

Ego-State-Therapie in der Psychotraumatologie

REINER SEIBOLD

Zusammenfassung

Psychische Traumata führen häufig zu dissoziativer Spaltung des Selbst mit der Entstehung autonomer Persönlichkeitsanteile. Aber auch die Entwicklung der Persönlichkeit (Prägung) oder die Begegnung mit bedeutsamen Persönlichkeiten (Introjektion) lassen Anteile der Persönlichkeit entstehen, die bereits C.G. Jung (1995) als sogenannte Komplexe, später John und Helen Watkins (2003) als Ego-states beschrieben. Die Ego-State-Theorie geht von einem multizentrischen Selbst aus, das durch Traumata fragmentiert werden kann. Die Ego-State-Therapie versucht, die einzelnen Anteile durch Aufbau einer wertschätzenden Beziehung zu ihnen und ihre Vernetzung miteinander in einem inneren Team zu integrieren. Dies ermöglicht vielfach eine Stabilisierung traumatisierter Patienten, aber auch die Traumabearbeitung ist in der Beziehung zu und zwischen den Ego-States sinnvoll möglich. Die Ego-State-Therapie wird an Hand von Fallbeispielen überblicksweise vorgestellt. Schlüsselwörter: Komplextheorie, Dissoziation, Ego-State, Traumatherapie, Integration, Selbstanteile.

Schlüsselwörter: *Komplextheorie, Dissoziation, Ego-State, Traumatherapie, Integration, Selbstanteile.*

Summary

Psychic trauma often results in a dissociative splitting of the self in combination with the development of autonomic parts of personality. However, development of personality (imprinting) or encounter with significant others (introjections) make up parts of personality that have been described by C G Jung as so-called complexes, later on by John and Helen Watkins as ego states too. Ego-state

theory is based on a multi-centric self, which can be fragmented as a result of trauma. Ego-state therapy tries to integrate the different parts of personality in an inner team by building-up a respectful correlation and by cross-linking them with each other. In many cases, this allows not only a stabilisation of traumatised patients, but also coping with trauma in the interrelation to and between ego states in a sensible way. Ego-state therapy is outlined with the help of case studies. Key words: Complexity theory, dissociation, ego state, trauma therapy, integration, parts of the self

Keywords: *Complexity theory, dissociation, ego state, trauma therapy, integration, parts of the self*

Das fragmentierte Selbst

Das Wort Trauma bedeutet im eigentlichen Wortsinn übersetzt so viel wie Wunde, Verletzung. Eine äußerliche Wunde der Haut beinhaltet immer eine Durchtrennung verschiedener Hautschichten bzw. weitergehend auch darunter liegender Strukturen. In der Psychotraumatologie findet sich das gleiche Phänomen einer seelischen Verletzung im Sinne einer Zertrennung, oder besser Spaltung psychischer Strukturen. Im Außen bewirkt die Spaltung im Moment des Traumas die Entstehung des Gegensatzpaares von Täter und Opfer, wobei die traumatische Situation gekennzeichnet ist durch die massive Bedrohung des Selbst durch die stattfindende Gewaltausübung bei gleichzeitiger Ohnmacht des Opfers. Die Antwort der Psyche auf diesen Zustand von toxischem Stress im Moment des traumatischen Geschehens ist die Spaltung des Selbst durch den Mechanismus der Dissoziation. Es entsteht ein so genannter emotionaler Persönlichkeitsanteil, der mit dem verbleibenden Rest der Persönlichkeit, dem anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil in der Zeit nach dem traumatischen Geschehen nicht mehr in Verbindung bzw. Kommunikation steht. Es kommt zu einer Spaltung bzw. Teilung des Selbst (dem inneren Ordnungsprinzip der Persönlichkeit), die im Falle des Entstehens einer posttraumatischen Belastungsstörung über lange Zeit aufrechterhalten bleibt. Spontane, durch Triggerreize ausgelöste Verbindungen des EP zum Rest der Persönlichkeit werden als Flashbacks, als Intrusionen erlebt. Diese Zusammenhänge wurden bereits vor mehr als hundert Jahren von Pierre Janet erforscht (Janet, 1965) und die Neodissoziationstheorie (Van der Hart,

Nijenhuis, Steele, 2008 und Nijenhuis, 2006) hat dieses Modell weiterentwickelt und mit wissenschaftlichen Methoden untermauert. Die bei der Fragmentierung des Selbst durch das Trauma entstehenden Persönlichkeitsanteile werden als neuronale Netzwerke betrachtet und das Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist ihre Reintegration in das Selbst, eine Heilung des Selbst im Sinne eines Integrationsvorganges. Die Aufrechterhaltung der Fragmentierung bzw. der Dissoziation bedeutet dagegen ein Verharren im Zustand des Leidens.

Jung und die Komplextheorie – ein erstes Ego-State-Modell

Janet (1965) beschäftigte sich in seinen Forschungsarbeiten zeitlebens mit den psychischen Phänomenen traumatisierter Menschen. Im Gegensatz zu Janet versuchte C.G. Jung (1965) in seinem Modell der analytischen Psychologie, Erklärungen und Heilungsmethoden für so genannte neurotische Erkrankungen bei allen Menschen zu finden, und schuf mit seinem Verständnis des Selbst und der Komplextheorie ein Persönlichkeitsmodell für die Psyche des Menschen schlechthin. Jung sieht das Selbst als eine Summe von Komplexen. Das Alltags-Ich ist dabei ein Komplex von vielen. Die jungsche Komplextheorie ist ein Konstrukt, das als ein multizentrisches Persönlichkeitsmodell betrachtet werden kann. Das Alltags-Ich ist dabei der im Bewusstsein und Alltag dominierende Komplex. Dagegen sind die meisten anderen Komplexe unbewusst und handeln mehr oder weniger autonom, dabei unkontrollierbar durch das Alltags-Ich und sind nach Jungs Auffassung die Grundlage jeglichen neurotischen Geschehens. Jung schreibt dazu: »Die Komplexe benehmen sich ja wie kartesianische Teufelchen und scheinen sich an koboldartigen Streichen zu ergötzen. Sie legen einem gerade das unrichtige Wort auf die Zunge, sie entziehen einem ausgerechnet den Namen der Person, die man vorstellen sollte, sie verursachen den Hustenreiz gerade beim schönsten Piano im Konzert, sie lassen den zu spät Kommenden, unscheinbar sein Wollenden mit Krach über einen Stuhl stolpern, sie empfehlen, bei einem Begräbnis zu gratulieren, anstatt zu kondolieren ... Sie sind die handelnden Personen unserer Träume, denen wir so machtlos gegenüberstehen ...« (Ges. Werke 1995, Band 8, § 202). Jung betont den unterschiedlichen Grad von Autonomie und Elaboration der Komplexe, wie dies auch die Neodissoziations-theorie für die dissoziativen Persönlichkeitsanteile formuliert. Jung beschreibt den Komplex als ein psychisches Phänomen, das ein Kernelement (ein Symbol,

ein Grundgedanke, oder eine seelische Grundannahme, möglicherweise aber auch eine traumatische Erinnerungssequenz) enthält. Dieses Kernelement wird begleitet durch eine Kombination charakteristischer Emotionen, aber auch Körperwahrnehmungen, und ist über Assoziationsbrücken mit anderen Komplexen verbunden bzw. wird durch Assoziationsbrücken von außen aktiviert. Jung spricht davon, ein Komplex werde konstellierte, d.h. mit psychischer Energie aufgeladen und dadurch im multizentrischen Selbst handlungswirksam, wenn er über Assoziationsbrücken Verbindung erhält, sei es zu anderen Komplexen oder zu Phänomenen außerhalb der Persönlichkeit. Der psychotherapeutische Ansatz in der analytischen Psychologie nach Jung (Ges. Werke 1965, Bd. 16, Teil I) besteht hauptsächlich in der Bewusstwerdung der autonomen Komplexe, um ihnen damit die psychische Energie zu entziehen und die Unkontrollierbarkeit des Geschehens zu überwinden. Auch Jung geht davon aus, dass Komplexe auf diese Weise ihre Wirksamkeit, ihre unerwünschten Nebenwirkungen sozusagen, verlieren, ohne aber prinzipiell zu verschwinden, da sie Teil des Persönlichkeitssystems sind und bleiben. Die Entstehung der Komplexe schildert Jung als einen normalen Entwicklungs- oder Prägungsvorgang der Persönlichkeit vom Kindesalter an ausgehend, aber auch Komplexe traumatischen Ursprungs werden in seine Überlegungen miteinbezogen. Die Jung'sche Komplextheorie ist aus dieser Sicht eine erste ausführliche Komplextheorie, die über die Psychotraumatologie hinausgeht und als ein Persönlichkeitsmodell der menschlichen Psyche angesehen werden kann. Jung konnte auch auf experimentellem Weg die Komplexe mittels Assoziationsexperiment nachweisen (Ges. Werke Band 2).

Die Ego-State-Theorie von John und Helen Watkins

Die heute bekannte Ego-State-Theorie geht auf John und Helen Watkins (Watkins und Watkins 2003, S. 45 ff) zurück. Sie beziehen sich in ihren Arbeiten grundsätzlich auch auf die Komplextheorie Jungs, aber auch die Zwei-Energien-Theorie von Paul Federn (zit. aus Watkins und Watkins 2003, S. 29 ff) und entwickeln ausgehend von ihrem Ego-State-Modell eine in der psychotherapeutischen Alltagspraxis breit anwendbare Therapieform, die Ego-State-Therapie, die mit hypnotherapeutischen Methoden arbeitet und in keiner Weise auf die Psychotraumatologie beschränkt wird. Watkins definiert Ego-State »als organisiertes Verhaltens- und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames

Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist« (Watkins & Watkins 2003, S.45). Diese Sichtweise erklärt den Persönlichkeitscharakter dieser phänomenologisch abgrenzbaren psychischen Einheiten. Claire Frederick (Phillips und Frederick 2007, S. 95) betont dagegen die Wichtigkeit der Auffassung von Ego-States als Energiezustände. In der praktischen Arbeit und im täglichen Begegnen mit diesen psychischen Phänomenen neigen wir Menschen zu Konstrukten, die zu einer Verdinglichung führen. Wir benützen Metaphern wie Inneres Kind oder Vaterkomplex und Menschen mit multipler Persönlichkeit, also dissoziativer Identitätsstörung, geben ihren Persönlichkeitsanteilen häufig Namen, schreiben ihnen einen bestimmten Charakter zu. Es besteht gar die Neigung, vom Begriff des Persönlichkeitsanteils im Alltagsjargon zu dem einer Persönlichkeit überzugehen oder Ego-States als Kobolde, Teufelchen oder Untermieter zu betrachten. Diese Anschauungsform ist für das menschliche Denken hilfreich, da wir mit dem abstrakten Begriff des Energiezustandes weniger anfangen können. Es ist jedoch immer notwendig, sich dessen bewusst zu werden, dass Komplexe bzw. Ego-States Energiephänomene der menschlichen Persönlichkeit sind. Auch Jung (Ges. Werke 1965, Bd. 8, § 19) sieht sie als Energiezustände und verweist auf die grundlegenden Arbeiten Janet (Ges. Werke 1965, Bd. 8, § 202 ff), der erkannte, dass Persönlichkeitsanteile traumatischen Ursprungs dann wirksam werden bzw. die Fragmentierung des Selbst zunimmt, wenn das Gesamtniveau der psychischen Energie abfällt, von Janet als *abaissement du niveau mental* bezeichnet. Kommt es zu einer Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit durch Sicherheit im Außen, durch eine gute Umgebung, durch die Überwindung einer Krise, so steigt das mentale Energieniveau wieder an und es kommt spontan zum Rückgang der dissoziativen Phänomene, zu einem Wiedererstarken des Alltags-Ichzustandes und zu einer oft überraschenden spontanen Restabilisierung der Betroffenen. Die autonomen Komplexe verlieren damit wieder rasch ihre Kraft. Diese Stabilisierungsphänomene sind jedoch keine prinzipielle Heilung, sondern nur vorübergehende Effekte. Bei erneutem toxischem Stress kommt es wieder zu einer ebenso raschen Fragmentierung im Selbst und zu einem erneuten Auftreten der verschiedenen Persönlichkeitsanteile. Diese im stationären klinischen Alltag häufig zu beobachtenden Phänomene sind durch das Energiemodell erklärbar.

Archetyp versus Komplex

An dieser Stelle sei noch ein klärendes Wort in Bezug auf die Jung'sche Komplextheorie und seine Archetypenlehre (Ges. Werke 1965, Bd. 9/1, Teil III und IV) anzufügen. Die Komplextheorie und das multizentrische Selbst sind die Grundlage der Jungschen Psychologie, die Archetypenlehre ist dagegen nur ein Teil, und Jung betont, dass Archetypen etwas ganz Anderes sind, als Komplexe! Im Sinne Jungs gehören Archetypen der Kollektivpsyche, also dem kollektiven Unbewussten an. Dagegen wäre die traumatische Erfahrung eines Menschen, die zur Entstehung eines emotionalen Persönlichkeitsanteiles geführt hat, in Verbindung mit spezifischen Erinnerungen an dieses Trauma bzw. damit verbundenen Gefühlen, Schmerzen etc. ein individueller traumatischer Komplex. Das Phänomen des Traumas, die Spaltung in Täter und Opfer, wäre der Archetyp des Traumas, der in der Geschichte der Menschheit immer wieder zu Kriegen führt, in denen dann eine Vielzahl individueller traumatischer Komplexe durch die Gewalterfahrungen entsteht. Sie lassen sich wieder über Generationen weiterverfolgen im psychischen Leiden des Individuums und in ihrer Summe verleihen sie auf der Ebene der Kollektivpsyche dem Archetyp des Traumas Energie (zur transgenerationalen Weitergabe von Traumata s. Ruppert 2010).

Das multizentrische Selbst als Strukturmodell der Psyche

Komplextheorie und Ego-State-Theorie können als Persönlichkeitsmodell, als Strukturmodell des Selbst betrachtet werden, und die von Watkins daraus entwickelte Ego-State-Therapie erscheint breit anwendbar in der Psychotherapie schlechthin, aber speziell geeignet für die Psychotraumatologie. Gerade Menschen mit ausgeprägter dissoziativer Erkrankung bieten uns Ego-States förmlich an in der Therapie, sind selbst meist sehr vertraut damit, in diesen Dimensionen zu leben und ihren Alltag in irgendeiner Weise damit zu meistern. Die Ego-State-Therapie ist grundsätzlich ein integrativer Ansatz, und versucht Ego-States, die nicht mit anderen Anteilen kommunizieren, wieder einzubinden. Zentrales Anliegen der Ego-State-Arbeit ist der wertschätzende Umgang mit allen Ego-States, alle Anteile sind für den Gesamterhalt des Systems wichtig bzw. wurden entwickelt, um das Überleben zu ermöglichen. Dissoziation als ein Entstehungsmechanismus für Ego-States traumatischer Natur ist hier als eine Strategie zu sehen, die das Überleben angesichts maximaler Bedrohung ermöglicht. Aber auch Ego-

States, die im Laufe der kindlichen oder späteren Entwicklung entstehen, durch Prägung oder durch Introjektion wichtiger Personen, (z.B. Elternkomplexe) haben adaptiven Charakter. Sie sind notwendig, um soziale Rollen zu erfüllen.

Ego-State-Theorie und Dissoziative Identitätsstörung: Kontinuum oder Qualitativer Sprung?

Es wird strittig diskutiert, ob Ego-States und dissoziative Persönlichkeitsanteile das gleiche Phänomen sind, wie auch die Frage offen ist, ob von dem von Watkins beschriebenen Kontinuum von der »Normalpersönlichkeit« bis zur Dissoziativen Identitätsstörung auszugehen ist, oder ob die Annahme eines Konstrukts einer pathologischen Dissoziation notwendig ist in Unterscheidung zur Alltagsabsorption. Ein qualitativer Sprung wurde von Waller (Waller, Putnam, Carlson 1996) nach taxonomischen Untersuchungen gefordert. Dazu und zum Stand der Diskussion sei auf Carsten Spitzer verwiesen (Spitzer 2007). Das Konstrukt einer pathologischen Dissoziation mag auch vor dem Slogan »wir sind doch alle ein bisschen multipel« schützen, macht es uns doch Angst, wenn wir feststellen, nicht der alleinige Herr im Haus zu sein.

Es ist allgemein bekannt, dass sowohl John und Helen Watkins, als auch Pioniere der DIS-Therapie, wie Frank Putnam, aus der klassischen Hypnose kommen. Ego-States, die durch Tranceinduktion hervorgeholt werden und die Persönlichkeitsanteile dissoziativer Patienten, die sich in einer Art von Dauer-Hypnoid befinden, bieten oft das gleiche Bild. Der Unterschied zwischen »ein bisschen multipel« und DIS liegt vor allem darin, dass letztere eine schwere Erkrankung darstellt und die Betroffenen schwerste Missbrauchserfahrungen und sadistische Gewalt in früher Kindheit erleiden mussten. Wir können von diesen Menschen sehr viel lernen und die Techniken, die Putnam beschreibt, sind in der Ego-State-Therapie vielfach einsetzbar.

Es geht in der Ego-State-Therapie darum, zu möglichst vielen oder allen Anteilen Beziehungen aufzubauen, Kontakt zu knüpfen und die intrapsychische Kommunikation wiederherzustellen. Dieser wertschätzende Ansatz allen Anteilen gegenüber dient dazu, die Qualitäten eines inneren Teams zu betonen. Eine innere Demokratie anzustreben, anstelle von innerem Krieg mit gegenseitiger Unterdrückung und Machtausübung. Ein »Wegtherapieren« von Ego-States wäre dagegen als eine Art von Exorzismus aufzufassen, die dem humanistischen Ansatz

der Ego-State-Theorie diametral widerspricht. Es geht letztendlich um Integration, um intrapsychische Bindung und Kooperation im Sinne der Herstellung einer neuen inneren Ordnung. Mit den einzelnen Ego-States sollten Arbeitsbündnisse formuliert werden (Phillips und Frederick, 2007). Sie sollten in die Therapiearbeit eingebunden und neuen sinnvollen Aufgaben zugeführt werden. Praktische Aspekte der Ego-State-Therapie

Zu den elaborierten Techniken der Ego-State-Arbeit verweise ich auf Watkins (Watkins und Watkins 2003, 142 ff), aber in jüngerer Zeit v.a. auf Maggie Phillips und Claire Frederick (Phillips und Frederick 2007, 93 ff), Kai Fritzsche und Woltemade Hartman (Fritzsche und Hartman 2010, 15 ff und Teil II). Hier sollen nur einige wichtige Punkte kurz angerissen werden, v.a. die Aspekte der Stabilisierung in der Ego-State-Therapie traumatisierter Personen, der Art und Weise Zugang zu Ego-States zu finden, ihre Beziehungen untereinander zu fördern und dabei mit traumatischem Material integrativ zu arbeiten. Zur Aufstellungsarbeit mit Anteilen siehe Franz Ruppert (Ruppert 2010). Phasenorientiertes Vorgehen

Wie immer in der Traumatherapie wird auch bei Anwendung der Ego-State-Therapie in Phasen vorgegangen. Ein sehr effizientes Modell, das SARI-Modell, beschreiben Maggie Phillips und Claire Frederick (2007). Es geht um die Schritte Stabilisierung – Zugang (access) zu traumatischen Erfahrungen – Auflösung (resolving) traumatischer Erfahrungen – Integration. Die Stabilisierungsarbeit steht in der Psychotraumatologie am Anfang jeder Therapie, so auch in der Ego-State-Therapie. Auf einschlägige Techniken wie Imaginationsverfahren wird in der bekannten Weise zurückgegriffen (Reddemann 2003, Huber 2005). Auch John und Helen Watkins (Watkins und Watkins 2003, 143) wendeten bereits vor mehr als 20 Jahren hypnotherapeutische Techniken dieser Art wie bspw. die Übung des sicheren inneren Ortes an. Stabilisierung durch Vertrauen und Beziehung

Im Laufe der Therapie ist es häufig so, dass immer mehr Anteile bereit sind, zur Stabilisierungsarbeit beizutragen, da sie mehr und mehr die positive Wirkung spüren und Vertrauen in die Therapie entwickeln. Andererseits gibt es Ego-States, Franz Ruppert (Ruppert 2010, 83 ff) bezeichnet sie als Überlebensanteile, häufig sind es auch Täterintrojekte, die die Stabilisierungsarbeit blockieren und so zu einem Widerstand führen. Oft ermöglicht erst ein erfolgreiches Verhandeln mit

solchen Ego-States einen wirklichen Effekt von Stabilisierungstechniken. Diese Überlegungen zeigen, dass die direkte Kontaktaufnahme zu den Ego-States zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen sollte. Destabilisierend wirkt ein fortbestehender Täterkontakt. Dafür sind meistens bestimmte Ego-States (Täterintrojekte) verantwortlich. Um einen Täterkontakt nachhaltig aufzulösen, ist die Beziehungsarbeit mit den dafür verantwortlichen Ego-States erforderlich. Die Aufrechterhaltung der Dissoziation stellt, wie oben beschrieben, den eigentlichen Krankheitszustand dar, und sie dient der Vermeidung der intrapsychischen Phobien. (Van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008) Aus der Sicht der Ego-State-Therapie könnte man davon sprechen, dass verschiedene Anteile sich voreinander fürchten bzw. sich ablehnen, hassen oder schlichtweg nicht kennen. Die Angst der Ego-States voreinander wird v.a. durch die Traumaskripts, durch Erinnerungssequenzen, Bilder, Gefühle und anderes traumaassoziiertes Material bedingt, das von bestimmten Ego-States sozusagen verwahrt wird, aus Jungs Sicht Teil dieses Komplexes ist. Die Auflösung der intrapsychischen Phobien dieser Art, u.a. durch verhaltenstherapeutische Methoden, stellt aus der Sicht der Neodissoziationstheorie die hauptwirksame Maßnahme der Therapie dar. Aus der Sicht der Ego-State-Arbeit hieße dies, ein Bewusstwerden (Realisieren) der Existenz der Ego-States untereinander und den Abbau der Ängste voreinander zu fördern, zur Verbesserung der Bindung aneinander oder eben zur Aufnahme von Beziehung mit dem Ziel der Kooperation und des gegenseitigen Verständnisses. All diese Phänomene wirken letztendlich nachhaltig stabilisierend und auch heilsam auf die desorganisierten Bindungsmuster.

Psychoedukation

Ein wichtiger Stabilisierungsfaktor in der Ego-State-Arbeit ist zu Beginn der Therapie ein Quantum an Psychoedukation. Es ist wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass die Existenz von Ego-States eine normale Grundlage der menschlichen Psyche und der Persönlichkeitsstruktur ist. Viele traumatisierte Personen erleben auch in sich große Angst, verbunden mit dem Gedanken, verrückt zu werden, wenn sie erstmals in ihrem Leben die Existenz autonomer Persönlichkeitsanteile wahrnehmen und ihre eigene Dissoziation realisieren. Es ist eine Entlastung für die Betroffenen und damit schon ein Stabilisierungsschritt, wenn man ihnen vermitteln kann, dass dies eine kreative Strategie ihrer Psyche

ist, um belastende Ereignisse überstehen zu können, dass ein Zerrissensein in der Seele, ein Nebeneinander von widerstrebenden Tendenzen und Meinungen im Sinne von Goethes Faust »zwei Seelen wohnen ach in meiner Brust« (Goethe, Faust I, Vers 1112) Menschheitsphänomene sind und mit Psychose nichts zu tun haben. Es hilft den Patienten auch, zu betonen, dass die Integration dieser Anteile Heilung bedeutet. Es muss geklärt werden, dass Integration nicht wegmachen, wegoperieren, medikamentös totmachen heißt, sonst gehen Ego-States, die diese Tendenz von Arztbesuchen bestens kennen, sofort in den Widerstand bzw. geben sich nicht mehr zu erkennen.

Kontaktaufnahme

Die oben stehenden Ausführungen machen deutlich, dass es aus Sicht der Ego-State-Theorie sinnvoll erscheint, möglichst früh den Kontakt zu den Ego-States aufzunehmen. Dies scheint häufig das große Problem zu sein. In Wirklichkeit bieten die Patienten im Allgemeinen den Kontakt zu Ego-States förmlich an, wenn wir nur darauf achten. Bereits ein Symptom, ein psychosomatischer Schmerz, kann der erste Zugang zu einem Ego-State sein oder ein Affekt, der über die Affektbrücke (Watkins u. Watkins 2003) in direkter Weise zu einem verletzten Persönlichkeitsanteil, zu einem traumatisierten Ego-State führt. Der Zugang zu Ego-States erfordert nicht grundsätzlich klassische Hypnose (Die Ausbildung in EST inkludiert aber hypnotherapeutische Techniken). Man kann den Kontakt zu ihnen am Anfang sehr gut über Externalisierungsverfahren herstellen, bspw. die Aufstellung eines Stuhlkreises (Fritzsche u. Hartman 2010). Wenn die Patienten ein Problem, ein Anliegen formulieren bspw. mit einem bestimmten Affekt besser zurechtzukommen, dann fordert man sie auf, sich bei der Stuhlkreisarbeit mit dem Anliegen zu verbinden und von Stuhl zu Stuhl zu gehen, der jeweils einem Ego-State zugeordnet wird. In einem ersten Durchgang ist es möglich, dass der Patient bei jedem Stuhl nur ganz kurz einen ersten Hinweis auf diesen Persönlichkeitsanteil gibt, den der Therapeut auf einen Zettel schreibt und auf den Stuhl legt. Auf diese Weise kann zunächst erfasst werden, wer zu dem genannten Anliegen befragt werden könnte oder sollte. In einem weiteren Durchgang kann der Patient von einem Stuhl zum anderen gehen, jeweils Platz nehmen, der Therapeut dahinter stehend schreibt auf den zum Stuhl gehörigen Zettel Wahrnehmungen des Patienten aus der Position des jeweiligen Ego-States,

Gefühle, Meinungen, Gedankeninhalte, Erinnerungen etc. in Bezug auf das zugrunde liegende Anliegen. So werden die Informationen Stück für Stück erarbeitet und immer mehr verfeinert. Dies ist ein erstes Ego-State-Mapping, das bereits einen Überblick über das Innensystem ermöglicht im Sinne einer inneren Landkarte. Später kann auf den Stuhlkreis verzichtet werden, wenn es möglich wird, aus einer Sitzposition heraus immer wieder verschiedene dieser Ego-States herauszurufen und zum jeweiligen Thema zu befragen. Die Kommunikation mit den einzelnen Ego-States erfolgt jetzt in einem spontanen tranceartigen Zustand durch direktes Sprechen oder über ideomotorische Fingersignale. Diese sollten möglichst früh in der Therapiearbeit besprochen und eingeübt werden. Dabei kommt es meist schon zu ersten Versuchen einer Kontaktaufnahme durch Ego-States, die während des bewussten Gesprächs des Patienten durch diese Signale ihre Meinung zu dem Gesagten signalisieren. Man geht feinfühlig auf die Signale ein, mit einer Bemerkung wie: Ich sehe da ein Nein zu dieser ihrer Meinung, da ist offenbar jemand anderer Auffassung, wir sollten uns Gedanken machen, um wen es sich da handelt, um ihn nach seiner Meinung fragen zu können... Alternativ zur Stuhlkreisemethode, die zumindest viele Stühle und entsprechenden Raum im therapeutischen Setting verlangt, ist es auch sehr gut möglich, mit Figuren am Familienbrett zu arbeiten, ergänzend aber auch mit naturalistischen Spielfiguren, v.a. in Tierform, Puppen oder im Sandbild.

Fallbeispiel 1

Ein 44-jähriger Mann kommt in die Praxis mit dem Anliegen, mit einem Affekt besser umgehen zu können, der die Beziehung zu seiner Ehefrau mehr und mehr belastet. Er kann sich seine Existenz nicht erklären. Es handelt sich um ein Gefühl, das er mit Ekel beschreibt, dass immer bei großer emotionaler und körperlicher Nähe zu seiner Frau auftaucht. Er ist mittlerweile Vater eines Kindes im Säuglingsalter geworden und empfindet den genannten Affekt als Bedrohung für seine Beziehung. Nach einem ausführlichen Anamnesegespräch beim Ersttermin ist der Patient bereits in der zweiten Sitzung bereit, diesem Affekt stärker nachzuspüren mit der Frage, welcher Teil von ihm könnte dieses Gefühl produzieren und mit welcher Absicht. Er verbindet sich intensiv mit dem Gefühl des Ekels und dem damit verbundenen intensiven Druckschmerz hinter dem Brustbein. Auf die Frage, ob er sich an diese Wahrnehmungen bereits in früheren Lebensphasen (Affektbrücke) erinnern könne, taucht ganz spontan ein Bild auf. Er sieht sich als Zweijährigen im Gitterbett stehend, an die Gitterstäbe

geklammert, an diesen rüttelnd, laut weinend und schreiend nach der Mutter. Er kann sie nicht sehen, da sie zu diesem Zeitpunkt in einem anderen Stockwerk des Hauses arbeitet. Dies war offensichtlich zu regelmäßigen Zeitpunkten der Fall. Er spürt die Verzweiflung und zunehmende Erschöpfung des kleinen Hannes, der am Ende der Szene einschläft. Das Bild wandelt sich, er sieht, dass der zweijährige Kleine aufwacht und die Mutter zurückkommt, und spürt in dem Moment, in dem die Mutter auf ihn zugeht, das Gefühl dieses so genannten Ekels und den Schmerz hinter dem Brustbein. Er nimmt wahr, dass es sich um ein kompliziertes Gemisch aus Wut, Trauer und Ablehnung der Mutter gegenüber handelt. Das Bild wandelt sich rasch, und es taucht eine neue Szene auf. Seine beiden Eltern gehen mit ihm als Dreijährigem in den Wald spazieren. Am Ende des Spaziergangs ist es Zeit, den Wald wieder zu verlassen. Der kleine Hannes wehrt sich dagegen, möchte noch weitergehen, die Eltern geben ihm lächelnd zu verstehen, dass er eben dann allein weitergehen müsse, und kehren um. Kurz darauf ist er allein und verlassen in dem Wald und gerät in tiefe Angst, spürt wiederum den Druckschmerz hinter dem Brustbein, und es dauert eine für den Kleinen ewig erscheinende Zeit, bis eine Nachbarin, die ihn kennt, ihn aufgreift und nach Hause bringt. Dort empfangen ihn die Eltern freudestrahlend und mit offenen Armen, wiederum taucht das Gefühl des Ekels, der Ablehnung und der Wut auf. Der Patient realisiert die Trauer, hat Tränen in den Augen und kann die Nöte des kleinen Hannes empathisch wahrnehmen. Dadurch wird ihm bewusst, wie sehr die Sehnsucht des Zweijährigen nach Nähe und Geborgenheit gleichzeitig gekoppelt ist mit Ablehnung und Wut. Diese Mischung von Gefühlstönen war einst in der Beziehung zu seiner Frau nur ein peripheres Problem, nahm jedoch rasch zu, als sie selbst Mutter wurde, und sich dem Stillkind zuwendend immer weniger Zeit für ihn hatte – aus der Sicht des zweijährigen Ego-States. Eifersucht ist somit ein weiterer Gefühlston, der zum Gefühlskomplex des Ekels gehört. Der Patient realisiert, dass der zweijährige kleine Hannes in seiner Ehefrau die Mutter sieht.

Projektion und Übertragung können auch als Ego-State-Phänomene verstanden werden. Die Wahrnehmung und der Bewusstseinshorizont eines Kleinkind-Ego-States entsprechen eben einem zweijährigen Kind und nicht dem erwachsenen Alltags-Ich. Der geschilderte Fall zeigt einen sehr spontanen und raschen Zugang zu einem Ego-State. Der Patient kommt mit einem klaren Anliegen in die Therapie, nicht jedoch mit einer hoch dissoziativen Störung, ist berufsfähig bei guter Alltagsstabilität. PTBS-Patienten würden einen so raschen Zugang zu

einem verletzten kindlichen Anteil sicher nicht verkraften und auch nicht zulassen. Ein Beispiel für eine Patientin mit einer hoch dissoziativen Störung (DDNOS F44.9) zeigt dagegen einen ganz anderen Therapieverlauf.

Fallbeispiel 2

Die 33jährige Patientin kommt in die Klinik aufgrund einer ausgeprägten dissoziativen Störung, die zu einer Berufsinvalidisierung geführt hat. Bereits am Beginn der Therapie fallen wechselnde Identitätszustände auf. Die Patientin sitzt oft wie ein scheues Reh verschreckt in der Ecke und leidet offensichtlich unter dem sozialen Stress im klinischen Setting. In Einzelgesprächen lässt sich eine gute Vertrauensbasis aufbauen, und die sich rasch entwickelnde Kohäsion in der Therapiegruppe führt zu einer baldigen Stabilisierung der Patientin mit Zurückgehen der dissoziativen Zustände. In den Gesprächen gibt die Patientin zu verstehen, dass sie ideomotorische Fingersignale bereits kennt, jedoch nicht aus früheren Therapien, sondern sie selbst unterhält sich quasi mit ihrer Innenwelt mit diesen Fingersignalen, kann sozusagen im stillen Kämmerchen Informationen von innen bekommen, kennt da bereits eine alte weise Frau, die ihr immer wieder gute Ratschläge gibt, und wenn sie so still für sich nachdenkt, kommen immer wieder Reaktionen über Fingersignale, die ihr deutlich machen, dass es noch andere Seelenanteile in ihr geben müsse. Sie ist darüber besorgt, dies könnte ein Zeichen für eine beginnende Psychose sein. Entsprechende Erklärungen aus der Sicht der Ego-State-Therapie wirken für sie entlastend, und es ist sehr rasch möglich, mit den Fingersignalen bereits Kontakte zu der weisen Helferpersönlichkeit aufzunehmen, die im weiteren Verlauf zu einem wertvollen Helfer und Berater in der Therapiesituation wird. Es erscheint sinnvoll, den Zugang zu den Ego-States zu systematisieren und einen Überblick zu gewinnen, und es wird mit der Patientin eine Stuhlkreisarbeit über mehrere Sitzungen durchgeführt. Es zeigen sich insgesamt 12 Ego-States in verschiedenen Alterszuständen. Die Patientin nimmt bei der Stuhlkreisarbeit von einem Stuhl zum anderen gehend Platz und kann in der jeweiligen Position eines Ego-States teilweise mit leiser Stimme sprechen, in manchen Fällen jedoch nur mit ideomotorischen Fingersignalen auf meine ja-nein-strukturierten Fragen Antworten geben. Sie geht dabei in einen spontanen, tranceartigen Zustand. Es lässt sich eine Übersicht erstellen mit Altersangaben zu den einzelnen Ego-States, Namen werden genannt, Eigenschaften beschrieben, Informationen gegeben über die Beziehung der Ego-States zueinander, sodass ein Überblick über das Beziehungsnetz geschaffen

werden kann, der auch zeigt, an welchen wichtigen Positionen Beziehungen unterbrochen sind, um traumatische Erfahrungen verdeckt zu halten, die andere Anteile bzw. das Alltags-Ich überfordern würden. Die im stationären Setting auf diese Weise gewonnenen Informationen über das Innensystem können nach der Entlassung der Patientin in einer ambulanten Therapie weiterverwendet werden. Es wird möglich, Gespräche zwischen einem 12jährigen Mädchen, das missbraucht wurde, und dem Täterintrojekt herzustellen. Es gibt quasi harmlose, ungefährliche Gesprächskombinationen wie zwischen der alten Weisen und dem 12jährigen Mädchen, aber auch einem Vaterintrojekt, und verschiedenen Kindanteilen, die stabilisierend wirken und unverfänglich sind, da nicht mit traumatischen Erfahrungen verbunden. Die eigentlich schwierige Begegnung zwischen dem Täterintrojekt, dem so genannten Fremden, und der 12jährigen sind jedoch nur in der sicheren Atmosphäre der Therapiesitzung möglich. Die beiden können sich in einem Trancezustand der Patientin direkt miteinander unterhalten. Dieses Gespräch wird durch mich als Therapeut durch Hin- und Herfragen geleitet, jeweils ja-nein-strukturierte Fragen werden mit ideomotorischen Fingersignalen beantwortet. Es zeigt sich, dass das Täterintrojekt dafür verantwortlich ist, den Täter im Außen zu schützen, dass er nicht verraten wird, keine Details weitergegeben werden und das Täterintrojekt somit Angst hat vor den Erzählungen der 12jährigen. Diese wiederum befürchtet, dass durch die Therapie die Erinnerungen in Vergessenheit geraten könnten. Sie realisiert als traumatisierter Ego-State nicht die Gegenwart im Hier und Jetzt. Dies wird durch die direkte Arbeit mit diesem Ego-State jedoch möglich, und es wird für die 12jährige auch begreifbar, dass der als Täterintrojekt fungierende Ego-State nicht mit dem Außentäter identisch und damit nicht für die Tat verantwortlich ist, nicht bestraft werden muss, keine unmittelbare Bedrohung darstellt. Es wird auch für mich eindrucksvoll erlebbar, wie eine tiefere Sinnhaftigkeit des Täterintrojekts darin besteht, dass durch diesen Täter-Ego-State eine Aussprache möglich wird, eine Annäherung und auch eine Art von innerem Frieden, ein um Verzeihung bitten durch das Täterintrojekt. Dies wäre mit dem Außentäter zum derzeitigen Zeitpunkt undenkbar. Durch die intensive Gesprächsarbeit zwischen dem Vaterintrojekt und einem 6jährigen Kind verbessert sich die Beziehungsqualität der Patientin zu ihrem Vater im Außen deutlich. Hier sind bereits klärende Gespräche über schwierige Situationen in der Kindheit der Betroffenen möglich. Bei zunehmender Reduktion der intrapsychischen Phobien der Ego-States untereinander wird es der Patientin mehr und mehr möglich, auch im Alltag die

Kommunikation der Ego-States untereinander zu intensivieren. Sie fängt an, ein quasi automatisches Schreiben zu entwickeln. Die linke Hand wird nach wie vor für ideomotorische Fingersignale verwendet. Sie selbst geht zu passenden Zeitpunkten im Alltag, in denen sie sich sicher fühlt und sich in ihrem Zimmer zurückziehen kann, in einen leichten Trancezustand. Die Augen dabei jedoch geöffnet, kann sie mit der rechten Hand Botschaften, die die linke Hand durch Fingersignale meldet, oder die durch innere Stimmen mitgeteilt werden, aufschreiben und kann damit ein Skript anlegen, das ihr einen zunehmenden Überblick über ihre Biografie ermöglicht. In ein spezielles Heft können auch traumatische Erinnerungen niedergeschrieben werden.

Am Anfang der Arbeit mit der Patientin stand das Bemühen, die Bedürfnisse, Wünsche und Befürchtungen der einzelnen Ego-States kennenzulernen und ihnen auch zunehmend Verständnis und Sicherheit zu vermitteln. Durch die eigene schriftliche Arbeit konnte die Patientin mehr und mehr Selbstwirksamkeit erfahren und neben dem Therapiesetting ihren therapeutischen Prozess, sprich die Entwicklung einer Kooperation im Ego-State-System, auch selbst weiterführen.

Fallbeispiel 3

Eine 45jährige Patientin kam in die ambulante Therapie aufgrund immer wieder auftretender schwerer depressiver Episoden und latenter Suizidgedanken sowie massiver psychosomatischer Beschwerden, die über Jahre hinweg ärztlicher Therapie bedurften. Autoallergische Erkrankungen mussten mit Cortison behandelt werden, und aufgrund eines Schmerzsyndroms kam es zu jahrelangem massivem Analgetikagebrauch. Nach einer affektiven Stabilisierung mit teilweise auch stationären Aufenthalten traten unvermutet Flashbacks auf mit Erinnerungsbildern, die auf einen Missbrauch im frühen Kindesalter hindeuteten. Die Patientin war für diese Phase vorher völlig amnestisch und mit dem Auftreten der Flashbacks wurden auch heftige Kopfschmerzattacken sowie Gelenkschmerzen getriggert. Im Rahmen der imaginativen Stabilisierungsarbeit zeigte sich spontan ein verletztes Kind, das von der Patientin als die kleine Anna bezeichnet wurde. Erst in Träumen auftretend, kam es dann auch tagsüber in Imaginationen zu immer häufigeren Kontakten, die die Patientin sehr verunsicherten. Zeitweise entwickelte sie eine massive Ablehnung gegen dieses Kind, das sie als schmutzig, eklig, widerspenstig bezeichnete, das ständig danach drängte, ihr Geschichten erzählen zu wollen. In der Imagination sah sie dieses Kind in einen tiefen Keller gesperrt mit zahlreichem Gerümpel, in dem sich das Kind verstecken konnte.

*Nach und nach gelang es ihr, den Kontakt zu intensivieren, das Kind über die Keller-
treppe durch innere Helfer mit Nahrungsmitteln und Kleidung zu versorgen. Immer
wieder versuchte sie, diesen Ego-State wegzusperren, um ihn nicht anhören zu müssen.
Letztendlich gelang es, das Vertrauen dieses verletzten, kindlichen Anteils zu stärken
und die Erlaubnis der Erwachsenen zu bekommen, mit dem Kind direkt Kontakt
aufzunehmen. Es erforderte nur eine geringfügige Veränderung der Stimmlage, um
die Patientin in einen leichten Trancezustand zu versetzen. Sie nahm dabei spontan
eine veränderte Körperhaltung ein, hielt ein kleines Stofftier in der Hand, auf dem
sie während der gesamten Trancephase heftig herumknetete und mit kindlicher
Stimme zaghaft zu sprechen begann. Als 4-jähriges Kind sprach sie im Du zu mir,
wollte auch von mir in dieser Form angesprochen werden und begann, von ihren
traumatischen Erfahrungen zu erzählen. Dabei ging es weniger um die Details des
Missbrauchs, als vielmehr um die Gefühle des Kindes, um Ängste, Verwirrung, den
Zweifel an der Loyalität gegenüber dem Vater, versteckte Wut, hauptsächlich aber
Scham und Schuldgefühle, das Gefühl, schmutzig zu sein. Es ging um Ekel, um
Schmerz und um die Verzweiflung über den Verrat der Mutter, die ihr nicht zuhören
wollte, sie nicht schützen wollte oder konnte. Die Erwachsene konnte in diesen
Trancezuständen immer selbst entscheiden, ob sie ihrem inneren verletzten Kind zu-
hören möchte oder nicht. Letztendlich gelang es ihr immer besser, zuzuhören und zu
realisieren, wie weit die Missbrauchserfahrung wirklich gegangen war. Mehr und
mehr konnte sie Empathie für diesen kindlichen Ego-State entwickeln, sich um die
Bedürfnisse des Kindes kümmern, mit ihm zusammen spielen, es in seinen Alltag
einbauen und Co-Bewusstsein entwickeln. Mit zunehmender empathischer Verbindung
zu diesem Ego-State verschwanden mehr und mehr die psychosomatischen Symptome,
die Analgetikatherapie wurde vollständig eingestellt. Es konnte dann auch auf die
Probleme in der Intimität in der Beziehung eingegangen werden, durch Absprachen
mit dem kindlichen Anteil, dass die kleine Anna sich dabei an ihren sicheren Ort
zurückziehen sollte. Bei der Bearbeitung dieser Thematik traten Täterintrojekte auf,
die dabei eine erhebliche Rolle spielten, die Patientin in der Intimität mit dem
Partner in Flashbacks zu versetzen. Der kindliche Ego-State konnte mehr und mehr
lernen, zwischen dem Partner der Patientin und dem Missbrauchstäter zu unterschei-
den, damit in der Hier-und-Jetzt-Realität anzugelangen. Die Täterintrojekte traten
bei der Patientin in einer sehr symbolhaften Form auf, trotz der eindeutigen Zuord-
nungsmöglichkeiten zu den biografischen Hintergrundfiguren. Auch eine Kontaktauf-*

nahme mit direkten Gesprächen zu den Täterintrospektionen war in diesem Stadium nicht möglich bzw. notwendig, da die Patientin inzwischen eigene Strategien entwickelt hatte, um eine Neuordnung im Innensystem aufzubauen. Es ist anzumerken, dass die Patientin eine dissoziative Symptomatik und eine komplexe PTBS aufweist, jedoch keine dissoziative Identitätsstörung. Die Identität ist im Alltag kohärent.

Die vorliegende Arbeit soll einen kurzen Überblick über die Ego-State-Theorie, ihre Wurzeln sowie die praktische Anwendung der Therapie verschaffen. Der Kreis von Janets dissoziativen Anteilen über Jungs Komplexe bis zu Watkins Ego-States schließt sich in der Auffassung all dieser Phänomene als Energiezustände, die durch ein Herabsinken des mentalen Energieniveaus »sichtbar« werden (verursacht durch den traumatischen Stress und ähnlich in der hypnotischen Trance). Ihre bildhafte Beschreibung ist nur ein Arbeitsmodell. Der Prozess in der Ego-State-Therapie liegt in der Bindungsarbeit im Selbst, im Wachsen der inneren Kooperation bis zur Integration. Er ist dialogisch und dialektisch – und vergleichbar mit dem Prozess in der Gruppentherapie, nur in der inneren Gruppe.

Die Theorie Janets ist beschreibender Natur und bedarf nicht des Konstrukts des dynamischen Unbewussten der Psychoanalyse! Schon Morton Prince empfahl, den Begriff des Unbewussten durch Kobewusstsein zu ersetzen. Freud und Janet trennten Welten in ihrer Auffassung vom Wesen der Psyche und des Psychotherapeutischen Prozesses.

Literatur

- Fritzsche, Kai & Woltemade Hartman (2010): Einführung in die Ego-State-Therapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Goehte, Johann Wolfgang von (1986): Faust. Stuttgart: Reclam
- Huber, Michaela (2005): Wege der Traumabehandlung. Paderborn: Junfermann.
- Janet, Pierre (1965): Major Symptoms of Hysteria. New York: Hafner.
- Jung, Carl Gustav (1995): Die Dynamik des Unbewußten. Ges. Werke, Bd. 8. Düsseldorf: Walter.
- Nijenhuis, Ellert R.S. (2006): Somatoforme Dissoziation. Paderborn: Junfermann
- Phillips, Maggie & Claire Frederick (2007): Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Putnam, Frank W. (2003): Diagnose und Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann.

- Reddemann, Luise (2003): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Ruppert, Franz (2010): Symbiose und Autonomie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Spitzer, Carsten, Sven Barnow, Harald J. Freyberger & Hans Joergen Grabe (2007): Pathologische Dissoziation – ein sinnvolles Konzept? Trauma & Gewalt, 1, 34-43.
- Van der Hart, Otto, Ellert R.S. Nijenhuis & Kathrin Steele (2008): Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann.
- Waller, Niels G., Frank W. Putnam & Eve B. Carlson (1996): Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analyses of dissociative experiences. Psychological Methods, 1, 300-321.
- Watkins, John G. & Helen Watkins (2003): Ego-States, Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Autorenhinweis

Reiner Seibold

Klinische und Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin, Psychodrama-Psychotherapeutin, Supervisorin, EMDR- und Trauma-Behandlerin; freie Praxis für Psychologische Diagnostik, Behandlung und Psychotherapie, Lehrtätigkeit an der Med.-Univ. Graz.

Arbeitsschwerpunkte: Trauma, Essstörungen, Gender in Psychologie und Psychotherapie

*Dr. med. Reiner Seibold
Arzt und Psychotherapeut
Rehaklinik für Seelische Gesundheit
Grete-Bittner-Straße 40
A-9020 Klagenfurt*

E-Mail: reiner.seibold@web.de