

Kai Fritzsche · Woltemade Hartman

Einführung in die Ego-State-Therapie

Fünfte Auflage, 2023

Vorwort ... 9

Teil I: Die Ego-State-Therapie in der ambulanten Praxis ... 14

1 Aufnahme des Kontakts mit Ego-States ... 15

- 1.1 Kontaktaufnahme über Sprachmuster der Patientinnen ... 20
- 1.2 Kontaktaufnahme über autonomes inneres Geschehen ... 21
- 1.3 Kontaktaufnahme über konkrete Symptome ... 22
- 1.4 Kontaktaufnahme über Impulse, Emotionen oder innere Zustände im Zusammenhang mit einem konkreten Thema ... 23
- 1.5 Kontaktaufnahme über Metaphern, Symbole, Geschichten oder Texte ... 24
- 1.6 Kontaktaufnahme über Kunst oder Gestaltung ... 26
- 1.7 Kontaktaufnahme über eine Affekt- oder eine somatische Brücke ... 27
- 1.8 Kontaktaufnahme über Edukation ... 28
- 1.9 Zufällige Kontaktaufnahme durch weitere Interventionen ... 29
- 1.10 Fließende Kontaktaufnahme ... 30

2 Definition von Ego-States ... 31

3 Merkmale von Ego-States ... 37

4 Die *innere Stärke* – ein besonders ressourcenreicher Ego-State ... 44

- 5 Entstehung und Kategorien von Ego-States ... 52**
 - 5.1 Normale Differenzierung ... 52
 - 5.2 Introjektion bedeutsamer anderer Menschen ... 54
 - 5.3 Traumatisierung ... 57

6 Ziele der Ego-State-Therapie ... 61

7 Beziehungsebenen in der Ego-State-Therapie ... 70

Teil II: Das Behandlungsmodell der Ego-State-Therapie ... 75

8 Das Behandlungsmodell der Ego-State-Therapie ... 76

- 8.1 Phase I: Sicherheit und Stabilisierung ... 77
- 8.2 Allgemeine Interventionen der Phase I ... 82
- 8.3 Interventionen der Ego-State-Therapie in Phase I ... 86
 - 8.3.1 Einem inneren Helfer begegnen ... 87
 - 8.3.2 Arbeit mit dem inneren Beobachter ... 91
 - 8.3.3 Stärken und Ressourcen sammeln ... 93
 - 8.3.4 Das beschützende,
nährende Selbst entdecken ... 94
 - 8.3.5 Schutz und Hilfe für verletzte Ego-States ... 95
 - 8.3.6 Ego-States zur Mitarbeit/Mithilfe
gewinnen ... 96
 - 8.3.7 „Dissociative Table Technique“ ... 98

9 Die Phasen II–IV des SARI-Modells ... 100

- 9.1 Phase II: Schaffung eines sicheren Zugangs ... 100
 - 9.1.1 Nutzung der Dissoziation als Ressource ... 102
 - 9.1.2 Altersregression und Altersprogression ... 103
 - 9.1.3 Ideomotorische und ideosensorische
Ansätze ... 105
 - 9.1.4 Affektbrücke ... 106
 - 9.1.5 Externalisierungstechniken ... 107
 - 9.1.6 Die nichthypnotische Technik mithilfe von
Stühlen ... 108

- 9.1.7 Allgemeine Betrachtungen zum Zugang zu traumatischen Erfahrungen und zu ihrer Rekonstruktion ... 113
- 9.2 Phase III: Auflösen der traumatischen Erfahrung und Restabilisierung ... 115
- 9.3 ... Phase IV: Integration und Entwicklung einer neuen Identität ... 118

Literatur ... 122

Über die Autoren ... 126

Daniel Barenboim, der Generalmusikdirektor der Berliner Staatsoper Unter den Linden, wurde in einem Interview von Arnt Cobbers (2009) auf seine argentinische, spanische, israelische und palästinensische Staatsbürgerschaft angesprochen und gefragt, wo seine Heimat, sein Zuhause ist (S. 10). Er antwortete:

„Ich glaube, in unserem Jahrhundert kann man nicht nur, man sollte sogar mehrere Identitäten haben. Ich bin seit meiner Kindheit Argentinien sehr verbunden. Israel sowieso. Und Palästina auch, weil ich zutiefst überzeugt bin, dass das israelische und palästinensische Volk ein gemeinsames Schicksal haben. Damit muss man leben, es gibt keine militärische Lösung. Jerusalem ist politisch die Hauptstadt von Israel – das soll es bleiben. Jerusalem muss auch die Hauptstadt von Palästina werden. Aber geistig und kulturell gehört die Stadt allen drei Religionen und der ganzen Welt. Wenn Jerusalem das eines Tages wäre, dann wäre es ohne Zweifel mein Zuhause. Bis dahin ist mein Zuhause Berlin!“

Barenboims Antwort spiegelt unsere Auffassung über die Multiplizität der Persönlichkeit. Diese Auffassung bildet das Fundament der Ego-State-Therapie. Die Ego-State-Therapie hat in den letzten Jahren besonders innerhalb der Traumatherapie stark an Bedeutung gewonnen. Sie findet heute auch über die Traumatherapie hinaus eine vielfältige Anwendung. Ihr Konzept beruht auf der Annahme, dass sich die Persönlichkeit aus mehreren Anteilen zusammensetzt. Diese Anteile bezeichnen wir als Ego-States. Wir gehen von einem multidimensionalen Selbst aus. Die Ego-State-Therapie reiht sich in eine lange und bedeutsame Reihe von Teilemodellen der Persönlichkeit ein (Hesse 2003). Uns ist bewusst, dass es in Zusammenhang mit Traumatisierungen und Traumafolgestörungen quantitative und qualitative Unterschiede der Ausprägungen von Persönlichkeitsanteilen gibt.

Im Lauf der Arbeit mit der Ego-State-Therapie und ihrer Konzeptualisierung erlebten wir bei uns selbst interessante Entwicklungen. Einerseits sind wir begeistert davon, wie sich durch die Ego-State-Therapie unsere therapeutische Arbeit veränderte und wie sie bereichert wurde. Andererseits veränderte sich durch das Ego-State-Modell unsere Grundhaltung gegenüber den Menschen, mit denen wir arbeiten. Das Ego-State-Modell geht für uns über eine Behandlungstechnik hinaus. Es beeinflusst die Begegnung mit Menschen und prägt unsere Auffassungen der Persönlichkeit sowie unsere Überzeugungen hinsichtlich der ressourcenreichen Möglichkeiten des *inneren Systems* eines Menschen. Die Ego-State-Therapie stellt einen eigenständigen Behandlungsansatz dar, der die Integration von psychotherapeutischen Modellen ermöglicht. Mit der Ego-State-Therapie können Brücken zu verschiedenen Paradigmen geschlagen werden, mit denen sie koexistiert und die sie nutzt (Frederick 2007, S. 9).

Wir freuen uns, mit diesem Buch eine Einführung in die Ego-State-Therapie geben zu können. Woltemade Hartman übernahm einen großen Teil der geistigen Vorarbeit und verbreitete die Ego-State-Therapie in unzähligen Workshops in Deutschland und Europa. Darauf aufbauend, schrieb Kai Fritzsche diese Einführung und versah sie mit vielen Fallbeispielen sowie eigenen Weiterentwicklungen. Wir haben den Schwerpunkt auf die Praxis dieser Methode gelegt. Eine umfassende Darstellung des Behandlungsansatzes ist in diesem Rahmen nicht möglich. Für eine vertiefende Beschäftigung, die die theoretischen Aspekte einschließt, verweisen wir auf die weiterführende Literatur. Dies betrifft auch die Auseinandersetzung mit den psychodynamischen Gesichtspunkten bzw. die Diskussion der Fallbeispiele aus psychodynamischer Sicht. Die hypnotherapeutische Gewichtung des Buches bedeutet nicht, dass wir die weiteren Bestandteile der Ego-State-Therapie vernachlässigen, sie spiegelt den Schwerpunkt unserer Arbeit. Die Wurzeln der Ego-State-Therapie bestehen aus (1) den Erkenntnissen über Dissoziation, die auf Pierre Janet zurückgehen, (2) den psychodynamischen Ansätzen der Pioniere der Ego-State-Therapie, Helen und John Watkins, die die Konzepte unterscheidbarer Ich-Zustände

von Paul Federn aufgegriffen, sowie (3) dem hypnotherapeutischen Ansatz Milton H. Ericksons, der besonders durch die Aktivierung von Selbstheilungskräften geprägt ist. Die Ego-State-Therapie entwickelt sich dynamisch. Sie wurde und wird durch viele Weiterentwicklungen und Einflüsse bereichert. Mit dieser Einführung wollen wir einen Einstieg und eine erste Orientierung bieten.

Häufig werden wir auf die Bezeichnung der Methode angesprochen. Wir übernehmen die englische Bezeichnung *Ego-State-Therapie*. In der Übersetzung sprechen wir von der Psychotherapie mit Persönlichkeitsanteilen. Die Begriffe „Persönlichkeitsanteil“, „Selbstanteil“, „Ich-Zustand“ und „Ego-State“ sind hier synonym zu verstehen. In Anlehnung an den Begriff „Persönlichkeitsanteil“ sprechen wir von *dem* Ego-State (*der* Anteil, *der* Ego-State, *der* Zustand).

Das Buch ist in zwei Teile gegliedert. Im *ersten Teil* beschreiben wir die praktische Arbeit mit der Ego-State-Therapie in der ambulanten Praxis. Die Kapitel orientieren sich am psychotherapeutischen Prozess. Im *ersten Kapitel* begeben wir uns an den Behandlungsbeginn und zeigen Möglichkeiten der Aufnahme des Kontakts mit den Ego-States. Im *zweiten Kapitel* werden Ego-States definiert. Anschließend beschäftigen wir uns mit ihren Merkmalen (*drittes Kapitel*). Im *vierten Kapitel* stellen wir die Arbeit mit der *inneren Stärke* vor. Diese Technik gehört zu den Grundbausteinen der Behandlung. *Kapitel fünf bis sieben* behandeln Fragen der Entstehung von Ego-States, der Behandlungsziele und der Arbeit auf verschiedenen Beziehungsebenen.

Im *zweiten Teil* des Buches stellen wir das Behandlungsmodell der Ego-State-Therapie vor. Dieses Modell folgt dem phasenorientierten Vorgehen in der Traumatherapie mit den Schritten Stabilisierung, Schaffung eines Zugangs zu traumatischem Material, Auflösen der traumatischen Erfahrung sowie Integration und Entwicklung einer neuen Identität. Der Schwerpunkt in unserer Einführung liegt auf der Stabilisierungsphase. Die weiteren Phasen werden im Überblick vorgestellt. Spezielle Themen, wie die Arbeit mit destruktiven Ego-States, die Besonderheiten der Behandlung bei speziellen Störungsbildern oder die Möglichkeiten der Kombi-

nation der Ego-State-Therapie mit weiteren psychotherapeutischen Methoden, können in der vorliegenden Einführung nicht berücksichtigt werden.

Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass mit dieser Einführung kein Behandlungsmanual für die Ego-State-Therapie vorliegt. Die ausführliche Darstellung und die Erläuterungen von Behandlungsmethoden der Ego-State-Therapie in diesem Buch ersetzen nicht eine fundierte Ausbildung und Supervision. Am Ende des Buches geben wir Hinweise auf entsprechende Kontaktadressen. *Die Ego-State-Therapie Arbeitsgemeinschaft Deutschland (EST-DE)* hat ein Curriculum entwickelt, das die Möglichkeit einer umfassenden Ausbildung bietet.

Dass die Ego-State-Therapie, wie sie heute praktiziert wird, besonders von der Hypnotherapie Milton H. Ericksons geprägt ist, spiegelt sich auch in unserer Arbeit wider. Ego-State-Therapie ist ein hypnotherapeutisches Verfahren, hypnotherapeutische Grundkenntnisse sind deshalb für ihre Anwendung unerlässlich. Die Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere dissoziativer Störungen, nimmt eine zentrale Rolle in unserer Arbeit ein, folglich sind viele Fallbeispiele aus diesem Behandlungsfeld zu finden. Die Ego-State-Therapie eignet sich hervorragend zur Behandlung dieser Störungsgruppe. Wir wenden sie darüber hinaus zur Behandlung eines sehr breiten Störungsspektrums an. Mittlerweile liegt mit der *Praxis der Ego-State-Therapie* ein weiterführendes, grundlegendes und vertiefendes Buch vor, das die vorliegende Einführung sehr gut ergänzt (Fritzsche 2013).

Alle aufgeführten Fallbeispiele sowie die entsprechenden Erläuterungen stammen aus der Praxis von Kai Fritzsche. Sie dienen der Verdeutlichung der jeweiligen Behandlungsschritte und Kapitelinhalte. Sie sind verkürzt und modifiziert dargestellt, zeigen keine kompletten Therapieverläufe und lassen sich nicht beliebig übertragen. Die in den Fallbeispielen verwendeten Techniken sind an den individuellen Therapieverlauf angepasst und können deshalb nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden.

Während des Schreibens haben wir verschiedene Varianten der Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen ausprobiert

und mit Kolleginnen diskutiert. Am Ende entschieden wir uns für die Form *Therapeut* und *Patientin*. Wir sind uns der Problematik dieser Formulierungen bewusst. Immerhin könnte der Eindruck entstehen, dass Männer Therapeuten und Frauen Patientinnen sind. Da wir als Autoren Männer sind, verwenden wir hier die männliche Form. Da überwiegend Frauen zur Behandlung kommen, verwenden wir hier die weibliche Form. Wir bitten die Leserinnen, uns diese Wahl nachzusehen, die wir aus Gründen der Lesbarkeit trafen.

Nicht zuletzt möchten wir uns an dieser Stelle für das Vertrauen, den Mut und die Offenheit unserer Patientinnen bedanken, ohne die unsere Arbeit und dieses Buch nicht möglich wären. Sie leisten nach wie vor einen maßgeblichen Beitrag für die Entwicklung der Ego-State-Therapie. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben überraschenderweise gezeigt, dass sich dieses Einführungsbuch außerordentlich gut als initiale oder begleitende Lektüre für Patientinnen und Patienten eignet. Weiterhin bedanken wir uns für die vielfältige Unterstützung der Menschen, die uns bei unserer Arbeit und im Entstehungsprozess dieses Buches begleiteten. Unser Dank gilt ebenfalls unseren Kollegen, die uns in Workshops, Seminaren und Supervisionen durch ihr Interesse und ihre Fragen unzählige wichtige Impulse gaben.

*Kai Fritzsche
Berlin, im Juli 2010*

Teil I: Die Ego-State-Therapie in der ambulanten Praxis

1 Aufnahme des Kontakts mit Ego-States

Wir beginnen dieses Buch, wie eine psychotherapeutische Behandlung beginnt, mit der Kontaktaufnahme. Dazu gehört auch die Aufnahme des Kontakts mit den Persönlichkeitsanteilen, den sogenannten *Ego-States*. Die verschiedenen Wege und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme sollen in diesem Kapitel dargestellt werden. An den Anfang stellen wir die Schilderung einer Behandlungssequenz, die einen Behandlungsbeginn zeigt und die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung in der Ego-State-Therapie verdeutlicht. In diesem Fallbeispiel wird mit einem Kind-Ego-State gearbeitet. Im Behandlungsverlauf wurden weitere Ego-States der Patientin einbezogen, die in der Schilderung nicht enthalten sind. Die Ego-State-Therapie geht über die Arbeit mit dem inneren Kind hinaus.

Fallbeispiel aus der Praxis¹

Einer 38-jährigen Frau wurde von einer Erziehungsberatungsstelle empfohlen, sich wegen einer Psychotherapie an meine Praxis zu wenden. Frau A. hatte dort um Hilfe gebeten, da sie als alleinerziehende Mutter mit ihrem sechsjährigen Sohn nicht mehr zurechtkomme. Sie mache sich Sorgen und Vorwürfe. Durch die bevorstehende Einschulung sei die Situation noch schwieriger geworden. Frau A. sprach davon, dass es häufig zu massiven Auseinandersetzungen mit ihrem Sohn gekommen sei, dass sie ihn manchmal hassen würde, sich als Mutter infrage stelle und sich als komplette Versagerin fühle.

Nach einigen Sitzungen entwickelte sich das Bild einer komplextraumatisierten Frau. Sie wurde in der Türkei geboren und

¹ Alle aufgeführten Fallbeispiele dieses Buches sowie die entsprechenden Erläuterungen stammen aus der Praxis von Kai Fritzsche.

kam im Alter von acht Jahren nach Deutschland zu ihren Eltern, die schon fünf Jahre hier gelebt hatten. Die Patientin berichtete von einer Vielzahl an Traumafolgestörungen, dies waren: anhaltende Suizidalität, selbstschädigendes Verhalten, Derealisation, Verwirrheitszustände, emotionale Taubheit und emotionale Durchbrüche, somatoforme Störungen wie Ohnmachtsanfälle, behandlungsresistente Unterleibsschmerzen und dependente Verhaltensweisen. Zu dieser Symptomatik gehörte auch die ausgeprägte Bindungsstörung bezüglich ihres Sohnes.

Sie hatte seit ihrer frühen Kindheit anhaltende körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch, Ablehnung und emotionale Distanz durch die Bezugspersonen sowie eine unglaubliche Ausbeutung durch die Familie bis zum Erwachsenenalter erlebt.

Wir einigten uns auf eine traumatherapeutische Behandlung. Bereits zu Beginn wurde durch ihre Schilderungen klar, dass sie *verschiedene Persönlichkeitsanteile* erlebt, die *verschiedene Bedürfnisse und Befürchtungen* aufweisen. Darunter zeigte sich auch ein Anteil, der etwas gegen die traumatherapeutische Behandlung und jegliche Veränderung ihres Zustandes hatte und entsprechend intervenierte. Dieser defensive Anteil wurde deutlich, wenn die Patientin davon sprach, dass sie sich vernichten möchte und dass sie es nicht wert sei, überhaupt behandelt zu werden. Für sich selbst etwas Heilsames tun zu können, erschien ihr unmöglich. Sie hatte den Eindruck, in ihrer Symptomatik sozusagen stecken bleiben zu müssen und verloren zu sein. Der defensive Anteil hätte möglicherweise auch als Widerstand gedeutet werden oder der Patientin den Titel einer typisch komplizierten Patientin einbringen können. Mir ging es darum, mit dem defensiven Anteil Kontakt aufzunehmen und der Patientin zu helfen, ebenfalls mit ihm in Kontakt zu treten. Offensichtlich bestand bisher kein oder nur ein äußerst schlechter Kontakt. Der „verbotende“ und selbstvernichtende Anteil wurde als ein wichtiger und ernst zu nehmender Anteil ihrer Persönlichkeit in die Behandlung integriert. Ich ging davon aus, dass er über eigene Wahrnehmungen, Gefühle, Verhaltenswei-

sen, Bedürfnisse und Befürchtungen verfügt. Er hat sozusagen seine eigene Geschichte. Ich nahm mir vor, konkret mit ihm zu arbeiten.

Nachdem mit der Patientin diese Sichtweise, die dem Ego-State-Modell entspringt, diskutiert worden war, wurde sie mittels hypnotherapeutischer Methoden angeleitet, mit diesem Ego-State an einem inneren sicheren Ort Kontakt aufzunehmen. Das gelang ihr gut. Sie imaginierte dafür einen ganz bestimmten Treffpunkt, und es zeigte sich ein vierjähriges Mädchen, welches von ihr als ein eingesperrtes wildes Tier aus der Hölle beschrieben wurde. In vier aufeinanderfolgenden Sitzungen fanden Kontakte mit dem Mädchen statt. Sie dienten nicht dem Zweck, sich mit den zugrunde liegenden Traumatisierungen auseinanderzusetzen, sondern dazu, eine positive Beziehung zu diesem inneren Anteil aufzubauen, die es erlaubte, dadurch einen Zugang zu eigenen Ressourcen zu finden.

Beim ersten Kontakt wurde versucht, erst einmal eine respektvolle Begegnung zu ermöglichen. Die Patientin stand dem Mädchen ja sehr ablehnend gegenüber, hatte Angst vor ihm. Darüber hinaus versicherte sich die Patientin der Funktion des Mädchens in ihrem Leben. Sie sollte die Frage beantworten, ob es tatsächlich dafür verantwortlich ist, sich vernichten zu wollen. Ich stellte mich dem Mädchen ebenfalls vor, brachte ihm mein Verständnis entgegen und versuchte, ihm zu erklären, warum die Patientin Kontakt zu ihm aufnahm. Ich fragte die Patientin, ob sie sich vorstellen könne, dass ich mit dem Mädchen spreche, während sie dabei sein und zuhören würde. Ich erklärte ihr, dass das Mädchen mit ihrer Stimme zu mir sprechen könne. Sie willigte ein, und ich begann ein Gespräch mit dem Mädchen. Bereits während dieses ersten Kontakts verlor das Mädchen viel von seinem Schrecken. Die Patientin hatte sich nach der Sitzung lange mit dieser Erfahrung beschäftigt und zeigte sich motiviert, mehr über das Mädchen zu erfahren.

In der darauffolgenden Sitzung wurde versucht, den Kontakt weiter zu verbessern. Aus dem Schrecken, der Ablehnung und

der Angst wurde eine leichte Annäherung. Die Patientin begann, mit dem Mädchen einen Blumenkranz zu flechten. Das Mädchen zeigte sich am Ende etwas offener und ihrerseits ein klein wenig neugierig. Die Patientin konnte hinter dem Schrecken, den das Mädchen bei ihr auslöste, auch sein Leid sehen. Das Mädchen kannte es nicht, Glück zu erfahren, und glaubte auch nicht, dass dies jemals der Fall sein würde. Es wurde deutlich, dass es keinerlei Vertrauen zu sich und zu anderen Menschen hat. Infolge der Annäherung und der Auseinandersetzung mit dem inneren Zustand des Mädchens berichtete die Patientin, zum ersten Mal die Hoffnung erlebt zu haben, ihr Leben vielleicht doch ändern zu können.

Der Hauptteil des dritten Kontaktes bestand darin, das Mädchen, das sich nunmehr geöffnet und sein Leid gezeigt hatte, zu trösten, ihm Fürsorge zuteilwerden zu lassen. Die Patientin konnte es auf ihren Schoß nehmen, es wiegen und ihm das Meer zeigen, einen Ort, an dem sich beide sicher fühlten. Aufgrund ihrer Vorstellungen von einer liebevollen Mutter ließ sich dieser Prozess ressourcenreich nutzen. Das Mädchen schlief friedlich auf ihrem Schoß ein. Für die Patientin stellten die körperliche Nähe und die Wirkung ihrer Fürsorge eine sehr beeindruckende und nachhaltige Erfahrung dar. Sie berichtete über eine Reduzierung ihrer Schlafstörung und ihrer Verlustängste als Folge der Sitzung.

Beim vierten Kontakt erzählte die Patientin dem Mädchen auf altersgerechte Weise von ihrer Lebenssituation. Sie schilderte ihm, was sie in ihrem Leben bereits alles geschafft hat, dass sie in Sicherheit lebt, dass sie einen Sohn hat. Weiterhin berichtete sie, womit sie ihr Geld verdient, in welcher Stadt sie lebt usw. Es wurde eine Vereinbarung getroffen, dass das Mädchen an dem sicheren Ort bleiben könne und dass sich die Patientin um die Dinge in ihrem Alltag kümmern und regelmäßig wieder vorbeikommen werde. Nach diesem Kontakt entwickelte die Patientin selbstständig erste Schritte in Richtung Selbstfürsorge und Abgrenzung gegenüber Angriffen. Sie merkte, dass dies für das

Mädchen wichtig ist und dass sie für das Mädchen sorgen will. Ohne explizite Aufforderung begann sie, Verantwortung für sich zu übernehmen.

Im Anschluss an diese Kontakte, durch die sich übrigens auch die therapeutische Beziehung deutlich verbesserte, konnte das weitere traumatherapeutische Vorgehen, das in diesem Fall auch die Arbeit mit EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, vgl. Shapiro 1998) einschloss, mit einer hohen Motivation der Patientin realisiert werden. Nach der erforderlichen Stabilisierung, die über diese vier Sitzungen hinausging, konnte die Patientin anschließend in der Phase der geschützten Auseinandersetzung mit ihren Traumatisierungen ihre posttraumatischen Belastungen erheblich reduzieren. Gegen Ende der Behandlung wurde erneut mit diesem Ego-State gearbeitet, was letztlich die Integration in die Persönlichkeit und eine Zukunftsorientierung ermöglichte. Der Persönlichkeitsanteil wurde nicht nur zu einer Ressource in der Behandlung, sondern auch zu einer wichtigen Kotherapeutin und letztlich zu einer positiven und stützenden Begleiterin der Patientin.

Die hier geschilderte Behandlungssequenz ist ein Beispiel für die Arbeit mit Ego-States. Sie zeigt, wie sich Ego-States mithilfe eines hypnotherapeutischen Vorgehens in die Behandlung einbeziehen und nutzen lassen und wie dadurch destruktive in konstruktive Prozesse umgewandelt werden können.

In Workshops werden wir oft gefragt, wie wir die Kontaktaufnahme gestalten, wie wir von dem, was die Patientinnen erleben und berichten, zu der konkreten Arbeit mit Ego-States gelangen. Im Folgenden möchten wir verschiedene Möglichkeiten der Kontaktaufnahme vorstellen. Einen ersten Überblick bietet die folgende Aufzählung.

Techniken zur Aufnahme des Kontakts mit Ego-States (Auswahl):

- 1) über Sprachmuster der Patientinnen
- 2) über autonomes inneres Geschehen

- 3) über konkrete Symptome
- 4) über Impulse, Emotionen oder innere Zustände im Zusammenhang mit einem konkreten Thema
- 5) über Metaphern, Symbole, Geschichten oder Texte
- 6) über Kunst oder Gestaltung
- 7) über eine Affekt- oder somatische Brücke
- 8) über Edukation
- 9) zufällig durch weitere Interventionen (zum Beispiel EMDR etc.)

Wir verstehen diese Techniken als Einstieg in die Arbeit mit Ego-States. Die Patientinnen bieten uns dabei in der Therapie unzählige Möglichkeiten. Mit der „Brille der Ego-State-Therapie“ achten wir mehr auf diese Gelegenheiten und versuchen, sie aufzugreifen und einzubinden.

1.1 Kontaktaufnahme über Sprachmuster der Patientinnen

In den Berichten der Patientinnen lassen sich viele Zugangshinweise finden. Wie oft hören wir Bemerkungen wie: *„Ein Teil von mir ...“* Oder: *„Ich fühle mich hin und her gerissen.“* Oder: *„Ich fühle mich plötzlich wie ausgetauscht.“* *„In diesem Zustand kenne ich mich gar nicht.“* *„Das passt gar nicht zu mir.“* In einigen Fällen kommen Patientinnen auch direkt mit der Bitte um Hilfe, *sich selbst zu sortieren*, oder mit der Frage, *wer sie eigentlich sind*. Solche Äußerungen ebnen den Weg zur Arbeit mit Ego-States und zu neuen Erfahrungen. Wir sind sehr interessiert an diesen Äußerungen und fragen die Patientinnen, ob sie ebenfalls interessiert sind, dieses innere Erleben näher kennenzulernen. Beispielsweise fragen wir dann, ob die Patientinnen diesen Teil, von dem sie sprachen, schon länger kennen oder ob er ihnen neu erscheint. Ebenso, wie sie denn diesen Anteil charakterisieren würden, wie es ihm geht und welche Bedürfnisse er hat. Natürlich achten wir auch darauf, wie die Patientinnen dem Anteil gegenüberstehen. Ob sie ihn ablehnen, verbergen möchten, Angst vor ihm haben oder sich schon gut mit ihm verstehen. In diesen Fällen haben wir meistens von der Ego-State-Therapie noch nichts erzählt. Die erste Kontaktauf-

1.2 Autonomes inneres Geschehen

nahme entwickelt sich eher indirekt aus dem Gespräch heraus. Wir lassen zum Beispiel Fragen einfließen wie: *„Fühlt es sich für Sie an, als wären das verschiedene innere Seiten, Impulse oder Anteile?“* Wenn die Patientinnen zustimmen, laden wir sie ein, diese Seiten besser kennenzulernen und mit in die Behandlung einzubeziehen.

1.2 Kontaktaufnahme über autonomes inneres Geschehen

Häufig stehen die Patientinnen hilflos einem inneren Geschehen gegenüber, welches sie nicht beeinflussen können. Sie sprechen dann zum Beispiel davon, wie die Angst Macht über sie ergreift oder der Mut sie verlässt und sie zu nichts mehr imstande sind. In anderen Fällen wird die Stimmung fast wie von fremder Hand heruntergedrückt, ohne dass sich dagegen etwas ausrichten ließe. Teilweise wird auch davon berichtet, wie jemand *sehenden Auges ins Verderben rennt* oder *zwar mitbekommt, wie er oder sie selbst die Situation eskalieren lässt, dies aber eigentlich nicht möchte, und irgendwie läuft es trotzdem weiter – trotz aller negativen Konsequenzen*. Sie können die Patientinnen einladen, dieses anscheinend autonome innere Geschehen besser kennenzulernen. Hilfreich ist eine Äußerung wie: *„Nach dem, was Sie berichten, scheint es irgendetwas zu geben, was einfach seinen eigenen Plan verfolgt, ohne Sie zu fragen oder gar um Erlaubnis zu bitten. Könnten Sie sich vorstellen, dieses Etwas kennenzulernen?“* Schon sind Sie mitten in der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen.

Es bleibt vorerst offen, ob jedes beschriebene als autonom erlebte innere Geschehen tatsächlich einen Ego-State darstellt. Sie bieten damit jedoch eine andere Sichtweise an, was viele Vorteile mit sich bringt. Zum einen irritieren Sie die Sichtweise der Patientinnen, was für die Überwindung dysfunktionaler Muster sehr hilfreich ist. Zum anderen senden Sie damit die Botschaft aus, dass nicht die gesamte Persönlichkeit die Kontrolle verloren hat, sondern nur ein Teil. Dieser Teil kann nun besser kennengelernt werden. Die Botschaft stabilisiert von Beginn an das Selbstbild der Patientinnen: *„Ich bin kein hoffnungsloser Fall. Ich bin nicht diese Angst. Ich*

erlebe diese Angst neben anderen Zuständen, und ich kann versuchen, diesen speziellen mit der Angst verbundenen Anteil besser zu verstehen und eine bessere Beziehung zu ihm aufzubauen.“

1.3 Kontaktaufnahme über konkrete Symptome

Die Kontaktaufnahme über konkrete Symptome stellt eine Ergänzung der Kontaktaufnahme über autonomes inneres Geschehen dar. Mit jedem Symptom lässt sich im Sinne der Ego-State-Therapie arbeiten und somit auch Kontakt aufnehmen. Es spielt dabei keine Rolle, ob es sich um körperliche Symptome wie Schmerz oder körperliche Erkrankungen oder um psychische Symptome wie Depression, Angst, Essstörungen etc. handelt. Es soll hier auch nicht um die Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Symptomen gehen. Die Frage ist: Wie lassen sich diese Symptome im Sinne der Ego-State-Therapie in die Behandlung ressourcenreich einbinden?

Zwei Zugänge erweisen sich dabei als besonders interessant. Sie basieren auf zwei unterschiedlichen funktionalen Erscheinungsformen von Ego-States. Im ersten Zugang stoßen wir im Behandlungsprozess auf Ego-States, die das berichtete Symptom oder auch dissoziierte Zustände *erleben*. Diese Ego-States erleben beispielsweise die Angst, den Schmerz oder die Hilflosigkeit. Sie *spüren* die Symptome. Man könnte auch sagen, sie *tragen* sie. Würden wir mit einem leeren Stuhl arbeiten, dann könnte dort zum Beispiel ein Ego-State sitzen, der sich in diesem Moment sehr fürchtet oder der sehr große Schmerzen erleidet. Die Tatsache, dass der Ego-State das Symptom in diesem Moment erlebt, hat natürlich einen Einfluss auf die Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung. In den meisten Fällen benötigen diese Ego-States unmittelbare Unterstützung, eine Art Notversorgung. Sie lassen sich erst im Anschluss daran aktiv in den weiteren Prozess einbinden. Unter Umständen sind die Patientinnen sehr beeindruckt von der Massivität dieses Erlebens, das durch den Kontakt womöglich erstmals voll bewusst wird.

Beim zweiten Zugang stoßen wir auf einen Ego-State mit einer anderen funktionalen Erscheinungsform. Es ist ein Ego-State, der

1.4 Impulse, Emotionen oder innere Zustände

für die Symptomatik *zuständig* ist. Er ist dafür *verantwortlich* oder *sorgt* für sie, ohne sie selbst zu spüren oder unter ihr zu leiden. Wir arbeiten mit folgender Metapher:

„Könnten Sie sich vorstellen, dass es in Ihrem Inneren einen Anteil gibt, der für die Selbstabwertungen [als Beispiel für ein Symptom] zuständig ist? Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie versuchen, zu diesem Anteil jetzt oder unter bestimmten Voraussetzungen Kontakt aufzunehmen?“ Die Idee dahinter ist: Nicht die Selbstabwertungen sind ein Anteil, sondern es gibt einen Ego-State, der für die Selbstabwertungen sorgt. In den meisten Fällen geht es diesen Ego-States sehr gut, d. h., sie machen ihre Arbeit gut, sind kompetent und möchten am gegenwärtigen Zustand nichts verändern. Oft fühlen sie sich auch falsch verstanden und ärgern sich über die Ausgrenzung und Ablehnung. Hier ließe sich zum Beispiel fragen, wie denn der Ego-State überhaupt seine Arbeit macht, seit wann er schon da ist und warum es wichtig war, in das Leben der Patientin zu kommen. Es kann durchaus passieren, dass sich ein solcher Ego-State darüber beklagt, dass er sich die ganze Zeit solche Mühe mit den Selbstabwertungen gibt und noch nie Anerkennung dafür bekam. Schon sind Sie mitten in der Beziehungsarbeit der Ego-State-Therapie.

1.4 Kontaktaufnahme über Impulse, Emotionen oder innere Zustände im Zusammenhang mit einem konkreten Thema

Wenn Patientinnen von verschiedenen inneren Impulsen oder Zuständen im Zusammenhang mit einem konkreten Thema berichten, ergeben sich ebenfalls sehr konstruktive Zugänge. Hier geht es häufig um Entscheidungskonflikte oder um Situationen, in denen von gemischten Gefühlen berichtet wird, zum Beispiel um berufliche Fragen wie Kündigungen oder Bewerbungen, Beziehungsprobleme wie die Entscheidung für oder gegen jemanden usw. Der Zugang wird einfach darüber realisiert, dass die Patientinnen eingeladen werden, diese verschiedenen Impulse, Emotionen oder Zustände zu sammeln, um sich einen besseren Überblick zu verschaffen. Der

therapeutische Weg verläuft hier von verschiedenen Zuständen zu den damit verbundenen Ego-States. Nicht jeder Zustand stellt sofort einen Ego-State dar. Häufig sind mehrere Zustände mit einem Ego-State verbunden. Mit den Ego-States wird nun weiter gearbeitet. Im Laufe der Arbeit können dann beispielsweise *die inneren Befürworter, die Verwegenen, die Risikobereiten* ebenso zu Wort kommen wie *die Ängstlicheren, die Kritiker, die Skeptiker und die Verbiehenden*. Diese Aufzählung stellt nur eine Auswahl dar. Die Frage ist: „*Was taucht auf, wenn Sie an das Thema denken und mit dem Thema in Kontakt sind?*“ Da immer mehrere Dinge zu einem Thema auftauchen, werden diese zusammengetragen. So entsteht ein Bild von verschiedenen Zuständen, die nun wiederum einzeln erforscht werden können: „*Was hätte die Angst zu sagen?*“ „*Wie lange gibt es die Power schon?*“ „*Welche Geschichte gehört zu dem Verlust?*“

In Abschnitt 9.1.6 wird die von Helen Watkins entwickelte, sehr potente und wirkungsvolle *Technik mithilfe von Stühlen* vorgestellt. Impulse, Emotionen oder Zustände werden als wichtige und gleichberechtigte Mitglieder eines inneren Teams oder einer inneren Familie ernst genommen. Dabei wird schnell deutlich, wie die Beziehungen zwischen den „Teammitgliedern“ sind und wie die Patientinnen ihnen gegenüberstehen. Manches soll einfach nicht sein, anderes macht Angst, wieder anderes soll am besten ausgeschlossen werden. Besonders in Bezug auf Anteile, die nicht so recht zum Selbstbild passen, gestaltet sich die Kontaktaufnahme häufig schwierig. Das Bild des „inneren Teams“ oder der „inneren Familie“ stellt eine gute Überleitung zur nächsten Möglichkeit der Kontaktaufnahme dar.

1.5 Kontaktaufnahme über Metaphern, Symbole, Geschichten oder Texte

Viele Patientinnen können etwas mit der Metapher der inneren Familie oder des inneren Teams anfangen. Aus diesem Grund bieten wir diese Metaphern gerne als Einstieg in die Arbeit, also zur Kontaktaufnahme, an. „*Wenn es so etwas wie eine innere Familie gäbe, wer würde denn Ihrer Meinung nach alles dazugehören?*“ Diese Einleitung bietet sich gut für zwei Bereiche an: