www.beauftragter-missbrauch.de/presse-service/hintergrundmaterialien/ (Zugriff 1.2.2018)
- Finkelhor, D. (1988). Executive Summary – Sexual Abuse in Day Care: A National Study. University of New Hampshire, Durham.
- Fliss, C. (2013). Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong, *Komplexe Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Fröhling, U. (2005). Pilotstudie »Ritueller Gewalt in Deutschland« 1997 – 2005. <http://www.renate-rennebach-stiftung.de/rituelle-gewalt/studien/vortrag-text/index.php> (Zugriff 12.3.2018).
- Ekhardt-Henn, A. & Hoffmann, S. O. (2004). *Dissoziative Bewußtseinsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Gast, U. & Wabnitz, P. (2014). *Dissoziative Störungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gast, U. & Wirtz, G. (Hrsg.) (2016). *Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen – Expertenempfehlungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L. & Emrich, H. M. (2006). Dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), A 3193 – 3200.
- Hasselmann, P. (2017). <https://www.false-memory.de/literatur-medien/hasselmann-rituelle-gewalt-dissoziative-identitaetsstoerung/> (Zugriff 24.3.2018).
- Hilfetelefon für Frauen. https://www.hilfetelefon.de/fileadmin/content/Materialien/Jahresberichte/Fuenf_Jahre_Hilfetelefon_Jahresbericht_2017_barr.pdf (Zugriff 4.3.2018).
- Huber, M. (2011). *Viele sein – ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Igney, C. & Breitenbach, G. (Hrsg.) (2012). Themenheft *Ritueller Gewalt*. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 10(4).
- ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) (2014). Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) bei Erwachsenen. *Trauma & Gewalt*, 8(1), auch verfügbar unter <http://www.degpt.de/ueber-die-degpt/arbeitsgruppen/ag-dissoziative-stoerungen.html>.
- Küblbeck, E.; (2017). *EU-Richtlinien gegen Menschenhandel*. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 98(4), 172 – 176 auch verfügbar unter: www.kok-gegen-menschenhandel.de
- Kownatzki, A., Fröhling, U., Huber, M., Rodewald, F., Gast, U., AG Ritueller Gewalt Ruhrgebiet Witten, AG RG der ISSSD (2011). *Ritueller Gewalt. Umfragestudie zur satanistischen rituellen Gewalt als therapeutisches Problem*. Psychotherapeut. DOI 10.1007/s00278-010-0786-z.
- Merwe, A. & Sinason, V. (Hrsg.) (2017). *Shattered but unbroken – Voices of Triumph and Testimony*. London: Karnac.
- Miller, A. (2014). *Jenseits des Vorstellbaren. Therapie bei Rituellicher Gewalt und Mind-Control*. Kröning: Asanger.
- Nick, S. & Richter-Appelt, H. (2016). *Zeugnisse der Wandlung: Integrationsprozesse von Frauen mit Dissoziativer Identitätsstörung. Eine qualitative Pilotstudie*. *Trauma & Gewalt*, 10(3), 218 – 229.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Stelle, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Noblitt, R. & Perskin Noblitt, P. (Hrsg.) (2008). *Ritual Abuse in the Twenty-First Century: Psychological, Forensic, Social and Political Considerations*. Bandon: Robert D. Reed Publishers.

ORGANISIERTE UND RITUELLE GEWALT IN DEUTSCHLAND

- Noll, J. G., Trickett, P. K., Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol*, 71, 575–586.
DOI 10.1037/0022-006X.71.3.575.
- Priebe, K., Schmall, C. & Stiegelmayr, C. (2014). *Dissoziative Störungen*. Berlin: Springer.
- Putnam, F. W. (2013). *Handbuch Dissoziative Identitätsstörung*. Lichtenau: Probst.
- Rodewald, F. (2011). Diagnostik dissoziativer Störungen. In M. Huber, Viele sein. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln. Paderborn: Junfermann.
- Rodewald, R., Wilhelm-Gößling, C., Emrich, H., Reddemann, L. & Gast, U. (2011). Axis-I Comorbidity in Female Patients With Dissociative Identity Disorder and Dissociative Identity Disorder Not Otherwise Specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 122–131.
DOI 10.1097/NMD.0b013e318208314e.
- Roth (2015). Ergebnisse zu der therapeutischen Versorgungslage von Menschen mit DIS. Universität Potsdam (unveröffentlicht).
- Rudolph, N. M. (2016). *Rituelle Gewalt in Deutschland*. Berlin: Neopubli.
- Sachs, A. (2017). Stable DID, Active DID and other trauma-based mental disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*.
DOI 10.1080/15299732.2017.1295400.
- Salter, M. (2017). *Organised sexual abuse*. New York: Routledge.
- Salter, M. (2016). *Organised abuse in adulthood. Survivor and professional perspectives (accepted manuscript)*.
- Salter, M. & Richters, J. (2012) Organised abuse. A neglected category of sexual abuse with significant lifetime mental healthcare sequelae, *Journal of Mental Health*, 21(5), 499–508.
DOI 10.3109/09638237.2012.682264.
- Schlingmann, T. (2016). Was bisher war, das reicht nicht – Eine kritische Einschätzung der bisherigen Forschung gegen sexualisierte Gewalt in Sexueller Kindesmissbrauch (Igney, C. Hrsg.), *Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 14 (4), 16–26.
- Schröder, J., Nick, S., Richter-Appelt, H. & Briken, P. (in Revision). Practices and impact of organized and/or ritual child sexual abuse in Germany: Cross-sectional findings from individuals who report being victimized. *Child Abuse and Neglect*.
- Sinason, V., van der Merve, A. (Hrsg.) (2016). *Shattered but unbroken*. London: Karnac.
- Sinason, V. & A. Svensson (1994). Going through the fifth window: »Other cases rest on Sundays. This one didn't.« In V. Sinason (Hrsg.), *Treating Survivors of Satanist Abuse*, 14–21. London and New York: Routledge.
- Sommer, J. (2016). Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. *Trauma & Gewalt*, 10(4), 308–319.
- Ustupska, M. M., Stopsack, M., Preibsch, A. & Barnow, S. (2016). Rituelle Gewalt – ein blinder Fleck? Bewusstsein über Gewalt an Kindern und Jugendlichen bei Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 14(2), 84–96.
- Hart, O. van der, Boon, S. & Heijtmajer Jansen, O. (1997). Ritual abuse in European countries: A clinician's perspective. In G. A. Fraser (Hrsg.), *The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists*, 137–163. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- VIELFALT e. V. (Hrsg.) (2005). *Organisierte sexualisierte und rituelle Gewalt – Erfahrungen mit Ausstiegsbegleitung aus der Sicht professioneller BeraterInnen/TherapeutInnen*. Ergebnisse einer Befragung (in Kooperation mit dem Zentrum für Psychotraumatologie Kassel). Bremen: Selbstverlag. www.vielfalt-info.de.
- VIELSEITS GmbH (2017). *VIELSEITS*. Die ersten vier Jahre. Innenansichten eines Pionierprojektes. Selbstverlag, zu beziehen über www.vielseits.de.
- Wippermann, C. (2014). *Kinderlose Frauen und Männer*. Berlin. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlosefrauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf>.
- Wirtz, U. (2003). Die spirituelle Dimension in der Traumatherapie. In J. Galuska (Hrsg.), *Den Horizont erweitern. Die transpersonale Dimension in der Psychotherapie*, 136–154. Berlin: Leutner Verlag.
- Wittchen, H. & Saß, U. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Young, W. C., Sachs, R. G., Braun, B. G. & Watkins, R. T. (1991). Patients Reporting Ritual Abuse in Childhood: A Clinical Syndrome. Report of 37 Cases. *Child Abuse and Neglect*, 15, 181–189.
DOI 10.1016/0145-2134(91)90063-J.
- Zimmermann, P. (2016) <http://www.wehrmed.de/article/2783-werteveraenderungen-moralische-verletzungen-bei-im-einsatz-psychisch-erkrankten-soldaten-der-bundeswehr.html> (Zugriff 3.2.2018).

Die Studie wurde durch die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (UKASK) gefördert.