

Kai Fritzsche

Einführung in die Ego-State-Therapie¹

An Introduction to Ego-State-Therapy

Die Ego-State-Therapie hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt und weit verbreitet. Sie ist zu einem festen Bestandteil der psychotherapeutischen Landschaft geworden, hat immer mehr an Bedeutung gewonnen und wird neben dem traumatherapeutischen Bereich zur Behandlung eines breiten Störungsspektrums und in verschiedenen Behandlungssettings eingesetzt. Sie bietet effektive Behandlungsmöglichkeiten in der Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Dieser Beitrag gibt eine Einführung in die Ego-State-Therapie. Die Definition von Ego-States, ihre Entstehung, Erscheinungsformen sowie die Beziehungsebenen, die prozessorientierten Ziele und das Behandlungsmodell der Ego-State-Therapie werden vorgestellt.

Schlüsselwörter

Ego-State-Therapie – Konzeption – Einführung – Praxis

In the course of the last few years, Ego-State-Therapy has evolved and spread rapidly. It became an inherent part of the psychotherapeutic landscape gaining increasing significance. Alongside its application in the behavioral therapeutic field, the method is being employed for the treatment of a broad range of mental disorders and is used in differing treatment settings. Ego-State-Therapy offers effective treatment strategies regarding psychotherapeutic interventions with children, adolescents and adults. This publication gives an introduction to Ego-State-Therapy. The definition of Ego-States, their emergence, embodiments and relational levels are outlined and process-oriented aims and the treatment model of Ego-State-Therapy are presented.

Keywords

Ego-State-Therapy – concept – introduction - practice

Definition von Ego-States

Stellen Sie sich einen kleinen Jungen² vor, sensibel, zart, offen und sensitiv. Um ihn herum, die Eltern, die Geschwister sind aus anderem Holz. Das Laute, Rohe und Gewalttätige regiert. Man könnte den Eindruck gewinnen, er sei in die falsche Familie geboren. Irgendetwas stimmt nicht. Irgendetwas passt nicht. Niemand versteht ihn. Niemand

¹ Dieser Artikel erscheint in erweiterter Form in: Brächter, Wiltrud (Hrsg.) (in Vorb.): „Der singende Pantomime.“ Heidelberg (Carl-Auer).

² Das Fallbeispiel in diesem Beitrag wurde soweit verändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

hat Verständnis für ihn. Im Gegenteil, sein Anderssein verstört die Familienmitglieder und führt zu Feindseligkeiten. Er erfährt keine emotionale Nähe, keinen Halt, keine Wärme. Seine Rolle ist eher die eines Prügelknaben oder eines Ausstellungsstückes, eines seltenen Exponates, das herumgezeigt wird. Er wird mit seinem für die Familie *außerirdischen* Wesen und den nicht verstandenen Talenten herumgezeigt und dafür im gleichen Atemzug bestraft, bestraft mit Ablehnung, Verachtung und Unterdrückung. Es sind keine leichten Startbedingungen. Es finden sich nicht viele förderliche Faktoren für eine positive Persönlichkeitsentwicklung. Dass sein Wesen etwas Wertvolles ist, kann ihm in diesem Alter und unter diesen Bedingungen nicht bewusst werden.

Was passiert? Der Junge beginnt, intuitiv zu reagieren. Es entstehen verschiedene Persönlichkeitsanteile (Ego-States) mit verschiedenen Bedürfnissen und Aufgaben. Die Seiten von ihm, also die Ego-States, mit denen die Familie nichts anfangen kann, versucht er, in eine innere, nur ihm selbst zugängliche Welt zu verlagern. Es sind die Ego-States, die das Kreative, Musische und Fantasivolle verkörpern. Sie werden an einen inneren, sicheren Ort gebracht. Einerseits sind sie für die Bewältigung seiner Situation hilfreich und wichtig. Andererseits werden sie zu einer Gefahr, da sie in seinem Umfeld die Auslöser von Angriffen sind. Weiterhin lernt er, immer darauf zu achten, wie die Stimmung der anderen ist. Er lernt, zwischen den Zeilen zu lesen, Gefahren sehr früh zu erkennen und sich schnell darauf einzustellen. Er lernt, die Bedürfnisse der anderen zu entschlüsseln und sich soweit es ihm möglich ist, danach zu richten. Er kommt in große Not, da er auch viel Unrecht wahrnimmt, das vertuscht werden soll, nicht an die Oberfläche darf. Dadurch wird er ungewollt zum Wissenden, was ihn wiederum in Gefahr bringt. Er lernt, dass er falsch ist, dass an ihm etwas nicht stimmt, vielleicht sogar alles nicht stimmt. Er wächst in *zwei Kulturen* auf, in der seiner Eltern und Geschwister und in seiner eigenen, die fest unter Verschluss ist, so fest, dass für ihn selbst der Zugang immer schwerer wird. Er wächst sozusagen *bilingual* auf. Die eine Sprache ist die der Familie. Die andere ist seine eigene. Er beginnt jedoch nach und nach seine eigene Sprache zu verlernen. Es beginnt ein dissoziativer Prozess.

Er findet kaum Freunde. Jahre später scheint sich eine Freundschaft zu einem Jugendlichen zu entwickeln. Doch der Preis ist sehr hoch. Er besteht in der Erfüllung dessen sexueller Wünsche. Es ist ein traumatisches Dilemma, und es hält einige Zeit an. Der Junge, bei dem sich unbewusst bereits erste dissoziative Strategien entwickelten, um in dieser Familie zurechtzukommen, gerät weiter in einen Teufelskreis der Stressbewältigung durch Dissoziation. Es entstehen z. B. weitere dissoziierte, also nicht zugängliche traumabedingte Ego-States. Die Identitätsentwicklung ist massiv gestört. Große Krisen folgen aufeinander. Selbstschädigendes und selbstabwertendes Verhalten tritt vermehrt auf, als wolle er sich beweisen, verabscheuungswürdig zu sein. Beziehungsversuche scheitern. Bald folgt Suizidalität. Zu den frühen Erfahrungen, falsch zu sein, kommt das Erleben, für andere Menschen schädlich zu sein.

Letztlich entwickelt sich eine Art komplexes inneres Bewältigungssystem, das es ihm ermöglicht, nicht unterzugehen. Verschiedene Ego-States sind dafür verantwortlich, dass dieses System funktioniert und aufrechterhalten bleibt. Dazu gehören auch stark destruktiv wirkende Ego-States. Sie erledigen ihre Aufgaben sehr gewissenhaft und haben keinen Zugang zu den *unangenehmen Nebenwirkungen* ihrer Strategien. Es geht darum, einen letzten Rest an innerem Gleichgewicht zu gewährleisten. Den Luxus, dabei noch auf ein Wohlergehen zu achten, kann sich das innere System nicht leisten. Die „Nebenwirkungen“

zeigen sich als psychopathologische Symptome, die die Indikation für die Behandlung darstellen. Er hat große Angst, sich diesem inneren Geschehen zu stellen, sich innerhalb einer Psychotherapie damit auseinanderzusetzen. Sein Mut und sein Veränderungswille helfen ihm, die Auseinandersetzung zu einer wichtigen und wegweisenden Entwicklungschance werden zu lassen.

Wie lassen sich nun Ego-States definieren? Claire Frederick (2007, S. 19), deren Definition ich am treffendsten einschätze, beschreibt Ego-States als:

„Energien der Persönlichkeit, die aus der Interaktion mit der Umwelt entstanden sind und oft der Notwendigkeit entspringen, Probleme zu lösen oder Konflikte zu bewältigen. Sie sind kreative Ausgestaltungen sowohl des Gehirns als auch der Persönlichkeit im Bemühen des menschlichen Organismus, durch die Welt zu kommen, in der er lebt. Jeder Ich-Zustand besitzt seine eigenen, relativ überdauernden Affekte, Körperempfindungen, Erinnerungen, Phantasien und Verhaltensweisen, und er hat auch seine eigenen Wünsche, Träume und Bedürfnisse. Ich-Zustände stehen in ähnlicher Beziehung zueinander wie Familienmitglieder. Obgleich sie voneinander getrennt sind, tauschen sie doch Informationen aus, stehen in ständiger Kommunikation, weisen sich Rollen zu, verfolgen gemeinsame Projekte, Zwecke und Ziele. Wie in Familien kann es auch hier Grüppchen und Allianzen geben und ebenso Feindseligkeiten und Konflikte.“

Die Persönlichkeit eines Menschen weist Ego-States auf, unabhängig davon, unter welchen Bedingungen er auswuchs und was er erlebte. Ego-States finden wir nicht nur bei den Menschen, die sich an uns wenden, um Unterstützung zu erfahren. Unsere eigene Persönlichkeit ist durch verschiedene Ego-States charakterisiert.

Die Definition lässt sich sehr leicht auf das Fallbeispiel beziehen. Aus den kurzen Ausführungen können verschiedene Ego-States mit unterschiedlichen Aufgaben und Strategien beschrieben werden, jeder mit seiner eigenen Individualität und seiner eigenen Sicht auf die Welt. Ich möchte hier einige Ego-States aus dem Fallbeispiel kurz vorstellen:

- Zur Persönlichkeit des Jungen gehören Ego-States, die mit seinen Talenten, seinem Aufnahmevermögen und seinem Interesse verbunden sind. Sie verfügen über eine differenzierte Wahrnehmung, sind äußerst kreativ und phantasievoll. Diese Ego-States werden von der Familie abgelehnt und verfolgt. Sie werden zu Anlässen für Bestrafungen, die exorzistisch anmuten („*Das muss ihm ausgetrieben werden!*“). Andererseits bieten sie ihm die Möglichkeit, eine eigene Welt zu erleben, zu gestalten und sich darin wiederzufinden.
- Es entsteht u. a. ein Ego-State, der aus Gründen der Vorsicht extrem achtsam für die Bedürfnisse und Befindlichkeiten anderer Menschen ist. Er kann Stimmungen erkennen und deuten. Er verhalf dem Jungen, bereits aus minimalen Signalen den aktuellen Stand in der Familie zu erfassen und einschätzen zu können. Er funktionierte wie eine Art Frühwarnsystem.
- Es entsteht ein Ego-State, der permanent damit beschäftigt ist, das eigene Falschsein zu verbergen. Niemand soll es merken. Dieser Ego-State ist hoch aktiv und darf niemals ruhen. Er sorgt für Anpassung. Er versucht, jegliche Anlässe für Kritik von anderen auszuräumen. Er sorgt dafür, anderen Recht zu geben und sich selbst kleinzumachen. Er kappt den Zugang zu eigenen Bedürfnissen.

- Es entsteht ein destruktiv wirkender Ego-State, der das Falsche und Schädigende geradezu zu verkörpern scheint. Er scheint der Beweis dafür zu sein und liefert immer wieder neue Beweise. Er zeigt sich in massiv selbstschädigendem Verhalten sowie in verletzenden Verhaltensweisen anderen Menschen gegenüber.
- Weiterhin entsteht ein Ego-State, der für Schuld und Schuldgefühle zuständig ist. Er weist dem Patienten viele Vergehen und Verletzungen nach, macht ihm deutlich, dass er alles verspielt und nun keinerlei Rechte oder Ansprüche mehr habe. Er untersagt ihm, sich für sich einzusetzen, sich zu wehren, Grenzen zu ziehen oder gar Bedürfnisse zu äußern.
- Natürlich entstanden bei dem Jungen mehrere Ego-States in Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch, die die Persönlichkeitsentwicklung erheblich beeinflussen und die Identität sowie das Selbstbild und die Vorstellungen von Beziehungen prägen. Zu ihnen gehören auch die, die sich durch Hoffnungslosigkeit und Resignation zeigen und zu suizidalen Tendenzen führen.

Um nochmals mit den Worten von Claire Frederick zu sprechen, sind die Ego-States „Energien der Persönlichkeit, die aus der Interaktion mit der Umwelt entstanden sind und der Notwendigkeit entspringen, Probleme zu lösen oder Konflikte zu bewältigen“. Die Entstehungsbedingungen werden im folgenden Abschnitt vorgestellt.

Entstehung von Ego-States

Ich möchte hier einen zentralen, übergeordneten Entstehungsmechanismus vorstellen und anschließend auf drei von Watkins und Watkins (2003) beschriebene Mechanismen eingehen.

Die Entstehung von Ego-States lässt sich aus den Arbeiten von Klaus Grawe ableiten, die er im Zusammenhang mit seinen Überlegungen zu sogenannten psychischen Motoren des Organismus, den psychischen Grundbedürfnissen und den motivationalen Schemata vorlegte (2004). Grawe geht davon aus, dass sich bei allen Menschen vier psychische Grundbedürfnisse beschreiben lassen. Diese psychischen Grundbedürfnisse sind analog zu physiologischen Grundbedürfnissen zu verstehen, wie zum Beispiel die ausreichende Versorgung mit Nährstoffen. Als psychische Grundbedürfnisse nennt er:

- ein Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz
- ein Bedürfnis nach Lust
- ein Bedürfnis nach Bindung
- ein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Als einen der wichtigsten Motoren unserer Psyche beschreibt Grawe das Streben nach Konsistenz sowie die Konsistenzregulation. Der Begriff der Konsistenz bezieht sich auf einen Zustand des Organismus und beschreibt die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse. Der menschliche Organismus ist so eingerichtet, dass die Grundbedürfnisse, die sich zum Teil erheblich widersprechen können, fortlaufend reguliert werden. Jeder Mensch entwickelt für die Konsistenzregulation eigene, also individuelle Strategien. In unseren Grundbedürfnissen

unterscheiden wir uns nach Grawe im Allgemeinen nicht, in den Strategien, für diese zu sorgen sowie diese zu regulieren, jedoch erheblich.

Hier kommen die Ego-States ins Spiel. Ego-States „sind Mittel, die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen“. Ego-States entwickeln Strategien, um für die Befriedigung der Grundbedürfnisse sowie die Konsistenzregulation zu sorgen. Diese Strategien weisen eine unendliche Vielfalt auf. Sie können sich einen kurzen Moment Zeit nehmen und sich fragen, welche Strategien Ihrer eigenen Bedürfnisbefriedigung Ihnen bewusst sind. Auf welchem Wege sorgen Sie beispielsweise für Bindung oder für den Schutz Ihres Selbstwertes? Die Strategien sind nicht folgenlos. Sie werden nicht im luftleeren Raum angewendet. In erster Linie sollen sie natürlich erfolgreich sein. Es gibt sozusagen einen inneren Auftrag. Ähnlich dem Erleben von Hunger und der darauf folgenden Handlungsausrichtung auf die Beschaffung von Nahrungsmitteln wird im Organismus eine Aktivierung ausgelöst, sobald hinsichtlich eines psychischen Grundbedürfnisses ein Mangel oder eine Bedrohung auftritt. Der Auftrag soll möglichst effektiv ausgeführt werden.

Dabei kann es zu einer Art Tunnelblick kommen. Die Befriedigung eines der Grundbedürfnisse kann auf Kosten der anderen geschehen oder zu weiteren, teilweise sehr drastischen Nebenwirkungen führen. Die Strategien können also Schattenseiten aufweisen. Je massiver diese ausfallen, desto mehr und desto deutlicher treten psychopathologische Symptome auf. Psychopathologie entsteht hier infolge langfristig dysfunktionaler Lösungsstrategien von Ego-States.

Eine Patientin, die massives selbstverletzendes Verhalten in Form von Schneiden zeigte und deren Körper von den vielen Narben gezeichnet war, beschrieb mir den Mechanismus so, dass sie im Schneiden die einzige Möglichkeit gefunden habe, sich aus dissoziativen Zuständen, die für sie der reinste Horror sind, wieder herauszuholen. Sie habe also eine Strategie gefunden, unwillkürliches dissoziatives Geschehen kontrollierbar zu machen. Dass sie dieses Bedürfnis erlebt und dafür im inneren System nach einer Lösung gesucht wurde, ist nicht das Problem. Wer würde nicht unwillkürliches, als Horror erlebtes dissoziatives Geschehen kontrollierbar machen wollen? Die Lösung war drastisch. Sie war jedoch erfolgreich. Sie führte aber zu erneuten, nicht weniger drastischen Problemen, da die Kontrolle der dissoziativen Zustände am Ende nur noch auf dem Wege des Schneidens möglich war.

Ursprünglich stellte die Symptomatik, die wir bei den Patientinnen erleben, nicht das Problem, sondern die Lösung eines Problems dar. Nun wurde jedoch diese Lösung des Problems wiederum zu einem Problem. Ich greife auf das Fallbeispiel zurück. Um die Bindung zu den Eltern aufrechtzuerhalten, entwickelte sich bei dem Jungen u. a. ein Ego-State, der ihnen in ihrer Auffassung Recht gibt, *falsch* zu sein. Dies war eine Lösung des drohenden Bindungsverlustes, den der Junge infolge der Reaktionen auf sein Anderssein erlebte. Der Ausgangspunkt war das Erleben einer spezifischen Beziehungskonstellation. Das innere System des Jungen reagierte darauf und stellte eine Lösung zur Verfügung. Diese Lösung war anfangs sehr effektiv und erfolgreich, die Ordnung schien wiederhergestellt. Langfristig führte sie zu neuen Problemen. Dazu gehört u. a. das Erleben, anderen Menschen nicht guttun zu können, sondern ihnen zu schaden.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt tritt die Notwendigkeit auf den Plan, für die Ego-States neue Strategien der Bedürfnisbefriedigung zu finden. Es geht also in der Behandlung in diesem Fallbeispiel nicht darum, das Bindungsbedürfnis zu überwinden. Dies wäre unmög-

lich und auch nicht von dem Patienten gewünscht. Es wäre mit dem Vorhaben vergleichbar, das Nahrungsbedürfnis überwinden zu wollen. Es geht vielmehr darum, angemessene Strategien zu finden, die möglichst wenig negative Nebenwirkungen aufweisen. Die Ego-States, die für Bindung sorgen, sollen nicht entsorgt, sondern verstanden, gewürdigt und mit neuen Strategien ausgestattet werden. Weiterhin geht es darum, die Strategien hinsichtlich verschiedener psychischer Bedürfnisse mehr aufeinander abzustimmen. Hier stehen die Beziehungen der verschiedenen Ego-States und ihre Interaktion im Vordergrund. Watkins und Watkins (2003) beschreiben drei Entstehungsmechanismen von Ego-States. Der erste Mechanismus wird als *normale Differenzierung* beschrieben. Hier geht es darum, dass Ego-States durch unsere ganz normale Entwicklung entstehen. Sie entstehen durch die Lebensumstände, mit denen wir seit unserer Geburt bzw. bereits vor unserer Geburt konfrontiert wurden. Familiäre, soziale, kulturelle, politische Faktoren – um nur einige zu nennen – beeinflussen die Entstehung spezifischer Ego-States. Als zweiten Entstehungsmechanismus nennen Watkins und Watkins Introjektion. Introjektion bedeutet das unbewusste Hineinnehmen psychischen Materials in das eigene innere System. Je höher die emotionale Bedeutung der Person ist, desto stärker sind die Prozesse der *Introjektion*. Den dritten Mechanismus stellen Traumatisierungen dar. Ego-States entstehen auch *infolge von Traumatisierungen*, um diese zu bewältigen. Ihre Entstehung steht hier in engem Zusammenhang mit dissoziativem Geschehen.

Kategorien von Ego-States

Das Ehepaar Watkins verzichtete bewusst auf die Bildung von Kategorien von Ego-States. Der Versuch, Ego-States zu kategorisieren, birgt Gefahren. Diese bestehen neben den konzeptionellen Schwierigkeiten aus einer möglichen Schablonenbildung, einem Schubladenphänomen, das den klaren Blick auf das innere Geschehen der Menschen trübt, mit denen wir arbeiten. Die Kategorisierung, die im Folgenden vorgestellt wird, stellt eine grobe Übersicht über die Vielfalt der Ego-States dar. Es gibt große Überschneidungen. Stellen Sie sich vor, Sie würden von jemandem ausschließlich als Bewohnerin oder Bewohner eines Bundeslandes oder eines Kantons beschrieben und verstanden werden. Sie wären zum Beispiel eine Berlinerin, ein Bayer oder eine Zürcherin. Sie würden sich höchstwahrscheinlich in Ihrer Individualität nicht gesehen fühlen, hätten eventuell das Bedürfnis, klarzustellen, dass Ihre Persönlichkeit mehr ausmacht als die geographische Lage Ihres Wohnortes. Schlimmer würde es werden, wenn Ihr Gegenüber zu behaupten begänne, er wisse schon, wie die Berliner, die Bayern oder die Zürcher sind. Wozu sind dann überhaupt Kategorien sinnvoll? Sie sollen helfen, sich in der Landschaft der Ego-States zurechtzufinden, sich zu orientieren. Sie sollen für die Vielfalt und Unterschiedlichkeit sensibilisieren, sollen den Blick schärfen anstatt trüben. Letztlich sollen sie Möglichkeiten bieten, der Verschiedenartigkeit der Ego-States mit spezifischen Interventionen begegnen zu können. Die Kategorien, die hier vorgestellt werden, weisen Schnittstellen auf. Es geht vorrangig um eine grobe Zuordnung und nicht um eine millimetergenaue Einteilung.

Es lassen sich drei Kategorien von Ego-States unterscheiden:

1. grundsätzlich ressourcenreiche Ego-States
2. verletzte Ego-States
3. verletzende, destruktiv wirkende Ego-States

Grundsätzlich ressourcenreiche Ego-States

Zu den grundsätzlich ressourcenreichen Ego-States gehören:

1. Ego-States der inneren Stärke
2. innere Helferinnen und Helfer
3. innere Beobachterinnen und Beobachter

Der grundsätzlich ressourcenreiche Charakter dieser Ego-States ist das verbindende Element. In der Behandlung macht es sich dadurch bemerkbar, dass es seitens der Patienten dafür eine prompte Zustimmung gibt. Über den ressourcenreichen Charakter wird nicht gestritten. Es gibt natürlich Patientinnen und Patienten, die von sich selbst behaupten, nicht über derartige Ego-States zu verfügen. Sie würden das ressourcenreiche Wesen dieser Ego-States nicht in Frage stellen, sondern anmerken, dass sie selbst nicht darüber verfügen.

Die Ego-States der weiteren Kategorien sind ebenfalls als sehr wichtige Ressourcen anzusehen. Doch fällt den Patienten das entsprechende Verständnis und Erleben viel schwerer. Dass ein Ego-State, der für eine Symptomatik zuständig ist, unter der die Patientin leidet, die sie so schnell wie möglich überwinden möchte, eine Ressource darstellt, wird ihr nicht sofort einleuchten.

Die grundsätzlich ressourcenreichen Ego-States spielen in der Behandlung eine besondere Rolle. Mit ihnen beschreiten wir den Weg der ressourcenorientierten Psychotherapie. Es gibt keine negativen Nebenwirkungen, sondern eine sehr wichtige stärkende Erfahrung. Diese Ego-States sollen im besten Fall die gesamte Behandlung begleiten und auch Aufgaben von Kotherapeuten übernehmen. Häufig wird die Arbeit zu dieser Kategorie zum Behandlungsbeginn realisiert. Die Ego-State-Therapie bietet dafür eine Reihe von spezifischen Interventionen (Fritzsche, 2013, 221 f.).

Verletzte Ego-States

Zu den verletzten Ego-States gehören:

1. symptomassoziierte Ego-States
2. traumaassoziierte Ego-States

Die Ego-States dieser Kategorie stellen die *Eintrittskarte* in die Psychotherapie dar. Sie werden von den Symptomen repräsentiert, die dazu führten, dass um psychotherapeutische Hilfe gebeten wird. Sie sind mit der Symptomatik assoziiert, die überwunden werden soll. Hier wird bereits die erste Überschneidung deutlich. In jeder Symptomatik stecken ganz bestimmte Ressourcen. Diese nutzbar zu machen gehört zu den wichtigsten Bausteinen der Behandlung. Doch zunächst geht es um störende Symptome, die Leiden verursachen.

Insgesamt lassen sich die Ego-States dieser Kategorie als die für die Symptomatik verantwortlichen Ego-States beschreiben. Sie sind für die Symptomatik *zuständig*, bzw. sie *tragen* sie. Dies stellt einen wichtigen Aspekt des Konzepts der Ego-State-Therapie dar. Die Symptome sind nicht die Ego-States. Die Ego-States sorgen für die Symptome, sie sind für sie verantwortlich. Beispielsweise muss ein Ego-State, der für eine Angstsymptomatik zuständig ist, selbst nicht ängstlich sein. Die Angst ist seine Strategie, die er im Sinne der Konsistenzregulation oder der Bewältigung eines Lebensereignisses eingesetzt hat. Möglicherweise fährt er sehr gut mit dieser Strategie. Sie scheint erfolgreich zu sein. Es geht ihm gut damit. Für die Schattenseiten seiner Strategie hat er kein Verständnis, ebenso wenig für das psychotherapeutische Vorhaben, die Symptomatik zu überwinden. Andererseits könnte der Ego-State, der für die Angstsymptomatik verantwortlich ist, sich sehr hilflos fühlen und unendlich froh sein, endlich gesehen zu werden. Er fragte sich womöglich, wie stark er die Symptomatik denn noch hätte anwachsen lassen sollen, bis er endlich wahrgenommen und kontaktiert wird. Er trägt die Angst, verkörpert sie, erlebt sie. Er erhofft sich nun endlich die Hilfe, die schon lange überfällig ist.

Die Unterscheidung von symptomassozierten und traumatisierten Ego-States verdeutlicht, dass nicht alle Ego-States aufgrund einer Traumatisierung entstanden sind. Liegt keine Traumatisierung vor, spreche ich von symptomassozierten Ego-States. Eine Angststörung beispielsweise kann sich auch ohne eine Traumatisierung entwickeln. Die Unterscheidung weist auch darauf hin, dass die Ego-State-Therapie nicht nur eine traumatherapeutische Methode ist, sondern sich für die Behandlung eines sehr breiten Störungsspektrums einsetzen lässt.

Den symptomassozierten und traumatisierten Ego-States begegnen wir häufig mit Empathie und Mitgefühl. Wir reagieren spontan mit dem Bedürfnis, sie unterstützen, retten und beschützen zu wollen. Wir reagieren meistens unmittelbar wohlwollend und zugewandt. Nicht selten lösen sie mütterliche oder väterliche Empfindungen und Impulse aus. Es gibt natürlich Ausnahmen. Aber unsere spontanen Reaktionen sind typisch für diese Kategorie. Unsere Reaktionen können auch dabei helfen, uns in den Kategorien der Ego-States zurechtzufinden. Sie fallen bei den verletzenden, destruktiv wirkenden Ego-States unterschiedlich aus.

Verletzende, destruktiv wirkende Ego-States

Bei der Arbeit mit Ego-States dieser Kategorie kann es ungemütlich werden. Wir reagieren hier vielleicht nicht mehr spontan mit Empathie und Mitgefühl. Es könnte sein, dass wir etwas zurückschrecken, dass uns die Begegnung unangenehm ist, wir uns unsicher fühlen. In den Extrembereichen lösen diese Ego-States eine enorme Belastung bei uns aus, die uns auch an unsere eigenen Grenzen und darüber hinaus bringen können. Verletzende, destruktiv wirkende Ego-States lassen sich auf einem Kontinuum der Destruktivität abbilden. Der linke Bereich des Kontinuums ist dadurch gekennzeichnet, dass nur eine geringe, man könnte sagen moderate Destruktivität auftritt. Im mittleren Bereich stoßen wir – verglichen mit dem linken Bereich – auf eine deutlich stärkere Destruktivität. Von moderat würden wir nicht mehr sprechen. Es kann schon ziemlich handfest zugehen. Der rechte Bereich weist demgegenüber wiederum deutlich stärkere bis extreme Destruktivität auf, die derart massiv sein kann, dass sie allein mit psychotherapeutischen Interventionen nicht mehr zu beeinflussen ist.

Das Kontinuum der destruktiv wirkenden Ego-States lässt sich in drei Bereiche unterteilen:

1. innere Kritikerinnen und Kritiker
2. Ego-States, die destruktiver wirken als innere Kritiker
3. täternahe Ego-States

Die Einteilung folgt einem schweregradorientierten Modell, wie es auch Vogt (2012) vorschlägt. Diesem Modell zufolge verändern sich mit *zunehmender Schwere der Gewalt bzw. Deprivation* verschiedene Aspekte, die für die psychotherapeutische Behandlung hoch relevant sind. Die wichtigsten sollen im Folgenden aufgelistet werden.

Mit zunehmender Schwere der Gewalt bzw. Deprivation:

- nehmen die Fähigkeiten gesünderer Ego-States ab,
- ist der Zugang zu den destruktiv wirkenden Ego-States erschwert bis unmöglich,
- nimmt die Kooperationsbereitschaft der destruktiv wirkenden Ego-States ab (ggf. auch der anderen Ego-States),
- nimmt die Wahrnehmungs- und Differenzierungs- und Distanzierungsfähigkeit der Patienten hinsichtlich dieser Ego-States (bzw. generell für Ego-States) ab,
- verändert sich die Struktur der Ego-States, sodass Möglichkeiten der Unterstützung von Ego-States, der Nutzung von Ego-States bzw. der Einbettung in ein inneres Team immer schwieriger bis unmöglich werden,
- nimmt die Rekonstruierbarkeit der auslösenden Ereignisse ab,
- nimmt die Fähigkeit ab, den destruktiv wirkenden Ego-States Ereignisse und Personen zuzuordnen zu können.

Innere Kritikerinnen und Kritiker stehen häufig mit Themen wie Perfektionismus, Leistungsansprüchen, Anpassung an Normen, Einhalten von Regeln und Verboten, Kontrolle etc. in Verbindung. Bei Ego-States, die destruktiver wirken als innere Kritiker, finden sich deutlichere Abwertungen und selbstschädigendes Verhalten. Beides kann sich ebenfalls nach außen, d.h. auf andere Menschen richten. Verbotende, boykottierende und kontrollierende Ego-States können sich je nach ihrer Ausprägung über das gesamte Kontinuum erstrecken. Täternahe Ego-States stehen mit Traumatisierungen und massiver Gewalt im Zusammenhang. Das selbstschädigende und aggressive Verhalten ist sehr stark ausgeprägt. Begriffe wie Täterintjekte und täteridentifizierte Ego-States und die entsprechenden Konzepte gehören in diesen Bereich.

Die Ego-States dieser Kategorie stehen der Psychotherapie in den meisten Fällen sehr ablehnend gegenüber. Sie versuchen, sich zu verbergen. Sie verhindern Veränderungsschritte. Sie möchten, dass alles so bleibt, wie es ist. Dies ist auch einleuchtend, denn die Not, die sie auf den Plan rief, war zum Teil unermesslich groß. Sie hatten eine extrem schwere Aufgabe, mussten Extremstress bewältigen helfen. Nicht selten ging es um das reine Überleben. Insofern hatten sie nicht den Luxus, unter verschiedenen Bewältigungsstrategien noch die günstigste herauszusuchen und flexibel anzuwenden. Es brauchte schnelle und wirkungsvolle Hilfe. Verzögerungen oder mehrere Versuche konnten sie sich nicht leisten. Dementsprechend reagieren sie auf die psychotherapeutischen Schritte sehr ablehnend. Dass es andere Möglichkeiten der Bewältigung geben könnte und dass jetzt andere Bedingungen herrschen, nehmen sie nicht wahr. Die Arbeit mit diesen Ego-States erfordert spezifische Interventionen (Fritzsche, 2013; Peichl, 2013; Vogt, 2012).

Beziehungsebenen in der Ego-State-Therapie

Die Ego-State-Therapie verläuft auf fünf Beziehungsebenen. Jede Ebene weist Besonderheiten auf und erfordert spezifische Interventionen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist es unerlässlich, alle Ebenen im Blick zu haben und sich flexibel auf ihnen bewegen zu können.

Die fünf Beziehungsebenen lauten:

1. die Beziehungsebene zwischen Therapeutin und Patientin
2. die Beziehungsebene zwischen Therapeutin und den Ego-States der Patientin
3. die Beziehungsebene zwischen der Patientin und ihren Ego-States
4. die Beziehungsebene zwischen den Ego-States
5. die Beziehungsebene zwischen den Ego-States der Therapeutin und den Ego-States der Patientin

Auf der *ersten* Beziehungsebene geht es um die Art und Weise, in der wir mit unseren Patientinnen in Beziehung treten. Wir erleben und gestalten eine therapeutische Beziehung mit einem Menschen als Gesamtperson. Um diesen Menschen soll es in der Behandlung gehen. Er ist unser Ansprechpartner. Ihn fragen wir danach, wie sich unsere Behandlung auswirkt. Seine Stabilität steht im Vordergrund. Die Besonderheiten, die sich aus der Behandlung mit Patientinnen ergeben, die unter komplexen dissoziativen Störungen leiden, müssen an anderer Stelle thematisiert und können hier nicht vertieft werden. Sie betreffen die Schwierigkeiten, vor dem Hintergrund einer solchen Symptomatik überhaupt die Gesamtpersönlichkeit erreichen zu können.

Auf der *zweiten* Ebene treten wir als Therapeuten mit den Ego-States unserer Patienten in Beziehung. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Kontaktaufnahme. Der wichtigste Aspekt dieser Beziehungsebene ist das konkrete Begegnen. Ich muss mich als Therapeut auf den Ego-State einstellen, auf seine Sicht auf die Welt, auf sein Entwicklungsniveau und auf seine Beziehungsmuster. Mit einem kindlichen Ego-State gehe ich anders in Kontakt als mit einem pubertierenden jugendlichen Ego-State. Mit einem destruktiv wirkenden Ego-State baue ich auf anderem Wege eine Beziehung auf und gestalte sie anders als mit einem Ego-State der inneren Stärke oder einem inneren Helfer. Die Frage ist hier, wie es mir gelingt, eine tragfähige Beziehung zu einem Ego-State der Patientin zu entwickeln. Diese Beziehung ist die Voraussetzung für die weiteren therapeutischen Schritte. Misslingt der Beziehungsaufbau, werden die folgenden Interventionen zumindest diesen Ego-State nicht erreichen bzw. wird er sich nicht für eine Unterstützung einbinden lassen.

Die *dritte* Beziehungsebene beschreibt die Beziehung der Patientin zu ihren eigenen Ego-States. Die Beziehungsgestaltung fällt sehr unterschiedlich aus. Geht es um ressourcenreiche Ego-States, erleben wir in den meisten Fällen sehr positive Reaktionen. Die Patienten sind zum Teil überrascht, freuen sich, richten sich auf, strahlen, kommen in Bewegung, bekommen im wortwörtlichen Sinn Farbe und spüren ihre Energie und ihre Fähigkeiten. Der Beziehungsaufbau mit traumatisierten Ego-States sieht demgegenüber anders aus. Traumatisierte Ego-States werden zum Beispiel abgelehnt, ignoriert, ausgegrenzt, abgewertet oder beschuldigt. Auf der anderen Seite können sie extremes

Leid und einen starken Schmerz auslösen. Zu den Reaktionen gehören in diesem Fall Mitgefühl, Schutz- und Rettungsimpulse. Interessanterweise übernehmen viele Patienten in dem Moment mehr Verantwortung für sich selbst, in dem sie die Beziehung zu ihren Ego-States aufgenommen und sich entschieden haben, diese weiterzuentwickeln. Der Beziehungsaufbau zu destruktiv wirkenden Ego-States ist nicht weniger anspruchsvoll. Er erfordert viel Geduld, Geschick, Mut und die Bereitschaft, sich mit inneren Anteilen zu konfrontieren, die möglicherweise stark abgelehnt werden bzw. welche ihrerseits das Beziehungsangebot strikt ablehnen. Die Zurückweisung von Kontaktversuchen kann sowohl bei der Arbeit mit symptomassozierten bzw. traumatisierten Ego-States also auch hinsichtlich destruktiv wirkender Ego-States die psychotherapeutische Arbeit erschweren.

Die *vierte* Beziehungsebene beschreibt die Beziehungen der Ego-States untereinander. Dies ist vergleichbar mit der Betrachtung der Beziehungen der Teilnehmer einer Gruppentherapie. Wir finden Koalitionen, Fronten, Machtkämpfe. Wir finden isolierte Ego-States, verborgene Ego-States, die sich nicht heraustrennen. Wir finden die Hintermänner, die die Fäden ziehen, weiterhin Boykotteure, Dienstbeflissene und Eingeschüchterte. Das Beziehungsgeflecht ist sehr vielfältig. Eine respektvolle und wohlwollende Kooperation erscheint in vielen Fällen ein sehr weiter Weg oder gar unmöglich zu sein; zu unterschiedlich wirken die Ego-States, und unüberwindbar wirken die Gräben zwischen ihnen. Die Beziehungsarbeit auf dieser Ebene gehört zu wichtigsten Bausteinen der Ego-State-Therapie.

Die *fünfte* Beziehungsebene betrifft die Beziehung einzelner Ego-States des Therapeuten zu den Ego-States des Patienten. Welcher Ego-State meiner Persönlichkeit reagiert in welcher Art und Weise auf welchen Ego-State des Patienten? Diese Fragen, die die Bedeutung der fortlaufenden Reflexion und Selbsterfahrung verdeutlichen, sind für die Behandlung, also für unsere tägliche Arbeit mit anderen Menschen unerlässlich. In der Ego-State-Therapie erhält keine der vorgestellten Beziehungsebenen Vorrang (s. Jochen Peichl in diesem Heft). Die Beziehungsebenen sind nicht hierarchisch angeordnet. Die Auseinandersetzung mit den einzelnen Ego-States auf der zweiten und dritten Beziehungsebene ist ebenso wichtig wie die Beziehungsarbeit der Ego-States untereinander, also die Thematisierung ihrer Beziehungen und Interaktionen, die auf der vierten Beziehungsebene angesiedelt ist.

Integration und prozessorientierte Ziele der Ego-State-Therapie

Das Ziel der Ego-State-Therapie ist die Befähigung von Menschen, mit Hilfe ihrer Ego-States eine höhere innere Konsistenz und Kohärenz im Austauschprozess mit der Umwelt herzustellen und damit Wachstumsprozesse, Entwicklungspotenziale, Beziehungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit zu fördern. Es geht um die Integration von Persönlichkeitsanteilen. Die Integration erhöht die Fähigkeit, sich in der Welt zurechtzufinden, also den Anforderungen, die das Leben stellt, angemessen begegnen zu können, das Leben gestalten zu können. Es erhöht die Fähigkeit, die eigene Vielfältigkeit, Zufriedenheit und Glück zu erleben. Die Kooperation der Ego-States ist für ein solches *Projekt* eine sehr wichtige Voraussetzung. Kooperation schließt ein wohlwollendes und unterstützendes Miteinander der Ego-States ein. Der Weg dorthin kann teilweise

sehr leicht, teilweise aber auch sehr mühevoll sein. Er lässt sich anhand von Schritten beschreiben. Die Schritte bilden einen Prozess. Sie stellen den Behandlungsprozess dar. Im Folgenden stelle ich die prozessorientierten Ziele der Ego-State-Therapie vor. Sie dienen gleichzeitig der Gestaltung des Behandlungsplanes. In die Entwicklung der prozessorientierten Ziele flossen die von Phillips und Frederick formulierten Stufen der Persönlichkeitsintegration mit ein (Phillips & Frederick, 2003, S. 211 ff.). Die prozessorientierten Ziele sind nicht linear, sondern zirkulär zu verstehen. Jedes Ziel kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf relevant sein, unabhängig davon, ob es zuvor bereits bearbeitet wurde. Die Ziele bauen aufeinander auf. Das Erreichen eines der Ziele erfordert das Erreichen des vorherigen Ziels. Beispielsweise ist eine Kommunikation mit einem Ego-State nur möglich, wenn zuvor erfolgreich Kontakt zu ihm aufgenommen wurde. Andererseits ermöglicht die Aufnahme des Kontaktes nicht automatisch eine flüssige Kommunikation. Es kann Kontakt bestehen. Trotzdem kann der Ego-State die Kommunikation verweigern. Manche Ziele können parallel oder in veränderter Reihenfolge erarbeitet werden. Da wir es häufig mit mehreren Ego-States zu tun haben, müssen wir die Ziele mehrmals erreichen, für jeden Ego-State von Neuem. Die prozessorientierten Ziele dienen zusätzlich zur Orientierung im Behandlungsverlauf. Sie helfen, den roten Faden zu behalten oder wiederzufinden. Bei Schwierigkeiten im Behandlungsprozess kann ich mich zunächst fragen, welches der Ziele gegenwärtig die meiste Aufmerksamkeit bräuchte. Die prozessorientierten Ziele lauten:

1. *Aufnahme des Kontakts mit Ego-States*
2. *Aufbau von Kommunikation mit Ego-States*
3. *Entwicklung von Akzeptanz für Ego-States*
4. *Entwicklung von Verständnis für die Funktionalität der Ego-States*
5. *Unterstützung von Ego-States*
6. *Nutzung von Ego-States*
7. *Entwicklung eines inneren Unterstützungssystems*

In der Ego-State-Therapie können wir auf unterschiedliche Varianten der Kontaktaufnahme mit Ego-States zurückgreifen. Häufig werden die Varianten auch kombiniert. Die *Sprachmuster* der Patienten bieten unmittelbar viele Möglichkeiten der Kontaktaufnahme. Wenn ein Patient beschreibt, dass ein Teil von ihm dieses und ein anderer jenes wolle, ist das bereits eine Einladung, in die Ego-State-Therapie einzusteigen, indem Möglichkeiten gefunden werden, dass nun beide Teile zu Wort kommen können.

Das von Patientinnen als unwillkürlich beschriebene Geschehen, das sie am liebsten sofort hinter sich lassen würden, stellt eine weitere gute Möglichkeit der Kontaktaufnahme dar. Hier geht es darum, dass die Patientin betont, das Problemverhalten bzw. das problematische Geschehen nicht selbst und mit Absicht zu machen. Insofern scheint es *irgendetwas* in ihrem Inneren zu geben, das dafür zuständig ist. Der Weg der Aufnahme des Kontakts besteht nun in der Frage, ob es nicht sein könnte, dass es einen inneren Anteil, also einen Ego-State gibt, der für dieses Erleben verantwortlich ist und ob die Patientin sich vorstellen könne, diesen Ego-State kennenzulernen und ihn besser zu verstehen. Die technische Umsetzung dieses Schrittes ist damit noch nicht entschieden. Aber der Weg der Aufnahme des Kontakts ist gebahnt. Ebenso kann der Kontakt zu mehreren Ego-States aufgenommen werden, die mit einem bestimmten Thema, einer

Fragestellung oder einer Symptomatik assoziiert sind. Der Weg verläuft hier über das Angebot, alle an der Thematik beteiligten Ego-States einzuladen, um an der Thematik weiterzuarbeiten. Für die Arbeit können verschiedene Methoden angewendet werden. Es lassen sich Figuren, Puppen oder Symbole nutzen. Die Arbeit kann mit Hilfe von Rollenspielen umgesetzt werden. Gestalterische Mittel wie Bilder, Fotos oder auch Musik und körpertherapeutische Interventionen werden einbezogen. Hypnotherapeutische Vorgehensweisen spielen eine besondere Rolle. Die Einbindung hypnotherapeutischer Konzepte sowie die Anwendung von hypnotherapeutischen Interventionen stellen ein zentrales Vorgehen der Ego-State-Therapie dar. Für die Kontaktaufnahme, aber auch für die weiteren Schritte im Behandlungsverlauf lassen sich beispielsweise verschiedene Metaphern sehr gut nutzen.

Der Kontakt zu Ego-States kann auch zufällig geschehen, während einer beliebigen anderen Intervention. Beispielsweise kann mitten in einem Spiel ein Ego-State auftauchen, der sich bis dahin noch nicht gezeigt hatte.

Das zweite prozessorientierte Ziel besteht darin, nach der Kontaktaufnahme eine Kommunikationsmöglichkeit mit dem Ego-State aufzubauen. Ego-States kommunizieren nicht selbstverständlich. Sie können die Kommunikation verweigern. Wenn wir mit ihnen arbeiten, sie verstehen, erreichen und einbeziehen wollen, müssen wir auf irgendeine Art und Weise mit ihnen kommunizieren können. Im besten Fall geschieht dies im Gespräch; direkt oder indirekt. Bei einem hypnotherapeutischen Vorgehen kann der Ego-State direkt angesprochen und mit ihm kommuniziert werden. Der große Vorteil besteht hier darin, dass mit Hilfe von therapeutischer Trance Ego-States erreicht werden können, die ohne die Nutzung von Trancezuständen nicht erreicht werden würden. Es lassen sich weitere Varianten der Kommunikation sowie weitere therapeutische Vorgehensweisen nutzen und kombinieren. Dazu gehören die Briefform, das Nutzen moderner Medien (z. B. E-Mails oder Chatten etc.), Bilder, gestalterische Mittel oder weitere Ausdrucksformen. Einerseits müssen wir mögliche Bedingungen beachten und erfüllen, um eine Kommunikation in Gang zu bringen. Andererseits können wir nach der geeignetsten Kommunikationsform suchen. Die Verweigerungsgründe können vielfältig sein. Beispielsweise kann das Vertrauensverhältnis zu uns als Therapeuten noch nicht ausreichen oder der Ego-State die Befürchtung haben, von der Patientin selbst attackiert zu werden, sobald er sich zeigt und einer Kommunikation zustimmt. Andererseits kann es innere Verbote geben, zu kommunizieren, um Informationen nicht nach außen dringen zu lassen. Es kann sich ebenfalls um den vorsprachlichen Bereich handeln, in dem die verbale Kommunikation nicht möglich ist. Die aufgeführten Varianten zeigen, dass vielfältige und kreative Angebote benötigt werden, um eine tragfähige Kommunikation aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Das dritte prozessorientierte Ziel ist die Akzeptanz der Ego-States. Mit Ego-States kann Kontakt aufgenommen und es kann mit ihnen kommuniziert werden. Das heißt jedoch noch lange nicht, dass sie von der Patientin oder dem Patienten akzeptiert werden. In sehr vielen Fällen werden die Ego-States von den Patientinnen und Patienten abgelehnt, ignoriert, verstoßen oder bekämpft. Wer kennt nicht Anteile von sich selbst, die sie oder er am liebsten hinauswerfen oder wenigstens unschädlich machen würde? Diese Haltung kann ebenso von Seiten der Ego-States gegenüber der Patientin erfolgen. Die Ego-States können sich ihrerseits den Patienten gegenüber sehr distanziert bis hin zu

extrem abwertend und schädigend verhalten. Gegenseitiges Akzeptieren erscheint hier in weiter Ferne. Der Aufbau von Akzeptanz ist ein eigenes bedeutendes Projekt innerhalb der Ego-State-Therapie. Einen Ego-State, dem zuvor jegliche Existenzberechtigung im inneren System abgesprochen wurde, als zu sich gehörend akzeptieren zu können, ist ein Siebenmeilenschritt in der Behandlung.

Akzeptanz und Verständnis liegen dicht beieinander. Der Aufbau von Verständnis ist das vierte Ziel der Ego-State-Therapie. Ego-States können zwar akzeptiert, aber ihre Funktion nicht verstanden werden. Umgekehrt kann Verständnis für die Existenz und die Funktion eines Ego-States bestehen, obwohl er nicht akzeptiert wird. Das eine bedingt nicht das andere. Beides kann erheblichen psychotherapeutischen Aufwand bedeuten. Die Entwicklung von Verständnis für die Funktion eines Ego-States stellt einen zentralen Schritt in der Ego-State-Therapie dar. Wenn den Patientinnen klar wird, wofür dieser oder jener Ego-State wichtig war, dass er zum Teil sogar überlebenswichtig war, dann erleben wir dramatische Veränderungen und Fortschritte in der Behandlung. Die Informationen über die Funktion erhalten wir von den Ego-States selbst. Dafür benötigen wir die oben erwähnten Dinge, wie Kontakt, Kommunikation und im günstigsten Fall auch Akzeptanz. Die Akzeptanz steigt sehr häufig mit der Zunahme an Verständnis. Insofern gehen diese beiden Ziele Hand in Hand. Die sieben prozessorientierten Ziele sind jedoch insgesamt miteinander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. Teilweise stellt das Erreichen eines Zieles die Voraussetzung für das folgende Ziel dar, teilweise steht die Reihenfolge im Hintergrund und dafür die Frage im Vordergrund, welche Schritte im Behandlungsverlauf zu welchem der Ziele möglich und notwendig sind.

Das fünfte prozessorientierte Ziel besteht aus der Unterstützung von Ego-States. Sie benötigen unsere Unterstützung. Diese Unterstützung muss im Behandlungsprozess initiiert werden. Sie ergibt sich nicht von selbst. Ego-States erleben sich häufig mitten in Ausnahmesituationen. Sie haben meist nur wenige oder gar keine Kapazitäten dafür, äußere positive Entwicklungen wahrzunehmen. Sie stecken fest, befinden sich in einer Sackgasse. Es scheint, als seien ihnen neue Erfahrungen verwehrt oder als würden sämtliche neue Erfahrungen in ein altes Muster integriert, ohne dass sich dieses Muster ändert. Teilweise sind unsere Patienten auch gegenwärtig noch mit real bedrohlichen Situationen konfrontiert, die das kritische Erleben der Ego-States weiter verstärken und ihre Strategien rechtfertigen. In diesen Fällen wird natürlich Unterstützung auf verschiedenen Ebenen benötigt. Zu dem Bereich des Unterstützens gehören Antworten auf die Fragen, die in den bisherigen Zielen relevant waren: Ist ein Kontakt zu den Ego-States möglich, die unterstützt werden sollen? Kann über die Patientin oder die Therapeutin mit ihnen kommuniziert werden? Werden sie von der Patientin akzeptiert? Gibt es Verständnis für diese Ego-States? Sind diese Fragen beantwortet, geht es vor allem darum, etwas über den Zustand der Ego-States zu erfahren, ihre Bedürfnisse zu erfassen und sich um diese zu kümmern. In die Unterstützung der Ego-States sollen die zur Verfügung stehenden Ressourcen eingebunden werden. Beispielsweise können ressourcenreiche Ego-States in die Arbeit einbezogen werden. Es findet eine Unterstützung aus dem inneren System heraus statt. In der Ego-State-Therapie verläuft die Unterstützung auf mehreren Ebenen. Hier steht die Unterstützung eines oder mehrerer Ego-States im Vordergrund, die in Not sind und Hilfe in vielfältiger Form benötigen. Diese Unterstützung findet auf

der inneren Bühne statt. Andererseits wird in vielen Fällen ebenfalls eine Unterstützung auf der äußeren Bühne wichtig, auf der aktiv Veränderungen im Außen initiiert werden.

Das sechste Ziel besteht aus der Nutzung von Ego-States. Hier geht einerseits um das Einbinden ressourcenreicher Ego-States, andererseits um das Gewinnen von destruktiv wirkenden Ego-States. Letztere sollen für den Veränderungsprozess, dem sie meistens sehr skeptisch gegenüberstehen, gewonnen werden. Wir haben keinen Anspruch darauf, dass sie sich kooperativ und konstruktiv verhalten. Wir können versuchen, sie zu gewinnen. Wir müssen ein Beziehungsangebot machen, das die Chance eines solchen Verhaltens erhöht. Wir können Kooperation nicht erzwingen. Stellen Sie sich vor, Sie könnten einen Ego-State zur Mitarbeit gewinnen, der die Behandlung boykottiert, oder Sie könnten einen Ego-State für neue Strategien gewinnen, der bisher für selbstschädigendes Verhalten sorgte. Die Nutzung dieser Ego-States stellt eine große Herausforderung innerhalb der Behandlung dar. Sie birgt ein sehr hohes Veränderungs- und Entwicklungspotenzial.

Das siebente prozessorientierte Ziel besteht aus der Entwicklung eines inneren Teams oder einer inneren Familie mit eigenen Unterstützungsfertigkeiten. Dieses Ziel kann aus zwei Perspektiven heraus betrachtet werden. Die erste Perspektive orientiert sich an dem Miteinander der verschiedenen Ego-States. Sie fokussiert auf den inneren Teamgeist oder das innere Familienklima. Welche Ego-States gehören dazu, welche sind bekannt, wie gehen sie miteinander um, können sie sich gegenseitig unterstützen, können sie gemeinsam eigene Unterstützungsstrategien entwickeln und zur Anwendung bringen? In diesem Behandlungsschritt geht es für die Patienten auch noch einmal abschließend darum, die Vielfalt der Ego-States als zu sich gehörend erleben zu können und dabei eigene Gestaltungsmöglichkeiten zu spüren. Die zweite Perspektive wird durch die Sicht auf die Feinheiten gebildet. Während die *Weitwinkelperspektive* das „große Ganze“ des inneren Systems in der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Lebensbedingungen und Beziehungssituationen abbildet, wird mit Hilfe der *Mikroperspektive* wie mit einem Mikroskop die Sicht auf die kleinen Dinge geschärft. Beispielsweise können bereits dann wichtige Unterstützungsfertigkeiten verfügbar werden, wenn ein Zugang zu einem Ego-State der inneren Stärke geschaffen wurde, selbst dann, wenn der Großteil der psychotherapeutischen Arbeit noch bevorsteht. Das siebente prozessorientierte Ziel bildet also nicht automatisch das Behandlungsende. Es begleitet den gesamten Behandlungsverlauf. Alle prozessorientierten Ziele lassen sich auf den gesamten Behandlungsprozess beziehen, sie lassen sich jedoch ebenso auf eine spezifische Behandlungsphase und sowie auf eine einzelne Intervention sowie eine einzelne Sitzung übertragen.

Das Behandlungsmodell der Ego-State-Therapie

Das psychotherapeutische Vorgehen der Ego-State-Therapie beruht auf einem zentralen Behandlungsmodell, dem sogenannten *SARI-Modell* (Phillips & Frederick, 2003, S. 65 ff.). Das SARI-Modell stellt eine vierphasige Erweiterung des in der Traumatherapie verbreiteten dreiphasigen Ansatzes dar (Stabilisierung, Traumabearbeitung, Neuorientierung; vgl. Herman, 2003). Die oben beschriebenen sieben prozessorientierten Ziele der Ego-State-Therapie sind eng mit den vier Phasen des SARI-Modells verbunden.

Die Phasen sind in Übersicht 1 dargestellt.

Übersicht 1: Das SARI-Modell als Behandlungsgrundlage (Phillips & Frederick, 2003, S. 65 ff.; vgl. Fritzsche & Hartman, 2010, S. 76 ff.)		
I)	S	Safety and Stabilisation (Sicherheit und Stabilisierung)
II)	A	Accessing (Schaffung eines sicheren Zugangs zum Trauma und den entsprechenden Ego-States)
III)	R	Resolving and Restabilisation (Auflösen der traumatischen Erfahrung und Restabilisierung)
IV)	I	Integration and Identity (Integration der Persönlichkeit, Neuorientierung und Schaffung einer neuen Identität)

Das SARI-Modell wurde ursprünglich für den Bereich der Traumatherapie entwickelt. Es lässt sich jedoch sehr gut auf ein breites Störungsspektrum übertragen. Die vier Phasen verlaufen zirkulär. Jede Phase kann zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung relevant werden. Beispielsweise kann es in einem fortgeschrittenen Behandlungszeitpunkt wieder notwendig sein, stabilisierende Interventionen aus Phase I zu wiederholen oder entsprechend der jeweiligen Situation neu zu entwickeln.

Phase I: Sicherheit und Stabilisierung

Diese Phase spielt in der gesamten Behandlung eine Sonderrolle. Sicherheit und Stabilisierung gehen immer vor. Jede Intervention, die wir umsetzen, jedes Beziehungsangebot, das wir machen, müssen wir aus dem Blickwinkel der Sicherheit und Stabilisierung betrachten. Ist eine Patientin nicht stabil genug, um eine spezifische Intervention ohne Dekompensationsgefahr absolvieren zu können, darf sie noch nicht angewendet werden. Dann muss zuvor die Stabilität so weit erhöht werden, dass die Patientin von der Intervention auch profitieren kann. In manchen Fällen ist dies keine leichte Entscheidung. Die Reaktionen auf die Interventionen lassen sich nicht zu 100 % vorhersagen. Trotzdem müssen die Stabilität und der durch eine Intervention verursachte Belastungsanstieg abgeschätzt werden. Die Verantwortung der Belastung, die durch unsere Interventionen entsteht, liegt bei uns und nicht bei unseren Patienten.

Sicherheit und Stabilisierung lassen sich auch auf einer inneren und einer äußeren Bühne betrachten. Die Interventionen werden diesen beiden Bereichen zugeordnet. Natürlich ist eine Sicherheit im äußeren System der Patienten eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Auf der inneren Bühne geht es darum, eigene Stärken und Ressourcen zu aktivieren, sie zugänglich und nutzbar zu machen bzw. neue Stärken zu entwickeln. Die Ressourcen, die in der ersten Phase des SARI-Modells zugänglich gemacht werden, begleiten die Patienten nicht nur in ihrem Lebensalltag, sie begleiten ebenso den therapeutischen Prozess und werden immer wieder zu Hilfe gerufen, wenn es schwierig wird.

Phase II: Schaffung eines sicheren Zugangs zum Trauma und zu den entsprechenden Ego-States

In der zweiten Phase geht es um die Schaffung eines sicheren Zugangs zu belastendem Material sowie den damit verbundenen Ego-States. Kontakt zu diesem Material erhöht den

Belastungsgrad und damit auch die Dekompensationsgefahr. Aus diesem Grund ist es eine wichtige therapeutische Aufgabe, Möglichkeiten eines sicheren Zugangs zu entwickeln. Dazu gehört u. a. eine ausreichende Entwicklung von Fertigkeiten der Stabilisierung. Weiterhin werden Strategien erforderlich, die es erlauben, sicher Kontakt mit belastendem Material aufzunehmen und sich auch sicher wieder davon distanzieren zu können. Wir brauchen einen sicheren Weg hin und wieder zurück. Die Strategien aus Phase I finden hier ihre Anwendung. Ego-States der inneren Stärke, innere Helfer, Beschützer oder Beobachter können genau die beschriebene Aufgabe des sicheren Zugangs erfüllen. Ein innerer Beobachter kann beispielsweise jederzeit signalisieren, wann die Belastung zu sehr, d. h. in einen kritischen Bereich ansteigt und wann man deshalb erst einmal wieder zurückmuss. Die Ego-State-Therapie bietet eine Fülle an Interventionen, die in dieser Phase genutzt werden können. Die Grundidee besteht im Erleben von Kontrolle bei der Auseinandersetzung mit belastendem Material.

In Phase zwei beginnt die Rekonstruktion des oder der zugrunde liegenden Ereignisse. Die Rekonstruktion stellt den Übergang zu Phase III dar. Sie kann ebenfalls erst dann erfolgen, wenn die Stabilisierungsfertigkeiten sicher anwendbar sind.

Phase III: Auflösung der traumatischen Erfahrung und Restabilisierung

Der Übergang von Phase II zu Phase III ist fließend. Das Ziel dieser Phase besteht aus der Reassoziierung und Transformation traumatischen Materials. Unter Reassoziierung verstehen wir die Verbindung der somatischen, visuellen, verhaltensbezogenen, affektiven und kognitiven Aspekte einer traumatischen Erfahrung mit dem normalen Wachbewusstsein (Fritzsche & Hartman, 2010, S. 114). Transformation beschreibt das Arbeiten mit den verschiedenen Aspekten der Erfahrung, mit den Reaktionen des Patienten auf diese Aspekte sowie mit den Folgen, die die traumatische Erfahrung hatte. Reassoziation und Transformation ermöglichen eine korrigierende Erfahrung. Sie bieten die Möglichkeit, das traumatische Geschehen zu meistern und umzugestalten (Fritzsche, 2013, S. 193 f.). In den Phasen II und III sollen die ressourcenreichen Ego-States als Unterstützung genutzt werden. Im günstigsten Fall steht dann ein ganzes Unterstützungsteam zur Verfügung. Alle Mitglieder dieses Teams sind potenzielle Kotherapeuten und erleichtern die Arbeit in hohem Maße. Die Arbeit mit belastendem Material in Phase II und III verläuft auf zwei Ebenen. Auf der ersten Ebene stehen die Ego-States im Fokus, die mit einem belastenden Ereignis, einem belastenden Beziehungserleben oder einer anhaltend belastenden Lebenssituation konfrontiert sind. Diese Ego-States benötigen dringend Schutz und Hilfe. Sie müssen versorgt werden und brauchen Akzeptanz, Verständnis und Würdigung. Dies geht nicht ohne Mitgefühl. Auf der zweiten Ebene geht es um die Bearbeitung von belastenden Ereignissen im engeren traumatherapeutischen Sinn. Hier wird mit Erinnerungsmaterial und seinen psychischen und physischen Folgen gearbeitet. Fortschritte auf beiden Ebenen ermöglichen eine Reassoziierung und Transformation und stellen eine Voraussetzung für die angestrebte Integration dar.

Phase IV: Integration, Neuorientierung und Entwicklung einer neuen Identität

Die Phase IV kann sich auf drei Zeitebenen beziehen. Auf der Ebene der Vergangenheit geht es darum, was mir zugestoßen ist, womit ich konfrontiert war, was ich bewältigen musste. Es geht um die Frage, wie ich es überstanden habe, was dabei hilfreich und wie hoch der Preis war. Auf der Ebene der Gegenwart steht die Frage im Vordergrund, was

aus mir geworden ist. Welche Folgen hatte das Ereignis oder hatten die Lebensumstände, und wie haben sie sich bis heute ausgewirkt? Die dritte Ebene weist in die Zukunft und beschäftigt sich mit der Frage, wie ich mich entwickeln möchte und wohin. Worauf werde ich achten? Was wird mir wichtig sein? Wer möchte ich sein?

Die Phase IV kann ebenfalls sowohl unter der mikroskopischen als auch unter der Weitwinkelperspektive gesehen und bearbeitet werden. Bei der mikroskopischen Perspektive wird beispielsweise die integrative Wirkung einer einzelnen Intervention betrachtet. Ein Beispiel wäre die Frage, wie gut ein Patient seine inneren Helfer tatsächlich flexibel nutzen kann. Integration hieße hier, dass dies möglich und hilfreich ist. Sie könnten sich diese Frage nach jeder Sitzung stellen. Inwieweit hat die Sitzung zu einer Integration und Neuorientierung im inneren System beigetragen? Meistens zeigt sich dies erst in der Folgezeit. Prozesse der Integration und Neuorientierung treten jedoch auch mitten in den Sitzungen auf. Sie lassen sich bereits während einer Intervention beobachten. Integrative Bewegungen werden durch die Entwicklungs- und Veränderungsschritte der Ego-States und deren Auswirkungen deutlich.

Die Weitwinkelperspektive betrachtet wiederum das „große Ganze“. Hier stehen nicht die Wirkung einer einzelnen Intervention im Vordergrund, sondern die Veränderungsprozesse, die durch die gesamte Behandlung möglich wurden. Hier geht es mehr um eine biographische oder Lebensperspektive. Wie wird es mit dem Patienten weitergehen? Welchen Weg wird die Patientin finden? Welche Weichen wurden gestellt? Wie werden die Patienten zurechtkommen? Unabhängig davon, in welchem Lebensalter die Behandlung stattfindet, ist diese Perspektive von großer Bedeutung und muss genügend Raum erhalten.

Literatur

- Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego-State-Therapie. *Hypnose*, 2 (1 + 2), 5–100.
- Fritzsche, K. & Hartman, W. (2010). Einführung in die Ego-State-Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Fritzsche, K. (2013). Praxis der Ego-State-Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Herman, J. (2003). Die Narben der Gewalt. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung. (2003).
- Peichl, J. (2013). Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Stuttgart: Klett Cotta.
- Phillips, M. & Frederick, C. (2003). Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen (2. Aufl. 2007). Heidelberg: Carl Auer.
- Vogt, R. (Hrsg.). (2012). Täterintrojekte. Diagnostik und Behandlungsmodelle dissoziativer Strukturen. Kröning: Asanger.
- Watkins, J. & Watkins, H. (2003). Ego-States. Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl Auer.

Korrespondenzadresse

Dr. Kai Fritzsche
Hans-Otto-Str. 42 B | 10407 Berlin
E-Mail: kai.fritzsche@ifhe-berlin.de | www.ifhe-berlin.de