Persönlichkeitsdissoziation und EMDR-Therapie bei komplexen traumabezogenen Störungen: Anwendungen in der Stabilisierungsphase

Onno van der Hart

Department of Clinical and Health Psychology, Universität Utrecht, Utrecht, Niederlande

Mariëtte Groenendijk

Top Referent Trauma Center Transit, Mental Health Care Central, Ermelo, Niederlande

Anabel Gonzales

Program of Trauma and Dissociation, Universitätskrankenhaus von A Coruña, Spanien

Dolores Mosquera

Centro LOGPSIC, Personality Disorder Center, A Coruña, Spanien

Roger Solomon

Buffalo Center for Trauma and Loss, Buffalo, New York

Wie bereits in einem früheren Artikel in dieser Zeitschrift dargelegt, können Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-Behandler, die Patienten mit komplexen traumabezogenen Störungen behandeln, von der Kenntnis und der Anwendung der Theorie der strukturellen Persönlichkeitsdissoziation (TSPD) und der ihr zugehörigen Aktionspsychologie profitieren. TSPD postuliert, dass Persönlichkeitsdissoziation das Hauptmerkmal von Traumatisierung und einer großen Anzahl traumabezogener Störungen ist; von der einfachen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Die Theorie kann Therapeuten dabei helfen, ein umfassendes Verständnis für die Probleme von Patienten¹ mit komplexen traumabezogenen Störungen zu entwickeln, sowie einen Behandlungsplan zu erstellen und auszuführen. Das Experten-Konsensus-Modell bei komplexem Trauma besteht in einer phasenorientierten Behandlung, in der eine Stabilisierungs- und Vorbereitungsphase der Behandlung von traumatischen Erinnerungen vorangeht. Fokus dieses Artikels ist die initiale Stabilisierungs- und Vorbereitungsphase, die sehr wichtig ist, um EMDR sicher und effektiv zur Behandlung komplexer Traumata einsetzen zu können. Zentrale Themen sind (a) die Arbeit mit maladaptiven Überzeugungen, (b) die Überwindung dissoziativer Phobien und (c) ein erweiterter Einsatz von Ressourcen-Arbeit.

Schlüsselwörter: Dissoziation; strukturelle Persönlichkeitsdissoziation; dissoziative Störungen; EMDR; phasenorientierte Behandlung; Stabilisierungsphase

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), ursprünglich für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entwickelt, wird zunehmend in der Behandlung anderer psychischer Störungen

eingesetzt; einschließlich solcher, deren Ursache komplexe Traumatisierung ist, wie die komplexe PTBS, die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die komplexen Dissoziationsstörungen, wie Dissoziative Identitätsstörung (DIS) oder die nicht näher

This article originally appeared as van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzales, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2013). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in the Stabilization Phase. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 81–94. Translated by Marlen Lenzen.

bezeichnete Dissoziationsstörung (dissociative disorder not otherwise specified, DDNOS) Subtyp 1. In Verbindung mit diesen auf dem klinischen Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (EMDR's Adaptive Information Processing [AIP] model; Shapiro, 2001) beruhenden klinischen Entwicklungen ist die Tendenz erkennbar, nach ergänzenden theoretischen Modellen zu suchen; insbesondere in Bezug auf die Anwendung von EMDR bei der Behandlung komplexer traumabezogener Störungen, die das Leben der Betroffenen sehr beeinträchtigen können.

Demzufolge stellen Luber und Shapiro fest (2009):

Bei psychisch höchst instabilen (debilitated) Patienten ist es sehr wichtig, das Erfahrungswissen (wisdom) aus anderen Bereichen mit zu integrieren. Je mehr wir aus anderen Wissensbereichen lernen, desto effizienter und effektiver können wir in unserer Arbeit werden. Um EMDR als psychotherapeutischen Ansatz für die ganze Bandbreite psychopathologischer Situationen anwenden zu können, muss sein theoretisches Modell Entwicklungs-Neuropsychologie mit den Auswirkungen kumulativer traumatischer Erfahrungen integrieren. (Seiten 227–228)

Basierend auf einem vorangegangenen Artikel (Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010) stellt dieser Artikel die Theorie der strukturellen Persönlichkeitsdissoziation (TSPD) als einen ergänzenden Ansatz vor, der neurobiologische und entwicklungsbezogene Themen im Kontext des Traumatisierungs-Verständnisses als im Wesentlichen eine Persönlichkeitsdissoziation involvierend beinhaltet. In der TSPD bezieht sich das Dissoziationskonzept nicht nur auf die dissoziativen Störungen, wie sie im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen*, Vierte Auflage (DSM-IV) beschrieben sind, sondern wird als eine gescheiterte Integration betrachtet, die allen trauma-induzierten Störungen zugrunde liegt, einschließlich PTBS. Somit könnte TSPD ein theoretisches Rahmenkonzept für all diese Störungen bieten.

Wir halten TSPD für kompatibel mit dem AIP-Modell; die Theorie könnte es bereichern, indem es ein Verständnis verschiedener Phänomene zur Verfügung stellt, die bei komplexer Traumatisierung auftreten. Einige dieser Phänomene sind die Dissoziation traumatischer Erinnerungen, insofern als dass sie nicht leicht zugänglich sind, der Patient aber im täglichen Leben funktioniert und sich nicht an sie erinnert; ebenso das Existieren einer Reihe von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (unter anderem mehr oder weniger ähnliche Konzepte sind Selbstzustände,

dissoziative Ich-Zustände, Identitätszustände, Alters). Diese dissoziierten Teile sind charakterisiert durch unterschiedliche Ausmaße mentaler Autonomie; sie verfügen über ihre eigenen Ansichten, inklusive ihrer eigenen Gedanken, Gefühle, und Emotionen; ebenso die Wahrnehmung ihrer selbst und anderer und die handlungsbezogene Selbst- und Fremdwahrnehmung, einschließlich des Therapeuten. Sie sprechen von sich als „ich“ und verfügen über ihre eigene bewusst erfahrene Ich-Perspektive (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). In komplexeren Fällen können sie verschiedene Namen haben und einige können von anderen Persönlichkeitsanteilen sogar als völlig andere Wesen wie Geister, Teufel oder Tiere erlebt werden. Es gibt auch Patienten mit dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, die nur über ein sehr rudimentäres Selbstempfinden verfügen. Diese werden von dem dissoziierten Teil, der im täglichen Leben funktioniert - sprich, dem scheinbar normalen Persönlichkeitsanteil (apparently normal part of the personality, ANP) - , als „nicht ich“ -Erfahrungen beschrieben (vgl. Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006).

Dissoziierte Persönlichkeitsanteile können jegliche Vorgehensweise, die der Therapeut durchzuführen versucht, offen oder verdeckt stören. Wenn zum Beispiel im Sinne des AIP-Modells der Fokus auf der Prozessierung einiger dysfunktional gespeicherten Erinnerungen mit einem dissoziierten Persönlichkeitsanteil liegt, können andere Persönlichkeitsanteile diesem Vorgehen nicht zustimmen und es stören (der Patient könnte bedrohliche Stimmen hören oder körperlichen Schmerz empfinden, ohne dies dem Therapeuten mitzuteilen). In einer solchen Situation besteht das Risiko von Dekompensation, Übererregung oder Blockierung. In anderen Fällen kann eine bestimmte traumatische Erinnerung unter mehreren dissoziierten Persönlichkeitsanteilen aufgeteilt sein, bei denen die meisten unentdeckt bleiben. Die Reprozessierung mag zunächst erfolgreich erscheinen, obwohl in Wirklichkeit die gefürchtetsten und verhasstesten Aspekte der traumatischen Erinnerung – also die pathogenen Kerne (Van der Hart et al., 2006) – von EMDR-Verfahren unberührt bleiben können; sie können weiterhin isoliert bestehen und letztendlich das Funktionieren im Alltag behindern. Beispielsweise erfuhr eine Patientin eine Stressentlastung nach der Reprozessierung einer Kindheitserinnerung, in der sie versucht hatte, ihrer Mutter zu gefallen und das Gefühl hatte, dass „nichts gut genug war“. Der subjektive Belastungsgrad (Subjective Unit of Disturbance, SUD) zu dieser Erinnerung ging auf 0 zurück. Die

Patientin gab an, sich während der Woche belastet gefühlt zu haben; also fokussierte der Therapeut in der nächsten Sitzung erneut diese Erinnerung und bat die Patientin, in die Augen des 7-jährigen Mädchens in der Erinnerung zu blicken und zu versuchen herauszufinden, was sie fühlte. Nur durch den Blick in die Augen des Mädchens durchlebte die Patientin plötzlich ein intensives Gefühl, was sie außerordentlich überraschte. Durch die Fokussierung auf dieses Bild konnten alle dysfunktionalen Erfahrungen, die mit dieser Erinnerung in Verbindung standen, vollständig reprozessiert werden. Der ANP hatte gelernt, die Gefühle und Bedürfnisse dieses Kind-Anteils zu ignorieren, was die Beziehung zwischen ihrer depressiven Mutter (die durch ihre eigenen Probleme zu belastet war, ihrer Tochter Aufmerksamkeit schenken zu können) und ihr selbst widerspiegelte.

Parallel zur Suche nach AIP-kompatiblen theoretischen Modellen haben EMDR-Behandler, die mit chronisch/komplex traumatisierten Patienten arbeiten, den phasen-orientierten Ansatz übernommen, der in diesem Bereich das Standardverfahren darstellt (z.B. Brown, Schefflin, & Hammond, 2008; Herman, 1992; International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011). Die erstmals von Pierre Janet entwickelte phasenorientierte Behandlung (1898; vgl. Van der Hart, Brown, & Van der Kolk, 1989) besteht aus drei Phasen: (a) Stabilisierung, Symptom-Reduktion, Skills-Entwicklung; (b) Behandlung traumatischer Erinnerungen; und (c) Persönlichkeits (Re)Integration und Rehabilitation. Diese Phasen werden nicht immer in streng-linearer Abfolge durchgeführt (Courtois, 1999; Herman, 1992; Korn, 2009; Van der Hart et al., 2006): Besonders bei komplexen traumabezogenen Störungen gibt es oft im Verlauf der Behandlung wiederholt die Notwendigkeit, zu vorherigen Phasen zurückzukehren.

Viele Behandler haben bereits phasenorientierte Behandlung und EMDR-Therapie in ihrer klinischen Praxis kombiniert (z.B. Fine & Berkowitz, 2001; Forgash & Knipe, 2007; Gelinas, 2003; Gonzales & Mosquera, 2012; Hofmann, 2006; Korn & Leeds, 2002; Lazrove & Fine, 1996; Paulsen, 2007; Twombly, 2005). Aus Gründen der Klarheit ist es wichtig, zu verstehen, inwiefern die drei Phasen der phasenorientierten Behandlung den acht Phasen des EMDR-Standardprotokolls entsprechen (Shapiro, 2001): Phase 1 – Stabilisierung, Symptom-Reduktion und Skills-Training – entspricht Phasen 1 und 2 des EMDR-Protokolls; Phase 2, die Behandlung der traumatischen Erinnerungen, entspricht Phasen 3-8 des EMDR-Protokolls; und Phase 3, Persönlichkeits (Re) Integration und Rehabilitation, ist durchgehend in der

EMDR-Therapie enthalten durch die Bewertung der Behandlungsergebnisse, die Vermittlung neuer Skills und Ressourcenaufbau, den Einsatz angemessener Protokolle (z.B. des Phobie-Protokolls und Protokolle zu rezenten Ereignissen), das Prozessieren von Erinnerungen und gegenwärtiger Trigger und dem Erstellen von Zukunftsprojektionen zur Förderung adaptiven Verhaltens.

In diesem Artikel liegt der Schwerpunkt auf der klinischen Anwendung von EMDR in der ersten Phase der phasenorientierten Behandlung von Patienten mit komplexen traumabezogenen Störungen. Die Integration von TSPD in das AIP-Modell könnte nicht nur zum Verständnis des Problems des Patienten beitragen, sondern auch als therapeutische Entscheidungshilfe dienen. TSPD bietet ein umfassendes Rahmenwerk, das dem EMDR-Therapeuten helfen könnte, eine sorgfältige Anamnese, Fall-Konzeptualisierung und einen therapeutischen Plan durchzuführen. Der Fokus dieses Artikels wird auf Verfahren zur Symptomreduktion liegen, Skills-Entwicklung und Vorbereitung für die Traumaaarbeit. Ein späterer Artikel wird sich der sicheren und effektiven EMDR-Prozessierung traumatischer Erinnerungen mit diesen dissoziativen Patienten widmen.

Die Theorie der strukturellen Persönlichkeitsdissoziation in Kürze

TSPD schlägt vor, dass traumabezogene Störungen charakterisiert sind durch eine Teilung der Persönlichkeit des Patienten in verschiedene dissoziierte Subsysteme oder Persönlichkeitsanteile. Dies geschieht in Übereinstimmung mit der Beschreibung des psychologischen Traumas durch T.A. Ross (1941) als einer „Bruchstelle“, die darauf hindeutet, dass traumatische Erfahrungen als Integrationsfehlschläge, die eine Persönlichkeitsdissoziation beinhalten, konzeptualisiert werden können. Diese Dissoziation kann entweder aufgelöst werden, oder sich zunehmend verfestigen. Jeder einzelne dissoziierte Persönlichkeitsanteil hat sein eigenes psychobiologisches Fundament (Nijenhuis & Den Boer, 2009; Nijenhuis, Van der Hart, & Steele, 2002; Van der Hart et al., 2006) und ist, wie bereits erwähnt, charakterisiert durch seine eigene Ich-Perspektive. Patienten wechseln zwischen einem oder mehreren ANPs und einem oder mehreren *emotionalen Persönlichkeitsanteilen* (EPs). ANPs sind durch Aktivierungssysteme des täglichen Lebens motiviert, wohingegen EPs in der *Trauma-Zeit* leben und gesteuert werden durch defensive Subsysteme - wie Kampf, Flucht, Schreckstarre und (totale) Unterwerfung -, die während der Traumatisierung aktiviert waren (siehe

Van der Hart et al., 2010; Van der Hart et al., 2006 zur ausführlichen Darstellung dieser Charakteristika).

Traumabezogene Persönlichkeitsdissoziation kann mehr oder weniger komplex sein. *Primäre Persönlichkeitsdissoziation* beinhaltet einen ANP und einen EP; *sekundäre Dissoziation* beinhaltet einen ANP und zwei oder mehrere EPs; *tertiäre Dissoziation* ist charakterisiert durch mehr als einen ANP und mehr als einen EP. Im Sinne der TSPD wird der EMDR-Therapeut, der bei der primären Dissoziation ebenso wie bei einem einfachen PTBS nach dem EMDR-Standard-Protokoll verfährt, den Patienten als ANP einladen, sich auf die traumatische Erinnerung als Behandlungsziel zu fokussieren und reaktiviert somit auch den EP: Darum geht es im „einen Fuß in der Gegenwart und einen Fuß in der Vergangenheit“ (Knipe, 2007). Der Fokus dieses Artikels liegt nicht nur auf dem PTBS (primäre Dissoziation), sondern dass TSPD EMDR-Therapeuten auch helfen könnte, einige Phänomene zu verstehen, die während der Anwendung des EMDR-Standard-Protokolls bei einfachen Traumata beobachtet wurden. Beispiele sind der Verlust der dualen Aufmerksamkeit² und die extreme Vermeidung (die Phobie vor) der traumatischen Erinnerung.

Wenn die Aufspaltung der Persönlichkeit mehr als zwei Teile umfasst, findet der EMDR-Therapeut eine besondere Situation vor, in der Kenntnisse von TSPD ausgesprochen hilfreich sein könnten. Aus diesem Grund konzentrieren wir uns in diesem Artikel auf sekundäre und tertiäre Persönlichkeitsdissoziation, die sich durch öfter wiederholte, stärkere und prolongierte Traumatisierung besonders während der Kindheit auszeichnet. Bei der sekundären Persönlichkeitsdissoziation bleibt ein ANP fokussiert auf die tägliche Lebensbewältigung, aber zwei oder mehr EPs sind defensiv fixiert und reagieren, wenn sie getriggert werden, mit einem Wiedererleben, oder vielmehr einer Reinszenierung traumatisierender Ereignisse.

Die Aufspaltung von EPs basiert oft auf fehlgeschlagener Integration voneinander relativ abgrenzbarer Flucht-, Kampf-, Schreck-, oder (völliger) Unterwerfungs-Abwehrreaktionen. Andere EPs können unerträgliche affektive Erfahrungen beinhalten, wie Scham oder heftige Einsamkeit. Dieses Dissoziationsausmaß charakterisiert wahrscheinlich Patienten mit einer komplexen PTBS, einer traumatisch begründeten BPS und einer DDNOS Subtyp 1. Dieser Subtyp beinhaltet klinische Bilder, die einer DIS ähneln, die aber nicht alle Kriterien dieser Störung erfüllen (American Psychiatric Association [APA], 1994) –; die Form der dissoziativen

Störung, der man in der klinischen Praxis am häufigsten begegnet (z.B. Johnson, Cohen, Kasen, & Brooks, 2006; Şar, Akyuz, & Dogan, 2007). DIS-Patienten, oft mit einer Geschichte chronischer Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch mit Beginn in früher Kindheit (Boon & Draijer, 1993; Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986), sind durch eine tertiäre Persönlichkeitsdissoziation gekennzeichnet, bei der neben mehr als einem ANP multiple EPs existieren. Die Aufspaltung des ANP, der durch die Aktionssysteme des täglichen Lebens gesteuert wird, kann erfolgen, um das Funktionieren in bestimmten unausweichlichen Situationen aufrechtzuerhalten, die traumatische Erinnerungen triggern könnten. Diese Aufspaltung des ANP ereignet sich tendenziell in Verbindung mit den unterschiedlichen Handlungssystemen des täglichen Lebens. Zum Beispiel kann sich ein ANP bei einem sexuell missbrauchten Kind entwickeln, während es beim Frühstück seinem Vater gegenüber sitzt, der es gerade missbraucht hat, mit der alleinigen Funktion, essen zu können – gesteuert durch das Subsystem der Energieregulation.

In der TSPD wird angenommen, dass Persönlichkeitsdissoziation durch eine Reihe von Phobien aufrechterhalten wird, die kennzeichnend für Trauma-Überlebende sind; ebenso charakteristisch ist ein Mangel an integrativen Fähigkeiten und sozialem Rückhalt (Van der Hart et al., 2006). Der Ausdruck „Phobie“ wird üblicherweise den Angststörungen zugeschrieben und wird als persistierende Angst vor äußeren Gegebenheiten verstanden (vor Tieren, sozialen Situationen etc.), die das Individuum zu vermeiden sucht. Janet (1904) jedoch beschrieb phobische Reaktionen, die gegen innere Erfahrungen wie Gedanken, Gefühle, Phantasien usw. gerichtet sind. Chronisch traumatisierte Personen haben oft sowohl außergewöhnliche Angst vor inneren mentalen Prozessen und deren Inhalt, wie auch vor externen Signalen, die traumatische Erfahrungen triggern (Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2005; Van der Hart et al., 2006). Die Kernphobie, welche die Persönlichkeitsdissoziation aufrechterhält, ist die *Phobie vor den traumatischen Erinnerungen*, deren Essenz es ist, die vollständige Realisierung des Traumas und dessen Auswirkung auf das eigene Leben zu vermeiden (Janet, 1904; Van der Hart et al., 2006). Bei chronischer Traumatisierung wird zunehmende behaviorale und mentale Vermeidung zur Aufrechterhaltung der Persönlichkeitsdissoziation benötigt, um das zu vermeiden, was ANPs als besonders unerträgliche Selbst-, Fremd- und Welt-Erkenntnis erleben. In der Folge scheint aus dieser grundlegenden

TABELLE 1. Phasenorientierte Behandlung: Überwindung traumabezogener Phobien

Phase 1: Symptomreduktion, Stabilisierung, Skills-Entwicklung

- Überwindung von Bindungs- und Bindungsverlustphobie, insbesondere bezogen auf den Therapeuten
- Überwindung der Phobie vor mentalen Aktionen (z.B. innere Erfahrungen wie Gefühle, Gedanken, Wahrnehmungen, Wünsche, Phantasien)
- Überwindung der Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (ANP und EP)

Phase 2: Behandlung traumatischer Erinnerungen

- Überwindung von Bindungsphobien in Bezug auf den Täter
- Überwindung von Bindungsphobien des EPs in Bezug auf den Therapeuten
- Überwindung der Phobie vor traumatischen Erinnerungen

Phase 3: Persönlichkeitsintegration und –rehabilitation

- Überwindung der Phobie vor dem normalen Leben
- Überwindung der Phobie vor gesunder Risikobereitschaft und Veränderung
- Überwindung der Phobie vor Intimität, einschließlich Sexualität und Körperbild

Anmerkung. ANP = scheinbar normaler Persönlichkeitsanteil; EP = emotionaler Persönlichkeitsanteil.

Phobie eine Phobie-Ausweitung zu entstehen (Van der Hart et al., 2010; Van der Hart et al., 2006).

Diese phobischen mentalen und behavioralen Aktionen³, auch bezeichnet als Verteidigungsmechanismen im psychodynamischen Sinne des Wortes, wie Vermeidung und Idealisierung (z.B. Dell, 2009; Knipe, 2007), können als *Ersatz-Handlungen* betrachtet werden; d.h., nicht nur weniger wirksame Aktionen, die als Substitut für die effizienteren dienen, sondern auch für (viel) schwierigere gesundheitsbegründende Aktionen. Sowohl ANP(s) als auch EP(s) sind daran beteiligt. Die Überwindung dieses Phobien-Komplexes, sowie die Verbesserung der Effizienz (d.h. der Qualität der mentalen und behavioralen Handlungen) und die Anhebung des Energieniveaus, werden als essentiell für eine erfolgreiche Behandlung betrachtet. Tabelle 1 gibt einen Überblick dieser traumabezogenen Phobien, wie sie in der jeweiligen Behandlungsphase angesprochen werden.

Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung und TSPD: Ergänzende Ansätze

Gemäß des AIP resultieren traumatisierende Ereignisse in Erinnerungen, die dysfunktional abgespeichert werden; d.h., sie werden isoliert gespeichert und bleiben unassimiliert an die umfassenden Gedächtnisnetzwerke (Shapiro, 1995, 2001). Wie Shapiro (2001) ausführt:

Die pathologische Struktur ist angelegt in der statischen, unzureichenden Verarbeitung von

Information, die zum Zeitpunkt des verstörenden Ereignisses gespeichert wurde . . . Der Mangel an adäquater Assimilation bedeutet, dass der Patient immernoch in emotionaler und verhaltensbezogener Hinsicht in einer Art und Weise reagiert, die mit dem früheren verstörenden Ereignis übereinstimmt. (S. 17)

Die dysfunktional abgespeicherte Information beinhaltet „zeitlich eingefrorene“ Erinnerungen („stuck in time“) und enthält die maladaptiven mentalen und behavioralen Aktionen, die zum Zeitpunkt des Ereignisses stattfanden. Dazu zählen die sensomotorischen Reaktionen, die affektiven Reaktionen (z.B. heftige Emotionen; in Janets Worten (Janet, 1909): Überwältigende Angst, Wut, Scham oder Schuld), Kognitionen, Wahrnehmen von Bedrohung und Voraussagen (d.h. Erwartungen basierend auf der vergangenen Gefahr und der Bedrohung, die während des traumatisierenden Ereignisses erlebt wurde).

Janet (1925) schrieb:

Die (traumatische) Erinnerung war pathogen, weil sie dissoziiert war. Sie existierte isoliert, fernab der Gesamtheit der Empfindungen und Gedanken, aus der die Persönlichkeit des Subjekts besteht; und sie entwickelte sich isoliert, ohne Kontrolle und Gegengewicht; die krankhaften Symptome verschwanden, als die Erinnerung wieder Teil der Synthese wurde, aus der Individualität besteht. (S. 674)

Janets Terminus „dissoziiert“ (Janet, 1925) und Shapiros „isoliert“ (Shapiro, 2001) beziehen sich

auf dasselbe Phänomen. Obwohl das AIP keine ausgearbeitete Persönlichkeitstheorie darstellt, deutet es auf die Wichtigkeit des Lernens - und somit Erinnerungs-Netzwerken – als einem wesentlichen Bestimmungsfaktor von Persönlichkeitscharakteristika und Verhalten hin (Shapiro, 1995, 2001; Solomon & Shapiro, 2008). Somit können dysfunktional gespeicherte Erinnerungen (besonders bei chronisch traumatisierten Menschen) als vom übrigen Teil der Persönlichkeit (welche das erweiterte System von Erinnerungsnetzwerken beinhaltet, das dem Verhalten zugrunde liegt) dissoziiert konzeptualisiert werden.

TSPD bezieht sich nicht auf „gespeicherte Informationen“; stattdessen erklärt sie die Zugehörigkeit der mentalen und behavioralen Aktionen, die in traumatische Erinnerungen involviert sind, zu bewussten und selbstbezüglichen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, von denen jeder über seine eigene Ich-Perspektive verfügt. Im Sinne des AIP haben dann EP und ANP ihre eigenen Erinnerungsnetzwerke, wobei der EP die dysfunktional gespeicherten (in der Zeit eingefroren) Erinnerungen enthält. Um ein besseres Verständnis für die erforderliche Vorbereitung bei primärer Persönlichkeitsdissoziation (einfachem Trauma) zu entwickeln, kann es für EMDR-Therapeuten hilfreich sein, das Konzept des EPs, welches die Ich-Perspektive des dissoziierten Persönlichkeitsanteils betont, zu dem der „dysfunktional gespeicherten Information“ hinzuzufügen. Dies ist besonders der Fall, wenn der EP über einen hohen Grad an Autonomie verfügt, oder wenn starke Phobien zwischen ANP und EP bestehen, die zuerst bearbeitet werden müssen.

Traumatische Erfahrungen, die „dysfunktional gespeichert“ sind, bilden auch die Ursache sekundärer und tertiärer Dissoziation. Diese Dissoziationsausmaße können vielleicht durch die TSPD umfassender verstanden und phänomenologisch ausgearbeitet werden. Diese Theorie gibt ebenfalls an, dass die traumatischen Erinnerungen des EPs nur integriert (prozessiert) werden können, wenn diese Erinnerungen zwischen den dissoziierten Persönlichkeitsanteilen kommuniziert (shared) werden. Anders gesagt müssen die Fähigkeiten der ANPs (adaptive Information) mit der dysfunktional gespeicherten Erinnerung des EPs verbunden werden. Um dysfunktionale und adaptive neuronale Netzwerke zu integrieren, müssen dissoziierte Persönlichkeitsanteile, allen voran die ANPs, für- und untereinander Mitgefühl, konstruktive Kommunikation und Zusammenarbeit entwickeln; dissoziative Schranken müssen nach und nach aufgelöst werden. Das erfolgreiche Prozessieren

traumatischer Erinnerungen bildet einen wichtigen Beitrag zu einer solchen Integration.

Phasenorientierte Behandlung sekundärer und tertiärer Persönlichkeitsdissoziation

Im Falle einer sekundären und tertiären Persönlichkeitsdissoziation, die eine große Anzahl dissoziierter Persönlichkeitsanteile beinhaltet, ist ein phasenorientierter Behandlungsansatz – das Standardverfahren (Brown, Schefflin, & Hammond, 1998) – erforderlich. Insbesondere sollte die Therapie, bevor sie sich mit der Behandlung traumatischer Erinnerungen befasst, auf die Stabilisierung, Symptomreduktion (inklusive Risikoverhalten) und Skills-Entwicklung ausgerichtet sein. All das beinhaltet die Arbeit mit dem inneren System der dissoziierten Persönlichkeitsanteile. In vielen Fällen nimmt der phasenorientierte Ansatz die Form eines spiralförmigen Prozesses an, der es erforderlich macht, sich trauma-basierten Themen und Überzeugungen erneut zu stellen und Coping-Reaktionen und Ressourcen zu reaktivieren und Kernprobleme wiederholt anzugehen. Zum Beispiel kann es erforderlich sein, die Phase 2 (die Integration traumatischer Erinnerungen) zeitweise mit Phase 1 (Stabilisierung) zu alternieren. Die EMDR-Therapie könnte davon profitieren, in dieser anfänglichen Phase die Sichtweisen der TSPD zu integrieren, die darauf ausgerichtet ist, den Patienten zu stabilisieren, Symptome und Risikoverhalten zu vermindern und zukünftige Traumaaarbeit vorzubereiten. EMDR-Verfahren können diese Phase verkürzen und die therapeutische Wirksamkeit erhöhen.

Die Notwendigkeit einer angemessenen probatorischen Einschätzung und umfassenden Anamnese

Ohne angemessene probatorische Einschätzung könnten Therapeuten die Komplexität der Traumageschichte und das Ausmaß der Persönlichkeitsdissoziation unterschätzen und dadurch die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile übersehen, die in die Therapie mit einbezogen werden sollten. Dadurch könnten sie nicht ausreichend Stabilisierung und vorbereitende Interventionen anbieten. Im Bereich des EMDR haben mehrere Autoren vor dem Risiko gewarnt, diese Themen zu ignorieren (Gelinas, 2003; Korn, 2009; Shapiro, 2001). Zum Beispiel können unbekannte EPs plötzlich aktiviert werden und andere traumatische Erfahrungen als die Zielerinnerung reinszenieren. Diese Kettenreaktionen gehen mit intensiver Furcht und/oder Wut zwischen anderen Persönlichkeitsanteilen einher, die schließlich zu Panikattacken, ernstzunehmendem

selbstschädigendem Verhalten oder zu Dekompensation des überwältigten Patienten führen. Kurz gesagt kann EMDR effektiv und sicher sogar bei hoch-dissoziativen Patienten eingesetzt werden, wenn angemessene probatorische Einschätzungen und Vorbereitungen – Stabilisierung, Symptomreduktion und Skills-Entwicklung – stattgefunden haben.

Phasenorientierte Behandlung – Phase 1: Stabilisierung, Symptomreduktion und Skills-Entwicklung

Eine notwendige Vorbereitung für die Behandlung traumatischer Erinnerungen im Falle komplexer Dissoziation beinhaltet (eine oft lange Phase von) Stabilisierung, Verbesserung des reflexiven Funktionsniveaus (Gonzales & Mosquera, 2012), effektiver Emotionsregulation und Beziehungs- und Lebensführungs-Skills (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Brown et al., 1998; Courtois, 1999; Gelinas, 2003; Kluft, 1997, 1999; Korn, 2009; Linehan, 1993; Ogden, Minton, & Pain, 2006; Shapiro, 1995, 2001; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 2006). Diese erste Behandlungsphase ist darauf ausgerichtet, das tägliche Leben zu verbessern (inklusive Sicherheit und Bindung), die integrative Kompetenz zu erhöhen und damit verbunden das Toleranzfenster zu erweitern, sowie die interne Zusammenarbeit und Coping-Skills für PTBS-Symptome und dissoziative Symptome zu verbessern. Notwendige Methoden und Interventionen zum Erreichen dieser Ziele sind Psychoedukation, die Entwicklung einer flexiblen, empathischen, kooperativen und klar abgegrenzten therapeutischen Beziehung; Selbstregulation (inklusive Affekt-Regulation und Selbstberuhigung); Selbstfürsorge (inklusive Selbst-Mitgefühl, der Fähigkeit, allein zu sein, grundlegendem Energie-Management, der Entwicklung von Tagesroutinen und –struktur und einem Gleichgewicht zwischen Selbst- und Fremd-Fürsorge); zwischenmenschliche Fähigkeiten; die Arbeit mit maladaptiven Überzeugungen (siehe auch im nächsten Abschnitt) und Ressourcenarbeit (einschließlich emotionaler-, kognitiver-, sensomotorischer- und Beziehungs-Ressourcenarbeit; Ich-stärkende Strategien und Interventionen zur Stärkung des Patienten [empowerment]). Es ist nicht möglich, all diese Verfahren und Interventionen in einem einzigen Artikel zu beschreiben; entwickelt und beschrieben wurden sie bereits an anderer Stelle (z.B. Boon, Steele, & Van der Hart, 2011; Forgash & Copely, 2007; Gonzales & Mosquera, 2012; Twombly, 2000, 2005; Van der Hart et al., 2006). In diesem Artikel liegt der Schwerpunkt

auf (a) der Arbeit mit maladaptiven Überzeugungen (entscheidend, um die Installation positiver Kognitionen in der weiteren Trauma-Prozessierung zu erleichtern), (b) der Überwindung dissoziativer Phobien: Dies ist ein zentrales Behandlungsprinzip der TSPD, das EMDR-Therapeuten bei der Therapie-Planung und -Strukturierung mit diesen Patienten anleiten kann; und (c) einem erweiterten Einsatz von Ressourcenarbeit (eine gängige EMDR-Intervention, die modifiziert werden muss bei der Behandlung von schwer traumatisierten Personen).

Es ist wichtig, in Phase 1 maladaptive Überzeugungen und behaviorale Aktionen verschiedener ANPs und EPs zu identifizieren und zu behandeln (Van der Hart et al., 2006). Bei komplex traumatisierten Patienten sind solche Überzeugungen tief verwurzelt und müssen für gewöhnlich bereits in der Stabilisierungsphase der phasenorientierten Behandlung bearbeitet werden. In der TSPD werden diese maladaptiven Überzeugungen als fixierte reflexive behaviorale Aktionen betrachtet und werden als *mentale und behaviorale Ersatzhandlungen* bezeichnet (wie z.B. das Meiden aller Männer, die irgendeine Ähnlichkeit mit dem ursprünglichen Täter aufweisen; der Mangel an Differenzierung zwischen internen und externen, oder vergangenen und gegenwärtigen Wirklichkeiten). Diese Handlungen ersetzen adaptive Handlungen in der Gegenwart. Patienten können Ersatz-Phantasien haben, die oft einen Retter beinhalten (die eigene Familie oder den Therapeuten), oder den Wunsch, die Vergangenheit ungeschehen zu machen und die „wirkliche“ Vergangenheit verschwinden zu lassen; den Wunsch, die Verantwortung abzugeben und umsorgt zu werden; die Hoffnung auf eine magische Heilung, der „goldenen Phantasie“, in der jedes Bedürfnis von einer anderen Person vollends erfüllt werden kann und die Überzeugung, dass dissoziierte Persönlichkeitsanteile nicht zum eigenen Selbst gehören. Jede einzelne dieser Phantasien fungiert als Schutz gegen die Erkenntnis von und Auseinandersetzung mit der traumatischen Vergangenheit und der nötigen Trauerarbeit, die damit einhergeht. Somit muss es eine gewisse Anzahl von Behandlungszielen geben, die der Arbeit mit traumatischen Erinnerungen vorangehen. Diese Ersatz-Überzeugungen sind unrealistisch und stehen in Verbindung mit der generalisierten Unkenntnis der traumatischen Ereignisse und deren Auswirkung auf das eigene Selbst und das eigene Leben. Patienten können sich in Therapie begeben und sich nicht bewusst sein, wie ihre Geschichte (sofern sie sich an sie erinnern können) in Verbindung steht mit ihren gegenwärtigen Problemen. Um voranzukommen, müssen Therapeuten ihren Patienten nicht nur helfen zu verstehen, wie Vergangenheit und Gegenwart miteinander

verbunden sind, sondern auch, dass sie unterschieden werden müssen – dies sind keine leichten Aufgaben bei Menschen, die schwer traumatisiert sind, und sollten schrittweise erfolgen und an die Möglichkeiten und Motivation des Patienten angepasst sein.

Die Überwindung traumabezogener Phobien

Stabilisierung, Symptomreduktion und Vorbereitung (Phase 1 bei traumaorientierter Behandlung) kann organisiert werden, indem systematisch verschiedene traumabezogene Phobien bearbeitet werden, die die Persönlichkeitsdissoziation aufrechterhalten (Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 2006). Diese beinhalten (a) Beziehungsphobien in Bezug auf Nähe, Verlassen-Werden, Verlust und Ablehnung, besonders in Hinsicht auf den Therapeuten; (b) die Phobie vor mentalen Aktionen wie das Erleben spezieller Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken, Bilder, Phantasien, Wünsche und Bedürfnisse; und (c) Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (die über ihre eigenen starren mentalen Aktionen und implizierten mentalen Inhalte verfügen, die für andere Persönlichkeitsanteile inakzeptabel sein können). Es gibt weitere Phobien, die eine Dissoziation aufrechterhalten, insbesondere die zentrale Phobie vor der traumatischen Erinnerung (siehe Tabelle 1); die Überwindung dieser Phobien, die zur zweiten und dritten Phase der Trauma-Behandlung gehören, werden jedoch in einem nachfolgenden Artikel behandelt werden. Das Konzept dissoziativer Phobien, die in der TSPD als Ersatz-Handlungen betrachtet werden, erinnert an Knipen (2007) Konzept von Abwehrmechanismen, die er als dysfunktional gespeicherte Informationen betrachtet.

Der grundlegende Ansatz in der Behandlung unterschiedlicher Phobien besteht darin, dem Patienten zu helfen, seine Phobien zu realisieren, Psychoedukation und empathische Exploration anzubieten (Van der Hart et al., 2006). Die Abfolge der Exploration basiert auf dem Schweregrad. Geleitet durch die Handlungssysteme der Exploration, Kooperation und Fürsorge, untersuchen Therapeuten mit ihren Patienten kognitiv, was sie ängstigt und sie vermeiden, während sie an der Erfahrung des Patienten mit einer offen-akzeptierenden Haltung teilnehmen. So helfen Therapeuten den Patienten soweit möglich bei der Verbalisierung ihrer Ängste während der Annäherung an die jeweiligen phobisch abgewehrten Erfahrungen. Das Verständnis der defensiven Absicht ist eine hilfreiche Vorbereitung für Phase 2 der Behandlung, bei der die Abwehr als Ausgangspunkt genutzt werden kann, um Zugang zu traumatischen

Erinnerungen zu erhalten (d.h., dysfunktional gespeicherten Erinnerungsnetzwerken).

Es sollte betont werden, dass die Überwindung der verschiedenen die Dissoziation aufrechterhaltenden Phobien keinen wie auch immer systematisierten sequenziellen Behandlungsansatz beinhaltet. Vielmehr erfordert die Überwindung eines Phobie-Typs eine gleichzeitige Arbeit mit einer oder mehreren anderen Phobien. Zur Überwindung ihrer Bindungs- und Bindungsverlustphobie benötigen die Patienten Hilfe, um ihre Angst vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen zu bewältigen, da diese sich in Bezug auf die therapeutische Beziehung gegenseitig bekämpfen könnten.

Die Überwindung von Beziehungs- und Bindungsverlust-Phobien

Die Entwicklung einer flexiblen, empathischen und kooperativen therapeutischen Beziehung mit angemessenen Grenzen ist in der frühen Behandlungsphase essentiell, wie auch die Arbeit an anderen bestehenden Beziehungen des Patienten, so dass nach und nach ein Grad an erworbener sicherer Bindung erreicht werden kann (z.B. Kluft, 1993, 1997; Steele et al., 2001, 2005; Van der Hart et al., 2006).

Die Beziehungsphobien des Patienten manifestieren sich auch in der therapeutischen Beziehung, die den chronischen Wechsel von Bindungs- und Verteidigungsaktionssystemen hervorruft, der mit einer missbräuchlichen Betreuungsperson in Zusammenhang steht. Dies ist die Grundlage für extrem unsichere und desorganisierte Bindungsmuster (Liotti, 1999; Steele et al., 2001; Van der Hart et al., 2006). Der Patient kann zwischen einer extremen Bindung zum Therapeuten und einer misstrauischen oder defensiven, sogar feindlichen Haltung schwanken, die mit Aktivierung unterschiedlicher Persönlichkeitsanteile einhergeht. Per definitionem beinhaltet die Auflösung solch unsicherer Bindungsmuster das Management der Reinszenierung von Beziehungstraumata innerhalb der therapeutischen Beziehung. Diese Reinszenierungen rufen intensive Gefühle und Handlungstendenzen sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten hervor; insofern muss der therapeutische Rahmen stark und klar abgesteckt sein. Beispielsweise haben einige EPs eine Bindungsverlustphobie und klammern sich somit bedürftig an den Therapeuten, oder haben andauernden Kontakt mit dem Täter oder anderen Personen, die wahrscheinlich schädlich sind. Es ist entscheidend für die Überwindung solcher Situationen, dass der Therapeut ein hohes Maß an integrativer Kapazität beibehält, eine ruhige Haltung einnimmt und dem

Patienten hilft, diese gegensätzlichen Tendenzen, die von unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen herühren, zu verstehen. Der Therapeut erhält so eher eine vorhersagbare und stabile Position empathischer Neugier und Kooperation aufrecht, als dem Patienten gegenüber eine defensive Haltung einzunehmen und sich mit ihm zu verstricken. In der therapeutischen Beziehung eine sichere Bindung aufzubauen erfordert einen sicheren therapeutischen Rahmen inklusive konsistenter Grenzen und Begrenzungen.

Die Überwindung der Phobie vor traumabezogenen mentalen Aktionen

Die Patienten müssen zunehmend verschiedene mentale Aktionen oder innere Erlebnisse, die sie so angestrengt versucht haben, zu vermeiden, zur Kenntnis nehmen, tolerieren, verstehen und personifizieren (sie sich zu Eigen machen). Diese mentalen Aktionen beinhalten Emotionen, Gedanken, Körperempfindungen, Phantasien, Bedürfnisse und Erinnerungen. Die Phobie vor diesen inneren Erlebnissen zu überwinden ist offensichtlich notwendig angesichts der Herausforderung, auf traumatische Erinnerungen zuzugreifen und sie zu reprozessieren (zu integrieren). Die schrittweise Überwindung dieser Phobie setzt zunehmende Affektregulation und Reflektionsfähigkeit (reflective functioning) voraus, sowie die Entwicklung einer achtsamen Haltung, die Shapiro (1995, 2001) als Grundvoraussetzung für die Traumareprozessierung betrachtet.

Patienten müssen somit in der Akzeptanz ihrer mentalen Aktionen trainiert werden, ohne sie zu bewerten; und sie müssen lernen, die sogenannten „selbstbezüglichen Emotionen“ (self-conscious emotions, wie Scham, Angst oder Ekel) zunächst zu bemerken, nicht aber mit diesen zu reagieren. Therapeuten müssen sie routinemäßig ermutigen, sich ihrer gegenwärtigen Erfahrung bewusst zu sein und sie zu erforschen; das heißt, aufmerksam zu sein und sich reflektiert zu verhalten, um Gegenwartsorientierung zu fördern. Dieses Training ist während der Stabilisierungsphase besonders wichtig für das Erkennen und die Bewältigung interner und externer Trigger.

Durch Anleitungen für Containment-Imagination können Therapeuten Patienten helfen, imaginierte Behälter zur Aufbewahrung traumatischer Erinnerungen zu finden. Solch eine Imagination kann aus Tresoren, elektronischer Abspeicherung, DVDs und dergleichen bestehen (z.B. Brown & Fromm, 1986; Kluft, 1993; Van der Hart et al., 2006; Van der Hart, Steele, Boon, & Brown, 1993). Sie ermöglicht den

Patienten vorübergehend traumatische Erinnerungen oder andere bedrohliche innere Erlebnisse zu „lagern“. Diese Techniken unterstützen Patienten dabei, den Unterschied zwischen maladaptiver Vermeidung oder Unterdrückung und gesunder Anpassung und zeitlicher Abstimmung (healthy pacing and timing) im Rahmen ihrer Kontrollmöglichkeiten zu erlernen.

Die Überwindung der Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen

Therapeuten müssen die verschiedenen Persönlichkeitsanteile zur Kooperation gewinnen, um die Rigidität und Abschottung zwischen ihnen zu verringern. Man beginnt die Behandlung der Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen und ihren vielen Manifestationen mit dem/den erwachsensten (most adult) Persönlichkeitsanteil(en) der Patienten – üblicherweise sind dies ANP(s). Zunächst bestärkt man diese ANP(s) durch die Vermittlung von Grounding-, Regulations- und Reflektionstechniken, mit dem Ziel, die Alltagsfunktionalität zu verbessern. Im Falle einer tertiären strukturellen Dissoziation, d.h., wenn sich mehr als ein ANP entwickelt hat, unterstützt man eine positive Form der Kommunikation und Zusammenarbeit unter diesen Persönlichkeitsanteilen, die im täglichen Leben funktionieren – immer mit dem Ziel, den Patienten bei einem integrativeren Funktionieren zu unterstützen. Um ANPs und anschließend EPs zu helfen, ist Psychoedukation generell ein wesentlicher Ausgangspunkt, um ihnen zu vermitteln, welchen Wert andere Persönlichkeitsanteile für das tägliche Leben oder Überleben haben; dies ist sogar der Fall bei EPs, die selbstschädigenden und täterimitierenden Persönlichkeitsanteilen zuzuordnen sind. Sie alle sind um Lösungsversuche bemüht, die als Ersatzhandlungen betrachtet werden können. Es ist äußerst hilfreich für den Therapeuten, wiederholt zu erklären, dass diese EPs noch in der Traumazeit leben und nicht in der Lage sind, zwischen der traumatischen Vergangenheit und der - hoffentlich – sicheren Gegenwart (Van der Hart et al., 2010) zu differenzieren.

Vor dem Hintergrund, dass der Therapeut beständig den Überlebenswert der einzelnen Persönlichkeitsanteile hervorhebt, kann ein Weg, konstruktive Kommunikation zwischen ANPs und EPs zu initiieren, sein, dass der Therapeut (während der Sitzung) einen ANP ermutigt, einen EP etwas zu fragen und ebenfalls vorschlägt (wenn es passend erscheint), dass andere Persönlichkeitsanteile dabei zuhören. Beispielsweise könnte dies ein ANP sein, der die drohende Stimme eines EPs hört, die ihm oder ihr

befiehlt, dem Therapeuten nichts über die Existenz anderer Persönlichkeitsanteile zu erzählen. Auf diese indirekte Art und Weise kann der Therapeut (während er in Kontakt mit dem ANP ist) einen bestimmten EP z.B. dazu einladen, dem ANP mitzuteilen, was er gerade braucht, um sich sicherer zu fühlen.

ANPs helfen, EPs zu akzeptieren. Weiterhin in der Stabilisierungsphase fördern Therapeuten anschließend bei den ANPs wachsende empathische Akzeptanz für EPs und wachsende Zusammenarbeit unter dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (Kluft, 2006; Van der Hart et al., 2006). In dieser Hinsicht können einige Techniken hilfreich sein. Sie unterstützen außerdem dabei, Selbstregulation, Selbstberuhigung und Selbst-Akzeptanz zu verbessern als notwendige Voraussetzungen für die Trauma-Reprozessierung (Phase 2 der phasenorientierten Behandlung). Nichtsdestotrotz können solche Techniken auch kleine Rückschläge in dieser Behandlungsphase mit sich bringen. Knipies (2007) Visualisierung der „Liebevollen Augen“ („Loving Eyes“) ist eine solche Technik. Indem er implizit das Pflege-Verhaltens-System des ANP stimuliert, ermöglicht es der Therapeut diesem Persönlichkeitsanteil, einen zuvor gemiedenen und verachteten Kind-EP mit Liebe und Respekt zu betrachten; z.B. einen Persönlichkeitsanteil, der im Bindungsschrei (attachment cry) steckengeblieben oder schambelastet ist. Während der ANP die Anweisungen des Therapeuten befolgt, den anderen kleinen Persönlichkeitsanteil mit Liebe und Fürsorge zu betrachten, erhält der Patient bilaterale Stimulation (BLS) und prozessiert (integriert) die Gedanken und Kognitionen, die dabei aufkommen. Basierend auf diesem Verfahren wurde ein noch komplexerer Ansatz entwickelt, um ein gesundes Selbstfürsorge-Muster beim Patienten (als ANP) gegenüber verschiedenen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen wiederherzustellen (Gonzales & Mosquera, 2012). Bei dieser Arbeit mit Selbstfürsorge-Mustern lernt der Patient als ANP die Bedürfnisse jedes einzelnen dissoziierten Persönlichkeitsanteils zu identifizieren und zu erkennen - einschließlich Kind-EPs. Das interne System der Persönlichkeitsanteile wird unterstützt, Wege zu finden, diese Bedürfnisse so zu erfüllen, dass ein Gleichgewicht zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen unter den Persönlichkeitsanteilen bewahrt oder geschaffen wird.

Nach und nach können dissoziierte Persönlichkeitsanteile lernen, sich gegenseitig ohne unangemessene phobische Reaktionen anzuerkennen und somit auf maladaptive Ersatzhandlungen zu verzichten. Im nächsten Schritt kann jeder Persönlichkeitsanteil lernen, den Beitrag anderer

Persönlichkeitsanteile und der sie steuernden Aktionssysteme wertzuschätzen (appreciate), wie diese dem Individuum als Ganzem helfen, zu überleben und dabei langsam füreinander innere Empathie zu entwickeln. Schließlich können die Persönlichkeitsanteile beginnen, bei Anforderungen des täglichen Lebens und bei der Selbstregulation wirksamer zusammenzuarbeiten.

Der innere Treffpunkt. Imaginationsarbeit, in der sich dissoziierte Persönlichkeitsanteile miteinander treffen, kann sehr hilfreich sein zur Förderung dieses Verständnisses und der Zusammenarbeit zwischen Persönlichkeitsanteilen. Somit kann der Therapeut, nachdem die Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen bis zu einem gewissen Grad überwunden ist, seine Patienten anleiten, einen sogenannten *dissoziativen runden Tisch* (dissociative table, Fraser, 1991, 2003) oder inneren Treffpunkt zu kreieren (Boon et al., 2011; Gonzales & Mosquera, 2012; Van der Hart et al., 2006). Dies kann ein spezieller Raum, ein Platz in der Natur, oder jeder andere Ort sein, der angenehm ist. Es kann hilfreich sein, wenn der ANP die Kommunikation mit den anderen Persönlichkeitsanteilen übernimmt, wobei der Therapeut für den ANP als Kommunikations-Modell fungiert. Diese Meetings können zunächst den Charakter von Geschäfts-Meetings annehmen. Diskussionen sollten mit relativ kleinen Themen beginnen, wie zum Beispiel den Plan für einen speziellen Tag zu erstellen; so können die Skills, die benötigt werden, um ein inneres Treffen abzuhalten und Entscheidungen zu treffen, als Team eingeübt werden. Schließlich können sie ebenfalls konstruktiv genutzt werden, um persönlichere, emotionale Begegnungen miteinander zu teilen, wie eine freudige Erfahrung, oder Traurigkeit und Trost. Der Treffpunkt kann die Zeitorientierung, Zusammenarbeit und das Mitgefühl der Persönlichkeitsanteile füreinander fördern. Diese innere Zusammenarbeit wird erleichtert, wenn dissoziierte Persönlichkeitsanteile auf innere Erfahrungen fokussiert werden und diese miteinander teilen können (einschließlich mit dem gegenwärtigen Moment verbundene Ressourcen), während traumatische Erinnerungen und andere Ablenkungen ‚verwahrt‘ werden. Verschiedene Varianten dieses Verfahrens wurden in der EMDR-Literatur vorgeschlagen (Bergmann, 2007; Forgash & Copeley, 2007; Gonzales & Mosquera, 2012; Paulsen, 2007, 2009). Schließlich können innere Treffpunkte und imaginierte sichere Orte (siehe in den folgenden Texten) allmählich Teile komplexerer innerer Strukturen, z.B. einer inneren Gemeinschaft, werden (Van der Hart, 2012).

Behandlung von Blockaden. Die Phobie vor dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, die sich in verschiedenen Blockade-Punkten manifestiert, kann wiederholt mit EMDR-spezifischen Verfahren angesprochen werden. Diese Verfahren können die innere Entwicklung von miteinander in Konflikt stehenden Persönlichkeitsanteilen hin zu gegenseitiger Empathie und Zusammenarbeit begünstigen (Gonzales & Mosquera, 2012). Zum Beispiel beinhaltet dies, es einem dissoziierten Persönlichkeitsanteil zu ermöglichen, eine dringend notwendige Verbindung zu einem andern Aktions(sub)system herzustellen, das von einem anderen Persönlichkeitsanteil gesteuert wird. Hier hilft der Therapeut diesen zwei Persönlichkeitsanteilen, vorübergehend miteinander zu verschmelzen, was es dem bedürftigen Persönlichkeitsanteil ermöglicht, Zugang zu diesem Aktions(sub)system zu erlangen und somit zum benötigten Aktionstyp. Ein Beispiel hierfür ist ein schüchterner ANP eines DIS-Patienten, der durch eine vorübergehende Verschmelzung mit einem Kampf-EP im täglichen Leben durchsetzungsfähiger werden konnte (H. Matthess, persönliche Mitteilung, 5. Juni, 2009). Schwierigkeiten bei der Durchführung dieser Interventionen können durch Psychoedukation und spezielle EMDR-Verfahren überwunden werden. Wenn beispielsweise der ANP Angst vor einem feindseligen EP hat, der ihn immer anschreit, und der ANP diesem EP keine Empathie entgegenbringen kann, kann der Therapeut den ANP bitten, diesen EP zu betrachten, die Gefühle gegenüber dem EP zu erörtern und die damit einhergehenden somatischen Empfindungen wahrzunehmen. Ein kurzes, diese Empfindung begleitendes Set BLS löst oft zumindest teilweise die Stagnation im Prozess (impasse) auf – entweder, indem ein Abklingen des negativen Gefühls oder eine Steigerung der Reflektionsfähigkeit des ANP gefördert wird. Trotzdem ist Vorsicht geboten, da die zusätzliche Anwendung von BLS den Distress noch verstärken könnte. Wenn der Widerwille des ANP, mit dem EP zu kommunizieren, abnimmt, kann der Therapeut dem EP dasselbe Angebot machen. So kann die interne, gemeinschaftliche Kommunikation durch eine umsichtige Einführung von BLS verbessert werden, um spezifische „Blockade-Punkte“ aufzulösen (Gonzales & Mosquera, 2012).

Die Überwindung der Phobie vor täterimitierenden Persönlichkeitsanteilen

Die wiederholten Begründungen des Überlebenswerts von bestimmten Persönlichkeitsanteilen (besonders jener, die am meisten gefürchtet oder verachtet werden) durch die Therapeuten und deren Interaktionen

zeigt anderen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, dass ein positives Zusammenspiel mit diesen Anteilen möglich und für alle involvierten Anteile lohnenswert ist; außerdem bietet es ein Modell für positive zwischenmenschliche Fähigkeiten. Ein wichtiges Beispiel ist die extreme Angst, die ANPs und andere EPs meist vor *täterimitierenden Persönlichkeitsanteilen* haben, auch bekannt als Missbrauchs-, Täter- oder Verfolger-Anteile (Kluft, 2006; Ross, 1997; Van der Hart et al., 2006): Dissoziierte Anteile, die die ursprünglichen Täter imitieren, werden oft als solche von den anderen Anteilen betrachtet. Wiederholte Psychoedukation bzgl. ihrer ursprünglichen Überlebensfunktionen oder auch deren Erforschung ist notwendig; dies betrifft beispielsweise das Eingestimmt-Sein auf die Reaktionen des Täters auf den Patienten als Kind und den Versuch, diese Reaktionen zu verhindern, indem andere Anteile in einer Weise bestraft werden, die sie von den Tätern erlernt haben (etwa ihre missbräuchlichen und misshandelnden Eltern). Diese Persönlichkeitsanteile können über funktionale Fähigkeiten wie Kontrolle oder Stärke verfügen, aber für gewöhnlich lehnen Patienten als ANPs sie ab und andere EPs haben Angst vor ihnen, da sie sie an Eigenschaften des Täters und an Missbrauchshandlungen erinnern. Dies behindert den therapeutischen Fortschritt. Die Unterscheidungsfähigkeit zwischen dem externem wirklichen Täter und seinem internen Abbild ist essentiell für den therapeutischen Fortschritt (Paulsen, 2009; Van der Hart et al., 2006).

Täterimitierende Persönlichkeitsanteile - jedoch nicht nur diese - sind oft involviert in selbstzerstörerisches Verhalten, Grenzüberschreitungen im Kontakt mit anderen Menschen, oder sie sind in anhaltenden physischen oder sexuellen Missbrauch verwickelt. Auch hier ist es unerlässlich zu verstehen, dass diese destruktiven Handlungen, wie unangemessen sie auch sein mögen, Problemlösungsversuche sind, die unter extremen (missbräuchlichen) Umständen entwickelt wurden. Therapeuten müssen die ursprüngliche Überlebensfunktion verstehen und anerkennen und dem ANP helfen, mit diesen Persönlichkeitsanteilen über alternative, weniger destruktive, sondern eher konstruktive Lösungen zu verhandeln (C.A. Ross, 1997). Es ist elementar zu erklären, dass diese EPs immernoch in Trauma-Zeit leben und somit auf Trigger in der gleichen Art und Weise reagieren, wie während der tatsächlichen Traumatisierung. Anschließend kann diesen Persönlichkeitsanteilen geholfen werden, in der Gegenwart besser orientiert zu sein: Dies geschieht durch Gegenwarts-Orientierung (presentification, siehe die folgenden Texte). Das Persönlichkeitssystem

des Patienten kann insgesamt deutlich kooperationsfähiger werden, besser Probleme lösen und adaptive Entscheidungen treffen.

Die Überwindung der Phobie vor jungen, schwachen Persönlichkeitsanteilen

Auch, wenn ANPs oder starke EPs (wie Kampf-EPs) verwundbare und schwache Kind-Anteile verachten oder ablehnen, kann es wesentlich sein, dass der Therapeut dem Patienten das Aktions(sub)system in seiner Überlebensfunktion erläutert, um eine akzeptierendere und respektvolle Haltung diesem gegenüber zu fördern. Dieser Bezug auf den Kampf-EP liegt beispielsweise bei einer Frau mit DIS vor, die im Alter von 17 Jahren eine Gruppenvergewaltigung erlebte. Während dieser Vergewaltigung wurde der Kampf-EP von einem Kind-Anteil, der sich angesichts des massiven Angriffs ergab, abgelöst. In Reaktion auf den Kampf-EP, der seine Abscheu vor diesem Kind-Anteil ausgedrückt hatte, fragte der Therapeut: „Haben Sie irgendeine Vorstellung, was passiert wäre, wenn Sie sich weiter gewehrt hätten und der Kindes-Anteil nicht übernommen hätte?“ Der Kampf-EP schwieg einen Moment und antwortete dann sichtlich geschockt: „Dann wären wir getötet worden.“ Darauf folgte eine durch den Therapeuten geführte Annahme (guided acceptance) dieses ehemals verachteten Kind-Anteils. Ein anderes Beispiel betrifft eine Frau, die von ihrem Vater während ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurde. Sie hatte einen wütenden EP, der einen Kleinkind-EP nicht tolerieren konnte, der stark an den Täter gebunden war. Beiden Persönlichkeitsanteilen konnte durch den ANP geholfen werden, sich gegenseitig als notwendig zu erleben, und zu erkennen, wie diese verständlicherweise widerstreitende Tendenzen ihrem Vater gegenüber personifizierte. Durch Psychoedukation konnte der ANP die Perspektive beider EPs verstehen (das Bedürfnis des kleinen Mädchen-Anteils nach Bindung und das Hassgefühl, das der andere EP empfand). Als Erwachsene konnte sie verstehen, dass als Kind ihre beste Möglichkeit darin bestand, sich innerlich zu spalten, um eine Beziehung zu ihrem ganzen Selbst zu ermöglichen. Solch eine integrative Sichtweise kann durch kurze BLS-Sets verstärkt werden.

Kurz gesagt ist es unerlässlich, dass der Patient die Schlüsselprinzipien schrittweiser Akzeptanz, Anerkennung und Erkenntnis von EPs und ANP(s) als Teile ein und derselben Persönlichkeit versteht und anzuwenden lernt, und dass jeder Persönlichkeitsanteil gegenüber allen anderen und für alle anderen Anteile verantwortlich ist. Andernfalls könnten

bestimmte Persönlichkeitsanteile des Patienten den Therapeuten als „Babysitter“ benutzen – z.B., indem die Sitzung zum Weinen und Erlangen der empathischen Unterstützung des Therapeuten genutzt wird, ohne voranzukommen – ; oder sie könnten vom Therapeuten erwarten, dass er verschiedene andere dissoziierte Persönlichkeitsanteile entweder entsorgt, sie bestraft oder kontrolliert, anstelle persönlich für deren Handlungen Verantwortung zu tragen (die letzten Endes den Patienten als Gesamt-System ausmachen).

Ressourcenarbeit

Ressourcenentwicklung und –installation (Resource Development and Installation, RDI) ist eine weit verbreitete Intervention in der EMDR-Therapie (Korn & Leeds, 2002), jedoch sollte das Konzept der Ressourcenarbeit für Patienten mit komplexen Traumata erweitert werden. Ressourcenarbeit beinhaltet die Mobilisierung von emotionalen, kognitiven, sensomotorischen und relationalen Ressourcen; Ich-Stärkungs-Strategien und Empowerment-Interventionen. Um dem Ziel eines grundlegenden Energie-Managements näher zu kommen (ausreichend Schlaf, Erholung, Essen) ist die Entwicklung somatischer Ressourcen wie Erdung, aufmerksames Körperbewusstsein und weitere Anwendung sensomotorischer Erfahrungen, um Begrenzung und Regulation zu fördern (Ogden et al., 2006), sehr wichtig.

RDI sollte wie jede andere Intervention bei einem Patienten mit komplexer Persönlichkeitsdissoziation mit der Zustimmung des Gesamtsystems der Persönlichkeitsanteile durchgeführt werden. Eine Patientin beispielsweise hatte eine starke Phobie davor, von elternähnlichen Figuren verlassen zu werden (inklusive dem Therapeuten). Auf die Frage, was sie bräuchte, um ihr Arousal zu reduzieren, wenn sie allein in ihrem Zimmer ist, entgegnete sie: „Den Glauben an Verbundenheit, an Allianz.“ Der ANP bat die anderen Persönlichkeitsanteile, sich ihr in dieser Übung anzuschließen, womit sie einverstanden waren. Sie malte das Symbol dieses Glaubens: Zwei einander haltende Hände. Während sie diese Zeichnung hielt, installierte der Therapeut diese Ressource im ANP durch BLS, während er gleichzeitig vorschlug, dass sie (der ANP) inneren Kontakt zu den EPs halten solle, mit denen sie das gleiche Gefühl teilte.

Zeitorientierung

Eine spezielle Ressourcen-Technik, die am wichtigsten zur Entwicklung dualer Aufmerksamkeit ist, ist die

Zeitorientierung. Wie bereits erwähnt, leben EPs normalerweise in Trauma-Zeit und differenzieren somit nicht zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Der Therapeut kann einem bestimmten EP helfen, sich bis zu einem gewissen Grad des aktuellen Jahres bewusst zu werden und dass die Gefahr vorüber ist, indem er durch den ANP mit ihm spricht und kurze, langsame BLS-Sets einsetzt (z.B.: „Weiß dieser Anteil, dass wir das Jahr 2013 haben . . . dass du erwachsen bist . . . und dass die Gefahr vorüber ist und nicht jetzt stattfindet?“). Weitere Interventionen können ergänzt werden, wie z. B., den EP die Hand des Patienten anschauen zu lassen und dann den Ring am Finger zu bemerken, oder das Datum der heutigen Zeitung oder eines Kalenders zu betrachten. Zusätzliche kurze BLS-Sets können die Co-Bewusstheit verbessern, zu Spannungs-Reduktion und weiterer Integration führen, die das Einbeziehen adaptiver Informationen beinhaltet. Nichtsdestotrotz ist Vorsicht geboten, um zu vermeiden, dass Erinnerungsmaterial jenseits des Toleranzfensters des Patienten aktiviert wird. Sollten negative Gefühle aufkommen, sollte die BLS gestoppt werden; hier ist zusätzliche Erforschung erforderlich, um diese Vorgänge zu verstehen; und/oder Erdungs-/Stabilisierungstechniken sollten eingesetzt werden, um den Patienten im Toleranzfenster zu halten. Zum selben Zweck können positive Gefühle wie Mitgefühl oder andere adaptive Gefühle eines Persönlichkeitsanteils (z.B. des ANPs) gegenüber einem anderen (z.B. dem EP) mit kurzen und langsamen BLS-Sets verstärkt werden.

Die Imagination des sicheren Ortes

Die Imagination eines sicheren oder ruhigen Ortes kann Persönlichkeitsanteilen dabei helfen, mit vorhersehbaren Triggern in alltäglichen Lebenssituationen umzugehen; beispielsweise bei stark verstörenden Erinnerungen, Überzeugungen, Diskussionen zwischen anderen Anteilen, die wiederum deren traumatische Erinnerungen triggern könnten und Ähnlichem. Dies beinhaltet Vorstellungen eines Ortes, wo sie sich sicher und geschützt fühlen; sollte das Konzept und die Erfahrung von Sicherheit ihnen noch unbekannt sein, kann es ein Ort sein, der ihnen ein Gefühl relativer innerer Entspannung (ease) vermittelt (Brown & Fromm, 1986; Van der Hart et al., 2006). Die Installation des sicheren Ortes ist eine wohlbekannte Intervention für EMDR-Therapeuten (z.B. Gelinas, 2003; Korn & Leeds, 2002; O'Shea, 2009). Bei dissoziativen Patienten kann sie in verschiedener Weise eingesetzt werden; z.B. durch die Erschaffung eines sicheren Ortes für Kind-Anteile, die besser einige Interaktionen des Patienten mit anderen Menschen

nicht mitbekommen sollte, oder auch eine innere Unterhaltung zwischen anderen Persönlichkeitsanteilen. In manchen Fällen können Gruppen dissoziierter Persönlichkeitsanteile einen gemeinsamen sicheren Ort haben, oder jeder einzelne Anteil hat seinen eigenen.

Beispielsweise musste ein Patient gelegentlich mit hoch-intrusiven Besuchen seiner Eltern zurechtkommen, die sich sehr negativ über alles, was sie an ihm oder an seinem Appartement bemerkten, äußerten. Er hatte einen durchsetzungsstarken ANP, aber wenn die Eltern kamen, triggerten diese sofort höchst unterwürfige Kind-EPs, die den Eltern angstvoll in jeder Hinsicht gehorchten. Die Erschaffung eines sicheren Ortes für diese Kind-Anteile – die sich dort hinbegeben würden, wann immer der ANP es ihnen sagen würde – war ein Weg, es dem Patienten zu ermöglichen, die Übergriffe der Eltern zu stoppen. Der andere war die Erschaffung eines imaginären schützenden Mantels durch den ANP, der sein Vertrauen verstärkte, mit dieser großen Herausforderung umzugehen (Boon et al., 2011; Van der Hart, 2012).

Wenn jedoch der Therapeut solche Stabilisierungstechniken anwendet, ohne sich des internen Systems der dissoziierten Persönlichkeitsanteile bewusst zu sein, ohne geprüft zu haben, ob alle Anteile mit den Verfahren und den ausgewählten Bildern übereinstimmen und ohne ein gutes Verständnis für die Eigenschaften schwer traumatisierter Patienten zu haben, kann das Ergebnis in das Gegenteil dessen umschlagen, was beabsichtigt war. Zum Beispiel kann ein feindlich gesinnter Anteil das Gefühl haben, dass einem Kind-Anteil bei der Suche nach einem sicheren Ort zu helfen, einen Versuch darstellt, seiner Kontrolle zu entkommen und wird dies somit sabotieren. Oder das Wort „sicher“ könnte als traumatischer Trigger fungieren, da er mit „wie unsicher meine Kindheit war“ assoziiert ist. Der Patient könnte allein durch den Gedanken daran, wie viele relevante Dinge er entbehrte, in emotionalen Stress geraten. Oder der Patient könnte aufgrund der Nicht-Anerkennung der traumatischen Erlebnisse durch den ANP als sicheren Ort den Raum seines Elternhauses wählen (in dem er missbraucht wurde).

Weitere Ressourcenanwendungen

Wie bereits erwähnt sollte Ressourcen-Installation bei Patienten mit einer komplexen Traumatisierungsgeschichte breit konzipiert sein. RDI kann nicht nur für den Haupt-ANP sehr nützlich sein, sondern auch für die anderen dissoziierten Anteile (inklusive der EPs). Beispiele für die benötigten Ressourcen eines ANPs sind Selbstregulation, Objekt-Konstanz, Mut,

Mitgefühl mit dem inneren System und Vertrauen. Für EPs, die primär von Verteidigungs-Aktions-Subsystemen implementiert werden, sind die benötigten Ressourcen oder Skills erlebte Sicherheit, Bindung, Stärke, proaktiver adaptiver Coping-Stil und Gegenwarts-Orientierung. Damit RDI in diesen Fällen erfolgreich ist, muss oft zuerst etwas Arbeit an der Überwindung verschiedener dissoziations-aufrechterhaltender Phobien (wie die Phobie vor dissoziierten Anteilen) erfolgen. Wenn z.B. der ANP so gestärkt wird, könnten manche EPs das Gefühl haben, dass ihr innerer Gegner sie somit leichter besiegen kann. Als der Therapeut eine Ressource bei einem Patienten installieren wollte, bei dem eine Depression diagnostiziert worden war – der Therapeut wusste nicht, dass dieser DDNOS hatte – hörte der Patient dementsprechend eine starke Stimme in seinem Kopf, die ihn anschrie: „Wenn du ihm [dem ANP] mehr Kraft gibst, wirst du es mit mir [dem EP] zu tun bekommen.“ Weiß der Therapeut von der Persönlichkeitsdissoziation des Patienten, kann dies eine solche Situation verhindern und jegliche Intervention sicherer und effektiver für den Patienten machen.

Schlussfolgerung

TSPD und AIP sind kompatible Modelle zur Arbeit mit traumatisierten Patienten und können sich gegenseitig ergänzen. TSPD bietet auf der einen Seite ein umfassendes Konzept für ein besseres Verständnis der komplexen und dissoziativen inneren Welt von Patienten mit komplexen traumabezogenen Störungen und für die Behandlungsplanung. Der phasenorientierte Behandlungsansatz, der im Bereich komplexer traumabezogener Störungen große Akzeptanz genießt, betont die Wichtigkeit einer angemessenen Stabilisierungsphase, die Symptomreduktion, Skills-Training und die Etablierung einer sicheren therapeutischen Beziehung mit einschließt. Er kann EMDR-Therapeuten wichtige Ressourcen zur Vorbereitung einer sicheren und effektiven Trauma-Reprozessierung bieten. Auf der anderen Seite kann die Einbeziehung spezieller EMDR-Techniken, einschließlich BLS während der Stabilisierungsphase, den therapeutischen Prozess verkürzen und verbessern. In diesem Artikel wurden durchgehend TSPD-Annahmen und besondere EMDR-Techniken kombiniert. Somit wird die wichtige Ressourcenarbeit hervorgehoben und ebenso das TSPD-Prinzip, die sogenannten „Ersatz-Überzeugungen“, die die adaptiveren und integrativeren mentalen behavioralen Aktionen ersetzen, zu verändern. Hauptformen dieser Ersatz-Überzeugungen und damit verbundener mentaler und behavioraler

Aktionen beinhalten die verschiedenen dissoziativen Phobien, von denen einige systematisch in der Stabilisierungsphase angesprochen werden müssen. Kurz gesagt werden die Patienten nach dieser notwendigen Vorarbeit bereit sein für die EMDR-Reprozessierung (im Sinne der TSPD: Synthese und Erkenntnis) traumatischer Erinnerungen, was der Hauptfokus eines Folgeartikels sein wird.

Übersetzung von Marlen Lenzen

Fußnoten

1. Anm. d. Übers.: Für einen erleichterten Lesefluss wird im Folgenden in Bezug auf den Patienten nur das Maskulinum verwendet.
2. Anm. d. Übers.: Verlust der Unterscheidungsfähigkeit zwischen traumatischer Vergangenheit und sicherer Gegenwart.
3. Anm. d. Übers.: Es gibt im Deutschen keine wirklich treffende Übersetzung für „mental\“ oder „behavioral action“, deshalb habe ich den englischen Ausdruck analog übernommen.

Literaturhinweise

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bergmann, U. (2007). Hidden selves: Treating dissociation in the spectrum of personality disorders. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181–225). New York, NY: Springer Publishing.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65–79.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for clients and therapists*. New York, NY: Norton.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, D., Schefflin, A. W., & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York, NY: Norton.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York, NY: Norton.
- Dell, P. F. (2009). Understanding dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 709–825). New York, NY: Routledge.

- Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrications of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 275–290.
- Forgash, C., & Copeley, M. (Eds.). (2007). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. New York, NY: Springer Publishing.
- Forgash, C., & Knipe, J. (2007). Integrating EMDR and ego state treatment for clients with trauma disorders. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 1–59). New York, NY: Springer Publishing.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation*, 4, 205–213.
- Fraser, G. A. (2003). Fraser's "dissociative table technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(4), 5–28.
- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 91–135.
- Gonzalez, A., & Mosquera, D. (Eds.). (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Charleston, SC: Amazon Imprint.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR in der Behandlung psychotraumatischer Belastungssyndrome* [EMDR therapy with posttraumatic stress syndrome]. Stuttgart, Germany: Thieme.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Janet, P. (1897). Traitement psychologique de l'hystérie. In A. Robin (Ed.), *Traité de thérapeutique appliquée*. Paris, France: Rueff.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion [Amnesia and the dissociation of memories by emotion]. *Journal de Psychologie*, 1, 417–453.
- Janet, P. (1909). Problèmes psychologiques de l'émotion. *Revue Neurologique*, 17, 1551–1687.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. New York, NY: Macmillan.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal Psychiatric Research*, 40, 131–140.
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145–161.
- Kluft, R. P. (1997). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 10, 145–161.
- Kluft, R. P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 289–319.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 281–304.
- Knipe, J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181–225). New York, NY: Springer Publishing.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 264–278.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465–1487.
- Lazrove, S., & Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in clients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289–299.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297–317). New York, NY: Guilford Press.
- Luber, M., & Shapiro, F. (2009). Interview with Francine Shapiro: Historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 217–231.
- Nijenhuis, E. R. S., & Den Boer, J. A. (2009). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 337–365). Oxford, United Kingdom: Routledge.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 416–445.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'Haenen, J. A. den Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079–1098). London, United Kingdom: Wiley.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- O'Shea, K. (2009). EMDR friendly preparation methods for adults and children. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions II: For depression, eating disorders, performance, and more* (pp. 289–312). New York, NY: Norton.
- Paulsen, S. (2007). Treating dissociative identity disorder with EMDR, ego state therapy, and adjunct approaches. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of*

- trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy (pp. 141–179). New York, NY: Springer.
- Paulsen, S. (2009). Act-as-if and architects approaches to EMDR treatment of DID. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations* (pp. 357–387). New York, NY: Springer.
- 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York, NY: Wiley.
- Ross, T. A. (1941). *War neuroses*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Şar, V., Akyuz, G., & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169–176.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Solomon, R., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 315–325.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79–116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–80.
- Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and ego states. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 88–120). New York, NY: Norton.
- Van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 8458. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8458>
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379–396.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. M. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical consideration. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 76–92.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6, 162–180.
- Zuschriften zu diesem Artikel bitte an: Onno van der Hart, PhD, Department of Clinical and Health Psychology, Utrecht University, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, Niederlande. E-mail: o.vanderhart@uu.nl