

Trauma – Sozialraum – Modell*

Tagesseminar:

„Vielfalt – Ich bin Viele... Zersplitterung des Selbst“*

Die dissoziative Identitätsstörung

IPSE-Projekt
Institut für psychosoziale Entwicklung
Tauscherstraße 11, 01277 Dresden
www.ipse-projekt.de
info@ipse-projekt.de

Referent und Autor: Thore Volquardsen
Stand: 09/2016

- = © Alle Rechte liegen beim Verfasser und sind urheberrechtlich geschützt. Den Teilnehmern wird hiermit gestattet, dieses Skript für eigene Zwecke zu benutzen. Hierzu gehören auch die Aufgaben im Rahmen eines einrichtungsinternen Multiplikatorensystems. Die Verwendung in Veranstaltungen, z.B. freiberuflicher Art, die dieses Skript betreffen, auch nur auszugsweise, ist nicht gestattet und wird strafrechtlich verfolgt. „Trauma-Sozialraum-Modell“ sowie „Vielfalt – Ich bin Viele... Zersplitterung des Selbst“ sind geschützte Titel und dürfen nur mit Zustimmung des Verfassers genutzt werden.

Vorbemerkung:

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS) wurde früher unter der „multiplen Persönlichkeitsstörung“ (MPS) geführt.

Da jedoch das Wort „Persönlichkeitsstörung“ häufig zu Verwechslungen mit den Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-10 geführt haben, hat man von der MPS Abstand genommen und die nunmehr international gültige dissoziative Identitätsstörung eingeführt.

Charakterisiert wird die DIS durch die Existenz einer oder mehrerer Persönlichkeiten in einer Person.

Das „Trauma-Sozialraum-Modell“ (TSM) - siehe Skript „Das faszinierende System des Traumas“ wird nun erweitert, da das *Alltags-* bzw. das *Abszesserleben* nunmehr auf eine ergänzende Art und Weise dargestellt wird, so dass es für den Betrachter einfacher ist, die dissoziative Identitätsstörung mit zwei verschiedenen Modellen zu erfassen. Grundlage bleibt jedoch konstant das TSM.

Mit der erweiterten Darstellungsmöglichkeit – siehe Seite 4 - (nach Harald Requard 2012) können wir die Abspaltungen besser verstehen – insbesondere Anteile, die komplette Zeitspannen bzw. -phasen übernehmen oder Co-Bewusstsein für die Existenz der traumatischen Anteile.

Das TSM unterscheidet grundsätzlich

ALLTAGSERLEBEN (oder auch die primäre Identität)

und

ABSZESSERLEBEN

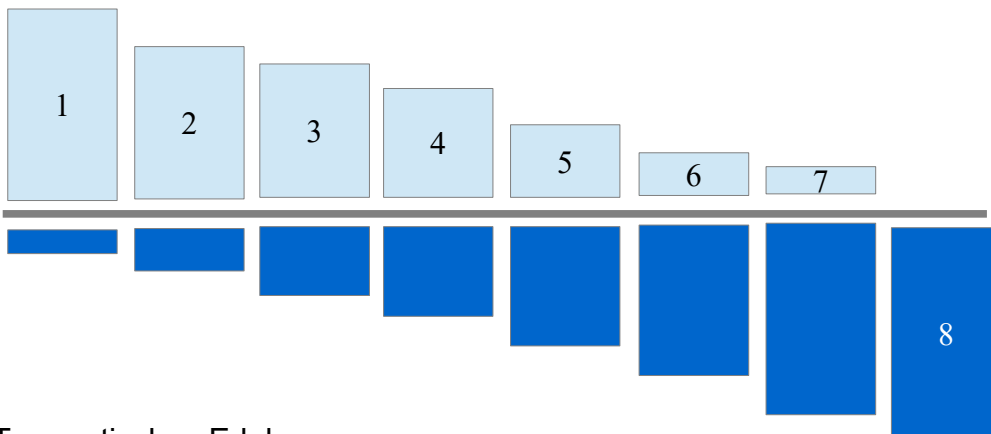
Im Bereich der Diagnosegruppe der DIS, aber z.B. auch der dissoziativen Fugue, sprechen wir nicht mehr von Abszesserleben, sondern vielmehr von traumatischen Anteilen bzw. Persönlichkeitsanteilen.

Einige Ansätze sprechen beim Alltagserleben von ANP – der anscheinend normalen Persönlichkeit; und beim aufgeteilten Abszesserleben von Ep´s – den emotionalen Anteilen.

Bild 1:

Alltagserleben vs. traumatischem Erleben

Alltagserleben



Traumatisches Erleben

Während wir bei 1.) von einer klassischen PTBS ausgehen (ein Traumatisierungserleben auf der Basis einer einmaligen katastrophalen Situation), handelt es sich bei 7.) um programmierte Opfer und Mind-Control. Gut zu beobachten ist, dass das Alltagserleben bei schwersttraumatisierten Menschen deutlich reduziert ist, während das traumatische Erleben einen viel größeren Anteil im Leben übernimmt.

Dieser Grundannahme müssen wir uns oftmals erst einmal vertraut machen!

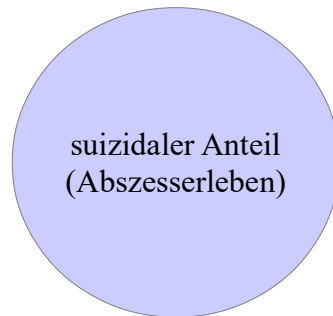
Darüber hinaus gibt es durchaus auch Fachleute, die beschreiben, dass das Alltagserleben „verschütt“ gegangen ist. Demnach übernehmen die Anteile des traumatischen Erlebens die komplette Lebensstruktur im „Inneren“ als auch im realen „Äußeren“ (8.).

In der Mitte des Bildes befinden sich die verschiedenen Bereiche der kPTBS, aber z.B. auch die dissoziative Fugue und ähnliches.

Bild 2:

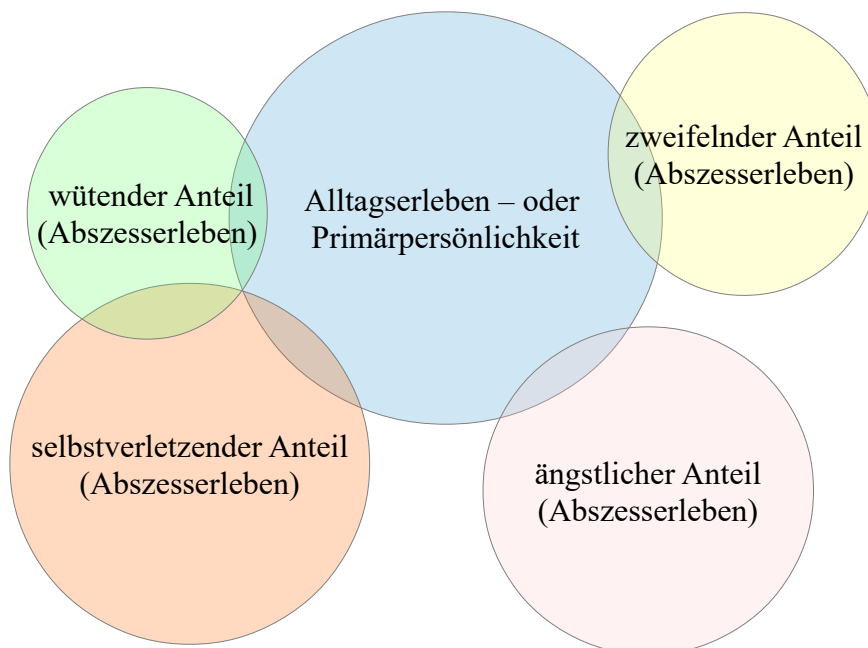
Abspaltungen / Dissoziationen (nach Requard 2012) mit Änderungen aus dem TSM (nach Volquardsen)

Beispiel:



→ Das Alltagserleben hat hierzu keine Erinnerung! Zeitlicher Verlust! Amnesie!

→ Die Anteile in diesem Bereich werden im Sinne eines Co-Bewusstseins erlebt!



→ Das Alltagserleben hat hierzu keine Erinnerung! Zeitlicher Verlust! Amnesie!

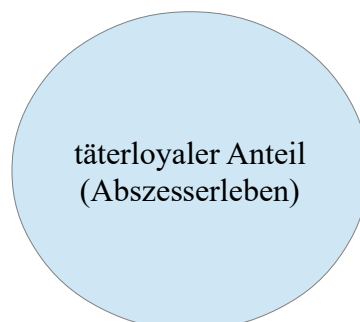
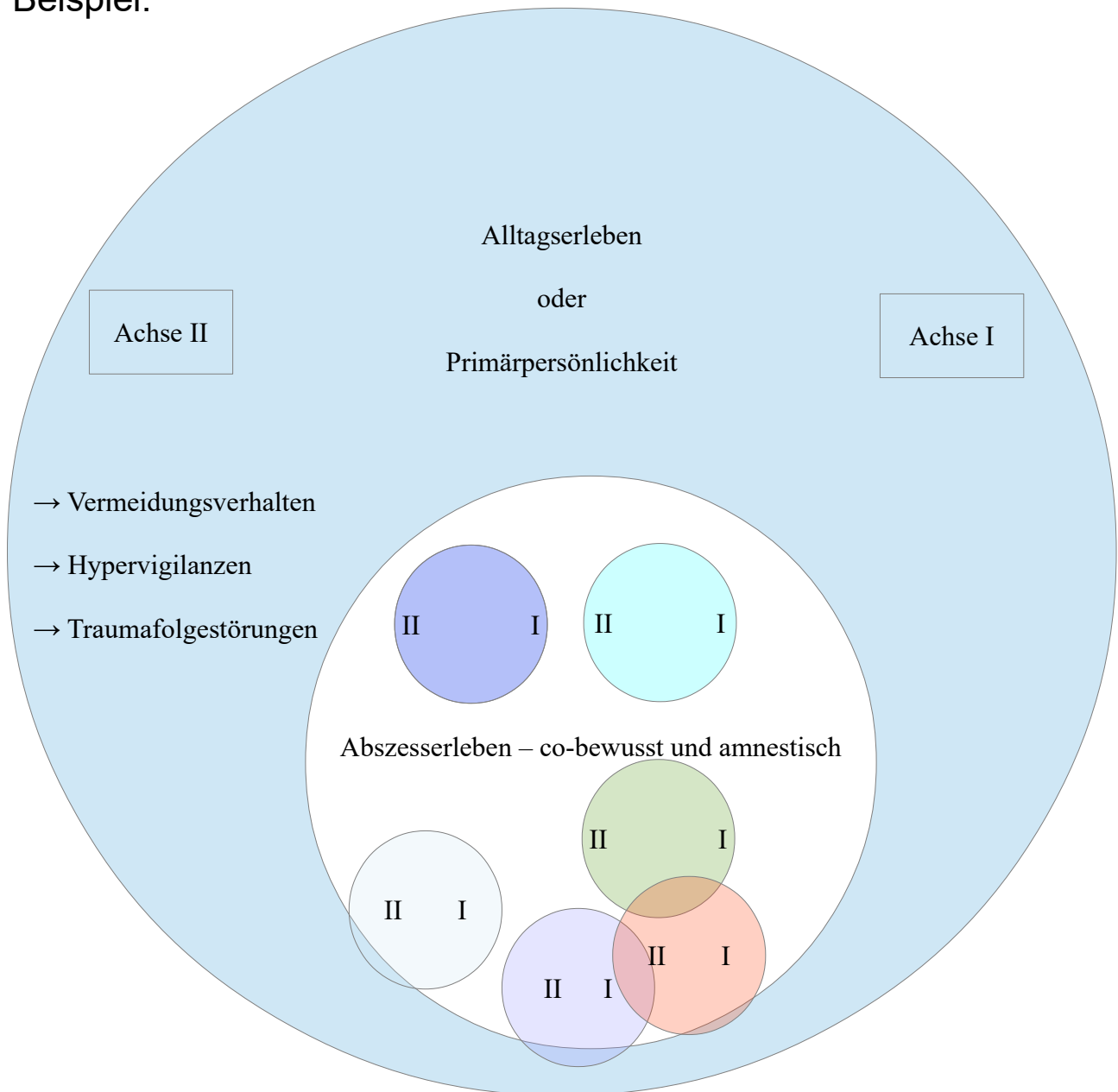


Bild 3:

DIS dargestellt im TSM (Volquardsen)

Beispiel:



Konsequenterweise sollte nun der Begriff „Abszesserleben“ mit „Persönlichkeitsanteil“ getauscht werden.

Interessant bei der dissoziativen Identitätsstörung ist, dass in den Anteilen des Abszesserlebens eine eigene Achse I und II entsteht. Dieses bedeutet, dass wir es hier mit eigenen Persönlichkeitsanteilen zu tun haben, die in der Persönlichkeitsstruktur erstaunlich komplett sind - mit eigener Charaktere, eigenen Gewohnheiten, Vorlieben etc.

Begrenzt wird diese Struktur dadurch, dass auf ein kollektives Bewusstsein – im Sinne eines integrierten Bewusstseins – nicht oder nur eingeschränkt zugegriffen werden kann. Es gibt somit lediglich eigenes Erfahrungserleben auf Achse II, mit einer eigenen Bewertung und individuellen Lösungen für die jeweiligen Persönlichkeitsanteile, die natürlich zu „inneren Konflikten“ führen können. Aber insbesondere die Achse I hält eine jeweils individuelle Wahrnehmung vor, die sich deutlich von anderen Anteilen abgrenzen kann.

Zu guter Letzt wird es natürlich noch komplexer, da die einzelnen traumatischen Anteile selbst Hypervigilanzen, Vermeidungsstrategien und Traumafolgestörungen entwickeln können. Da die Hypervigilanzen neurobiologisch gesteuert werden, sind diese mit großer Wahrscheinlichkeit in den einzelnen traumatischen Anteilen vorhanden. Aufgrund der Übersichtlichkeit habe ich diese nicht in die traumatischen Anteile/Persönlichkeitsanteile mit eingezeichnet. Bitte denken Sie diese aber immer mit.

Aus diesem Grund ist die „innere Sortierung“ und die „äußere Sortierung“ unbedingt notwendig, um sich im Sozialraum bewegen zu können.

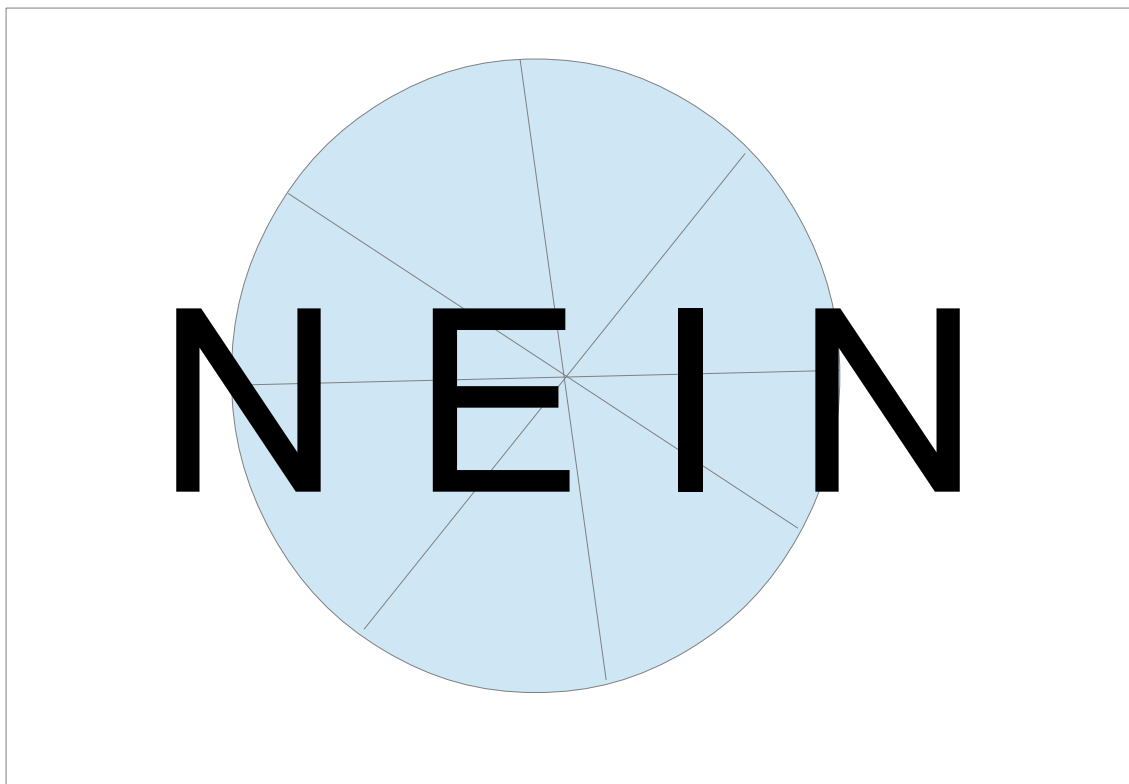
Bild 4:

Dissoziation vom Ganzen?

Stellen wir uns einen Kuchen vor. Dieser ist im Ganzen 100%.

Wird nun dieser Kuchen aufgeteilt (dissoziiert) in Primärpersönlichkeit und traumatischer Anteile?

Nein! So wäre ein Integrationsziel zur Ganzheit simpel zu benennen, da wir es hier mit einer klaren Aufteilungs- bzw Aufspaltungsstruktur zu tun hätten. Dem ist nicht so. Es ist viel komplexer!

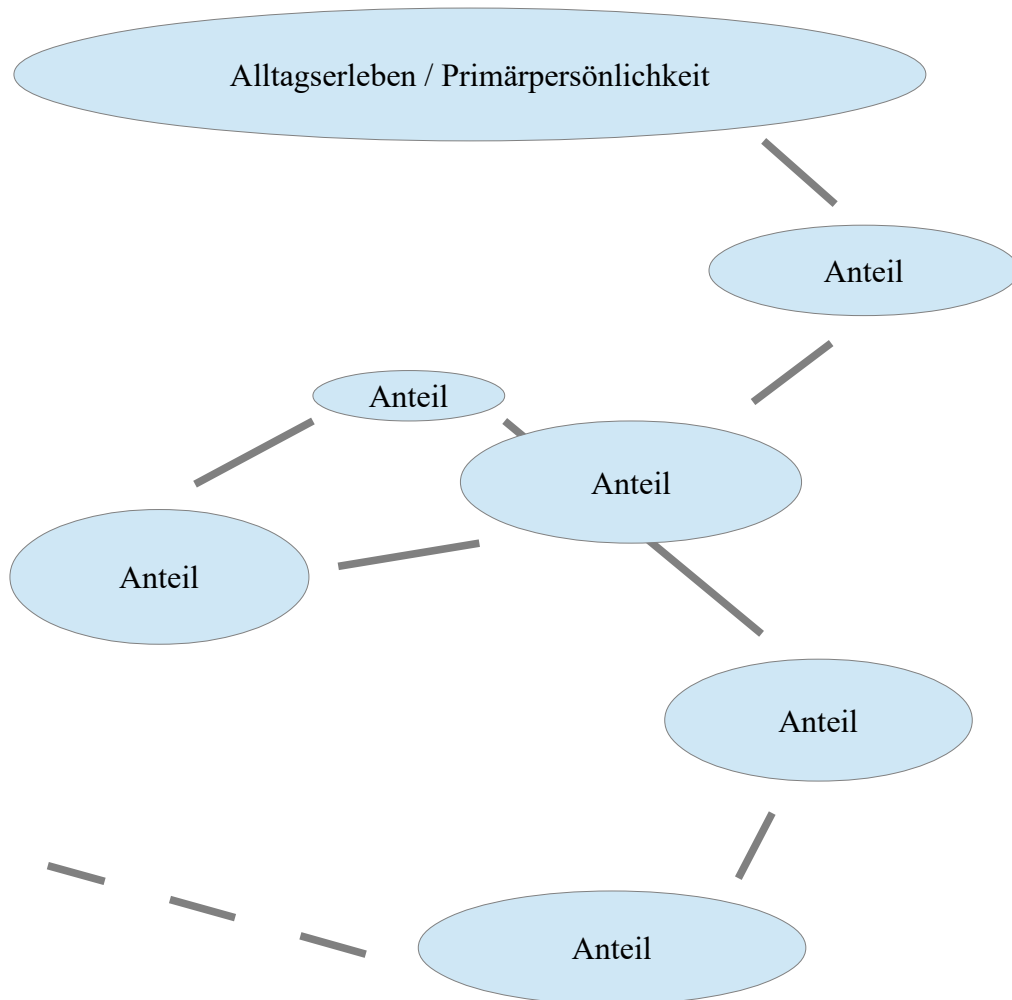


Indem wir eine dreidimensionale Ansicht aufbauen, wird deutlich, dass in der „Abszessspirale“ deutlich mehr Potenzial liegt als in der einfachen – zweidimensionalen - Betrachtung.

Siehe hierzu Bild 5!

Bild 5:

Die Abszessspirale



→ natürlich ist die Abszessspirale hier sehr einfach dargestellt. Im neurobiologischen Kontext sind in der Regel Abzweiger zu beobachten, so dass ein Netzwerk aus traumatischen Anteilen entsteht, das dreidimensional in die Tiefe geht. So haben viele traumatische Anteile keinen direkten Kontakt zur Primärpersönlichkeit.

Viele Fachleute sind aufgrund der oben geschilderten Dissoziationskomplexe immer noch der Meinung, dass das therapeutische Ziel die (weitgehende) Integration sein sollte. Wir wissen jedoch, dass viele integrierte DIS-Personen davon berichten, dass ihre Alltags-Leistungsfähigkeit deutlich reduziert sei. Des Weiteren ist verstärkt in der Praxis zu beobachten, dass integrierte DIS-Personen häufig eine rezidivierende depressive Störung oder auch andere

Störungsbilder entwickeln und sehr häufig isoliert leben.

Dieses liegt vermutlich zum einen darin begründet, dass viele traumatherapeutische Fachleute lediglich eine Pseudobeteiligung bei ihren Patientinnen praktizieren.

Klares Ziel, das fast immer wieder von DIS-Personen benannt wird, ist das Erlangen eines Co-Bewusstseins mit einem hohen Potenzial an Kollektivität auf Achse I + II.

Hier wird deutlich, dass der Patient seine Ziele klar formulieren kann und nicht in ein „Suggestivspiel“ von Traumatherapeuten geraten sollte. Oft entstehen diese Suggestivspiele aus den Eitel- und Verführbarkeiten von Menschen – und das wiederum ist menschlich.

Zum anderen geht die Sinnggebung einer DIS-Person oft in diesem Prozess verloren. Ein Nachreifen auf Achse I + II ist unbedingt notwendig, da die Primärpersönlichkeit sehr häufig nicht alltagstauglich ist und Ziele nicht durchgängig formuliert und aufrecht erhalten werden können. Diese Menschen leiden häufig nachher unter leichter Suggestibilität. Entweder erliegen sie dieser oder sie grenzen sich insgesamt sehr stark aus dem Sozialraum ab, was wiederum zu erneuten Störungsbildern führen kann.

Deutlich wird anhand dieses Tagesseminars, dass eine große Schnittmenge zu anderen Störungsbildern gegeben ist, so dass es immer noch sehr häufig zu Fehldiagnosen kommt. Statistisch gesehen werden DIS-Patienten erst nach etwa 7 Jahren Fehlbehandlung einer entsprechenden Versorgung zugeführt. In dieser Versorgung fehlen dann oftmals interdisziplinäre und brauchbare praxisorientierte Konzepte – insbesondere die der Beteiligung.

Darüber hinaus ist die Anbindung von DIS-Personen mit Täterkontakten immer noch sehr häufig ein Tabu. Hierzu bedarf es einer besonderen Psychohygiene von Fachpersonal und die Offenlegung von Eigensicherungen.

Diese Thematik tritt nicht nur im Bereich der DIS-Versorgung auf, sondern in allen Bereichen der kPTBS.

Problematisch zu beobachten ist, dass viele Einrichtungen eine Versorgung bei Täterkontakt aufrecht erhalten, wenn die betroffenen Personen nicht offiziell darüber berichten. Hier entsteht dann rasch Triggerpotential aufgrund von täterorientierten „Alten Geheimbünden“.

Bedenken Sie:

In diesem Tagesseminar erfahren Sie lediglich einen komprimierten Ausschnitt in Bezug auf die DIS.

Es gibt viele verschiedene Ansätze, verschiedene Meinungen und Sichtweisen. Insbesondere wird derzeit kontrovers darüber gestritten, ob die Primärpersönlichkeit neurobiologisch „verschütt“ gehen kann. Ein solches Modell habe ich hier nicht aufgezeigt. In den meisten Veranstaltungen gehen wir jedoch darauf ein.

Herzliche Grüße

Thore Volquardsen
Referent

persönlich zu erreichen unter:
thore.volquardsen@ipse-projekt.de

P.S.

Schauen Sie einfach mal wieder auf den Link zu diesem Skript. Es wird diesbezüglich immer wieder zu Aktualisierungen kommen, die Sie selbstverständlich abrufen können.