

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

*Claire Frederick*¹⁾

Die Ego State Therapie hat seit ihrer Entstehung unter den Praktikern, die auch einen hypnotherapeutischen Ansatz verfolgen, erhebliche Anerkennung erlangt. Das gilt besonders für Europa. Der erste Weltkongress für Ego State Therapie fand vom 20. – 23. März 2003 in Bad Orb statt, die Workshops und wissenschaftlichen Vorträge waren sehr gut besucht. Es folgte 2006 der zweite Weltkongress in Süd-Afrika.

Nach ihrer Entstehung (J.G. Warkins, 1978a; Watkins & Watkins, 1979, 1979-1980, 1981, 1982, 1988, 1990, 1991) waren in den 70er und 80er Jahren die Veröffentlichungen zur Ego State Therapie in der wissenschaftlichen Literatur noch spärlich vertreten. Mit Patienten, die an Dissoziativen Identitätsstörungen (DID) litten, wurde zwar sehr viel Ego State Therapie praktiziert, zur Anwendung bei der Schmerzbekämpfung, bei Angststörungen, Depressionen und zur Leistungssteigerung allerdings wurde sehr wenig veröffentlicht. Für die gewaltige Expansion der Ego State Therapie in der veröffentlichten Literatur und in der angewandten Praxis im Laufe der 90er Jahre gibt es verschiedene Gründe. Zum einen führten die Gründer der Ego State Therapie immer mehr diesbezügliche Lehrseminare durch (Steckler, 1989). Zum anderen, und das wurde oft weniger anerkannt, hielt Helen Watkins intensive Wochenend- oder Marathon-Seminare zur Ego State Therapie ab (Watkins & Watkins, 1997, S. 141 – 154), häufig mit Psychotherapeuten, die bei ihrer eigenen klinischen Arbeit und Lehrtätigkeit Hypnose einsetzten. Ihr Einfluss auf die Verbreitung der Ego State Therapie darf nicht unterschätzt werden. Die Autorin hat mit vielen Praktikern gesprochen, die gestanden haben, ihre intensive Arbeit mit Helen Watkins habe wesentliche Veränderungen in ihrem Leben bewirkt.

Ein weiterer Grund besteht indessen darin, dass etliche Praktiker nicht nur Material zur Erweiterung der Anwendungsmöglichkeiten publizieren, sondern auch wesentliche Zusammenhänge zwischen der Ego State Therapie und anderen Aspekten der Psychotherapie aufzeigen konnten, wie zum therapeutischen Bündnis, zur Über-

Theorie-Artikel / Discussion Article

Claire Frederick, Tufts University of Medicine, Boston, MA, USA

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

These: Die hier ausgewählten Themen sind eine Einführung in die Ego State Therapie, ursprünglich für die Leser des International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (Vol. 53, 2005). Diese Themen haben ebensoviel zur Persönlichkeitstheorie und zu den Techniken der psychodynamischen Psychotherapie beizutragen wie zur Ego State Therapie. **Darlegung:** In den Kapiteln eins bis vier wird ein Überblick über die Ego State Therapie gegeben, über Ähnlichkeiten und Unterschiede zu Ansätzen der systemischen Familientherapie (Schwartz, 1995) und anderen Formen von Polypsychismen, über die Art und Beschaffenheit von Ich-Zuständen, das Wesen von Kern-Ich-Phänomenen, die Diagnose pathologischer Ich-Zustände, sowie die notwendigen Behandlungselemente, derer sich dieser Ansatz bedient. In Kapitel fünf und sechs wird grundsätzliches Material zum therapeutischen Bündnis sowie zur Übertragung und Gegenübertragung dargestellt, um so einige Hintergrundinformationen über den Einsatz in der Ego State Therapie zu vermitteln. In Kapitel sieben wird erörtert, wie Ich-Zustände entwickelt und modifiziert werden können und wie die Bedeutung positiver Ich-Zustände in Psychotherapie und Pädagogik eingeschätzt werden kann. **Schlussfolgerungen:** Die Autorin hofft, dass die vermittelten Inhalte weitergehendes Interesse anregen mögen.

Schlüsselwörter: Ego State Therapie, Ich-Zustände, Kern-Ich-Phänomene, Polypsychismus

Selected topics in Ego State Therapy

Theme: The selected topics presented here constitute an introduction of Ego State Therapy to the readership of the International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (Vol. 53, 2005). In many ways they have as much to say about personality theory and the techniques of psychodynamic psychotherapy as they do of Ego State Therapy. **Development:** Chapters One through Four offer an overview of Ego State Therapy, its similarities and differences from Internal Family Systems Therapy (Schwartz, 1995), and other forms of polypsychism, the nature and formation of ego states, the character of Center Core phenomena, the diagnosis of ego state pathology, and the necessary elements of treatment utilizing this modality. Chapters Five and Six present basic material about the therapeutic alliance and the transference/countertransference field as background for some information about how they can be used in Ego State Therapy. Chapter Seven is devoted to a consideration of the creation and modification of ego states, as well as the significance of positive ego states in psychotherapy and pedagogy. **Conclusion:** It is the hope of the author that some of the material presented may stimulate further interest in the field.

Key Words: Ego State Therapy, ego states, Center Core phenomena, polypsychism

Choix de thèmes en „Ego State Therapy“

Sujet: Les thèmes qui ont été choisis dans ce papier étaient à l'origine une introduction sur

*l'«Ego State Therapy» dédiée aux lecteurs de l' International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (Vol. 53, 2005). Sur plusieurs aspects, ces thèmes se réfèrent autant aux théories de la personnalité, aux techniques de la psychothérapie psychodynamique, qu'à l'«Ego State-Therapy». **Exposé des thèmes:** Les chapitres un à quatre donnent un aperçu de l'«Ego State-Therapy», de ses ressemblances et différences par rapport à la thérapie familiale systémique et d'autres formes de polypsychismes. Cette partie traite également des différentes formes des états du moi, de la nature des phénomènes du centre core, du diagnostic des états pathologiques du moi ainsi que des éléments de traitement découlant de ces théories. Les chapitres cinq et six présentent des notions de base sur l'alliance thérapeutique, le transfert/contre-transfert, permettant de mieux comprendre comment les utiliser dans le cadre de l'«Ego State Therapy». Au chapitre sept on trouvera des réflexions sur la création et la modification des états du moi, ainsi que sur la portée des états du moi positifs en psychothérapie et en pédagogie. **Conclusion:** L'auteur espère avoir pu stimuler la curiosité et l'intérêt à vouloir approfondir ce sujet. (Claude Béguelin)*

Mots clés : *Ego-State-Therapy, états du moi, centre core, polypsychisme.*

tragung und Gegenübertragung, zur Ich-Stärkung, zur phasenorientierten Therapie, zum Ausgleich von Entwicklungsrückständen, zu Ericksonschen Ansätzen usw.

So kam es zur Verbindung von Grundlagen und damit gelangte die Ego State Therapie in den Mainstream der Hypnose, der Psychotherapie, der Traumatherapie und der Arbeit mit neurotischen sowie schwer gestörten Patienten.

Die hier vorgestellten ausgewählten Themen waren ursprünglich eine Einführung in die Ego State Therapie für die Leserschaft des *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (Vol. 53, 2005). Diese Themen haben in vielerlei Hinsicht ebensoviel zur Persönlichkeitstheorie und zu den Techniken der psychodynamischen Psychotherapie beizutragen wie zur Ego State Therapie. Diese Monographie kann aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Seitenzahl nur eine eingeschränkte Darstellung der Ego State Therapie vermitteln. Die Autorin hofft, dass die vermittelten Inhalte weitergehendes Interesse anregen mögen.

In den Kapitel eins bis vier wird ein Überblick über die Ego State Therapie gegeben, über Ähnlichkeiten und Unterschiede zu Ansätzen der systemischen Familientherapie (Schwartz, 1995) und anderen Formen von Polypsychismen, über die Art und Beschaffenheit von Ich-Zuständen, das Wesen von Kern-Ich-Phänomenen, die Diagnose pathologischer Ich-Zustände, sowie die notwendigen Behandlungselemente, derer sich dieser Ansatz bedient. In Kapitel fünf und sechs wird grundsätzliches Material zum therapeutischen Bündnis sowie zur Übertragung und Gegenübertragung dargestellt, um so einige Hintergrundinformationen über den Einsatz in der Ego State Therapie zu vermitteln. In Kapitel sieben wird erörtert, wie Ich-Zustände entwickelt und modifiziert werden können und wie die Bedeutung positiver Ich-Zustände in Psychotherapie und Pädagogik eingeschätzt werden kann.

Kapitel I

Polypsychismus und Ego State Therapie

Es heisst, die Welt könne in Platon-Anhänger und Aristoteles-Anhänger eingeteilt werden. Obgleich die Platon-Anhänger nicht ungeschickt sind im formal-logischen Denken der Aristoteles-Jünger, ziehen sie doch eine andere Art Logik vor, die Information mittels Metaphern und Analogien verarbeitet. Wie das in der vortrefflichen Mischung aus Gedanken und Gefühlen in Das Gastmahl („Symposion“) (Hamilton & Cairns, 1966) verdeutlicht wird, erachten sie affektiven Input häufig als wertvollen Quell des Wissens. Aristoteles-Jünger hingegen legen die strenge Elle formaler Logik an das an, was sie als wahr erachten. Psychotherapeuten können eher Aristoteles-Jünger oder Platon-Jünger sein. Psychotherapien, die auf kognitive oder Verhaltensänderungen zielen, könnten mehr in das Aristotelische Schema passen, während das Platonische eher in jenen Therapien vertreten ist, die subjektives Selbstverständnis, affektiven Austausch und die therapeutische Beziehung in den Vordergrund stellen.

Der derzeitige Vorrang der medizinischen und psychologischen Wissenschaft in der Psychotherapie ist entschieden aristotelisch. Die Notwendigkeit von Wirksamkeitsstudien zur Rechtfertigung therapeutischer Vorgehensweisen entspricht dem Paradigma der aristotelischen Logik. Obgleich auch psychodynamische Therapien auf diese Art untersucht werden, unterzieht man doch eher kognitive und Verhaltenstherapien mit ihren leichter messbaren Parametern solchen Wirksamkeitsstudien. Ungeachtet der Orientierung kann doch nicht geleugnet werden, dass Theorie nötig ist. Ohne sie kann der therapeutisch Tätige sehr wohl zum „wilden“ Therapeuten werden (Freud, 1912/1961b), der ohne Kompass und Landkarte seinem eigenen Kurs folgt.

Die Ego State Therapie (Watkins & Watkins, 1997), einer der kreativen Beiträge zur Hypnoanalyse im 20. Jahrhundert, steht mit den interaktiven, aufdeckenden, Entwicklungsdefizite ausgleichenden psychodynamischen Therapien in Verbindung. Die zugrunde liegende Theorie bedient sich einer metaphorischen und analogen Sprache. Da sie so effektiv sein kann, nahm sie seit ihrer Entwicklung an Umfang und Verbreitung zu. Sie ist wahrscheinlich besser evaluiert durch Effektivitäts- als durch Effizienzstudien.

Zum Theoriegebäude der Ego State Therapie bemerkten ihre Gründer: „Wir erkennen, dass unsere Ansichten bereits in Kürze überholt sein könnten“ (Watkins & Watkins, 1997, S. xiii). Wie alle Theorien stellt auch die ihre einen Rahmen dar, der uns dazu dient, unsere Daten zu erheben und zu untersuchen. Ihrer Natur nach sind Theorien dazu da, von Nutzen zu sein, nicht aber wahr oder falsch zu sein, und sie sind – wie alle Theorien – befristet. Entsprechend „sollten sie Forschungshypothesen hervorbringen und neue, bisher unbemerkte Bezüge erschließen ... und vorausgegangene Annahmen zum Ausdruck bringen“ (Watkins & Watkins, 1997, S. 2). Barabasz und J.G. Watkins (2005) führen näher aus: „Theorien sind naturgemäss grobe Vereinfachungen. Je simpler eine Theorie gewissermaßen erklärt werden kann, um so nützlicher

und wahrscheinlich mehr genutzt wird sie als Entscheidungshilfe für Praktiker und Forscher. Beide können sich auf eine vorgegebene Theorie stützen, um ihre Behandlungspläne oder Erfahrungen zu formulieren und dann ihre Effekte zu untersuchen. Psychotherapeuten sind besser gerüstet für ihre Arbeit, wenn sie erkennen, dass alle klinischen Interventionen im Grunde Mini-Experimente sind. Ist eine Theorie als Grundlage für eine Intervention von Nutzen, so lässt sich das Ergebnis mit angemessener Reliabilität voraussagen. Eine Theorie ist nicht notwendig wahr oder falsch. Der Nutzen einer Theorie hängt davon ab, ob die Voraussagen sich bestätigen und ob die Behandlungsergebnisse sich durch deren Anwendung kontrollieren lassen. Eine Theorie, die kurz und bündig ein Phänomen erklären kann und die auch auf die tatsächliche Behandlung unserer Patienten angewendet werden kann, ist das Beste, was uns die Wissenschaft für die Praxis zu bieten hat“ (S.54).

Neue Theorien und abweichende Daten, desgleichen sich wandelnde Paradigmen, lassen unsere besonders lieb gewordenen theoretischen Konstrukte unvermutet brüchig werden. Dennoch verdient die Ego State Therapie, als ein kohärenter und signifikanter Therapieansatz unserer Tage verstanden zu werden, bei dem Hypnose als erleichterndes Element eingesetzt wird. Sie bietet die einmalige und praktische Möglichkeit, menschliche Erfahrung in der Therapie zu akzeptieren. Bemerkenswert ist, dass mit der Ego State Therapie Brücken zu verschiedenen Paradigmen geschlagen werden können, sie koexistiert mit anderen Theorien und nutzt sie.

Polypsychismus und Personifizierung

Die Ego State Therapie basiert auf der Grundannahme, dass die menschliche Persönlichkeit polypsychisch sei. Historisch betrachtet sah die frühe Wissenschaft – im Gegensatz zur Kunst, die den Polypsychismus immer anerkannt hat – das Individuum als Einheit an. In der neutestamentarischen Beschreibung einer Teufelsaustreibung Jesu bei einem Besessenen wird das Bild eines Polypsychismus in der Wissenschaft seiner Zeit entworfen. Gemäß der christlichen Tradition konnte die Seele ebenso gut vom Heiligen Geist und von Engeln besetzt sein. In der griechischen und römischen Mythologie konnte man der Hort positiver Energien wie der Musen oder der Geister der Götter sein. Zu allen Zeiten und in allen Kulturen gibt es zahlreiche Beispiele für Polypsychismus.

Eine formale Definition des Di- oder Polypsychismus kam nicht vor dem 19. Jahrhundert auf und ergab sich dann aus den Untersuchungen zur multiplen Persönlichkeit. Ellenberger (1970) nahm an, dass der Begriff Polypsychismus von dem Magnetiseur Durand (de Gros) geprägt worden sei. Sowohl Freud als auch Jung fanden es erforderlich, für ihre Theorie eine Art Polypsychismus anzunehmen. Freud bediente sich eines 3-Stufen-Modells der Persönlichkeit, bestehend aus Es, Ich und Über-Ich, Jung verstand sein Konzept der Persönlichkeit als Weiterentwicklung einer Anzahl von Archetypen und Komplexen. Viele andere Praktiker und Theoretiker fassten den

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Geist als eine Vereinigung von Teilen oder Sub-Selbst-Anteilen auf. Dazu gehören Janet (1919/1976), James (1880/1983), Prince (1909/1978), Alexander (1930), Kernberg (1976), Kohut (1977) und auch Erickson (Erickson, unveröffentlichtes Manuskript ca 1940/1980; Erickson & Kubie, 1939/1980). Polypsychismus ist auch ein Kennzeichen der Gestalt-Therapie (Perls, 1973) und ebenso der Psychosynthese (Asagioli, 1965) sowie der Transaktionsanalyse (Berne, 1961).

Der „geheime Beobachter“ und die Neo-Dissoziationstheorie

Es gibt noch andere Beobachtungen und Befunde, die die Anschauung vom Geist als einem multiplen Gebilde ergänzen. Die ersten entstammen der von Hilgard (1977, 1984) geleiteten Hypnoseforschung. Bei einer Untersuchungsreihe mit normalen Probanden identifizierte er einen „geheimen Beobachter“, einen Aspekt der Persönlichkeit ausserhalb der bewussten Wahrnehmung. Zum Verständnis dessen sowie damit zusammenhängender Phänomene schlug Hilgard die Neo-Dissoziationstheorie (1977, 1991 [vgl. auch Hilgard, 1989, im Heft „Hypnose und Dissoziation“ von Hy-Kog, 6(2), 1989; Anm. Hrsg.]) vor. Er nahm an, der Geist sei in einzelne Bereiche unterteilt, die beobachten und in ihren jeweiligen, voneinander getrennten Bereichen regulierend wirken. Nach Hilgard kommunizieren diese, in Einzelbereiche aufgeteilten mentalen Energien sowohl miteinander als auch mit etwas wie einer zentralen oder Kern-Persönlichkeit, die er als „ausführende, exekutive Persönlichkeit“ bezeichnete. Sind die geistigen Einzelbereiche (Informations- oder Energiesysteme) nicht in der Lage, mit der Kern- oder exekutiven Persönlichkeit zu kommunizieren, so können sie in ihrer Funktion fortfahren, ungeachtet dessen, was um sie herum geschieht. Eine derartige Situation, die das Beziehungsgefüge zwischen den Teilbereichsfunktionen und der Exekutivpersönlichkeit verändert, ist die Hypnose. Hilgards Ergebnisse und seine Neo-Dissoziationstheorie können aus der Sicht verschiedener Paradigmen interpretiert werden, so aus der kognitiv-behavioristischen Position (Kihlstrom, 1984) und aus sozialpsychologischer Warte (Lynn, Marc, Kvaal, Segal & Sivec, 1994). J.G. Watkins & H.H. Watkins (1997) berichteten von Befunden bei kurz zuvor von ihnen behandelten Personen, die den Hilgardschen Befunden entsprachen. Obgleich ihr Versuchsdesign hätte besser sein können, fühlten sie sich doch in ihrer Annahme bestätigt, dass das Material zum „geheimen Beobachter“ ihre eigene psychoanalytisch orientierte Theorie der Ich-Zustände stütze.

Die Neuropsychologie und der geheime Beobachter

Möglicherweise bestehen Verbindungen zwischen psychologischen Erklärungen und der Gehirnentwicklung. Über die korrekte Fragestellung bei der Erkundung derartiger Verbindungen wird noch diskutiert (Woody & McConkey, 2003). Dennoch wird die Neurowissenschaft wohl einen Beitrag zu Watkins Ansicht zu leisten haben. Man weiß heute, dass die Ausformung der Struktur des sich entwickelnden Gehirns aus der Interaktion zwischen dem Gehirn und seinem Umfeld einschließlich des interperso-

nenalen Bereichs resultiert (Cozolino, 2002; Schore, 1991, 1994, 1997, 2000; Siegel, 1996, 1999). Das bedeutet: unsere Kindheitserfahrungen haben neuroanatomische und neurophysiologische Konsequenzen. Siegel (1999) behauptet, es gebe Informationen, die vermuten lassen, dass der geheime Beobachter auch „ausserhalb des hypnotischen Zustands“ anwesend ist (S. 325). Er zitiert neurowissenschaftliche Ergebnisse (Siegel, 1996, 1999), Untersuchungen aus der kindlichen Entwicklungsgeschichte (Harter, 1988; Harter, Bresnick, Bouchey & Whitsell, 1997), Gedächtnisuntersuchungen (O'Donahue, 1997) und klinisches Material von Patienten mit vielfältigen, auch dissoziativen Störungen (Chamberlain, 1995). Siegel glaubt, es bestehe hinreichender Grund zur Annahme, dass „grundlegende Zustände des Geistes zu speziellen Entitäten des Selbst gebündelt sind, die überdauernde Geisteszustände mit sich wiederholenden Aktivitätsmustern darstellen. Jeder dieser spezialisierten Selbst-Zustände weist einen relativ eigenen und unabhängigen Modus der Informationsverarbeitung und Zielerreichung auf. Jede Person verfügt über solche untereinander abhängige und dennoch unterschiedliche Prozesse, die über die Zeit hinweg bestehen und ein Gefühl der Kontinuität vermitteln, welches die Erfahrungen des Geistes ausmacht“ (S. 231).

Nach Siegel (1999) sieht sich das Gehirn der Aufgabe gegenüber, „Billionen von Neuronen mit Trillionen von Verbindungen ... zu organisieren ... und geordnete Muster zu schaffen, die den Geist ergeben“ (S. 208). Das geschieht über „Geisteszustände“, die dem Gehirn ein integriertes Funktionieren ermöglichen. „Als Geisteszustand kann das Insgesamt eines Aktivierungsmusters zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet werden“ (Siegel, 1999, S. 208). Diese Geisteszustände bestehen aus „funktional synergetischen Prozessen, die dem Geist als Ganzem einen kohäsiven Zustand erlauben“ (S. 209). Siegel glaubt, dass offenbar grundlegende Arbeitsmodule vorhanden sind. Hat sich ein Geisteszustand (Horowitz, 1987) einmal eingestellt, so kann er erinnert werden. Wiederholte Aktivierung eines Zustands erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass er auch in Zukunft aktiviert wird. „Bestimmte Geisteszustände können durch wiederholte Aktivierung eine Kohäsion entwickeln und durch ihre interne Verknüpfung in ihrer Funktion auch Nutzen ziehen“ (Siegel, 1999, S. 211). Ein tendenziell perzeptueller Geisteszustand kann Gedächtnisprozesse bewirken und es können sich innere mentale Modelle und Verhaltensreaktionen zu überdauernden Clustern entwickeln. Diese können jederzeit zur vorherrschenden Art und Weise der Informationsverarbeitung werden. Ein Geisteszustand wirkt sowohl organisierend als auch selbstverstärkend und er ist sehr kontext-sensitiv.

Siegel bedient sich der Theorie der nichtlinearen Dynamik komplexer Systeme (eine Sammlung mathematisch hergeleiteter Prinzipien, die für das Verhalten verschiedener physiochemischer Systeme wie Aggregatzustände und Moleküle etc. gelten; Boldrini, Placidi & Marazziti, 1998), um „parallel angeordnete Verarbeitung“ und „Konnektivität“, die für Geisteszustände gelten, zu verstehen. Für Systeme, die unter dem Blickwinkel der Komplexitätstheorie betrachtet werden, gelten drei grundlegende Merkmale: Sie sind selbst-organisierend, nicht-linear und entwickeln hervortre-

tende Muster mit periodisch oder kontinuierlich sich wiederholenden Eigenschaften.

Während das Gehirn sich entwickelt, werden Geisteszustände zu „Attraktoren“ innerhalb des Systems, die sowohl von der Geschichte als auch vom Kontext beeinflusst sind. Mit zunehmender Komplexität wird das System auch stabiler. Darüber hinaus ist es nicht-linear. Eine relativ geringere Dysfunktion auf einer Ebene des Systems kann in anderen Bereichen und/oder sogar im gesamten System erhebliche Dysfunktion verursachen. Aufgrund ihrer rekursiven Eigenschaften spezialisieren sich die Cluster immer mehr.

Siegel (1999) führt an, dass die Clusterbildung von Affekt- und Informationseinheiten, wie man sie in der pathologischen Ausprägung leicht bei früher Traumatisierung und bei Bindungsstörungen finden kann, auch bei normal entwickelten Kindern zu finden ist. Er schließt daraus: „Wir besitzen multiple Varianten des Selbst, die wir brauchen, um die vielfältigen Aktivitäten des Lebens zu ermöglichen ... Es ist offensichtlich: sowohl die Untersuchungen zur Entwicklung als auch zur Kognition legen nahe, dass wir über eine Vielzahl von Ausprägungen des Selbst verfügen. Innerhalb eines speziellen Selbst oder eines Selbst-Zustands, wie wir das jetzt nennen, besteht aktuell Kohäsion und Kontinuität über die Zeit“ (Siegel, 1998, S. 229-230).

Andere Neurowissenschaftler haben sich auf Untersuchungen konzentriert, die ein Substrat für eine solche mentale Organisation annehmen (Gazzaniga, 1989, 1995; Ornstein, 1987). Ornstein (1987) glaubt, dass es eine neurobiologische Grundlage für die Annahme gibt, dass wir alle „multiminds“ besitzen. Bildgebende Verfahren bei Patienten mit Dissoziativen Identitätsstörungen (DIS) (Reinders et al. 2003; Saxe, Vasile, Hill, Bloomington & Van der Kolk, 1992; Tsai, Condie, Wu & Chang, 1999) scheinen diesen polypsychischen Ansatz zu bestätigen. Da dies aber anhand von kranken Patienten erarbeitet wurde, muss nicht unbedingt geschlossen werden, dass das auch für gesunde Menschen gilt. Diese Untersuchungen weisen in eine Richtung, die weiterer Forschung bedarf.

Die Suche nach weiterer und spezifischerer Evidenz neurowissenschaftlicher Grundlagen erfordert vielfältige Methoden und Forschungsinstrumente. Die neurowissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Hypnose geht in verschiedene Richtungen (Barabasz, 2000; Barabasz et al. 1999; Rainville, Carrier, Hofbauer et al. 1999; Rainville, Hofbauer, Bushnell, Duncan & Price, 2002; Spiegel, 2000 [vgl. auch das Heft „Hirn und Hypnose“ von HyKog, 21, 2004; Anm. Hrsg.]).

Das Ego-State-Modell als energetisches Modell der Persönlichkeit

In der Ego State Therapie wird die menschliche Persönlichkeit als ein Kompositum aus Teilen oder Unterteilungen des Selbst angesehen, die so etwas wie eine innere Familie ergeben. In dieser Psychotherapie werden Techniken der Einzel-, Gruppen- und Familientherapie kombiniert. Die Ego State Therapie wurde von John und Helen Watkins (J.G. Warkins, 1978a; Watkins & Watkins, 1976, 1979, 1979-1980, 1981, 1982, 1988, 1991, 1997) als eine Form der Hypnoanalyse entwickelt. Obgleich es auch indi-

rekte, nicht-hypnotische Formen der Ego State Therapie gibt, wird sie doch meist mit Patienten in formaler Trance praktiziert. Die Ego State Therapie gründet auf verschiedenen Konzepten von Paul Federn (1928, 1952), einem der frühesten Schüler Freuds. Eine ausführliche klassisch psychoanalytische Erklärung der Theorien Federns wird hier zwar nicht gegeben (der Leser sei an J.G. Watkins, 1991, und an J.G. Watkins & H.H. Watkins, 1997, verwiesen), dennoch ist eine kurze Erläuterung nötig.

Der Gedanke, dass die Energie bei geistigen Prozessen eine wesentliche Rolle spiele, war für Freud von grundlegender Bedeutung (Ellenberger, 1970). Freuds energetische Theorie der Persönlichkeit gründete auf der Interaktion der positiven Lebensenergie, der Libido, die Lust sucht, und (in einer späteren Entwicklung) dem Thanatos, dem „Todestrieb“, der mit Aggression zu tun hat und neutralisiert werden muss.

Auch Federn vertrat wie Freud eine dualistische Trieb-Theorie, bei ihm aber ging es bezüglich der Triebe darum, ob der Geist die Energie auf das „Selbst“ oder auf ein „Objekt“, d.h. auf ein Nicht-Selbst richtete. Die Art der Energie, die einen Sinn für das Selbst, ein subjektives Erleben oder Ich-Empfinden erlaubt, nannte er Ich-Besetzung [ego-cathexis], diejenige, die zum Wahrnehmen des Anderen, bzw. eines Objekts, eines Nicht-Ich führte, nannte er Objekt-Besetzung [object-cathexis]. Federn (1951, S. 62) nahm an, dass das Selbst-Gefühl die reine Energie der Ich-Besetzung sei, und falls es von aller geistigen Vorstellung befreit werden könne, wäre es die pure Essenz des Selbst.

Wenn ich beispielsweise die Erfahrung „meines Gedächtnisses“ oder „meines Knies“ mache, so kann man sich darunter eine Ich-Besetzung vorstellen. Wenn ich etwas entdecke, aber nicht sogleich wiedererkenne, das ich vor vielen Jahren in mein Tagebuch geschrieben oder gezeichnet habe, dann habe ich vielleicht nicht das gleiche Selbst-Gefühl. Vielleicht denke ich: „Was für ein interessanter Teenager“ oder „was muss das für ein Bursche gewesen sein“. Die Ich-Besetzung hat sich ziemlich abgeschwächt und muss erst wieder aktiviert werden. Wenn mein Knie aus irgendwelchen medizinischen Gründen betäubt ist, dann weiß ich wohl, dass das mein Knie ist, weil ich es sehe, aber ich habe möglicherweise den Eindruck, es ist „das Knie“ anstatt „mein Knie“. Mit anderen Worten: das betäubte Knie ist mit Objekt-Energie anstatt mit Ich-Energie ausgestattet worden, denn ich bin neurophysiologisch von ihm dissoziiert und erlebe es subjektiv nicht.

Ein weiterer der vielen Beiträge Federns ist die Auffassung, das menschliche Ich bestehe aus einer Anzahl von „Ich-Zuständen“, die alle in der Kindheit entstanden sind und die miteinander in einer gewissen dynamischen Beziehung stehen. Ich-Zustände sollten, wie die umfassendere Persönlichkeit, ein Gefühl für das Ich und für das Nicht-Ich haben und können auch mit Ich-Energie („ich bin Sally“) oder Objekt-Energie („er ist Richard“) geladen werden. Ich-Zustände stehen in dynamischer Beziehung zueinander. Diese Interaktion erlaubt den einzelnen Ich-Zuständen die Erfahrung der Ich-Besetzung und Objekt-Besetzung sowie das Gefühl für das Selbst und für den Anderen. Ich-Zustände verfügen über beide Arten der Energie und zwar in einem

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

dynamischen Verhältnis, wodurch sie getrennt und doch zusammen gehalten werden.

Federn nahm an, dass sich die Ich-Zustände nur in der frühen Kindheit entwickeln. Die zunehmende Kenntnis der Ausbildung von Ich-Zuständen in traumatischen Situationen (Putnam, 1989; Ross, 1989), Materialien zur Entstehung hilfreicher Ich-Zustände (Frederick & Kim, 1993; Frederick & Sheltren, 2000; Frederick, Sheltren & Toothman, 2000; Gainer, 1993, 1997; Ginandes, 2004) und andere klinische Daten lassen eine grössere Plastizität der Persönlichkeit vermuten, als Federn sie sich vorstellte. Daher kann angenommen werden, dass sich aus speziellen Gründen auch im späteren Leben Ich-Zustände entwickeln.

Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass Federn das Thema der Grenzen zwischen Ich-Zuständen für bedeutsam hielt. Diese Persönlichkeits-Energien sind durch etwas voneinander getrennt, das mit einer Membran verglichen werden kann, von der J.G. Watkins und H.H. Warkins (1997) sagten, sie sei „mehr oder weniger durchlässig“ (S. 26). Die Handhabung dieser Grenzen und der Energieaufwand entscheiden, wie sich das Selbst erlebt. Der Ich-Zustand mit der meisten Energie im System wird von der umfassenderen Persönlichkeit als „das Selbst“ empfunden. J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) bezeichnen einen solchen Ich-Zustand als den „ausführenden, exekutiven Ich-Zustand“ (S. 26). Er empfindet sich als „Ich“ [I-ness] und betrachtet die anderen Ich-Zustände als „die Anderen“, als „er“, „sie“ oder „es“. Das Modell Federns ist nur ein mögliches Modell polypsychischer Energien. Obgleich J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) es verwenden, sind sie sich doch über dessen Grenzen im klaren: „Wir bestehen nicht darauf, dass Federns Zwei-Energien-Theorie die Erklärung für Subjekt-Objekt-Prozesse oder andere psychologische Vorgänge sei, und es ist auch nicht nötig daran zu glauben, um Ego State Therapie praktizieren zu können. Gerade die Existenz von Ich- und Objekt-Besetzungen lässt auf zukünftige biophysiological Forschung hoffen, um deren Realität zu bestätigen. Unter den verschiedenen Persönlichkeitstheorien, mit denen wir vertraut sind, scheint indessen diese Theorie gegenwärtig die beste Begründung für die Vorgänge bei psychodynamischen Transformationen zu geben“ (S.235). Federns Theorien wurden von Eduardo Weiss (1960a, b, 1966) erläutert und etwas erweitert. Allerdings erfassten weder Federn noch Weiss deren therapeutische Möglichkeiten umfassend. Es blieb den psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) überlassen, die Hypnose zur Erleichterung einsetzten, einen umfassenderen Rahmen und eine Vorgehensweise zu entwickeln, die sich insbesondere den Ich-Zuständen zuwandte.

Die Ego State Therapie: Ein umfassendes polypsychisches Behandlungsverfahren

Entwicklung der Methoden der Ego State Therapie

In vielen Veröffentlichungen ist die Ego State Therapie als hypno-analytische Technik beschrieben worden (Frederick & McNeal, 1999; Philipps & Frederick, 1995; J.G. Watkins & H.H. Watkins, 1976, 1979, 1979-1980, 1981, 1982, 1988, 1990, 1991,

1997 [siehe auch dt. 1992a]). Vermutlich entspringt das der ursprünglichen engen Verbindung mit formeller Trance und hypnoanalytischen Techniken und auch aus der frühen Betonung der Abreaktion als heilender Kraft. Die Ego State Therapie kann jedoch treffender als ein Behandlungsverfahren angesehen werden. J.G. Watkins (2003) beschreibt die Entwicklung dieses theoretischen und klinischen Ansatzes folgendermaßen: „Auf den psychoanalytischen Theorien Federns basierend haben John und Helen Watkins und ihre Schüler (Frederick, Phillips, Hartman, McNeal, Morton u.a.) zahlreiche Artikel und verschiedene Bücher veröffentlicht, in welchen die Ego State Therapie-Techniken ausführlich beschrieben worden sind. Andere Forscher (wie z.B. Kluff, Toem, Fraser und Hunter) haben die Ego State Therapie in ihrer Behandlung der dissoziativen Störung weiterentwickelt“ (S. vi).

Die Ego State Therapie steht als Behandlungsverfahren nie völlig allein. Sie ist das offenste therapeutische System, in dem jede therapeutische Technik, jeder Ansatz ein Forum finden kann, das jeder Therapeut mit jedem einzelnen Patienten nutzen kann und das bei jedem Ich-Zustand mit eingebracht werden kann. Dazu gehören kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, psychodynamische Exploration, Ich-Stärkung und Trauma-Arbeit mit Ich-Zuständen, internale Gruppen-Therapie oder auch Familien-Therapie.

In seinem Vorwort zu Emmerson (2003a) erinnert uns J.G. Watkins daran, dass die Ego State Therapie als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren einige einzigartige Vorteile bietet, indem sie mit tiefen unbewussten Strukturen umgehen kann. Er führt an, dass Emmerson (2003) Ich-Zustände einteilt in „Oberflächen-Zustände“, deren Aktivitäten gewöhnlich der bewussten Wahrnehmung zugänglich sind, und in „darunter liegende Zustände“, die sich auf einer tiefen, unbewussten Ebene abspielen und gewöhnlich hypnotisch aktiviert werden müssen, um einer therapeutischen Intervention zugänglich zu sein. Die kognitiven Therapien können entsprechend ihrer Eigenart nur die Oberflächen-Zustände erreichen. Sie sind zwar oft erfolgreich, es fehlt ihnen aber nicht nur die Tiefe; bei bestimmten Patienten, deren Symptome von tiefer liegenden Zuständen hervorgerufen werden, kann sogar die Selbstentfremdung zunehmen. Solche Patienten werden auf viele therapeutische Maßnahmen, die sich an Oberflächen-Zustände wenden, gar nicht reagieren: „einer verletzten Persönlichkeit eine oberflächliche Strategie beizubringen heisst, sie emotional noch weiter von ihrem Selbst zu entfernen“ (J.G. Watkins, 2003, S. vii).

Ein weiterer Vorteil der Ego State Therapie besteht darin, dass sie anscheinend tiefe Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur in erheblich kürzerer Zeit zu bewirken vermag als die Psychoanalyse oder andere psychodynamische Therapien. Obgleich sich diese Veränderungen rascher einstellen können, wird doch angenommen, dass sie von Dauer sind, worüber allerdings noch Uneinigkeit besteht.

Effektivität der Ego State Therapie

Der Anspruch der Ego State Therapeuten, dass ihr Therapieansatz erfolgreich sei und

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

zu dauerhaften strukturellen Veränderungen führe, stützt sich nicht auf die gleiche Art Forschung wie z.B. bei den kognitiven Therapeuten (Beck & Emery, 1989). Es gelten, nur noch ausgeprägter, für die Ego State Therapeuten die gleichen Forschungsprobleme wie für viele psychodynamische Therapieansätze (Miller, Luborsky, Barber & Docherty, 1993) und gleichermaßen für jene, die Hypnose mit einbeziehen (Fromm & Nash, 1992).

Weder die Wirksamkeit [efficacy] noch die Effizienz [effectiveness] der Ego State Therapie sind nachgewiesen. J.G. Watkins & H.H. Watkins (1997) haben ihre Ergebnisse bei 42 eigenen Patienten berichtet. Eine signifikante Zahl von Patienten gab an, dass sie die Ego State Therapie als hilfreicher erlebt hatten als vorausgegangene Therapien. Allerdings weist diese Studie erhebliche Probleme auf. Lynn (2001a) stellte Fragen hinsichtlich des Untersuchungsdesigns: „Diese anekdotenhaften Patientenberichte, die offenbar im Kontakt mit deren Therapeuten, oft Jahre nach der Behandlung, zustande gekommen sind, sind sehr fragwürdig und aller Wahrscheinlichkeit nach durch eine ganze Reihe von Fehlern aufgrund der persönlichen Sicht und Auswahl beeinträchtigt. Es gibt viele Gründe, weshalb Therapeuten „zufriedene Kunden“ haben, ungeachtet der tatsächlichen Veränderungen im Leben der Patienten. Wenngleich Ego State Therapie durchaus erfolgreich sein mag, so wären kontrollierte Studien unter Einsatz psychometrisch verlässlicher Instrumente in der Hand von unabhängigen Forschern von weitaus größerem Nutzen als anekdotenhafte Erzählungen“ (S. 317).

Auch Frischholz (2001) meinte, dass es den Watkins' mit ihrer Untersuchung nicht gelungen sei, ihre Thesen zu bestätigen. Tatsächlich ist die interessante retrospektive, anekdotenhafte Studie der Watkins' (J.G. Watkins & H.H. Watkins, 1997) problematisch. Wie Lynn festhielt, fehlte die übliche Trennung von Behandler und Forscher; letzterer sollte dem Patienten nicht bekannt sein. In einer anderen Studie zur Ego State Therapie fanden Emmerson und Farmer (1996), dass die Ego State Therapie bei der Behandlung von Frauen mit menstruationsbedingtem Migräne-Kopfschmerz wirksam war. Der Ego State Therapie fehlt es wesentlich an Wirksamkeits-Studien, die von vielen heute als der Goldstandard betrachtet werden. Dennoch hat sie sich als Therapieverfahren weiterentwickelt, weil sie von den Klinikern wahrgenommen wird, die sie für ihre praktische klinische Arbeit nutzen.

Wirksamkeits-Forschung versus Effizienz-Forschung in der Ego State Therapie

Wirksamkeits-Studien haben ihre ureigensten Probleme: „Seit den 1960ern wurden immer gezieltere, kontrolliertere und anspruchsvollere Qualitätsanforderungen an die Evaluation therapeutischer Methoden gestellt (Chambless & Hollon, 1998). Klinische Studien dienen dazu festzustellen, was die Forscher als Wirksamkeit bezeichnen, nämlich den Beweis zu erbringen, dass eine bestimmte Behandlung funktioniert. Dieses wissenschaftliche Vorgehen entstammt dem ‚medizinischen Modell‘“ (Wampole, 2001, S. 8-18) (Amundson, Aladin & Gill, 2003, S 12).

Amundson et al. (2003) meinen, dass dieser Forschungsschwerpunkt verschiede-

nen Quellen entstammt. Zum einen besteht das Bedürfnis nach einem soliden wissenschaftlichen Fundament psychotherapeutischer Verfahren. Damit können sie aus der gefühlsbetonten aber unbegründeten Parteilichkeit herausgeführt werden (Beutler, Williams & Entwhistle, 1995; Talley, Strupp & Butler, 1994; Garb, 1998). Ein anderes Motiv hat mit dem Aufkommen der Bezahlung aus Drittmitteln zu tun. Die meisten Wirksamkeitsnachweise hat die kognitive Verhaltenstherapie. Sie zeichnet sich aus durch einfache Quantifizierbarkeit und Messbarkeit und ist gewöhnlich von relativ kurzer Dauer. Im Gegensatz zu psychodynamischen Langzeittherapien ist sie auch leichter zu lehren, auszuüben und zu untersuchen, und daher liegt hier auch der Schwerpunkt in der Hochschulausbildung (Peterson, 1991; Dobson, 2002; Amundson et al., 2003, S.12). Amundson et al. (2003) stellen in ihrer Analyse einer auf Wirksamkeit basierenden Hypnoseforschung deren Anwendbarkeit auf die klinische Forschung in Frage und bringen ihre Sorge darüber zum Ausdruck, dass es das Überleben der therapeutischen Anwendung von Hypnose gefährden könne, zwänge man sie in ein derartiges Prokrustesbett. Ihre Besorgnis hinsichtlich des Verhältnisses von Wirksamkeits-Studien und klinischer Praxis spiegelte sich auch in Fredericks (2003b) Kommentar als Herausgeberin wieder: „Obgleich Wirksamkeits-Studien als der Goldstandard für die klinische Versorgung bezeichnet werden, ist es vielleicht doch klüger sich zu fragen, ob denn alles Gold ist, was glänzt“ (S.1).

Frederick (2003b) wies auf Gabbards (2000) Unbehagen bezüglich der Wirksamkeits-Studien hin. Er beschrieb eine zunehmende Reaktion „gegen strikt kontrollierte, im akademischen Setting durchgeführte Wirksamkeits-Studien“ (S.1). Seine Bedenken betrafen u.a. den Ausschluss von 80-90% der verfügbaren Versuchspersonen, die möglichen Auswirkungen der Acquisition von Patienten auf die untersuchte Population und das Fehlen von Patienten mit Komorbidität in den Studien. Gabbard (2000) fragte sich auch, inwieweit die Untersuchungsergebnisse zu verallgemeinern seien „auf die Realität, in der unsere Patienten leben“ (Frederick, 2003b). Hinzu kommt die etwas irritierende Tatsache, dass Luborsky et al. (1997) zeigen konnten, dass identische Behandlungspläne (mit Manualen und strikter Kontrolle) zu stark voneinander abweichenden Ergebnissen führen können. Gabbard schlug vor, dass möglicherweise die neurophysiologische Forschung ein geeigneter Weg sein könne, die Behandlungsergebnisse zu untersuchen.

Es gibt zahlreiche Gründe, weshalb Wirksamkeits-Studien vielleicht nicht die beste Möglichkeit sind um zu ermitteln, ob die Ego State Therapie für Patienten hilfreich sein kann. Dazu gehören – und das trifft auch auf klinische Hypnose und andere, mittels Hypnose erleichterte psychodynamische Therapieformen zu – Probleme mit dem Untersuchungsdesign, die Auswahl der Population, das Thema der Komorbidität und die Tatsache, dass Ego State Therapie häufig mit anderen Psychotherapieformen kombiniert wird, desgleichen die Schwierigkeiten mit Messungen an komplexen Systemen. Glücklicherweise besteht eine andere Möglichkeit festzustellen, ob Therapien hilfreich sind.

Das National Institute of Mental Health hat mehr Effizienz-[effectiveness-]Studien (im Gegensatz zu Wirksamkeits-Studien) verlangt (Markowitz & Street, 1999). Mittels Effizienz-Studien [manchmal auch Studien zur klinischen Nützlichkeit genannt; Anm. Hrsg.] soll der Prozess, nicht der Inhalt untersucht werden und es sollen jene allgemeinen, über die Theorie hinausgehenden Elemente ermittelt werden, die Therapien für Patienten hilfreich machen. Oster (2003) hat sich in seiner Literaturübersicht bezüglich der Effizienz-Studien auf die Prüfung verfügbarer empirischer Daten über die psychotherapeutische Beziehung von Norcross (2002) gestützt.

Zu den nachweislich effektiven Merkmalen gehören: 1) das therapeutische Bündnis, 2) der Zusammenhalt in der Gruppentherapie, 3) Empathie, 4) Übereinstimmung in den Zielen und 5) Kooperation. Erfolgversprechende und wahrscheinlich effektive Merkmale sind: 1) positive Einschätzung, 2) Kongruenz/Echtheit, 3) Feedback, 4) Wiederherstellung des Bündnisses nach einem Bruch, 5) Selbstöffnung des Therapeuten [self-disclosure], 6) Handhabung der Gegenübertragung und 7) Qualität der Beziehungsdeutung. Darüber hinaus begünstigt die Anpassung und Ausrichtung der therapeutischen Beziehung auf die besonderen Bedürfnisse und Eigenheiten des Patienten (zusätzlich zur Diagnose) die Effizienz der Behandlung (Oster, 2003, S. 8).

Was der Ego State Therapie hier fehlt, ist die genaue Überprüfung durch streng kontrollierte Forschung. Die Ego State Therapie befindet sich wohl da, wo die Psychoanalyse vor fast hundert Jahren stand. Es gibt zwar zahlreiche Fallberichte, die nächste Phase objektiver Evaluation indessen ist jetzt nötig. Um es klar zu sagen, wünschenswert sind sowohl Wirksamkeits- als auch Effizienz-Untersuchungen. Eine Möglichkeit, mit dieser Forschung zu beginnen, besteht in Einzelfalluntersuchungen, die der einzelne Praktiker durchführt (Borkhardt & Nash, 2002; Fonagy & Moran, 1993).

Das Untersuchungsdesign für den Einzelfall erfordert sowohl die objektive Dokumentation des Prozesses als auch der Effekte und sollte nach Möglichkeit operationalisiert und gemessen werden. Das Maß an Kontrolle über den Prozess, zu dem wir uns entschlossen haben, bestimmt, ob eine Einzelfallstudie experimentell ist oder nicht (Fonagy & Moran, 1993, S.64).

Einige anerkannte Konzepte in der Psychologie basieren auf der Analyse von Einzelfallstudien. Dazu gehören die psychologischen Theorien von Piaget (1952) und Allport (1961). Es gibt qualitative und quantitative Einzelfallstudien. In der Regel gehen die qualitativen den quantitativen voraus. Zu den qualitativen Studien gehören die segmentierte Wiederholung und die Zeitreihenanalyse. Diese können dann auch zu „Patienten-Serien“ erweitert werden oder zum quasi-experimentellen Design. Auch besteht die Möglichkeit eines tatsächlichen experimentellen Designs. Quantitative Einzelfallstudien sind ebenfalls möglich.

Die Zukunft der Ego State Therapie sowie weiterer, mit hypnotischen Interventionen arbeitender Therapien beruht sicher darauf, dass sich viele unterschiedliche Forschungsrichtungen ihrer annehmen (z.B. neurophysiologische Untersuchungen, Ein-

zelfallstudien, herkömmliche Untersuchungen an Gruppen) und sowohl Wirksamkeit als auch Effizienz untersuchen. Wieviel der dringend erforderlichen Untersuchungen stattfinden werden, hängt von der Initiative Einzelner auf dem Gebiet der Ego State Therapie ab, die bereit sind, Forschung zu organisieren.

Die folgenden Kapitel vermitteln grundlegende Informationen zur Theorie der Ego State Therapie, sowie zur Entstehung und Interaktion von Ich-Zuständen.

Kapitel II

Das Wesen der Ich-Zustände

Ein Ich-Zustand kann definiert werden als ein 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, 1997 S. 25; dt. Ausgabe 2003: S. 45).

Ich-Zustände sind 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 (auch leitende) 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 Beziehungen, in denen Ich-Zustände zueinander stehen, können am besten aus der Perspektive einer Familientherapie verstanden werden (Bowen, 1960, 1978; Jackson, 1957; Satir, 1983) oder anhand eines allgemeineren systemischen Modells (Schwartz, 1995).

Die Ich-Zustände einer normalen Persönlichkeit

Bei normalen Individuen sind die Ich-Zustände fast nahtlos miteinander verbunden und ihre Beziehungen untereinander sind harmonisch. Allerdings hat ein normales Individuum auch die Fähigkeit zu grosser Variationsbreite, indem seine verschiedenen Ich-Zustände eine ausführende Funktion übernehmen können. Der Einzelne kann zu unterschiedlichen Zeiten auch ganz verschiedenartig denken, handeln, fühlen und sich verhalten, je nachdem welcher Persönlichkeitsanteil über die meiste Energie verfügt. Frederick & McNeal (1999) veranschaulichen das folgendermassen: „Dr. Jenkins beispielsweise ist eine berühmte psychoanalytische Wissenschaftlerin. Wenn sie Vorlesungen hält, trägt sie gut geschnittene Business-Anzüge oder ähnliches. Ihr Haar trägt sie sorgfältig zurückgekämmt und eingeschlagen und sie schmückt ihre Bluse

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

oder Jacke gewöhnlich mit einer einreihigen Perlenkette. Sie drückt sich gewählt und klug aus und ihr Benehmen ist würdevoll. Es wäre für ihre Studenten ein Schock, könnten sie sie bei den Fakultätsparties erleben. Da löst sie ihr üppiges Haar, trägt Kreolen und kurze Röcke und ist für ihre gewagten Witze und Streiche sowie für ihre offene und deftige Rede bekannt. Ist die Party für Dr. Jenkins zu Ende, dann ist das auch wieder vorbei. Sowohl ihre Vorlesungspersönlichkeit als auch ihre Partypersönlichkeit repräsentiert einen Teil ihres Selbst, welches sich beider Personen bewusst ist und auch ein wenig die Wahl hat, wie sie sich verhält. Wenn sie in ihrem Chor die klassischen Choräle singt, so tritt eine weitere Person zutage, nämlich der jubelnde Sopran. Würde Dr. Jenkins im Seminar Arien singen, auf Parties Vorlesungen halten oder mitten im Chorkonzert Party machen, so müssten wir uns Sorgen um sie machen. Wie die Dinge liegen, wissen wir einfach, dass sie eine vielschichtige Persönlichkeit mit einigen gut funktionierenden Ich-Zuständen ist“ (S. 76-77).

Allerdings haben gewöhnliche Menschen Konflikte im Leben. Diese können wesentliche Dinge betreffen, z.B. welchen Beruf man ergreift, oder wen man heiratet oder eher unwesentliche Entscheidungen, in welchen Film man beispielsweise geht.

Die Entwicklung von Ich-Zuständen

Das vielleicht wichtigste Merkmal der Ego State Therapie ist ihre positive Orientierung und Anpassungsfähigkeit. Es gibt einige wenige Grundsätze und falls sie beachtet werden, verfolgt die Ego State Therapie die richtige Spur. Dazu gehört: „Jeder Ich-Zustand ist zum Helfen da.“ Dieser Glaube ist eng verbunden mit den Konzepten zur Entstehung der Ich-Zustände.

Normale Adaptation und Differenzierung

Ein Grund für die Entwicklung von Ich-Zuständen besteht darin, dass das Individuum gewisse Ich-Zustände braucht, um in seiner Kultur, seinen Rollen, bei Arbeit und Spiel zurecht zu kommen. Diese Ich-Zustände werden zur normalen Differenzierung und zum Bestehen in der Welt benötigt, von der Tagträumerei bis zum Erwerb verschiedener Fähigkeiten. Kinder können sogar einen unterschiedlichen Sprachstil für verschiedene Ich-Zustände benutzen. So kann ein Kind sich ganz selbstverständlich in seiner wissenschaftlich anspruchsvollen Schule einer perfekten Grammatik bedienen, während seine Ausdrucksweise zuhause oder in der Nachbarschaft ebenso selbstverständlich deutlich anders sein kann. Auch die Umgangsformen und das allgemeine Betragen können unterschiedlich sein. Schüler der Militärakademie und von Einrichtungen wie beispielsweise West Point entwickeln gewiss Ich-Zustände, die mit militärischer Haltung und Umgangsweisen zu tun haben und oft für das gesamte weitere Leben unverkennbar sind. Ein Grund zur Annahme, dass sich Ich-Zustände im Laufe des Lebens herausbilden können, besteht darin, dass solche adaptiven Ich-Zustände sich entwickeln können, um ein Gewerbe oder einen Beruf ausüben zu können. Ein Ziel

von Ausbildungssystemen besteht sicher auch in der Entwicklung eines entsprechenden Ich-Zustandes.

Introjektion signifikanter Gestalten im Leben

Imitation und nachfolgende Identifikation (Orlinsky & Geller, 1993) sind wesentliche Bestandteile der menschlichen Entwicklung. Die entsprechenden Gestalten erscheinen im Besitz von Liebe, Macht, Wissen und Fähigkeiten und/oder Eigenschaften, die das Kind braucht, um das Leben in seiner Familie und in der Welt zu bestreiten. In einem sehr realen Sinne waren viele bedeutungsvolle Gestalten unseres Lebens, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben Ursprung für die Entwicklung unserer Ich-Zustände. Wie viele unter uns können innerlich die Stimmen von Vater und Mutter hören und ihre Gesten sehen? Obgleich das meiste der Erinnerung zugeschrieben wird, sind doch die vorhandenen Introjekte nicht zu übersehen. Fürsorgliche Ich-Zustände können auch einhergehen mit Konkurrenzkämpfen, Aggression, Depression, Gier, Neid, Somatisierung usw. Ein Kind kann auch Ich-Zustände entwickeln, die das Introjekt eines gesamten dramatischen Ereignisses sind. Im Erwachsenenalter kann sich ein introjizierter Ich-Zustand auch unter außergewöhnlichen Bedingungen entwickeln. Ein Folteropfer z.B. kann einen introjizierten Ich-Zustand ausbilden, der auf eben dieser Folter basiert.

Trauma

Es gibt vielerlei Arten traumatischer Erfahrungen. In der Fachsprache der Traumaforschung werden Traumata oft eingeteilt in Trauma Typ II („big T Trauma“) und Trauma Typ I („little t trauma“) (Schwartz, 2002). Da die Ego State Therapie in der Arbeit mit schwer traumatisierten Patienten entstanden ist (Watkins & Watkins, 1997), wird sie in der Vorstellung vieler wohl mit schwersten Traumata [Typ II] in Zusammenhang gebracht. Aber auch weniger gravierende Ereignisse und kumulative Traumen (das wiederholte Versagen der versorgenden Eltern, die Bedürfnisse in der Entwicklung eines heranwachsenden Kindes zu erfüllen; Khan, 1963), können das Körper-Geist-Gefüge ebenfalls zu Ich-Zuständen formen.

KLINISCHES FALLBEISPIEL

Annie hat Schwierigkeiten, sich mit Männern zu verabreden. Obgleich sie sich locker mit Männern trifft und ihre ersten Verabredungen als erfolgreich und als Spaß empfindet, passiert irgend etwas, sobald Männer Interesse an ihr zeigen, das zu einer wirklichen Beziehung führen könnte. An dem Punkt fühlt sie sich wie erstarrt und beginnt, sich von dem betreffenden Mann zurückzuziehen.

Als Annie sechs Jahre alt war, sagte ihr Vater ihr oft, was für ein entzückendes kleines Mädchen sie sei und wieviel sie ihm bedeute. Annies Mutter, eine ziemlich narzisstische Person, entwickelte eine klinische Depression und hatte allmählich

Schwierigkeiten mit dem normalen Interesse ihres Ehemannes an seiner Tochter: „Sag ihr nicht solche Sachen! Das wird es ihr nur unmöglich machen, mit Leuten zurecht zu kommen!“

Annie entwickelte einen Ich-Zustand, der bewirkte, dass sie sich von ihrem Vater zurückzog, wenn er sie lobte oder ihr Komplimente machte. Auf diese Art schützte sie ihre Mutter vor Angriffen auf deren Selbstwertgefühl. Als Erwachsene wurde dieser Ich-Zustand aktiviert, sobald ihre Rendezvous-Partner ernsthaftes Interesse an ihr zeigten. Später in der Therapie merkte Annie, dass dieser Zustand, wenn auch in geringerem Masse, ebenfalls aktiviert wurde, wenn ihr Supervisor sie für ihre Arbeit lobte. Dann senkte sie den Kopf, erstarrte in ihrer Haltung und konnte vorübergehend nichts sagen.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und nachfolgender Psychopathologie bleibt ein umstrittenes Thema (Brown, Schefflin & Hammond, 1997). Nicht jedes Trauma führt notwendigerweise zu psychischen Störungen. Eine Rolle spielen auch andere Faktoren im Leben wie der Kontext, die Familienstruktur, das Vorhandensein oder Fehlen erheblicher Pathologie in der Familie. Ob ein Kind pathologisch auf ein Trauma reagiert, hängt davon ab, ob es heilsame Erfahrungen machen kann oder nicht (Brown, Schefflin & Hammond, 1997; Kluft & Mulcahy, 1985; Tilman, Nash & Lerner, 1994; Waites, 1997). J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) glauben allerdings, dass bei einer wirklich überwältigenden traumatischen Erfahrung Kinder nur mehr eingeschränkte Optionen haben. Nach Watkins und Watkins können Kinder angesichts derartiger Erfahrungen psychotisch werden, Selbstmord begehen oder eine neue Persönlichkeitsenergie kreieren (einen Ich-Zustand oder mehrere), um damit umgehen zu können.

Was die Gehirnentwicklung betrifft, so kann angenommen werden, dass solche Faktoren wie heilsame Erfahrungen (Kluft & Mulcahy, 1985) und eine stützende Familienstruktur (Tilman et al., 1994) die posttraumatische Wiederholung unterbrechen können, ehe eine feste Verankerung in der Gehirnstruktur stattfindet (Cozolino, 2002; Siegel, 1999), und eine solche Erfahrung kann dazu beitragen, dass ein fortdauernder trauma-bedingter Ich-Zustand weniger wahrscheinlich wird.

Bindungsprobleme

Watkins und Watkins haben die Pathologie der Bindung nicht eigens als Ursache der Entwicklung von Ich-Zuständen aufgeführt. Eine solche Kategorie der Verursachung ist allerdings nötig. Wir sind zunächst einmal Mitglieder einer Gruppe und selbst der Einsamste unter uns existiert in der Beziehung zu einer verinnerlichten Gruppe, unserer inneren Selbst-Familie [Internal Family of Selves]. Bindung kann auch gesehen werden als „angeborenes System unseres Gehirns, welches sich so entwickelt, dass motivationale, emotionale und Gedächtnisprozesse hinsichtlich wesentlicher, uns versorgender Personen beeinflusst und organisiert werden“ (Siegel, 1999, S. 67).

Bindung ist auf der untersten Entwicklungsstufe von hohem Wert für das Überleben. Auf geistiger Ebene ist Bindung die Grundlage für zwischenmenschliche Beziehungen. Sind sichere Bindungen vorhanden, so reagieren Eltern mit emotionalem Feingefühl auf die Bedürfnisse des Kindes und daher erlebt das Kind Wohlbefinden und positive Gefühle.

Wiederholte Erfahrungen prägen sich dem impliziten Gedächtnis als Erwartungen ein und daraus entstehen mentale Modelle oder Bindungsschemata. Diese verhelfen dem Kind zu einem inneren Empfinden für das, was John Bowlby als „sichere Basis in der Welt“ (Siegel, 1999, S. 67) bezeichnet hat.

Ainsworth (1967, 1989), Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) und Bowlby (1979, 1980, 1988) haben Beweise für die wesentliche Rolle gefunden, die die Bindung als affektives Band bei den Säugetieren und so auch in der menschlichen Entwicklung spielt. Bowlby machte auf Harlows (1960) Arbeit über affektive Bindungen bei Primaten aufmerksam und auf seine eigene Arbeit mit schwer bindungsgestörten Kindern. Die Anwendung seiner Bindungstheorie auf Trauer und Verlust (die später von Kübler-Ross, 1969, populär gemacht wurde) beinhaltet auch Entwicklungs- und Beziehungsaspekte.

Alle affektiven Bindungen – ob nun in der Kindheit, in der romantischen Liebe, der Übertragung oder Gegenübertragung – folgen den gleichen speziellen Regeln (Ainsworth, 1967, 1989; Bowlby, 1979, 1980, 1988), die Frederick (2003a) zusammengefasst hat. (a) Ersatz ist nicht erlaubt. Es ist immer ein ganz bestimmtes Individuum gemeint, für das es absolut keinen Ersatz gibt. (b) Sie sind immer dauerhaft. (c) Die Beziehung ist emotional bedeutsam. (d) Nähe oder Kontakt zu der Person wird immer gewünscht. (e) Unfreiwillige Trennung bereitet immer Kummer (Cassidy, 1999) und (f) das zusätzliche Kriterium einer Bindung: die Suche nach Sicherheit und Trost des einen Individuums beim anderen ist vorrangiges Ziel der Beziehung (Ainsworth, 1989).

Bindung ist eines der angeborenen psychobiologischen emotionalen Systeme, die das Verhalten von Mensch und Tier steuern. Das Streben nach Sicherheit und Trost ist vorrangiges Ziel einer Beziehung (Ainsworth, 1988). Bindungsmuster entstehen früh im Leben und zeigen sich in der Übertragung. Bindungsmuster können sicher, ängstlich-ambivalent, ängstlich-vermeidend und desorganisiert-desorientiert sein. Der Bindungsstil kann von Ich-Zustand zu Ich-Zustand variieren, so dass die Übertragung-Gegenübertragung aus Sicht einer Ich-Zustands-Perspektive eine grosse Bandbreite einnehmen kann und sich während der Behandlung in Spiralen oder Kreisen bewegen kann.

Ich-Zustände und Bindung

Viele Individuen entwickeln Persönlichkeitsenergien, um Lücken auszufüllen, Verluste auszugleichen, den Schrecken von Trennung und auch unangemessener Anwesenheit entgegen zu wirken (z.B. bei einem versorgenden Elternteil, der physisch anwe-

send, aber emotional und hinsichtlich seines Einfühlungsvermögens abwesend ist) und dabei eine Art Übergangserfahrung zu Versorgung, Beständigkeit und Kameradschaft zu vermitteln. Diese Schöpfungen müssen nicht per se Introjekte sein. Häufig sind sie Produkt der Imagination, beispielsweise idealisierte Eltern, Spielkameraden, Geschwister und Helden, die in der realen Welt ohne Entsprechung sind.

Allerdings gibt es viele Probleme im Zusammenhang mit Ich-Zuständen und Bindung. Viele Ich-Zustände, die an sich nicht als Reaktion auf Bindungsdefizite entstanden sind, weisen dennoch eine Bindungsproblematik auf. Insbesondere gilt das für Ich-Zustände, die sich infolge eines Traumas entwickelt haben. Ein Trauma unterbricht die gesunden Empfindungen einer Bindung. Die nachfolgenden Entwicklungsdefizite (Fine, 1990) können zu schwerwiegenden Bindungsproblemen führen. Wann immer wir einem Kind-Ich-Zustand begegnen, müssen wir das Bindungsparadigma im Auge behalten.

Bisweilen können Ich-Zustände, die entstanden sind, um mit unterbrochenen oder fehlenden Bindungen umzugehen, dazu dienen, eine Übergangserfahrung sicherzustellen (Fink, 1993). Nach Fink können manche ausgesprochen zum Fetisch werden (Greenacre, 1971), als fest verankerte Ich-Zustände mit spezieller selbstbeschwichtigender Funktion und nicht selten begleitet von sado-masochistischen Phantasien. Frederick und McNeal (1999) haben festgestellt, dass derartige Ich-Zustände „häufig an pathologischen Übergangshandlungen beteiligt sind, wie zwanghafter Autoerotik, anderen Arten sexueller Verhaltensweisen, Essstörungen (insbesondere Bulimie) Alkohol- und Drogensucht und „suchthaftem Verlangen nach Phantasien, Objekten und Menschen“ (S. 165).

Das therapeutische Bündnis ist das vorrangige Mittel zur Wiederherstellung oder in manchen Fällen auch zum Schaffen sicherer Bindungen innerhalb der Ich-Zustände. Es können aber auch andere Maßnahmen nötig sein, um Entwicklungsmängel auszugleichen. Eine Aufgabe der Ego State Therapie besteht darin, sichere Bindungen unter allen Ich-Zuständen der umfassenderen Persönlichkeit herzustellen; das ist entscheidend für die Integration.

Der Kern der Persönlichkeit

Betrachten wir die Ich-Zustände, so mögen wir uns fragen, ob es auch ein Zentrum oder einen Kern [center core] des Selbst gibt, der dem Individuum ein Gefühl der Ganzheit vermittelt. J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) haben die These der Existenz eines Kern-Ich vertreten, das „eine Anzahl von Verhaltens- und Erfahrungselementen enthält, die beim normalen Individuum mehr oder weniger gegeben sind und die dem Einzelnen und der Welt recht konsistent vermitteln, wie es sein ‚Selbst‘ wahrnimmt und wie andere dies tun ... Während aktiver Perioden ist das Kern-Ich erweitert und seine Ich-Besetzung erstreckt sich über mehr mentale Strukturen und Prozesse“ (S.26).

Torem und Gainer (1995) schlugen ebenfalls ein Konzept für das Kern-Ich vor. Sie

fürten an, dass die von Hammond (1990) empfohlenen Inneren-Ratgeber-Techniken (Comstock, 1991) üblicherweise bei der Behandlung von Patienten mit vielerlei dissoziativen Störungen eingesetzt wurden. Torem und Gainer (1995) nahmen an, Zweck der Inneren-Ratgeber-Techniken sei, das objektive und selbst-reflektierte Denken des Patienten zu fördern. Sie definierten das Kern-Ich als „diejenigen Ressourcen, die der Patient erlebt, während sich in diesem Ich-Zustand ein Aspekt der eigenen ‚Kern‘-Persönlichkeit oder seines tief inneren Selbst widerspiegelt ... Das Kern-Ich kann verborgene Handlungspläne erhellen, die die Therapie durch subtile oder verdeckte Einflüsse seitens widerstreitender Ich-Zustände beeinflussen. In diesem Ich-Zustand kann der Patient auch lernen, Krisen vorauszusehen und eher abzuwenden“ (Torem & Gainer, 1995, S. 260).

In der Folge erweiterten Torem und Gainer ihre Sichtweise des Kerns der Persönlichkeit. Sie ersetzten den Ausdruck Kern [center core] durch den Inneren Ratgeber und sie haben ihn wohl als einen Bereich des Ich angesehen, der die vielfältigen Stärken des Ich darstellte und irgendwie getrennt war vom Konflikt der einzelnen Teile. Einen von ihnen bezeichneten sie als ‚innere Stärke‘, stellten allerdings keinen Zusammenhang her zu McNeals und Fredericks (1993) gleichnamigem Begriff der Inneren Stärke. Sie hatten ein zweifaches Konzept des Kerns als eines Ich-Zustands, der sowohl ein Bewusstsein von „der Erfahrung der Einheit und Ganzheit“ hat (Torem & Gainer, 1995, S. 127) als auch innerhalb der Persönlichkeit „für die Vergegenwärtigung der eigenen inneren Stärken und Ressourcen des Patienten“ sorgt (Torem & Gainer, 1995, S. 128).

Der Kern bei Torem und Gainer hat viel gemeinsam mit Comstocks (1991) Innerem Ratgeber, dem Beobachter-Ich-Zustand bei J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997), sowie der Inneren Weisheit bei Rossman (1987); bei all diesen Aspekten der Persönlichkeit liegt nämlich die Betonung auf den rationalen und logischen Erfahrungen der Selbstfamilie, die anscheinend nicht direkt in den Konflikt einbezogen sind. Das eigentliche Wesen des Inneren Ratgebers bzw. des Kerns ist vielschichtig; es kann allerdings gesehen werden, als habe es einiges mit dem Selbst gemein, wie es in der Inneren-Familiensystem-Therapie [Inner Family Systems Therapy] (Schwartz, 1995) beschrieben wird: „Zweck des Inneren Ratgebers ist, dem Patienten eine ‚transzendente‘ Perspektive der Vernunft und Objektivität zu vermitteln. Der Innere Ratgeber kann als symbolische Repräsentation der eigenen, vielleicht auch dissoziierten Ich-Stärke des Patienten gesehen werden. Auch kann der Innere Ratgeber als Introjekt des Therapeuten gelten, das sich im Kontext der therapeutischen Beziehung einstellt. Bei dissoziativen Störungen, insbesondere der multiplen Persönlichkeitsstörung, wird der Innere Ratgeber als ein unterscheidbarer Ich-Zustand erlebt, dessen Aufgabe es ist, logisches, rationales, reifes und objektives Denken aufrecht zu erhalten. Wir haben die Bezeichnung Kern-Ich verwendet, um diese Rolle zu identifizieren. Der Begriff Kern-Ich bedeutet, dass die Ressourcen, die der Patient in diesem Ich-Zustand erlebt, einen Aspekt seines ureigensten Persönlichkeits-Kerns oder seines inneren, zentralen Selbst

darstellen. Ein solcher positiver Rahmen ermutigt dazu, die eigene Kapazität zu erleben und hält davon ab, den therapeutischen Erfolg zu ignorieren oder anderen zuzuschreiben ... Das Kern-Ich kann verstanden werden als einer tieferen existenziellen Funktion dienend. Als eine natürliche Fähigkeit eines integrierten Lebens erfährt der Einzelne das Gefühl der Einheit und Ganzheit des Selbst. Wir behaupten, dass dieses Erleben des Selbst als Einheit eine Leistung der persönlichen Wahrnehmung ist und im Fall einer traumatischen Erfahrung akut gestört wird“ (Torem & Gainer, 1995, S. 126-127).

Nach Torem und Gainer wird das Kern-Ich durch Hypnose und durch die Suggestion aktiviert, der Patient habe in sich eine Seite seines Selbst, die rational und logisch denkt. Dieser Kern kann als Energiefeld oder als ein Objekt oder als eine Personifizierung erlebt werden. Torem und Gainer empfehlen, dass der Therapeut den Kern im therapeutischen Prozess personifiziert, das Gespräch mit ihm aufnimmt und den Patienten lehrt, wie er Zugang zu diesem Teil der Persönlichkeit finden kann, um stichhaltige Informationen zu erlangen. Torem und Gainer glauben, dass Therapeuten sich zwecks wesentlicher Information und Hilfe auf den Kern verlassen können, solange das therapeutische Bündnis trägt. Je mehr die dissoziierten Patienten den Kern nutzen können, um so stärker wird ihr Gefühl für das Selbst als eins geworden Ganzes.

Die Autoren meinen zwar, dass Kern-Phänomene möglicherweise iatrogen erzeugte Ich-Zustände sind, stellen indessen fest, dass die gesteigerte Ich-Stärke, die aus der Interaktion mit dem Kern-Ich folgt, wahrscheinlich nicht dem Therapeuten zugeschrieben wird. Letztlich sind sie sich nicht sicher, was genau das Kern-Ich sei, etwas, das dem Patienten angeboren ist, eine Metapher, die der Veranschaulichung der Ressourcen dient, oder ein iatrogen entstandener Ich-Zustand.

McNeal und Frederick (1993) und Frededrick und McNeal (1993, 1999) interessierten sich für die Aktivierung kraftvoller, konfliktfreier Persönlichkeitsanteile, die sich – ohne unbedingt darauf eingeschränkt zu sein – in affektiven Erfahrungen der Kraft und Stärke niederschlagen können, oder auch als kognitive, rationale Information und in vernunftbetonten Verhaltensweisen. Sie entwickelten das Konzept der konfliktfreien Ressourcen, die als Energien tief in der Persönlichkeit vorhanden sind und sowohl den Ich-Zuständen als auch der umfassenderen Persönlichkeit erhebliche Erfahrungen vermitteln können.

Obgleich die Erklärungen zur Wirkungsweise der Ich-Stärkung mehrheitlich kognitiv-verhaltenstheoretisch sind, wandten sich McNeal und Frederick (1993) und Frederick und McNeal (1993) der Ich-Psychologie Heinz Hartmanns (1961, 1965) zu. Hartmann nahm an, dass das Ich sich getrennt vom Es entwickle und eine Reihe autonomer Funktionen habe, die nicht von Persönlichkeitskonflikten betroffen seien. Dazu gehörten beispielsweise das Gedächtnis, die Wahrnehmung und die Motilität. Diese Funktionen entwickelten sich nicht aus Triebfrustration oder entsprängen aus Konflikten, sondern existierten bereits von Geburt an. Seiner Theorie nach enthalte das Ich

sowohl Abwehr- als auch Anpassungsmechanismen. Hartmann (1961, 1965) meinte, jene von Konflikt und Frustration unabhängig existierenden Ich-Funktionen gehörten der konfliktfreien Ich-Sphäre an.

McNeal und Frederick (1993) beschrieben die hypnotische Aktivierung der Inneren Stärke, eines konfliktfreien Anteils des Ich, der für das ureigene Überleben sorgt. Die Innere Stärke ist furchtlos und unglaublich stark. Als Frederick und McNeal (1993) überprüften, wie sich die Aktivierung der Inneren Stärke auf die Ich-Zustände auswirkte, kamen sie zu dem Schluss, dass die Innere-Stärke-Technik „Zugang zu inneren Überlebensmechanismen schafft, so dass Einsicht in Handeln mündet. Diese Technik aktiviert hilfreiche Ich-Zustände, die dann zu integrierenden Mechanismen in der Therapie werden.“ (S. 251). Sie nahmen an, dass die Innere Stärke eine der Ressourcen sei, die durch die Therapie aus dem Unbewussten (Erickson & Rossi, 1976) abgerufen werden könne. Obgleich McNeal und Frederick (1993) die Innere Stärke als „einen vom Augenblick der Geburt an vorhandenen Ich-Zustand“ (S. 172) definierten, fügten sie zur näheren Erklärung hinzu, sie sei „so etwas wie ein Ich-Zustand“ (S.177). Sie hätten nicht den Eindruck, sie sei in Eigenart und Funktion mit anderen Ich-Zuständen identisch. In der Folge teilte Frederick (1996 b) die hilfreichen Ich-Zustände ein in „konflikt-beladene“ und in „konflikt-freie“.

Später bezogen Frederick und McNeal (1999) Jungs (1969) Konzept der Archetypen mit ein, Muster intuitiven Verhaltens, die im kollektiven Unbewussten angesiedelt sind. Im konfliktfreien Ich-Bereich identifizierten Frederick und McNeal (1999) eine Reihe mächtiger archetypischer Selbst-Objekte (Gregory, 1996) wie die Innere Stärke, die Innere Weisheit, die Innere Liebe und Innere Ratgeber. Mit aufgenommen werden sollten noch das „Höhere Selbst“ (Watkins & Watkins, 1997) und die „Lebensenergie“ (H. Watkins, 1990), Beobachter-Ich-Zustände (Watkins & Watkins, 1997) und der Innere Heiler (Ginandes, 2002). Ginandes (2004) betont in ihrer Arbeit mit psychosomatischen Fällen auch die Rolle des eigenen initiativen konfliktfreien Ich-Zustands des Therapeuten, nämlich des „Therapeuten als Heiler“.

Frederick und McNeal (1999) übernahmen Hartmanns (1961, 1965) Begriff der konfliktfreien Ich-Sphäre für die häufig gebrauchte Bezeichnung „Kern-Ich“ der Persönlichkeit. Sie stellten sich vor, dass es sowohl archetypische und überdauernde Aspekte der Persönlichkeit wie auch einzigartige und sehr persönliche, konfliktfreie Anteile enthalte. Sie berichteten von positiver, stärkender und heilender Wirkung, wenn die konflikt-beladenen Ich-Zustände in der Lage waren, die archetypischen Selbst-Objekte zu erleben. Die Kraft des archetypischen Selbst-Objekts, der inneren Stärke, den unreifen Ich-Zuständen Ich-Stärke zu vermitteln (Frederick & McNeal, 1993,1999) und ihnen zu Entwicklung und Wachstum zu verhelfen, wird nunmehr in der Literatur der Ego-State- Therapie umfassend anerkannt (Emmerson, 2003; Phillips & Frederick, 1995; Watkins & Watkins, 1997). Die tiefe Wirkung, die deren Aktivierung auf eine normale Persönlichkeit ausübt, wird eindrucksvoll in Mortons (2003) Erzählung beschrieben, wie sie ihre Innere Stärke beim Klettern im Hochgebirge einsetzt.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Konfliktfreie Energien können in der Ego State Therapie Stärke, Information und Unterweisung vermitteln, ferner das Gefühl geliebt zu werden, sie können Nachrichten an andere Ich-Zustände weitergeben und weitere hilfreiche Geschenke machen. Sie spielen zudem noch eine entscheidende Rolle in der Therapie des Inneren Familien Systems (Schwartz, 1995), in der das Selbst ganz und gar im Mittelpunkt steht.

Therapie des Inneren Familien Systems

Vorläufer der Ego State Therapie

Die Transaktions-Analyse (Berne, 1961) unterscheidet sich erheblich von der Ego State Therapie (Emmerson, 2003 a; Phillips & Frederick, 1995), obgleich es in beiden den Begriff „Ich-Zustand“ gibt. Beide Ansätze wurden aus Federns (1952) Theorie der Ich-Zustände entwickelt. In Bernes Transaktionsanalyse wird mit nur fünf festgelegten Ich-Zuständen gearbeitet. Auch die Psychosynthese (Assagioli, 1965) ist mit Teilen befasst und es gibt die Kategorien Empfindung, [Sensation], Emotion-Gefühl-Impuls [Emotion-Feeling-Impulse], Begehren [Desire] Imagination [Imagination], Gedanke [Thought], Intuition [Intuition], Wille [Will] und Mittelpunkt [Central Point, das persönliche Selbst]. Voice Dialogue (Dialog der Stimmen; Sone & Winkelmann, 1985) neigt ebenfalls zur Bildung von Subselbst-Kategorien in verschiedenen Rollen. In der Gestalt-Therapie (Perls, 1973) schätzt man auch den Nutzen der „Teile-Arbeit“. In dieser Hinsicht hat Perls gewaltig von den Externalisations-Techniken des Psychodrama (Moreno, 1946) geborgt. Obgleich hier gewisse Ansätze einer „Teile“-Arbeit wie „top dog“ und „under dog“ vorhanden sind, fehlt doch ein Gesamtsystem oder eine Theorie der Teile.

Wie Phillips und Frederick (1995) und Frederick und McNeal (1999) sagt auch Emmerson (2003) deutlich, dass keines der oberflächlich ähnlichen Systeme eine Vorstellung von den zahlreichen einzigartigen Ich-Zuständen hat, von denen jeder seine persönliche Geschichte, sein eigenes Narrativ, seine eigenen Gedanken, Gefühle, Wünsche, Verhaltensweisen und seine Verbindungen zum Körper hat.

Therapie des Inneren Familien-Systems

Es gibt eine zeitgenössische Version eines polypsychischen Therapieansatzes, der trotz sehr spezieller theoretischer Unterschiede der Ego State Therapie in vielerlei Hinsicht auffallend ähnlich ist. Das ist die Therapie des Inneren Familiensystems (Schwartz, 1995), die viele Begriffe und Behandlungsweisen mit der Ego State Therapie teilt. Einer der hauptsächlichsten Unterschiede betrifft die Rolle der Kernpersönlichkeit in Zusammenhang mit dem umfassenderen Selbst als auch mit dem Behandlungsprozess. Schwartz, der Familientherapeut ist, sah die menschliche Persönlichkeit als ein Subselbst-Kompositum, das als System existiert und den gleichen Regeln unterworfen ist wie alle Systeme, sei es nun die Innere Familie, die Ursprungsfamilie,

der Vorstand eines Unternehmens oder einer Baseball-Mannschaft. Schwartz sieht Ich-Zustände oder Teile als einzigartig und besonders an, als anpassungsfähig in dem Sinne, dass sie der umfassenderen Persönlichkeit zu Hilfe kommen. Er schätzt alle Teile und ist bestrebt, mit allen therapeutische Allianzen einzugehen.

Schwartz (1995) bemerkte, dass die gleiche Dynamik, wie sie in Gruppen zu beobachten ist, auch innerhalb der Subselbst-Gesamtheit der Persönlichkeit besteht. Die Definition der Teile, wie Schwartz (1995) sie gibt, ist derjenigen für die Ich-Zustände nach J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) auffallend ähnlich. Auch ihre Auffassungen zur Differenzierung und Dissoziation haben ihre bemerkenswerten Parallelen: „Ein Teil ist nicht einfach nur ein zeitweiliger emotionaler Geisteszustand oder ein gewohnheitsmässiges Denkmuster. Es ist vielmehr ein eigenständiges und autonomes mentales System mit einer typischen Emotionalität, einem eigenen Ausdrucksstil, einer Reihe von Fähigkeiten und Wünschen und einer eigenen Weltsicht. Mit anderen Worten, es ist als ob ein jeder von uns eine ganze Gesellschaft von Personen in sich beherbergte, unterschiedlichen Alters, mit verschiedenartigen Interessen, Talenten und Temperamenten ... Aus dieser Sicht sind Menschen mit der Diagnose MPD (Multiple Persönlichkeitsstörung, heute als Dissoziative Identitätsstörung (DIS) bezeichnet), so schwer verletzt worden, dass ihre Teile polarisiert sind bis hin zur völligen Isolation“ (S. 34-35).

Schwartz (1995) drückt klar aus, inwieweit sich sein Modell von anderen unterscheidet:

- a) Sein Fokus liegt auf dem Netzwerk von Teilen des Individuums und nicht einfach auf den individuellen Teilen;
- b) in ihm werden Verbindungen zwischen dem inneren Familiensystem und der äusseren Familie des Einzelnen betont und es wird mit beiden gearbeitet und
- c) es unterscheidet sich in den Annahmen zur Qualität und den Rollen des Selbst.

Die Teile (Ich-Zustände im Rahmen der Ego State Therapie) sind bei Schwartz (1995) in Kategorien eingeteilt, die deren Funktion beschreiben, ohne ihnen eine einzigartige Individualität unterzuschreiben. Diese Kategorien helfen Therapeuten beim Verständnis der strategischen Funktionen der Teile. Schwartz ordnet die Teile einem System von drei Gruppen zu: Exilanten (exiles, Verbannte), Manager (manager) und Feuerwehrleute (firefighters).

Exilanten-Anteile sind die schwächsten und empfindlichsten im System. Sie tragen die seelischen Verletzungen, den Schmerz und die Angst. Gewöhnlich bewahren sie die Erinnerung an Traumata für das System auf und werden oft von Scham und Schuld überschwemmt. Meist sind das Kind-Anteile und sie werden vom System in den Hintergrund gedrängt. Der Rolle der Manager-Anteile kommt die Aufgabe zu, die Exilanten vom übrigen inneren System fernzuhalten und sie nicht ins Bewusstsein gelangen zu lassen. Die Manager-Anteile fürchten, dass die Exilanten ausbrechen und störend ins Bewusstsein eindringen. Sie arrangieren Muster der Erinnerung, der Affekte, des Verhaltens und Empfindens, um die Exilanten gegen alles abzuschirmen,

was Reaktionen hervorrufen könnte oder sie zu einem offenen Ausdruck anregen könnte. Exilanten melden ihre Anwesenheit auf verschiedene Art, beispielsweise durch Flashbacks und andere posttraumatische Symptome, durch Somatisierung und Träume. Die ganze Zeit über versuchen die Manager, sie in Grenzen zu halten durch Gewohnheiten, durch Symptome oder andere Abwehrstrategien wie Vermeidung, Verleugnung und Flucht, usw.

Wenn nun auch die gewaltigssten Anstrengungen der Manager-Anteile nicht in der Lage sind, die Exilanten unter Verschluss zu halten, dann tritt die dritte Kategorie in Aktion, die Feuerwehrleute, um „das Feuer auszutreten“, all das auszulöschen, was an Erinnerungen, Affekten, Bildern oder anderen mentalen Inhalten die Exilanten auf den Plan rufen könnte. Die Aktivitäten der Feuerwehr stören oft die Therapie. Dies geschieht beispielsweise durch Selbstmordversuche, Drogenmissbrauch, sexuelles Ausagieren, Depersonalisation, Flucht und Wutausbrüche.

Schwartz (1995) zufolge existieren die Teile, um eine Kern-Persönlichkeit zu schützen, die er das Selbst nennt. Ihre Aufgabe (speziell im Falle eines Traumas) ist, das Selbst mittels Dissoziation vom Körper getrennt zu halten. Teile, die so das Selbst schützen mussten, verlieren schließlich das Vertrauen in das Selbst und seine Fähigkeit, die Führungsrolle zu übernehmen. Schwartz (1995) sieht die Trennung des Selbst vom Körper und von seiner Führungsrolle als die Grundlage für die innere Dysfunktion. Das Selbst an sich ist frei von Konflikten, „wann immer das Selbst nicht regelrecht funktionsfähig ist, liegt das nicht daran, dass es mit Mängeln behaftet ist, unreif oder unangemessen wäre, wie in anderen Ansätzen vermutet wird. Vielmehr verfügt das Selbst über alle notwendigen Eigenschaften zur effektiven Führung, aber es wird von Teilen unter Druck gesetzt, die Angst haben, sich völlig von ihm zu unterscheiden. Das ist für viele Therapeuten eine schwer zu akzeptierende Annahme“ (S. 39).

Aufgabe der Inneren-Familien-System-Therapie ist es, die Teile wieder mit dem Selbst zu verbinden und die Führung des Selbst oder des Kerns der Persönlichkeit wieder herzustellen. Schwartz (1995) nennt das Selbst „das ‚Ich‘ im Sturm“ (S. 37) und sieht es als identisch mit Csikszentmihalyis (1990) Flow-Zustand. Wann immer Teile mit dem Selbst wieder vereint werden können, sind sie geheilt.

Schwartz (1995) glaubt, das Selbst könne gespürt werden als Welle oder als Energie, als ein Gefühl der Verbundenheit mit dem Universum, oder als Teilchen wie im Erleben eines personalen Selbst. Er bediente sich der Metapher Beahrs (1982) vom Dirigenten und dem Symphonie-Orchester, um die Beziehung des Selbst zu den Teilen (den Ich-Zuständen) zu beschreiben: „Ein wesentliches Ziel in diesem Modell ist es, jedem Patienten behilflich zu sein, das Selbst so rasch wie möglich zu unterscheiden, so dass es seine Führungsrolle wieder einnehmen kann“ (Schwartz, 1995. S. 40).

Die Auffassung eines kraftvollen, konfliktfreien Kerns oder Selbst ist sowohl in der Ego State Therapie als auch in der Inneren-Familien-System-Therapie vorhanden. In der Ego State Therapie wird die Entwicklung gut funktionierender Ich-Zustände und die wechselseitige Integration der Ich-Zustände betont. Archetypische Selbst-Objekte

oder Aktivitäten des Kern-Ich gelten als oft entscheidendes Moment dieses Prozesses. In der Inneren-Familien-System-Therapie ist das Ziel die Wiederherstellung von Vertrauen in das Selbst und die Führung zurück zu gewinnen; das wird nicht von reifen Ich-Zuständen gefordert, sondern unmittelbar vom Selbst. In der Inneren-Familien-System-Therapie wird behauptet, es werde keine formale Hypnose eingesetzt oder hypnotische Interventionen benutzt. Das trifft wahrscheinlich so nicht ganz zu. Denn der intensive Blick auf innere Gegebenheiten ruft spontane Trance-Zustände hervor.

Ego State Therapeuten empfinden im allgemeinen Hochachtung vor der Inneren-Familien-System-Therapie, und viele Ego State Therapeuten finden bestimmte Ideen der Inneren-Familien-System-Therapie hilfreich für sich selbst und für ihre Patienten. Die Verhaltensweisen von Ich-Zuständen können bisweilen besser verstanden werden, wenn der Therapeut sich Gedanken macht, ob sie sich wohl wie Manager, Feuerwehrleute oder wie Exilanten verhalten. Die Innere-Familien-System-Therapie bringt den polypsychischen Ansätzen mehr Verständnis entgegen und ermöglicht die Anwendung der System-Theorie. Ihr scheint aber der umfassende Zugang zur Entwicklung und Wiederherstellung von Kind-Anteilen zu fehlen, der in der Ego State Therapie vorhanden ist (Frederick & McNeal, 1999; Phillips & Frederick, 1995).

Im folgenden Kapitel wird das Spektrum der Ego State Therapie beschrieben, die Diagnose der Ego-State-Pathologie sowie der Einsatz von Personifizierung in der Ego State Therapie.

Kapitel III

Pathologie der Ich-Zustände

Das Spektrum der Ich-Zustände

Man kann sich vorstellen, dass Ich-Zustände hinsichtlich ihrer Beziehungen (Getrenntsein vs. Nähe) ein gewisses Spektrum einnehmen. J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) sprechen hier vom Differenzierungs-Dissoziations Kontinuum und Phillips und Frederick (1995) nennen es Ich-Zustands-Spektrum. An einem Rand des Spektrums befinden sich Ich-Zustände mit sehr durchlässigen Grenzen, die nicht sehr getrennt sind voneinander. Ein Individuum, bei dem diese Art von Ich-Zuständen vorherrscht, kann sich als eine etwas farblose Persönlichkeit darstellen. Wie wir gesehen haben, trägt eine normale Differenzierung zu einer ausgeprägteren Trennung der einzelnen Ich-Zustände bei. Diese normale Trennung ermöglicht Komplexität, bisweilen kann sie aber auch der Ursprung innerer Konflikte sein, die sich intrapsychisch oder interpersonell niederschlagen. Verfolgt man das Ich-Zustands-Spektrum weiter, so kann man feststellen, dass Ich-Zustände mit etwas undurchlässigeren Grenzen als „normal“ mit klinischen Symptomen in Zusammenhang stehen können. Wenn solche Ich-Zustände die Führung übernehmen, so können die betroffenen Individuen verschiedenerlei Probleme erleben, wie posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Obsessionen, Zwänge, Panik-Attacken, sexuelle Zwangshandlungen und

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Identitätsstörungen, antisoziales Verhalten, somatische Störungen, unstillbare Schmerzen, Essstörungen, Psychotherapie-Resistenz usw. Diese Ich-Zustände sind eher dissoziiert als differenziert.

Noch randständiger auf dem Kontinuum bzw. im Spektrum befinden sich die voll ausgebildeten dissoziativen Störungen. Hier finden sich klinische Störungen wie das Konversions-Syndrom, Amnesien und Somatisierungsstörungen. Die Extremposition am Rande des Spektrums integrierter Ich-Zustände nehmen die zutiefst getrennten und dissoziierten Ich-Zustände ein. Sie zeigen sich als die Alter der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS). Ist die Trennung unter den Ich-Zuständen extrem und die Ich-Zustände aktivieren sich selbst (übernehmen die Führungsrolle innerhalb der Persönlichkeit, ohne dass sie hypnotisch aktiviert worden wären), sind sie nicht kontrollierbar von der umfassenderen Persönlichkeit, und zeigen sie sich spontan, dann liegt eine Dissoziative Identitätsstörung vor. Die Ich-Zustände werden dann als Alter bezeichnet. Bei dieser Störung aktivieren sich die Ich-Zustände selbst und das häufig auf chaotische und schwierige Weise.

Störungen der Dynamik der inneren Familie

Die Pathologie der Ich-Zustände resultiert immer aus einer Disharmonie in der inneren Selbst-Familie. Für das Scheitern harmonischer Beziehungen zwischen den inneren Energien gibt es einige Gründe.

1. Die Beziehungen der Ich-Zustände werden erheblich beeinflusst von der Beschaffenheit der Grenzen eines jeden Ich-Zustands – bestimmte Ich-Zustände können zu undurchlässige Grenzen haben. Solche Ich-Zustände kommunizieren oder kooperieren nicht mit anderen Ich-Zuständen, denn sie stehen nicht in positiver energetischer Beziehung zueinander. Sind die Grenzen zu dicht, so bemerken manche Ich-Zustände nicht einmal die Anwesenheit anderer Ich-Zustände innerhalb der umfassenderen Persönlichkeit.
2. Einige Ich-Zustände sind vielleicht zu unreif um mit anderen in Verbindung zu stehen. Ihre Unreife kann so geartet sein, dass sie stört. Wir alle brauchen kindliche Persönlichkeitsenergien für Spiel und Kreativität. Indessen können bestimmte Kind-Energien, die zutage getreten sind, um mit einem Trauma zurecht zu kommen, schwere Entwicklungsdefizite aufweisen und nicht fähig sein, Grenzen zu handhaben, Affekte in Schach zu halten oder zu modulieren und Verhalten zu kontrollieren. Hinzu kommt, dass ihr Denkstil unterentwickelt sein und viele kognitive Irrtümer beinhalten kann.
3. Und es gibt noch weitere Ich-Zustände, die oft als böswillig und destruktiv bezeichnet werden, obschon sie vielleicht sogar als ‚Beschützer-Zustände‘ fungieren, weil sie sich - zusätzlich zu ihren überaus dichten Grenzen, durch die sie von anderen getrennt sind – mit destruktiver Aktivität befassen und Störungen innerhalb des Systems bewirken in ihrem fehlgeleiteten Bemühen, andere Teile und/oder die Gesamtpersönlichkeit zu schützen.

Integration in der Ego State Therapie

Befinden sich die Energien der Ich-Zustände oder der inneren Familie im Zustand der Kommunikation, der Kooperation und können sie fortlaufend ein gemeinsames Bewusstsein aufrecht erhalten, dann spricht man von vorhandener Integration. Wenn Ich-Zustände integriert sind, dann können sie durch Hypnose aktiviert werden, aber sie werden nicht in eigener Regie durch Ich-Besetzung [ego cathexis] oder Ich-Energie [I-energy] vollständig aktiviert. So wird beispielsweise die Opernsängerin, die sich in ihrem Operndiva-Ich-Zustand befindet, nicht ausschließlich zu dieser Energie werden. Sollte ein anderer Sänger wegen eines akuten Krankheitszustandes auf der Bühne zusammenbrechen, dann würde die Opernsängerin nahtlos in einen persönlichen Energiezustand wechseln, der weiß, wie man in einem solchen Notfall handelt.

Diagnostizieren der Pathologie von Ich-Zuständen

Personifizierung in Diagnose und Behandlung

Ich-Zustände sind keine kleinen Männchen, die in unserem Kopf herumlaufen. Sie sind zusammenhängende Gebilde von Persönlichkeitsenergien mit strukturiertem neurophysiologischem Substrat. Allerdings arbeiten erfolgreiche Ego State Therapeuten nicht mit Energien. Sie arbeiten mit Personifizierungen, einem wichtigen Handwerkszeug der Imagination. Möglicherweise ist die ihr innewohnende Rolle einer der am wenigsten wertgeschätzten und verstandenen Aspekte der psychodynamischen Psychotherapie. Hillman (1976) erinnert uns daran, dass Jung glaubte, das „Bild ist die Seele“ (S. 23).

Wenn der Ego State Therapeut mit Ich-Zuständen arbeitet, dann nennt er sie beim Namen, arbeitet intensiv daran, mit den Ich-Zuständen ein therapeutisches Bündnis zu schließen und ist bestrebt, ihnen zu helfen, ihre eigenen Schwierigkeiten zu überwinden und ebenso jene, die sie mit der inneren Selbst-Familie haben mögen. Indem er das tut, begibt sich der Therapeut in eine andere Dimension der psychologischen Realität – die Welt und die Geschichte oder das Narrativ der beteiligten psychischen Energie. Das ist nicht die Welt der historischen Wahrheitsfindung, sondern eine Art narrativer Wahrheit (Siegel, 1999; Spence, 1982) und des Schaffens von Bedeutung („Meaning making“) (Horowitz, 1973). Das ist eine Welt und eine Therapie, die besser von den Psychodynamikern verstanden wird als von den Behavioristen, einfach deshalb, weil hier ein spezielles Paradigma genutzt wird.

Die heutige Idee, die die Subjektivität auf eine Person einschränkt (im Gegensatz zu einem Ich-Zustand oder einem Jungschen Archetypus oder Komplex), entstammt christlicher Sichtweise, dass nur eine Person mit Körper und Seele den Blick Gottes (Devine regard) verdient und sie entstammt dem cartesianischen Weltbild, demzufolge die Welt unterteilt ist in wahrnehmende Subjekte, die lebendig sind und viele tote Objekte, ohne dass es etwas dazwischen gäbe (Hillman, 1976). Diese westliche, wis-

senschaftliche Perspektive wird bis zu einem gewissen Grad von allen Mitgliedern der wissenschaftlichen Gemeinschaft aus einer gewissen Notwendigkeit heraus aufrecht erhalten. Aus Sicht der gegenwärtigen Praxis psychodynamischer Therapien ist das jedoch sehr restriktiv und lässt der Mythologie, der Metaphorik, dem Unentschiedenen und Ungewissen keinen Raum, all dem, was untrennbar mit einer solchen Therapieform verbunden ist. Damit werden Anthropomorphismus und das Mythische diskreditiert und Personifizierung und Mythologie werden durch Allegorie entkräftet: „Tatsächlich verunglimpfen Psychologen das Personifizieren und kennzeichnen es als eine defensive Art der Wahrnehmung, als Projektion, als ‚pathetischen Trugschluss‘, als Regression in eine Art Anpassung, die auf Täuschung, Halluzination oder Illusion beruht. (Hillman, 1976, S. 2). Dagegen „der Subjektivität und Intentionalität eine Stimme zu geben bedeutet mehr, als sich auf ein bestimmtes Sprachspiel einzulassen, es bedeutet vielmehr, dass wir uns in eine andere psychologische Dimension begeben“ (Hillman, 1976, S. 1).

Sich die Personifizierung zunutze zu machen, ebenso wie Hypnose zu verwenden, um Erinnerungen oder Verdrängtes wieder zu finden oder sonst mit einem Patienten zu arbeiten, wird von einigen angeprangert (Lynn, 2001a, b), die Personifizierung nicht nutzen, wie die Jungianer, die Gestalt Therapeuten, die Inneren Familiensystem Therapeuten und die Ego State Therapeuten. Lynn (2001a, b) äußerte seine Überzeugung, dass Ego State Therapeuten die Einverständniserklärung von ihren Patienten einholen sollten, dass jede Bezugnahme auf Ich-Zustände metaphorisch sei. Das scheint ein Versuch zu sein, zwei Paradigmata aneinander anzupassen, die in dieser Hinsicht unvereinbar sind. Cavanaugh (1991) erinnert uns, dass der Begriff „bridging paradigms“ auf zweierlei Art verstanden werden kann, nämlich als „Paradigmen überbrücken“ oder als „überbrückende Paradigmen“.

Nehmen wir die zweite Bedeutung: „Wenn wir an die Kuhnschen Paradigmata denken, wie wollen wir dann damit umgehen, unterschiedliche Paradigmata zu überbrücken, die sich (im streng Popperschen Sinn) gegenseitig ausschließen?“ (Cavanaugh, 1991, S. 2).

Kluft (2001) bemerkte auch, dass die Unvereinbarkeit wissenschaftlicher Paradigmata (Kuhn, 1970) auch dazu führen könne, dass man sich über das klinische Vorgehen nicht einigen kann. Während die Ego State Therapie sich an viele Paradigmen anpassen kann und das auch tut, die sich in der praktischen Arbeit als nützlich erweisen, kann sie doch nicht mit einem Paradigma kombiniert werden, das von seiner Erkenntnistheorie her die Personifizierung ablehnt.

Praktisch gesehen kann man mit einer Metapher kein therapeutisches Bündnis oder eine zwischenmenschliche Beziehung eingehen. In diesem Sinne kann man die Ego State Therapie im besten und vitalsten Sinne wirklich mit Fiktion vergleichen. Ebenso wie psychodynamische Therapien manipuliert die Fiktion Worte, Metaphern und Subjektivität, um eine tiefgehende Erfahrung zu vermitteln, die den Leser in eine andere Wirklichkeit führt, eine besondere Weisheit für ihn bereit hält und ihm eine

universelle Wahrheit vermittelt.

Ein Roman ist keine Allegorie. „Er ist die sinnliche Erfahrung einer anderen Welt. Trittst du nicht in diese Welt ein, hältst du nicht die Luft an gemeinsam mit den Protagonisten und wirst du nicht von ihrem Schicksal gefangen genommen, so wirst du nicht mitempfinden können, und dieses Mitempfinden ist der Kern des Romans. Einen Roman zu lesen heißt: du atmest die Erfahrung ein. Also, fang an zu atmen“ (Nafisi, 2004, S. 110).

Wie wir sehen werden, ist es notwendig, sich emotional wirklich tief einzulassen, wenn man sich der Ego State Therapie verschreibt, und es ist wesentlich, diese starken Gefühle für die sich entwickelnden Ich-Zustände aufzubringen. In dieser Art imaginärer Wirklichkeit findet die Ego State Therapie statt. Obgleich das nicht die eigentliche Wirklichkeit ist, so ist es doch nichtsdestoweniger therapeutische Wirklichkeit. Allgemeine Diskussionen mit den Patienten über die Rolle der Imagination in der Therapie, unter angemessener Bezugnahme auf die vorgestellten psychischen Strukturen, derer sich Freud, Jung u.a. bedienten, können hilfreich sein, ebenso wie Gespräche über die Möglichkeiten, die Theorie in die praktische therapeutische Arbeit zu übertragen. Das sollte aber nicht die eigentliche Therapie überlagern oder unterordnen. In diesem Falle würde der Therapie die Kraft entzogen.

Ego State Probleme: Zur Diagnostik

Wie weiß der Kliniker, ob eine Ego State Therapie indiziert ist, ob sie für einen bestimmten Patienten von Nutzen ist? Abgesehen vom Extrem der Dissoziation, wie sie bei der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) zu finden ist, bei der sich Ich-Zustände (Alter) oft mit einer Pathologie präsentieren, die so klar sein kann wie ein internationales Verkehrszeichen, gibt es zahlreiche Patienten, die mit nicht so leicht zu entdeckenden Ego State Problemen in die Praxis kommen. Dazu gehören die verschiedenen Spielarten der üblichen individuellen Probleme, bei denen es sich nicht um bedeutende seelische Erkrankungen handelt. Dazu gehören Patienten mit einfachen Phobien (Malcolm, 1996), mit Depressionen, insbesondere atypischen Depressionen (Frederick, 1993a; Newey, 1986; Torem, 1987a), Panikattacken mit oder ohne Agoraphobie (Frederick, 1993a), Zwangsstörungen (Frederick, 1990, 2002), posttraumatischer Belastungsstörung (Phillips, 1993a), Somatisierungsstörungen (Phillips, 1993b), Fruchtbarkeitsstörungen (Morton, 2001), sexueller Deviation (Sowada, 2003), krankhafter Fettsucht (Frederick & Johnston, 2002), Anorexia nervosa (Torem, 1987a) und Problemen mit der Schmerzkontrolle (Gainer, 1993, 1997). Patienten kommen auch zur Therapie, weil sie Hilfe in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen suchen. Sie beschreiben Verhaltensweisen, die kontraproduktiv oder gezielt destruktiv sind. Frederick (1990, 1993a) und später Phillips und Frederick (1995) beschrieben einige Anzeichen möglicher Ego State Pathologie. Die Exploration der Ich-Zustände soll nicht der üblichen und vollständigen Beurteilung des Patienten vorangehen. Sie findet immer zusätzlich zu anderen diagnostischen Erhebungen statt, wie

zur Anamnese und zum psychischen Befund. Patienten mit Beschwerden, die nach Ego State Problemen klingen, könnten an einer organischen Erkrankung leiden wie Temporallappen-Epilepsie, Gehirnläsionen, Stoffwechselstörungen oder einer Menge anderer medizinischer Probleme. Auch können Patienten eine zweifache Diagnose haben. Für alle Patienten, die Anzeichen oder Symptome berichten, die eine Ego State Pathologie nahelegen, ist eine medizinische Abklärung zu empfehlen. Die diagnostische Untersuchung des Ich-Zustands darf nicht allein stehen. Sie muss immer in eine solide medizinische und psychologische Untersuchung eingebettet sein.

Patienten formulieren Schwierigkeiten in ihrer inneren Familie der Ich-Zustände in vielfältiger Weise. Die Schwierigkeiten können sich spontan aus der Geschichte ergeben oder es sind spezifische Fragen erforderlich, um sie zutage zu fördern. Hierzu gehören:

1. Ich-Dystonie

Wenn der Therapeut den Patienten auf eine mögliche Ego State Pathologie hin untersucht, dann sollte er immer nachforschen, ob eine Ich-Dystonie vorliegt. Es ist nicht ungewöhnlich, dass der Patient sich auf ein Verhalten oder Symptom mit den Worten bezieht: „Das sieht mir gar nicht ähnlich“. Hört der Therapeut dergleichen, so kann er den Patienten nach weiteren Einzelheiten fragen: Wie war das mit dem „Nicht ähnlich Sehen“? Hier bietet sich die Gelegenheit für eine Untersuchung vieler Bereiche.

Gedanken: Was hat der Patient zu dem Zeitpunkt gedacht? Wie hat sich das von gewöhnlichen Denkmustern und Themen unterschieden? Hat es Gedankenflucht gegeben? Sind die Ideen von den üblichen ethischen, moralischen und sozialen Vorstellungen abgewichen?

Vorstellungen: Hat der Patient irgendwelche besonderen Vorstellungen bemerkt? Gab es intrusive Gedanken?

Affekt: Waren die Affekte des Patienten in irgendeiner Weise verändert? Gab es Depersonalisation und Derealisation? Spürte der Patient sein eigenes Alter, seine Figur, seine Gestalt?

Körpergefühl: Was fühlte der Patient währenddessen in seinem Körper? Fühlte sich der Patient größer oder kleiner, älter oder jünger? Veränderte sich etwas an seiner Gestalt oder den Größenverhältnissen, der Koordination oder der Beweglichkeit?

Verhalten: War etwas an seinem Verhalten verändert? Wenn ja, war das wie ein früheres Verhalten, vielleicht wie vor langer Zeit? Erinnernte es den Patienten an irgend etwas oder irgend jemanden?

Kontext und Bedeutung: Wie passte das Erleben des Patienten in den allgemeinen Zusammenhang seiner derzeitigen Situation? Hat der Patient irgend ein Gefühl, was das Erlebnis wohl bedeuten mag?

Offensichtlich überschneiden sich einige dieser Fragen mit den Fragen der Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986) und dem Strukturierten klinischen Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D) (Steinberg, 1994). Ich-Dys-

tonie kann ein Hinweis auf signifikante Identitäts-Verwirrung sein. Patienten, die derlei beschreiben, könnten unter dissoziativen Störungen leiden und sollten sowohl auf dissoziative Störungen wie auch auf Ego State Pathologie hin untersucht werden. Allerdings hat nicht jeder Ich-dystone Patient eine schwere dissoziative Störung. So sagte beispielsweise die Patientin Joan, deren periodisch auftretende und vom Ich-Zustand bestimmte depressive Symptome von Frederick (1993b) beschrieben worden sind, sie fühle sich nicht wie sie selbst, wenn sie plötzlich bestimmte umschriebene Episoden tränenreicher Traurigkeit erlebte. Dennoch befand sich Joan innerhalb der normalen Bandbreite allgemeiner Dissoziation.

2. Ungewöhnlicher oder unerklärlicher Affekt

Ein anderer Hinweis auf vorhandene Ego State Pathologie ist ungewöhnlicher, übertriebener, stark abgeschwächter und/oder unerklärlicher Affekt. Alles was im affektiven Bereich ungewöhnlich ist, sollte Anlass zu weiterer Untersuchung sein. Die diagnostische Antwort ist nicht immer unmittelbar zu erhalten. Der Patient mit Stimmungsschwankungen zwischen Depression und Hochstimmung kann eine affektive Störung in der Art einer bipolaren Störung haben, eine Dissoziative Identitätsstörung oder eine isolierte Ego State Pathologie. Eine bipolare Störung von einer Ego State Störung zu unterscheiden gehört zu den größten Herausforderungen in der Ego State Diagnostik. Wobei daran erinnert sein soll, dass beide Störungsbilder bisweilen nebeneinander bestehen können.

3. Ungewöhnliche oder unerklärliche somatische Erfahrungen

Patienten beschreiben mitunter ungewöhnliche oder unüblich lang anhaltende Körperempfindungen oder hartnäckige Schmerzen. Diese Beschwerden können auch, müssen aber nicht mit ungewöhnlichen Verhaltensweisen einhergehen. So kann ein Patient ‚la belle indifference‘ zeigen und dabei hartnäckige Schmerzen haben und über vielerlei somatische Probleme klagen.

4. Ungewöhnliche oder unerklärliche Phantasien

Manche Patienten finden sich ein wegen ungewöhnlicher Phantasien, wie wiederholter bildlicher Vorstellungen von Horrorszenen oder Bildern oder Zeichnungen von zuweilen abstrakter Natur, die für sie keine Bedeutung haben. Diese ‚rätselhaften Zeichen‘ (Frederick & Phillips, 1996) könnten Mitteilungen nonverbaler Ich-Zustände sein.

5. Die Sprache von Teilen

Patienten mit Ego State Kämpfen sprechen selbst vielleicht schon von Teilen und machen Äußerungen wie „ein Teil von vielen will das Beste tun, während ein anderer Teil von mir einfach etwas völlig anderes tun möchte.“ Bisweilen beschreiben Patienten ein Gefühl, als ob in ihrem Inneren ein Krieg oder ein Kampf stattfindet.

6. Ein Gefühl des Gespaltenseins oder eines inneren Kampfs oder Kriegs

Viele Patienten mit Ego State Problemen haben ein Gefühl des Gespaltenseins, haben aber Angst, es zum Ausdruck zu bringen. Für viele von ihnen ist das Gefühl des Gespaltenseins ein Zeichen, dass sie verrückt sind, und sie zögern, dem Therapeuten diese Information zukommen zu lassen. Fragt man diese Patienten: „Fühlt sich das so an, als würde in Ihrem Inneren ein Krieg stattfinden?“, dann reagieren sie oft mit Erleichterung, dass der Therapeut sie verstanden hat.

7. Übertriebene Selbstgespräche oder inneres Geschwätz

Patienten mit Ego State Problemen bemerken häufig ein inneres Geschwätz oder Stimmen. Das sind keine Halluzinationen. Oft ist es von Nutzen, die Exploration mit der Frage an den Patienten zu beginnen, ob er/sie einen inneren Kritiker hat, eine nörgelnde innere Stimme, die so viele von uns haben und die uns immer sagt, dass das falsch war, was wir gerade gemacht haben. Sagt diese Stimme dem Patienten, dass er/sie dumm ist, nachlässig, kurzsichtig usw.? Viele Patienten beschreiben das als Selbstgespräch, aber bestimmte Personen sagen auch, dass es klare Stimmen in ihrem Inneren gäbe, und sie können sogar das Geschlecht und/oder das Alter des oder der Redenden angeben.

8. Ein Gefühl, „auseinanderzufallen“ oder „verrückt zu sein“

Während die Untersuchung allmählich vervollständigt ist, und falls der Therapeut keinen Anhaltspunkt für eine Psychose gefunden hat, beantwortet der Patient auch eine Frage in der Art: „Ich weiß, dass Sie nicht verrückt sind, und ich hoffe, dass Sie das auch wissen, aber gleichzeitig frage ich mich, ob Sie sich manchmal so fühlen, als seien Sie verrückt?“ Dieses Gefühl bei einem nicht psychotischen Patienten, verrückt zu sein, besteht häufig bei Trauma-Patienten (Van der Kolk, 1996) und kann ein Zeichen dafür sein, dass Ich-Zustände betroffen sind.

9. Ungewöhnliche Verhaltensweisen

Ohne dass sie sich dessen bewusst wären oder ein Gefühl dafür hätten, können Patienten ungewöhnliche Verhaltensweisen wie Tics oder andere Körperbewegungen zeigen, störende stimmliche Äußerungen, Veränderungen in der Körperposition und im Tonfall und ungewöhnliches Minenspiel, das den Untersuchenden dazu veranlassen könnte, sich zu fragen, ob eine andere Persönlichkeitsenergie anwesend sein könnte. Diese minimalen Manifestationen sind nicht unbedingt der Beweis einer extremen Ego State Pathologie im Sinne einer dissoziativen Persönlichkeitsstörung, könnten aber doch für weniger schwere Dissoziation innerhalb des Spektrums der Ich-Zustände sprechen.

10. Therapieresistenz

Therapieresistenz ist und bleibt einer der allgemeinen Gründe, derentwegen Patienten mit Ego State Pathologie immer wieder nach Therapeuten suchen, die ihnen helfen

können. Das heißt nicht, dass ihre zurückliegende Behandlung schlecht war. Im Gegenteil, nach Erfahrung der Autorin haben viele Patienten mit ungelösten Ego State Problemen eine hervorragende Behandlung durch gut ausgebildete Therapeuten erhalten. Was fehlt, ist die Ego State Orientierung. Die Behandlung war nicht auf den Persönlichkeitsaspekt hin ausgerichtet, der die Probleme hat.

11. Positive diagnostische Ego State Exploration

Die Diagnostik der Ego State Exploration sollte nie Unheil anrichten. Sie sollte sich im sicheren ethischen Bereich bewegen zwischen Irrtümern aufgrund von Suggestion oder Übertreibung von Symptomen und Zeichen sowie Irrtümern aufgrund von Versäumnissen. Der Therapeut solle den Ich-Zuständen ermöglichen sich zu zeigen, es dabei aber vermeiden, dem Patienten zu suggerieren, dass er auf das Vorhandensein von Teilen achten solle, um dem Therapeuten zu gefallen. Ego State Therapeuten sind nicht daran interessiert, dem Patienten die Idee von Teilen in den Kopf zu setzen, wenn das einfach nicht der Realität entspricht. Das ist einer der Gründe, weshalb Ego State Therapeuten unbedingt ausgebildet werden müssen, eine andere Art Therapie ausüben zu können. Es sollte nicht ihr persönliches Anliegen sein, dass eine Ego State Pathologie vorliegt, sondern sie sollten sich vielmehr darum kümmern herauszufinden, was mit dem Patienten los ist. Die Anfänger sollen daran erinnert werden, dass nicht jede Ego State Untersuchung zur Identifizierung eines Ich-Zustands oder einer Pathologie desselben führt. Dennoch sollte eine Ego State Untersuchung immer dann stattfinden, wenn es Hinweise auf eine mögliche Ego State Pathologie gibt.

Lynn, Marc, Kvaal, Segal & Sivec (1994) haben drei Forschungsberichte und eine Reihe von Hinweisen vorgelegt, die zeigen, dass die geheimen Beobachter-Phänomene „durch den situativen Aufforderungscharakter Gestalt annehmen können“ (S. 131) [vgl. hierzu auch Spanos et al., 1989, in Heft „Hypnose und Dissoziation“ von Hykog, 6(2), 1989; Anm. Hrsg.]. Obgleich Ego State Therapeuten offene Fragen akribisch vermeiden mögen, wonach ein Patient Ich-Zustände erlebt oder Erfahrungen mit Ich-Zuständen ausfindig macht, so gibt es doch ohne Frage in jedem Ego State-orientierten diagnostischen Interview zahlreiche Momente mit Aufforderungscharakter. Das ist einer der Kritikpunkte, den man gegen die Ego State Therapie vorbringen kann. Allerdings gilt das auch für jede andere Therapierichtung.

Die Arbeit von Lynn et al. (1994) ist ein bedeutsamer Beitrag, den man jedem Ego State Therapeuten dringend empfehlen sollte, wenn es um die Diagnostik geht. Sobald irgend ein Therapeut beliebiger theoretischer Ausrichtung auf einen Patienten trifft, ergeben sich unweigerlich bestimmte Aufforderungscharakteristika, ob das nun ein Verhaltenstherapeut ist, ein Jungianer, ein Urschrei-Therapeut oder ein Vertreter der rational-emotiven Therapie. Es ist noch nicht einmal immer möglich, die Forschungssituation von solchem Aufforderungscharakter frei zu halten. Fraglos versuchen unsere Patienten immer, ihre Angaben unserer theoretischen Ausrichtung anzupassen im Versuch, uns zu gefallen oder auf unsere unausgesprochenen Suggestionen zu reagieren. Das ist einfach Teil der Psychotherapie. Das zu wissen kann der Anfang der Weis-

heit sein und uns daran erinnern, dass unsere Patienten ihr eigenes unendliches Geheimnis sind, und dass unsere Arbeit von ihrer bewussten und unbewussten Mitarbeit abhängt. Es ist zu hoffen, dass das Therapeuten jeder theoretischen Ausrichtung zur Demut und sorgfältigen Objektivität animiert.

Eine andere Thematik, die Lynn et al. in ihrer Arbeit hervorheben, ist die Kraft der positiven Suggestion in der Therapie. Die vorhandene oder fehlende positive Aufforderung seitens des Therapeuten zu Ehrlichkeit, Klarheit und einem Arbeitsbündnis kann den Unterschied zwischen erfolgreichen und erfolglosen Ego State Interventionen ausmachen. Phillips und Frederick (1995), Hartman (1998) und Frederick und McNeal (1999) treten in der Arbeit mit Ich-Zuständen ein für die Ericksonsche Utilization von Symptom-Worten, Redewendungen und Sequenzen.

Die Exploration von Ich-Zuständen kann Material zur therapeutischen Bearbeitung zutage fördern, das als Metapher oder Imagination zum Ausdruck kommt und die Stimmen von Bewusstseinszuständen verkörpert, die versuchen, sich in ihren Beziehungen zu äußern. Aufgabe des Therapeuten ist es, der wahren Stimme (oder gegebenenfalls dem, das keine Stimme hat) zum Erscheinen zu verhelfen, als einem authentischen Ausdruck einer Selbst-Energie, die über sich und ihre Beziehungen etwas mitteilt. Wenn die Ego State Diagnostik ordnungsgemäß von gut ausgebildeten Ego State Therapeuten durchgeführt wird, dann verletzt oder schädigt sie den Patienten niemals.

Im folgenden Kapitel werden Behandlungsrahmen und -ziele der Ego State Therapie beschrieben.

Kapitel IV

Der Behandlungsrahmen in der Ego State Therapie

Psychoedukation: Die Therapieziele mitteilen

Dem Patienten die Prinzipien der Ego State Therapie zu erklären, bedeutet für Patient und Therapeut, sich gemeinsam auf den Weg zu begeben.

Es gibt vielerlei Möglichkeiten, die menschliche Persönlichkeit zu betrachten. Eine davon, die ich für nützlich halte – und das in einem sehr realistischen Sinne – ist die Vorstellung, dass sie aus Teilen besteht und einer inneren Familie sehr ähnlich ist. Wir lieben den Gedanken und halten ihn gewöhnlich auch für richtig, dass wir unteilbar sind. Wenn Sie sich das allerdings überlegen, merken Sie, dass Sie vielleicht eher wie ein Diamant oder wie ein anderer Edelstein sind, der viele Facetten hat. Jede einzelne reflektiert etwas anderes, und jede ist ein wesentlicher Teil des Edelsteins. So strahle ich wahrscheinlich eine andere persönliche Energie aus, wenn ich unterrichte, als wenn ich mit meinen Patienten hier in der Praxis sitze, so wie Sie vermutlich ganz unterschiedliche Erfahrungen machen, je nachdem ob Sie in der Arbeit sind, auf einer Party oder zu Besuch bei Ihrer Familie. Und doch sind Sie ein jedes Ihrer Teile. Man kann den Geist ähnlich dem Körper sehen: Der Körper muss sich differenzieren, spezialisieren, und dazu braucht er Einzelteile. Das Herz macht nicht das Gleiche wie das

Gehirn, und doch brauchen wir beide. Wichtig ist zu realisieren, dass jeder - Persönlichkeitsanteil da ist, um zu helfen. Selbst die mit Symptomen zusammenhängenden Teile versuchen irgendwie hilfreich zu sein. Wenn Persönlichkeitsenergien oder Teile oder Seiten des Selbst nicht zurecht kommen, wenn sie nicht zusammenarbeiten, wenn oft nur einer sich allein auf den Weg macht, dann können sich Symptome entwickeln. Möglich, aber keineswegs unbedingt notwendig ist, dass die Probleme, derentwegen Sie hergekommen sind, Teil irgendeiner Schwierigkeit in Ihrer inneren Selbst-Familie sind.

Oft ist es hilfreich, direkt mit den Persönlichkeits-Energien zu arbeiten und dabei Hypnose einzusetzen. Obgleich wir wissen, dass dies Energien oder Aspekte des Selbst sind, sprechen wir doch mit ihnen, als wären es Personen, Persönlichkeiten oder – wie der grosse Psychologe C.G. Jung sie nannte – „die kleinen Leute“. Was an dieser Methode so hilfreich sein kann: Wenn Sie Selbsthypnose einsetzen, können Sie Ihre Therapie weiterarbeiten lassen, ohne dass Sie dabei sind; Sie können sich besser kennen lernen und besser auf sich achten. Ziel der Therapie mit der inneren Familie ist die Integration. Das bedeutet, dass alle Teile harmonisch zusammenarbeiten, dass es Vereinigte Staaten gibt anstatt Bürgerkrieg. Es ist auch wichtig zu wissen, dass ein jeder Teil genau so wichtig ist wie jeder andere. Manchmal möchten Patienten, dass ich versuche, Teile „loszuwerden“, die sie nicht mögen. So funktioniert das aber nicht. Wir arbeiten mit Teilen, um ihnen zu helfen, dass sie wachsen und dass sie miteinander zurecht kommen.

Einverständniserklärung

Die Einverständniserklärung zur Ego State Therapie, die eingeholt wird, wenn der Patient nicht in Trance ist, dient der Aufklärung und dabei werden auch alternative Therapien und Wahlmöglichkeiten angeboten. Ein Teil der Informationen kann in Trance wiederholt werden, nachdem der Patient vor der Hypnose die Möglichkeit hatte, alles durchzusprechen und Fragen zu stellen. Wenn der Patient sich entscheidet, sich nicht in eine Ego State Therapie zu begeben, werden andere Therapieformen ausgesucht. Dem Thema der Erinnerung wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Erinnerung ist plastisch, wird immer von neuem kreiert und vom Patienten selbst in seine eigene Geschichte verwoben (Siegel, 1999). Die Patienten werden in Kenntnis gesetzt, dass das, womit in Trance umgegangen wird, niemals die Erinnerung ist, sondern „Erinnerungsmaterial“ oder „Erinnerungserlebnisse“ (Phillips & Frederick, 1995), und dass die Rolle des Therapeuten nicht darin besteht, den Patienten zu sagen „was wirklich passiert ist“ (Frederick, 1994a). Tatsächlich wissen sie vielleicht nie genau, was mit ihnen geschehen ist, aber dieses Wissen ist auch nicht nötig für ihre Heilung.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Die Ziele der Ego State Therapie

Die Ziele der Therapie ergeben sich aus der Zusammenarbeit. Nichtsdestotrotz gibt es eine Untergruppe von Therapiezielen, die eingehalten werden müssen, wenn eine Ego State Therapie durchgeführt wird.

1. Kommunikation mit den Ich-Zuständen herstellen.

Kommunikation ist das Tor zu den vielen heilsamen Beziehungen, die der Therapeut mit den Ich-Zuständen eingeht. Bei jeder Aktivierung eines Ich-Zustands ist es wesentlich, eine liebevolle und respektvolle Sprache der Kooperation beizubehalten (Gilligan, 1987):

Wie möchtest Du genannt werden?

Wie alt bist Du?

Weißt Du, wie alt X (der Patient) war, als Du ihm zu Hilfe kamst?

Was magst Du?

Was brauchst Du?

Macht Dir irgend etwas an mir Angst?

Wie hilfst Du X (dem Patienten) derzeit?

Sprichst Du mit anderen Teilen oder machst Du vielleicht etwas mit ihnen?

Wir, X und ich, möchten Dich wirklich gern kennen lernen und Dich verstehen.

Weißt Du irgend etwas über (das Problem / das Symptom)?

Brauchst Du heute etwas von uns?

Gibt es etwas, das Du uns gern wissen lassen möchtest?

Danke.

2. Mit allen Ich-Zuständen klar vereinbaren, dass ein jeder Ich-Zustand genau so wichtig ist wie alle anderen.

Es ist wichtig, mit jedem Ich-Zustand ein solches Bündnis zu schließen. Der Ego State Therapeut muss völlig demokratisch sein und alle Ich-Zustände gleich behandeln.

3. Den Ich-Zuständen helfen, Bündnisse untereinander zu schließen und zu gesundem familiären Handeln zu gelangen

Der Integration geht die Hilfe zur Entwicklung positiver Kommunikation unter den Ich-Zuständen voraus, die Ermutigung zu wechselseitigem Bemühen und die Förderung nach Empathie: „Sie und ich, wir haben bemerkt, dass es gut für uns zu sein scheint, wenn wir miteinander kommunizieren. Das gibt uns die Chance, etwas voneinander zu erfahren. Ich frage mich, ob Sie es sich überlegen würden, ein bißchen Zeit mit dem Teil zu verbringen, den Sie Joe nennen. Er ist einfach ein kleines Kind und scheint einsam zu sein. Ich wette, er würde es wirklich schätzen, ein wenig Aufmerksamkeit von Ihnen zu bekommen.“ Oder: „Ich weiß, dass Sie und Sally nicht immer gut miteinander ausgekommen sind, ich hoffe aber, Sie werden sich erinnern, dass sie eine Menge Kummer hatte und manchmal denke ich, das macht sie vielleicht mürrisch und schnippisch. Vielleicht hilft ihr Ihr Verständnis, wie sehr sie leidet, damit Sie

ihr wieder die Hand reichen. Ich denke, sie braucht einen guten Freund. Ich meine, sie stimmen zu, dass es für alle Teile wirklich gut ist, vor unserer nächsten Sitzung ein paar mal zusammen zu kommen. Dann haben Sie Gelegenheit, gemeinsam über all das zu reden, was heute zum Vorschein kam, und Sie werden vermutlich einige Pläne entwickeln, die sie gemeinsam angehen möchten. Vielleicht zeigt sich sogar, dass das Spaß macht.“

4. Ich-Zustände und die Familie als Ganzes stärken, beschädigte Selbstachtung wieder herstellen, Furcht und Angst in Griff bekommen, ebenso Gefühle der Ungleichheit.

Wenn Patienten sich mit neurotischen Störungen vorstellen (und die Mehrzahl ihrer Ich-Zustände undurchlässigere Grenzen als üblich haben), können ich-stärkende Maßnahmen vorwiegend dem Ich-Zustand gelten, der mit dem Symptom in Verbindung steht. Bei Patienten mit erheblicher dissoziativer Pathologie und ebenso bei jenen mit Charakterstörungen (McNeal, 2003a, 2003b, 2004) indessen muss die Ich-Stärkung häufig bei jedem einzelnen Ich-Zustand erfolgen und auch bei der ganzen inneren Familie als System oder Gruppe. Direkte, indirekte und projektiv-evokative Ich-Stärkung, insbesondere die Vermittlung Innerer Stärke (McNeal & Frederick, 1993; Frederick & McNeal, 1993, 1999) kann dem inneren System dabei helfen, näher zusammenzurücken.

5. Themen der Separation/Individuation und der Bindung in der Übertragung mit unreifen Ich-Zuständen ansprechen, wobei übersteigerte Abhängigkeit vermieden wird. Obgleich das Interesse an Fragen der Bindung wieder aufgelebt ist (Cassidy, 1999), findet man an sich doch wenig entsprechende Beiträge in der Ego State Literatur. Steele, van der Hart, und Nijenhuis (2001 [vgl. auch Van der Hart, Steele, Boon, & Brown im HyKog-Heft „Dissoziative Identitätsstörung“, 12(2), 1995; Anm. Hrsg.]) haben die Beziehung zwischen Bindung und Abhängigkeit bei Patienten mit traumabedingter Pathologie studiert. Bindungsmuster schlagen sich als Struktur im Gehirn nieder (Cozolino, 2002; Siegel, 1999).

6. Für die Ich-Zustände jede Technik einsetzen, die auch beim individuellen Patienten genutzt wird, falls diese Technik erforderlich ist.

Ich-Zustände können Probleme aufweisen, die eine Reihe unterschiedlicher psychotherapeutischer Techniken erforderlich machen. Ego State Therapie schlägt Brücken zu verschiedenen Paradigmen. Je nach Art ihrer Probleme sprechen Ich-Zustände an auf kognitive Verhaltenstherapie, systematische Desensibilisierung, psychodynamische Ansätze, expressive Therapieformen wie Tanz-, Kunst- und Musiktherapie, Körperarbeit, rational-emotive Therapie, Hypnose, EMDR, Power-Therapien usw.

7. Notwendige Entwicklungsarbeit zur Wiederherstellung bestimmter unreifer Ich-Zustände leisten.

Wiederherstellung der Entwicklung kann bisweilen ein wesentlicher Schritt zur Integration sein. Obgleich das Hauptaugenmerk in der Ego State Therapie der Nutzung innerer und äußerer Ressourcen des Patienten gilt (Phillips & Frederick, 1995), können die Ressourcen des Patienten zeitweise doch nicht angemessen sein (Frederick & McNeal, 1999; Phillips & Frederick, 1995). Die Notwendigkeit, Patienten dabei zu helfen, fehlende innere Ressourcen zu entwickeln, besteht besonders bei Patienten mit kognitiven und emotionalen Entwicklungsdefiziten aufgrund von traumatischer Erfahrung oder extremer Vernachlässigung sowie von Defiziten in der Sprachentwicklung (Elmer, 1977; Fibne, 1990; Fish-Murray, Koby & van der Kolk, 1987; McCann & Pearlman, 1990; Toro, 1982; Zeilokovsky & Lynn, 1995). Extrem unreifen Ich-Zuständen fehlt häufig die Objekt-Konstanz, die Objekt-Permanenz und es fehlen angemessene Grenzen (Baker, 1981, 1985; Brown & Fromm, 1986), außerdem das Gefühl der Ganzheit und die positiven Gefühle für sich selbst aufgrund mangelnder adäquater Fürsorge (Mahler, 1968; Spitz, 1965; Winnicott, 1960/1965). Es bedarf dann wohl der nährenden Fürsorge in Hypnose (Murray-Jobsis, 1990a, 1990; Scagnelli, 1976; Scagnelli-Jobsis, 1982) und es muss auch Objekt-Konstanz und Objekt-Permanenz hergestellt werden (Baker, 1981, 1985; Brown & Fromm, 1986). Weiter sind Übergangs-Erfahrungen nötig, die als Katalysatoren für Wachstum und stärkere Grenzen der Ich-Zustände als Vorläufer der Integration wirken (Frederick & McNeal, 1999), der Eindämmung von Affekten, der Anpassung (Frederick & McNeal, 1999) usf. dienen.

8. Das therapeutische Bündnis eng verknüpfen mit Übertragung/Gegenübertragung als eigentlichem Milieu der Therapie

Wesentliche Antriebskräfte der Ego State Therapie sind das therapeutische Bündnis sowie Übertragung und Gegenübertragung; letztere werden in Kapitel VI ausführlich behandelt.

9. Das Trauma-Thema ohne Retraumatisierung ins Auge fassen und lösen.

Trauma-Behandlung ist ein weites Feld und wird in dieser Monographie nicht behandelt. Umfassend dargestellt wird der Ansatz der Ego State Therapie in der Behandlung von Traumata bei Phillips & Frederick (1995) und bei Frederick & McNeal (1999). Viele, die nicht eigentlich Ego State Therapeuten sind, aber auf dem Gebiet von Trauma und Dissoziation arbeiten, folgen dabei Prinzipien der Ego State Therapie.

10. Innerhalb der inneren Selbst-Familie Harmonie einführen oder wiederherstellen.

Das eigentliche Ziel der Ego State Therapie ist es, die Integration herbeizuführen, das heißt, die Teile müssen ein kontinuierliches gemeinsames Bewusstsein haben. Integration ist von Therapiebeginn an das Ziel des Ego State Therapeuten. Oft sind diese harmonischen, glatten Abläufe unter den Ich-Zuständen das Ergebnis harter Arbeit. Aufgabe des Therapeuten ist es, jede Gelegenheit zu nutzen, um das innere System weiter zur Integration hin zu bewegen.

Klinische Kommunikation mit Ich-Zuständen - Etwas in Bewegung bringen

Für den Beginn einer Ego State Therapie und für alle folgenden klinischen Aktivitäten und Interaktionen mit Ich-Zuständen gilt als Ziel, therapeutische Bündnisse mit ihnen zu schließen und diese aufrecht zu erhalten (vgl. Kap. V): „Therapeutische Bündnisse mit Ich-Zuständen einzugehen ist für den Anfänger in der Ego State Therapie ein wesentliches Unterfangen, dies gilt aber auch für den fortgeschrittenen Therapeuten. Obgleich Ich-Zustände keine realen Personen sind, so sind sie doch empfindsame, führende und urteilende Aspekte der Persönlichkeit und ebenso wie individuelle Patienten brauchen sie Respekt und Empathie, wenn sie sich in der therapeutischen Arbeit kooperativ zeigen sollen“ (Phillips & Frederick, 1995, S. 65-66).

Wenn wir den Patienten zum ersten Mal sehen, beginnen wir indirekt mit den Ich-Zuständen zu kommunizieren. Sie werden sich fragen, ob sie Vertrauen haben und kooperieren können, ob der Therapeut einen von ihnen den anderen vorziehen wird und ob er sie respektieren wird oder ihre Vernichtung anstrebt. Die ersten Kommunikationsversuche müssen respektvoll, sanft und auf Sicherheit und Ausgeglichenheit bedacht sein. Phillips und Frederick (1995) haben eine Reihe von Techniken beschrieben, um Zugang zu Ich-Zuständen zu finden:

1. Das „*Indirekte Besprechen*“ ist der erste vorbereitende Einstieg in die an den Ich-Zustand gerichtete Kommunikation. Dieses Vorgehen im Konversationsstil (Emmerson, 2003) enthält viele psycho-educative Elemente. Phillips und Frederick (1995) meinen, dass dieses Bereden auch Hoffnung sähen kann, weil auf unbewusster Ebene eingebettete Botschaften der Hoffnung, Stärke und der vorhandenen Fähigkeiten vermittelt werden können.

2. Das „*Direkte Besprechen*“ geschieht auch im Konversationsstil. Es werden besonders die Persönlichkeit betreffende Themen beredet, die mit einem bestimmten Ich-Zustand zu tun haben. Zum Beispiel: „Ich glaube, dass der Teil von Ihnen, der Ihnen besorgte Gedanken und Impulse schickt, dass Sie S/M-Sex haben sollten, versucht, Ihnen irgendwie zu helfen. Sie haben mir gesagt, dass diejenigen, die Sie missbraucht haben, oft betonten, das sei die einzige Möglichkeit, Liebe zu bekommen. Erinnern Sie sich, die haben Ihnen gesagt, Ihre Eltern hätten Sie nicht geliebt. Ich frage mich, ob dieser Teil, der Sie zu diesem harten und demütigenden Sex drängt, nicht eigentlich Liebe sucht, tief empfundene Liebe von der Art, wie jedes Kind sie braucht.“

3. Bei Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung können Ich-Zustände zur *direkten Interaktion* ohne Einsatz von Hypnose aufgerufen werden; gewöhnlich aber geschieht das, wenn der Patient in formaler hypnotischer Trance ist. Der direkte Weg ist, den Patienten zu hypnotisieren und zu fragen, ob es einen Teil gibt, der sich als unterschiedlich zur Hauptpersönlichkeit empfindet oder der ein Gefühl hat, von dem der

Therapeut weiß, dass es dem zuwiderläuft, was der Patient im Wachzustand empfindet. Der Therapeut kann noch hinzufügen: „Wenn es solch einen separaten Teil gibt, dann soll er doch einfach sagen: ‚Hier bin ich‘“. Allerdings ist es beim ersten Mal wichtig, eine Möglichkeit zum Widerruf einzuplanen: „Wenn es keinen solchen separaten Teil gibt, dann ist das auch gut.“ Zweck ist, zu vermeiden, dass ein Artefakt produziert wird (Watkins & Watkins, 1997, S. 108).

Andere Formulierungen können auch hilfreich sein: „Ich frage mich, ob es einen Teil von X (dem Patienten) gibt, der etwas weiß über (das Symptom). Wenn es einen solchen Teil geben sollte: Ich hätte gern die Gelegenheit, Dich besser kennen zu lernen. Wenn Du möchtest, dann kannst Du einfach mit dem Mund von X sprechen.“ Oder: „Mir ist sehr daran gelegen, mit einem Teil oder Teilen von Xens Persönlichkeit zu sprechen, die vielleicht etwas mit der Entstehung (des Symptoms) zu tun haben. Wir (X und ich) würden Dich gern kennenlernen und Dich verstehen, denn Du bist sehr wichtig.“

4. *Imaginative Techniken.* Helen Watkins leitete hypnotisierte Versuchspersonen zum Erfinden imaginärer Räume an, in welche die Ich-Zustände eintreten konnten. Eine Variante ist die Dissociative Table Technique (Frasier, 1991, 1993). In der abgewandelten Version der Autorin wird der hypnotisierte Patient gebeten, eine Unterkunft für eine Art Gruppentreffen zu finden. Dann lädt der Therapeut die Teile der Patientenpersönlichkeit ein, an diesen Ort zu kommen.: „Anschließend würde ich gern die Teile der Persönlichkeit von X (Patient) einladen hereinzukommen in den vorbereiteten Raum. Es ist in Ordnung, wenn kein Teil hereinkommt, oder wenn es keine Teile gibt, die hereinkommen. Hereinzukommen verpflichtet die Teile zu gar nichts, weder dazu, etwas zu tun, noch etwas zu sagen. Wir verstehen das auch, wenn einige Teile entschieden haben zu warten, ehe wir etwas von ihnen erfahren. Für uns ist das einfach eine Möglichkeit anzufangen, Euch kennen zu lernen, und noch einmal: Es ist in Ordnung, wenn keine Teile hereinkommen.“

Diese Formulierungen sind absichtlich so ausführlich, damit der Therapeut nicht die Entstehung von Artefakten fördert. Im Prinzip sagt der Therapeut, dass es vermutlich Teile gibt, dass es aber in Ordnung ist, wenn es keine gibt. Und weiter bereitet der Therapeut den Boden für ein Bündnis, wenn er sagt, es sei vollkommen in Ordnung, wenn es Teile gibt, die aber nicht bereit sind, sich zu erkennen zu geben. Dies vermittelt dem Patienten, dass das Kooperationsprinzip gültig ist (Gilligan, 1987), und dass die Bedürfnisse des Patienten wichtiger sind als die des Therapeuten. Mit dieser Methode der Aktivierung (wie mit jeder anderen) ist es möglich, Artefakte zu produzieren, aber das ist eher unüblich. Artefakte an sich sind kein vorrangiges Problem: „Ein Artefakt wird gewöhnlich nicht von Dauer sein oder bedeutsame Ergebnisse zeitigen, denn es wird keinen realen oder bereits tatsächlich existierenden Anteil der Persönlichkeit darstellen. Artefakte erhalten keine Energie durch Grundbedürfnisse des Individuums und sind eher vorübergehender Natur, es sei denn, sie werden vom Pa-

tienten verstärkt“ (Watkins & Watkins, 1997, S. 108).

Die Erfahrung des Patienten wird außerhalb des Trancezustands bearbeitet. Patienten schildern vielfältige Erfahrungen, manches davon ist sehr unterschiedlich. Bisweilen fangen Teile an zu reden. Manche Patienten fragen sich nach dem Zweck von Teilen. So kann ein Patient z.B. sagen: „Da drinnen gibt es einen wütenden russischen Teenager, und ich frage mich, was er überhaupt will!“ Andere Patienten berichten: „Bisweilen ja, da gab es eine Menge Teile, aber die sahen genau so aus wie ich.“ Curtis (1996) glaubt, dass das Material, das bei der Dissociative Table Technique zum Vorschein kommt, als Metapher für die innere Lebenssituation des Patienten betrachtet werden kann.

5. Ideomotorische Exploration. Eine weitere Maßnahme mit darin enthaltenem Sicherungssystem ist die ideomotorische Exploration. Am besten kann sie durchgeführt werden, wenn ideomotorische Signale auf natürliche Art etabliert wurden. Dann kann der Versuch unternommen werden herauszufinden, ob mit den Problemen des Patienten in Zusammenhang stehende Ich-Zustände zugegen sind oder nicht. Accaria (2002) hat eine Variante des ideomotorischen Zugangs beschrieben. Er benutzt behaviorale Kinesiologie (Diamond, 1979), um die Anwesenheit verborgener Ich-Zustände zu entdecken.

6. Therapie des inneren Familiensystems. Die Therapie des inneren Familiensystems erfordert respektvolle, behutsame und direkte Herangehensweisen im Gespräch an das, was echte Ich-Zustände an Aufmerksamkeit verdienen, und stellen eine sichere Methode dar, vorhandene Ego State Pathologie zu erkunden. Schwartz (1995; persönliche Mitteilung) setzt keine formale Hypnose ein. Er fragt seine Patienten, ob sie sich der Probleme, Gefühle und Symptome bewusst sind, derentwegen sie zu ihm gekommen sind. Dann fragt er einfach weiter, ob der Patient ein Bewusstsein des Teils hat, der die Probleme verursacht. Und weiter: welche Gefühle und Gedanken mit diesem Teil verbunden sind, und er forscht nach, ob irgendwelche Gefühle im Körper mit der Aktivierung dieses Teils einher gehen.

7. Externalisations-Techniken. Externalisationstechniken können Ich-Zustände aktivieren. Zeichnen, Bilder malen, Figuren kneten, automatisches Schreiben, Kritzeleien und die von Helen Watkins bevorzugte Gestalt-Technik des heißen Stuhls (Watkins & Watkins, 1997) können von Nutzen sein.

Therapeutische Arbeit mit Ich-Zuständen

Die therapeutische Arbeit mit Ich-Zuständen beinhaltet einige Paradigmen. Es ist äußerst wichtig, dass der Patient die Therapie erhält, die für seine Probleme am besten geeignet ist. Wenn Patienten sich mit offensichtlichen oder sehr leicht identifizierbaren Ego State Problemen vorstellen, ist es oft möglich, ziemlich rasch mit der Ego

State Therapie zu beginnen.

In vielen früheren Darstellungen der Ego State Therapie wurde sie häufig als Kurzzeit-Therapie oder als relative Kurzzeit-Therapie beschrieben (Frederick, 1990, 1993b; Newey, 1986; Watkins & Watkins, 1981, 1882, 1991). Allerdings haben J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) die Erfahrung anderer Ego State Therapeuten wiedergegeben: Ego State Therapie kann Langzeit- oder Kurzzeit-therapie sein.

Ego State Therapie: Eine eigene oder eine integrierte Therapie

Ginandes (2002) hat eine Anleitung für die „erweiterte strategische Therapie“ mit ihren psychosomatischen Patienten entwickelt, die sorgfältige Beachtung verdient. Es gibt Zeiten, zu denen Patienten nicht bereit sind für eine Langzeittherapie und/oder das Ego State Modell. Außerdem kann Ego State Therapie für einen bestimmten Patienten einfach nicht angezeigt oder nicht ausreichend sein. Werden zu Beginn andere Therapieformen eingesetzt, so kann damit einerseits abgeklärt werden, ob die Ego State Diagnose gerechtfertigt ist, ob Ego State Therapie indiziert ist und/oder der Patient dafür gut geeignet ist.

Ginandes (2002) führt an, dass trotz zahlreicher Techniken für schnelle Therapien doch Patienten übrig bleiben, die „sowohl aufgrund ihrer Wesensart als auch ihrer Problemlage mehr oder vielleicht ausschließlich von einer ausgedehnten Behandlung profitieren, die mehr als nur ein einziges Vorgehen beinhaltet. Dazu gehören Patienten mit vielschichtigen körperlichen und seelischen Problemen, die sich als resistent gegenüber einer medizinischen Behandlung erwiesen haben und auch gegenüber zusätzlicher direkter medizinischer Hypnose“ (S. 91).

Ginandes (2002) entwickelte ihre Anweisungen für den „widerspenstigen“ Patienten mit körperlich-seelischen Problemen. Im Fallbeispiel, das sie als besonders typisch ansah, beschrieb sie die Arbeit mit einem „mauernden“ Ich-Zustand, der nicht redete, nicht fassbar und nicht kooperativ war, Täuschungsmanöver einsetzte und entschieden den vom Therapeuten angebotenen Veränderungen widerstand. Das von Ginandes (2002, S. 100) aufgrund ihrer intensiven therapeutischen Arbeit mit körperlich-seelischen Fällen entwickelte Therapieschema kann auch bei vielen Psychotherapiepatienten angewandt werden, bei denen Ego State Therapie möglicherweise als Teil einer umfassenden, integrierten Therapie angewandt wird. Zu den Elementen ihres Modells gehört (a) die sequentielle Anwendung hypnobarioraler und hypnoanalytischer Vorgehensweisen, (b) die aufdeckende und integrative Entwicklungsarbeit mit somatischen Ich-Zuständen, die mit der Krankheit in Zusammenhang stehen, (c) der erweiterte Zeitrahmen für die Behandlung, die erforderlich ist, damit eine entscheidende psychodynamische und psychophysiologische Veränderung eintreten kann und (d) die typische Gegenübertragungsreaktionen (Überschwang, drängende Bedürftigkeit, Frustration, Entmutigung), die bei solch fordernden Fällen hervorgerufen werden.

Ginandes (2002, S. 92) empfahl den „ sequentiellen Einsatz des eklektischen the-

rapeutischen Repertoires einschließlich hypnbehavioraler und hypnoanalytischer Vorgehensweisen“. Die Behandlung des Patienten aus ihrem Fallbeispiel begann sie mit hypnbehavioraler Therapie (systematische Desensibilisierung; Jaspers, 1988), hypnotischen Suggestionen einschließlich Entspannungsbildern (Lankton & Lankton, 1983) und Ich-Stärkung (Frederick & McNeal, 1999). Sie nutzte auch die Affekt-Brücke (J.G. Watkins, 1971; Watkins & Watkins, 1997), um Zugang zu positiven Erinnerungen und Ressourcen zu gewinnen. Erst nach dieser intensiven Arbeit näherte sie sich den mit den Symptomen in Verbindung stehenden Ich-Zuständen des Patienten. Das Modell von Ginandes (2002) ist ein integratives phasenorientiertes Behandlungsmodell speziell für eine Körper und Seele betreffende Therapie. Es wird betont, dass Therapeut und Patient der Stabilisierung bedürfen.

Phasenorientierte Behandlung und Ego State Therapie

Viele Patienten, die sich mit Ego State Problemen präsentieren, haben eine Traumageschichte. Dabei kann es sich um schwere oder um leichte Traumata handeln (Schwartz, 2002) oder um kumulative Traumata (Khan, 1963). Daher folgt die Ego State Therapie, in der oft Prinzipien der Trauma-Behandlung zum Einsatz kommen, immer einem phasenorientierten Behandlungsmodell. Solch ein Modell erlaubt die Fortsetzung eines normalen Lebens und es kann Stabilität aufgebaut oder wiederhergestellt werden. Ein stabiler Patient kann erstarken und sich in unbekanntes Terrain aufmachen, er kann Entscheidungen bezüglich seiner Schwierigkeiten treffen und die Integration zustande bringen. Die phasenorientierte Behandlung wurde von Janet (1889, 1919/1976) eingeführt; er setzte Hypnose ein, um jedes Stadium fest zu verankern (van der Hart, Brown & Turco, 1990).

Dieses phasenorientierte Behandlungsmodell verschwand – wie vieles von Janets Arbeit – von der Bildfläche und wurde im 1. und 2. Weltkrieg durch Verfahren zur Abreaktion ersetzt (J.G. Watkins, 1949). Brown, Schefflin und Hammond (1997) beschreiben in ihrer Übersichtsarbeit zu phasenorientierten Behandlungsmodellen die moderne Wiederentdeckung durch Horowitz (1973, 1976) in seiner Arbeit mit Traumaopfern. Wie Janet war auch Horowitz weniger interessiert an der Abreaktion oder emotionaler Katharsis, als an dem, was er „kognitive Komplettierung“ nannte. Das war „eine Verringerung der Diskrepanz zwischen aktuellen Konzepten und überdauernden Schemata“ (Horowitz, 1974, S. 771).

In der Folge wurden viele phasenorientierte Modelle entwickelt (Brown & Fromm, 1986; Courtois, 1988; Herman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Phillips & Frederick, 1995 [vgl. auch Van der Hart, Steele, Boon, & Brown im HyKog-Heft „Dissoziative Identitätsstörung“, 12(2), 1995, sowie den Beitrag von Lembrecht in diesem Heft; Anm. Hrsg.]). Jedes Modell hat seine spezifischen Charakteristika und seinen jeweiligen Nutzen. Das SARI Modell von Phillips und Frederick (1995) entstand aus dem mittels Hypnose erleichterten vierstufigen Behandlungsansatz, insbesondere der Ego State Therapie (SARI ist ein Akronym für die Stufen dieses Modells).

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Jede Stufe des SARI-Modells bietet die Möglichkeit hypnotischer wie nicht-hypnotischer Erleichterung der Ego State Therapie und stützt sich auf externale sowie internale Ressourcen.

Stufe I: Sicherheit und Stabilisierung

A und O des SARI-Modells ist Sicherheit und Stabilität. Ein großer Teil Therapien scheitert daran, dass von Beginn an der Prozess nicht auf sicheren Füßen stand. Viele Patienten mit gravierenden Schwierigkeiten mit ihren Ich-Zuständen haben schwere Symptome und sind erheblich beeinträchtigt. Der Schwerpunkt für die erste Stufe der Ego State Therapie liegt auf dem Bündnis mit den auftauchenden Ich-Zuständen, auf der Forderung nach Zusammenarbeit und innerer Harmonie. Die ich-stärkende Arbeit mit Ich-Zuständen auf der ersten Stufe ist im einzelnen bei Frederick & McNeal (1999) dargestellt.

Stufe II: Zugang zum Trauma-Material

Auf jeder Stufe wird einem jeden Ich-Zustand dazu verholfen, eine gewisse Autorität über Gedächtnisinhalte zu erlangen. Obgleich J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997, 2000) die Abreaktion befürworteten und erfolgreich einsetzten, vermeiden heute viele Therapeuten eine voll ausgeprägte Abreaktion zugunsten eines fraktionierten Zugangs zum traumatischen Material. Kognitive Kohärenz und ein Gefühl des Ganzseins werden als wichtiger erachtet als gewaltige emotionale Entladungen. Anschließend an die Arbeit der zweiten Stufe muss häufig weitere Arbeit im Sinne der ersten Stufe folgen, um das innere System zu stabilisieren.

Stufe III: Reassoziaton, wiederholtes Durcharbeiten

Auf dieser Stufe liegt die Betonung auf korrigierenden emotionalen Erfahrungen wie kontrolliertem affektivem Loslassen, Reassoziaton, Entwicklungsarbeit, Korrektur kognitiver Irrtümer sowie der Entwicklung neuer äußerer Ressourcen. Die Ich-Zustände erreichen ein Gefühl ausgeprägteren Zusammenhalts und entwickeln stärkere, manchmal auch neue innere Verbindungen.

Stufe IV: Integration

In diesem Stadium ist dissoziiertes Material in die Persönlichkeit integriert, die Ich-Zustände gelangen nahtlos in einen Zustand der inneren Harmonie und des Zusammenwirkens und genießen das fortbestehende gemeinsame Bewusstsein (Beahrs, 1982).

Der Therapiebeginn

Die Arbeit der Stufe eins gilt den Grundbedingungen der Behandlung. Der Patient braucht Nahrung, ein Dach über dem Kopf und das nötige Kleingeld, um die Behand-

lung und die erforderlichen Medikamente zu bezahlen. Weiter kann es erhebliche Probleme mit schwer dissoziierten Patienten, mit psychotischen Patienten und mit zahlreichen Borderline-Patienten geben. Wesentlich ist ein Behandlungsvertrag, in dem die Bedingungen der Behandlung niedergelegt sind. Die Sitzungsfrequenz, das Honorar, Vereinbarungen hinsichtlich Kontakten außerhalb der Sitzungen u.ä., all das muss geregelt werden. Häufig auftauchende Themen wie selbstschädigendes Verhalten und sonstige, die Therapie störende Verhaltensweisen wie Selbstmordversuche, Selbstverletzung, Drogenmissbrauch und gefährdendes Verhalten müssen bewältigt werden. Die Behandlung kann nur fortschreiten, wenn der Patient auch stabil genug ist. Der Therapeut muss auf einer medizinischen Untersuchung des Patienten zwecks eventueller Medikation bestehen, dass er vielleicht auch kurz stationär eingewiesen wird oder an einem Drogenentzugsprogramm teilnimmt. Auch der Sicherheit des Therapeuten gilt vorrangige Beachtung (Constock & Vickery, 1993).

Auf Stufe eins ist es auch an der Zeit, Symptome zu reduzieren und dem Patienten zu helfen, Brüche in seinem Leben vermeiden zu lernen. Zur Arbeit auf Stufe eins gehört eine reiche Mischung hypnobehavioraler und hypnoanalytischer Techniken (Ginandes, 2002); Ich-Stärkung ist von höchster Bedeutung (Frederick & McNeal, 1999; Phillips & Frederick, 1995). „Der wichtigste Schritt in der Behandlung ist der Aufbau des therapeutischen Bündnisses“ (Marmer, 1996, S. 196). Marmers (1996) Empfehlungen für die psychoanalytische Behandlung der dissoziativen Persönlichkeitsstörung enthalten bestimmte Elemente, die generell für die Ego State Therapie auch gelten. Zusätzlich zu seiner Einschätzung der Notwendigkeit, außer mit dem Trauma-Material auch mit den Konflikten und Defiziten zu arbeiten, betont er, dass das therapeutische Bündnis im gesamten Therapieverlauf immer wieder gestaltet, aufrecht erhalten und instand gesetzt werden müsse, und diese Einstellung ist auch entscheidend für die Ego State Therapie. Frederick (2001) machte geltend, dass das notwendigste und entscheidendste Element der gesamten Ego State Therapie das therapeutische Bündnis sei, das für einen jeden Ich-Zustand geschlossen und aufrecht erhalten werden muss. Mittels der therapeutischen Allianz wird die Kooperation und Arbeit der Therapie aufgebaut. In diesem Rahmen gedeiht Wesentliches: Empathie, Vertrauen, Selbstreflexion und gemeinsames Lösen von Problemen. Therapeutische Allianzen können eine Herausforderung sein für den Ego State Therapeuten. Diese unerlässliche Aufgabe, therapeutische Bündnisse mit den Ich-Zuständen aufzubauen, kann reichlich schwierig werden, wenn diese durchsetzt sind mit non-verbalen, unreifen und verängstigten Selbstanteilen. Zudem muss zuzeiten auch mit destruktiven oder böswilligen Persönlichkeitsanteilen umgegangen werden. Es folgt eine kurze Betrachtung einiger Modelle therapeutischer Allianzen, da diese so vieles transportieren, was in Ego State Therapien geschieht. Jedes Modell stellt etwas heraus, das wertvoll ist und in der Ego State Therapie angewendet werden kann. In Kapitel V werden wesentliche Elemente zum Aufbau, dem Erhalt und der Wiederherstellung der therapeutischen Allianz.

Kapitel V

Modelle der therapeutischen Allianz

Das klassische psychoanalytische Modell

In der heutigen Forschung wird ein Umstand hervorgehoben, der guten Klinikern wohlbekannt ist: dass nämlich das therapeutische Bündnis ein entscheidender Teil der psychotherapeutischen Beziehung ist (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Hovarth, Gaston & Luborsky, 1993; Kokotovic & Tracey, 1990; Konzag, Baademer-Greulich, Bahrke & Fikentscher, 2004; Lorentzen, Sexton & Hoglend, 2004; M.C.Miller, 2004; Saunders, Joward & Orlinsky, 1989). Fehlt das lebendige Bündnis, so wird die Therapie entweder nicht in Gang kommen, einen Scheinverlauf nehmen, der lediglich eine leere Imitation darstellt, oder sie wird im Sumpf von Übertragung und Gegenübertragung, Verstrickung und Wiederholung steckenbleiben. Für eine erfolgreiche Therapie müssen angemessene Bündnisse nicht nur geschlossen werden (Barber et al., 2000; Frank & Gunderson, 1990; Kokotovic & Tracy, 1990; Lorentzen, Sexton & Hoglend, 2004; Saunders, Howard & Orlinsky, 1989), es müssen auch die ihnen eigenen Tendenzen behandelt werden, sich während des Therapieverlaufs zu verschlechtern oder zu scheitern (Safran, Crocker, McMain & Murray, 1990; Luborsky, 1990).

Derzeit stehen einige Übersichtsarbeiten zum Thema der Entwicklung von Konzepten für die therapeutische Allianz zur Verfügung (Atwood & Stolerow, 1989; Frederick & McNeal, 1999; Meissner, 1996) und auch Therapie-Ergebnisforschung mit dem Blick auf das therapeutische Bündnis (Barber et al., 2000; Hovarth, Gaston & Luborsky, 1993; Hovarth & Greenberg, 1994; Lorentzen, Sexton & Hoglend, 2004). Bis in die zurückliegenden Sechzigerjahre wurde das therapeutische Bündnis als Mittel der Interpretation und des Verständnisses in Übereinstimmung mit der Theorie des Therapeuten gesehen. So betonte Freud (Breuer & Freud, 1893-1895/1961) die Notwendigkeit, dass der Patient in der Therapie mitarbeite, und bezeichnete diese Beziehung als das analytische Arbeitsbündnis (Freud, 1964/1937). Freuds Kollegen teilten diese Ansicht über die Notwendigkeit eines Bündnisses (Bibring, 1937; Fenichel, 1941; Ferenczi, 1950/1916-1917). Freuds diesbezügliche Ideen wurden in den ausführlicheren Konzepten anderer weiterentwickelt, z.B. von Sterba (1934), Zetzel (1956) und Greenson (1965, 1967).

Sterba (1934, 1940) beschrieb das Arbeitsbündnis als gekennzeichnet durch eine „Aufteilung“ des Ich des Patienten in ein erlebendes und in ein beobachtendes Ich. Eine unerlässliche Bedingung für das Arbeitsbündnis Sterbas waren einige gemeinsame Therapie-Ziele von Patient und Analytiker. Zetzel (1956, 1985) bevorzugte die Bezeichnung therapeutisches Bündnis für die Beziehung und die Aktivität, denn sie betonte mehr den nährenden und heilenden Aspekt des Bündnisses. Zetzel (1956) zufolge war das therapeutische Bündnis eine neue und besondere Objekt-Beziehung, die in einer neuen und signifikanten Interaktion mit einem anderen menschlichen

Wesen geworden ist. Sie nahm den Standpunkt der Objektbeziehung vorweg und glaubte, dass das Bündnis zutiefst mit der positiven Übertragung verwoben und natürlicherweise nährend sei. Reifere Ich-Funktionen werden zur Unterstützung der analytischen Arbeit herangezogen. Weniger reife Persönlichkeitsanteile des Patienten, die tief in der Übertragung stecken, erleben das Bündnis als nährend.

Diese Modelle therapeutischer Allianz sind (außer der bemerkenswerten Ausnahme Zetzels) eher linear und auf intellektuelles Verstehen oder Einsicht, auf kognitive Lösungen und Aristotelische Logik ausgerichtet. Sie gründen auf mechanischen, räumlichen und „Helmholtzschen“ Energie-Metaphern, die Freud im Bemühen erdacht hat, mentale Prozesse zu erklären. Therapeut und Patient werden als völlig getrennte Entitäten wahrgenommen, die durch Zusammenarbeit und guten Willen verbunden sind, sowie durch einige verbale Kommunikationskanäle, durch die kognitiver und affektiver Input und Output fließen können. Der Realitätsstandard wird in diesem Modell vom Therapeuten aufrechterhalten. Die Realität wird letztlich als etwas von Natur aus Objektives, die Wahrheit enthaltendes aufgefasst, das im Zentrum des Heilungsprozesses steht. Auf unbewusster Ebene ermöglicht der geistige Prozess der Identifikation dem Therapeuten und dem Patienten, gegenseitige Empathie und Verständnis füreinander zu entwickeln.

Modelle der Objektbeziehung und der Psychologie des Selbst

In der Folge wurden im Zuge der aufkommenden Themen der Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1976) und der Psychologie des Selbst (Kohut, 1971, 1977, 1978) weitere Funktionen des Bündnisses ermittelt. Innerhalb der Hypnosegemeinschaft bestand eine andere Sicht, nämlich die einer besonderen Interaktion (Diamond, 1983, 1986, 1987), als haltgebendes Umfeld (Diamond, 1986), als Übergangserfahrung (Baker, 1994) und zeitweise sogar als eine Verschmelzung (Diamond, 1983, 1987; J.G. Watkins, 1992). In der Psychologie des Selbst liegt die Betonung auf der Empathie und der Notwendigkeit, fehlgeschlagene Empathie anzusprechen und beschädigte Bündnisse wieder instandzusetzen.

Intersubjektive Modelle

Das intersubjektive Modell repräsentiert ein weiteres recht modernes Paradigma. Es bedeutet auf psychotherapeutischem Gebiet eine kopernikanische Wende und kann am besten aus Sicht der post-newtonschen Physik, dem Heisenberg-Prinzip, der Feldtheorie und der Quantenmechanik verstanden werden. Die auf Realität basierende Weisheit des Therapeuten gleicht nicht mehr der Erde, um die Sonne und Planeten kreisen; vielmehr wird die Realität in diesem Modell als rein subjektiv angenommen (Atwood & Stolerow, 1984; Stolerow & Atwood, 1992; Teicholz, 1999). Aus dieser Perspektive werden alle Attribuierungen einer objektiven Realität als Konkretisierungen subjektiver Wahrheiten aufgefasst (Atwood & Stolerow, 1984). Die subjektive Realität des Patienten nimmt zentrale Bedeutung ein im Sinne eines wesentlichen und

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

sich entwickelnden Prozesses im Zentrum der Therapie. Im Rahmen dieses Paradigmas ist es nicht am Patienten, die Ziele des Therapeuten zu verstehen und für sie zu arbeiten. Wie Kohut (1959, 1971, 1977, 1978) bereits früher vorschlug und wie Stolerow und Atwood (1992) bekräftigten, „werden die Grundlagen einer therapeutischen Allianz durch die Hingabe des Analytikers geschaffen, der konsequent versucht, die Bedeutung der Äußerungen des Patienten, seinen affektiven Zustand und ganz wesentlich die Wirkung seiner Analyse zu verstehen, und das eher aus Sicht des subjektiven Bezugsrahmens des Patienten als von außen“ (S. 93).

Diese primäre Ausrichtung auf den Patienten und seine innere Welt, diese Anpassung an ihn, entspricht deutlich dem Ericksonschen Ansatz und wird in Gilligans (1987) Formulierung des Kooperationsprinzips angesprochen. Die intersubjektive Orientierung erweitert den Rahmen der dynamischen Arbeit innerhalb des Bündnisses zu dem, was Stolerow & Atwood (1992) als Mittel ansahen, die subjektive Welt des Patienten zu erhellen, indem man die ganz typischen und vollkommen subjektiven psychologischen Aktivitäten mit dem Patienten teilt, die ihm zur Organisation seiner Erfahrung sowie deren Bedeutung dienen (für die die Erfahrung vielleicht auch steht). Ogden (1994, 1997) glaubte, dass eine solche Beziehung ihr Eigenleben habe und nannte diesen Bereich das „analytische Dritte“. Quincy (1998) spricht hier von der „zweiten Perspektive“. Das Bündnis wird auch als Mittel angesehen, um Körperreaktionen und primitivere Affekte in identifizierbare Affekte umzuwandeln und auch als Möglichkeit, identifizierbare Affekte zu modulieren.

Baker (2002) betonte die besondere Verwertbarkeit des intersubjektiven Modells für die Hypnose. Er erklärt, „das Wesentliche der Hypnose – was sie am deutlichsten und kritischsten erklärt – ist der interaktive Affekt“ (S. 63-64). Baker konzentriert sich in seiner Sichtweise des intersubjektiven therapeutischen Bereichs auf den interaktiven Prozess zwischen Patient und Therapeut, einschließlich der Entwicklungsstufen und der Möglichkeit, gehalten zu werden, aufeinander eingestimmt zu sein und sich projektiv zu identifizieren „in dynamischen Prozessen, die den Übergangsbereich hypnotischer Erfahrung beleben“ (S. 65).

Resonanz, eine Theorie, die Brücken schlägt

Das Konzept der Resonanz von Watkins (J.G. Watkins, 1978a, 1992; Watkins & Watkins, 1997) entspricht in gewisser Weise den intersubjektiven Modellen des therapeutischen Bündnisses (Ogden, 1994, 1997; Stolerow, Brandschaft & Atwood, 1983) und bringt sehr beredt die affektiven Erfahrungen der Ego State Therapeuten zum Ausdruck. J.G. Watkins' Sicht des therapeutischen Bündnisses ist sowohl intrapersonal als auch deutlich interpersonal. Sein Modell und die intersubjektiven Modelle fassen Empathie tiefgreifender und vollständiger und übertreffen Nafisis (2004) Beschreibung der Empathie bei weitem, wie man sie für eine andere, fiktive Realität entwickelt, und auch weitaus treffender als das lineare Modell der therapeutischen Allianz, wie es von Freud und den klassischen Psychoanalytikern vertreten wird. Sie streben

nach der Ich–Du-Beziehung (Buber, 1976). Der Therapeut „wird“ für eine gewisse Zeit zum Patienten, indem die beiden Persönlichkeiten anscheinend in so etwas wie einem einzigen Energiefeld zu existieren scheinen. Der Therapeut erlebt sowohl bewusst als auch unbewusst die Realität des Patienten mit. Aufgrund seiner Loyalität gegenüber der klassischen Psychoanalyse bestand Watkins darauf, dass das Verstehen eines der Ziele der Resonanz sei. Der Therapeut muss sich selbst aus dem gemeinsamen Feld herausholen, es untersuchen und daraus lernen. Ein anderer Zweck dieser tiefgehenden Interaktion ist, dem Patienten zu ermöglichen, vom Therapeuten Ich-Stärke zu gewinnen. Watkins beschreibt das als eine Ich-Leihgabe, die an den Patienten geht. Das bedeutet, dass die therapeutische Allianz im Zustand der Resonanz bisweilen in eine Fusion übergehen kann (Diamond, 1983, 1984; J.G. Watkins, 1992). Entscheidend für die Watkinssche Resonanz als auch für den intersubjektiven Standpunkt (Ogden, 1994, 1997; Stolerow, Brandschaft & Atwood, 1983) ist die Rolle der tiefgehenden unbewussten Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Diese Allianzen sind verwoben mit der Übertragung und Gegenübertragung, einem Gebiet, auf dem die unbewusste Interaktion zwischen Therapeut und Patient der entscheidende Faktor ist (vgl. Kap. VI).

Frederick (2004) hat die unergründliche, unbewusste, intersubjektive Patient-Therapeut-Interaktion im Bündnis der Ego State Therapeuten auch als mit natürlichen Wachstumsprinzipien ausgestattet gesehen, die sich auf die Entwicklungsmuster der verborgenen, primitiven Ich-Zustände gründen, soweit sie vorhanden sind. Sie scheinen nicht berechenbar zu sein. Fredericks Gedanke ist intersubjektiv, wonach die unbewussten Beziehungen innerhalb des Bündnisses ihr Eigenleben führen.

Die postmoderne Revolution

Die postmoderne Sicht, die den modernen Überzeugungen folgte, hat es sich zum Anliegen gemacht, die Standards, Gedanken, Gefühle und Neigungen der Vergangenheit abzulegen; das zeigt sich in der Kunst, der Architektur, der Literatur und in der Musik. Häufig wird demontiert, was zuvor galt. Jüngst haben ein paar postmoderne Theoretiker der Psychoanalyse die modernen Therorien sowohl des therapeutischen Bündnisses als auch der Übertragung und Gegenübertragung aufgehoben (Tucholz, 1999). Die postmoderne Sichtweise befreit den Kliniker davon, ein für ihn und einen bestimmten Patienten passendes Modell zu wählen. Für manche Patienten ist das Bündnis eine wertvolle Quelle bewusster, kognitiver Information; für andere ist der beruhigende, nährende Übergangsaspekt des Bündnisses vorrangig, während für weitere Patienten die tiefen, nachhaltigen, unbewussten Bindungen Vorrang haben, die zwischen den Ich-Zuständen des Therapeuten und den Ich-Zuständen des Patienten entstehen. Der Nutzen der postmodernen Ansätze für die Theorien der therapeutischen Bindung, sowie für Übertragung und Gegenübertragung, wird in Kapitel VI noch näher erörtert werden.

Therapeutische Bündnisse und Ich-Zustände

Die oft herausfordernde und komplexe Aufgabe, ein therapeutisches Bündnis zu schließen, aufrecht zu erhalten und zu nutzen, wird in der Ego State Therapie noch komplizierter. Zunächst einmal können Bündnisse, ähnlich der Übertragung, intensiviert werden, wenn Hypnose in die Behandlung eingeführt wird (Brown & Fromm, 1986; Frederick & McNeal, 1999). Weiters ist es notwendig, mit jedem Ich-Zustand, der in die Behandlung mit einbezogen ist, ein Bündnis zu schließen. Jeder Ich-Zustand verfügt über seine eigene subjektive Welt; jeder hat seine eigene Geschichte, seine Gedanken, Affekte und Widerstände; jeder hat seine eigene Übertragungsreaktion auf den Therapeuten und auf jeden anderen Ich-Zustand. Die unerlässliche Aufgabe, mit Ich-Zuständen therapeutische Bündnisse zu schließen, kann schwierig werden, wenn sie erschwert wird durch die Anwesenheit unreifer und verängstigter Ich-Anteile. Zusätzlich kann es bisweilen auch nötig werden, mit destruktiven oder böswilligen Persönlichkeitsanteilen umzugehen, deren erklärtes Ziel es oft ist, dem Patienten zu schaden und ihn zu verletzen. So mühsam diese Aufgaben für den Therapeuten auch sind, für andere Ich-Zustände können sie sogar noch schwieriger sein.

Um Bündnisse zu schließen, müssen die Bedürfnisse der Ich-Zustände, ebenso wie ihr Entwicklungszustand, identifiziert und beachtet werden. Weiterhin müssen therapeutische Bündnisse häufig modifiziert, falls nötig wiederhergestellt und regelmäßig im Laufe einer Langzeit-Therapie wiederbelebt werden. In den folgenden Fallbeispielen soll versucht werden, Möglichkeiten für das Schließen von Bündnissen zu beschreiben, ferner wie mit ihnen zu arbeiten sei und wie verschiedene relevante Arten der Resonanz (J.G. Watkins, 1971) im intersubjektiven Bereich (Stolerow & Atwood, 1992) oder des analytischen Dritten (Ogden, 1994, 1997) zu nutzen seien. Auch ist beabsichtigt, die Rolle des Bündnisses als Hilfe zu Ego State-Wachstum und –Entwicklung anzusprechen, um so das System zur Integration zu bewegen.

Bündnisse mit unreifen Ich-Zuständen schließen (DER FALL ADA)

Ada war eine unerschrockene und erfolgreiche 50-jährige Chirurgin, die in einer eher ungewöhnlichen fundamentalistischen Sekte aufgezogen worden war, deren – gleichwohl aufgeklärtes – Mitglied sie immer noch war. Ihr Vater, ebenfalls Chirurg, bestrafte Ada und ihren Bruder als Kinder mit subkutanen Injektionen. Oft brüllte er: „Dafür gibt’s einen gewaltigen Schuss!“ Ihre Mutter erinnerte die Kinder daran, dass sie Sünder seien.

Ada hatte sowohl eine schwere Spritzenphobie als auch Binge-eating Verhalten. Erste Versuche, den Ich-Zustand oder die Ich-Zustände zu aktivieren, die von der Spritzenphobie wussten, ergaben Bilder eines etwa 3-jährigen kleinen Mädchens im Elternhaus der Patientin. Sie hatte entsetzliche Angst und war extrem auf der Hut. „Sie traut keinem“, sagte die ältere Ada als präsentierender Ich-Zustand. „Nein, sie lässt es nicht zu, dass ich sie halte oder tröste. Was soll ich mit ihr anfangen?“ Obgleich Ada

ziemlich religiös und aktiv in ihrer Gemeinde war, warnte sie mich, dass es keinen Sinn habe, ihr zu suggerieren, dass der kindliche Ich-Zustand sich um Hilfe an Jesus wende. „Dieses kleine Mädchen vertraut noch nicht einmal darauf, dass Jesus da sei, um ihr zu helfen; er war einfach nicht vertrauenswürdig.“

Ich sprach mithilfe des erwachsenen Ich-Zustands mit dem kindlichen Zustand und sagte, dass es ja nicht überraschend sei, denn der Jesus, den sie durch ihre Familie kennengelernt hatte, war so gemein, dem konnte keiner trauen. Das verstand Ada und bat mich um Hilfe. „Wie kann ich an sie rankommen?“

Ich, die Autorin, ging indirekt vor, um mit dem kindlichen Ich-Zustand ein Bündnis zu schließen, indem ich ihre Meinung teilte. Ihr Verstand und ihre Empathie ermöglichten ihr zu wissen, dass das Kind in dieser Situation niemandem trauen konnte, und dass der Jesus ihrer Kindheit weniger ein liebender Gott war als ein scharfer Rottweiler, der im Auftrag ihrer Eltern handelte. Sie akzeptierte und fand es völlig richtig, dass das Kind in dieser Situation niemandem vertrauen konnte - und das aus gutem Grund. Versuche, dem kindlichen Ich-Zustand zuhelfen zu kommen oder ihn zu einer vorzeitigen Veränderung zu zwingen, wären vergeblich gewesen.

Hilfe für die Ich-Zustände, Bündnisse miteinander zu schließen (DER FALL ADA)

Ich ermutigte Ada, den präsentierenden erwachsenen Ich-Zustand in gemeinsamem Bemühen die Woche über zwischen den Sitzungen mit dem kindlichen Ich-Zustand kommunizieren zu lassen. Sie sollte dem Kind immer wieder sagen, sie könne verstehen, dass es niemandem vertraue und dass es in der Vergangenheit niemanden gegeben hat, der es beschützt hätte. Aber es könnte auch anders sein. Sie, der erwachsene Ich-Zustand, sei nun da, um das Kind zu beschützen und ihm zu helfen, aus diesem Haus wegzukommen. Sie ließ es einen Blick in eine Zukunft tun, in der es nie mehr als Strafe eine Spritze bekommen würde. Und es hätte überhaupt keine Strafe mehr zu vergewärtigen. Ada könne es verstehen, wenn ihr zunächst nicht geglaubt oder vertraut werde.

In der folgenden Woche berichtete Ada: „Sie ist ein solches Balg! Ich kann sie überhaupt nicht ausstehen. Sie wird jähzornig, wenn sie nicht ihren Willen bekommt. Können wir sie nicht einfach loswerden?“ Ich erklärte ihr, dass jeder Ich-Zustand genau so wichtig ist wie jeder andere. Das Kind ist genau so wichtig wie sie selbst, und das Kind muss genährt werden. Der erwachsene Ich-Zustand legte heftigen Protest ein, er sei nicht gut bemuttert worden, sei nie Mutter gewesen, wisse überhaupt nicht, wie man sich als Mutter verhalte und hätte keine Vorstellung, was man tun müsse. Ich erinnerte sie, dass sie es wohl richtig mache mit ihrem Hund und ihrer Katze, ganz zu schweigen von all der Fürsorge und dem nährenden Verhalten, das sie ihrem Mann angedeihen lasse. Ich legte ihr nahe, dass sie ihren kindlichen Teilen mehr zu geben habe als sie meine. Schließlich gelang es Ada, sich in ihrer Haltung zu mäßigen und Zeit aufzubringen, um mit dem kindlichen Ich-Zustand zu arbeiten. Das Kind fürchtete sich allmählich weniger. Eines Tages ertappte Ada sich bei dem

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Gedanken: „Warum lasse ich nicht einfach die Blutwerte testen, die der Arzt von mir haben will, und bringe es hinter mich?“ Dann schloss sie sich den Weight Watchers an und begann das zu essen, was sinnvoll war, anstatt mit den Fressattacken weiterzumachen.

Mit fortschreitender Behandlung lernte Adas erwachsener Ich-Zustand, die negativen Übertragungsreaktionen gegenüber dem kindlichen Ich-Zustand zu durchschauen und ihre Empathie wuchs, so dass sie die unleugbaren Bedürfnisse des Kindes nach Genährtwerden erkennen und auf sie reagieren konnte. Der Beitrag der Therapeutin bestand darin, die Empathie für den armen, angstgepeinigten Kind-Zustand vorzuleben, die Patientin an ihre Ressourcen zu erinnern und an dem Ziel zu arbeiten, die Entwicklung eines heilenden Bündnisses zwischen den Ich-Zuständen zu fördern. Während des persönlichen Wachstums und der Veränderung der Patientin müssen sich auch Qualität und Ziele des Bündnisses ändern.

Entwicklung von Veränderungen der Bündnisse (DER FALL JEWEL)

Jewel war eine sehr tüchtige Akademikerin, hatte eine schwere dissoziative Störung und kam in Therapie aufgrund ihrer Erinnerung an eine, auch objektiv bestätigte, fortgesetzte inzestuöse Beziehung mit ihrem Vater. Sie hatte Angst, dass sie als Lehrerin wieder solche Jähzornanfälle haben werde, wie sie ihr an früheren Arbeitsstellen Probleme bereitet hatten. Außerdem hatte sie die schreckliche Befürchtung, sie könnte vor einigen Jahren einen schweren Autounfall verursacht haben, bei dem sie erhebliche Verletzungen davongetragen habe, und zwar aufgrund eines bis jetzt noch nicht identifizierten destruktiven Ich-Zustands; objektive Anhaltspunkte dafür hatte sie nicht.

Es wurde ein bössartiger Ich-Zustand aktiviert, der sich Tourette nannte (weil sie fand, sie bringe Tobsuchtsanfälle besser zustande als jeder vom Tourette-Syndrom Betroffene). Tourette war wütend, kontrollierend und instabil. Es machte ihr nichts aus, Jewel Schwierigkeiten zu bereiten. Obgleich sie mit Nachdruck versicherte, sie habe den Unfall nicht verursacht, schien sie es doch nicht zu bedauern, dass er geschehen war.

Im Laufe der Zeit konnte die therapeutische Arbeit mit Tourette, in welcher sowohl ihr Zorn anerkannt wurde als auch ihr Wunsch, andere Ich-Zustände zu schützen, Jewels Hang zu impulsivem Verhalten abschwächen. Sie wurde sich ihrer Gefühle bewusster, reifer in ihrer Entwicklung und war fähig, Mitgefühl für die anderen Mitglieder der inneren Familie aufzubringen. Schließlich übernahm sie eine Funktion als Helfer und Co-Therapeutin. Die Qualität des Bündnisses veränderte sich und zeigte ihre zunehmende Fähigkeit, gegenüber der übrigen inneren Familie als vernünftig denkende, organisierende und integrierende Kraft zu wirken. Schließlich forderte Tourette mich auf einzusehen, dass ihr Urteilsvermögen nun dem der präsentierenden Patientin überlegen sei. Sie (der gastgebende Ich-Zustand) und ich sprachen Tourettas ausgezeichnetem Urteilsvermögen unsere Anerkennung aus und die Freude, dass sie

den Mitgliedern der inneren Familie eine so große Hilfe sein konnte. Touretta wurde tatsächlich Co-Therapeutin.

An diesem Punkt konnte die Autorin Bewegung in das Bündnis mit Touretta bringen; indem deren Veränderung anerkannt wurde, änderte sich das Bündnis. Touretta, deren Energie großen Respekt genoss, wurde gebeten, sich an der Arbeit der Therapeutin mit der inneren Familie zu beteiligen und sie zu stärken. Bündnisse müssen auch in entgegengesetzter Richtung wirken. Ich-Zustände können instabil werden und sich regressiv verhalten. Ist das der Fall, so muss ein eher entwicklungsorientiertes Bündnis zustande kommen.

Ein post-moderner Ansatz (Teicholz, 1999) bezüglich des Bündnisses kann dem Therapeuten zum Einsatz unterschiedlicher Bündnis-Modelle verhelfen, die den sich verändernden Bedingungen während der Behandlung Rechnung tragen. Das Bündnis kann sich für viele Aufgaben der Ego State Therapie als hilfreich erweisen. Innerhalb des beschützenden Raumes und der zutiefst unbewussten Interaktionen können Bündnisse für die Ich-Zustände das stets verfügbare Mittel sein, die Entwicklungsaufgaben zu erfüllen, die darin bestehen, primitive Affekte und Körperreaktionen in Grenzen zu halten und in identifizierbare, angepasste Affekte umzuwandeln (Stolerow & Atwood, 1992). Dergleichen Arbeit mit schwer gestörten Patienten geht oft langsam vonstatten und erstreckt sich über einen längeren Zeitraum. Ein Patient der Autorin (Frederick & McNeal, 1999), der sich als depressiv, suizidal und sozial isoliert vorstellte, wurde von verdecktem, nonverbalem Ego State-Verhalten beherrscht. Er war zuvor wegen psychotischen Verhaltens in stationärer Behandlung. Nach sieben Jahren wöchentlicher Therapiesitzungen, deren Schwerpunkt auf haltgebenden und nährenden Aspekten des therapeutischen Bündnisses lag und auch auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsthematik, wechselte er seine berufliche Laufbahn, kehrte zur Universität zurück, um sich zu graduieren, veröffentlichte auf seinem Fachgebiet etliche Artikel, moderierte nationale Konferenzen, lehrte an der Universität und erlangte einen höheren akademischen Grad. Er heiratete in den späten Vierzigern zum ersten Mal und lebte in glücklicher Ehe.

Ego State-Merkmale, die das Bündnis beeinflussen

Bestimmte Charakteristika der Ich-Zustände beeinflussen unweigerlich das therapeutische Bündnis.

1. Der Entwicklungsstand

Die Probleme kindlicher Ich-Zustände können sich erheblich von denen jugendlicher oder erwachsener Ich-Zustände unterscheiden. So können sehr unreifen Ich-Zuständen Objekt-Permanenz und Objekt-Konstanz fehlen und sie können ein Defizit an Urvertrauen aufweisen. Das Bündnis mit solchen Ich-Zuständen wird sich auf die Arbeit an einfachen Grenzen konzentrieren, auf die Eindämmung von Affekten, auf Übergangserfahrungen und auf gewisse direkte oder indirekte nährnde Aktivitäten. Auf

der anderen Seite werden Bündnisse mit jugendlichen Ich-Zuständen mehr Gewicht auf die Balance zwischen Separation/Individuation und Kooperation legen, sowie zwischen angemessener Risikofreude und dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit.

2. Die Natur und Stärke von Abwehrmechanismen

Wie manche Familienmitglieder haben auch bestimmte Ich-Zustände Abwehrmechanismen, die für die Herstellung und Aufrechterhaltung eines therapeutischen Bündnisses eine gewisse Herausforderung darstellen. Ein Ich-Zustand, der sich zwanghafter Abwehrmechanismen bedient, erfordert anders geartete Beziehungsarbeit als ein freierer und offenerer Ich-Zustand. Janet erkannte in seiner Arbeit mit der multiplen Persönlichkeit Achille (Ellenberger, 1970), dass der vorhandene Narzissmus der Abwehr diene. Eine Alter-Person von Achille war „der Teufel“. Janet gelang es, mit dem Teufel ein Bündnis zu schließen, indem er an seine Eitelkeit appellierte.

3. Spezielle Probleme

Manche Ich-Zustände stellen sich mit besonderen Problemen dar, die aus ihren Abwehrmechanismen resultieren. Darunter befinden sich schweigende oder nonverbale Ich-Zustände. Frederick (1994) beschrieb eine Reihe von Problemen, die bei Ich-Zuständen zum Schweigen führen und sie schlug spezielle Maßnahmen vor, um mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Frederick und Phillips (1996) identifizierten auch eine Gruppe symbolischer, mysteriöser und schwer fassbarer Ich-Zustände, die sich typischerweise als visualisierte Symbole oder als somato-sensorische Erscheinungen präsentieren; die Autorinnen beschrieben, wie sie mit derart abstrusen Ich-Zuständen therapeutische Bündnisse geschlossen haben. Johnston (2003) hat die anaklitische Abhängigkeit einiger dieser verdeckten, nonverbalen Ich-Zustände hervorgehoben, die in traditionellen Therapien oft unerkannt bleibt.

Besondere Probleme kann es auch mit den therapeutischen Bündnissen bei böswilligen Ich-Zuständen geben. Häufig erschrecken sie sowohl den Patienten als auch den Therapeuten, können sich auf äußerst ungewöhnliche Art darstellen und für den einen oder anderen oder auch für beide eine Gefahr darstellen (Blizzard, 2001; Frederick, 1969a; Watkins & Watkins, 1988, 1997). Sie sind oft nicht in der Lage, ein Bündnis einzugehen, solange ihre Anwesenheit nicht erkannt, ihr Wesen und ihr Sinn und Zweck nicht verstanden worden ist. Sie haben immer eine beschützende Funktion. Es ist oft hilfreich zu identifizieren, welcher böswillige Zustand anwesend ist, was häufig durch ideomotorische Exploration ermittelt werden kann (Frederick, 1996a).

4. Temperament

Die bestimmende Rolle der Biologie für Persönlichkeitseigenschaften ist seit Jahrtausenden bekannt. Hippokrates (460 – 377) (Ellenberger, 1970) verlieh Anaxagoras' (500 – 428) Annahme erneut Nachdruck, dass unsere Emotionen unserem Gehirn entstammen, also im Grunde unserer Biologie. Galen verfeinerte später das Hippokratische System und erklärte, wie unsere Säfte die vier Temperamente entstehen lassen:

das melancholische, das sanguinische, das choleriche und das phlegmatische Temperament. Das psychiatrische Interesse an den Temperamenten bestimmte im großen und ganzen die Auffassungen des 19. Jahrhunderts (Stone, 1997), bis die Psychoanalyse den konstitutionellen und anderen biologischen Einflüssen auf die Persönlichkeit ihre Bedeutung nahm. Weniger plastische Sichtweisen der Persönlichkeit, die auf den sich mehrenden Beweisen für die biologische Weitergabe von Charaktereigenschaften basierten, tauchten wieder auf und gaben Gedanken Nahrung, die den Einfluss des Temperaments auf die Entstehung von Pathologie sahen, von Widerstandskraft, und sogar auf die Fähigkeit, Psychotherapie zu nutzen.

Will man therapeutische Bündnisse mit Ich-Zuständen entwickeln, so kann das Konzept der Temperamente von ungewöhnlichem Nutzen sein. Der Therapeut wird anders an einen sensiblen, kreativen, künstlerischen Ich-Zustand herangehen als an einen handlungsorientierten Problemlöser oder einen schwerfälligen Ich-Zustand, der irgendwie animiert werden muss, damit er eine gedankliche und gefühlsmäßige Sensibilität entwickelt.

5. Charakter Typen

Aristoteles machte das Konzept der Charakter-Typen populär. So wie sie die Molièreschen Theaterstücke bevölkern, durchziehen die Aristotelischen Typen auch weiterhin das zeitgenössische Theater und die moderne Literatur. In der Welt der Psychoanalyse und Psychodynamik werden Abwehrmechanismen formuliert und sind von wesentlicher Bedeutung, desgleichen die Ausprägung spezieller Charaktertypen und Pathologien. Der Ego State Therapeut muss unterschiedliche Bündnisse mit zwangsneurotischen, hysterischen, vermeidenden und anderen Ich-Zuständen entwickeln.

Charakteristika von Therapeuten, die die Entwicklung von Bündnissen erleichtern

Auch Charaktereigenschaften des Therapeuten können die Entwicklung therapeutischer Bündnisse erleichtern. Diamond (1984) versuchte Eigenschaften ausfindig zu machen, die zum guten Hypnotherapeuten befähigen. Frederick und McNeal (1999) beschreiben sie folgendermaßen: „Die Persönlichkeit des Therapeuten ist ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg seiner Bemühungen.“ Diamond (1984) warf die Frage auf: „Warum können bestimmte Hypnotiseure bei ihren Probanden tiefere und bedeutsamere Trance-Erfahrungen auslösen als andere, die die völlig gleiche Vorgehensweise befolgen?“ (S. 3).

Er zog den Schluss, dass Hypnotherapie im interaktiven Kontext einer hypnotherapeutischen Beziehung erfolgt, und dass das Geschick des Therapeuten der kritische Faktor ist. Er nimmt an, dass dieses Geschick aus diversen Faktoren besteht; so muss der Therapeut

- (a) in seiner Entwicklung ein reifes Stadium seiner Objektbeziehungen und seiner Bezogenheit auf das Selbst und den Anderen erreicht haben und sich mit tiefgehenden zwischenmenschlichen Interaktionen wohlfühlen;

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- b) über die Fähigkeit zur Empathie verfügen;
- c) sowohl persönliches als auch therapeutisches Geschick zur Trance haben;
- d) seine eigenen rezeptiven und passiven und ebenso seine aktiven und kognitiven Funktionen in gesundem, wohl integrierten Maß entwickelt haben und
- e) angemessene Fähigkeiten zur Eigen-Supervision besitzen, so dass er auch in sinnvoller Weise Übertragung und Gegenübertragung identifizieren und handhaben kann. Ein solcher Hypnotherapeut, so Diamond (1986), „kreiert einen besonderen haltgebenden Raum für den Patienten. Erickson entsprach zweifellos all diesen und weiteren Kriterien, daher sein besonderer Erfolg“ (S.70-71).

Für Therapeuten, die sich in der Ego State Therapie engagieren, sollte dem Anforderungskatalog Diamonds noch Folgendes hinzugefügt werden:

- a) Die Fähigkeit, einen Zustand fortgesetzter Resonanz aufrecht zu erhalten. Das reicht über die Empathie hinaus und in tiefe intersubjektive und interpersonale Trancezustände.
- b) Das Vermögen, die Konfusion einer tiefen intersubjektiven Beziehung auszuhalten. Der in tiefgehende intersubjektive Arbeit eingebundene Ego State Therapeut wird nicht immer die gleiche Klarheit und Ausrichtung erleben, wie in eher kognitiv orientierten Therapien. Es braucht Zeit, damit Antworten erscheinen.
- c) Die Fähigkeit, auf die Autoritätsposition zu verzichten. Obgleich eine gewisse Autorität gewahrt werden muss, um die Sicherheit von Therapeut und Patient zu gewährleisten, muss der Ego State Therapeut den empfundenen Bedürfnissen der Ich-Zustände entsprechen, sie würdigen und sie zeitweise ins Zentrum der Therapie rücken. Der Therapeut anerkennt destruktive Bedürfnisse, gibt ihnen aber nicht nach.
- d) Die Bereitschaft, sich in eine interaktive Trance zu begeben und sie zu nutzen. In einer interaktiven Trance (Gilligan, 1987) sind dem Patienten die Ressourcen des Therapeuten verfügbar. Dazu gehören auch die Ressourcen der positiven Ich-Zustände des Therapeuten; und
- e) bestimmte Wesenszüge des Therapeuten wie Beharrlichkeit, Geduld, Mut (nicht aber Unbesonnenheit), eine Veranlagung zu zärtlichem und nährendem Verhalten und eine gesunde Achtung demokratischer Verhältnisse.

Orientierungshilfe zur Entwicklung therapeutischer Bündnisse mit Ich-Zuständen

Es gibt ein paar allgemeine Prinzipien, die die Entwicklung und Aufrechterhaltung wirkungsvoller Bündnisse mit Ich-Zuständen erleichtern können. Dazu gehören:

1. Kommunikation

Der Therapeut sollte in seinen Bemühungen um Kommunikation beharrlich sein. Obgleich das viel Energie erfordern kann, ist es wichtig sich zu erinnern, dass man bei Kindern etwas oft wiederholen muss, - und viele Ich-Zustände sind unreif und kindlich. Stimme und Präsenz des Therapeuten, sein gleichbleibendes, wiederhol-

tes Engagement tragen zur Objekt-Permanenz und Objekt-Konstanz bei, sorgen für ein haltgebendes Umfeld und stellen oft Übergangserfahrungen dar. Für diese erschöpfende Arbeit zahlen Therapeuten oft einen hohen Preis an Energie.

2. Resonanz mit dem Ich-Zustand

Therapeuten müssen sich erlauben, mit dem Ich-Zustand in Einklang zu sein. Diese intensive und umfassende, bewusste und unbewusste existenzielle Teilnahme am Leben der Ich-Zustände bedeutet Bestätigung. Aber auch dafür ist ein Preis an Energie zu zahlen. Nachlassen der Hilfsbereitschaft und/oder anderer zu leistender Tribut kann aus derartiger emotionaler Verstrickung mit den Ich-Zuständen erwachsen (Figley, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995). Solches Handeln steigert das Bedürfnis des Therapeuten, auch für sich selbst zu sorgen.

3. Interaktive Trance

Therapeuten sollten häufig interaktive Trance einsetzen. Sie erlaubt dem Therapeuten, sich auf seine unbewusste Teilnahme an Übertragung und Gegenübertragung einzustimmen und auch mehr Resonanz mit den Ich-Zuständen des Patienten zu erfahren. Damit kann er die subjektiven Bedürfnisse der Ich-Zustände des Patienten besser erleben, identifizieren und ihnen entsprechen.

4. Bündnisse mit Ich-Zuständen

Therapeuten sollten sich erinnern, dass ihre Bündnisse mit den Ich-Zuständen wesentliche Modelle sind, um zu lernen, wie wechselseitige Bündnisse zwischen den einzelnen Ich-Zuständen geschlossen werden können. Es genügt nicht, therapeutische Bündnisse mit den Ich-Zuständen einzugehen. Vielmehr ist es nötig, ihnen zu Bündnissen untereinander zu verhelfen. Manchmal kann das direkt geschehen, indem man Ich-Zuständen bei Aufgaben hilft, wie dem Lernen zu kommunizieren und gegenseitige Empathie zu entwickeln. Zeitweise kann das auch mit allgemeineren Aussagen geschehen, die die Ich-Zustände an die vorrangige Bedeutung der inneren Familie erinnern. Ich-Zustände können starke Ko-Therapeuten werden.

5. Therapeutische Bündnisse zwischen Ich-Zuständen

Therapeutische Bündnisse zwischen Ich-Zuständen zu schaffen und zu stärken bringt die innere Familie der Integration näher. Diese Aktivität kann der Therapeut mit direkten und indirekten Suggestionen unterstützen.

6. Aspekte des therapeutischen Bündnisses

Es ist wichtig zu erkennen, dass viele Aspekte des therapeutischen Bündnisses unbewusst, nicht kognitiv und nonverbal sind. Dazu gehört, einen schützenden Raum zu schaffen, für Übergangs- und nährende Erfahrungen zu sorgen und sich auf spontane Interaktionen einzulassen, die die Grenzen stärken und in fusionierende Bündnisse einzutreten.

Im folgenden Kapitel wird die Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung in der Ego State Therapie erörtert. Wird deren Zusammenspiel mit den therapeutischen Bündnissen und den Ich-Zuständen genutzt, so kommt Bewegung in die Ego State Therapie und sie gewinnt an Energie.

Kapitel VI

Die Gegenübertragungs-Trance

Das Heilungspotential von Übertragung und Gegenübertragung

Unter den verschiedenen Beziehungen, die in jeder therapeutischen Situation bestehen, gibt es auch reale oder auf Realität basierende Beziehungen. Kohut (1971) bezeichnete das als realistische Bindung und hielt sie für ein wesentliches therapeutisches Element. Es ist eine Objekt-Bindung, die nicht in den Bereich der Übertragung gehört, die aber allmählich neutralisiert wird (Schowalter, 1976, S. 416). Wie zuvor erwähnt gibt es andere wichtige Beziehungen in der Therapie, die therapeutische Bündnisse sind. Allerdings besteht ein anderer Beziehungsaspekt zwischen dem Therapeuten und den Ich-Zuständen auf dem Gebiet von Übertragung und Gegenübertragung, der untrennbar an das therapeutische Bündnis gebunden ist. Wo ehemals die Übertragung als das A und O der Therapie galt, scheint nun die Gegenübertragung sie entthront zu haben (Butler, Flasher & Strupp, 1993).

Es ist immer faszinierend, Spekulationen über das Wesen und die heilenden Kräfte der Psychotherapie anzustellen. Ursprünglich galten Übertragung (Breuer & Freud, 1883-1885/1961) und Gegenübertragung (Freud, 1910/1964) als Widerstand, als Problem und Hemmklotz für die Behandlung. Eine wertvolle und brauchbare Sichtweise der Übertragung, die der Psychologie des Selbst (Kohut, 1971, 1977, 1978, 1984; Ornstein, 1988; Wolf, 1988) entstammt, besagt: „Empathie in der therapeutischen Beziehung ist das vorrangige Hilfsmittel, um Informationen zu erlangen“ (Seruda, 1997, S. 12). Der Therapeut reagiert im Sinne der Gegenübertragung mit Empathie auf die Übertragung des Patienten innerhalb ihres gemeinsamen Feldes. In der entsprechenden Übertragung sind sowohl die umfassenderen Persönlichkeiten als auch die Ich-Zustände zu einem tiefgehenden, liebevollen Austausch fähig, der heilsame Reaktionen seitens des Therapeuten hervorruft. Seruda (1997) führt einige Möglichkeiten dieses Austauschs auf:

1. Spiegeln

Der Therapeut spiegelt im Kohutschen Sinne, wenn er den Patienten bedingungslos und ohne Einschränkung akzeptiert. Seruda (1997) zitiert Goldstein (1990), der äußert, dass das Spiegeln heilende Wirkung habe, weil es „die Person in ihrem Gefühl der Vitalität bestärkt“ (S. 17). Dieses Gefühl, lebendig zu sein, mehrt nicht nur das Selbstwertgefühl, sondern vermittelt auch Struktur. Einige Patienten versuchen indessen, auf dem Übertragungsweg mit dem Therapeuten zu verschmelzen, und das kann zu regressivem und symptomatischem Verhalten führen.

2. Idealisieren

Der Patient kann den Therapeuten zum Übermenschen idealisieren, der nur liebenswürdig, vollkommen, gut und stets unendlich fürsorglich ist. „Diese Erfahrungen mit der betreuenden Person erleichtern es, Werte und Ideale zu verfolgen und ermöglichen ein Gefühl der Sicherheit und Beruhigung“ (Seruda, 1997, S. 18).

3. Zwillingsgeschwister

Hier nimmt der Patient in der Übertragung den Therapeuten als seinen identischen emotionalen Zwilling wahr. Damit steht Information zur Verfügung, wo sich der Patient in seiner Entwicklung befindet. Es ist auch heilsam, wenn der Therapeut Übertragung und Gegenübertragung gestaltet, denn das gibt dem Patienten ein Gefühl der Bestätigung und den Eindruck, dass der Therapeut seine Welt mit ihm teilt und sie nicht nur beobachtet. Bisweilen kann auch freundliche und liebevolle Opposition seitens des Therapeuten dem Patienten weiteren Ansporn geben, denn sie verhilft ihm zu Mut zum Reden und Handeln und zu größerer Unabhängigkeit.

Jeder Ich-Zustand bindet den Therapeuten in jeweils spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen ein, die sich häufig zu widersprechen scheinen. Manche Ich-Zustände können den Therapeuten idealisieren, wogegen andere ihn verunglimpfen und kritisieren. Und weitere Ich-Zustände machen sich aus Angst vor dem Therapeuten klein, im Gegensatz zu jenen, die verstehen, was der Therapeut tut und bedingungsloses Vertrauen in den Prozess haben.

Ansichten über die Beziehung in der Psychotherapie und der Gegenübertragung

Historisch gesehen ist das Konzept der Gegenübertragung immer noch zwiespältig, indem es in der Psychoanalyse und in der psychoanalytischen Psychotherapie zahlreiche Meinungsverschiedenheiten gegeben hat. Butler, Flasher und Strupp (1993) erklären, dass die Meinungsverschiedenheiten hauptsächlich zwei grundsätzliche Fragen betreffen; zum einen, ob der Begriff Gegenübertragung ausgeweitet oder enger gefasst werden sollte (Kernberg, 1965); zum zweiten geht es um die Frage, ob die Wahl auf das Trieb-Modell oder das interpersonale, relationale Modell fallen sollte.

Freuds Auffassung (1912/1961) über den informativen Aspekt der Gegenübertragung (Fleiss, 1953) wurde von vielen auf die Beziehungsaspekte in der Therapie ausgedehnt, wobei Gegenübertragungsreaktionen auch Informationen sowohl über den Patienten als auch über den Therapeuten ergeben (Atwood & Stolerow, 1989; Bion, 1959/1984; Dalenberg, 2000; Fromm-Reichmann, 1950; Heiman, 1950; Kernberg, 1965, 1976; Kohut, 1971, 1977, 1984; Maroda, 1994; Prearman & Saakvitne, 1995; Searles, 1979).

In seinem klassischen Beitrag erkannte Kernberg (1965) eine umfassendere Möglichkeit, wobei Gegenübertragung hier angesehen wurde als „die Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen auf den Patienten in der Behandlungssituation“ (S. 38) und dazu gehörten sowohl bewusste als auch unbewusste Reaktionen. Bisweilen gibt es keine klare Trennung im therapeutischen Bündnis, und in der Ego State Therapie wird das noch schwieriger. Winnicott (1949) hat darauf hingewiesen, dass es vielleicht diverse Arten der Gegenübertragung in der therapeutischen Situation geben könne.

Ogden (1997, 2004) vertritt die Ansicht, dass jegliche Psychopathologie die individuelle Fähigkeit verringere, als menschliches Wesen ganz und gar lebendig zu sein.“ Das Behandlungsziel geht über Symptomerleichterung, Konfliktlösung, Einsicht und

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Bewältigung hinaus, es geht darum, dem Patienten zu Leben und Sinn zu verhelfen. Dieses Ziel sollte jeder Therapeut in seiner Arbeit mit einem jeden Ich-Zustand vor Augen haben. Wie die umfassendere Persönlichkeit sehnt sich jeder Ich-Zustand nach Bedeutung, Sinn und Lebendigkeit. In Übertragung und Gegenübertragung wird der Therapeut sich der individuellen Bedürfnisse der Ich-Zustände und der Inneren Familie bewusst. Gilligan (1987) hob ebenfalls die Rolle der unbewussten Interaktion in der Therapie hervor. Er sah den Therapeuten als mit beachtlichen Anteilen bewusst-unbewusster Komplementarität ausgestattet (Morton & Frederick, 1999). Ein solcher Therapeut setzt den bewussten Verstand ein, um dem Unbewussten bei seiner Arbeit zu helfen und umgekehrt. Gilligan (1987) nahm an, dass der Therapeut seine Gegenübertragung und andere unbewusste Ressourcen am besten nutzen könne, wenn er sich mit dem Patienten in eine positive, interaktive therapeutische Trance begeben.

Empirische Untersuchungen zur Gegenübertragung

Butler, Flasher und Strupp (1993) haben eine umfassende Entwicklungsgeschichte der Gegenübertragungskonzepte vorgelegt, sowie eine Zusammenfassung empirischer Versuche, die Gegenübertragung wissenschaftlich zu erforschen. Es gibt nicht viel einschlägige Literatur, aber paradoxerweise schreiben sie: „Trotz ... methodischer Mängel haben so gut wie alle unterschiedlichen Ansichten zur Gegenübertragung Unterstützung in der empirischen Literatur erhalten ... Am eindrucksvollsten ist vielleicht die jüngst erfolgte Entdeckung, dass spezielle Formen interpersonaler Verbundenheit zwischen Patient und Therapeut in signifikanter Beziehung zu einem guten oder dürftigen Ergebnis [der Therapie] stehen“ (Butler, Flasher & Strupp, 1993, S.354).

J.G. Watkins hatte zuvor schon (1978a) eine Methode vorgeschlagen, um die Resonanz in der therapeutischen Situation zu messen. Damit ist keineswegs beabsichtigt, die Gegenübertragung zu messen, aber als Forschungsinstrument zur Identifizierung dessen, was im Bereich effektiver Empathie geschieht, kann diese Methode wertvolle Dienste leisten.

Dalenbergs (2000) Forschung zur traumatischen Gegenübertragung unterstreicht die Relevanz der Arbeit im interaktiven, affektiven Bereich. Zahlreiche Patienten mit Ego State-Problemen erleben traumatische Gegenübertragungen.

Auswirkungen der Hypnose auf Übertragung und Gegenübertragung

Es ist wohl bekannt, dass die Übertragung intensiver wird, wenn Hypnose ins Spiel kommt (Brown & Fromm, 1986), was nicht überraschen sollte. J.G. Watkins (1992) führte an, dass die wesentlichen Hypnosetheorien „interpersonale Suggestion, Regression und Dissoziation“ (S. 231) hervorheben, und das sind „essentielle Elemente der Übertragung“ (S. 232). Brown und Fromm (1986) haben vier hauptsächliche Kategorien von Gegenübertragungsgefühlen und -haltungen identifiziert, welche Hypnosetherapeuten gegenüber ihren Patienten erleben. An erster Stelle steht die praegenitale Gegenübertragung, bei der gottähnliche Attribute, mit denen ursprünglich die Eltern

des Therapeuten ausgestattet waren, auf den Patienten übertragen werden. An zweiter Stelle stehen die ödipal-sexuellen Gegenübertragungen, an dritter Stelle die geschwisterlichen Gegenübertragungen und an vierter Stelle kommen diejenigen Gegenübertragungen, die auftauchen in der Behandlung narzisstischer, Borderline- oder psychotischer Patienten. Bei letztgenannter Patientengruppe gehen Brown und Fromm (1992) von einer umfassenderen Sicht der Übertragung aus. Betrachtet man das Modell der Psychologie des Selbst (Kohut, 1971, 1977, 1978; Ornstein, 1987; Wolf, 1988), so kann man möglicherweise sehen, dass Hypnose es dem Therapeuten erleichtert, den Übertragungsprojektionen des Patienten in therapeutischem Sinne zu begegnen. Das Spiegeln kann erleichtert werden und gleichzeitig in der Trance-Erfahrung inbegriffen sein. Die Idealisierung kann zur Selbst-Idealisierung umgeformt werden und durch hypnotische Aktivierung der Ressourcen des Kern-Selbst, wie beispielsweise der Inneren Stärke erweitert werden. In der Ego State Therapie können der Therapeut und gleichzeitig andere Ich-Zustände als Zwillingsgeschwister erlebt werden.

Gegenübertragung und Ego State Therapie

J.G. Watkins und H.H. Watkins (1984, 1997) haben Therapeuten vor den Gefahren der Gegenübertragung in der Ego State Therapie mit Patienten mit Multipler Persönlichkeitsstörung (DIS) gewarnt. Hierzu gehört die unentwegt vermittelte Angst vor böserartigen Ich-Zuständen, Verletzung von Grenzen einschließlich einer Anfälligkeit für Verführung, physische Gefahr für den Therapeuten und beim Patienten das Fördern der Abhängigkeit. Watkins und Watkins betonen, dass der Therapeut darauf achten müsse, dass die dissoziative, defensive Struktur diese Gefahren wahrscheinlicher macht; in der Ego State Therapie sind diese Gefahren häufig gegeben. Watkins und Watkins schreiben (1997, S. 118): „Die geschilderten Gefahren sind keineswegs auf die Behandlung multipler Persönlichkeiten beschränkt. Sie können sich bei vielen verschiedenen Patiententypen ergeben.“ Auch Gabbard und Wilkinson (1994) haben vor der Gefahr von Grenzverletzungen und anderen Problemen der Gegenübertragung bei Borderline-Patienten gewarnt.

In der Internalen Familien System Therapie nach Schwartz (1995) werden alle Übertragungen und Gegenübertragungen als Funktion eines Teils oder mehrerer Teile angesehen und nicht als Funktion der umfassenderen, integrierten Persönlichkeit. Mit anderen Worten: Übertragung und Gegenübertragung sind Zeichen fehlerhafter Integration. Und so wird mit individuellen Teilen an Übertragung und Gegenübertragung gearbeitet. Grund dafür ist, dass das umfassendere Selbst als solches problemfrei ist, nur die Teile können Konflikte aufweisen.

Auch Davies und Frawley (1997) gehen die Gegenübertragung aus ihrer eigenen polypsychischen Perspektive an. Obgleich sie keine formale Hypnose einsetzen, lassen sie doch keinen Zweifel, dass ein großer Teil ihrer Arbeit mit erwachsenen Patienten, die als Kinder Opfer sexuellen Missbrauchs waren, in formaler Trance erfolgt. Sie befürworten auch den Einsatz von Selbsthypnose zwischen den einzelnen Sitzun-

gen. Sie haben festgestellt, dass Übertragung und Gegenübertragung im dissoziativen Zustand zunehmen und sich rasch verändern. Dieses Phänomen bringen sie mit „zwei Quellen“ in Verbindung: „der zeitlich wechselnden Vorherrschaft einzelner Ich-Zustände und dem Wechsel innerhalb der Ich-Zustände als Reaktion auf den Therapeuten und auf andere Ich-Zustände“ (S. 153). Sie haben für die Gegenübertragung auch eine Reihe möglicher Sackgassen oder Fallen identifiziert, die die Ich-Zustände mit einbeziehen können. Dazu gehört:

1. Die Bevorzugung eines oder mehrerer Ich-Zustände gegenüber anderen
J.G. Watkins und H.H. Watkins (1997) erklären, dass der Therapeut in der Gegenübertragung einen bestimmten Ich-Zustand bevorzugen kann. So neigen einige Therapeuten beispielsweise dazu, missbrauchte, unreife Ich-Zustände zu bevorzugen, während andere sich wiederum mit erwachsenen, rationalen, sich artikulierenden Ich-Zuständen wohler fühlen mögen.
2. Der emotionale Rückzug des Therapeuten
Der Therapeut kann sich „zu seinem Selbstschutz vor den mächtigen ich-fernen Brüchen im Rahmen der projektiven Identifikation zurückziehen“ (Watkins & Watkins, 1997, S. 126). So wird signalisiert, dass bestimmte Seiten des Patienten nicht akzeptabel sind und die Behandlung zunichte machen könnten.
3. Die Ablehnung der Möglichkeit vorhandener Trauma-Erfahrungen
Einige derzeitige psychoanalytische Konzepte vor allem der Borderline-Störungen sehen sexuellen Missbrauch oder andere Traumata nicht als Ursache dieser Pathologie an. So kann der Therapeut in der Gegenübertragung das Gefühl des Patienten ausagieren, dass ihm nicht geglaubt wird oder dass er in einer skeptischen, kontrollierenden Umgebung überprüft wird.
4. Für den Patienten gut erscheinen zu müssen
Therapeuten, die selbst Trauma-Überlebende sind, zeigen möglicherweise die Tendenz, negative, aggressive Übertragungsreaktionen zu zerstreuen, um in der Position des „guten Objekts“ zu bleiben.

Die Autorin glaubt, dass diese Aufzählung um einige weitere Sackgassen und Fallen ergänzt werden sollte:

1. Das Trauma-Material zu rasch in Angriff nehmen
Werden Ich-Zustände dazu gedrängt, das Trauma-Material anzupacken, können Trauma-Erinnerungen verzerrt oder überhaupt erst geschaffen werden. Therapeuten, die glauben, der wichtigste therapeutische Teil sei die Katharsis, können Patienten in das traumatische Material hineinstoßen. Das kann auch dann geschehen, wenn der Therapeut selbst Trauma-Opfer war und mit dem Patienten oder einem bzw. mehreren Ich-Zuständen überidentifiziert ist. Es kann sich auch um eine Gegenübertragungsreaktion handeln, in welcher sich der Therapeut beeilen und es hinter sich haben möchte – als Gegenstück zur Übertragung des Patienten (Phillips & Frederick, 1995). Bei diesen Prozessen kann die Bedürfnislage des Therapeuten die umfassendere Persönlichkeit oder bestimmte Ich-Zustände in die Irre leiten.

2. Den Patienten dazu drängen, Material zu deuten, das vom Therapeuten vorgezogen wird

Patienten können allgemeine Phantasien präsentieren, derentwegen sie dann vom Therapeuten gedrängt werden, diese als oft bizarres Trauma zu deuten. Das soll nicht heißen, dass es keine bizarren Traumata gibt. Indessen können manche Therapeuten ihren voyeuristischen Gewinn daraus ziehen, den Patienten und kindliche Ich-Zustände zu ermutigen, sich mehr und mehr in Phantasien verwickeln zu lassen, als wären sie Realität. Unglücklicherweise kann das Drängen, voreilige Deutungen anzunehmen, dazu führen, dass die wirkliche Verletzung des Patienten nicht herausgefunden wird. Diese Falle in der Gegenübertragung ist für den Phantasiebegabten eine besondere Gefahr (Wilson & Barber, 1981).

Themen der Gegenübertragung in der Ego State Therapie

In der Ego State Therapie interagiert der Therapeut mit vielen Energien und eine jede hat ihre Eigenarten der Übertragung. Weiters wird die Situation wesentlich erschwert, wenn kindliche und jugendliche Ich-Zustände zugegen sind. Jeder Ego State Therapeut ist tatsächlich auch Kinder-Therapeut. In der Ego State Therapie ist es besonders notwendig, dass der Therapeut sowohl Übertragungs- als auch Gegenübertragungsreaktionen entdeckt und ihnen Rechnung trägt.

Übliche Themen in der Übertragung bei kindlichen Ich-Zuständen sind:

- a) die Angst, dass der Therapeut nicht versteht oder sich nicht kümmert;
- b) die Angst vor erneuter Traumatisierung durch den Therapeuten;
- c) die Angst, vom Therapeuten verlassen zu werden;
- d) die Angst vor Vernichtung als notwendigem Teil des therapeutischen Prozesses;
- e) die Angst, den Therapeuten zu verletzen;
- f) die Angst, sich selbst zu verletzen.

Obleich Jugendliche in der Therapie oft eine intensive Übertragung entwickeln, ist das bei Kindern gewöhnlich nicht der Fall (Harley, 1971). Zwar sind Gegenübertragungsreaktionen auf Kinder und Jugendliche in der Therapie häufig recht intensiv und auch negativ, doch wird das selten eingestanden. Bernstein (1948) bemerkte, dass Analytiker oft entsetzt sind von der Unvorhersehbarkeit, den heftigen Emotionen und dem Narzissmus bei Kindern, sowie von deren Nähe zum Primärprozesshaften in ihrem Unbewussten. Bernstein stellte auch fest, dass Kinder oft unrealistischen therapeutischen Erwartungen ausgesetzt sind und häufig beim Therapeuten Gefühle der Hilflosigkeit auslösen, der sich in der Folge vor solchen Gefühlen schützt, indem er sich von dem Kind emotional zurückzieht.

Die Ego State Therapie bietet viele konstruktive Möglichkeiten, durch Einsatz der Gegenübertragungstrance an der Heilung zu arbeiten, Techniken zur Wiederherstellung der Entwicklung einzusetzen und das System durch geeignete Maßnahmen zur Integration zu bringen. Ego State Therapeuten haben die Möglichkeit, den Ego State-Energien lebendige und bedeutsame Erfahrungen und Ziele zu vermitteln. Sie wirken

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

als Interventionsmodelle und können gespiegelt werden. Schließlich können Ich-Zustände sich als Partner des Therapeuten und als gegenseitige Partner fühlen, und sie können auf dem Wege der Identifikation das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Lebendigkeit mit anderen Ich-Zuständen teilen.

So wertvoll Modelle der Übertragung und Gegenübertragung auch sein mögen, wesentlich ist, dass das ausgewählte Modell zur klinischen Situation passt. Unter den post-modernen Theoretikern herrscht erheblicher theoretischer Aufruhr bezüglich der Modelle therapeutischer Beziehung (Teicholz, 1999). In post-modernem Sinn kann die Dekonstruktion oder die Veränderung von Modellen nötig sein. Das betrifft besonders das Thema der Selbstöffnung des Therapeuten. Ich, die Autorin, ziehe – wie allgemein viele Therapeuten – ein erhebliches Maß an Zurückhaltung vor; allerdings könnte ich für einen bestimmten therapeutischen Zweck bei einem bestimmten Patienten den Weg der Selbstoffenbarung wählen als Hilfe für den Patienten, die Realität einzuschätzen und/oder die Bedeutung zu erkennen oder mitzuerleben in einem bestimmten Bereich, der uns beide betrifft.

Die Gegenübertragungs-Trance

Phillips und Frederick (1995), Frederick (1997a) und Frederick und McNeal (1999) haben die Notwendigkeit betont, das Thema der Gegenübertragung in der Ego State Therapie zu erkennen und zu bearbeiten. Sie haben auch auf die vorhandene Literatur hingewiesen, die das Phänomen der Trance beim behandelnden Therapeuten bearbeitet und auch die interaktive Wechselseitigkeit zwischen Hypnotherapeut und Patient. Phillips (1994) verwendete den Begriff der Gegenübertragungstrance, um die Erfahrung des Therapeuten hinsichtlich eines interaktiven Trancezustands zu beschreiben, in welchem sich Übertragung und Gegenübertragung reflektieren. Phillips (1994) und Phillips und Frederick (1995) empfehlen, dass die Therapeuten in die Fußspuren von Erickson (Erickson & Kubie, 1940) und Gilligan (1987) treten, die beide den Beitrag des Unbewussten hervorheben, wenn der Therapeut in der Lage ist, sich in eine gemeinsame interaktive Trance mit dem Patienten zu begeben. Phillips (1994), Phillips und Frederick (1995) und Frederick (1999a) bezeichnen diesen interaktiven Zustand als positive Gegenübertragungstrance.

Jeder Aspekt der therapeutischen Beziehung ist verstärkt in der Ego State Therapie vorhanden. Jeder einzelne Ich-Zustand hat bewusste Beziehungen zum Therapeuten und ein jeder Ich-Zustand hat auch unbewusste Übertragungsbeziehungen sowohl zum Therapeuten als auch zu anderen Ich-Zuständen. Darüber hinaus muss man sich vorstellen, dass die Ich-Zustände nicht nur ihre Übertragungsbeziehungen miteinander und mit der umfassenderen Persönlichkeit des Therapeuten haben, sondern auch mit einem jeden Ich-Zustand des Therapeuten. Aus Ego State Sicht ist die Gegenübertragungssituation ebenso komplex.

Bestimmte Verwendungsweisen der Gegenübertragungstrance in der Ego State Therapie werden im Sinne einer umfassenden Orientierung im Konzept des „thera-

peutischen Dritten“ (Ogden, 1994, 1997) beschrieben. Dem Leser soll der Vorbehalt vermittelt werden, dass nie und nimmer vollkommen klar ist, was geschieht, weil so vieles auf unbewusster Ebene abläuft.

KLINISCHER FALL: DER NUTZEN DER GEGENÜBERTRAGUNGSTRANCE (DER FALL NICHOLAS)

Nicholas, ein begabter Mann in den Vierzigern, war bereits 11 Jahre in Therapie gewesen und hatte zwei Psychiatrieaufenthalte, als er seine Ego State Therapie begann. Als Kind war er sehr lange Zeit in einem Kinderpornographiering missbraucht worden. In seiner Erinnerung gab es auch zwei Morde - einer davon mit Verstümmelung -, deren Zeuge er geworden war. Nach umfassender Diagnostik kam die Autorin zu einem zweifachen Störungsbild, nämlich einer Bipolaren Störung und einer Dissoziativen Identitätsstörung. Es wurde versucht, den Patienten sowohl medikamentös (Divalproex, Carbenazepin, Bupropion) als auch psychotherapeutisch zu stabilisieren. Schwerpunkt war die Entwicklung therapeutischer Bündnisse mit jedem einzelnen Ich-Zustand des Patienten. Unsere Arbeit wurde dadurch erschwert, dass seine langjährige Freundin und Lebenspartnerin ihn genau zu dem Zeitpunkt verließ, als er die Therapie begann. Stress bedeuteten auch seine Probleme am Arbeitsplatz, die seine Existenzgrundlage gefährdeten. Während der ersten Monate seiner Therapie verletzte er sich selbst regelmässig (wie er das jahrelang getan hatte), indem er sich selbst schlug oder mit dem Kopf gegen die Wand rannte.

Im 7. Monat der Behandlung zeigte er eine bemerkenswerte Besserung. Unsere Arbeit mit bestimmten kindlichen Ich-Zuständen hatte ihm ermöglicht, mehr Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, und an seinem Arbeitsplatz hatte er keine unangemessenen Wutausbrüche mehr. Seine Selbstverletzungshandlungen waren verschwunden. Nach einer langen Zeit sozialer Isolation hatte er schließlich begonnen, mehr Zeit mit Freunden zu verbringen. Er fing eine Beziehung mit Diedre, einer recht interessanten, fürsorglichen und intelligenten Frau an. Aufgrund dieser Besserung trat nun ein spezielles Problem in den Vordergrund. Jahrelang hatte der Patient extreme obsessive Phantasien, sich mit einem sonderbaren Mann in anonyme sadomasochistische Situationen zu begeben. In der Vergangenheit hatte er diesen Phantasien gelegentlich nicht widerstehen können.

Nicholas erhielt Hilfe, in Selbsthypnose an diesen Obsessionen und zwanghaften Impulsen zu arbeiten. In Trance wandte er sich an die masochistischen Ich-Zustände, die sich wünschten, sexuell missbraucht zu werden, und sagte ihnen, wie dankbar er und die anderen Teile ihnen seien, dass sie so lange Zeit so viel Trauma-Material für sie aufbewahrten. Auch versicherte er ihnen, dass sich alle ihres Leidens bewusst seien und dass ein wesentliches Therapieziel sei, sie von dieser Last zu befreien. Nicholas berichtete, dass diese Interventionen außerordentlich hilfreich waren, dass er jene Impulse kontrollieren und die Obsessionen nun in Schach halten konnte.

In einer zweiten Interventionsphase wurde Nicholas unterstützt, die masochistischen Ich-Zustände wissen zu lassen, er verstehe wohl, dass die Kinderschänder dem

missbrauchten Kind gesagt hatten, es sei „dafür bestimmt“, dies sei „die einzige Möglichkeit, jemals Liebe zu bekommen“, und das vor allem auch deshalb, weil „seine Eltern ihn weder liebten noch jemals gewollt hatten“. Er wandte sich in Selbsthypnose an das Glaubenssystem jener kindlichen Ich-Zustände und sagte ihnen, dass das alles Lügen seien, dass alle Kinderschänder lügen und dass die Innere Familie die kindlichen Teile liebe und würdige. Auch diese Interventionen waren hilfreich.

Indessen kam Nicholas zu einer Sitzung und war verstört wegen der zwanghaften Obsessionen, die „schlimmer den je“ geworden waren. Er zweifelte an seiner Fähigkeit, sein Verhalten zu kontrollieren und fragte sich, ob er seine intime Beziehung zu seiner Freundin aufrecht erhalten solle, denn er wollte keineswegs unfair ihr gegenüber sein. Als die behandelnde Therapeutin empfand ich einen Moment Angst und fühlte mich unter Druck, ich holte tief Luft, ging in Trance, und so kamen mir Bilder eines Films ins Bewusstsein, den ich Jahre zuvor gesehen hatte („Witness“ - Zeuge). Es war das Bild eines Mannes, der in einem Silo gefangen war, vom Getreide erstickt wurde und nicht rechtzeitig gerettet werden konnte. In einer anderen Szene wurden die Heldin und ihr Vater von einem Verbrecher verschleppt. Der Vater bedeutete dem kleinen Enkel mit Zeichen, dass er am Strang ziehen sollte, sodass die Glocke läuten und die Dorfbewohner alarmieren würde.

So wurde einiges klar. Zum einen klammerten sich jene masochistischen Ich-Zustände immer noch an die Kinderschänder und fühlten sich deswegen hilflos. Es bestand ganz klar die Möglichkeit, dass ein oder mehrere, bislang unerwartete verborgene innere Kinderschänder-Ich-Zustände anwesend waren. Zum zweiten schien es, dass die Ich-Zustände nichtsdestotrotz ambivalent waren. Daher wurden solche Dinge wichtig wie das Alarmschlagen und die Dorfgemeinschaft wecken, dass sie zu Hilfe käme. Auf die Bindungsprobleme der Ich-Zustände musste spezieller eingegangen werden. Der Patient wurde gebeten, in Trance zu gehen, und es wurde eine Versammlung der Ich-Zustände einberufen und die übrigen Mitglieder der Inneren Familie wurden ersucht, den Problemen jener kindlichen Ich-Zustände den Vorrang einzuräumen. Die Innere Familie wurde angewiesen, diesen kindlichen Teilen Halt und Liebe zu geben. Nicholas berichtete, dass alle Ich-Zustände, kindliche wie erwachsene, sich zusammensetzten. Dann gingen sie alle gemeinsam hinunter zum Strand. „Sie waren sehr eng zusammen.“ Dem Patienten wurde erklärt, er solle derlei Aktivitäten immer dann fördern, wenn sich die Obsessionen und Zwänge einstellten.

In den folgenden beiden Sitzungen kommunizierten sadistische Ich-Zustände durch Bilder von Enthauptungen und anderen Gewalttaten gegenüber dem Patienten. Er bemerkte, dass er in eine Persönlichkeitsenergie umschaltete, für die die Beziehung mit Diedre unwirklich erschien. Das waren die Zeiten, zu denen die masochistischen Ich-Zustände aktiv wurden.

Die unbewusste Interaktion von Übertragung und Gegenübertragung ermöglichte die Arbeit an Themen, die mit den sadistischen Ich-Zuständen zu tun hatten (welche mit den Kinderschändern identifiziert waren und die masochistischen Zustände aus-

lösten) und mit der Angst, nicht entkommen zu können (vor den Kinderschändern / Verfolger-Ich-Zustände). So konnten Selbstberuhigung und sichere Bindungen Themenschwerpunkte in der Therapie werden.

Die Gegenübertragungstrance kann absichtlich hervorgerufen werden oder sie kann sich spontan im Laufe der Therapie einstellen. Spontane Trancezustände sollten immer als interaktional gesehen werden. Sie enthalten gewöhnlich relevantes Material dessen, was mit den Ich-Zuständen vor sich geht.

KLINISCHER FALL: NUTZUNG DER SPONTANEN TRANCE DES THERAPEUTEN

Annette hatte sich außergewöhnlich gut in der Therapie entwickelt. Vier unreife Ich-Zustände hatten unglaubliche Fortschritte in ihrem Wachstum und in ihrer Entwicklung gemacht. Als sie anfänglich aktiviert worden waren, lebte jeder in seiner eigenen Höhle in der Wand einer Klippe, die nur über häufig eingezogene Strickleitern zugänglich war. Sie waren aus den Höhlen in ein großes Haus umgezogen und hatten guten Umgang miteinander. Als Annettes Mutter erkrankt war, hatten sie gelernt, Annette zu erlauben, sich um diese Erwachsenenangelegenheiten zu kümmern.

In einer bestimmten Sitzung erklärte Annette, wie gut sie zurecht kam. Obgleich sie einige geschäftliche Angelegenheiten für ihre Mutter regeln musste, ging es ihr gut. Ich, die Therapeutin, merkte, dass ich in einen Trancezustand geriet und meine eigenen Erlebnisse beim Erdbeben 1989 in San Francisco erinnerte, nur ein paar Meilen von der zusammengebrochenen Bay Bridge entfernt. Mir waren ernste Zweifel gekommen, ob das Gebäude, in dem ich mich befand, dem Beben würde standhalten können. Bilder, Gedanken und Gefühle, die um die Katastrophe und Zerstörung und um meine eigene Angst kreisten, drangen unausgesetzt in mein Bewusstsein. Das konnte sehr wohl mit Annettes Ich-Zuständen zu tun haben, als sie gebeten worden war, ein Stück Trancearbeit zu leisten.

Die aktivierten Ich-Zustände waren regrediert. Voller Furcht versteckten sie sich im Gras. Ich erfuhr von ihnen, dass sie sich fürchteten, mit Annettes Ehemann zu tun zu bekommen. Seine Mitarbeit und Unterstützung waren wesentlich für Annette, damit sie die finanziellen Angelegenheiten ihrer Mutter regeln konnte, und er war negativ und nicht ansprechbar gewesen. Zwar war er kein Mann, der Schrecken verbreitete, vielmehr eher verwöhnt und bisweilen selbstsüchtig. Diese Realität wurde besprochen, und es wurde – was sehr nötig war – etwas zur Ich-Stärkung jener kindlichen Ich-Zustände getan, und die Patientin stimmte – als sie wieder aus der Trance gekommen war – zu, mit ihrem Mann zu reden.

Diese Fallschilderung verdeutlicht eine Möglichkeit, wie Trancephänomene der Gegenübertragung (in diesem Fall als Informationsquelle) so wesentlich und hilfreich für die Arbeit mit Ich-Zuständen sein können wie in anderen Formen der dynamischen [tiefenpsychologisch fundierten; Anm. Hrsg.] Psychotherapie. Phillips (1994), Phillips und Frederick (1995) und Frederick (1999a) empfehlen, dass Ego State Therapeuten gezielt positive interpersonale Trancezustände entwickeln als effektive Mög-

lichkeit der Arbeit im Bereich der Übertragung und Gegenübertragung. Solche Zustände können als „positive Gegenübertragungstrance“ (Phillips & Frederick, 1995, S. 222 – 224) angesehen werden. Hier folgt eine eher aus dem Ärmel geschüttelte Version von Gilligans (1987), Phillips' (1994), Phillips' und Fredericks (1995) und Fredericks (1999a) Empfehlungen zur Entwicklung eines derartigen Zustands.

Schritte zur Entwicklung einer positiven Gegenübertragungstrance

1. Seien sie bereit, in eine interpersonale Trance zu gehen, in welcher Ihre Ich-Zustände in umfassendere und direktere Kommunikation mit den Ich-Zuständen des Patienten eintreten und dabei die bewusst-unbewusste Komplementarität des Patienten erleichtern. Die gesteigerte bewusst-unbewusste Komplementarität wirkt integrierend und ist äußerst wünschenswert (Morton & Frederick, 1999).
2. Gehen Sie nach innen, stellen Sie jede physische und emotionale Spannung fest, entspannen sie sich, um diese zu beseitigen oder zu vermindern. Sie können das tun, während Sie ein- ,zweimal tief durchatmen, Ihren Fokus nach innen richten und dabei weiter mit Ihrem Patienten reden. Dann bitten Sie Ihre eigenen Ich-Zustände mit allem Respekt, an der Interaktion teilzunehmen, obgleich Sie sich dieser Beteiligung vielleicht überhaupt nicht bewusst sind.
3. Gehen Sie mit Ihrem Fokus weg von der bewusst erschlossenen „Dynamik“ der Ich-Zustände oder den Aktivitäten der umfassenderen Persönlichkeit, indem Sie Ihren Blick nicht mehr fokussieren und Ihrer Aufmerksamkeit erlauben, sich einzupendeln auf „das Atemmuster, die muskuläre Spannung, die Körperhaltung, den emotionalen Zustand und die Bewegungen des Patienten“ (Gilligan, 1987, S. 77). Fahren Sie mit der Therapiesitzung fort in dem Bewusstsein, dass Sie und Ihre Ich-Zustände eine Reise angetreten haben, die Sie dem Unbewussten und den Ich-Zuständen des Patienten näher bringt. Sie brauchen in keiner Weise bewusst zu versuchen, den Ausgang dieser Situation zu beeinflussen.
4. Gehen Sie mit Ihrem Fokus weg vom Patienten und hin zu sich selbst. Konzentrieren Sie sich auf die Behaglichkeit Ihrer Atemzüge. Das erlaubt Ihnen tiefer hinzugehen, während Sie Ihre äußeren Aktivitäten beibehalten.
5. Erlauben Sie sich, ein Bild oder Bilder (sofern sie existieren) Ihrer eigenen Ich-Zustände hervorzurufen als Möglichkeit, deren Beteiligung zu untermauern.
6. Lassen Sie Ihren Atemrhythmus nun synchron werden zu dem des Patienten, mit dem Sie nun einen verschwommeneren oder „weicheren“ Blickkontakt aufnehmen können.
7. Erlauben Sie Ihren eigenen Gedanken, Bildern, Gefühlen und Körperempfindungen, frei durch Ihr Bewusstsein zu strömen, folgen Sie interessiert, aber ohne zu urteilen.
8. An irgend einem Punkt werden Sie irgend einen mentalen Inhalt bemerke und/oder Sie möchten mit dem Patienten reden. Das ist erwünscht, und alles was Sie tun müssen, ist das unbewusst erarbeitete Material sich selbst mitteilen zu lassen. Da-

bei können Sie entdecken, wie sie eine Geschichte auf andere Art und Weise erzählen oder in neuer und bedeutsamer Weise auf etwas aus der Vergangenheit reagieren. Vielleicht hören Sie den Patienten anders.

9. Erinnern Sie sich, die Gegenübertragungstrance kann sich in der Therapie spontan einstellen. Ist das der Fall, so kann es genutzt werden.
10. Fördern Sie Ihre eigene bewusst-unbewusste Komplementarität. In Ihrem Trancezustand sind Sie dazu fähig, sich Ihrer Beobachtungen und auch der Bewertung Ihres auftauchenden unbewussten Materials bewusster zu sein.

Im folgenden Kapitel wird die Schaffung/Modifizierung von Ich-Zuständen sowie der Nutzen positiver Ich-Zustände diskutiert.

Kapitel VII

Positive Ich-Zustände

Ich-Zustände schaffen und modifizieren

Der größte Teil der Fachliteratur auf dem Gebiet der Ego State Therapie gilt hauptsächlich dem Zweck, Pathologie zu heilen. Sie befasst sich mit Ich-Stärkung, Entwicklungsthemen, Auflösung von Traumata und Symptomerleichterung. Erfolgreiche Ego State Therapie hat sich in der Behandlung immer der kognitiv und affektiv fähigen, kooperativen und reifen Mitglieder der Inneren Familie bedient. Solche Ich-Zustände sind keine Phänomene der Kernpersönlichkeit, wohl aber Aspekte der Persönlichkeit, die aus der Interaktion der Person mit ihrer Umwelt entstanden sind. Häufig sind diese erwachsenen Ich-Zustände befähigt, als Cotherapeuten zu wirken oder als innere nährenden Energien. Manche füllen diese Rolle mit angeborenem Geschick aus; andere sind in der Lage zu lernen, positiver und konstruktiver zu wirken. Bei fortschreitender Behandlung können einige dieser hochgradig funktionstüchtigen Ich-Zustände zu Leitern vieler interner Aktivitäten werden, die zwischen den Sitzungen weitergehen müssen. Frederick (1996) und Frederick und McNeal (1999) haben diese reiferen Ich-Zustände als „konfliktbeladene Ich-Zustände“ bezeichnet, um sie von den konfliktfreien Zuständen wie z.B. der Inneren Stärke zu unterscheiden. Die Rolle dieser Helfer-Ich-Zustände kann bisweilen so entscheidend für die Behandlung werden, dass einige Kliniker es lohnend gefunden haben, sie zu schaffen, falls sie nicht entdeckt werden konnten. Die Aktivierung konfliktfreier Ich-Zustände wie der Inneren Stärke zeigt auch den Nutzen positiver Ich-Zustände.

Die Schaffung von Ich-Zuständen

Einige Kliniker haben berichtet, wie hilfreich eigens geschaffene Ich-Zustände in bestimmten Behandlungssituationen sind. Dazu gehören Gainer (1993, 1997), Frederick (1996b, 2003a), Frederick und Kim (1993), Frederick und Sheltren (2000), Frederick, Sheltren und Toothman (2000) und Ginandes (2004).

Gainer (1993, 1997) setzte die Schaffung hilfreicher Ich-Zustände bei sympathischer Reflexdystrophie und anderen schweren chronischen Schmerzsyndromen ein. Frederick und Kim (1993) beschrieben, wie die Schaffung hilfreicher Ich-Zustände zum Verschwinden der Angst vor Leistungsversagen führte. Diese Vorgehensweise erwies sich als sehr erfolgreich bei zwei Patienten mit lähmenden Versagensängsten. In dessen fragten sich Frederick und Kim (1993), was denn tatsächlich geschehe, wenn Ich-Zustände im therapeutischen Bereich geschaffen werden. Eine wichtige Frage, die sie beschäftigte, galt dem Problem, ob denn tatsächlich ein Ich-Zustand neu geschaffen werde, oder ob ein schlummernder Ich-Zustand aktiviert oder möglicherweise wieder motiviert oder sogar modifiziert wurde. Sie nannten ihre Technik demnach „Aktivierung/Modifizierung oder ‚Schaffung‘ von Ich-Zuständen“ (S. 56), denn sie glaubten, nicht in der Lage zu sein, genau zu wissen, welcher Art ihre Interventionen sind. Ihnen war bewusst, dass Federn (1952) behauptet hatte, Ich-Zustände entwickelten sich nur in der Kindheit.

Allerdings hatten Frederick und Kim (1993) festgestellt, dass es im 19. und 20. Jahrhundert Literatur zur experimentellen Schaffung von „Alter“-Personen gab. Binet (1977a, b) - wie viele seiner Zeitgenossen - glaubte, dass das Bewusstsein geteilt sei. Er schuf auf experimentellem Wege bei hoch suggestiblen Versuchspersonen „Alter“-Personen. Auch beobachtete er die Entwicklung enger Beziehungen zwischen diesen „Alter“-Personen und dem Hypnotiseur, wobei diese „Alter“-Personen nur auf ihren Schöpfer reagierten. Auch Janet schuf experimentell „Alter“-Personen (Ellenberger, 1970). Neuere Berichte zu unter Laborbedingungen geschaffenem Verhalten von „Alter“-Personen stammen von einer Reihe von Forschern wie beispielsweise Harriman (1942a, b), Kampman (1876), Leavitt (1947), Spanos (1986) und Spanos, Weekes, Meanry und Bertrand (1986).

Frederick und Kim (1993) stellten auch fest, dass erwachsene Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung häufig „Alter“-Personen als Teil ihres dissoziativen Lebensstils kreierten. In diesem Fall bedeutet es einen notwendigen Behandlungsschritt, die Patienten dazu zu bewegen damit aufzuhören. Das, worauf Frederick und Kim (1993) hinwiesen und was später umfassender von Frederick und Sheltren (2000) gezeigt wurde, war die Flexibilität der Persönlichkeit und - wie wir heute annehmen - die Plastizität des Gehirns.

Zur Schaffung von Ich-Zuständen benutzen Frederick und Kim (1993) Material aus der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft. Ihre Absicht war, nicht „aus der Luft gegriffene“ Ich-Zustände zu schaffen, sondern aus den eigenen Bildern des Patienten, gleichsam als Stoff, der in eine neue Façon gebracht wird. Ihre Formel zur Schaffung von Ich-Zuständen folgte 3 Punkten:

1. Zuerst ließen sie ihre Patienten eine positive zukünftige Folge ihrer symptomatischen Situation visualisieren, „um die Fähigkeit für ein mentales Erfolgserlebnis aufzubauen“ (S. 55).

2. Mittels Altersregression fingen sie Kindheitsbilder ein, die umgestaltet und an die Person angepasst werden konnten, um mit den gegenwärtigen Symptomen umzugehen und das günstige Ergebnis herbeizuführen, das für die Zukunft ausgemalt worden war. Es ist möglich, aber nicht unbedingt der Fall, dass die Bilder Aktivierungen schlummernder Zustände waren, die in der Kindheit entstanden waren.
3. Die modifizierten Bilder/Ich-Zustände wurden in die Zukunft projiziert und vom Patienten als „Helfer“-Zustand erlebt, der sich in seiner Eigenschaft und Funktion von den Bildern der Vergangenheit unterschied.

Obleich Frederick und Kim (1993) von der Schaffung der Ich-Zustände sprachen, meinten sie: „Die Frage ist wirklich, sprechen wir von einem Prozess, in welchem ein neuer Ich-Zustand geschaffen wurde, oder in welchem frühere Zustände lediglich aktiviert und dienstbar gemacht worden sind“ (S. 55).

Ginandes (2004) beschrieb in ihrer Arbeit mit geistig-körperlichen Problemen die Schaffung eines Überwacher-Ich-Zustands. Aufgabe dieses Zustands war, die genaue Natur der inneren physischen und geistigen Befindlichkeit des Patienten zu überwachen und zu berichten. Frederick und Sheltren (2000) bezeichneten ihr Vorgehen als Schaffung/Aktivierung nicht-dissoziativer positiver Ich-Zustände. Damit wird nahegelegt, dass - obgleich Therapeuten vielleicht gesunde Ich-Zustände „schaffen“ mögen - dennoch die exakte Natur dieses Produktes therapeutischer Bemühungen immer noch in erheblichem Maße Gegenstand von Spekulationen ist. Frederick und Sheltren (2000) fanden es auch begründet, danach zu fragen, was aus ehemals gut funktionierenden Ich-Zuständen werde, die offensichtlich dann verschwanden. Sie bekräftigen, was Weiss (1960a) behauptet hat: „Frühere Ich-Zustände verschwinden nicht, sie sind nur verdrängt. In Hypnose kann ein früherer Ich-Zustand, der entsprechende emotionale Dispositionen, Erinnerungen und Bedürfnisse beinhaltet, im Individuum wieder erweckt werden“ (S. 15).

Sheltren und Frederick (2000) glaubten, dass diese Frage nicht gelöst werden könne, da es wohl unmöglich ist, hierfür ein passendes Untersuchungsdesign zu entwerfen. Vielleicht ist diese Sichtweise angesichts des hervortretenden Potentials der neurophysiologischen Forschung aber doch zu pessimistisch.

Frederick (2003a) hat der Schaffung und Modifizierung von Ich-Zuständen ein weiteres Kapitel hinzugefügt. Sie entwickelte eine hypnotische Technik, mit deren Hilfe ein konfliktbeladener Ich-Zustand (z.B. eine inzwischen tote Person, die dem Patienten nahestand) in einen konfliktfreien Ich-Zustand umgewandelt werden kann. Dies geschieht, indem dem konfliktbeladenen Zustand die Eigenschaft zugesprochen wird, „seine Aufgabe voll und ganz erfüllt“ zu haben. Der neue Ich-Zustand hat alle Eigenschaften eines Kern-Ich-Phänomens. Diese Technik wurde zur Behandlung der Trauer entwickelt.

Selbstgeschaffene positive Ich-Zustände bei Kindern und Jugendlichen

Frederick und Sheltren (2000) interessierten sich für die Rolle positiver Ich-Zustände bei Kindern und Jugendlichen. Ihrer Meinung nach wurde – von wenigen Ausnahmen abgesehen – (J.G. Watkins, 1986b; Watkins & Watkins, 1997) wenig dazu gesagt, ob es praktikabel und ratsam sei, bei Kindern und Jugendlichen starke positive Ich-Zustände zu fördern. Die Auswirkungen positiver Ich-Zustände für die seelische Gesundheit, auf pädagogischem Gebiet und für ein gelungenes Erwachsenenleben sind beträchtlich. Frederick und Sheltren (2000) stellten fest, es sei anerkannt, dass die Entwicklung positiver Ich-Zustände in eigener Regie ein normaler Teil der menschlichen Entwicklung ist. Hingegen wird oft angenommen, dass Ich-Zustände, die als Folge von Trauma und Trennung entstehen, häufig für Abweichungen und Symptome im Erwachsenenalter sorgen. Trauma und Trennung können aber auch positive, gesunde Ich-Zustände hervorbringen (Frederick & McNeal, 1999).

Um das zu verdeutlichen, wiesen Frederick und Sheltren (2000) auf eine Romanfigur, David Copperfield, mit autobiographischen Zügen des Autors Charles Dickens (1850/1952) hin. David Copperfield ist die Geschichte eines kleinen Jungen, dessen Mutter sich mit einem neuen brutalen Mann wiederverheiratet, nachdem Davids Vater gestorben ist. Der Stiefvater auferlegt David sowohl strenge Disziplin als auch schwere körperliche Züchtigung und als seine kindhafte Mutter stirbt, unterschlägt der Stiefvater Davids Erbe und jagt ihn aus dem Haus in ein Leben harter Arbeit unter fremden Menschen.

Der kleine David hatte früh gelernt, der Qual seines Lebens unter der Herrschaft des Stiefvaters zu entkommen, indem er sich mit den Helden in den Romanen identifizierte, die sein leiblicher Vater ihm hinterlassen hatte. So wurden jene Charaktere bei David zu positiven Ich-Zuständen.

„Ich glaube, ich hätte nur über einen Umstand überrascht sein müssen ... Mein Vater besaß eine kleine Sammlung von Büchern ... die mir zugänglich waren ... Roderick Random, Peregrine Pickle, Humphrey Clinker, Tom Jones, the Vicar of Wakefield, Don Quixote, Gil Blas und Robinson Crusoe haben sich da gefunden, siegreiche Gastgeber, die mir Gesellschaft leisteten. Sie hielten mich am Leben ... meine Hoffnung, dass da etwas jenseits dieses Ortes und dieser Zeit war ... Der Captain verlor nie seine Würde, wenn er mit der lateinischen Grammatik eins hinter die Ohren bekam. Ich schon, aber der Captain war ein Held, trotz aller Grammatikbücher aller Sprachen der Welt, tot oder lebendig ... Das war mein einziger und fortwährender Trost“ (Dickens, 1950/1952, S. 67).

Frederick und Sheltren (2000) erinnern uns, dass Copperfields Geschichte nicht die eines verlassenenen, traumatisierten Kindes ist, das eine dissoziative Identitätsstörung entwickelt. Vielmehr ist es die Geschichte eines Kindes, das von seinen positiven Ich-Zuständen profitiert und sie in sich aufnimmt, woraus sich später seine Iden-

tität als Schriftsteller und Sozialreformer entwickelt, der nicht nur sozialen Missbrauch anprangerte, sondern seinem Lesepublikum auch zu einem gewissen Verständnis der kindlichen Psychologie verhalf, indem er die inneren Prozesse seiner fiktiven Romanfiguren schildert.

Positive Ich-Zustände werden oft angesehen, als gäbe es sie umsonst oder es wird angenommen, sie entwickelten sich normalerweise, um den aufkommenden Bedürfnissen des Individuums zu entsprechen oder sie entstehen im Falle von Trauma oder Verlassenwerden oder Vernachlässigung, um dem Individuum behilflich zu sein zurechtzukommen, so wie die Dickensschen Ich-Zustände funktionierten. Realität ist, dass Therapeuten aktiv zu den Ressourcen des Patienten beitragen können, indem sie positive Ich-Zustände schaffen und fördern. Dergleichen therapeutische Aktivitäten können einen unschätzbaren Wert in der Psychotherapie, in der Präventivmedizin und in der Pädagogik darstellen.

Die Schaffung und Förderung positiver Ich-Zustände in der Psychotherapie

Obleich in unserer Arbeit mit Erwachsenen ein Großteil positiver Ego State-Aktivierung und –Förderung wohl automatisch und sogar unbewusst geschieht, wird das doch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders bedeutungsvoll. Ein Grund dafür ist, dass sie wohl nicht die Zeit hatten, einen Fundus an notwendigen positiven Zuständen zu entwickeln. Das offensichtliche Bedürfnis nach dem Wirken positiver Ich-Zustände und das Unvermögen des Therapeuten, solche in der derzeit verfügbaren Inneren Familie zu lokalisieren, kann dem Therapeuten als Indikation zur aktiven Schaffung und Förderung eines entsprechenden Zustands dienen. Positive Ich-Zustände können sowohl in direkter als auch indirekter Trance geschaffen und gefördert werden. Kinder sprechen gut an auf Ego State Therapie (Hartman, 1995a,b), und für manche ist es die Behandlung der Wahl. Die Schaffung und Förderung positiver Ich-Zustände kann unerlässlicher Bestandteil der Ego State Therapie mit Kindern werden.

Allerdings warnen Frederick und Sheltren (2000) bei diesem jungen Klientel zur Vorsicht im Umgang mit formaler Trance zu diesem oder anderem Zweck. Selbst als Therapeuten teilen wir womöglich weiterhin die in der Gesellschaft bestehende Leugnung der Häufigkeit von Kindesmissbrauch und wollen nicht daran erinnert werden, dass ein erheblicher Teil unserer kindlichen und erwachsenen Patienten Missbrauchsopfer sind. Manche können sogar während der Therapie in aktiven Missbrauch verstrickt sein. Die Häufigkeit von Kindesmissbrauch fordert extreme Vorsicht, bei Kindern direkte Trance-Induktionen vorzunehmen, ehe nicht eine Reihe anderer Dinge behandelt worden sind:

- a) Zunächst muss eine umfassende Diagnostik vorgenommen werden. Idealerweise gehören dazu ausführliche Gespräche mit den Eltern des Kindes oder Jugendlichen. Dann müssen etliche Einzelgespräche, wenn möglich mit dem Kind allein stattfinden. Bisweilen muss aus den verschiedensten Gründen weitere Diagnostik stattfinden.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- b) Ehe formale Trance eingesetzt wird, muss ein therapeutisches Bündnis geschlossen sein.
- c) Der Therapeut muss das fundierte, entschiedene Gefühl haben, dass es keinen nachweisbaren Missbrauch gibt, der später enthüllt wird. Frederick und Sheltren (2000) erinnern uns, dass die spätere Glaubwürdigkeit der Information vor Gericht gefährdet sein könnte, einfach deshalb, weil sie in Trance zustande gekommen war. Allgemein empfehlen wir den Einsatz informeller Techniken anstelle formell induzierter Trance, wenn ein junger Patient sexuellen oder physischen Missbrauch offenbaren sollte (S. 8).

Dennoch kann formelle Trance bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, sofern bestimmte Vorsichtsmaßnahmen strikt eingehalten werden. Besonders indiziert ist formelle Trance zur Schaffung und Aktivierung positiver Ich-Zustände bei Kindern, die man Selbsthypnose lehren und dazu motivieren kann, diese zur Selbsthilfe einzusetzen. In der folgenden, von Frederick und Sheltren (2000) übernommenen Fallschilderung wird das verdeutlicht.

KLINISCHES FALLBEISPIEL: STELLA

Stella war 12 Jahre alt und entschieden ein Star in ihrer leistungsstarken Familie. Sie bekam beste Noten, glänzte im Sport, spielte Klavier und tanzte Ballett. Hätte man an ihrer Familie etwas aussetzen wollen, dann die einfache Tatsache, dass sie alle zu gut, zu stark, zu großzügig und zu perfekt waren.

Eines Abends sah Stella eine Fernsehsendung über die Entführung eines kleinen Mädchens in ihrem Alter, das einige Monate vermisst war, bis schließlich ihr Körper gefunden wurde. Plötzlich entwickelte Stella eine schwere phobische Angst, allein im Haus zu bleiben und kam als Notfall in die Sprechstunde. Wenn sie abends zuhause war, erlebte sie einen schrecklichen, eskalierenden Angstzustand. Stella bestand darauf, auf dem Boden des elterlichen Schlafzimmers zu übernachten. Die gesamte Familie war erschöpft.

Es wurde unverzüglich eine Untersuchung eingeleitet, wozu auch eine Sitzung mit dem Vater und eine mit Stella gehörte. Sie war das Kind einer liebevollen Familie ohne Missbrauch und es bestanden keine Anzeichen, dass sie schwer traumatisiert sein könnte, oder dass eine Zwangsstörung, eine Depression oder eine Psychose vorliegen könnte.

Stella stand an der Schwelle zur Pubertät. Sie konnte sich ausmalen, vor einer Tür zu stehen; würde sie sie erst einmal öffnen, so müsste sie der unvermeidlichen Trennung von ihrer außerordentlich sicheren und umsorgenden Familie ins Auge sehen und sich auf den Weg zu Wachstum und in die Gefahren und Launen des Schicksals begeben. Es galt zu entscheiden, ob versucht werden sollte, therapeutische Techniken einzusetzen, um dem vermutlich anwesenden verängstigten kindlichen Ich-Zustand zur Reifung zu verhelfen und Stella wahrscheinlich einer längeren Therapie zu unterziehen. Alternativ konnte versucht werden, einen positiven Helfer-Ich-Zustand zu

aktivieren, was unter entwicklungspsychologischem Gesichtspunkt vernünftiger erschien, da das ihre Autonomie fördern würde.

Stella wurde mittels formeller Trance in einen tiefen Entspannungszustand versetzt, um ihr zu helfen, ihren ‚sicheren Ort‘ zu finden. Die Sitzung wurde aufgezeichnet. Als Stella wieder aus der Trance gekommen war, wurde ihr gesagt: „Stella, es gibt einen Teil Deiner Selbst, der den Unterschied benennen kann zwischen dem, was wirklich gefährlich ist und dem, was ungefährlich ist.“ Stella nickte zustimmend. „Und dieser Teil wird nun, da Du im Begriff bist, ein Teenager zu werden, erheblich stärker.“ Sie bekam das Tonband überreicht mit den Worten: „Jedes Mal, wenn Du das Band anhörst, wird es dem Teil helfen, noch stärker zu werden, der den Unterschied zwischen wirklicher Gefahr und einfach nur unheimlichen Sachen benennen kann.“

Zum Sitzungsende wurden Stellas Eltern hereingebeten und sie wurden angewiesen, eine Leine von Stellas Schlafzimmer zu ihrem eigenen zu legen, an deren Ende sich eine Glocke befinden solle. Stella konnte ihren Eltern ein Zeichen geben, dass sie sie brauche, indem sie die Leine zöge. Stella willigte ein, das Tonband anzuhören, wenn sie Angst bekäme, und jedesmal die Glocke zu läuten, wenn sie sich überwältigt fühlte.

Die erste Nacht war ein Reinfluss für Stella. Sie läutete nicht einmal die Glocke, sondern kroch einfach in Panik ins Elternschlafzimmer. Bei unserem folgenden Treffen sagten wir ihr: „Ist schon in Ordnung. Das bedeutet, dass Du noch nicht den Teil Deiner Selbst gefunden hast, der weiß, wann eine echte Gefahr im Verzug ist. Es ist wichtig, dass das geschieht, denn jener Teil wird Dich vor allen möglichen wirklichen Gefahren schützen, während Du weiter zum Teenager heranwächst.“

Stella kam jede Woche zur Sitzung und fing an, das Tonband zu nutzen und auch die Glocke. Binnen fünf Wochen schlief sie die ganze Nacht in ihrem eigenen Zimmer. Sie blickte leicht amüsiert, aber auch noch mit einiger verständlicher Verlegenheit zurück auf ihre Ängstlichkeit. Ihre Therapie konnte als erfolgreich angesehen werden.

Einige Jahre darauf traf die Autorin Stellas Vater auf einer beruflichen Veranstaltung. Er berichtete: „Stella hat sich wundervoll entwickelt. Seit sie bei Ihnen war, hat sie keinerlei Probleme mehr gehabt. Ich fühle mich langsam alt, denn sie wird nächstes Jahr von zuhause weggehen, um das College zu besuchen.“

Man könnte einwenden, dass Stella Verhaltenstherapie bekommen habe und dass kein reifer Ich-Zustand gefunden oder gefördert worden sei. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht mag das zutreffen. Nach Einschätzung der Ego State Therapie hatte Stella gelernt, eine positive, realitätsorientierte, reife Seite ihres Selbst zu finden und sich darauf zu verlassen - mithin einen positiven Ich-Zustand. Hat Stella diesen Zustand unbewusst ausfindig gemacht, oder wurde er vom Therapeuten kreiert? Wie Frederick und Kim (1993) glauben auch Frederick und Sheltren (2000), dass das, was klinisch abzulaufen scheint, theoretisch nicht immer klar ist.

Ein erheblicher Teil dessen, was an Ich-Zuständen gefördert und kreiert wird,

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

geschieht in nicht formell eingeleitetem Trance-Zustand. Wenn Kinder in der Spieltherapie vertieft sind, scheinen sie häufig in hypnoide Zustand (Linden, 2003) und sie reagieren außerordentlich stark auf Geschichten und Metaphern. Die direkten Vorgehensweisen können eingesetzt werden, wenn man die Trance nutzt, um kreative Ich-Zustände hervorzurufen, zu fördern und/oder zu schaffen, und dem gleichen Zweck dient auch das Erzählen von Geschichten und Metaphern. Frederick und Sheltren (2000) glauben, dass dieser Prozess eintritt:

1. wenn wir Metaphern benutzen (wobei der Patient sich in nicht formaler bzw. spontaner Trance befinden kann, wenn z.B. indirektes Geschichtenerzählen eingesetzt wird);
2. auf dem Wege der Identifikation mit der umfassenderen Persönlichkeit von Eltern, Lehrern, Büchern, Filmen, Fernsehsendungen usw.; die Therapeutenrolle kann einfach darin bestehen, das Kind in dieser Richtung zu bestärken;
3. wenn Kinder und Jugendliche sich stark mit den positiven Ich-Zuständen des Therapeuten, der Eltern oder Lehrer identifizieren;
4. in Notzeiten als nicht-dissoziatives Phänomen, wie das beispielhaft mit den positiven, hilfreichen Ich-Zuständen der Romanfigur David Copperfield geschehen ist, wobei angenommen werden kann, dass ähnliche Ich-Zustände beim Autor Charles Dickens entstanden sind. Wichtig ist, diese Ich-Zustände von jenen zu unterscheiden, die dissoziiert sind und in Zeiten von Trauma, Missbrauch oder Vernachlässigung kreierte werden;
5. durch direkte, offene Bestätigung und Verstärkung der positiven, hilfreichen Ich-Zustände durch Therapeuten, Eltern oder Lehrer.

Positive Ich-Zustände in der Erziehung

Der Grund für Schwierigkeiten intelligenter Kinder und Jugendlicher in Schule und Studium ist nicht schwere Psychopathologie. Auch müssen diese Kinder und Jugendlichen nicht unbedingt ersthaft lernbehindert sein, allerdings können manche ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom haben. Was auch immer die Gründe sein mögen, viele sind wohl Kinder, die einfach nicht das Lernen gelernt haben (Frederick & Sheltren, 2000). Die Autorin hatte ausgiebige Erfahrungen mit Einzelnachhilfe bei leistungsschwachen Kindern und Jugendlichen, die durchaus intelligent waren. Interessant ist, dass niemand die Intelligenz oder die Fähigkeiten dieser Kinder bemerkte, bis sie schließlich schulischen Erfolg hatten. Folgende Schilderung ist von Frederick und Sheltren (2000) übernommen.

PÄDAGOGISCHE FALLGESCHICHTE: BILLY

Billy war 9 Jahre alt, trug flaschenbodendicke Brillengläser und bekam in der Schule ständig und in jedem Fach schlechte Noten; zu jener Zeit, im Sommer vor ihrem Highschool Studienbeginn, im Alter von 12 Jahren, war die Autorin Tutorin. Billy wurde wegen der geringen Kosten für seine Familie zu mir geschickt, damit er im

Sommer beschäftigt wäre, ein Bezug zu seinen Schulleistungen bestünde, und außerdem würde es ja nichts schaden. Bei unserem ersten Treffen wuchtete er einen Stapel Bücher auf den Schreibtisch und stieß einen verzweifelten Seufzer aus. Man hatte Billy gesagt, dass er garantiert jede Stunde seinen Spass haben werde. Das glaubte er aber nicht. Ich schlug vor: „Lass uns mal sehen, was wir machen sollen.“

Billy kam mit seinem Alptraum an, der englischen Grammatik und einem Blick, der sagte: „Wenn Du denkst, dass das Spaß macht, dann bist Du bekloppt!“ An diesem Tag hatte Billy dann seine erste Erfahrung mit „Claire's Grammatikrunde“. Wir liefen zusammen im Zimmer auf und ab und veranstalteten einen Wettbewerb, wer die albernsten Substantive finden konnte. Billy fing an zu lachen. Der nächste Besuch verlief im gleichen Stil, und ziemlich bald begann Billy seine Nachhilfestunden herbeizusehnen – und er lernte, die Wortarten im Satz zu bestimmen.

Diesen Sommer hatte Billy seinen Spaß. Er lernte, sich Dinge auf unterhaltsame Art vorzustellen, was ihm half, sie zu verstehen und sich einzuprägen. Beispielsweise zeichneten wir Cartoons zu grammatikalischen Beziehungen. Nachdem er sich in Englisch etwas zutraute, verfuhr wir mit der Mathematik auf ähnliche Weise.

Als Ende des Sommers die Schulglocke läutete, betrat ein neuer Billy das Klassenzimmer. Er wurde ein klarer Einser-Schüler und das änderte sich die gesamte High-school-Zeit hindurch nicht. Als ich ihn im Sommer darauf wiedersah, war klar, dass Billys Veränderung von Dauer war.

Die Erinnerung der Autorin betrifft die Schaffung/Aktivierung und Entwicklung positiver, lernfähiger Ich-Zustände bei ihrem Schüler Billy. Eine andere Erklärung der Veränderung Billys könnte sein, dass er erfasst hatte, was gute Lerngewohnheiten sind. Eine weitere Erklärung wäre, dass er nicht-formale Trance oder aktive Wachtrance nutzte, um sein Lernen zu verbessern (Wark, 1996). Eine dritte Möglichkeit wäre, dass Billy irgendeine Form von Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom hatte, dass durch den Einsatz aktiver Wachtrance verbessert wurde, während er „Spaß hatte“ und Bilder entwickelte (Barabasz & Barabasz, 1992, 1996, 2000). Es ist auch möglich, dass das positive Feedback in der Tutor-Beziehung gewisse Symptome eines nicht diagnostizierten Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (Diener & Millich, 1997) verbesserte oder dass spontane Hypnose die Ausgestaltung des Verhaltens in der Beziehung erleichterte. Alles mögliche könnte im Spiel gewesen sein, aber aus Ego State Sicht scheint es, dass Billys amüsantes Nachhilfe-Erlebnis die Entwicklung eines neuen positiven Ich-Zustands erlaubte, und zwar eines Zustands, der dem Lernen gegenüber positiv eingestellt war und es zum Vergnügen werden ließ. Dieser Ich-Zustand war für Billy neu, denn er setzte Humor und Bilder ein und vertrat eine Einstellung, die ebenfalls neu war: Alles kann verstanden werden, wenn es in seine Bestandteile zerlegt wird.

Dieser Ich-Zustand wusste, dass das verdrießliche Konzept „guter Lerngewohnheiten“ einen faden und unnötigen Weg der Pflichterfüllung darstellte, eine Sackgasse für Neugier und kreatives Meistern des Wissensstoffs. Billys neuer, positiver Ich-

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

Zustand wirkte selbst-verstärkend, jeder von ihm erzielte Erfolg stärkte ihn. So ist es nicht überraschend, dass Billy seinen traurigen Hundeblick verlor, Selbstvertrauen entwickelte und später Finanzbuchhalter wurde (Frederick und Sheltren, 2000, S. 9).

Positive Ego State Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen mag wertvoll sein. Eine ähnliche Entwicklung bei Therapeuten kann den entscheidenden Ausschlag für erfolgreiche Therapien geben.

Schaffen und Fördern positiver Ich-Zustände bei denjenigen, die Kinder versorgen

Ogleich die Kindertherapie-Literatur davon spricht, dass Eltern zur positiven Verstärkung verpflichtet seien, dass sie dem Kind vermehrte Aufmerksamkeit widmen und die Probleme lösen sollen, die sich störend auf ihre Fähigkeiten auswirken, für das Kind zu sorgen, gibt es doch wenig Ego State Literatur, die den Therapeuten berät, wie er aktiv positive Ich-Zustände bei den Eltern fördern kann, deren Kinder in therapeutischer Behandlung sind. Frederick und Sheltren (2000) haben diesem Thema speziell Rechnung getragen.

Die Tradition der Kindertherapie, mit den Eltern zu arbeiten, um dem Kind zu helfen, kann auch in der Ego State Therapie übernommen werden. Frederick und Sheltren (2000) haben hervorgehoben, wie wichtig es ist, dass der Therapeut die positiven Aspekte der Elternpersönlichkeit identifiziert, sie würdigt und deren weitere Reifung ermutigt. Sie glauben, dass es zu den Aufgaben des Kindertherapeuten gehört, den Eltern zu helfen, die Stärken des Kindes zu erkennen. Therapeuten können darauf achten und Eltern die Gelegenheiten erkennen lassen, zu denen sie sich genau so verhielten, wie das Kind es gebraucht hat: verständnisvoll, kompetent, zuversichtlich, geschickt und/oder fähig usw. Die Reaktion des Therapeuten auf die positiven Ich-Zustände der Eltern spiegelt die Reaktionen, die Eltern ihren Kindern entgegenbringen müssen. Der Therapeut hilft den Eltern des Patienten zu lernen, wie sie Anteile ihrer selbst identifizieren können, wenn sie auftauchen, und dabei gebraucht er oft die Sprache der Ego State Therapie.

Aus ihrer klinischen Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und auch deren Familien entwickelten Frederick und Sheltren (2000) einen einfachen Plan zur Aktivierung positiver elterlicher Ich-Zustände bei den Patienteltern. Zweifellos kann dieser Plan auch bei der Arbeit mit Einzelpersonen von Nutzen sein, die Hilfe für ihre Fähigkeiten als Eltern suchen.

Plan zur Aktivierung positiver Eltern-Ich-Zustände

1. Stellen Sie an den Anfang des Treffens mit den Eltern oder der ganzen Familie die Frage an die Eltern (oder den anwesenden Elternteil), was alles gut gegangen ist. Das wird wahrscheinlich zu Beginn der Sitzung den positiven elterlichen Ich-Zustand hervorrufen.
2. Bestätigen Sie diesen Ich-Zustand mit Bemerkungen wie: „Sehr gut! Es ist immer

- schön, wenn man als Eltern ansprechbar ist“, oder „gut gemacht! Manchmal ist es schwer, entschieden zu bleiben, aber genau das müssen gute Eltern manchmal tun.“
3. Die ganze Sitzung über wird wiederholt auf den positiven elterlichen Ich-Zustand angespielt; beispielsweise: „Wissen Sie, ich höre ein weiteres Mal, dass Ihr kluger Eltern-Anteil lernt, sich auf Ihr Kind einzustellen.“
 4. Das Thema der weiteren Reifung des positiven elterlichen Ich-Zustands wird eingeführt: „Viele Eltern finden, dass sie noch bessere Eltern, geduldigere Eltern, unterstützendere Eltern, beschützendere Eltern werden, einfach durch die Erfahrung, ihre Kinder aufzuziehen. Nehmen Sie das Wachstum jener Anteile bei sich wahr, die ich sehe?
 5. Machen Sie Angebote an die positiven elterlichen Ich-Zustände weiter zu erstarren, indem sie sich mit Anderen identifizieren. Geschichten, die mit den Worten beginnen: „Ich kannte einmal eine Mutter, die...“, können stärkende und weiterführende Identifikationsmodelle für die positiven elterlichen Ich-Zustände sein.
 6. Zögern Sie nicht, Metaphern zu verwenden. Die Metapher hat sich als starke Methode erwiesen, um positive Ich-Zustände zu kreieren und zu aktivieren. Zum Beispiel: „Und Sie wissen, dieser kleine Baum hätte wahrscheinlich nicht wachsen können, wenn die Eltern des kleinen Jungen nicht so einfühlsam und umsorgend gewesen wären und den kleinen Zaun darum errichtet hätten.“
 7. Die Therapeutin muss auch ihren eigenen positiven, nährenden Ich-Zustand aktivieren. So kann sie sorgfältig zuhören, wodurch sie in der Lage ist, die Gelegenheiten zu erkennen und rückzumelden, zu denen Eltern positiv reagiert haben. Damit hilft der Therapeut den Eltern zu verstehen, wie sie jene Stärken auch bei anderen Gelegenheiten einbringen können (Frederick und Sheltren, 2000, S. 5).

Frederick und Sheltren (2000) erinnern uns, dass das Schaffen, Entwickeln und Fördern positiver Ich-Zustände bei Erziehungspersonen therapeutische, präventive, medizinische, pädagogische und sogar politische Implikationen hat. Das Vorhandensein gesunder, funktionstüchtiger positiver Ich-Zustände bei Eltern und Erziehern kann von unschätzbarem Wert sein. Das trifft insbesondere dann zu, wenn das Kind oder der Jugendliche hochgradig gestresst ist, mit Konflikten umgehen muss oder trauma-bedingte Probleme hat bzw. versucht, von einem Trauma zu genesen. Die Förderung solcher positiver Ich-Zustände ist von enormem Wert, um beim Lernen weiterzukommen und es zu beschleunigen, Leistungsziele besser zu erreichen (z.B. ein Stipendium zu erhalten, in der Kunst, im Sport), dem Kind oder Jugendlichen zu helfen, mit auftauchenden Entwicklungsschwierigkeiten zurecht zu kommen. Diese positiven Ich-Zustände können der Königsweg zu Lernen und Kreativität werden.

Kontraindikationen hinsichtlich Schaffung und Förderung positiver Ich-Zustände

So praktikabel und heilsam die oben beschriebenen Ansätze sein können, so gibt es doch einige Kontraindikationen für den Einsatz bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- a) sie sollten nie eingesetzt werden, ehe nicht nach der Überweisung eine angemessene Untersuchung vorgenommen wurde;
- b) sie sind absolut kontraindiziert bei Kindern und Jugendlichen mit schwerem Drogenmissbrauch oder irgendwelchen anderen Problemen, die sie hindern, einen konkreten Behandlungsvertrag abzuschließen;
- c) sie sollten nie bei Kindern mit offenen oder wahnhaften Größenphantasien oder sonstigen psychotischen Anzeichen eingesetzt werden;
- d) sie sollten nie ohne vollkommene Ernsthaftigkeit eingesetzt werden, d.h. niemals als Versuch, ein verstörtes oder sich fehlverhaltendes Kind in den Griff zu bekommen (Frederick & Sheltren, 2000, S. 22).

Wie zuvor bereits erwähnt, könnte von einigen Personen infrage gestellt werden, ob das Schaffen/Aktivieren und Fördern positiver Ich-Zustände sich wirklich von verhaltenstherapeutischen Ansätzen unterscheidet, die ja ebenfalls die Verstärkung positiven Verhaltens betonen. Frederick & Sheltren (2000) haben festgestellt, dass es sich doch unterscheidet, denn gangbare und aktive therapeutische Bündnisse und therapeutische Beziehungen werden mit den positiven hilfreichen Ich-Zuständen eingegangen und häufig erfolgt die Schaffung/Aktivierung positiver, hilfreicher Ich-Zustände schneller, als man das im allgemeinen bei kognitiver Verhaltenstherapie beobachtet. Man muss indessen die Tatsache im Auge behalten, dass Therapeuten viele Fälle sehen, bei denen unmittelbare Arbeit mit den traumatisierten und leidenden Ich-Zuständen eher angebracht ist. Indessen sollte dieses Vorgehen bei vielen Kindern und Jugendlichen einfach deshalb erwogen werden, weil „es natürlich und elementar ist, wegführt von regressiven Neigungen und stark zu selbst geschaffenen inneren Lösungen auf eher unbewusster Ebene tendiert“ (Frederick & Sheltren, 2000, S. 23).

Literatur

- Accaria, P. L. (2002, January). The use of muscle testing as an ideomotor signal: Bypassing dissociation to access and "communicate" with covert ego states. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Indianapolis, IN.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore, MD: John's Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, R., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Alexander, F. (1930). The psychoanalysis of the total personality. *Nervous and Mental Disease Monographs*, 32.
- Allport, G. D. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Amundson, J. K., Aladin, A., & Gill, E. (2003). Efficacy vs. effectiveness research in psychotherapy: Implications for clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 11–31.
- Assagioli, R. (1965). *Psychosynthesis: A manual of principles and techniques*. New York: Penguin Books.
- Atwood, G., & Stolerow, R. (1989). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Baker, E. L. (1981). An hypnotherapeutic approach to enhance object relatedness in psychotic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 136–147.

- Baker, E. L. (1985). Ego psychology and hypnosis: Contemporary theory and practice. In *Psychotherapy in private practice* (Vol. 3, pp. 115–122). New York: Haworth Press.
- Baker, E. L. (1994, March 16). The therapist as transitional object in intensive hypnotherapy. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Philadelphia, Pennsylvania.
- Baker, E. L. (2002). Reflections on the hypnotic relationship: Projective identification, containment, and attunement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(1), 56–69.
- Barabasz, A. (2000). EEG markers of alert hypnosis: The induction makes a difference. *Sleep and Hypnosis*, 4, 164–169.
- Barabasz, A., & Barabasz, M. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder: Neurological basis and treatment alternatives. *Journal of Neurotherapy*, 1, 1–10.
- Barabasz, A., & Barabasz, M. (1996). Neurotherapy and alert hypnosis in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. In S. Lynn, I. Kirsch, & J. Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis* (pp. 272–292). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barabasz, A., Barabasz, M., Jensen, S., Calvin, S., Trevisan, M., & Warner, D. (1999). Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(1), 5–22.
- Barabasz, A. F., & Watkins, J. G. (2005). *Hypnotherapeutic Techniques 2E*. New York: Brunner–Routledge/Taylor & Francis.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027–32.
- Beahrs, J. O. (1982). *Unity and Multiplicity*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. G., & Emery, G. (1989). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Beutler, J., Williams, R., & Entwistle, S. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984–994.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 17, 170–189.
- Binet, A. (1977a). On double consciousness. Washington: University Publications of America. (Original work published 1890).
- Binet, A. (1977b). Alterations of personality. Washington: University Publications of America. (Original work published 1896).
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–315.
- Blizzard, R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 37–58.
- Boldrini, C. L., Placidi, G. P. A., & Marazziti, D. (1998). Application of chaos theories to psychiatry: A review and future perspectives. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 3, 22–29.
- Borkhardt, J. J., & Nash, M. R. (2002). How practitioners (and others) can make scientifically viable contributions to clinical-outcome research using the single-case time-series design. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(2), 114–148.
- Bornstein, B. (1948). Emotional barriers in the understanding and treatment of young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 691–697.
- Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. In Don D. Jackson (Ed.), *The Etiology of Schizophrenia* (pp. 346–372). New York: Basic Books.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jacob Aronson.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications. 418
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. 3)*. London: Tavistock Publications.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Breuer, J., & Freud, S. (1883–1885/1961). *Studies on hysteria*. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 2, pp. ix–xxxi & 1–181)*. London: Hogarth Press (Original work published 1913).
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, D. P., Schefflin, A. W., & Hammond, D. C. (1997). *Memory, trauma, treatment, and the law*. New York: W. W. Norton.
- Buber, M. (1976). *I and thou*. New York: Scribner.
- Butler, S. F., Flasher, L., & Strupp, H. H. (1993). *Countertransference and the qualities of the therapist*. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 342–360)*. New York: Basic Books.
- Cassidy, J. (1999). *The nature of the child's ties*. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 3–20)*. New York: Guilford Press.
- Cavanaugh, J. C. (1991). *Confessions of a non-conformist*. In J. D. Sinnott, & J. C. Cavanaugh (Eds.), *Bridging paradigms: Positive developments in adulthood and cognitive aging*. New York: Praeger.
- Chamberlain, L. (1995). *Strange attractors in patterns of family interaction*. In R. Robertson, & A. Combs (Eds.), *Chaos theory in psychology and the life sciences (pp. 267–273)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). *Defining empirically supported therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Comstock, C. (1991). *The inner self-helper and concepts of inner guidance: Historical antecedents, its role within dissociation, and clinical utilization*. *Dissociation*, 4, 165–177.
- Comstock, C., & Vickery, D. (1993). *The therapist as victim: A preliminary discussion*. *Dissociation*, V, 155–158.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: W. W. Norton.
- Csikszentmihaly, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Curtis, J. (1996, November). *Table talk: Metaphors for internal healing of ego states*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for the Study of Dissociation, San Francisco, CA.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1997). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York: Basic Books.
- De Quincy, C. (1998). *Intersubjectivity: Exploring consciousness from the second-person perspective*. [Revised Version IIIb]. Unpublished manuscript.
- Diamond, M. J. (1983, August). *Reflections on the interactive nature of the hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis*. Presented at the 91st Annual Convention of the American Psychological Association, Anaheim, CA.
- Diamond, M. J. (1984). *It takes two to tango: Some thoughts on the neglected importance of the hypnotist in an interactive hypnotherapeutic relationship*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 3–13.

- Diamond, M. J. (1986). Hypnotically augmented psychotherapy: The unique contributions of the hypnotically trained clinician. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 238–247.
- Diamond, M. J. (1987). The interactional basis of the hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 95–115.
- Diamond, J. (1979). *Behavioral kinesiology*. New York: Harper and Row.
- Dickens, C. J. (1850–1952). *David Copperfield*. London and Glasgow: Collins.
- Diener, M. B., & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256–265.
- Dobson, K. S. (2002). A national imperative: Public funding for psychological services. *Canadian Psychology*, 43(2), 65–75.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious*. New York: Basic Books, Inc.
- Elmer, E. (1977). A follow-up study of traumatized children. *Pediatrics*, 59, 273–279.
- Emmerson, G. (2003). *Ego state therapy*. Carmethen, Wales: Crown House.
- Emmerson, G., & Farmer, K. (1996). Ego state therapy and menstrual migraine. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 17, 7–14.
- Erickson, M. H. unpublished manuscript, circa (1940's/1980). The clinical discovery of a dual personality. In E.L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. III, pp. 261–270). New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Kubie, L. S (1939/1980). The permanent relief of obsessional phobia by means of communications with an unsuspected dual personality. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected Papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (Vol. III, pp. 231–260). New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1976). Two level communication and the microdynamics of trance and suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 153–171.
- Federn, P. (1928). Narcissism in the structure of the ego. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 401–419.
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, NY: The Psychoanalytic Quarterly, Inc.
- Ferenczi, S. (1950/1916–1917). Silence is golden. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press (Original work published 1916–1917).
- Ferenczi, S. (1950/1916–1917). On the technique of psychoanalysis. In *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis* (pp. 177–198). London: Hogarth Press (Original work published 1916-17).
- Figley, C. R. (Ed.). (2000). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner/Routledge.
- Fine, C. G. (1990). The cognitive sequelae of incest. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 161–182). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fink, D. (1993). Observations on the role of transitional objects and transitional phenomena in patients with multiple personality disorder. In R. P. Kluft, & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 241–251). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fish-Murray, C. C., Koby, E. V., & van der Kolk, B. A. (1987). Evolving ideas: The effect of abuse on children's thought. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 89–110). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fliess, R. (1953). Countertransference and counteridentification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 268–284.
- Fonagy, P., & Moran, G. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for cli-*

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- nical practice (pp. 62–94). New York: Basic Books.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228–236. 420 CLAIRE FREDERICK
- Frasier, G. (1991). The dissociative table technique: A strategy of working with ego states in dissociative disorders and ego state therapy. *Dissociation*, IV, 205–213.
- Frasier, G. A. (1993). Special treatment techniques to access the inner personality system of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 193–198.
- Frederick, C. (1990, March 27). The rapid treatment of obsessive compulsive disorder with ego state therapy: A case study. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Orlando, Florida.
- Frederick, C. (1993a). Pools and wellings: The Resolution of refractory intermittent depression with ego state therapy. *Hypnos*, 221–228.
- Frederick, C. (1993b, March 30). Who's afraid of the big bad wolf: Ego State therapy for panic disorder with and without agoraphobia. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, New Orleans, LA.
- Frederick, C. Informed consent for hypnosis. Unpublished document.
- Frederick, C. (1994). Silent partners: The hypnotherapeutic relationship with nonverbal ego states. *Hypnos*, XXI, 141–149.
- Frederick, C. (1996a). Functionaries, Janissaries, and Daemons: A Differential Approach to the Management of Malevolent Ego States. *Hypnos*, XXIII, 37–47.
- Frederick, C. (1996b, March). With a little help from our friends: Ego states as resources for ego-strengthening. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Orlando, FL.
- Frederick, C. (1997a). Resolving overwhelming positive transferences in the hypnotherapeutic relationship with post-traumatic patients. *Hypnos*, XXIV(2), 82–93.
- Frederick, C. (1998). The hypnotherapeutic relationship with the terminally ill patient. *Hypnos*, XXV, 145–152.
- Frederick, C. (1999a, April). Who is the dreamer? The countertransference trance in ego state therapy. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Philadelphia, PA.
- Frederick, C. (1999b). The intelligent fellow who points: Ego state therapy for the treatment of chronic pain. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Philadelphia, PA.
- Frederick, C. (2001, February). Starting the race: Staying the course: Creating and maintaining therapeutic alliances with ego states. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Baltimore, MD.
- Frederick, C. (2002). Liberating sisyphus: Hypnotically facilitated therapy for obsessivecompulsive disorder. *Hypnos*, XXIX(3), 99–105.
- Frederick, C. (2003a, March 22). You are always in my heart: Grief as a resource. Paper presented at the First World Congress of Ego State Therapy, Bad Orb, Germany.
- Frederick, C. (2003b). Editorial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 1–2.
- Frederick, C. (2004). The chambered nautilus: When growth patterns in hidden ego states interact with transference/countertransference fields. *Hypnos*, XXXI(2), 75–82.
- Frederick, C., & Johnston, R. (2002, March 24). A matter of substance: Ego state therapy for the morbidly obese. Paper delivered at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Indianapolis, IN.
- Frederick, C., & Kim, S. (1993). Heidi and the little girl: The creation of helpful ego states for the management of performance anxiety. *Hypnos*, XX, 49–58.

- Frederick, C., & McNeal, S. (1993). From strength to strength: Inner Strength with immature ego states. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 250–256.
- Frederick, C., & McNeal, S. (1999). *Inner strengths: Contemporary psychotherapy and hypnosis for ego-strengthening*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frederick, C., & Phillips, M. (1996). Decoding mystifying signals: Translating symbolic communications of elusive Ego States. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 87–96.
- Frederick, C., & Sheltren, C. (2000). Fostering, creating, and modifying positive, non-dissociated ego states in children and adolescents. Unpublished manuscript. EGO STATE THERAPY 421
- Frederick, C., Sheltren, C., & Toothman, D. (2000, April). Best foot forward: Fostering and creating strong, helpful non-dissociated ego states in children and adolescents. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Reno, NV.
- Freud, S. (1961a). The dynamics of the transference. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97–208). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).
- Freud, S. (1961b). “Wild” psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 211–215). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).
- Freud, S. (1964). Analysis: Terminable and interminable. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 209–253). London: Hogarth Press. (Original work published 1937).
- Freud, S. (1964b). The future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Strachey (Ed. & Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 139–151). London: Hogarth Press. (Original work published 1910).
- Frishholz, E. J. (2001). Different perspectives on informed consent and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3/4), 323–328.
- Fromm, E., & Nash, (Eds.). (1992). *Contemporary Hypnosis Research*. New York: Guilford Press.
- Fromm-Reichman, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gabbard, G. O. (2000). An empirical evidence and psychotherapy: A growing scientific base. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1–3.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Gainer, M. J. (1993). Somatization of dissociated traumatic memories in a case of reflex sympathetic dystrophy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 124–131.
- Gainer, M. J. (1997, June 27). Ego state therapy for pain control. Paper presented at the XIV International Congress of Hypnosis, San Diego, CA.
- Garb, H. (1998). *Studying clinician judgment research and psychological assessment*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gazzaniga, M. S. (1995, March 7). Consciousness is an instinct. Plenary Address presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, San Diego, CA.
- Gilligan, S. G. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel [dt.: *Therapeutische Trance: Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl Auer, 1991].
- Ginandes, C. (2002). Extended, strategic therapy for recalcitrant mind-body healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 91–102.
- Ginandes, C. (2004, November). Six players on the inner stage in ego state therapy with the medically ill. Paper presented at the annual meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Santa Fe.
- Goldstein, E. G. (1990). *Borderline disorders*. New York: Guilford Press.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- Greenacre, P. (1971). The fetish and the transitional object, the transitional object and the fetish: With special reference to the role of illusion. *Emotional Growth*, 1, 1315–334.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis (Vol. I)*. New York: International Universities Press.
- Gregory, J. (1996). Revivifying archetypal self-object functioning in hypnotic trance: An integrative approach for early intervention in a brief therapy mode. Doctoral Dissertation. Pacifica Institute of Graduate Studies.
- Hamilton, E., & Cairns, H. (Eds.). (1966). Plato: The collected dialogues including the letters. In *Bollingen Series LXXI*. New York: Pantheon Books.
- Hammond, D., & Corydon, (Eds.). (1990). The computer room. In *Handbook of therapeutic suggestions and Metaphors* (pp. 345–346). New York: W.W. Norton. 422 CLAIRE FREDERICK
- Harley, (1971). The current status of transference neurosis in children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 26–40.
- Harlow, H. F. (1960). Primary affectional patterns in primates. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30.
- Harnum, A. (2003, March). How hypnotizability influences the course and outcome of Ego State therapy. Paper presented at the 1st World Congress of Ego State Therapy, Bad Orb, Germany.
- Harriman, P. L. (1942a). The experimental induction of a multiple personality. *Psychiatry*, 5, 179–186.
- Harriman, P. L. (1942b). The experimental production of some phenomena related to multiple personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 37, 244–255.
- Harter, S. (1988). Developmental processes in the construction of the self. In T. D. Yawkey, & J. R. Johnson (Eds.), *Integrative processes and socialization* (pp. 45–78). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H. A., & Whitsell, N. R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9, 835–854.
- Hartman, H. (1961). *Ego psychology and the problems of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Hartman, H. (1965). *Essays on ego psychology*. New York: International Universities Press.
- Hartman, W. (1995a). *Ego state therapy with sexually traumatised children*. Pretoria: Kagiso Publishers.
- Hartman, W. (1995b). *Ego state therapy with sexually traumatised children*. In G. D. Burrows, & R. Stanley (Eds.), *Contemporary International Hypnosis, Proceedings of the 13th International Congress of Hypnosis Melbourne, Australia, August 6–12, 1994*, pp. 149–158). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hartman, W. (1998). Advanced techniques of ericksonian utilization: The use of symptom words, figures of speech and sequences in guiding ego states' Associations. *Hypnos*, XXIV, 206–212.
- Heiman, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Hilgard, E. R. (1984). The hidden observer and multiple personality. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, XXXII, 248–253.
- [Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 3-20.]
- Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current modes and perspectives* (pp. 83–104). New York: Guilford Press.
- Hillman, J. (1976). *Revisioning psychology*. New York: Harper & Row.
- Horowitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

- Horowitz, M. J. (1973). Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 506–515.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response systems*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind*, 2nd Ed. New York: Plenum Press.
- Hovarth, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. E. Miiler, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 247–273). New York: Basic Books.
- Hovarth, A., & Greenberg, L. (Eds.). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, 31, 79–90.
- James, W. (1883). *The principles of psychology*. Cambridge: Harvard University Press. (Original work published 1890).
- Janet, P. (1889). *L'autisme psychologique [Psychological sutomatism]*. Paris: Feliz Alcan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Macmillan.
- Janet, P. (1919/1976). *Psychological healing: A historical and clinical study*, 2 vols, E. Paul, & C. Paul, (Trans.), New York: Arne.
- Jaspers, J. P. (1988). Cognitive-behavioral therapy for paruresis: a case report. *Psychological Reports*, 83(1), 187–96.
- Johnston, R. (2003, April). Wordless directives: Identification and treatment of nonverbal ego states. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Alexandria, VA.
- Jung, C. G. (1969). A review of the complex theory. In *Collected Works: The structure and dynamics of the psyche* (Vol. 8). Princeton: Princeton University Press.
- Kampman, R. (1976). Hypnotically induced multiple personality: An experimental study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 215–227.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38–56.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, XVIII,, 286–306.
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. In K. S. Bowers, & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149–211). New York: John Wiley.
- Kluft, R. P. (2001). Reply to Lynn: The trojan horse is alive and well. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3,4), 297–302.
- Kluft, R. P., & Mulcahy, P. (1985). Development of multiple personality disorder: Predisposing, recipitating, and perpetuating factors. In R.P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality disorder* (pp. 37–64). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978). Introspection, empathy, and psychoanalysis. In P. Ornstein (Ed.), *The search for the self* (Vol. 1, pp. 205–232). Madison, CT: International Universities Press. (Original work published 1959).
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?*. Chicago: Chicago Universities Press.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16–21.
- Konzag, T. A., Baandemer-Greulich, U., Bahrke, U., & Fikentscher, E. (2004). Psychotherapeutic relationship and outcome in psychotherapy of personality disorders. *Zeitschrift für Psychosomatische*

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- Medizin und Psychotherapies, [Journal of psychosomatic Medicine And Psychotherapy], 50(4), 394–405.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of the scientific revolution*, 2nd Ed enlarged. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lankton, S., & Lankton, C. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Leavitt, H. D. (1947). A case of hypnotically produced secondary and tertiary personalities. *Psychoanalytic Review*, 34, 274–295.
- Linden, J. (2003). Playful metaphors. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 245–250.
- Lorentzen, S., Sexton, H. C., & Høglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 33–40.
- Luborsky, L. (1990 June). Therapeutic alliance measures as predictors of future benefits of psychotherapy Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, VA.
- Luborsky, L., McLelen, A., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, M. (1997). The psychotherapists matters: Comparisons of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Research and Practice*, 4, 53–56.
- Lynn, S. J. (2001a). Hypnosis, the hidden observer, and they not to-so-hidden consent. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3/4), 291–292.
- Lynn, S. J. (2001b). Informed consent and uninformed clinical practice: Dissociation, hypnosis and false memories. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3/4), 311–321.
- Lynn, S. J., Marc, C., Kvaal, S., Segal, D., & Sivec, H. (1994). The hidden observer, hypnotic trance, and age regression: Clinical implications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 130–142.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation (Vol. I)*. New York: Norton.
- Malcolm, N. (1996). Fear of flying—The use of ego state therapy—Two case studies. *Hypnos*, XXIII, 202–205.
- Markowitz, J., & Street, L. (1999). NIMH propels psychotherapy research on a new courts. *Psychiatric News* Oct. 15, 1999, pp. 20.
- Marmer, S. S. (1996). An outline for psychoanalytical treatment. In J. L. Spira (Ed.), *Treating dissociative identity disorder* (pp. 183–218). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maroda, K. J. (1994). *The power of countertransference*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor. Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McNeal, S. (2003a). A character in search of character: Narcissistic personality disorder and ego state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 233–244.
- McNeal, S. (2003b, April). From the passive to the active voice: Ego state therapy for characterological passivity. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Alexandria, VA.
- McNeal, S. (2004, March). Ego state therapy and healthy narcissism. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Anaheim, CA.
- McNeal, S., & Frederick, C. (1993). Inner strength and other techniques for ego-strengthening. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 170–178.
- McNeal, S., & Frederick, C. (1995, March). Good fences make good neighbors: Boundary formation in ego states as precursors to integration. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, San Diego, CA.

- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. New Haven: Yale University Press.
- Miller, M. C. (2004). Questions & answers. How important is the therapeutic alliance for the outcome of psychotherapy, and how should it affect a patient's choice of therapist. *Harvard Mental Health Letter*, Sep, 21(3), 7.
- Miller, N. E., Luborsky, L., J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.). (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama: First volume*. Ambler, PA: Beacon House.
- Morton, P. A. (2001). Ego state therapy in female reproductive issues. *Hypnos*, XXVII(3), 124–131.
- Morton, P. A. (2003c). The hypnotic belay in alpine mountaineering: The use of selfhypnosis for the resolution of sports injuries and for performance enhancement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 45–72.
- Morton, P., & Frederick, C. (1997). Intrapsychic transitional space: A resource for integration in hypnotherapy. *Hypnos*, XXIV, 32–41.
- Morton, P., & Frederick, C. (1999). Re-alerting in the middle of a tightrope: Promoting conscious/unconscious complementarity during the integration. *Hypnos*, XXVI, 5–13.
- Murray-Jobsis, J. (1990a). Renurturing: Forming positive sense of identity and bonding. In D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (pp. 326–328). New York: W.W. Norton.
- Murray-Jobsis, J. (1990b). Suggestions for creative self-mothering. In D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (pp. 328). New York: W.W. Norton.
- Nafisi, A. (2004). *Reading Lolita in Terhan*. Random House Trade Paperback Edition. New York: Random House.
- Newey, A. B. (1986). Ego state therapy with depression. In B. Zilbergeld, M. G. Edelstein, & D. L. Aroz (Eds.), *Hypnosis: Questions and answers*. New York: W.W. Norton.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- O'Donohue, J. (1997). *Anam csrs: A nook of celtic wisdom*. New York: HarperCollins.
- Ogden, T. (1994). The analytic third-working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3–20.
- Ogden, T. (1997). *Sensing something human*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ogden, T. H. (2004). The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 167–95.
- Orenstein, P. (1988). Multiple curative factors and processes in the psychoanalytic psychotherapies. In A. Rothschild (Ed.), *How does treatment help?*, (Workshop series of the American Psychoanalytic Association, Monograph 4, pp. 105–126). Madison, CT: International Universities Press.
- Orlinsky, D. E., & Geller, J. D. (1993). Patients' representations of their therapists and therapy: New measures. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Baerber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 423–466). New York: Basic Books.
- Ornstein, R. (1987). *Multimind: A new way to look at human behavior*. New York: Houghton Mifflin.
- Oster, M. I. (2003). Efficacy or effectiveness: Which comes first, the cure or the treatment? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 10.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton.
- Perls, F. S. (1973). *The Gestalt Approach*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Peterson, P. (1991). Connection and disconnection of research and practice in the evaluation of psychologists. *American Psychologist*, 40, 441–451.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- Phillips, M. (1993a). The use of Ego State therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 241–249.
- Phillips, M. (1993b). Our bodies, ourselves: Treating the somatic manifestations of trauma with Ego State therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 109–121.
- Phillips, M. (1994, March 15). Developing a positive “countertransference trance” in treating post-traumatic patients. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Philadelphia, PA.
- Phillips, M., & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and ericksonian hypnotherapy for dissociative and post-traumatic conditions*. New York: W.W. Norton [dt.: *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Car-Auer, 2007].
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press. (Original work published 1936).
- Prince, M. (1905/1978). *The dissociation of a personality*. New York: Oxford University Press (Original work published 1905).
- Putnam, F. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Paans, A. M., Korf, J., Willemsen, A. T., & den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20(4), 2119–2125.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., & Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 182, 159–171.
- Rainville, P., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C., Duncan, G. H., & Price, D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of cognitive neuroscience*, 14, 887–901.
- Rainville, P., Hofbauer, R. K., Paus, T., Duncan, G. H., Bushnell, M. C., & Price, D. (1999). Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110–125.
- Ross, C. J. (1989). *Multiple personality disorder*. New York: John Wiley & Sons.
- Rossman, M. L. (1987). *Healing yourself: A step-by-step program for better health through imagery*. New York: Walker and Company.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154–165.
- Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy*, 3rd Ed. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment: A Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1, 323–330.
- Saxe, G. N., Vasile, R. G., Hill, T. C., Bloomingdale, E. K., & Van der Kolk, B. A. (1992). SPECT imaging and multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(10), 662–663.
- Scagnelli, J. (1976). Hypnotherapy with schizophrenic and borderline patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 33–38.
- Scagnelli-Jobsis, J. (1982). Hypnosis with psychotic patients: A review of the literature and presentation of a theoretical framework. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 33–45.
- Schore, A. N. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187–250.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (1997). A century after Freud’s project for a scientific psychology: A rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 84–867 and *Contemporary Thought*, 14, 187–250.

- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23–47.
- Schowalter, J. (1976). Therapeutic alliance and the role of speech in child analysis. In R. Eissler, A. Freud, M. Kris, & A. J. Solnit (Eds.), *The psychoanalytic study of the child*, 312, (pp. 415–436). New Haven: Yale University Press.
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- Schwartz, R. C. (2002). *Tools for transforming trauma*. New York: Brunner-Routledge.
- Schwartz, R. C. (1995). Personal communication.
- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and related subjects*. New York: International Universities Press.
- Seruda, B. (1997). *Empathic brief psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Siegel, D. J. (1996). Cognition, memory, and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 509–536.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: The Guilford Press.
- Sowada, J. (2003 April). Ego state therapy with sexually compulsive persons. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Alexandria, VA.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic.”. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 489–497.
- [Spanos, N. P., Flynn, D. M., & Gwynn, M. I. (1989). Kontext-Anforderungen, negative Halluzinationen und die Geheime-Beobachter-Reaktion: Drei Geheime Beobachter beobachtet. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 33-40.]
- Spanos, N. P., Weekes, J. R., Meanry, E., & Bertrand, L. D. (1986). Hypnotic interview and age regression procedures in elicitation of multiple personality symptoms: A simulation study. *Psychiatry*, 49, 298–331.
- Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Spiegel, D. (2000). Negative and positive visual hypnotic hallucinations: Attending inside and out. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 130–146.
- Spitz, R. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. New York: International Universities Press.
- Steckler, J. (1989, October). A workshop with John and Helen Watkins. *Trauma and Recovery*, 25–26.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex post-traumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79–116.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D), Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117–126.
- Sterba, R. F. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363–379. Original work published in 1929.
- Stolerow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stolerow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1983). Intersubjectivity in psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47, 117–128.
- Stone, M. H. (1997). *Healing the mind: A history of psychiatry from antiquity to the present*. New York: W. W. Norton.
- Stone, H., & Winkelman, S. (1985). *Embracing ourselves*. Marina del Rey, CA: Devross.

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

- Talley, P. F., Strupp, H. H., & Butler, S. F. (Eds.). (1994). *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap*. New York: Basic Books.
- Teicholz, J. G. (1999). Kohut, Loewald, and the postmoderns: A comparative study of self and relationship. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Tillman, J. G., Nash, M. R., & Lerner, P. M. (1994). Does trauma cause dissociative pathology?. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford.
- Torem, M. (1987a). Ego state therapy for eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 94–103.
- Torem, M. (1987b). Hypnosis in the treatment of depression. In W. C. Wester (Ed.), *Clinical hypnosis: A case management approach* (pp. 288–301). Cincinnati, OH: Behavioral Science Center.
- Torem, M. S., & Gainer, M. J. (1995). The center core: Imagery for experiencing the unifying self. *Hypnos*, XXII, 125–131.
- Toro, P. A. (1982). Developmental effects of child abuse: A review. *Child Abuse and Neglect*, 6, 423–431.
- Tsai, G. E., Condie, D., Wu, M. T., & Chang, I. W. (1999). Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(2), 119–22.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Turco, R. N. (1990). Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(4), 263–271.
- [Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 11(2), 33-67.]
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 184–213). New York: Guilford Press.
- Waites, E. A. (1997). *Memory quest: Trauma and the search for personal history*. New York: W.W. Norton.
- Wampole, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate—Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wark, D. M. (1996 March). Alert hypnosis in education and treatment. Paper presented the Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Orlando, FL.
- Watkins, H. H. (1990). Suggestions for raising self-esteem. In D.C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (pp. 127–130). New York: W.W. Norton.
- Watkins, J. G. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York: Ronald Press.
- Watkins, J. G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, XIX, 21–27.
- Watkins, J. G. (1978a). *The therapeutic self*. New York: Human Sciences Press.
- Watkins, J. G. (1978b). Ego States and the problem of responsibility: A psychological analysis of Patricia W. *Journal of Psychiatry and Law*, 519–535.
- Watkins, J. G. (1992). *The practice of clinical hypnosis, Volume II: Hypnoanalytic techniques*. New York: Irvington.
- [Watkins, J. G. (1992a). Psychoanalyse, Hypnoanalyse, Ego State-Therapie: Auf der Suche nach einer effektiven Therapie. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 85-97.]
- Watkins, J. G. (2003). Foreword. In G. Emmerson (Ed.), *Ego state therapy* (pp. v–viii). Carmethen, Wales: Crown House.
- Watkins, J. G.; Watkins, H. H. (1976). Hypnoanalytic Ego State therapy. *American Academy of Psychotherapists Tape Library, Audio tape no. 97*. Orlando, FL.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979). The theory and practice of Ego State therapy. In H. Grayson (Ed.),

- Short term approaches to psychotherapy (pp. 176–220). New York: Wiley.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979–1980). Ego states and hidden observers. *Journal of Altered States of Consciousness*, 5, 3–18.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1981). Ego State therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 252–270). New York: Wiley.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1982). Ego State therapy. In L. E. Abt, & I. R. Stuart (Eds.), *The newer therapies: A source book* (pp. 136–155). New York: Van Nostrand Rheinhold.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1984). Hazards to the therapist in the treatment of multiple personality disorders. In Braun, B. G. (Ed.), *Symposium on Multiple Personality, The Psychiatric Clinics of North America*, 7, 111–119.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1988). The management of malevolent ego states in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 67–71.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1990). Dissociation and displacement: Where goes the ouch?. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 1–10.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1991). Hypnosis and Ego State therapy. In P.A. Keller, & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice* (Vol. 10, pp. 23–37). Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). Ego states: Theory and therapy. New York: W.W. Norton; dt.: Ego States. Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2003 [dt.: Ego States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Heidelberg: Carl Auer, 2003].
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (2000). The psychodynamics and initiation of successful abreactive experiences. *Hypnos*, XXVII(2), 60–67.
- Weiss, E. (1960a). Introduction. In P. Federn (Ed.), *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Weiss, E. (1966). Paul Federn: The theory of the psychosis. In F. Alexander, S. Eisenstein, & M. Grotjahn (Eds.), *Psychoanalytic Pioneers* (pp. 142–168). New York: Basic Books.
- Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (“sonambules”): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Concepts, results, and applications* (Vol. 2, pp. 133–152). New York: Plenum Press.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 137–143.
- Winnicott. (1960/1965). The theory of the parent-infant relationship. In *Maturational processes and the facilitating environment* (pp. 37–55). New York: International Universities Press.
- Wolf, E. S. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology*. New York: The Guilford Press.
- Woody, E. Z., & McConkey, K. M. (2003). What we don’t know about the brain and hypnosis but need to: The view from Buckhorn Inn. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(3), 309–338.
- Zelikovsky, N., & Lynn, S. J. (1995). The aftereffects and assessment of physical and psychological abuse. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation* (pp. 190–214). New York: The Guilford Press.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.

Claire Frederick, M. D.
 2424 Dwight Way, Suite 5
 Berkeley, California 94705, USA
 montamat1@sbcglobal.net

Ausgewählte Themen der Ego State Therapie

1) Das englische Original der vorstehenden Monographie von Claire Frederick, „Selected topics in Ego State Therapy“, erschien im *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(4), 339-429, 2005.

Übersetzung ins Deutsche von Alida Jost-Peter.

Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des IJCEH-Herausgebers Arreed Franz Barabasz.

Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie

- IMPRESSUM**
- Verantwortlicher Herausgeber:** Burkhard Peter, MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München
Burkhard-Peter@t-online.de
- Wissenschaftliche Herausgeber:** Walter Bongartz, Christoph Kraiker, Ulrike Halsband, Wolfgang Miltner,
Dirk Revenstorf, O. Berndt Scholz, Henriette Walter
- Gesellschaftsvertretende Herausgeber:** Bernd Borckmann, Günter R. Clausen, Paul Janouch,
Albrecht Schmierer, Charlotte Wirl
- Gründungsherausgeber:** Walter Bongartz (ExKli) sowie Burkhard Peter und Christoph Kraiker (HyKog)
- Mitarbeiter:** Claude Béguelin, Eric Bonvin, Peter B. Bloom, Herbert Broelmann, Willi Butollo, Claus Derra, Ralf Dohrenbusch, Peter Dünninger, Hansjörg Ebell, Werner Eberwein, Stephan Eitner, Peter Fiedler, Wolfgang Freesmeyer, Elsbeth Freudenfeld, Ulrich Freund, Wilhelm Gerl, Vladimir Gheorghiu, Winfried Häuser, Peter Hain, Karl-Ludwig Holtz, Michael Hübner, Brigitte Konradt, Hans-Christian Kossak, Wolf-Rainer Krause, Peter Kruse, Anne Lang, Liz Lorenz-Wallacher, Marianne Martin, Mats Mehrstedt, Ortwin Meiss, Karin Münzel, Manfred Prior, Volker Reindl, Gunther Schmidt, Heinz Schott, Hanne Seemann, Friedhelm Stetter, Bernhard Trenkle, Reinhard Weber, Per-Olof Wikström, Jeffrey K. Zeig, Christian Ziegler, Manfred Zimmermann, J. Philipp Zindel
- Verlag und Redaktion:** MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München
- Schriftleitung/Anzeigen:** Alida Jost-Peter, MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München
- Vertrieb/Abonnement:** Timo Stadelmann, MEG-Stiftung, Hauptstr. 39, 96352 Wilhelmsthal/Hesselbach
- Druck:** Appel & Klinger Druck und Medien GmbH, Mittelstr. 9, 96317 Kronach

Die Abstracts können über das Internet abgerufen werden. Vor dem Einreichen von Artikeln zur Veröffentlichung in *Hypnose* lesen Sie bitte dort auch die Hinweise für Autoren:

www.MEG-Stiftung.de

Mit der Veröffentlichung in *Hypnose* gehen alle Rechte an die MEG-Stiftung, München.

© Copyright: MEG-Stiftung, München

ISSN 1862-4731

ABONNEMENT-VERWALTUNG

MEG-Stiftung, Hauptstr. 39, 96352 Wilhelmsthal/Hesselbach
Tel.: 09260/96478-0 (Mo 18-19 Uhr) FAX: 09260/96478-1