



SRH University of Applied Sciences
School of Psychology
Staatlich anerkannte Hochschule

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science Psychologie

Thema:

**Stigmatisierung von Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung und ihre
Auswirkung auf zwischenmenschliche Beziehungen**

Eingereicht von: Hannah Steets

Matrikelnummer: 11018597

Gruppennummer: 6174-2201

Studiengangsleiter:in: Dipl.-Psych. Willi Neuthinger
Betreuende/r Dozent:in: Prof. Dr. Sosnowsky-Waschek

Heidelberg, den 23.08.2025

Zusammenfassung

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ein gut erforschtes Thema. Trotzdem konzentriert sich die Forschung meist nur auf bestimmte, gesellschaftlich bekanntere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depression oder Schizophrenie. Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) wird in Studien dieses Themenbereichs mehrheitlich außen vor gelassen. Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, wie Stigmatisierung von Menschen mit DIS wahrgenommen wird und welche Auswirkungen diese auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen hat. Die Bearbeitung dieser Fragestellung erfolgte in einem explorativen, qualitativen Design. Halbstrukturierte Interviews wurden geführt und anschließend mithilfe von MAXQDA transkribiert und ausgewertet. Zentrale Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind, dass Personen mit DIS häufig durch ihr Umfeld Stigmatisierung erfahren und diese sich überwiegend negativ auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen auswirkt. Viele Betroffene berichteten unter anderem von Unverständnis und Ablehnung. Aus solchen Ergebnissen lässt sich schließen, dass in diesem Sachzusammenhang weiter in einem quantitativen Format geforscht werden sollte, um die Resultate dieser Studie validieren zu können. Ergänzend dazu sollte über negative Annahmen innerhalb der Gesellschaft gegenüber der DIS aufgeklärt werden, um eine bessere Lebensqualität für Betroffene dieser Erkrankung gewährleisten zu können.

Gendern

Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine gleichzeitige Verwendung mehrerer geschlechtlicher Sprachformen verzichtet. Die Ausführungen gelten für alle Geschlechter, sofern nicht anders spezifiziert.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
1. Theorie.....	7
1.1 Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)	9
1.1.1 Begriffsbestimmung und Diagnostik	9
1.1.2 Epidemiologie und Verlauf.....	12
1.1.3 Ätiologie	13
1.1.4 Behandlung	15
1.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen	17
1.2.1 Begriff und Arten von Stigmatisierung.....	17
1.2.2 Stigmatisierung der DIS.....	19
1.3 Bedeutung sozialer Beziehungen für die psychische Gesundheit	21
1.4 Forschungslücke: Stigmatisierung von DIS-Betroffenen	22
1.5 Forschungsfragen	23
2. Methode.....	25
2.1 Untersuchungsdesign.....	25
2.2 Untersuchungsdurchführung	26
2.3 Operationalisierung	29
2.4 Forschungsfragen	30
2.5 Auswertungsmethode	31
3. Ergebnisse	33
3.1 Stichprobenbeschreibung	33
3.2 Forschungsfrage 1	34
3.2.1 Selbststigmatisierung	35
3.2.2 Stigmatisierung durch andere	37
3.2.3 Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal	39
3.2.4 Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen	41
3.3 Forschungsfrage 2	42

3.3.1 Beziehungswahrnehmung	42
3.3.2 Beziehungsveränderung durch Diagnose.....	45
3.3.3 Chancen/positive Entwicklungen durch Diagnose	47
3.4 Zusätzliche Kategorien.....	48
4. Diskussion.....	50
4.1 Zusammenfassung und inhaltliche Einordnung der Befunde.....	50
4.2 Methodische Limitationen.....	56
4.3 Ausblick für Forschung und Praxis	58
4.4 Persönliches Fazit.....	60
Literaturverzeichnis.....	62
Anhang	68
Anhang A	69
Ehrenwörtliche Erklärung	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Selbstwahrnehmung	35
Tabelle 2. Herausforderungen	36
Tabelle 3. Verheimlichung	37
Tabelle 4. Partner, Familie, Freunde	37
Tabelle 5. Arbeit, Schule, System	38
Tabelle 6. Medien	38
Tabelle 7. Gericht	39
Tabelle 8. Kirche	39
Tabelle 9. Diagnostikweg	40
Tabelle 10. Verzögerte Behandlung	41
Tabelle 11. Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen	42
Tabelle 12. Enge Beziehungen	44
Tabelle 13. Weniger enge Beziehungen	44
Tabelle 14. Schwierige Konstellationen	45
Tabelle 15. Positiv (verbessert) - Engere Bindung	45
Tabelle 16. Negativ (verschlechtert)	46
Tabelle 17. Keine Veränderung	47
Tabelle 18. Entlastung	47
Tabelle 19. Selbstwertschätzung	47
Tabelle 20. Profit der Diagnose	48
Tabelle 21. Glaube	49
Tabelle 22. Wünsche	49

1. Theorie

Publikationen wie „Der Teufel mitten unter uns“ von Robin Rehm (SRF Schweizer Radio und Fernsehen, 2021), als auch Jan Böhmermanns Präsentation des Themas im TV-Format ZDF Magazin Royal, „Rituelle Gewalt, Satanic Panik, #HimmeloderHölle“ (2023), verbreiten eine fragwürdige Auffassung der Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) und ihren Ursachen, welche mit großer Sensibilität behandelt werden sollte. Solche Publikationen und auch weitere Artikel, welche die Validität und Existenz der DIS infrage stellen, erschweren die Lebensrealität der Betroffenen in unvorstellbaren Maßen. Hier kommt erheblicher Handlungsbedarf auf.

Die DIS hat eine Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung, von 1-1,5% und ist eine Art der dissoziativen Konversionsstörungen. Betroffene weisen mindestens zwei getrennte Innenpersönlichkeiten auf. (DocCheck, 2024). Die DIS ist aufgelistet im ICD-11, unter dem Code 6B64 (World Health Organisation, 2025). Erstmals aufgenommen als offizielle Diagnose, wurde die DIS 1980 im DSM 3, unter dem Namen „Multiple Persönlichkeitsstörung“ (Huber, 2004). 1991 wurde die Multiple Persönlichkeitsstörung ebenfalls in den ICD-10 aufgenommen (Gast et al., 2006). Viele Studien wurden von 1970 bis in die 1990er Jahre, bezüglich der Multiplen Persönlichkeitsstörung durchgeführt, um das Störungsbild bestmöglich zu erfassen und von anderen Störungen abzugrenzen. Dies führte zu einer Terminus-Erneuerung für das Störungsbild, von Multipler Persönlichkeitsstörung zu Dissoziativer Identitätsstörung (Huber, 2004).

Viele Beteiligte an der Forschung, therapeutische Fachkräfte und die Betroffenen selbst sind sich einig, dass die DIS bis heute von großer Skepsis umgeben ist. Eine solche Skepsis von Fachpersonal kann somit auch zu Fehldiagnosen, beziehungsweise einer fehlenden Diagnosestellung führen (Gleaves & Reisinger, 2023). In direkter Verknüpfung mit einer solchen Skepsis steht die Stigmatisierung. Die Definition von Stigmatisierung lautet: „Die negative gesellschaftliche Haltung gegenüber einer Eigenschaft einer Person, die als geistige, körperliche oder soziale Beeinträchtigung angesehen werden kann.“ (American Psychological Association, o. D., para. 1, eigene Übersetzung). Grundsätzlich werden seit den 1950er Jahren hohe Raten an Stigmatisierung gegen psychische Erkrankungen festgestellt (Levy, Celen-Demirtas, Surguladze, Sweeney, 2014). Trotzdem fällt die DIS regelmäßig unter den Radar all dieser Studien. Obwohl in großen Mengen, über Stigmatisierung in Bezug auf mentale Gesundheit oder psychische Störungen geforscht wird, wird die DIS immer wieder außen vor gelassen und somit nicht empirisch erfasst (Gleaves & Reisinger, 2023).

Allgemein gibt es viele falsche Auffassungen über die DIS, welche von der Bevölkerung geglaubt werden, die aber nicht der Realität entsprechen. Solche Annahmen wurden in der Harvard Review of Psychiatry aufgelistet (Brand et al., 2016). Hier wird vor allem über sechs Annahmen oder Mythen bezüglich der DIS berichtet. Diese Annahmen lauten unter anderem wie folgt: Es wird gesagt, die DIS sei eine sogenannte „Trend Diagnose“, welche aber keinen längerfristigen Bestand habe. Behauptet wird auch, dass die DIS primär in Nordamerika diagnostiziert wird von Experten, welche das Störungsbild überdiagnostizieren (Brand et al., 2016). Zudem sei die DIS selten in der Allgemeinbevölkerung zu finden und es wird gesagt, sie sei eine iatrogene Störung. Abschließend wird angenommen, eine DIS sei dasselbe wie eine lebhaft Borderline-Persönlichkeitsstörung und dass die Behandlung einer DIS schädlich für Betroffene sei (Brand et al., 2016). Diese Annahmen führen zu weiterer Stigmatisierung und Einschränkung des Behandlungsverlaufs von dissoziativen Klienten.

Eine solch negative Berichterstattung auf medialer, akademischer und gesellschaftlicher Ebene über die DIS ist bedenklich. Dementsprechend kommen Fragen auf, ob Stigmatisierung gegenüber der DIS vorliegt und wenn dies zutrifft, wie stark diese ausgeprägt ist. Daraus wiederum stellt sich die Frage, wie sich eine solche Stigmatisierung für Betroffene in der Beziehungsgestaltung widerspiegelt.

Ziel dieser Arbeit soll sein, einen Beitrag zur Aufklärung über die DIS zu leisten. Es ist von großer Bedeutung für die Entlastung von Betroffenen, Stigmatisierung rund um die Diagnose der DIS zu senken. Betroffene der DIS sollen die Möglichkeit bekommen, über Erfahrungen in ihrem Leben mit einer solchen Diagnose zu sprechen. Im Fokus steht hierbei die Stigmatisierung Betroffener in zwischenmenschlichen Beziehungen. Ein weiteres Ziel ist somit, auf eine explorative Art und Weise einen Schritt in der Forschung voranzugehen. Erkannt werden soll, wie Menschen mit DIS, ihre Beziehungen und Stigmatisierung im Laufe ihres Lebens wahrnehmen. Daraus sollen sich fundierte Ansätze für einen respektvolleren und unterstützenden Umgang mit Menschen mit DIS ableiten lassen. Um dem ganzen einen Rahmen zu bieten, wurden zwei Forschungsfragen formuliert.

Forschungsfrage 1: Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?

Forschungsfrage 2: Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?

Erreicht werden soll dementsprechend ein neuer Kenntnisstand über die DIS aus der Perspektive von Betroffenen. Es soll herausgefunden werden, wie Stigmatisierung in diesem Kontext aussehen kann, ob sich die Diagnose der DIS auf die Beziehungen auswirkt und wie

zukünftig mit diesen Themen umgegangen werden könnte. Wichtig ist es auch zu überlegen, wo bezüglich der DIS noch Forschungsfragen vorliegen und wie weiter vorangegangen werden kann, um neue Erkenntnisse und Verbesserung der Lebensumstände der Betroffenen zu erreichen.

Um die Forschungsfragen begründen zu können wird als erstes auf die DIS eingegangen, hinsichtlich ihrer Definition und Diagnostik, der Epidemiologie und des Verlaufs, als auch der Ätiologie und Behandlung. Anschließend wird der theoretische Hintergrund des Konzepts der Stigmatisierung erfasst. Hier liegt ein Fokus auf dem Begriff und der Arten der Stigmatisierung, als auch auftretendes Stigma gegenüber der DIS. Abrundend wird noch das Konzept von zwischenmenschlichen Beziehungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erfasst, vor allem bezüglich der Bedeutung von sozialen Beziehungen für die Gesundheit. Hieraus wird die Forschungslücke definiert und die Forschungsfragen werden präsentiert.

1.1 Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

1.1.1 Begriffsbestimmung und Diagnostik

Die DIS, ist eine der komplexesten Persönlichkeitsstörungen. Definiert wird diese durch eine Erschütterung der Identität, in welcher mindestens zwei oder mehr voneinander getrennte innere Persönlichkeiten nachgewiesen werden müssen. Jeder Innenanteil besitzt eine eigene Art der Wahrnehmung des Umfelds. Ebenfalls spielen Amnesien eine große Rolle im Störungsbild (World Health Organisation, 2025). Diagnostische Kriterien der DIS belaufen sich nach ICD-11 auf sechs hauptsächliche Symptome, welche von weiteren additionalen Symptomen ergänzt werden können. Dies beinhaltet eine Unterbrechung oder Störung der Persönlichkeit, welche sich in einer Spaltung der Persönlichkeit in mindestens zwei oder mehr Innenanteilen zeigt, welche zudem eine verschiedene Wahrnehmung von ihrem Umfeld haben. Von Bedeutung ist es, dass zu verschiedenen Zeitpunkten eine Persönlichkeit die Kontrolle übernimmt über das Verhalten und die Handlungen der Person (World Health Organisation, 2025). Häufig treten Gedächtnislücken auf, dies kann in verschiedenen Ausmaßen vorkommen. Grundsätzlich dürfen die Symptome nicht besser zu einer anderen psychischen Störung passen und auch nicht durch Substanzkonsum aufgetreten sein. Die Funktion des Menschen in seinem tagtäglichen Leben muss eingeschränkt oder nur mit einem hohen Maß an zusätzlichem Leistungsaufwand ausgleichbar sein (World Health Organisation, 2025).

Zusätzliche diagnostische Kriterien beinhalten, dass oftmals die Diagnose in Verbindung mit schwersten traumatischen Erfahrungen steht, welche unter anderem auch als Ursache für eine DIS gelten können. Ein Wechsel zwischen zwei Persönlichkeitszuständen

muss nicht zwingend immer eine Amnesie beinhalten (World Health Organisation, 2025). Dennoch treten bei den meisten Betroffenen an mindestens einem Zeitpunkt der Symptomatik erwähnenswerte Gedächtnislücken auf. Oftmals wird die vorrangige Persönlichkeit von einem anderen Persönlichkeitsanteil, ohne dass dieser dabei die gesamte Kontrolle übernimmt, unterbrochen. Dies kann sich zeigen in intrusiven Gedanken, intrusiven Gefühlen, wie beispielsweise Wut, Scham oder Angst, veränderter Wahrnehmung, veränderte Sinne, bis hin zum Gefühl, dass man berührt wird oder Schmerzen hat, obwohl diese nicht vorliegen. Der Persönlichkeitsanteil, welcher Intrusionen erfährt, empfindet diese tendenziell als unangenehm und realisiert möglicherweise nur manchmal, dass es sich hierbei um eine Intrusion eines anderen Persönlichkeitsanteils handelt (World Health Organisation, 2025).

Ähnliche Kriterien werden ebenfalls im DSM-5 aufgelistet. Hier wird zur Bestimmung einer DIS in fünf verschiedene Kriterien unterteilt (Dissociative Identity Disorder, 2025). Eine Unterbrechung der Persönlichkeit durch zwei oder mehrere verschiedene Persönlichkeitsanteile. Wiederkehrende Gedächtnislücken in alltäglichen Erfahrungen, wichtigen persönlichen Daten und traumatischen Erfahrungen. Die Störung schränkt Betroffene signifikant ein in ihrem Erleben und Handeln. Die Störung ist kein Teil einer religiösen oder kulturellen Tätigkeit. Die Symptome können keiner weiteren medizinischen Störung zugeordnet werden und wurden nicht durch Substanzmissbrauch ausgelöst (Dissociative Identity Disorder, 2025).

Komorbiditäten können unter anderem depressive Störungen, Angst-, Zwangs-, Essstörungen, Suchtverhalten, dissoziale Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder psychotische Episoden sein (Huber, 2021). Wichtig in der Diagnostik ist es auch, sich mit dem potenziellen Vorliegen und Umfang von möglichen Täterkontakten auseinanderzusetzen (Huber, 2021). Dies gestaltet sich schwierig, da Klienten oft Amnesien bezüglich dieser Art von Kontakt haben und/oder sich für einen solchen fortbestehenden Kontakt schämen. Hier muss eine vertrauensvolle Beziehung geformt werden, um herauszufiltern, ob solche Kontakte bestehen und wie man diese sorgsam beenden könnte (Huber, 2021).

Die Diagnostik der DIS ist mit großer Vorsicht und Genauigkeit zu behandeln. In den letzten Jahren wurden einige Screening- und Diagnostikinstrumente eingeführt, welche vor allem aus dem nordamerikanischen Raum stammen (Gast, Rodewald, Kersting & Emrich, 2001). Diese wurden übersetzt und teilweise angepasst. Am relevantesten bei einer Diagnose der DIS ist die klinische Beobachtung von Persönlichkeitswechseln, sprich der sogenannte „klinische Eindruck“. Viele Patienten suchen allerdings nicht wegen ihrer gespaltenen

Innenpersonen Behandlung, sondern wegen komorbider Symptome (Gast et al., 2001). Diese können unter anderem Impulsausbrüche, Selbstverletzung, Angstsymptome, Substanzmissbrauch, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, schwere Depressionen, Suizidimpulse und Suizidversuche, starke Schwankungen im affektiven und allgemeinen Funktionsniveau, als auch verschiedenste Formen der Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend Borderline-, vermeidend-selbstunsichere und Dependente Persönlichkeitsstörungen sein (Gast et al., 2001). Die meisten Betroffenen versuchen allerdings, ihre Symptome geheim zu halten, aufgrund der Angst, missverstanden oder gar für „verrückt“ gehalten zu werden (Gast et al., 2001). Daraus kann geschlossen werden, warum teilweise Patienten der Dissoziativen Persönlichkeitsstörung sich bereits für 5-12,5 Jahre in therapeutischer Behandlung befinden, bevor sie eine passende Diagnose gestellt bekommen (Fidyk, Bolek, Jagiela, Kędzia, Musialska, & Minkiewicz, 2025).

Unterschieden wir maßgebend zwischen Screening-Skalen und Instrumenten, welche sich zur Differenzialdiagnostik eignen. Die am häufigsten eingesetzten Screening-Instrumente, auch auf der internationalen Ebene, sind der Dissociation Questionnaire (Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken, Vertommen & Verkes, 1993) oder die Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986). Die Dissociative Experiences Scale ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 28 Items. Hier soll erörtert werden, wie häufig der Patient die vorgegebenen dissoziativen Erfahrungen erlebt, womit ab einem bestimmten Cut-off-Wert zur weiteren Diagnostik ein strukturiertes Interview durchgeführt werden sollte. Hierzu werden vor allem zwei Interviewarten eingesetzt. Der Dissociative Disorders Interview Schedule und das Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders (Gast et al., 2001). Vorsichtige, exakte differenzialdiagnostische Abklärungen sind von großer Relevanz für die Betroffenen und deren weiterer Behandlung. Zu beachten ist hierbei auch, dass im Diagnostikprozess Patienten nicht getriggert werden und womöglich Flashbacks erleiden. Empfohlen wird das Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders. Das Interview behandelt alle dissoziativen Symptome ausführlich und tiefgehend (Gast et al., 2001). Es besteht Raum für Nachfragen, welche an das Individuum angepasst sind und rechnet nicht vorhersehbare Faktoren mit ein. Solche Faktoren können beispielsweise Trancezustände, Amnesien oder Wechsel im Verhalten sein. Grundlegend bietet dieses Interview einen allumfassenden Ansatz für eine potenzielle Diagnosestellung von dissoziativen Störungen oder in diesem Fall der DIS (Gast et al., 2001). Selbstverständlich gibt es noch viele weitere Diagnoseinstrumente. Dem Umfang dieser Arbeit geschuldet, können hier jedoch nicht alle in einer größeren Ausführlichkeit erläutert werden. Insgesamt sind ordentliche Diagnosestellungen einer DIS

also möglich, häufig benötigt dies aber viel Zeit und fundierte Kenntnisse über das Störungsbild. Wird die Diagnosestellung mit notwendiger Vorsicht und Präzision behandelt, kann dies sehr hilfreich sein für den weiterführenden Behandlungsplan der Klienten (Gast et al., 2001).

1.1.2 Epidemiologie und Verlauf

Wie bereits in der Einleitung angemerkt, hat die DIS eine Prävalenz von 1-1,5% in der Allgemeinbevölkerung (DocCheck, 2024). Grundsätzlich wird bei Dissoziativen Störungen ein Verhältnis von 3:1 vermutet, zwischen Frauen und Männern. Meistens befindet sich der Peak der Ersterkrankung zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr. Überwiegend treten dissoziative Störungen erstmals vor dem 30. Lebensjahr auf. Die dissoziativen Symptome treten nur selten vereinzelt auf. Sie weisen eine hohe Komorbidität auf. Prävalenzen können je nach Literatur und kulturellen Bedingungen leicht variieren (Henning-Fast, 2022).

Bei etwa zwei Dritteln der Betroffenen treten die Symptome zwischen dem Beginn der Adoleszenz und dem dritten Lebensjahrzehnt deutlich auf. Überdurchschnittlich oft beginnen bei Patienten zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr die Funktionsfähigkeiten der bisher sehr erfolgreich angewendeten Coping-Strategien fehlzuschlagen (Henning-Fast, 2022). Im Kindes- und Jugendalter zeigen sich Symptome häufig vor allem in psychogenen Krampfanfällen, Bewegungsstörungen oder Sehstörungen. Später sehr wichtige Symptome zur Diagnostik treten im Kindesalter kaum auf. Beispielweise dissoziative Bewusstseinsstörungen, Amnesien, Fugezustände oder Trance und Besessenheitszustände. Dennoch kann es zu Erinnerungslücken und maladaptivem, sogenannten „Daydreaming“ kommen. (Henning-Fast, 2022).

In klinischen Populationen kann die Prävalenz deutlich von derjenigen in der Allgemeinbevölkerung abweichen (Sar, Dorahy & Krüger, 2017). Dabei wird zwischen ambulanten und stationären Behandlungskontexten unterschieden: während in der Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von etwa 1 % vorliegt, zeigen Studien, dass bei stationär behandelten Patienten etwa 5 % betroffen sind. In ambulanten Settings liegt die Prävalenz bei etwa 2–3 % (Sar et al., 2017).

Spannend ist auch die hohe Komorbidität von der DIS mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In verschiedenen Studien wurde dem nachgegangen, wie häufig Patienten einer DIS auch von einer PTBS betroffen sind. Hier haben Boon und Draijer (1993) berichtet, dass aus ihren Patienten, welche von einer DIS betroffen waren, 81% die Kriterien einer PTBS erfüllt haben. Hinzu kommt, dass viele Kriterien einer PTBS dissoziative Symptome sind.

Die DIS kann in allen kulturellen Kreisen gefunden werden (Sar et al., 2017). Allgemein scheint die Prävalenz der DIS weitaus höher zu sein, als einst geglaubt wurde. Manche Studien indizieren, dass die DIS so häufig vorliegen könnte wie beispielweise die Anorexia Nervosa oder die Schizophrenie (Gleaves, 1996).

1.1.3 Ätiologie

Die DIS gilt als komplexes psychisches Störungsbild mit einer multifaktoriellen Ätiologie (Sar et al., 2017). Trotz zahlreicher Forschungsergebnisse bestehen weiterhin Kontroversen über das zugrundeliegende Erklärungsmodell. Zwei zentrale theoretische Ansätze stehen dabei im Mittelpunkt der Diskussion: das Posttraumatische Modell und das Soziokognitive Modell.

Das Posttraumatische Modell geht davon aus, dass die DIS eine direkte Folge schwerwiegender und meist chronischer Kindheitstraumata ist. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf frühkindliche Erfahrungen von körperlichem, sexuellem oder emotionalem Missbrauch, Vernachlässigung oder emotionale Zurückweisung verwiesen (Gleaves, 1996). Die Dissoziation dient dabei als Überlebensmechanismus: Um mit unerträglichen traumatischen Erfahrungen umzugehen, spaltet sich die Psyche in unterschiedliche Persönlichkeitsanteile auf. Gleaves (1996) beschreibt diesen Prozess als eine Form der Selbstrettung in einer Situation absoluter Hilflosigkeit.

Empirische Befunde unterstützen dieses Modell. So zeigen neurobiologische Studien, dass Menschen mit einer DIS häufig ein reduziertes Hippocampus- und Amygdala-Volumen aufweisen, ähnlich wie bei Patienten mit einer PTBS (Reinders & Veltman, 2020). Diese neurostrukturellen Veränderungen, gelten als Beleg für die Trauma-Basis der Erkrankung, da sie nur schwer willentlich manipulierbar sind. Auch kortikale Veränderungen die auf nicht-genetische, umweltbedingte Einflüsse hinweisen, stützen die Annahme eines traumatischen Ursprungs (Reinders & Veltman, 2020).

Zahlreiche Studien belegen einen direkten Zusammenhang zwischen der DIS und Kindheitstraumata. In einer Untersuchung von Putnam, Guroff, Silberman, Barban und Post (1986) gaben 83 % der 100 untersuchten Patienten sexuellen Missbrauch und 75 % physischen Missbrauch in der Kindheit an. Nur 3 % der Befragten berichteten keinerlei Trauma-Erfahrungen, was die hohe Prävalenz traumatischer Erlebnisse unter Betroffenen unterstreicht (Putnam et al., 1986).

Im Gegensatz dazu postuliert das Soziokognitive Modell, dass die DIS keine eigenständige klinische Störung sei, sondern vielmehr eine von Therapeuten und Medien suggestiv erzeugte Symptomkonstellation. Vertreter dieses Modells argumentieren, dass

dissoziative Symptome durch therapeutische Suggestion, insbesondere im Rahmen von Hypnose oder durch Bestärkung der Betroffenen, künstlich erzeugt und aufrechterhalten würden (Gleaves, 1996). Die Darstellung dissoziativer Persönlichkeiten in den Medien, etwa in Filmen oder Talkshows, wirke zusätzlich modellhaft und verstärkend (McHugh, 1993).

Laut diesem Modell sollen die verschiedenen Persönlichkeitsanteile nicht thematisiert oder beachtet werden, um eine Festigung der Symptome zu vermeiden. Stattdessen wird empfohlen, den Fokus der Therapie auf alltagsrelevante Probleme zu richten (Fahy, Abas & Brown, 1989). Berichte über frühkindliche Traumata werden innerhalb dieses Modells häufig als Fantasien oder Ergebnisse inadäquater therapeutischer Einflussnahme interpretiert (Spanos, 1994). Personen, die Symptome einer DIS zeigen, würden demnach eher histrionische Persönlichkeitszüge aufweisen und Aufmerksamkeit suchen (McHugh, 1993).

Dieses Modell stößt in der Fachwelt jedoch zunehmend auf Kritik, da es traumatische Erfahrungen der Betroffenen entwertet und aktuelle neurobiologische sowie klinische Befunde nicht berücksichtigt (Reinders & Veltman, 2020).

Unabhängig vom gewählten Modell lassen sich bestimmte gemeinsame Beobachtungen in der klinischen Praxis festhalten. Die meisten Betroffenen berichten von traumatischen Erlebnissen in der frühen Kindheit, insbesondere in einem Zeitraum, in dem sich das Selbstkonzept und die Persönlichkeitsstruktur erst entwickeln (Putnam, 1997). Das Auftreten verschiedener Identitätsanteile kann sowohl durch eine abrupte Beendigung der traumatisierenden Situation, beispielsweise durch den Tod des Täters, als auch durch erneute Traumatisierungen im späteren Leben begünstigt werden (Putnam, 1997).

Die DIS ist zudem mit einer hohen Komorbidität verbunden. Häufig treten zusätzlich Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, psychosomatische Beschwerden sowie Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten auf (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006). Der Krankheitsverlauf ist in vielen Fällen schwankend, Symptome können periodisch wiederkehren, vorwiegend in Zeiten starker Belastung oder Lebensumbrüche (Foote et al., 2006).

Die Entwicklung der Störung beginnt in der Regel schon im Kindesalter, ist jedoch schwer zu diagnostizieren. Die Symptome überlappen sich häufig mit jenen anderen psychischen Störungen, etwa Angststörungen, Lernschwierigkeiten oder auditiven Halluzinationen. Studien zeigen, dass Kinder mit einer frühzeitigen Diagnose in der Regel eine bessere Prognose haben als im Erwachsenenalter diagnostizierte Patienten (Putnam, 1997).

Bei Jugendlichen gestaltet sich die Differenzialdiagnose besonders schwierig, da typische pubertätsbedingte Erscheinungen, wie Emotionsregulationsprobleme, mit

dissoziativen Symptomen verwechselt werden können. Bei älteren Patienten können kognitive Einschränkungen, paranoides Erleben oder affektive Dysregulation im Vordergrund stehen, teilweise auch psychotische oder zwanghafte Symptome (Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, 2011).

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Frauen häufiger von einer DIS betroffen sind als Männer (World Health Organisation, 2025). Frauen entwickeln tendenziell mehr Persönlichkeitsanteile und zeigen ausgeprägtere dissoziative Zustände. Männer hingegen verdrängen ihre Symptome häufiger und neigen dazu, diese in externalisierendem Verhalten wie Aggression oder kriminellen Handlungen auszuleben (World Health Organisation, 2025).

1.1.4 Behandlung

Die Behandlungsansätze der DIS variieren stark und spiegeln die Komplexität des Störungsbildes wider. Diese Arbeit fokussiert sich vor allem auf die Konzepte der Psychotherapeutin Michaela Huber, eine der führenden Expertinnen auf diesem Gebiet. Dennoch lassen sich unter anderem zentrale Übereinstimmungen zwischen den Ansätzen von Michaela Huber, der International Society for the Study of Dissociation (ISSD) und Frank W. Putnam erkennen, die im Folgenden dargestellt werden.

Laut der ISSD (2011) gilt eine hochfrequente, individuell angepasste ambulante Einzeltherapie als effektivste Behandlungsform. Besonders betont wird ein eklektischer Therapieansatz, der Elemente aus der psychodynamischen, kognitiv-behavioralen, hypnotherapeutischen sowie systemisch-familientherapeutischen Methodik kombiniert. Die durchschnittliche Dauer einer Therapie liegt bei vier bis acht Jahren (Gast et al., 2001). Das Hauptziel der Behandlung ist es, die innere Verbundenheit zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen zu stärken. Langfristig sollen Betroffene ein einheitlicheres, alltagstaugliches Selbst entwickeln (Huber, 2021). Der maximale Therapieerfolg besteht in der vollständigen Integration der Teilidentitäten. Ist eine vollständige Integration nicht erreichbar, gilt das „friedliche Zusammenleben“ der Anteile als alternatives Therapieziel. In diesem Fall sollten keine Amnesien zwischen den Anteilen mehr bestehen, und die Betroffenen sollten bewusst steuern können, welcher Anteil in welcher Situation die Kontrolle übernimmt. Ferner sollen Innenanteile nicht mehr abgespalten, abgelehnt oder stigmatisiert werden (Huber, 2021).

Die Therapie wird in der Regel in vier Phasen unterteilt: Stabilisierungsphase und Aufbau der therapeutischen Beziehung, Förderung der Kommunikation zwischen den Persönlichkeitsanteilen, Trauma-Bearbeitung, Postintegrative Therapie (Gast et al., 2001).

In der ersten Phase liegt der Fokus auf dem Aufbau von Vertrauen und einer stabilen therapeutischen Beziehung (Huber, 2021). Es gilt, die aktuelle Lebenssituation zu erfassen,

Stabilisierung zu fördern und vorhandene Ressourcen zu identifizieren. Ein zentraler Bestandteil dieser Phase ist das sogenannte Mapping, bei dem das individuelle innere System der Betroffenen kartiert wird. Dabei wird erarbeitet, welche Persönlichkeitsanteile vorhanden sind, welche Funktionen sie übernehmen und welche spezifischen Fähigkeiten oder Schwierigkeiten sie mitbringen. Ziel ist es, ein strukturiertes Verständnis des Systems zu entwickeln (Huber, 2021).

In der zweiten Phase wird daran gearbeitet, die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Anteilen zu fördern. Häufig wissen diese zunächst nichts voneinander. Der therapeutische Prozess soll ermöglichen, dass ein vorsichtiger Austausch und ein gegenseitiges Kennenlernen entstehen (Huber, 2021). Besteht ein stabiler Kontakt zwischen den Innenanteilen, kann in einem geschützten Rahmen mit der gezielten Trauma-Bearbeitung begonnen werden (Gast et al., 2001). Besonders wichtig sind hierbei schonende Techniken wie zum Beispiel EMDR (Huber, 2021).

Die postintegrative Phase beinhaltet häufig intensive Trauerarbeit, etwa über die verlorene Kindheit sowie die Auseinandersetzung mit dem veränderten innerpsychischen Erleben. Die Betroffenen müssen lernen, mit ihrem neuen Selbstverständnis im Alltag umzugehen (Gast et al., 2001).

Die Behandlung von der DIS gilt als besonders herausfordernd, da viele Betroffene nur ein geringes Vertrauen in andere Menschen aufbauen können (Huber, 2021). Es braucht oftmals ein ganzes Jahr, bis tiefere therapeutische Arbeit möglich ist. Das zentrale Schema vieler Trauma spezifischer Therapien lautet: Stabilisieren - Prozessieren - Integrieren. Dieses Prinzip findet auch bei der Arbeit mit der DIS Anwendung, da die Störung in nahezu allen Fällen auf schwere frühkindliche Traumatisierungen zurückzuführen ist (Huber, 2021).

Zu Beginn der Therapie wird empfohlen, sich auf die gegenwärtig belastenden Symptome zu konzentrieren. Erste Therapieerfolge in diesem Bereich können die Motivation zur weiteren Behandlung stärken. Angesichts der hohen Komorbiditätsraten ist es außerdem essenziell, ein interdisziplinäres Unterstützungsnetzwerk aufzubauen, das soziale, medizinische und psychotherapeutische Hilfen integriert, beispielsweise durch Physiotherapie, Ergotherapie oder Familienberatung (Huber, 2021).

DIS-Betroffene haben in der Regel ein tiefgreifendes Urmisstrauen entwickelt. Therapeuten müssen daher äußerst behutsam und im Tempo der Klienten vorgehen. Stabilisierungsübungen sind zentral, um im Alltag wieder Sicherheit zu erfahren. Dazu zählen der Aufbau eines „sicheren Ortes“, Tresorübungen, Ressourcenverankerung oder Selbstschutzverträge (Huber, 2021). Therapiesitzungen mit Klienten der DIS werden häufig in

drei Abschnitte unterteilt: Alltagsfokus, Besprechung aktueller Herausforderungen; Innenarbeit, Auseinandersetzung mit den einzelnen Persönlichkeitsanteilen; Rückkehr zum Alltag, Planung der nächsten Schritte (Huber, 2021).

Übergeordnetes Ziel der Therapie ist, dass Betroffene zunehmend in der Lage sind, ihr inneres System selbstständig zu steuern. Anfangs übernimmt die betreuende Fachkraft die Rolle eines Mediators zwischen den Anteilen (Huber, 2021). Ziel der Trauma-Exposition mit Methoden wie der Bildschirmtechnik oder EMDR ist es, implizite traumatische Erinnerungen in bewusstes, geordnetes Langzeitgedächtnismaterial zu transformieren (Huber, 2021).

Unbehandelt verläuft die DIS meist chronisch. Doch zahlreiche Studien belegen, dass gezielte therapeutische Maßnahmen die Symptomatik deutlich lindern und die Lebensqualität Betroffener langfristig verbessern können (Gast et al., 2001).

1.2 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

1.2.1 Begriff und Arten von Stigmatisierung

Stigmatisierung bezeichnet laut der American Psychological Association (o. D., para. 1, eigene Übersetzung) „Die negative gesellschaftliche Haltung gegenüber einer Eigenschaft einer Person, die als geistige, körperliche oder soziale Beeinträchtigung angesehen werden kann“. Diese negativen Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen sind in vielen Gesellschaften und Kulturen tief verankert und wirken sich auf unterschiedlichste Weisen auf betroffene Personen aus (Rössler, 2016).

Laut Jacobi et al. (2014) weisen psychische Erkrankungen eine hohe Public-Health-Relevance auf, da in Deutschland eine 12-Monats-Prävalenz von etwa 28 % in der Allgemeinbevölkerung besteht. Trotz dieser hohen Verbreitung sind psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit häufig mit Stigmatisierung behaftet (Jacobi et al., 2014). Dies kann das Selbstwertgefühl der Betroffenen deutlich mindern und wiederum die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten negativ beeinflussen (Clement et al., 2015). In diesem Zusammenhang beschreiben Ludwig und Von Dem Knesebeck (2022) Stigmatisierung als eine soziale Konsequenz und gleichzeitig auch als soziale Ursache für zusätzliches Leid.

Die öffentliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen manifestiert sich insbesondere in negativen Stereotypen. Ludwig und Von Dem Knesebeck (2022) stellen fest, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland besonders stark negativ bewertet werden, deutlich mehr als Menschen mit körperlichen Erkrankungen. Dadurch sehen sich Betroffene nicht nur mit ihrer Erkrankung konfrontiert, sondern müssen zusätzlich gegen gesellschaftliche Vorurteile und Ausgrenzung kämpfen. Diese äußern sich oft in Form von sozialer Exklusion, Misstrauen und Diskriminierung (Ludwig & Von Dem Knesebeck, 2022).

Ein Blick auf die historische Entwicklung zeigt, dass psychisch erkrankte Menschen über Jahrhunderte hinweg wie Kriminelle oder Sklaven behandelt wurden. Sie wurden verhaftet, gequält oder sogar getötet. Auch wenn solche drastischen Maßnahmen heute nicht mehr üblich sind, besteht gesellschaftliche Stigmatisierung weiterhin fort und stellt ein ernst zu nehmendes Problem dar (Rössler, 2016).

Rössler (2016) betont, dass Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ein weltweites Phänomen ist. In keiner Gesellschaft erhalten Betroffene denselben gesellschaftlichen Wert wie psychisch gesunde Menschen. Zudem variiert das Ausmaß der Stigmatisierung je nach Art der psychischen Störung erheblich. Besonders problematisch ist, dass soziale Stigmatisierung oft bereits vor dem tatsächlichen Auftreten einer psychischen Erkrankung in Form internalisierter Denkmuster beginnt. Diese vorgeprägten Bilder können später zu Selbststigmatisierung führen, bei der sich die betroffene Person selbst abwertet (Rössler, 2016).

Selbststigmatisierung hat gravierende Folgen: Sie schwächt das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit, behindert den Genesungsprozess und kann soziale Isolation fördern. Aus Angst vor Zurückweisung durch das soziale Umfeld, etwa durch Familie, Freunde oder Kollegen, ziehen sich viele Betroffene zurück. Die gesellschaftliche Stigmatisierung wird somit verinnerlicht und verstärkt den Leidensdruck erheblich (Rössler, 2016).

Auch Angehörige von psychisch erkrankten Personen erleben häufig eine Form von Stigmatisierung. Sie fühlen sich etwa schuldig, weil sie glauben, die Erkrankung hätten verhindern zu können, sei es als Elternteil, Partner oder enge Bezugsperson (Rössler, 2016).

In der Forschung wird Stigmatisierung in vier Hauptformen unterteilt (Gleaves & Reisinger, 2023). Selbststigmatisierung: Die betroffene Person übernimmt gesellschaftliche Vorurteile und wertet sich selbst ab. Soziale Stigmatisierung: Stigmatisierung durch Mitglieder der Allgemeinbevölkerung. Professionelle Stigmatisierung: Vorurteile und abwertende Einstellungen durch Fachpersonal wie Psychiater, Therapeuten oder Pflegekräfte. Institutionelle Stigmatisierung: Kulturell oder strukturell bedingte Benachteiligung, etwa durch diskriminierende Regelwerke in Behörden oder Unternehmen.

Relevant ist auch der kulturabhängige Ausdruck von Stigmatisierung. Ahad, Sanchez-Gonzalez und Junquera (2023) zeigen, dass psychische Erkrankungen je nach Kultur unterschiedlich bewertet werden. In asiatischen Gesellschaften gelten sie oft als Zeichen persönlicher Schwäche oder mangelnder Selbstkontrolle. In afrikanischen Kulturen werden sie hingegen häufig spirituell interpretiert, etwa als Fluch oder Besessenheit. In arabischen Kulturen wird mitunter ein karmischer Zusammenhang vermutet. In Lateinamerika wiederum wird psychische Erkrankung oft mit einem schwachen Willen assoziiert. In westlichen Kulturen

dominieren Vorstellungen von Unberechenbarkeit oder Gefährlichkeit der Betroffenen. Diese kulturellen Zuschreibungen fördern unterschiedliche Formen der Stigmatisierung und können Betroffene davon abhalten, dringend notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen (Ahad et al., 2023).

Die Folgen dieser Stigmatisierung sind gravierend, sie können Betroffene einschüchtern und dazu führen, dass sie sich nicht trauen, Hilfe zu suchen. Dies wiederum verzögert die Behandlung und verschlechtert den Krankheitsverlauf sowie die Lebensqualität nachhaltig (Ahad et al., 2023).

1.2.2 Stigmatisierung der DIS

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen führt dazu, dass betroffene Personen seltener bereit sind, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus hat Stigmatisierung oder Diskriminierung, einen negativen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Betroffenen (Chen, 2022).

Gerade im Hinblick auf die DIS ist eine professionelle Skepsis in psychologischen Fachkreisen seit mehreren Jahrzehnten vorhanden. Diese Skepsis innerhalb der akademischen und klinischen Psychologie trägt dazu bei, dass Diagnosen häufig übersehen oder nicht gestellt werden (Gleaves & Reisinger, 2023).

In einer Studie von Gleaves und Reisinger (2022) wurde deutlich, dass die DIS tatsächlich stigmatisiert wird. Mithilfe der „Prejudice Toward People with Mental Illness Scale“ (Kenny, Bizumic, Griffiths, 2018) wurde festgestellt, dass Schizophrenie die stärkste soziale Stigmatisierung erfährt, während Depression am wenigsten stigmatisiert wird. Die DIS liegt zwischen diesen beiden Krankheitsbildern, allerdings näher an den Stigmatisierungswerten der Schizophrenie als an denen der Depression.

Eine weitere Studie von Flatman und Gleaves (2022) ergab, dass die DIS im Vergleich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung stärker stigmatisiert wird, auch wenn dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ausfiel. Zudem berichten Personen mit belastenden Kindheitserfahrungen, dass sie aufgrund ihres Traumas stigmatisiert wurden. Diese Erfahrung kann zu einer inneren Abgrenzung gegenüber anderen Betroffenen führen, was wiederum den Heilungsprozess erschwert (Lashkay, Kinsella & Muldoon, 2023).

Ein zentrales Mittel zur Reduktion von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist die Aufklärung, sowohl innerhalb der Gesellschaft als auch unter Fachpersonal (Corrigan & Watson, 2002). Personen mit fundiertem Wissen über psychische Störungen zeigen tendenziell eine offenerere und unterstützende Haltung gegenüber Betroffenen und neigen seltener dazu, diese zu stigmatisieren.

Die Darstellung der DIS in Filmen ist häufig problematisch (Chen, 2022). Charaktere mit einer DIS werden oftmals als gefährlich oder verrückt dargestellt. Da Filme in der heutigen digitalisierten Welt, eine zentrale Rolle bei der Meinungsbildung einnehmen, können solche Darstellungen maßgeblich die öffentliche Wahrnehmung beeinflussen. Dies hat direkte Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, da sie mit Vorurteilen und Ausgrenzung konfrontiert werden (Chen, 2022).

Ein bekanntes Beispiel ist der Film „Split“ (Shyamalan, 2016), in dem ein Mann mit 23 Persönlichkeitsanteilen drei Mädchen entführt und sie im Keller eines Zoos gefangen hält. Die Persönlichkeit „Dennis“, welche die Mädchen entführt hat, wird als Perverser mit einer Zwangsstörung dargestellt. Die Darstellung der DIS in diesem Film ist nicht nur sachlich falsch, sondern verknüpft die Störung mit Entführungen, Mord sowie illegalem und gewalttätigem Verhalten (Chen, 2022). Allerdings zeigen Studien wie die von Webermann und Brand (2017) nur eine sehr geringe Korrelation zwischen Symptomen der DIS und kriminellen Verhalten. In ihrer Stichprobe berichteten lediglich 3 % der Teilnehmenden, jemals strafrechtlich angeklagt worden zu sein.

Im Film „Shutter Island“ (Scorsese, 2010) finden sich vereinzelte realistische Merkmale der DIS. Dennoch überwiegt die Darstellung der Betroffenen als besonders aggressiv und gefährlich, was die Wahrnehmung der Zuschauer verzerren kann. Die Studie von Chen (2022) zeigt deutlich, dass solche Filme die Assoziationen des Publikums prägen und häufig fehlerhafte sowie einseitige Bilder der DIS vermitteln. Dies führt dazu, dass Betroffene im Alltag schneller als „verrückt“ oder „gefährlich“ abgestempelt werden (Chen, 2022).

Ein weiterer kritischer Beitrag ist die SRF-Dokumentation „Der Teufel mitten unter uns“ von Robin Rehmann, produziert für das Format SRF rec. (SRF Schweizer Radio und Fernsehen, 2021). Das Format richtet sich an ein jüngeres Publikum in der Schweiz und befasst sich mit gesellschaftlich relevanten Themen. In dieser Episode wurde die DIS thematisiert, wobei potenzielle Traumaursachen unter dem Begriff „Verschwörungstheorie“ abgetan und verurteilt wurden. Aus fachlicher Sicht ist hierbei festzuhalten, dass weder eindeutige Beweise für noch gegen bestimmte Ursachen, wie zum Beispiel ritueller Gewalt existieren. Dennoch hatte die Dokumentation weitreichende Folgen. In der Dokumentation vorkommendes Fachpersonal, darunter ein Oberarzt, wurde entlassen. Unabhängig davon, welche Ursachen als relevant gelten, hatte diese Darstellung schwerwiegende Folgen für viele Betroffene (Redaktion personlich.com, 2022).

In ähnlicher Weise griff das ZDF Magazin Royale unter Jan Böhmermann (2023) in der Folge „Rituelle Gewalt, Satanic Panic, #HimmeloderHölle“ das Thema auf. Dabei wurde unter

anderem die renommierte DIS-Forscherin Michaela Huber in ein äußerst negatives Licht gerückt. Problematisch ist weniger der Informationsgehalt der Sendung, sondern vielmehr der spöttische und respektlose Ton. Solche Darstellungen wirken sich stark auf die Lebensrealität der Betroffenen aus. Die ohnehin hohe Hemmschwelle, sich anderen anzuvertrauen, wird durch solche Beiträge nochmals angehoben. Spott über Kinder, die schwerste Gewalt erfahren haben, sollte im öffentlich-rechtlichen Fernsehen keinen Platz finden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass so lange die DIS nicht als ernstzunehmendes klinisches Störungsbild anerkannt wird, kann die Forschung nicht sinnvoll voranschreiten. Viele Betroffene zögern, über ihre Symptome zu sprechen, aus Angst, als „verrückt“ abgestempelt zu werden oder das Vertrauen ihrer Mitmenschen zu verlieren (Klein, 2013).

1.3 Bedeutung sozialer Beziehungen für die psychische Gesundheit

Soziale Beziehungen gelten in der Gesundheitsforschung zunehmend als zentrale Ressource für das psychische Wohlbefinden. Studien zeigen übereinstimmend, dass Einsamkeit und soziale Isolation nicht nur subjektiv belastende Erfahrungen darstellen, sondern auch erhebliche Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen sind (Buecker & Neuber, 2024). Einsamkeit geht häufig mit erhöhten autonomen Stressreaktionen und einer Hyperaktivierung des sympathischen Nervensystems einher. Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sie eine signifikante Korrelation mit psychischen Störungen wie, Depressionen, Angststörungen, Substanzabhängigkeit sowie kognitiven Beeinträchtigungen (Buecker & Neuber, 2024).

Eine systematische Übersichtsarbeit von Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma und Johnson (2018) belegt, dass Personen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, schlechtere Krankheitsverläufe zeigen, wenn sie ein niedriges Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung erleben. Die Ergebnisse zeigen, dass geringere soziale Unterstützung mit erhöhten Symptomen, eingeschränkter Genesung und schlechterer sozialer Funktionsfähigkeit verbunden ist. Besonders relevant ist dabei die subjektive Wahrnehmung sozialer Verbundenheit, nicht allein die objektive Anzahl sozialer Kontakte. Die Autoren betonen, dass sich Einsamkeit in ihrer Wirkung auf die psychische Gesundheit mit etablierten Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht vergleichen lässt (Wang et al., 2018).

Auch die Studie von Zhang, Lv, Qiao und Liu (2021) verdeutlicht die Bedeutung sozialer Beziehungen. In einer Untersuchung mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zeigte sich, dass Einsamkeit einen vollständigen vermittelnden Effekt auf die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Depression hatte.

Das bedeutet, dass soziale Unterstützung vor allem dann eine protektive Wirkung entfaltet, wenn sie zur Reduktion von Einsamkeit beiträgt. Über die Hälfte der Befragten wies dabei klinisch relevante depressive Symptome auf, was den dringenden Bedarf an psychosozialer Unterstützung für diese Zielgruppe unterstreicht.

Im Zusammenhang mit der DIS wird ebenfalls deutlich, dass soziale Beziehungen eine bedeutende Rolle einnehmen. Auch wenn schwere Traumatisierungen in der Kindheit als Hauptursache für die Entstehung der Störung gelten, zeigen Studien, dass sichere Bindungserfahrungen, insbesondere zu betreuenden Bezugspersonen, eine schützende Wirkung entfalten können (Korol, 2008). Diese Erkenntnisse werden auch durch aktuelle klinische Studien gestützt. So fanden Bækkelund, Ulvenes, Boon-Langelaan und Arnevik (2022) heraus, dass stabilisierende Gruppentherapien für Betroffene mit komplexen dissoziativen Störungen nicht nur zur Reduktion von Symptomen beitragen, sondern auch soziale Isolation vermindern und den Zugang zu unterstützenden Beziehungen fördern.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass soziale Beziehungen eine grundlegende Ressource für psychische Gesundheit darstellen, sowohl in der Prävention als auch in der therapeutischen Behandlung. Interventionen, die soziale Unterstützung stärken und Einsamkeit gezielt reduzieren, sollten daher ein integraler Bestandteil psychotherapeutischer und gesundheitsbezogener Konzepte sein. Diese Erkenntnisse unterstreichen, dass selbst bei tiefgreifenden Traumafolgestörungen wie der DIS stabile, unterstützende Beziehungen einen bedeutenden Schutzfaktor darstellen können, sowohl im Hinblick auf die Entstehung als auch auf den Verlauf der psychischen Erkrankung.

1.4 Forschungslücke: Stigmatisierung von DIS-Betroffenen

Die bisherige Literatur widmet sich ausführlich der posttraumatischen Entstehung der DIS, der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen im Allgemeinen sowie der Bedeutung sozialer Beziehungen für die psychische Gesundheit. Dennoch zeigt sich in diesem Forschungsbereich eine relevante Lücke: Wie Betroffene konkret Erlebnisse von Stigmatisierung in Verbindung mit ihrer DIS wahrnehmen und wie sich dies auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen auswirkt.

Gleaves und Reisinger (2023) untersuchen das Stigma in Bezug auf dissoziative Störungen und zeigen, dass sowohl externe als auch interne Stigmatisierung bei Betroffenen auftreten kann. Trotz dieser Erkenntnis fehlt es an qualitativen Studien, die gezielt das Erleben von Stigmatisierung von Betroffenen einer DIS in den Mittelpunkt stellen. Die meisten vorhandenen Studien vergleichen die DIS nur quantitativ mit anderen Diagnosen, etwa anhand der PPMI (Prejudice towards People with mental illness) Scores (Kenny et al., 2018), wobei

die DIS mit einem Stigmatisierungswert zwischen Schizophrenie, welche die Höchstwerte erzielte und Depression mit niedrigeren Stigmatisierungswerten eingestuft wurde (Reisinger & Gleaves, 2022).

Die Wirkung der Diagnose auf soziale Beziehungen bei der DIS ist bislang wenig erforscht. Bei anderen psychischen Erkrankungen, beispielsweise Depression, zeigen qualitative Studien, dass Stigmatisierung zu Isolation und gesellschaftlichem Rückzug führen können, während in manchen Fällen eine Offenlegung auch zu sozialer Unterstützung führte (Prizeman, Weinstein & McCabe, 2023). Inwiefern sich diese Mechanismen, auch bei Betroffenen einer DIS beobachten lassen, wurde bislang nicht systematisch untersucht.

Die existierende Forschung zur DIS konzentriert sich oft auf die Diagnose selbst, in ihrer Ätiologie, Symptomatik und Behandlung, weniger aber auf sozialpsychologische Aspekte wie Stigmatisierung oder Beziehungsgestaltung. Beispielsweise zeigt Lashkay et al. (2023), dass Stigmatisierung traumatischer Ereignisse mit erhöhten dissoziativen Symptomen und sozialer Desidentifikation verbunden ist. Brand et al. (2016) betonen, dass Fehlinformationen durch Therapeuten und Medien Stigmatisierung verstärken und Zugangsbarrieren zu einer Therapie darstellen (Brand et al., 2016). Dennoch fehlt Forschung, welche die Erfahrungen betroffener Personen direkt mit den Auswirkungen auf ihre soziale Umwelt verknüpft.

Insgesamt zeigt sich dementsprechend ein deutlicher Forschungsbedarf hinsichtlich Stigmatisierungserfahrungen von Menschen mit DIS und den damit verbundenen Auswirkungen auf ihre sozialen Beziehungen, eine Forschungslücke, welcher sich die vorliegende Arbeit widmet.

1.5 Forschungsfragen

Die Forschungsfragen bilden das Kernelement einer empirischen Arbeit und sind deshalb von besonderer Relevanz für den Erfolg einer Arbeit. Nach Beschäftigung mit den verschiedenen Inhalten und Erörtern der potenziellen Forschungslücken wurde sich für die folgenden Forschungsfragen entschieden, welche im Laufe dieser Thesis mindestens in ersten explorativen Ansätzen beantwortet werden.

Forschungsfrage 1: Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?

Forschungsfrage 2: Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?

Nach ausführlicher Recherche der DIS, Stigmatisierung mentaler Gesundheit und der Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen für die psychische Gesundheit, scheint es wichtig, sich in diese Themen weiter zu investieren. Auffällig war bei der Recherche vor allem

ein Mangel an Forschung zum Thema der Stigmatisierung der DIS (Gleaves & Reisinger, 2023). Viel Material liegt im Gegensatz hierzu über Stigmatisierung von anderen Störungen vor, beispielsweise einer Depression oder Schizophrenie (Gleaves & Reisinger, 2023). Häufig wird sich bezüglich der DIS überwiegend über mögliche Ursachen oder der Validität des Krankheitsbildes gestritten. Wie die Lebensrealität der Betroffenen tatsächlich aussieht, kann weniger in akademischer Literatur aufgefunden werden.

2. Methode

Um die Forschungsfragen der vorliegenden Studie zu beantworten, wurde ein qualitatives, exploratives Forschungsdesign gewählt. In diesem Rahmen wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Betroffenen der DIS geführt. Im Folgenden wird die Wahl der Methode begründet (2.1). Danach folgt die Darstellung der Untersuchungsdurchführung (2.2), sowie die Operationalisierung, welche für diese Studie angewandt wurde (2.3). Darüber hinaus wird auf die vorliegenden Forschungsfragen eingegangen (2.4) und die Auswertungsstrategie präsentiert (2.5).

2.1 Untersuchungsdesign

In der vorliegenden Arbeit wurde ein qualitatives, exploratives Forschungsdesign gewählt, um die subjektiven Erfahrungen von Personen mit einer DIS im Hinblick auf erlebte Stigmatisierungen und deren Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen zu untersuchen. Ein häufiges Missverständnis in der Wahrnehmung qualitativer Forschungsdesigns ist, dass diese beliebig gestaltet und methodisch nicht ausreichend kontrolliert seien. In manchen Settings werden diese sogar als unwissenschaftlich betitelt (Mayring, 2020, S. 4). Von Bedeutung in solchen Forschungsdesigns ist jedoch in erster Linie die Ablehnung der Formulierung konkreter Hypothesen, da eine solche Struktur gerade in Bezug auf explorative Studien nicht umsetzbar wäre, da somit der Blick wiederholt, nur auf einen bestimmten Aspekt der Forschungsfrage gerichtet werden würde (Mayring, 2020, S. 4). Die Entscheidung für einen qualitativen Zugang basiert auf dem Erkenntnisinteresse, tiefere Einblicke in individuelle Wahrnehmungen, Deutungsmuster und Beziehungserfahrungen zu erhalten, die durch standardisierte quantitative Verfahren nicht in vergleichbarer Tiefe erfasst werden können (Flick, von Kardorff, Keupp, von Rosenstiel & Wolff, 1995). Qualitative Forschung eignet sich besonders für die Untersuchung sensibler Themenfelder, beispielsweise psychischer Erkrankungen, bei denen persönliche Bedeutungskonstruktionen und biographische Kontexte zentral sind (Flick et al., 1995). Gerade im Hinblick auf die DIS, eine komplexe und gesellschaftlich oft missverstandene Diagnose, erscheint eine offene, dialogische Herangehensweise besonders geeignet, um Betroffenen den Raum zur Darstellung ihrer Perspektiven zu geben.

„Das zentrale Element explorativer Studien ist, dass der Forschungsstand zum Gegenstand noch so rudimentär ist, dass keine präzisen Fragestellungen, Beschreibungsdimensionen oder Hypothesen formulierbar sind.“ (Mayring, 2020, S. 12)

Da bislang nur wenige Studien existieren, die sich mit derselben oder einer vergleichbaren Fragestellung der vorliegenden Studie befassen und Autoren wie Gleaves und Reisinger (2023), ausdrücklich auf den Forschungsbedarf hinsichtlich der Stigmatisierung der DIS hinweisen, lässt sich die Wahl eines explorativen Forschungsdesigns nachvollziehbar begründen.

Die Forschung folgt unter anderem einem interpretativen Paradigma, das davon ausgeht, dass soziale Wirklichkeit nicht objektiv gegeben, sondern durch subjektive Bedeutungszuschreibungen konstruiert wird. Diese erkenntnistheoretische Ausrichtung berücksichtigt die individuellen Erfahrungen und Sichtweisen der Befragten und erkennt deren Gültigkeit als valide Forschungsdaten an (Kergel, 2017).

Als Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews gewählt. Diese Methode ermöglicht eine thematische Fokussierung bei gleichzeitiger Offenheit für spontane, subjektiv relevante Erzählungen (Helfferich, 2019).

Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an die Thematische Analyse nach Braun & Clark (2006), ergänzt durch eine strukturierte Codierung auf Basis des Interviewleitfadens, mithilfe der Software MAXQDA.

2.2 Untersuchungsdurchführung

Die durchführende Person verfügte zu Beginn der Studie über begrenzte Erfahrungen in der qualitativen Forschung und mit qualitativen Interviews. Im Verlauf der Erhebung wuchs die Sicherheit im Umgang mit der Methode durch einen starken „Learning by doing“- Effekt. Durch jedes Gespräch wurde ein besseres Gespür für die Dynamik, den sprachlichen Ausdruck und die Bedürfnisse der Befragten entwickelt.

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 24. Juni bis zum 14. Juli 2025 durchgeführt. Zur Vorbereitung der in dieser Studie aufgenommenen Interviews wurde am 21. Juni 2025 ein Probeinterview durchgeführt. Dieses diente nach Dresing und Pehl (2015) der Erprobung der Interviewtechnik sowie der Überprüfung der Funktionalität und Verständlichkeit des Interviewleitfadens. Das Gespräch wurde mit einer Person geführt, welche zwar nicht von einer DIS betroffen ist, jedoch über andere psychische Diagnosen verfügt, die ebenfalls mit Stigmatisierungserfahrungen und veränderten Beziehungsdynamiken einhergehen können. Im Anschluss wurde über potenzielle Verbesserungsvorschläge gesprochen. Insgesamt konnten sechs Gespräche mit Personen realisiert werden, die über eine diagnostizierte DIS verfügten und sich in einem stabilen psychischen Zustand befanden. Die Interviews betrugten einen zeitlichen Rahmen zwischen 40 und 55 Minuten.

Die Rekrutierung erfolgte über gezielte Kontaktvermittlung innerhalb bestehender therapeutischer Netzwerke, sowie durch Unterstützung des Schweizer Vereins „CARA“ (Verein CARA | Stimme Für Die Opfer Von Organisierter Sexueller Und Rituellicher Gewalt, n.d.). Dieser setzt sich aktiv für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen ein. An diese Anlaufstellen wurde ein Anschreiben gesendet, welches eine Präsentation des Themas, das Ziel der Arbeit und den Umfang beziehungsweise Aufbau einer Teilnahme an der Studie darlegte. Die kontaktierten Therapeuten und Verantwortlichen konnten daraufhin entscheiden, ob und welchen Klienten sie möglicherweise die Studie vorstellen möchten, je nachdem, wen sie für geeignet hielten. Des Weiteren konnten ausgewählte Klienten nach Vorschlag der betreuenden Person selbst entscheiden, ob und auf welchem Wege (E-Mail, Telefon, WhatsApp) sie sich mit der forschenden Person in Verbindung setzen möchten. Ein wertschätzender Erstkontakt legt den Grundstein für eine gelingende und vertrauensvolle Interviewführung (Dresing & Pehl, 2015). Kriterien für eine Teilnahme beinhalteten in erster Linie eine Diagnose der DIS und einen aktuell stabilen psychischen Zustand, um in der Lage zu sein, über ihre Diagnose und verschiedene Erfahrungen in ihrem Leben zu berichten. Grundlegend spricht man bei dem durchgesetzten Verfahren von einem sogenannten Purpose Sampling. Dieses wird definiert durch gezielte Auswahl von Teilnehmenden, für eine bestimmte Forschungsarbeit, in welcher es vor allem darum geht, eine Thematik tiefgreifend zu erfassen (Patton, 2015, S. 264). Hier ist besonders von Bedeutung, dass die Teilnehmenden aussagekräftige Fälle sind, welche bestimmte Merkmale und Erfahrungen aufweisen, die für die vorliegende Forschungsfrage relevant sind (Patton, 2015, S. 264). Zu beachten ist bei diesem Vorgehen, dass die Stichprobe nicht repräsentativ zur Allgemeinpopulation eingeordnet werden kann (Patton, 2015, S. 264). Die forschende Person wurde von insgesamt neun Betroffenen kontaktiert und bei sechs kam es zur Realisation des Interviews.

Besonderer Wert wurde auf den ethischen Umgang mit den Teilnehmenden gelegt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, anonymisiert und unentgeltlich. Zur Vorbereitung wurde allen Teilnehmenden ein Informations- und Datenschutzformular zugesendet, das über Ziel, Ablauf, Dauer und Datenschutzmaßnahmen der Untersuchung aufklärte. In einer möglichst transparenten Darstellung des Projekts kann das Vertrauen der Teilnehmenden gewonnen werden (Dresing & Pehl, 2015). Erst nach schriftlicher Einwilligung wurden die Interviews durchgeführt. Bei potenziellen Rückfragen stand die forschende Person jederzeit zur Verfügung, um Unklarheiten und Unsicherheiten zu besprechen.

Die Interviews wurden je nach Bedarf und individueller Situation der Teilnehmenden in unterschiedlichen Formaten durchgeführt: Zwei Gespräche fanden per Telefonat statt, zwei

über Zoom und zwei in Präsenz, bei den Teilnehmenden zuhause. Diese Flexibilität war notwendig, um auf die persönlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Befragten Rücksicht zu nehmen. Die Gesprächsatmosphäre wurde bewusst offen und vertrauensvoll gestaltet. In allen Gesprächen wurde in der Du-Form kommuniziert, dies wurde entweder bereits vorab vereinbart oder im Gespräch individuell abgestimmt. Die forschende Person bemühte sich stets um eine empathische, verständnisvolle Haltung bei gleichzeitiger professioneller Distanz, um einen Rahmen für die Schilderung persönlicher Erfahrungen zu schaffen. Zu Beginn jedes Gesprächs wurden die Teilnehmenden mündlich erneut über den Ablauf informiert. Noch offene Fragen konnten geklärt werden. Alle Interviews wurden mit Einwilligung der Teilnehmender per Audiofunktion eines digitalen Diktiergeräts aufgezeichnet. Dieses wurde eingesetzt, um die Anonymität der Teilnehmenden bestmöglich zu schützen, was bei einer Audioaufnahme mit dem Handy nicht gleichermaßen gewährleistet, gewesen wäre.

Eines der Interviews wurde vollständig im Schweizerdeutschen Dialekt geführt, da nach Rücksprache mit der teilnehmenden Person festgestellt wurde, dass sie sich in ihrer Muttersprache deutlich wohler fühlen würde. Die forschende Person verfügte über entsprechende Sprachkenntnisse und konnte das Interview in diesem Dialekt problemlos durchführen. In einem weiteren Interview wechselte die teilnehmende Person unbewusst für etwa zehn Minuten vom Hochdeutschen in den Schweizerdeutschen Dialekt. Dieser Wechsel blieb seitens der forschenden Person unkommentiert, um den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen. Grundsätzlich wurde Rücksicht genommen auf den individuellen Sprachgebrauch der teilnehmenden Personen, welcher beispielsweise umgangssprachlich oder gehobener ausgefallen ist, und sich dessen angepasst, um dem Gegenüber ein Gefühl des auf Augenhöhe Seins zu kommunizieren. Prinzipiell stand das Wohlergehen der Teilnehmenden an erster Stelle.

Abschließend wurden noch sechs verschiedene Demographische Daten (Geschlecht, Alter, Zeitpunkt der Diagnose, Berufliche Tätigkeit, Familienstand, Behandlung aktuell) erfragt und von der Autorin am Ende des jeweiligen Interviewleitfadens notiert. Es wurde diese Maßnahme gewählt, um zu verhindern, dass sensible Daten, auf einem Laptop festgehalten werden, wo diese weniger gut geschützt sein könnten. Im direkten Anschluss an jedes Interview wurden erste Eindrücke und Notizen festgehalten, welche als Stütze zur späteren Analyse dienen sollten. Die demographischen Daten als auch die Notizen zum jeweiligen Interview wurden sorgfältig aufbewahrt.

Nach Abschluss aller Interviews wurde die Transkription begonnen. Diese erfolgte mithilfe der Software MAXQDA. Es wurde ein Transkriptionsschema nach Dresing & Pehl

(2015) verwendet, bei dem die semantischen Inhalte im Zentrum stehen. Für Forschungsarbeiten, in denen erste Zugänge zur qualitativen Forschung erfolgen, wird diese Transkription besonders empfohlen (Dresing & Pehl, 2015). Der erste Durchgang der Transkription wurde mit der zuständigen Funktion der Software MAXQDA durchgeführt. Anschließend wurde jedes Interview nochmals manuell überarbeitet. In diesem Schritt war es von besonderer Herausforderung, die beiden Interviews mit schweizerdeutschen Inhalten zu bearbeiten, da diese zwar von der Software erfasst wurden, aber deutlich mehr Fehler aufwiesen als in der hochdeutschen Transkription, welche es galt auszugleichen und zu korrigieren. Grundsätzlich wurde unter anderem alles wörtlich wie gesprochen zitiert, Dialekte wurden an das Schriftdeutsch angenähert und unverständliche Worte wurden als diese gekennzeichnet (Dresing & Pehl, 2015). In einem dritten Durchgang wurde abschließend erneut alles überprüft und letzte Fehler bereinigt. Hier wurde nochmals explizit auf längere Pausen oder Ähnliches geachtet und fehlende Details, wie beispielweise Lachen der Interviewpartner, wurden ergänzt. Im letzten Schritt wurden personenbezogene Angaben, beispielsweise Ortsnamen oder Klinikbezeichnungen, anonymisiert. Die anonymisierten Transkripte bildeten die Grundlage für die qualitative Auswertung im Rahmen der Inhaltsanalyse.

2.3 Operationalisierung

Die Operationalisierung der Fragestellung erfolgte durch die Entwicklung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens (siehe Anhang A). Dieser diente als inhaltliche und thematische Grundlage für die Gespräche, wobei er bewusst offen gestaltet wurde, um individuelle Erzählungen und subjektive Deutungen zu ermöglichen. Der Leitfaden wurde einige Wochen vor Beginn der Interviewphase konzipiert. Erste Vorschläge als auch die finale Version wurden mit der Erstbetreuerin der vorliegenden Abschlussarbeit, als auch mit der Vertreterin der Qualitativen Methodensprechstunde der SRH School of Psychology Heidelberg abgestimmt. Der Leitfaden orientierte sich an den beiden zentralen Forschungsfragen:

Forschungsfrage 1: Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?

Forschungsfrage 2: Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?

Bei den jeweiligen Fragen des Interviewleitfadens wurde darauf geachtet, dass diese nicht ausschließlich mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. Der Interviewleitfaden besteht in seiner finalen Form aus sechs Hauptfragen, ergänzt in Unterpunkten mit potenziellen Rückfragen. Um diese Fragen in den Interviews systematisch zu erfassen, wurde der Leitfaden in mehrere thematische Abschnitte gegliedert. Er begann mit einer kurzen Einführung zur

Aufklärung über den Ablauf des Gesprächs, die Studienziele sowie Datenschutzregelungen. Im Anschluss erfolgte der inhaltliche Teil, der sich in zwei Hauptkategorien unterteilte: Stigmatisierung und Zwischenmenschliche Beziehungen. Zusätzlich wurden am Ende des Gesprächs einige demographische Daten erfasst.

Im ersten Themenblock „Stigmatisierungserfahrungen“ wurde der persönliche Umgang der Teilnehmenden mit der eigenen Diagnose exploriert, ebenso wie mögliche Selbststigmatisierung und der Umgang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung. Fragen wie „Wie erleben sie sich selbst in Berücksichtigung Ihrer Diagnose?“ oder „Können sie Situationen schildern, in denen Sie Stigmatisierung, in Bezug auf Ihre Diagnose, durch andere erfahren haben?“ sollten subjektive Wahrnehmung zugänglich machen. Zudem wurde gezielt nach stigmatisierenden Erfahrungen im therapeutischen Kontext gefragt, um auch die professionelle Beziehung miteinzubeziehen.

Im zweiten Themenbereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“ lag der Fokus auf Veränderungen und Herausforderungen in sozialen Kontakten seit Erhalt oder Mitteilung der Diagnose. Die Fragen zielen darauf ab, die Auswirkungen der Diagnose auf verschiedene Beziehungskonstellationen, beispielsweise Familie, Freundschaften, Partnerschaft, zu erfassen. Dabei wurden sowohl negative als auch positive Entwicklungen berücksichtigt. Beispielsweise wurde gefragt: „Haben sich Ihre Beziehungen verändert, seit Sie die Diagnose erhalten oder anderen davon erzählt haben?“ sowie „Was sind Chancen oder positive Entwicklungen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Diagnose erleben?“. Die Interviewfragen wurden jeweils durch gezielte Nachfragen ergänzt, um eine vertiefte Reflexion und ausführliche Schilderungen zu ermöglichen. Die offene Formulierung der Fragen ließ Raum für persönliche Schwerpunkte und ermöglichte es, auch unerwartete oder neue Aspekte zu erfassen, die über die Forschungsfragen hinausgehen.

2.4 Forschungsfragen

Ziel der Studie war es, die subjektiven Perspektiven von Betroffenen der DIS im Hinblick auf Stigmatisierung und zwischenmenschliche Beziehungen zu erfassen. Dabei standen folgende Forschungsfragen im Zentrum:

Forschungsfrage 1: Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?

Forschungsfrage 2: Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?

Da es sich um eine qualitative, explorative Studie handelt, wurden keine vorab überprüfbareren Hypothesen formuliert. Vielmehr zielte das Forschungsvorhaben darauf ab, erste

vertiefende Einblicke in das subjektive Erleben der Betroffenen zu gewinnen und mögliche Zusammenhänge zwischen Diagnose, Stigmatisierung und Beziehungsgestaltung sichtbar zu machen. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für weiterführende Forschung dienen und das Verständnis für die Lebensrealität von Menschen mit einer DIS erweitern.

2.5 Auswertungsmethode

Die Auswertung der erhobenen Daten orientierte sich in Anlehnung an das Verfahren der Thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006), wobei eine Kombination aus deduktiver und induktiver Vorgehensweise gewählt wurde. Diese methodische Ausrichtung ermöglichte es, im ersten Schritt theoriegeleitet zentrale, aus dem Interviewleitfaden abgeleitete Themenbereiche systematisch zu prüfen und im zweiten Schritt neue, aus dem Datenmaterial heraus entwickelte Aspekte in die Analyse zu integrieren. Auf diese Weise wurde sowohl eine gezielte Beantwortung der Forschungsfragen als auch die Offenheit für unerwartete, inhaltlich bedeutsame Erkenntnisse gewährleistet.

Im ersten Codierungsdurchlauf wurde ein deduktiver Codebaum entwickelt, der zwei Hauptkategorien umfasste: *Stigmatisierung* und *Zwischenmenschliche Beziehungen*. Beide Hauptkategorien wurden mehrfach untergliedert, um die in den Interviews adressierten Themen möglichst differenziert abzubilden. Unter *Stigmatisierung* fanden sich die Unterkategorien *Selbststigmatisierung*, *Stigmatisierung durch andere*, sowie *Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal*. Die Kategorie *Selbststigmatisierung* war nochmals in die Bereiche *Selbstwahrnehmung* und *Herausforderungen* unterteilt, während *Stigmatisierung durch andere* in *Partner*, *Familie*, *Freunde* sowie *Arbeit* gegliedert wurde. Die Hauptkategorie *Zwischenmenschliche Beziehungen* beinhaltete die Unterkategorien *Beziehungswahrnehmung*, *Beziehungsveränderung durch Diagnose*, sowie *Chancen/positive Entwicklungen*. Diese waren wiederum in weitere thematisch präzisierende Unterkategorien gegliedert: *enge Beziehungen*, *weniger enge Beziehungen*, *schwierige Konstellationen*, *engere Bindung*, *Konflikte*, *Unverständnis*, *Entlastung*, *Selbstwertschätzung* und *Profit der Diagnose*. Insgesamt umfasste der erste Durchlauf 26 Kategorien, die in MAXQDA für die systematische Codierung aller Interviews eingesetzt wurden.

Während der Codierung wurden fortlaufend neue, in den Interviews auftretende Themen dokumentiert. Im letzten Interview zeigte sich, dass kaum noch neue inhaltlich relevante Aspekte hinzukamen, ein Hinweis auf eine erreichte Datensättigung. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen von Guest e (2006), die in einer methodischen Untersuchung zeigen konnten, dass häufig bereits nach sechs bis zwölf Interviews eine inhaltliche Sättigung erreicht wird und nach sechs Interviews bereits ein Großteil der Codes erfasst ist. In der vorliegenden

Arbeit zeigte sich ein vergleichbares Muster. Auch hier konnte nach sechs Interviews die thematische Vielfalt, die für die Beantwortung der Forschungsfragen erforderlich war, in ausreichendem Maße abgebildet werden. Anschließend wurden alle notierten Themen hinsichtlich ihrer Relevanz gewichtet und die bestehende Struktur des Codebaums entsprechend angepasst, indem inhaltliche Überschneidungen reduziert und Kategorien präzisiert oder erweitert wurden.

Der zweite Codierungsdurchlauf führte zu einer Erweiterung des Codebaums auf 35 Kategorien. Neu aufgenommen wurden unter anderem die Kategorien *Wünsche* und *Glaube*, die keiner bestehenden Hauptkategorie zugeordnet wurden. Darüber hinaus erfolgten gezielte Umbenennungen, um die inhaltliche Reichweite bestimmter Codes präziser abzubilden, beispielsweise von *Konflikt*, zu *Konflikt/Kontaktabbruch* und von *Unverständnis* zu *Unverständnis/Verleugnung*. Unter *Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal* wurden die Subkategorien *Diagnostikweg* und *Verzögerte Behandlung* ergänzt. Im Bereich *Stigmatisierung durch andere* kamen die Subkategorien *Medien*, *Gericht* und *Kirche* hinzu, und die Kategorie *Arbeit* wurde zu *Arbeit*, *Schule*, *System* erweitert. Bei *Selbststigmatisierung* wurde die Subkategorie *Verheimlichung* ergänzt, und unter der Hauptkategorie *Stigmatisierung* wurde die Kategorie *Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen* aufgenommen.

Die zweistufige Analyse erwies sich als geeignet, um sowohl die theoretisch erwarteten Aspekte gezielt zu erfassen, als auch neue aus den Daten hervorgehende Inhalte zu integrieren. Die deduktive Herangehensweise im ersten Durchlauf gewährleistete die Orientierung an den Forschungsfragen, während die induktive Ergänzung im zweiten Durchlauf den explorativen Charakter der Untersuchung stärkte. Angesichts des Umfangs von knapp fünf Stunden Interviewmaterial, sowie der inhaltlichen Überschneidungen der späteren Interviews konnte nach Abschluss des zweiten Durchlaufs von einer hinreichenden inhaltlichen Tiefe und einer ausreichenden Datensättigung ausgegangen werden. Die endgültige Kategorienstruktur bildete somit die methodische Grundlage für die vertiefte thematische Auswertung und Interpretation der Ergebnisse.

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten präsentiert. Grundlage bilden sechs explorative, leitfadengestützte Interviews mit Betroffenen. In diesen wurden Erfahrungen mit Stigmatisierung im Kontext der Diagnose der DIS, sowie mögliche Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen thematisiert. Die Auswertung erfolgte entlang der aus den Forschungsfragen und dem Interviewleitfaden abgeleiteten Kategorien, um einen strukturierten Einblick in die Aussagen der Interviewteilnehmer zu ermöglichen. Untermuert werden diese mit einzelnen Zitaten, welche aus den Transkripten der Interviews entnommen wurden.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe beinhaltete vier Frauen und zwei Männer. Die Spanne des Alters lag zwischen 27 und 60 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 46,5 Jahren. Der Zeitpunkt der Diagnose variierte stark, von erst kürzlich erhalten bis zu seit 25 Jahren bekannt. Durchschnittlich hatten die Teilnehmenden die Diagnose im Alter von 31,66 Jahren erhalten. Hier lag eine Spanne von einem Erhalt mit 19 Jahren, bis hin zu einem Erhalt mit 44 Jahren vor. Vier der Teilnehmenden waren verheiratet, eine Person war ledig und eine Person befand sich seit einem halben Jahr in einer Beziehung. Fünf der sechs Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in Behandlung. Eine teilnehmende Person hatte die Therapie seit etwa zwei Jahren abgeschlossen. Die beruflichen Tätigkeiten fielen verschieden aus. Zwei Personen arbeiteten einige Male in der Woche für ein paar Stunden, eine davon an einer Arbeitsstelle, welche spezifisch für Personen mit psychischen Störungen ausgelegt war. Zwei Personen waren zum Zeitpunkt der Interviews nicht berufstätig. Eine Person war selbstständig, und die letzte Person arbeitete zu 60 % und absolvierte ein berufsbegleitendes Studium.

Um einen besseren Einblick in die Zusammensetzung der Stichprobe sowie den Verlauf der einzelnen Interviews zu ermöglichen, werden im Folgenden die sechs teilnehmenden Personen in anonymisierter Form jeweils kurz dargestellt. Die Interviewpartner wurden zur Wahrung der Anonymität mit den Kürzeln P1 bis P6 bezeichnet. In den Kurzporträts wurden relevante biografische Merkmale sowie Besonderheiten des Interviewverlaufs zusammenfassend dargestellt, um die anschließende inhaltliche Analyse kontextuell einzuordnen.

P1 war eine 56-jährige Frau, die ihre Diagnose offiziell erst seit kurzer Zeit kannte, wobei der Verdacht bereits seit etwa zwei Jahrzehnten bestand. Das Interview wurde in Präsenz geführt, dauerte 40 Minuten und fand in einer offenen und entspannten Atmosphäre statt. Die Teilnehmerin beantwortete die Fragen konkret und sprach insbesondere über ihre Rolle als

Mutter, die ihr besonders wichtig war. Sie ging mit der Diagnose sehr vorsichtig um und teilte diese nur in einem sehr engen Rahmen.

P2 war eine 41-jährige Frau, die die Diagnose vor zehn Jahren erhalten hatte. Das Gespräch wurde in Präsenz geführt und dauerte 44 Minuten. Die Gesprächsatmosphäre war locker, und die Teilnehmerin sprach offen über innerfamiliäre Spannungen sowie über Schwierigkeiten, geeignete therapeutische Unterstützung zu finden. Dabei thematisierte sie auch Ablehnungserfahrungen im professionellen Kontext aufgrund der Diagnose.

P3 war eine 27-jährige Frau, die die Diagnose im jungen Erwachsenenalter erhalten hatte. Das Interview wurde online über Zoom durchgeführt und dauerte 50 Minuten. Thematisch lag der Fokus auf verschiedenen sozialen Settings, in denen die Teilnehmerin mehr oder weniger stark mit Stigmatisierung konfrontiert gewesen war. Sie schilderte differenziert ihre Erfahrungen in privaten und gesellschaftlichen Kontexten.

P4 war eine 47-jährige Frau, die seit zwei Jahrzehnten mit der Diagnose lebte. Das Interview wurde via Zoom geführt und dauerte 49 Minuten. Die Gesprächsatmosphäre war sehr positiv und vertrauensvoll. Die Teilnehmerin sprach reflektiert über persönliche Entwicklungen sowie über Erfahrungen mit Stigmatisierung, insbesondere im Zusammenhang mit einem juristischen Verfahren, das für sie besonders belastend gewesen war.

P5 war ein 60-jähriger Mann, der die Diagnose seit mehreren Jahrzehnten kannte. Das Interview wurde telefonisch durchgeführt und dauerte 53 Minuten. Zu Beginn war eine gewisse Nervosität spürbar, die sich im Verlauf legte. Die Bedeutung des Glaubens spielte für den Teilnehmenden eine zentrale Rolle im Umgang mit der Diagnose. Er thematisierte diese nur im privaten Rahmen, insbesondere im Austausch mit seiner Ehefrau.

P6 war ein 48-jähriger Mann, der die Diagnose vor wenigen Jahren erhalten hatte. Das Interview fand telefonisch statt und dauerte 43 Minuten. Obwohl der Teilnehmer angab, sich anfänglich angespannt zu fühlen, entwickelte sich eine offene und entspannte Gesprächsatmosphäre. Thematisch lag der Schwerpunkt auf beruflichen Herausforderungen sowie auf zwischenmenschlichen Beziehungen im Freundeskreis.

3.2 Forschungsfrage 1

Die erste der beiden Forschungsfragen lautet: „Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?“. Im Folgenden wurde diese Fragestellung in vier Kategorien unterteilt. Diese sind Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch andere, Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal und Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen. Entsprechende Subkategorien werden ebenfalls mit aufgelistet. Hiermit soll erörtert werden, ob und in welcher Form Personen mit DIS Stigmatisierung

erfahren. Alle Beteiligten (100%) äußerten Formen der Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch andere und Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal erlebt zu haben [P1, P2, P3, P4, P5, P6].

3.2.1 Selbststigmatisierung

Selbstwahrnehmung

Alle sechs Teilnehmenden (100%) äußerten, dass die Selbstwahrnehmung nicht immer leicht sein würde. P1 (16,7%) ging spezifisch darauf ein, nach außen wie ein „UNO“ zu leben, sprich wie eine Person mit nur einer Persönlichkeit. Hier war auch von großer Bedeutung, die Rolle als Mutter zu leben und in der Familie als erwachsener Teil wahrgenommen zu werden. Drei Personen (66,7%) gaben an, große Schwierigkeiten gehabt zu haben, die Diagnose zu akzeptieren [P1, P3, P5]. Zwei Teilnehmende (33,3%) nannten konkret, dass sie sich für lange Zeitabstände wie ein Alien fühlten [P4, P5]. Eine Person (16,7%) beschrieb die Selbstwahrnehmung als kompliziert [P6]. Eine weitere Person (16,7%) beschrieb sich „normal“ zu fühlen, da sie keine andere mögliche Wahrnehmung kenne [P2]. Gleichzeitig gab dieselbe Person an, häufig zu denken, sie „spinnt“ oder sei nicht normal, wenn sie sich mit anderen Personen ihres Umfelds vergleicht. P4 (16,7 %) berichtete, sich selbst über lange Zeit weder wahrgenommen noch als real anerkannt zu haben. Erst in den letzten Jahren habe sich dies verbessert, sodass sie nun konstant im Hier und Jetzt sein könne und sich selbst als Teil der Gesellschaft sehe. Sie beschrieb, dass sie sich in ihrer eigenen Haut nicht wohlfühlt habe, das Gefühl gehabt habe, verrückt zu werden, und möglichst unauffällig bleiben wollte. Nach außen hin habe sie jedoch stets souverän gewirkt und „funktioniert“. P5 (16,7%) beschrieb die Spannung, die für ihn mit der DIS einherging damit, dass er einerseits im beruflichen Leben große Erfolge erzielte, ihn andererseits aber die Frage, wer er tatsächlich sei, dauerhaft gequält habe. P6 sagte, er empfinde es als „scheiße“, wenn er mit seiner Stimme „in ein Kind reinfalle“. Im Alltag spiele er viel „Theater“, um seine Diagnose möglichst zu verbergen.

Tabelle 1. *Selbstwahrnehmung*

Selbstwahrnehmung
<i>„Und habe immer verstanden, dass ich Quasi eine bin, wie alle anderen auch. Das hat aber noch mal ein paar Jahre gedauert, bis ich. Bis ich mich nicht mehr, wie ein Alien gefühlt habe.“ [P4]</i>
<i>„Ja, das ist sehr, sehr schwierig. Weißt du, ich höre ja mehrere Stimmen in mir. (..) Wir haben immer geglaubt, das ist das Leben, das ist der Mensch. Und das stimmt nicht. Ich habe lange nicht geglaubt, dass ich diese Prognose habe. Ich habe da immer gelacht und gesagt das ist doch Scheißdreck. Auf Schweizerdeutsch.“ [P5]</i>

Herausforderungen

Herausforderungen kamen für alle Teilnehmenden (100%) in verschiedenen Formen auf [P1, P2, P3, P4, P5, P6]. Eine Person (16,7%) berichtete, es sei von großer Herausforderung, konstant in einem Erwachsenenanteil nach außen hin zu bleiben und in dieser Hinsicht immer funktionieren zu müssen [P1]. Drei andere Personen (50%) gaben an, Trigger im Alltag seien lästig [P2, P5, P6]. Als solche Trigger wurden Arzttermine, Tierquälereien, Menschenmengen und das Nutzen öffentlichen Verkehrs genannt. P6 (16,7%) erzählte zudem, dass er gelegentlich Schwierigkeiten mit Alltagsamnesien hatte. Eine jüngere teilnehmende Person (16,7%) hatte viele Schwierigkeiten während ihrer Schulzeit, da ihre schulischen Leistungen stark schwankten, je nachdem in welchem Anteil sie sich gerade befand und mit welchem Anteil sie vielleicht auch eine Prüfung schrieb. Zudem befand sich die Person in der Schulzeit in einer Phase der Aufarbeitung, weswegen sie auch durch Flashbacks oder Ähnliches viele Absenzen hatte [P3]. Eine Person (16,7%) berichtete von einer ausgeprägten inneren Unruhe und dem anhaltenden Gefühl, sich selbst nicht glauben zu können. Sie beschrieb ein tiefgreifendes inneres Chaos, das von ständiger Angst begleitet wurde. Zudem litt sie unter ausgeprägten Konzentrationsschwierigkeiten und hatte insbesondere zu Beginn ihrer Symptomatik häufige und intensive Persönlichkeitswechsel erlebt [P4].

Tabelle 2. Herausforderungen

Herausforderungen
<i>„Ja, auf jeden Fall. (4) Es ist ein langer Weg für mich gewesen, das überhaupt zu akzeptieren, die Diagnose überhaupt. Und am Anfang war das auch gar nicht so klar, was ich genau habe. Ich glaube, das geht vielen so und man macht sich dann schon selber auch, man stigmatisiert sich schon auch selber.“ [P1]</i>

Verheimlichung

Ganz öffentlich ging keiner der Befragten (0%) mit der Diagnose um [P1, P2, P3, P4, P5, P6]. Alle (100%) gaben an, diese nur bedingt mit ihrem Umfeld zu teilen. Vielmehr lag bei manchen der Fokus darauf, die Diagnose möglichst für sich zu behalten. Hierzu machten fünf Interviewpartner (83,3%) Angaben [P1, P2, P3, P5, P6]. P5 und P6 (33,3%), teilten bisher ihre Diagnose nur ganz spezifisch mit ihrem Umfeld. P2 (16,7%) tendiert dazu, sich phasenweise stark von ihrem Umfeld zu isolieren, aus Angst, dieses könnte ihre Symptome bemerken und sie dafür verurteilen. P3 (16,7%) betonte primär, dass die Diagnose für sie Privatsache sei, und sie sich in manchen Situationen auch für ihren Zustand geschämt hatte, weswegen sie versuchte, möglichst nicht aufzufallen. Darüber hinaus berichtete P1 (16,7%) nach außen immer so gut wie möglich nur die Außenpersönlichkeit zu zeigen und alles Weitere zu vermeiden, selbst wenn im Innensystem viel los sein sollte.

Tabelle 3. *Verheimlichung*

Verheimlichung
<i>„Ja, manchmal neige ich schon dazu, mich bisschen einzusperren, weil ich denke oh nein, wenn dann wieder irgendwas Dummes ist oder so und ich falle auf, dann denken die Leute, ich spinne. Ja.“ [P2]</i>

3.2.2 Stigmatisierung durch andere

Partner, Familie, Freunde

Vier Beteiligte (66,7%) äußerten stigmatisierende Erfahrungen durch Partner, Familie oder Freunde gemacht zu haben [P1, P2, P3, P6]. Drei davon (50%) berichteten, im familiären Umfeld stigmatisierende Situationen erlebt zu haben [P1, P2, P6]. Das waren beispielsweise Situationen, in welchen den Betroffenen nicht geglaubt wurde, was ihnen passiert ist oder welche Diagnose sie haben. Zudem erklärten zwei Personen (33,3%), dass sie im familiären Kontext spezifisch mit den Eltern schweigen mussten, über die Diagnose und Ähnliches, weil diese Themen nicht akzeptiert wurden [P1, P6]. Dieselben zwei Personen (33,3%) äußerten auch Schwierigkeiten, mit Freunden zu haben, was Stigmatisierung anbelangt [P1, P6]. Bei P1 bedeutete das primär, dass das Thema nicht von Freunden beachtet wurde und sie sich dadurch oftmals alleingelassen fühlte. P6 (16,7%) erläuterte Situationen, in welchen er von Freunden stark kritisiert wurde, wenn psychosomatische Symptome auftraten, weil diese nicht eingeordnet werden konnten und er dafür meistens verurteilt wurde. Eine Person (16,7%) ging noch detailliert auf stigmatisierende Dating-Erfahrungen ein [P3]. Hier wurde erklärt, dass häufig Personen, welche in diesem Zusammenhang von der Diagnose erfahren haben, sich dann nicht mehr für die Person selbst interessierten, sondern nur noch für die Diagnose und potenzielle verschiedene Innenanteile.

Tabelle 4. *Partner, Familie, Freunde*

Partner, Familie, Freunde
<i>„Ja, das Verständnis. Verständnis. Oder sie können es einfach nicht, nicht einordnen. Weil man das sozusagen nicht kennt. Wenn jetzt da die Schulter im Gips drinnen wäre. Dann würden die sagen Hey gute Besserung. Aber so sagt man nur Hey [Name Interviewpartner] jetzt mach mal endlich etwas. Ja.“ [P6]</i>
<i>„Von dass man nicht mehr als Mensch angesehen wird, sondern mehr als Versuchsobjekt oder als was können sie Profit daraus schlagen, wenn ich DIS habe und nicht auf mich direkt eingehen in dem Sinn.“ [P3]</i>

Arbeit, Schule, System

Fünf der sechs Befragten (83,3%) berichteten von Stigmatisierungserfahrungen im Kontext der Arbeit, Schule oder Sozialsystem [P1, P2, P3, P5, P6] Alle fünf hatten in verschiedenen Formen Schwierigkeiten im Rahmen ihrer Arbeit durch ihre Diagnose. Eine

Person (16,7%) schildert wiederholt Gespräche mit der Leitungsposition ihrer Arbeitsstelle führen zu müssen, warum sie gewisse Dinge tun kann und andere nicht, hier stieß sie aber eher auf Unverständnis oder ein Ausblenden ihrer Situation [P1]. Eine Person (16,7%) berichtet in Erwerbslosenrente zu sein und in einem Zuverdienst Projekt zu arbeiten, in welchem jedoch ihre Diagnose kaum beachtet wurde, bis sie einen Krampfanfall erlitt [P2]. P6 (16,7%) gab an, große Schwierigkeiten bei der Jobsuche gehabt zu haben, da er durch die Invalidenversicherung durchgefallen sei und sich vom Arbeitsamt im Stich gelassen gefühlt hat. P5 (16,7%) wurde gezwungen, an einer Therapie teilzunehmen. Bei Verweigerung würde ihm der Arbeitgeber kündigen. P3 (16,7%) betonte im Job nicht über ihre Diagnose zu sprechen, aus Angst, sie könnte dadurch schlechter behandelt werden. Dies tat sie, weil sie damals am Gymnasium schlechte Erfahrungen mit der Offenbarung ihrer Diagnose gemacht hatte. Sie wurde von der Schule aufgrund ihrer Diagnose als nicht mehr fähig eingestuft und musste sich mehr bemühen, um gute Bewertungen zu erreichen.

Tabelle 5. *Arbeit, Schule, System*

Arbeit, Schule, System
<i>„Das hilft mir aber nur weil mich das System im Stich. (..) System. Ich nicht. Also für mich kein Interesse hat und somit muss ich jetzt eigentlich selber den Weg irgendwie finden. Aber vom System her kommt keine Hilfe. Ich bin dreimal durch die IV durchgefallen. Weil die kennen, das psychosomatische, DIS, kPTBS nicht, das gibt es bei denen nicht, wegen dem ist man nicht grad IV.“ [P6]</i>

Medien

Drei Personen (50%) erzählten von Situationen, in welchen sie sich im Kontext von Medien stigmatisiert, gefühlt haben [P1, P3, P6]. Zwei der Befragten (33,3%) sprachen insbesondere Filme an, in denen Personen mit einer DIS als Mörder dargestellt wurden, sei es, dass sich im Verlauf der Handlung eine Teilidentität als Täter entpuppt oder die DIS gezielt als Stilmittel in Horrorfilmen eingesetzt wird [P1, P3]. P6 (16,7%) berichtete, dass er nach Veröffentlichung der SRF-Dokumentation „Der Teufel mitten unter uns“ einerseits seine Trauma-Psychologin verloren habe und ihm sein zweiter geplanter Aufenthalt auf der Trauma-Station verwehrt wurde, da diese nun keine DIS-Patienten mehr aufnehmen wollten.

Tabelle 6. *Medien*

Medien
<i>„Es nervt mich immer, wenn im Fernsehen läuft irgendein Krimi und der Täter war irgendwer mit einer DIS, wo halt eine andere Person dann der Täter war. Gibt es mehr wie man denkt. Und zum Teil ist es so platt und so falsch dargestellt, was eine DIS ist. Und das nervt mich jedes Mal, weil ich denke, ihr habt überhaupt keine Ahnung, wie das Leben wirklich ist mit einer DIS und es nicht so ist, dass dann bei einem der eine Teil von mir ein Mörder ist oder so, gibt es tatsächlich öfters.“ [P1]</i>

Gericht

Zwei Betroffene (33,3%) berichteten insgesamt von Gerichtsprozessen, welche stattgefunden haben, beide im Zusammenhang mit der Traumatisierung oder Misshandlung der betroffenen Personen [P3, P4]. Ausführlicher schilderte P4 (16,7%) von einem Gerichtsprozess, welcher am Ende verloren wurde aufgrund eines Glaubwürdigkeitsgutachtens. Dieses wurde von der Gegenseite gefordert und wegen ihrer Diagnose der DIS wurde dieses nicht bestanden. Hier kamen für die Betroffene viele Fragen auf, wie sie ihre Glaubwürdigkeit hätte beweisen sollen, wenn ihre Diagnose bereits der „KO-faktor“ hierfür sei.

Tabelle 7. *Gericht*

Gericht
<i>„Es ist total unfair. Ja, ja, man wird quasi gleichgestellt mit Schwerverbrechern, die auch so ein Glaubwürdigkeitsgutachten nach der Nullhypothese. (4) Bewertet, beurteilt werden.“ [P4]</i>

Kirche

Zwei Personen (33,3%) berichteten besonders im kirchlichen Rahmen Stigmatisierung erfahren zu haben [P1, P4]. Für eine Person (16,7%) war es von besonderer Herausforderung, wenn in Antwort auf ihre psychische Verfassung ausschließlich vereinfachende, religiös gefärbte Standardantworten gegeben oder unreflektierte Bibelstellen zitiert wurden. Sie empfand, dass ihr Leid in diesem Rahmen in erster Linie mit frommen Floskeln relativiert oder überdeckt wurde. Resultat solcher Erfahrungen war, dass sie ihre Diagnose nicht mehr in einem solchen Umfeld teilte [P1]. Die zweite Person (16,7%) berichtete, dass ihr Umfeld angenommen hatte, sie sei in einem Bund mit dem Teufel oder ihre Symptomatik etwas Dämonisches sei [P4].

Tabelle 8. *Kirche*

Kirche
<i>„Aber die Menschen drumherum, die das mitbekommen haben. (...) Eben auch eigentlich nur Christen, kann man sagen. Alles nur Christen aus verschiedensten Gemeinden, die das so mitbekommen haben, dass meine Freunde mich da so im Haus betreuen und mich da begleiten. Die haben immer wieder gesagt, also ihr könnt euch doch nicht auf der Nase rumtanzen lassen und da ist doch was Dämonisches. Das kommt doch sicher irgendwie aus der, vom Satan. Die, die das kann nicht sein, dass sie nach so vielen Jahren immer noch so total krass drauf ist. Und dann diese Selbstmordversuche und und.“ [P4]</i>

3.2.3 Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal

Diagnostikweg

Fünf Personen (83,3%) berichteten von Schwierigkeiten bei ihrer Diagnosestellung [P1, P2, P3, P4, P5]. Zwei Personen (33,3%) sagten, dass lange keine Diagnose gestellt wurde [P1,

P2] und eine weitere (16,7%), dass sie verschiedensten psychischen Störungen zugeordnet wurde, bevor sie mit einer DIS diagnostiziert wurde [P5]. Eine Person (16,7%) schilderte die Situation, dass ein Chefarzt die Betroffene im Rahmen eines akuten Klinikaufenthaltes als schizophren diagnostizierte, trotz ihrer Angaben, eine DIS zu haben. Des Weiteren wurde diese Person im Jugendalter von einem Psychologen diagnostiziert, narzisstische Züge zu haben, was die Person selbst auch für viele Jahre glaubte [P4]. Letztlich erzählte P3 (16,7%) von einer langen Diagnosestellung, welche schlussendlich aufgrund einer IQ-Testung mit stark abweichenden Werten zum Resultat der DIS führte.

Tabelle 9. *Diagnostikweg*

Diagnostikweg
<i>„Ich habe auch sehr lange keine konkrete Diagnose bekommen von Therapeuten, die haben immer gerne um den Brei herum geredet. (...)“ [P1]</i>

Verzögerte Behandlung

Alle Teilnehmenden (100%) berichteten in verschiedenen Fassungen von einer verzögerten Behandlung ihrer DIS [P1, P2, P3, P4, P5, P6]. Drei Personen berichteten (50%) davon, dass sie zu Beginn der falschen Station oder Behandlungsart zugewiesen wurden. Erst nach einer oder mehreren Verlegungen/Versetzungen wurden sie dann auf der adäquaten Station, beispielsweise einer Trauma-Station, untergebracht, auf welcher sie dann auch eine passende Behandlung empfangen [P3, P5, P6]. P2 (16,7%) berichtete, sich frustriert gefühlt zu haben, nachdem sie viele Kliniken angeschrieben hatte und sich wegen eines potenziellen Aufenthalts erkundigt hatte, hier aber meist direkt nach Nennung ihrer Diagnose eine Absage erhalten hat. Die Begründung war meistens, dass Personen mit einer solchen Diagnose zu zeitaufwendig oder anstrengend seien. Eine Betroffene (16,7%) gab an, große Hoffnung gehabt zu haben, als sie ihre Diagnose erhalten hatte, dass nun alles besser werden müsste und jemand wissen würde, wie sie zu behandeln sei. Sie hat diesbezüglich allerdings große Enttäuschung erfahren, da dieses Szenario nicht eingetreten ist [P4]. Eine weitere Person (16,7%) erzählt von mehreren Therapeuten, bei welchen sie in Behandlung war, welche sich weigerten mit ihr über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen [P3]. Eine Therapeutin dieser Person verwies sie nach kurzer Zeit an einen anderen Therapeuten, da sie sich überfordert fühlte und bereits den Verdacht hatte, dass die Betroffene eine DIS habe, weswegen sie nicht weiter mit ihr arbeiten wollte.

Tabelle 10. *Verzögerte Behandlung*

Verzögerte Behandlung
„Und dann glaube im 21 bin ich das erste Mal auf die Akut Station auf die [Station Name] und dort hat es, am zweiten Tag hat es schon geheißten, Herr [Name Interviewpartner] sie sind am falschen Platz.“ [P6]

3.2.4 Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen

Tatsächlich berichteten fünf Personen (83,3%) auch von unterschiedlichen positiven nicht-stigmatisierenden Erfahrungen [P1, P2, P3, P5, P6]. Vier davon (66,7%) äußerten sich zu positiven nicht-stigmatisierenden Erfahrungen im therapeutischen oder gesundheitlichen Kontext [P1, P2, P5, P6]. P6 (16,7%) beschrieb, immer gute Pfleger gehabt zu haben, welche langjährige Mitarbeiter waren, die die DIS kannten und auch ernst nahmen. Zwei Betroffene (33,3%) gaben an, gute spezialisierte Therapeuten gehabt zu haben, welche sich mit Traumabehandlung und der DIS auskannten, weswegen die Behandlung bei ihnen auch positiv und nicht-stigmatisierend verlaufen ist [P1, P5]. Eine Person (16,7%) erläuterte noch die Erfahrung, dass sie in einer Klinik aufgenommen wurde, welche generell nicht sonderlich viel Fachwissen zur DIS hatte, aber trotzdem die Betroffene gerne aufnehmen wollte. Dies wurde wiederum von der Betroffenen selbst als eine positive Erfahrung eingestuft, da sie sich hier akzeptiert und weniger stigmatisiert fühlte als in vorherigen Verfahren mit potenziellen stationären Aufenthalten [P2]. P1 (16,7%) gab an, dass es vereinzelt Personen gab, welche gut mit der Diagnose umgegangen sind und dass diese Beziehungen für die Betroffene von besonderer Bedeutung seien. P3 (16,7%) berichtete noch von verschiedenen Feldern, in welchen nach ihrer Wahrnehmung weniger Stigmatisierung vorgefallen ist. In der Gastronomie, in welcher die Person tätig war, soll eine Diagnose wie eine DIS keine Rolle gespielt haben, da es dort vielen Personen psychisch nicht gut ging, dadurch dass es ein körperlich anstrengender Job ist und durch die herausfordernden Arbeitszeiten. Zudem wurde berichtet, dass in Branchen wie Modedesign positive Erfahrungen gemacht wurden und gerade Eigenschaften wie eine DIS als positiv bewertet wurden, weil sie ein Individuum herausstechen lassen und von der Menge abheben. Ebenfalls wurde über die BDSM-Szene berichtet, dass dort deutlich weniger Stigmatisierung vorgefallen ist als in sonst üblichem Dating dadurch, dass viele Personen eventuell bereits belastende Erfahrungen gemacht haben.

Tabelle 11. *Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen*

Positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen
<i>„Also die paar Leute, die es wissen und die damit umgehen können. Die sind Gold für mich. (..)“ [P1]</i>
<i>„Das ist manchmal fast noch das Beste. Also wenn jemand Lust zu hat und nicht gleich so negativ denkt oder nicht gleich so denkt, wie das alles bei DIS bei den Leuten ist, weil man es ja eigentlich auch ein Mensch.“ [P2]</i>
<i>„Aber es war wirklich zum Ersten Mal, wo ich den Eindruck hatte, in dieser Branche wirst du so angenommen, wie du bist. Und je mehr man, je spezieller du bist, desto beliebter bist du bei den Leuten dort eigentlich. Also wenn du DIS hast, und mehrere Persönlichkeiten, umso besser, weil du dann viel mehr Ideen hast und viel kreativer oder vielfältiger bist. Dass wir dort sogar sehr stark gesehen und gesucht Und die wollten mich auch unbedingt.“ [P3]</i>

3.3 Forschungsfrage 2

Die zweite der beiden Forschungsfragen lautet: „Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?“. Im Folgenden wurde diese Fragestellung ebenfalls wie im Teil zur Stigmatisierung in drei Kategorien unterteilt. Diese sind Beziehungswahrnehmung, Beziehungsveränderung durch die Diagnose und Chancen beziehungsweise positive Entwicklungen durch die Diagnose. Dadurch soll die zweite Forschungsfrage erörtert werden, ob Personen mit DIS Veränderungen in Beziehungen erleben durch den Erhalt oder das Mitteilen ihrer Diagnose an andere.

3.3.1 Beziehungswahrnehmung

Enge Beziehungen

Partner. Zur Partnerbeziehung machten vier Personen (66,7%) Angaben [P1, P4, P5, P6]. Drei davon (50%), welche verheiratet sind, äußerten sich überwiegend positiv zu ihrer Ehe [P1, P4, P5]. Alle drei Personen erklärten, dass ihr Partner vieles über die DIS weiß und die Betroffenen darin unterstützt, die alltäglichen Herausforderungen zu überwinden. Zwei davon (33,3%) erläuterten, dass der Partner auch Kontakt hat, zu verschiedenen Innenanteilen und sie sehr dankbar sind für einen Partner, welcher sie in diesem konstanten Prozess unterstützt [P1, P4]. P6 (16,7%) erzählte für elf Jahre eine Beziehung zu einer Person gehabt zu haben, welche ebenfalls eine DIS hatte und erklärte, dass diese Beziehung beendet werden musste, da es nicht mehr funktionierte, eine gesunde Beziehung zu führen zwischen zwei DIS-Betroffenen. Aus einer anderen Perspektive erzählt noch eine teilnehmende Person (16,7%), oftmals Beziehungen als Kompensationsmittel verwendet zu haben, um sich selbst den eigenen Wert zu beweisen. Dadurch konnte sie sich sozusagen zeigen trotz der DIS ein „Frauenheld“ zu sein [P6].

Familie. Die familiäre Beziehungswahrnehmung wurde von drei Interviewteilnehmern (50%) angesprochen [P1, P2, P6]. Zwei davon (33,3%) äußerten sich, dass die Beziehung zur Familie nicht immer einfach war [P2, P6]. P6 (16,7%) berichtete hier, dass er eigentlich nur

noch Kontakt zum Vater und einem Cousin habe, die Beziehung sei jedoch nicht einfach und er besuche sie nur, wenn er psychisch stabil ist. Eine ähnliche Situation wird von P2 (16,7%) beschrieben, welche ihre Eltern eigentlich nicht mehr sieht, beziehungsweise wenn doch, nur die Mutter. Die letzte Person (16,7%) ging primär auf die Beziehung zu ihren Kindern ein, dass sie hier zweimal mit den Kindern und ihrer Therapeutin gesprochen hat, um zu erklären, was sie für eine Diagnose hat und warum dann gewisse Dinge in ihrem Alltag so aussehen wie sie es tun [P1].

Freunde. Die Wahrnehmung der Beziehung zu Freunden wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich beschrieben. Eine Person (16,7 %) berichtete, nie männliche Freunde gehabt zu haben, da sie bis vor wenigen Jahren eine generelle Abneigung gegenüber Männern verspürt habe [P5]. Eine weitere Person (16,7 %) gab an, lediglich einen sehr kleinen Freundeskreis zu haben, mit dem der Kontakt je nach Phase mehr oder weniger intensiv sei. Insgesamt fühle sie sich von ihrem Freundeskreis jedoch nicht wirklich unterstützt und könne sich durchaus eine andere, positivere Form von Freundschaft vorstellen [P6]. Eine Betroffene (16,7 %) erklärte, dass sie sich überwiegend vor allem im Jugendalter mit älteren Personen besser verstanden habe, da sie mit jugendtypischen Aktivitäten wenig anfangen konnte und stattdessen den Austausch in tiefgehenden Gesprächen bevorzugte [P4]. Sie betonte, dass sie ohne zwei enge Freunde vieles, was die DIS mit sich bringt, nicht hätte bewältigen können. Gleichzeitig seien innerhalb dieser Freundschaften auch Herausforderungen entstanden, da die Freunde unterschiedliche Persönlichkeitsanteile kennengelernt hätten, was bei der Betroffenen teils Misstrauen ausgelöst habe, sie habe zeitweise geglaubt, belogen zu werden oder dass versucht werde, sie „verrückt“ zu machen. Zwei Personen (33,3 %) berichteten, dass manche enge Freunde verschiedene Innenanteile kennen [P1, P2]. P1 (16,7 %) betonte in diesem Zusammenhang, dass Freunde, die mit der DIS umgehen können, für sie „Gold wert“ seien. Eine weitere Person (16,7 %) erklärte, dass im bestehenden Freundeskreis alle über die Diagnose informiert seien. Bei neuen Kontakten warte sie jedoch zunächst ab, um das Gegenüber besser einschätzen zu können, bevor sie sich bezüglich ihrer Diagnose öffnet [P3]. P2 (16,7 %) ergänzte, dass sie ihre Freundschaften grundsätzlich als normal empfinde, da ihre Freunde sie gar nicht anders kennen würden. Herausforderungen entstünden höchstens in spezifischen Situationen, wie etwa bei Krampfanfällen.

Tabelle 12. *Enge Beziehungen*

Enge Beziehungen
„Und ich bin dankbar, dass ich einen Ehemann habe, der das irgendwie mit verstoffwechselt. Und damit mir da nicht irgendwie, die meisten Freunde, die ich habe mit einer DIS sind nicht mehr verheiratet. Und das war, war und ist nicht immer einfach. Auch für uns nicht. Aber ich bin dankbar für einen Mann, der zu mir steht. Trotz meiner Diagnose. Ja, genau. Das ist nicht selbstverständlich.“ [P1]
„Ich tu mich zurückziehen. (..) Ja, also, ich sage es mal so. (..) Ich habe sowieso kein gutes. Also kein engen Kontakt zu der Familie. Es ist eigentlich nur noch der Vater da. (..) Und den interessiert es ja eh nicht. Den kann ich auch nur besuchen, wenn es wirklich nur gut ist. Und das ist vielleicht so einmal im Jahr. Und ich habe gelernt, dass ich sage jetzt mal das Kindheit und Trauma Thema ja nicht darf erwähnen.“ [P6]
„Also ich hätte das alleine nie geschafft. Auch das mit diesem multipel sein. Also ich glaube, hätte ich diese zwei Menschen nicht gehabt, die diesen, alle Jahre dabei waren und die mir das alles immer wieder übersetzen mussten. (..) Ich hätte das nicht, ich hätte das nicht geschafft.“ [P4]

Weniger enge Beziehungen

Zu weniger engen Beziehungen fiel tendenziell der Konsens, dass Personen mit welchen die Betroffenen in weniger engen Beziehungen standen, meist auch nicht über die Diagnose oder ähnliches Bescheid wussten. Drei Personen (50%) äußerten sich konkret dazu [P2, P3, P6]. Eine Person (16,7%) beschrieb, dass sie meistens abwartet, vor allem wenn sie Personen neu kennenlernt, um die Person besser einschätzen zu können und dann zu entscheiden, ob sie von ihrer Diagnose erzählen kann oder nicht [P3].

Tabelle 13. *Weniger enge Beziehungen*

Weniger enge Beziehungen
„Ja, ich denke mal so nicht so eng merken, dass es eigentlich überhaupt nicht.“ [P2]
„Also ich sage jetzt mal, die wo mich nicht so gut kennen, die wissen nicht, dass ich DIS habe oder Traumapatient bin. Ich habe das nicht allen erzählt, das war nur grad ganz, ganz dem ganz engen Kreis und alle anderen wissen es nicht.“ [P6]

Schwierige Konstellationen

Drei Personen (50%) äußerten sich zu besonders herausfordernden Konstellationen an Personen oder sozialen Settings [P1, P2, P3]. Alle drei betonten, dass große Gruppen für sie eine Herausforderung darstellen. Darunter Geburtstagspartys, größere Feiern, Bars und allgemein Orte, wo viel Lärm ist. Zwei Personen (33,3%) erklärten dazu, dass solche Situationen für die einzelnen Anteile anstrengend sein können, wenn zum Beispiel man verschiedene Personen mit verschiedenen Anteilen kennt oder alle Anteile erst eine Person als sicher einschätzen wollen und das zu viel Zeit in Anspruch nimmt [P2, P3]. Eine Betroffene (16,7%) gab noch an, dass es für sie, als auch für eine Freundin, welche ebenfalls eine DIS habe, schwer sei, wenn sie in Bars von Männern angesprochen werden, welche kein Nein akzeptieren. Da sie hier leicht in einen Anteil fallen können, welcher es nicht schafft, die

eigenen Grenzen zu wahren [P3]. Eine Person (16,7%) erläuterte zudem, dass es auch Personen gab, welchen sie bestmöglich versucht hat aus dem Weg zu gehen, da sie mit diesen traumatische Erinnerungen verband und wusste, diese seien nicht gut für sie [P1].

Tabelle 14. *Schwierige Konstellationen*

Schwierige Konstellationen
<i>„Ich bin nicht so gut in großen Gruppen. Oder wenn viel Lärm ist oder so, dann ist das wie zu viel, weil ich ja natürlich Innen auch immer irgendwas habe, was läuft. Und wenn dann außen ein Haufen Chaos ist, dann habe ich eher Mühe. (5) Ja.“ [P1]</i>

3.3.2 Beziehungsveränderung durch Diagnose

Positiv (verbessert)

Vier Personen (66,7%) äußerten sich zu positiven Beziehungsveränderungen [P1, P2, P3, P4]. Die anderen beiden (33,3%) gaben an, dass sich ihre Beziehungen, wenn eigentlich nur negativ verändert haben [P5, P6]. Eine Person (16,7%) erläuterte, dass sich gewisse Beziehungen vertieft haben, durch die Offenbarung der Diagnose. Denselben Prozess beschrieb sie in Bezug auf ihre Kinder, dass in diesem Zusammenhang sich ebenfalls eine engere Bindung geformt hat [P1]. P2 (16,7%) erklärte, durch die Diagnose, zu anderen DIS-Patienten eine bessere Beziehung zu haben, da man sich dadurch auch gelegentlich intensiver austauschen kann. P3 (16,7%) gab an, dass sich die Beziehung zu ihrem Partner gebessert habe und in manchen Aspekten es ein deutlich entspannterer Umgang im Miteinander war, nachdem sie ihre Diagnose geteilt hat. Eine Person (16,7%) gab noch an, dass positiv war, wie zwei ihrer Freunde sie nach Erhalt der Diagnose, durch die nächste Zeit getragen und sich um sie gekümmert haben, was auch zu einer engeren Beziehung führte [P4]. Insgesamt berichteten dementsprechend vier Teilnehmende (66,7%) von tieferen Beziehungen, durch den Erhalt oder das Mitteilen ihrer Diagnose.

Tabelle 15. *Positiv (verbessert) - Engere Bindung*

Positiv (verbessert) – Engere Bindung
<i>„Manche Beziehungen sind dadurch tatsächlich tiefer geworden zu Leuten, also zu Freunden, die wirklich Interesse gezeigt haben und sich auch nicht abschrecken lassen haben. Und dann ist die Beziehung eigentlich wesentlich tiefer geworden dadurch. (5)“ [P1]</i>
<i>„Im Freundeskreis eigentlich nicht. (6) Die hatten eher mehr Respekt vor mir, so gesagt, dass ich das Ganze überhaupt händeln kann und überhaupt den Beruf und das Studium irgendwie hinkriege.“ [P3]</i>

Negativ (verschlechtert)

Alle Teilnehmenden (100%) gaben an, negative Veränderungen in mindestens einer Beziehungsdynamik, beispielsweise Partner, Familie, Freundschaften, erlebt zu haben. Hier

wurden entweder allgemeinere Aussagen getroffen oder auch spezifische Erlebnisse wiedergegeben [P1, P2, P3, P4, P5, P6].

Konflikt/ Kontaktabbruch. Fünf der Teilnehmenden (83,3%) haben durch ihre Diagnose Kontraktbrüche erfahren [P1, P2, P3, P4, P5]. Drei davon (50%) haben entweder vollständig oder in großen Anteilen, von sich aus den Kontakt zur Familie, als Schutzfunktion für sich selbst, abgebrochen [P2, P3, P4]. Vier Personen (66,7%) berichteten von Kontraktbrüchen in Freundschaften, aufgrund ihrer Diagnose [P1, P2, P4, P5]. Jedoch wurde bei einer befragten Person (16,7%) ein Kontaktabbruch mit der derzeitiger komorbiden Bulimie begründet [P4]. Konflikte wurden von P1 (16,7%) vor allem im Arbeitsfeld geschildert, da hier ein Mangel an Verständnis vorlag, weshalb die Betroffene nicht alle Arbeitserwartungen erfüllen konnte.

Unverständnis/ Verleugnung. Fünf der Befragten (83,3%) berichteten, Unverständnis für ihre Diagnose erfahren zu haben [P1, P2, P3, P4, P5]. Zwei davon (33,3%) bezeugten Erfahrungen gemacht zu haben, in welchen von anderen ihre Diagnose verleugnet oder nicht akzeptiert wurde [P2, P3]. Einer Person (16,7%) wurde vorgeworfen, sie habe eine Psychose oder sei dem False Memory Syndrom verfallen [P3].

Tabelle 16. *Negativ (verschlechtert)*

Negativ (verschlechtert)
<i>„Ja, und bei manchen Leuten bereue ich es tatsächlich, dass ich jemals darüber geredet habe. Ja, hätte ich. Wäre vielleicht besser gewesen. Man wird da nicht drüber reden oder so, weil wenn man dann doch bloß Ablehnung erfährt oder Unverständnis oder. (...)“ [P1]</i>
<i>„Ich habe den Kontakt zur Familie abgebrochen, zur ganzen Familie, weil der engere Kreis der Familie ist eigentlich auch der Grund dafür, dass ich die DIS habe. Und deshalb habe ich mich entschieden, mit 17 Jahren. (..) Von zu Hause wegzugehen einerseits.“ [P3]</i>

Keine Veränderung

Drei der Befragten (50%) gaben an, spezifisch in ihrem Freundeskreis keine schwerwiegenden Veränderungen wahrgenommen zu haben, durch die Diagnosestellung [P2, P3, P4]. P2 (16,7%) erklärte, dass viele der Freundschaften auch aus therapeutischen Kontexten entstanden sind, weswegen hier keine Stigmatisierung für psychische Erkrankungen vorfällt. P3 (16,7%) erklärte, dass sie von ihrem Freundeskreis eher respektiert wird, mit einer solchen Diagnose umzugehen und gleichzeitig ein normales Leben zu führen, mit Arbeit und berufsbegleitendem Studium. Zudem gab P4 (16,7%) an, dass keine beachtenswerte Veränderung in ihren Freundschaften vorgefallen ist, da sie bereits die Jahre davor viel Hilfe benötigte und die Diagnose das nicht änderte. In anderen Beziehungsverhältnissen, beispielsweise Partnerschaften oder familiären Beziehungen, gaben jedoch alle Befragten (100%) an, Veränderungen wahrgenommen zu haben durch die Diagnosestellung [P1, P2, P3, P4, P5, P6].

Tabelle 17. Keine Veränderung

Keine Veränderung
<i>„Das ist, glaube ich, konstant geblieben. Es hat sich nie geändert, weil ich eh schon sehr zurückgezogen war und ich war ja die meisten die meisten Jahre eher im als bedürftige, hilflose Person, die nicht wirklich nicht alleine leben kann.“ [P4]</i>

3.3.3 Chancen/positive Entwicklungen durch Diagnose

Entlastung

Zwei Personen (33,3%) berichteten, die Diagnose als entlastend empfunden zu haben [P1, P4]. Beide Personen besagten, es sei eine Entlastung gewesen, sich selbst durch die Diagnose besser einordnen zu können und zu verstehen, was tatsächlich im Inneren zu der Zeit vor sich ging. Beide bezeugten vor der Diagnosestellung, viele psychische Symptomatiken nicht verstanden zu haben. Ebenfalls äußerte P4 (16,7%), dass es eine Erleichterung gewesen sei, weil durch den Erhalt der Diagnose andere Menschen ihr weniger verurteilend begegnet sind als vor der Diagnosestellung.

Tabelle 18. Entlastung

Entlastung
<i>„Und dann zu verstehen okay. Ich, Ich drehe hier nicht durch, weil das Gefühl hatte ich ganz oft, sondern das kommt aus einer anderen Ecke. Und dafür gibt es auch einen Grund, warum das schreit oder was auch immer. Das hat mir sehr geholfen, das einfach so besser einzuordnen, was abläuft. Weil am Anfang bin ich da wirklich geschwommen.“ [P1]</i>

Selbstwertschätzung

Vier Personen (66,7%) äußerten auf Nachfrage verschiedene Formen der Selbstwertschätzung [P1, P2, P3, P6]. Drei davon (50%) gaben unter anderem als Selbstwertschätzung an, all die Schwierigkeiten überlebt zu haben [P1, P2, P6]. Außerdem gaben zwei Teilnehmende (33,3%) an, dass sie es wertschätzen, den ganzen Prozess durchgehalten zu haben und sie nicht aufgegeben haben [P2, P3].

Tabelle 19. Selbstwertschätzung

Selbstwertschätzung
<i>„Ich schätze jeden Teil von mir. Ich schätze auch die, die es gibt. Auch welche, die nicht für das System arbeiten, sondern dagegen ...“ [P1]</i>
<i>„Also, wenn ich jetzt mal mir glaube oder so was alles passiert ist. Das schätze ich schon an mir, dass ich mich so durch so was Krasses durchgekämpft habe. Oder dass ich überhaupt noch lebe. Und eigentlich ja auch relativ normal lebe. Also dass ich das überhaupt geschafft habe.“ [P2]</i>
<i>„Ja, Ich akzeptiere, dass ich die Krankheit habe, dass was mir da alles angetan geworden ist in der Kindheit und dass ich trotz allem noch Lebensfreude habe und dass ich noch da bin. (...) Ja.“ [P6]</i>

Profit der Diagnose

Fünf Personen (83,3%) gaben an, in manchen Aspekten auch Profit aus der Diagnose erhalten zu haben [P1, P2, P3, P4, P5]. Eine Person (16,7%) gab an, dass wenn sie die Diagnose nie erhalten hätte, sie sich vermutlich das Leben genommen hätte, durch Mangel an Verständnis für die eigene Erkrankung. Zudem nannte sie, dass sie durch die Diagnose neue Helfer in ihrem Leben erhalten hat. Ebenfalls erklärte sie, weniger Verurteilung und Stigmatisierung erfahren zu haben nach Stellung der Diagnose, da hierdurch auch ihr Umfeld ihre Symptomatik besser einordnen konnte [P4]. Zwei Personen (33,3%) erzählten durch die Diagnose begonnene therapeutische Behandlung profitiert zu haben, wenn verschiedene Behandlungsziele erreicht wurden. Das somit beispielsweise besser im Innensystem kommuniziert werden konnte und starke Persönlichkeitswechsel reduziert werden konnten [P1, P2]. Eine weitere Person (16,7%) erläuterte in verschiedenen Aspekten, durch die Erkrankung, beziehungsweise durch die Diagnose, profitiert zu haben. Sie gab an, eine größere Wertschätzung für das Leben zu haben, resilienter geworden zu sein und emotionale Entwicklung im Leben erfahren zu haben. Ebenfalls im Beruf zeugte sie davon, zu profitieren. Sie äußerte sich, dass sie sich besser auf ihr Gegenüber einlassen konnte und nicht vor Schwierigkeiten oder psychischen Problemen zurückschreckte, wie es vielleicht jemand anderes tun würde. Abschließend gab die Person an, einen Gewinn an Fähigkeiten gemacht zu haben, dadurch, dass sie sich mit ihren Persönlichkeiten befasst hat und diese integrierte [P3].

Tabelle 20. *Profit der Diagnose*

Profit der Diagnose
<i>„Das andere ist, wenn, man wird viel resilienter. (...) Von der Belastbarkeit her ist die am Anfang eher tief und man muss viel durchbeißen und sich zusammenreißen. Aber längerfristig merke ich das. Also zum Beispiel Arbeitszeiten oder Aufträge oder eben Umgang mit den Schülern oder so, dass mir das viel einfacher fällt und ich nichts, also nicht viel dafür tun muss und ich auch viel weniger anstrengend ist als für andere.“ [P3]</i>
<i>„Für mich war eigentlich diese totale Erleichterung und die Hilfe, dass ich weiß, dass ich multipel bin, weil dann die Menschen mir anders begegnet sind und mich nicht verurteilt haben, sondern Verständnis hatten und mir geholfen haben, mich selber zu verstehen.“ [P4]</i>
<i>„Auf jeden Fall, nur, und jetzt musst du dick unterstrichen. Nur. Alles, was mich nicht umbringt, macht mich stärker. (...)“ [P5]</i>

3.4 Zusätzliche Kategorien

Abschließend wurden noch zwei Kategorien erfasst, welche nicht den ursprünglichen Forschungsfragen zuzuordnen sind, aber durch ihr häufiges Auftreten oder durch Betonung der Teilnehmenden, von der Autorin als relevant eingestuft wurden, ebenfalls in dem Umfang der vorliegenden Arbeit erfasst zu werden.

Glaube

In der Durchführung der Interviews stellte sich heraus, dass bei vier der Teilnehmenden (66,7%) der Glaube eine beachtenswerte Rolle spielt, in Hinsicht des persönlichen Umgangs mit der Diagnose der DIS [P1, P2, P4, P5]. Drei der Personen gaben an (50%), durch ihren Glauben Heilung empfangen zu haben, bezüglich verschiedener Symptomatiken der DIS [P2, P4, P5]. Die vierte Person (16,7%) äußerte sich, dass ihr Glauben in erster Linie eine Ressource sei, aber dass gleichzeitig in kirchlichen Kreisen mit der Diagnose des Öfteren abwertend umgegangen wird [P1].

Tabelle 21. *Glaube*

Glaube
<i>„Für mich ist mein Glaube eine Ressource, aber man kann es nicht mit frommen Sprüchen zudecken und manche Leute versuchen das dann. Das tut mir meistens nicht so gut. Ja.“ [P1]</i>
<i>„Naja, Gott hat mir auch geholfen. Ich glaube, der hat mich auch geheilt.“ [P2]</i>
<i>„Die war so dunkel und so aggressiv und so todesorientiert, dass ich einfach nicht anders konnte, als den Tod zu suchen. Aber dass ich heute so bin, dass ich heute so bin, so klar, so hell, So. (...) So da, das habe ich allein dem Wirken Gottes zu verdanken ...“ [P4]</i>
<i>„Früher habe ich Menschen gehasst, heute liebe ich sie durch Jesus Christus. Das muss ich jetzt mal sagen an diesem Zeitpunkt.“ [P5]</i>

Wünsche

Wünsche wurden vor allem von einer teilnehmenden Person (16,7%) geäußert [P1]. Es wurde beschrieben, dass der Wunsch vorliegt, nicht nur als Person wahrgenommen zu werden, welche eine psychische Erkrankung hat, sondern dass ein offenerer Umgang mit dem gesamten Thema der DIS gefunden werden kann. Der Wunsch lag vor, ehrlicher sein zu dürfen im eigenen Umfeld bezüglich der Diagnose und derer Auswirkungen im eigenen Leben.

Tabelle 22. *Wünsche*

Wünsche
<i>„Ich würde mir eigentlich wünschen, dass es nicht mehr so ein. (...) Dings ist, wo die Leute sich dann zurückziehen oder das Gefühl haben, du hast einen an der Waffel oder, sondern dass es sein darf.“ [P1]</i>
<i>„Ich würde mir wünschen, dass die Öffentlichkeit lernt, besser damit umzugehen.“ [P1]</i>

4. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden zunächst die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und inhaltlich mit den theoretischen Grundlagen in Beziehung gesetzt (4.1). Anschließend werden die methodischen Limitationen der Untersuchung dargestellt und kritisch reflektiert (4.2). Darauf aufbauend folgt ein Ausblick auf zukünftige Forschungsperspektiven sowie mögliche Implikationen der Ergebnisse für die Praxis (4.3). Den Abschluss der Arbeit bildet ein persönliches Fazit der Autorin (4.4).

4.1 Zusammenfassung und inhaltliche Einordnung der Befunde

Die vorliegende Studie widmete sich zwei zentralen Fragen: „Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?“, und „Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Diagnose?“ Diese Fragen sind insofern bedeutsam, als die DIS in der bestehenden Forschung häufig vernachlässigt wird, insbesondere im Hinblick auf soziale und beziehungsbezogene Folgen. Während zur Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen allgemein, etwa Depression oder Schizophrenie, zahlreiche empirische Arbeiten vorliegen, fehlen bislang detaillierte Untersuchungen, die das spezifische Erleben von Menschen mit DIS in den Mittelpunkt stellen (Gleaves & Reisinger, 2023). Die Beantwortung dieser Fragen trägt daher nicht nur zum wissenschaftlichen Verständnis der Lebensrealität von Betroffenen bei, sondern liefert auch praxisrelevante Erkenntnisse für Therapie, Aufklärung und gesellschaftliche Entstigmatisierung.

Im Folgenden werden die zentralen Befunde der Untersuchung in komprimierter Form dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf den in den Interviews berichteten Erfahrungen und Wahrnehmungen der Teilnehmenden, ohne an dieser Stelle bereits eine ausführliche Interpretation oder einen Vergleich mit bestehender Literatur vorzunehmen. Die Ergebnisse sind entlang der beiden thematischen Hauptbereiche strukturiert, die sich aus den Forschungsfragen ableiten: Stigmatisierungserfahrungen und Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen.

Bei der Frage der Stigmatisierung in Bezug auf die DIS wurde erfasst, dass diese eindeutig in der in Betracht gezogenen Stichprobe vorliegt. In allen Überkategorien: Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch andere und Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal, bejahten alle Teilnehmenden, stigmatisierende Erfahrungen gemacht zu haben. Besonders auffällige Kategorien haben sich als die Folgenden herausgestellt. Hervorgestochen ist die Selbststigmatisierung, welche mit 100% von den Teilnehmenden bestätigt wurde. 83,3% der Betroffenen berichteten, ihre Diagnose in großen Teilen zu

verheimlichen und sie nur äußerst selektiv ihrem Umfeld preiszugeben. 83,3% der Teilnehmenden erlebten stigmatisierende Situationen auf der Arbeit, in der Schule oder durch das Sozialsystem. Ebenfalls auffällig war die Kategorie des Diagnostikwegs. Dieser wurde von 83,3% der Befragten als verzögert wahrgenommen, primär aufgrund verschiedener Fehldiagnosen. Zudem wurde von 100% der Betroffenen angegeben, grundsätzlich, abgesehen von der Diagnosestellung, eine zu spät beginnende Behandlung erfahren zu haben. Jedoch haben 83,3% der Teilnehmenden in verschiedenen Umfeldern auch positive nicht-stigmatisierende Erfahrungen gemacht seit Erhalt ihrer Diagnose. Alle weiteren Kategorien fanden ebenso Zustimmung, nur in weniger hohen Prozentsätzen. Daraus lässt sich schließen, dass hohe Stigmatisierungsraten der DIS festzustellen sind. Genauer konnte aus den Ergebnissen geschlossen werden, dass alle Teilnehmenden in den Bereichen Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch andere und Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal zustimmten und jeweils eigene Erfahrungen berichteten.

Gleichermaßen wurden wichtige Ergebnisse zur Wahrnehmung und Erfahrung der Betroffenen in zwischenmenschlichen Beziehungen festgehalten. Kernaussage ist hier, dass alle befragten Personen (100%) von negativen Beziehungsveränderungen berichteten, seit dem Erhalt oder durch das Mitteilen ihrer Diagnose an andere. 83,3% berichteten von Kontaktabbrüchen oder Unverständnis in verschiedenen Beziehungskonstellationen. Konträr hierzu bezeugten ebenfalls alle Teilnehmenden (100%) Chancen und positive Entwicklungen durch die Diagnosestellung erfahren zu haben. Dies spiegelte sich jedoch eher darin wider, bessere Behandlung erhalten zu haben oder dass sie sich selbst besser einordnen konnten durch den Erhalt der Diagnose. Verbesserungen in Beziehungen durch die Diagnose wurden trotzdem punktuell von vier Befragten 66,7% angegeben. Diese äußerte sich primär in engeren Verhältnissen der betroffenen Person zu ihrem Mitmenschen. Von besonderer Bedeutung schien für einige Teilnehmende die Partnerbeziehung zu sein, diese wurde von vier Personen 66,7% erwähnt und von drei Personen 50% als überwiegend positiv eingestuft. Generell lässt sich daraus schließen, dass für die Betroffenen dieser Stichprobe die Diagnose in Bezug auf die Behandlung der Symptomatik positive Auswirkungen hatte. Auf die Beziehungen der Betroffenen hatte die Diagnose deutlich mehr negative Auswirkungen als positive.

Retrospektiv lässt sich zu der vorliegenden Studie festhalten, dass von allen Teilnehmenden Stigmatisierung aufgrund ihrer Diagnose der DIS erfahren wurde. Dies ist kritisch zu betrachten, da somit die Lebensrealität der Betroffenen, weiterhin erschwert wird. Hiermit bestätigt sich jedoch die erste Forschungsfrage, dass Betroffene der DIS starke Stigmatisierungen erfahren. Alle Betroffenen äußerten sich zum Thema der

Selbststigmatisierung und stimmten zu, diese erfahren zu haben. Der größere Teil der Gruppe wollte die eigene Diagnose zu Beginn nicht wahrhaben oder annehmen. Dies ist nachteilig, da nach Rössler (2016) Selbststigmatisierung weitreichende Folgen hat. Diese schwächt bedeutend das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit, was zu einer Verlangsamung des gesamten Genesungsprozesses führen kann. Zusätzlich führt Selbststigmatisierung vermehrt zu sozialer Isolation (Rössler, 2016), was ebenfalls von Betroffenen dieser Studie berichtet und somit untermauert wurde. Externe Stigmatisierung wurde von jeder Person der vorliegenden Stichprobe bestätigt. Solche Stigmatisierungen können nach Rössler (2016) verinnerlicht und zu weiterhin verstärkter Selbststigmatisierung als auch zu einem erhöhten Leidensdruck führen. Prozesse dieser Art können die Ursache bilden, dass Betroffene es nicht mehr als sicher einschätzen ihre Diagnose mit anderen zu teilen, was im Rahmen dieser Studie bestätigt wurde. Ebenfalls bestätigen ließ sich die Aussage von Gast, et al. (2001), dass Betroffene meistens versuchen, ihre Symptome geheim zu halten aus Angst für wahnsinnig oder verrückt gehalten zu werden. In dieser Stichprobe gaben ebenfalls alle Personen an ihre Diagnose nicht, genauer gesagt nur äußerst selektiv mit anderen zu teilen. Ziel war es für alle hierbei, möglichst unauffällig zu sein und kein Aufsehen zu erwecken. Die meisten Ergebnisse der gegenwärtigen Studie in Bezug auf die Selbststigmatisierung fanden eine Übereinstimmung mit den vorläufigen theoretischen Inhalten desselben Themenbereichs dieser Arbeit. Womit die dort aufgeführten Studien aus einer neuen qualitativen Perspektive bestätigt werden können. Aus den vorhergegangenen Ergebnissen lässt sich schließen, dass um die Selbststigmatisierung bei psychischen Störungen, in diesem Fall insbesondere der DIS zu verringern, einiges im Bereich der gesellschaftlichen Stigmatisierung getan werden muss. Da durch die gesellschaftliche Bewertung des Störungsbildes schon vor Auftreten einer Symptomatik negative, stigmatisierende Denkmuster internalisiert und gefestigt werden, sollten diese unverzichtbar reduziert werden (Rössler, 2016). Denn diese Denkmuster bewirken wiederum ein höheres Auftreten der Selbststigmatisierung der Betroffenen, welche es zu vermeiden gilt.

Nicht zuletzt ist es somit von Bedeutung, den Aspekt der Stigmatisierung durch andere beziehungsweise durch externe Personen zu beleuchten. Auch hier stieß die forschende Person auf die Zustimmung der Teilnehmenden, solche Erfahrungen gemacht zu haben. Überwiegend wurde zugestimmt, Stigmatisierung durch Familie, Partner oder Freunde erfahren zu haben. Überdies wurden viele stigmatisierende Ereignisse im Kontext der Arbeit, Schule oder durch das Sozialsystem festgehalten. Eine solche Stigmatisierung im privaten und öffentlichen Rahmen führt zu weiterer Marginalisierung Betroffener der DIS. Solche Berichte sind bedenklich. Darüber hinaus wurde wiederholt bestätigt, dass Personen der Stichprobe

verschiedene Filme und Dokumentationen als stigmatisierend empfanden, da diese Stereotypen und Fehlinformationen über die Symptomatik des Störungsbildes darstellten. Im Speziellen von den Teilnehmenden aus der Schweiz wurde verstärkt auf eine Dokumentation von Robin Rehm im Schweizer Fernsehen eingegangen. Nach der Veröffentlichung dieses Materials waren für einige die Folgen schwerwiegend, sie verloren Therapeuten und/oder Klinikplätze, da diese nicht mehr bereit waren, mit Personen, welche eine DIS haben zu arbeiten. Überraschend wurden noch neue, nicht geplante Kategorien von stigmatisierenden Umfeldern genannt. Diese waren die Kirche und das Gericht. Im Rahmen des Gerichts könnten solche Stigmatisierungen darin begründet sein, dass das Rechtssystem sich nicht hinreichend mit psychischen Störungen und deren Umgang auskennt. Im kirchlichen Rahmen lässt sich die vorliegende Stigmatisierung vermutlich auf eine Fehleinordnung der Störung insgesamt zurückführen.

In gleicher Weise wurde von der gesamten Stichprobe die Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal bestätigt. Übereinstimmend mit Fidyk et al. (2025) wurde von fünf Befragten zugestimmt, einen sehr langen und komplexen Diagnostikweg erfahren zu haben. Von mehreren Fehldiagnosen bis zur Verweigerung der Diagnosestellung wurden alle Szenarien berichtet. Bei einer Betroffenen hat die offizielle Diagnosestellung 20 Jahre gedauert. Eine Zahl, welche die von Fidyk et al. (2025) angegebenen 5-12,5 Jahre nochmals übertrifft. Zudem wurde ebenfalls einheitlich von den Teilnehmenden bestätigt, eine verzögerte Behandlung erfahren zu haben. Zwar wird der Komplexität des Störungsbildes der DIS geschuldet, die Behandlung einer solchen Störung als herausfordernd eingeordnet. Dennoch liegen hier Übereinstimmungen zwischen verschiedenen Ansätzen vor, wie beispielsweise von Michaela Huber und Frank W. Putnam an welchen man sich orientieren könnte. Gerade im Hinblick auf die DIS herrscht seit einigen Jahrzehnten in psychologischen Fachkreisen eine Skepsis (Gleaves & Reisinger, 2023), mit welcher sich verzögerte Diagnosen, Fehldiagnosen und nicht adäquate Behandlung der Teilnehmenden dieser Studie begründen lassen könnten. Modelle wie das Soziokognitive Modell (McHugh, 1993) bestärken die Stigmatisierung der DIS. Angenommen dieses Modell wäre inkorrekt, würden somit weitere Fehlinformationen über das Störungsbild verbreitet werden, welche wiederum nach Brand et al. (2016) die Stigmatisierung verstärken. Darüber hinaus kann eine solche Verbreitung von Fehlinformationen stärkere Zugangsbarrieren zu therapeutischer Behandlung aufbauen (Brand et al., 2016). Nach Ansatz des Soziokognitiven Modells soll in der therapeutischen Behandlung nicht auf Innenanteile eingegangen werden, um eine verstärkte Symptomatik der DIS zu vermeiden (Fahy et al. 1989). Dies ist auch Personen der vorliegenden Studie widerfahren.

Entweder wurde sich geweigert, mit ihnen über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen oder es wurde verhindert, mit Innenanteilen zu arbeiten. Darüber hinaus behauptet Spanos (1994), dass Personen, welche unter einer DIS leiden, ausschließlich Aufmerksamkeit suchen und eigentlich unter histrionischen Persönlichkeitszügen leiden. In der Fachwelt nimmt seit einiger Zeit die Kritik des Soziokognitiven Modells deutlich zu, vor allem da es traumatische Erfahrungen der Betroffenen entwertet und aktuelle neurologische/klinische Befunde außen vor lässt (Reinders & Veltman, 2020). In einer Untersuchung von Putnam et al. (1986) gaben aus einer Stichprobe von 100 Personen mit einer DIS, 83% sexuellen Missbrauch und 75% physischen Missbrauch in der Kindheit an. Ebenfalls in der gegenwärtigen Studie berichteten alle Teilnehmenden davon Trauma-Patient zu sein oder traumatische Erlebnisse gehabt zu haben.

Als Vorbild für positive, nicht stigmatisierende Erfahrungen könnten, basierend auf den Ergebnissen dieser Studie, in erster Linie künstlerische Kreise genommen werden. In solchen Kreisen wurde eine Betroffene der DIS zum ersten Mal als positiv für ihre dissoziative Persönlichkeit wahrgenommen und entsprechend ihren Fähigkeiten gefördert und unterstützt. Hier wurde Wert darauf gelegt, dass Individuen sich selbst treu bleiben und Aspekte ihrer Persönlichkeit einsetzen, um sich von anderen abzuheben, anstatt diese zu verheimlichen und zu versuchen, möglichst unauffällig zu sein. Ein interessantes Konzept, welches vermutlich in verschiedenen Umständen viel Positives bewirken könnte.

Insgesamt konnte bestätigt werden, dass Personen mit DIS hohen Raten der Stigmatisierung ausgesetzt sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit, zusammengeführt mit vorhergehenden Studien, lassen Fragen aufkommen, wie mit solchen Resultaten umgegangen werden soll. Generell ließe sich vermutlich in der Allgemeinheit der Konsens finden, dass eine solch komplexe Symptomatik (Huber, 2021) wie die der DIS, in Kombination mit den überwiegend traumatischen Ursachen, ausreichend Belastung für ein Individuum sei. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit Gesellschaft und Fachpersonen im psychologischen Bereich eine Verantwortung dafür tragen, die Stigmatisierung der DIS zu senken. Eine mögliche Theorie diesbezüglich könnte sein, dass die Stigmatisierung solcher Störungsbilder sich in einem Kreislauf bedingt und verstärkt. Dadurch das Fachpersonal, Medien, Gesellschaft und die Betroffenen selbst dieses Störungsbild stigmatisieren, wird der Kreislauf weitergeführt und eine Art der Stigmatisierung bedingt wiederum die nächste. Diesen Kreislauf gilt es somit zu unterbrechen. Abschließend lässt sich auch in dieser Studie von Ahad et al. (2023) erkennen: Folgen von Stigmatisierung sind gravierend, Betroffene können eingeschüchtert werden und sich dadurch nicht mehr trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, was

zu einer verzögerten Behandlung führt. Eine verzögerte Behandlung führt zu schlechteren Krankheitsverläufen sowie nachhaltiger Verschlechterung der Lebensqualität (Ahad et al., 2023).

Grundsätzlich hat sich basierend auf dieser Studie feststellen lassen, dass die Diagnose der DIS Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen hat. Durch die Auswertung der Transkripte konnte festgestellt werden, dass für Beteiligte der Studie in Bezug auf ihre Diagnose besonders enge Beziehungen von Bedeutung sind. Drei Personen äußerten sich zu ihrer Ehe und dazu, dass diese für sie von großer Relevanz ist. Gleichermäßen scheint Kontaktabbruch zur Familie ein Thema zu sein, welches diese Stichprobe stark aufgezeigt hat. Des Öfteren wurde über Einsamkeit und Ausgrenzung gesprochen. All diese Erzählungen lassen sich mit einigen Studien aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit koppeln. Buecker und Neuber (2024) gaben an, dass Einsamkeit und ein Mangel an sozialen Beziehungen ein Risikofaktor sein können für die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Rückbezogen auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollte dementsprechend mehr Wert auf die soziale Integration und Unterstützung Personen mit DIS gelegt werden. Im Übrigen gab spezifisch eine Person konkret an, sich nicht immer ausreichend unterstützt zu fühlen von ihrem Umfeld. Auch hier lässt sich eine Parallele ziehen zu Wang et al. (2018). In dieser systematischen Übersicht wurde festgestellt, dass Personen, welche sich nicht hinreichend von ihrem Umfeld unterstützt fühlen, in ihrer Symptomatik einen schlechteren Krankheitsverlauf aufweisen. Huber (2021) gab bereits an, dass Menschen mit DIS eher ein Urmisstrauen als ein Urvertrauen entwickeln. Im Gegensatz dazu berichtet jedoch Korol (2008), dass sichere Bindungserfahrungen hier eine schützende Wirkung entfalten können, wie es vermutlich für die Personen der Stichprobe in ihren Ehen die Erfahrung war. Auch dies konnte innerhalb der vorliegenden Studie bestätigt werden. Die DIS und alle damit einhergehenden Symptome und Komorbiditäten (Huber, 2021), erleichtern zweifelsfrei nicht die Beziehungsgestaltung der Betroffenen. Häufig gaben in diesem Zusammenhang die Befragten auch an, dass wenn sie nicht für die DIS an sich stigmatisiert wurden oder Schwierigkeiten in ihren Beziehungen hatten, dann war es vermutlich aufgrund einer der Komorbiditäten. Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass Angehörige ebenfalls Stigmatisierung erfahren können, da sie sich schuldig fühlen und glauben, die Störung hätte von ihnen verhindert werden können (Rössler, 2016). Dies könnte erklären, warum sich Angehörige in der Stichprobe teilweise von den Betroffenen distanzieren, ein Verhalten, das durch Schuldgefühle und Selbststigmatisierung motiviert sein könnte.

Chancen/positive Entwicklungen durch die Diagnose wurden interessanterweise, trotz der vielen Schwierigkeiten, ebenfalls von allen Teilnehmenden bestätigt. Meist im Vordergrund

stand hierbei die Entlastung, welche Betroffene nach der Diagnosestellung empfanden. Entlastung wurde empfunden, weil sie sich nun selbst besser einordnen und nachvollziehen konnten. Für viele bot die Diagnose der DIS eine Bestätigung, dass sie nicht unbegründet eine solch starke Symptomatik erleben. Vielen half die Diagnose zudem, eine adäquate Behandlung in Anspruch zu nehmen oder an einen Spezialisten auf dem Themengebiet überwiesen zu werden. Dementsprechend lässt sich festhalten, dass eine Diagnose durchaus auch positive Auswirkungen mit sich bringt. Jedoch beschränken sich die positiven Auswirkungen tendenziell, wie genannt, überwiegend auf die Entlastung der Betroffenen selbst. Ansonsten wirkt sich die Diagnose im Umfeld weiterhin eher negativ aus auf die Betroffenen, da hier meist Ablehnung und Unverständnis erfahren wird. Ziel sollte es sein, eine Lösung für dieses Paradoxon zu finden, dass eine Diagnose gleichzeitig gute und schlechte Auswirkungen auf das Leben eines Betroffenen haben kann.

4.2 Methodische Limitationen

Empirische Studien spezifisch qualitativer Art unterliegen meist verschiedenen methodischen Limitationen, auf welche im Folgenden eingegangen wird, unterteilt in interne Validität, externe Validität und Reliabilität der vorliegenden Studie.

Hinsichtlich der internen Validität müssen einige Punkte in Bezug auf die gegenwärtige Studie festgehalten werden. Der Interviewleitfaden, welcher für diese verwendet wurde, diente in erster Linie der Orientierung und Struktur der forschenden Person. Gleichzeitig kann es auftreten, dass ein solcher Leitfaden das Antwortverhalten der Befragten einschränkt und in bestimmte Richtungen lenkt. Allerdings wurde in diesem Leitfaden mit großer Vorsicht darauf geachtet, nur offen gestellte Fragen zu implementieren, welche insbesondere Ja/Nein Antworten vorbeugen sollten. Trotzdem kann durch die Art der Fragestellung der forschenden Person das Antwortverhalten unbeabsichtigt beeinflusst worden sein. Zu beachten ist, dass bei den unterschiedlichen Teilnehmern die Interviewdauer einen Schwankungsbereich von etwa 15 Minuten hatte. Dies könnte zu einer verschieden tiefgreifenden Abdeckung von Themen führen. Erwähnenswert ist gleichermaßen, dass die Gesprächsdynamiken sich unterschieden haben. In manchen Gesprächen sprachen die Befragten überwiegend in längeren Monologen, während in anderen Unterhaltungen seitens der forschenden Person deutlich mehr nachgehakt werden musste, um eine ähnlich umfassende Antwort zu erhalten. Dies kann wiederum zu einer unbeabsichtigten Gesprächslenkung führen. Des Weiteren fanden die Gespräche in verschiedenen Settings statt. Diese beinhalteten Telefonate, Zoomkonferenzen und Gespräche bei den Betroffenen zuhause. Eine solche Variation kann zu einer schwierigeren Verallgemeinerung der Ergebnisse führen, gleichzeitig aber auch das Antwortverhalten der

Befragten positiv fördern, da in diesem Rahmen sich an ihre Wünsche für ihr bestmögliches Wohlbefinden angepasst wurden.

Die Glaubwürdigkeit der Aussagen der Teilnehmenden wird an folgenden Faktoren festgemacht. Die Teilnehmenden nahmen freiwillig an dieser Studie teil, welche ohne Kompensation durchgeführt wurde. Die Befragten erfuhren auch keinen immateriellen Gewinn durch die Teilnahme an der Studie, da voraussichtlich keine weitreichenden Veränderungen ihrer Schwierigkeiten oder Lebensumstände basierend auf dieser Studie geschehen werden. Die Vertraulichkeit der Daten wurde gewährleistet. Es wurde ein vertrauensvoller Rahmen geschaffen, in welchem viele der Teilnehmenden auch unterschiedliche Emotionen preisgaben. Zusätzlich wurde in allen Interviews in der Du-Form kommuniziert, was weiter zu einem entspannten Setting beigetragen hat. Beachtenswert ist die Bereitschaft mancher Personen teilzunehmen und ihre Perspektive zu erzählen, da sie hierfür auch die psychische Belastung auf sich nahmen, über herausfordernde oder traumatische Erfahrungen zu sprechen, was wiederum die Glaubhaftigkeit bestärkt. Mehrere Teilnehmende bedankten sich bei der forschenden Person, sich mit dieser Fragestellung zu befassen, da sie sich mit dem Thema gut identifizieren konnten. Der gesamte Forschungsprozess wurde von der Autorin gewissenhaft dokumentiert.

Zur externen Validität muss angemerkt werden, dass es eine begrenzte Anzahl an Teilnehmern gab. Dies war einerseits bedingt durch die geringe Prävalenz der Diagnose DIS und andererseits begründet mit der zeitlichen Begrenzung der Projektlaufzeit. Einige potenzielle Teilnehmer meldeten sich erst einige Monate nach Senden des Informationsschreibens, als bereits der Datenerhebungs- und Auswertungsprozess abgeschlossen war. Somit konnten sie nicht mehr in die Studie aufgenommen werden, da dies einen starken Bias ausgelöst hätte in den Fragestellungen und der Auswertung der forschenden Person, durch ihre bereits bestehende Vorkenntnis der Erzählungen und der Auswertung der Interviews der anderen Teilnehmer. Zudem kann eine solche kürzere Projektlaufzeit auch die Tiefe und den Umfang einer qualitativen Arbeit einschränken. Durch die Rekrutierung über bestimmte Therapeuten und Netzwerke lässt sich eine Homogenität der Stichprobe beobachten. Allerdings weisen die demographischen Daten der einzelnen Teilnehmer eine deutliche Variation auf, womit die nötige Heterogenität bestehen bleibt.

Die Reliabilität des Datensatzes kann im Rahmen dieser Studie angegriffen werden durch die automatische Subjektivität, welche während des Auswertungsprozesses auftritt, da Forscher nie vollkommen objektiv die Auswertung vollziehen können. Sei es im Kodierverfahren, welches von einem anderen Forscher anders gestaltet hätte werden können

oder dem Einsatz einer bestimmten Software im Vergleich zu einer anderen. Beispielsweise wurde in dieser Studie MAXQDA als Auswertungssoftware verwendet und kein Microsoft Excel, wie es teilweise in anderen qualitativen Studien getan wird. Zu beachten bei der vorliegenden Studie ist auch, dass die Autorin sich in sekundärer Betroffenheit befindet, weswegen auch in diesem Sachzusammenhang ein potenzielles Bias unvermeidbar ist.

4.3 Ausblick für Forschung und Praxis

Als mögliche Implikationen für zukünftige Forschung und Praxis konnten einige Optionen im Laufe dieser Arbeit festgestellt werden. An erster Stelle wäre es förderlich, weitere neurologische Untersuchungen voranzutreiben, da diese die Debatte über die verschiedenen Entstehungsmodelle der DIS endgültig ausräumen könnten. Diesbezüglich existieren bereits verschiedene Studien, beispielsweise eine neurologische Studie von Reinders und Veltman (2020), welche belegte, dass Personen mit DIS häufig ein reduziertes Hippocampus- und Amygdala-Volumen haben, ähnlich wie bei Patienten einer PTBS. Übereinstimmende Erkenntnisse machten auch Putnam et al. (1989), sowie Boon und Draijer (1993), in welchen eine Korrelation von der DIS und der PTBS gefunden werden konnte. Bei einer Beendigung dieser Meinungsverschiedenheit über die Entstehung der DIS in der Fachwelt der Psychologie könnte sich weiterer Forschung gewidmet werden in Bereichen, welchen bereits früher eine größere Bedeutung zugeschrieben hätte werden sollen. Dies wären Bereiche wie beispielsweise eine adäquate Behandlung der DIS, mit welcher eine Chronifizierung der Erkrankung vermieden werden könnte oder soziale Auswirkungen einer Diagnosestellung. Klein (2013) stimmte bereits mit dieser Implikation überein dass, solange die DIS nicht ernst genommen wird als klinisches Störungsbild, auch keine weitere sinnvolle Forschung betrieben werden kann. Darüber hinaus wäre es von Bedeutung, wie bereits von Gleaves und Reisinger (2023) angegeben, weitere quantitative Forschung bezüglich der Stigmatisierung der DIS durchzuführen, da anhand dieser Studie eine solche Stigmatisierung bestätigt werden konnte, aber diese über keine hinreichende Repräsentativität verfügt.

Obendrein zählt nach Corrigan und Watson (2002) Aufklärung als zentrales Mittel zur Reduktion von Stigmatisierung. Dies gilt sowohl innerhalb der Gesellschaft als auch innerhalb des Fachpersonals. Personen mit fundiertem Wissen über psychische Störungen tendieren dazu, eine offeneren Haltung gegenüber Betroffenen zu haben und neigen weniger dazu, diese zu stigmatisieren (Corrigan & Watson, 2002). Solche Annahmen können auch im Rahmen dieser Arbeit getroffen werden. Eine praktische Implikation wäre somit an dieser Stelle, an Universitäten und im Rahmen von Fortbildungen für Fachpersonal über den aktuellen Forschungsstand der DIS zu berichten und passende Behandlungsmethoden zu besprechen.

Dies wäre ein deutlich produktiverer Umgang, als häufig umgesetzt, das Störungsbild unter Begründung der niedrigen Prävalenz außen vor zu lassen. Insbesondere da bereits bestätigt wurde, dass die Prävalenzen ohnehin höher sind als zuvor angenommen wurde (Gleaves, 1996). Hilfreich könnte es auch sein, Aufklärungsangebote für Angehörige der Betroffenen zu entwickeln. Dadurch, dass die DIS eine sehr komplexe Störung ist (World Health Organisation, 2025), mit vielen Komorbiditäten (Brand, Classen, McNary & Zaveri, 2009), kann es für Angehörige überfordernd sein, den richtigen Umgang mit der betroffenen Person zu finden. Gleichmaßen mangelt es an Schulen und Arbeitsstellen an zugänglichem, nachvollziehbarem Infomaterial, welches zur Einordnung des Störungsbildes und dem Verständnis des korrekten Umgangs beitragen würde.

Buecker und Neuber (2024), betonen die Bedeutung von sozialen Beziehungen für einen besseren Krankheitsverlauf psychisch erkrankter Menschen. Spezifisch für die DIS wurde von Bækkelund et al. (2022) angegeben, dass stabilisierende Gruppentherapien einerseits zur Reduktion von Symptomen beitragen können, als auch soziale Isolation verhindern und einen Zugang zu unterstützenden Beziehungen fördern. Meist wird allerdings die DIS in einem einzeltherapeutischen Setting behandelt (ISSD, 2011). Auch in dieser Studie wurde von Teilnehmenden angegeben, sich mehr Kontakt zu anderen Betroffenen zu wünschen oder einen solchen Kontakt als besonders bereichernd zu empfinden. Spannend wäre es dementsprechend, weiter in einem solchen Rahmen zu forschen und möglicherweise neue gruppentherapeutische Konzepte für Personen mit DIS zu entwerfen.

Einige Themenfelder, welche im Rahmen dieser Arbeit von Betroffenen genannt werden, könnten zukünftig interessante Forschungsgebiete/Forschungsfragen bilden. Beispielweise wären dies ähnlich, wie zuvor genannt, die Auseinandersetzung mit möglichen Konzepten für die Förderung der Beziehungen von Personen mit DIS sowie potenzielle Angebote zur Reduktion von Selbststigmatisierung. Von Interesse wäre auch, wodurch in einigen gesellschaftlichen Gruppierungen, in der vorliegenden Studie wurde beispielsweise ein Modedesign Studiengang genannt, ein weniger stigmatisierendes Umfeld bedingt wird als in anderen. Des Weiteren wäre es von Bedeutung, sich mit dem gerichtlichen Verfahren in Bezug auf Personen mit einer DIS auseinanderzusetzen, spezifisch mit der Handhabung des Glaubwürdigkeitsgutachtens dieser Personen.

Eine ebenfalls spannende zukünftige Forschungsfrage könnte sein, ob der Glaube einer Person mit DIS positive Auswirkungen auf die allgemeine Alltagsbewältigung hat. Dies könnte in einem quantitativen, als auch in einem qualitativen Format weiter erforscht werden. Wobei im quantitativen Rahmen spezifisch bei der DIS weiterhin die Herausforderung bestehen bleibt,

an ausreichend Teilnehmende zu kommen. Allerdings könnte in einem quantitativen Rahmen die Hürde zur Teilnahme für die einzelnen Personen geringer sein, da das Ausfüllen eines Fragebogens als weniger persönlich und einschüchternd betrachtet werden kann als ein ausführliches Interview.

Insgesamt lässt sich eine gewisse Stigmatisierung sowie die damit einhergehende Beziehungsveränderung von psychischen Störungen, insbesondere der DIS vermutlich in der näheren Zukunft nicht verhindern. Besonders auf gesellschaftlicher Ebene können solche Aufklärungsprozesse einige Zeit in Anspruch nehmen. Dies sollte jedoch von Personen des Fachbereichs Psychologie als Ansporn gesehen werden, den Teil zur Aufklärung beizutragen, welcher ihnen möglich ist.

Abgerundet werden soll hier nochmals mit einem Zitat einer betroffenen Person. Ziel der Arbeit sollte sein, betroffenen Personen eine Plattform zu bieten, um selbst zu Wort zu kommen. Zu Wort zu kommen über ihre verschiedenen Lebensumstände in Bezug auf Stigmatisierung und Beziehungen im Licht der Diagnose der DIS. Die zitierte Person wurde gefragt, wie sie sich wünschen würde, dass mit ihr und der Diagnose umgegangen wird. Diese Antwort unterstreicht die Aspekte, welche von größter Bedeutung sein sollten.

„Ich würde mir eigentlich wünschen, dass es nicht mehr so ein. (...) Dings ist, wo die Leute sich dann zurückziehen oder das Gefühl haben, du hast einen an der Waffel oder, sondern dass es sein darf. Würde ich mir eigentlich schon wünschen. Mindestens. Man muss es ja auch nicht mit allen Leuten bequatschen. Das ist gar nicht die Meinung, aber irgendwie, dass es, dass es sein darf und dass es okay ist und es Gründe gibt dafür, warum es so ist. Ich würde mir wünschen, dass die Öffentlichkeit lernt, besser damit umzugehen.“ [P1]

4.4 Persönliches Fazit

Für mich persönlich war diese Arbeit eine große Herausforderung. Dadurch, dass ich Angehörige einer betroffenen Person bin, ging mir das Thema näher, als es vielleicht einer gänzlich unbetroffenen Person gehen würde. Im Prozess der gesamten Arbeit hatte ich die Möglichkeit, tiefer in dieses komplexe Thema einzusteigen und Dinge aus einer neuen, akademischen Sichtweise zu betrachten. Hierbei forderten mich spezifisch gewisse Artikel und Modelle heraus, welche mit meiner persönlichen Wahrnehmung nicht vollständig übereinstimmten, welche ich aber mitaufgenommen habe, um eine möglichst unvoreingenommene Arbeit verfassen zu können. Nun, am Ende der Arbeit betrachte ich den Prozess mit gemischten Gefühlen. Einerseits empfinde ich Stolz, mich einem solch belastenden und umfangreichen Thema gewidmet zu haben und somit ein Themengebiet erfasst zu haben,

in welchem es grundsätzlich noch an Forschung mangelt. Andererseits kommt die Sorge auf, ob ich diesem gerecht geworden bin. Für mich persönlich besteht die Hoffnung, dass Psychologiestudierende und Fachpersonal in Zukunft besser über die DIS aufgeklärt werden können. Ich empfinde weiterhin, dass ein Handlungsbedarf vorhanden ist. Der Handlungsbedarf, dass Menschen lernen, besser mit Mitmenschen und Betroffenen der DIS umzugehen. Das Betroffenen nicht auch zukünftig vermittelt wird, dass es besser sei, wenn sie ihre Diagnose und damit einhergehende Schwierigkeiten verheimlichen. Das Personen mit DIS von ihrem Umfeld akzeptiert und wertgeschätzt werden, für alles, was sie jeden Tag leisten und alle traumatischen Erfahrungen, welche sie überlebt haben.

Literaturverzeichnis

- Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental health stigma across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
- APA Dictionary of Psychology*. (n.d.). <https://dictionary.apa.org/stigma>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 cases. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.489>
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646–654. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181b3afaa>
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating Fact from Fiction: An Empirical Examination of Six Myths About Dissociative Identity Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000100>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bækkelund, H., Ulvenes, P., Boon-Langelaan, S., & Arnevik, E. A. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03970-8>
- Buecker, S., & Neuber, A. (2024b). Einsamkeit als Gesundheitsrisiko: Eine narrative Übersichtsarbeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 67(10), 1095–1102. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03939-w>
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2014). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1692–1704. <https://doi.org/10.1002/hbm.22730>
- Chen, S. (2022). Analysis of dissociative identity disorder presented in popular movies and the possible impacts on public stereotypes. *Advances in Social Science, Education and*

Humanities Research/Advances in Social Science, Education and Humanities Research. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220105.100>

- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *PubMed*, 1(1), 16–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807>
- Dissociation, T. (2023). *Dissociative Identity Disorder (formerly Multiple Personality Disorder)*. TraumaDissociation. <https://traumadissociation.com/dissociativeidentitydisorder>
- DocCheck Community GmbH. (2024, 21. März). *Dissoziative Identitätsstörung*. In *DocCheck Flexikon*. Letzter Abruf am 7. Juli 2025, von [https://flexikon.doccheck.com/de/Dissoziative Identitätsstörung](https://flexikon.doccheck.com/de/Dissoziative_Identitätsstörung)
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. dr dresing & pehl GmbH. <https://d-nb.info/1077320221/34>
- Fahy, T. A., Abas, M., & Brown, J. C. (1989). Multiple personality: A symptom of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 154(1), 99–101. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.1.99>
- Fidyk, M., Bolek, M., Jagieła, B., Kędzia, A., Musialska, D., & Minkiewicz, M. (2025). Dissociative Identity Disorder: A Comprehensive review of etiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Quality in Sport*, 41, 60277. <https://doi.org/10.12775/qs.2025.41.60277>
- Flatman, C., & Gleaves, D. H. (2022). Measuring right-wing authoritarianism to predict social stigma of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. Unpublished Manuscript, University of South Australia.
- Flick, U., von Kardorff, E., Keupp, H., von Rosenstiel, L., & Wolff, S. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl.). Beltz, Psychologie Verlags Union. ISBN 3-621-27229-1
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623–629. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.623>

- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. In *Deutsches Ärzteblatt* (Vol. 103, Issue 47, p. A 3193-200). <https://api.aerzteblatt.de/pdf/103/47/a3193.pdf>
- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A., & Emrich, H. M. (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 46(5), 289–300. <https://doi.org/10.1007/s002780100163>
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42–59. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.42>
- Gleaves, D. H., & Reisinger, B. a. A. (2023). Stigma regarding dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(3), 317–320. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2191240>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hennig-Fast, K. (2022). Neuropsychologie dissoziativer Störungen. In *Essentials*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66686-9>
- Huber, M. (2004). *Multiple Persönlichkeiten Überlebende extremer Gewalt* (Originalausgabe). Fischer Taschenbuch Verlag. <https://d-nb.info/94343310X/04>
- Huber, M. (2021). Psychotherapie der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). *Zeitschrift Für Psychodrama Und Soziometrie*, 20(S1), 283–297. <https://doi.org/10.1007/s11620-021-00612-1>
- International Journal of Scientific Research and Technology. (n.d.). *International Journal of Scientific Research and Technology*. International Journal of Scientific Research and Technology | Open Access. <https://www.ijstjournal.com/>
- International Society for the Study of Dissociation. (2011). *Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults*. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H. (2014).

- Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Kenny, A., Bizumic, B., & Griffiths, K. M. (2018). The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1871-z>
- Kergel, D. (2017). Qualitative Bildungsforschung. In *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18587-9>
- Klein, R. M. (2013). Psychological concepts and dissociative disorders. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203771952>
- Korol, S. (2008). Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 249–267. <https://doi.org/10.1080/15299730802048744>
- Lashkay, A.-M., Kinsella, E. L., & Muldoon, O. T. (2023). When trauma is stigmatized: Disidentification and dissociation in people affected by adverse childhood experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 33(5), 1225–1240. <https://doi.org/10.1002/casp.2702>
- Levy, B., Celen-Demirtas, S., Surguladze, T., & Sweeney, K. K. (2014). Stigma and discrimination: A socio-cultural etiology of mental illness. *The Humanistic Psychologist*, 42(2), 199–214. <https://doi.org/10.1080/08873267.2014.893513>
- Ludwig, J., & Von Dem Knesebeck, O. (2022). Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. In *Gesundheit und Gesellschaft* (pp. 243–255). https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_14
- Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In: Mey, G., Mruck, K. (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- McHugh, P. (1993). Multiple personality disorder. *Harvard Medical School Mental Health Letter*, 10(3), 4–6.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods. Integrating theory and practice* (4th ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. ISBN-10: 9781412972123.
- Prizeman, K., Weinstein, N., & McCabe, C. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>

- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press. PMID: 1946022
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *The Journal of clinical psychiatry*, 47(6), 285–293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3711025/>
- Redaktion persoenlich.com. (2022, March 31). SRF: Arzt nach Aussagen in Reportage gefeuert. *persoenlich.com*. <https://www.persoenlich.com/medien/arzt-nach-aussagen-in-reportage-gefeuert>
- Reinders, A. a. T. S., & Veltman, D. J. (2020). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 413–414. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>
- Reisinger, B. a. A., & Gleaves, D. H. (2022). Comparing social stigma of dissociative identity disorder, schizophrenia, and depressive disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(2), 171–184. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2119459>
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Sar, V., Dorahy, M., & Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 10*, 137–146. <https://doi.org/10.2147/prbm.s113743>
- Scorsese, M. (Regisseur). (2010). *Shutter Island* [Film]. Paramount Pictures.
- Shyamalan, M. N. (Regisseur). (2016). *Split* [Film]. Universal Pictures.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143–165. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.1.143>
- SRF Schweizer Radio und Fernsehen. (2021). *Der Teufel mitten unter uns* [TV-Reportage].
- Stübner, S., Völkl, G., & Soyka, M. (1998). Zur Differentialdiagnose der dissoziativen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). *Der Nervenarzt*, 69(5), 440–445. <https://doi.org/10.1007/s001150050294>
- Vanderlinden, F., van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, T., & Verkes, R. J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21–27. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010105>

- Verein CARA | *Stimme für die Opfer von organisierter sexueller und ritueller Gewalt.* (n.d.).
Verein CARA24. <https://www.verein-cara.ch/>
- View of Dissociative Identity Disorder: A Comprehensive review of etiology, diagnosis, neurobiology, and treatment.* (n.d.). <https://doi.org/10.12775/QS.2025.41.60277>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Webermann, A. R., & Brand, B. L. (2017). Mental illness and violent behavior: the role of dissociation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0053-9>
- World Health Organization. (2025, January). Disorders of identity [6B64–6B65]. In International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Abgerufen am 7. Juli 2025 von <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1829103493>
- Zhang, B., Lv, X., Qiao, M., & Liu, D. (2021). The full mediating role of loneliness on the relationship between social support and depression among rural family caregivers of persons with severe mental illness. *Frontiers in Public Health, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.729147>
- ZDF Magazin Royale. (2023, 8. September). *Rituelle Gewalt, Satanic Panic, #HimmeloderHölle* [Fernsehmagazin]. ZDF.

Anhang

A	Leitfaden Interview	65
---	---------------------------	----

Anhang A

Leitfaden Interview

- Aufklärung Verfahren, Datenschutz

-Fragen:

Stigmatisierung:

1. Wie erleben Sie sich selbst in Berücksichtigung Ihrer Diagnose?
 - Haben Sie das Gefühl, sich selbst manchmal zu stigmatisieren?
 - Welche Aspekte finden Sie besonders herausfordernd?
 - Möchten Sie ein konkretes Beispiel beschreiben?
 - Können Sie die Situation genauer beschreiben?
2. Können Sie Situationen schildern, in denen Sie Stigmatisierung, in Bezug auf Ihre Diagnose, durch andere erfahren haben?
 - Wo (Arbeit, Schule, Familie, Freundeskreis) haben Sie das erlebt?
 - Wie sind Sie in solchen Momenten damit umgegangen?
 - Was hat Sie dabei besonders beschäftigt oder verletzt?
 - Gab es Reaktionen, die Sie besonders verletzt oder überrascht haben?
3. Haben Sie sich im therapeutischen Kontext schon einmal stigmatisiert gefühlt?
 - In welcher Situation war das?
 - Wie hat sich die Stigmatisierung geäußert?
 - Wie sind Sie damit umgegangen?
 - Was hat Ihnen in solchen Momenten geholfen oder gefehlt?

Zwischenmenschliche Beziehungen:

4. Wie erleben Sie ihre Beziehungen zu anderen Menschen in Berücksichtigung Ihrer Diagnose?
 - Wie wirkt sich die Diagnose auf Beziehungen zu Partner, Kind, Freunden oder Kollegen aus?
 - Gibt es Unterschiede zwischen engen und weniger engen Kontakten?
 - Wie gehen Sie selbst und ihre Bezugspersonen damit um?
 - Gibt es Beziehungen/Konstellationen, die Ihnen besonders schwerfallen?
5. Haben sich Ihre Beziehungen verändert, seit Sie die Diagnose erhalten oder anderen davon erzählt haben?
 - Gab es Kontaktabbrüche oder engere Bindungen?
 - Haben sich Konflikte dadurch verändert?
 - Wie erleben Sie die Reaktionen ihrer Mitmenschen heute?
 - Haben die Beziehungen sich verbessert oder verschlechtert?

Anhang A

6. Was sind Chancen oder positiven Entwicklungen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Diagnose erleben?

-In welchen Bereichen erleben Sie ihre Diagnose als hilfreich oder entlastend?

-Gibt es Bereiche, in denen Sie von der Diagnose oder der Therapie profitieren konnten?

-Was schätzen Sie heute an sich selbst, was vielleicht damit zusammenhängt?

-Demographische Daten (Bogen ausfüllen), abschließend

- Geschlecht
- Alter
- Zeitpunkt der Diagnose
- Berufliche Tätigkeit
- Familienstand
- Behandlung aktuell

Forschungsfragen:

- Wie wird Stigmatisierung von Betroffenen erlebt, in Bezug auf ihre Dissoziative Identitätsstörung?
- Werden Veränderungen in Beziehungen festgestellt, durch das Mitteilen der Dissoziativen Identitätsstörung?

Ehrenwörtliche Erklärung, Thesis

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich meine **Thesis** mit dem Thema

„Stigmatisierung von Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung und ihre...
Auswirkung auf zwischenmenschliche Beziehungen.....“

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel – insbesondere keine im Quellenverzeichnis nicht benannten Quellen – genutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht. Dies betrifft in gleichem Umfang die von Künstlicher Intelligenz (KI) zur Texterstellung genutzten Quellen. Ich versichere, dass im Fall der Verwendung von KI-Zitaten eine eigenständige, nachprüfbare Quell- bzw. Antwortsicherung erfolgt ist, welche die wortwörtliche Aufgaben-/Fragestellung und Antwort enthält.

Ich versichere hiermit, dass die vorliegende Arbeit zuvor nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht wurde und die eingereichte schriftliche Verfassung vollständig der auf dem elektronischen Speichermedium bzw. der hochgeladenen elektronischen Fassung entspricht.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die vorgelegte Arbeit mit Hilfe von Anti-Plagiatssoftware auf etwaige Übereinstimmungen mit fremden Quellen überprüft wird.

Heidelberg, 22.08.25
Ort, Datum


Unterschrift

Das Formular ist der Thesis beizufügen.