Grenzerfahrungen, Grenzübergänge, überwundene Grenzen

Mit Ego-State-Therapie von der Dissoziation zur Integration

Kai Fritzsche

1. Annäherung an äußere und innere Grenzen

Die Aufmerksamkeit für Grenzen im gesellschaftlichen und politischen Rahmen kann das Verständnis von inneren Prozessen verbessern und somit die psychotherapeutische Behandlung innerer Grenzen fördern. In diesem Beitrag wird das geteilte Deutschland, insbesondere die innerdeutsche Grenze als Metapher für die Thematisierung innerer Grenzen und deren Überwindung herangezogen. Im Mittelpunkt stehen Menschen mit dissoziativen Störungen. Die Berliner Mauer, die das Leben des Autors prägte, spielt hier eine besondere Rolle. Der vorliegende Artikel stellt jedoch keine Auseinandersetzung mit der jüngeren deutschen Geschichte dar. Das Anliegen besteht darin, ein besseres Verständnis für Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen zu erlangen und den Leserinnen und Lesern eine Orientierung in einem komplexen Behandlungsfeld zu geben. Die Ego-State-Therapie nach Helen und John Watkins (1997) dient als eine Orientierungshilfe, ähnlich einem Navigationssystem, welches es ermöglichen soll, sich in einer unübersichtlichen Landschaft zurechtzufinden. In Anbetracht der drängenden globalen Aktualität von Grenzziehungen mag die Berliner Mauer fast historisch anmuten, eine Erinnerung an eine längst vergangene Zeit. Die Konkurrenz gesellschaftlicher und politischer Grenzen und Grenzziehungen, die sich als Metapher für das vorliegende Thema eignen würden, ist groß. Anlässe auf der äußeren Bühne gäbe es im Überfluss. Der Fokus soll jedoch auf der inneren Welt der Patientinnen und Patienten, den Besonderheiten von dissoziativen Phänomenen und den Implikationen für die Behandlung liegen.

Im Bemühen um einen Zugang zu inneren Prozessen, in diesem Fall dissoziativen Phänomenen, helfen Vergleiche. Sie helfen uns als Psychotherapeutinnen und Psycho-

Hypnose-ZHH **2018, 13 (2), 119-139**

Kai Fritzsche
Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie

Grenzerfahrungen, Grenzübergänge, überwundene Grenzen. Mit Ego-State-Therapie von der Dissoziation zur Integration.

Das Ziel der von Helen und John Watkins konzipierten Ego-State-Therapie besteht darin, Grenzen zu überwinden. In der Psychotherapie der komplexen Traumafolgestörungen machen wir zwangsläufig Grenzerfahrungen. Wir sind mit Grenzen konfrontiert. Wir stoßen nicht nur auf dissoziative Grenzen. Wir suchen Grenzübergänge. Wir bemühen uns um Verständigung, arbeiten an Durchlässigkeit, Kooperation und Koexistenz. Der Weg verläuft über Begegnungen. Begegnungen sind das Heilmittel der Ego-State-Therapie. Es geht um die Begegnung mit der inneren Person, also mit den inneren Anteilen eines Menschen. Es geht um die Begegnung mit dem Fremden, mit dem, das uns herausfordert, mit dem, das wir vermeiden, mit dem, zu dem wir den Kontakt verloren haben, mit dem, das uns Angst macht oder uns hilflos fühlen lässt. In der Ego-State-Therapie geht es ebenfalls um die Begegnung mit therapeutischen Ansätzen und die Überwindung von konzeptionellen Grenzen. Wir arbeiten mehrsprachig und sind permanent zusätzlich als Übersetzerinnen und Übersetzer tätig. Für dieses Spannungsfeld aus Integration und Integrität lassen sich eine Reihe gesellschaftlicher und politischer Beispiele der jüngeren deutschen Geschichte heranziehen, die in diesem Beitrag zur Veranschaulichung genutzt werden.

Schlüsselwörter: Dissoziative Störungen, Dissoziation, komplexe Traumafolgestörungen, PTBS, Ego-State-Therapie, innere Grenzen

Borderline experiences, border crossings, resolved boundaries. From dissociation to integration by way of Ego-state therapy.

The aim of Ego-state therapy, as developed by Helen and John Watkins is, to overcome boundaries. In psychotherapeutic treatment of complex trauma-related disorders, borderline experiences are inevitable. We are confronted with limits. However, we do not merely encounter dissociative boundaries. Rather, we are actively searching for border crossings. We strive toward understanding, work on permeability, co-operation and coexistence. Encounters lead the way to recovery. They are the medicament of Ego-state therapy. Ego-state therapy is about the encounter with the inner person, meaning the inner parts of an individual. It is about the encounter with strangers, with the parts that challenge us, the ones we avoid, we have lost contact with, that scare us or make us feel helpless. Moreover, Ego-state therapy is about experiencing therapeutic approaches and overcoming conceptual boundaries. We offer multilingual therapy and in addition, we permanently work as translators. The late, German history provides multiple societal and political examples highlighting the area of conflict between integration and integrity. This article will use these examples for illustration purposes.

Key words: Dissociative disorders, dissociation, complex trauma-related disorders, PTSD, Ego-state therapy, internal boundaries

Dr. Kai Fritzsche
Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie
Hans-Otto-Str. 42B, 10407 Berlin
kai.fritzsche@ifhe-berlin.de

erhalten: 11.1.18 revidierte Version akzeptiert: 20.2.18

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

therapeuten, uns besser auf die betroffenen Menschen einzustellen. Dies wirkt sich wiederum hilfreich in der Behandlung aus, unabhängig davon, ob ein Vergleich oder eine Metapher explizit in die Therapie eingebunden wird. In der Begegnung mit Menschen, die unter dissoziativen Symptomen leiden, treten Parallelen zu den Erfahrungen des Autors mit der Berliner Mauer hervor, die einleitend als Metapher herangezogen werden. Die Parallelen sind nicht als dissoziative Symptome im Sinn der diagnostischen Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM 5 zu verstehen. Sie sind jedoch sehr hilfreich beim Betreten einer dissoziativen Landschaft und können einer potentiell leichtfertigen oder ausschließlich defizitorientierten Haltung gegenüber Dissoziation vorbeugen.

Hinsichtlich dissoziativer Phänomene und Symptome und dem Leben mit der Berliner Mauer lassen sich eine Reihe von Parallelen finden, man könnte sagen, Parallelen von außen und innen, von denen im Folgenden fünf vorgestellt werden.

1.1. Zunächst lässt sich für das Leben des Autors und vieler anderer Menschen in Ostberlin sagen, dass die Mauer *dissoziierbar* war, aus dem Bewusstsein verbannt werden konnte. Wöller (2017, S. 26) spricht im Zusammenhang mit der dissoziativen Phänomenologie von „unverdautem, d.h. narrativ nicht hinreichend transformiertem Material, das in abgespaltenen ‚Kompartimenten' der Psyche verbleibt". Das Leben in Ostberlin ließ sich über weite Strecken ohne das Bewusstsein der Mauer, der Teilung der Stadt und der Unüberwindlichkeit der Grenze realisieren, obwohl die Mauer zum festen Bestandteil des Alltags in Berlin gehörte und weder versteckt noch tabuisiert war. Vergleichbares berichten Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Störungen von ihrem Leben mit den inneren Grenzen. Sie seien „irgendwie" zurechtgekommen, teils eher unauffällig, teils hoch funktional und leistungsfähig, teils unter großen Mühen und mit starken Beeinträchtigungen. Die wenigsten hätten sich jedoch explizit mit den inneren Grenzen und dem abgegrenzten Gebiet beschäftigt, sondern gelernt, damit zu leben, selbst wenn Phänomene zu ihrem Alltag gehörten, die sie nur schwer erklären konnten. Beschwerden wie den eigenen Körper nicht gut zu spüren, kaum Erinnerungen an die Kindheit, teilweise auch Jugend zu haben, wenig mit Emotionen anfangen zu können oder fortlaufend brutale Albträume zu haben, sei mit der Zeit als selbstverständlich in das Leben eingebaut worden. Es gehörte dazu.

1.2. Gleiches gilt für das Erleben des Fortbestandes der Berliner Mauer, deren Fall deutlich außerhalb der Vorstellungskraft der meisten Menschen beidseits der Grenze lag. Hier geht es um eine zeitliche Perspektive. Die inneren Beschränkungen, Unzugänglichkeiten, Unmöglichkeiten, Restriktionen und Symptome gehören für viele Patientinnen und Patienten – so sie ihnen bewusst sind – zu ihrem Selbstbild, zu ihren festen Überzeugungen, zu ihrem Leben. Sie gehen davon aus, dass die inneren Grenzen ebenso wenig überwunden werden können, wie die Grenzen, die sie zwischen sich und der Welt erleben. Dies ist für sie kein wünschenswerter Fakt. Aber es ist ein Fakt. Es wird ihrer Ansicht nach so bleiben, wie es ist, wurde und wird nicht hinterfragt, sondern als eine Art Handicap integriert. Die Rede ist hier von den Patientinnen und

Patienten, die mit verschiedenen dissoziativen Symptomen leben lernten, meist ohne diese als solche einordnen und benennen zu können. Eine Patientin berichtete beispielsweise davon, dass sie sich schon gewundert habe, warum Beziehungen und Sexualität in ihrem Leben keine Rolle spielen würden. Sie habe sich jedoch damit abgefunden, ohne eine Erklärung dafür zu finden. Es handelt sich hier um eine leidvermeidende Grenzerfahrung, die das Leben der Patientin stark beeinflusste, indem sie sie von Erfahrungen von Beziehung, Nähe und Sexualität abtrennte. Die Patientin berichtete – wie viele Betroffene ebenfalls – davon, wie sie sich damit arrangiert hätte und es ihr nichts mehr ausmachte. Je nach dem Fokus der Aufmerksamkeit habe sie unter diesem Umstand leiden oder ihn als selbstverständlich akzeptieren können.

1.3. Eine weitere Parallele, die hier herangezogen werden soll, betrifft die Vorstellung der Überwindung der Mauer. Eine solche Überwindung wurde mit einem sehr hohen Preis und großen Gefahren in Verbindung gebracht. Die Überwindung der innerdeutschen Grenze in der Zeit ihres Bestehens war kein Spaziergang und hatte einen starken Einfluss auf das Leben vor und nach dem Grenzübertritt. Die Überwindung dissoziativer Grenzen löst vergleichbare Assoziationen aus und wird von den wenigsten Patientinnen und Patienten ausschließlich gewünscht und freudig erwartet. Wir müssen davon ausgehen, dass dieses Vorhaben Angst macht sowie eine Reihe weiterer Befürchtungen auslöst. Sich mit den inneren Grenzen sowie dem abgegrenzten Geschehen bzw. den abgegrenzten Anteilen auseinanderzusetzen, kann stark verunsichern, die eigene Biografie durcheinanderbringen und das Identitätserleben irritieren. Die Grenzen, Abspaltungen und Verkapselungen bieten einen inneren Schutz vor dem Kontakt mit belastetem Material sowie mit den entsprechenden inneren Anteilen. Die Reaktionen auf einen solchen Kontakt und dessen Auswirkungen auf der Seite der Patientinnen und Therapeutinnen lassen sich nicht sicher vorhersagen. Dissoziative Grenzen zu überwinden bzw. sie durchlässiger zu machen, stellt für die meisten Patientinnen und Patienten nicht so ein euphorisierendes Ereignis dar, wie der Fall der Mauer am 9.11.1989. Grenzüberwindungen sind selten einfach. Sie sind eher als komplexe Prozesse anzusehen und benötigen eine entsprechende Sorgfalt.

1.4. Grenzen können also nicht nur gebaut, sondern auch überwunden werden. Sie können durchlässig sein oder – wie die Berliner Mauer – ganz fallen. Wichtig dabei ist, dass Mauern nicht mit Grenzen gleichzusetzen sind. Eine Mauer kann entfernt oder durchbrochen werden. Was dies für das Erleben und den Umgang mit der ursprünglichen Grenze bedeutet, ist damit noch nicht gesagt. Der vorliegende Beitrag ist kein Plädoyer für die pauschale Abschaffung von Grenzen, sondern für einen angemessenen Umgang mit ihnen, ein Plädoyer für eine konstruktive, funktionale und heilsame Durchlässigkeit, ähnlich der Zellmembran, welche Grenz- und Durchlässigkeitsfunktionen vereint und ohne die wir nicht leben könnten. Eine solche Durchlässigkeit im inneren System von Persönlichkeitsanteilen (Ego-States) ist im Rahmen der Ego-State-Therapie eine Voraussetzung für die Integration der Anteile sowie des mit ihnen verbundenen traumatischen Materials. Ego-States lassen sich voneinander

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

Abb. 1: Der "Tränenpalast" in Berlin

unterscheiden, sie sind durch durchlässige Grenzen voneinander getrennt (Watkins & Watkins, 2003, S. 45). Diese durchlässigen Grenzen stellen eine Bedingung für das psychische Funktionieren und ein psychisches Gleichgewicht dar, ähnlich wie die Zellmembran für das Funktionieren lebensnotwendiger physiologischer Prozesse.

1.5. Den letzten in diesen Beitrag einbezogenen Vergleich bietet ein besonderes Grenzgebäude Berlins, der sogenannte *Tränenpalast.* Als Tränenpalast wurde von den Berlinern und vielen Besuchern Ostberlins der Grenzübergang Berlin Friedrichstraße benannt, in Anlehnung an die vergossenen Tränen beim Abschied der Gäste, die bei einem Tagesvisum die Grenze spätestens um 23:59 passiert haben mussten. Das Gebäude befindet sich neben dem Bahnhof Friedrichstraße und steht nicht an der Grenzlinie, sondern auf ehemaligem ostberliner Territorium. Physikalisch verlief die Grenze hier sozusagen vertikal, von oben nach unten. Die Reisenden mussten den Tränenpalast passieren, um zunächst durch unterirdische Treppen und Gänge zu dem hermetisch abgeriegelten Teil des Bahnhofs Friedrichstraße zu gelangen, von dem aus sie anschließend nach West Berlin fahren konnten. Der Tränenpalast stellte keinen üblichen Grenzübergang dar, auf dessen anderer Seite sich das andere Land befindet. Es gab hier keinen Grenzstreifen. Die Züge zum Greifen nah, der Grenzübergang entsprechend bewacht und gesichert, ohne einen entsprechenden Pass unüberwindbar. Die Parallelen zur psychotherapeutischen Behandlung dissoziativer Störungen bestehen in der verwirrenden Grenzziehung, in der bizarren Form der Grenze an diesem Ort sowie in dem für die Zurückbleibenden unklaren Verschwinden der Passierenden. Menschen mit dissoziativen Störungen beschreiben zum Teil ein ähnliches Phänomen, eine Art Verschwinden, mitten im Kontakt, ausgelöst durch Trigger oder ohne erkennbaren Anlass. Sie würden „nach hinten wegkippen", sind plötzlich weg, waren eben noch da. Man kann von einem bizarren Wechsel sprechen, für viele Therapeutinnen

und Therapeuten sehr befremdlich, wenn die Patientin oder der Patient mitten in der Sitzung plötzlich weg ist, ohne den Raum oder überhaupt die Sitzgelegenheit verlassen zu haben, wie beim Tränenpalast, plötzlich in einem anderen Land, obwohl das Territorium dieses Landes doch erst deutlich entfernt beginnt, dort wo dann auch der bekannte Grenzstreifen unübersehbare Realitäten schuf.

So einfach ist es mit den Grenzen eben doch nicht und die Unklarheiten erinnern uns daran, uns mit den inneren Grenzen, Grenzübergängen und Wegen der Überwindung von Grenzen genauer zu beschäftigen. Auf drei Blickrichtungen soll dabei aufmerksam gemacht werden:

1. Die Grenzerfahrungen unserer Patientinnen und Patienten, die in Zusammenhang mit Traumafolgestörungen unter dissoziativen Symptomen leiden;
2. die Grenzerfahrungen, die Therapeutinnen und Therapeuten in der Behandlung dieser Menschen erleben, und
3. die Rolle der Ego-State-Therapie in der Behandlung dissoziativer Störungen.

2. Fragestellungen

Um diesen Blickrichtungen nachzugehen, werden drei Fragestellungen verfolgt, die eine Strukturierung der Auseinandersetzung mit der Thematik erlauben:

2.1. Wem begegnen wir in der Behandlung?
2.2. Auf welche Art von Grenzen, Grenzerfahrungen und Grenzübergänge stoßen wir?
2.3. Wie begegnen wir unseren Patientinnen und Patienten?

Wir begegnen in der psychotherapeutischen Arbeit häufig Menschen mit Grenzerfahrungen. Derartige Erfahrungen finden sich nicht nur bei Patientinnen und Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen, sondern auch bei weiteren Störungsbildern. Um Grenzerfahrungen zu erleben, muss nicht erst das im DSM 5 verankerte „A-Kriterium“ erfüllt sein, es muss kein traumatisierendes Ereignis stattgefunden haben. Innere Grenzen entstehen auf vielen Wegen. Traumata spielen dabei natürlich eine besondere Rolle, da Grenzziehungen und Abgrenzungen im Zusammenhang mit der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung zwingend auftreten (van der Hart et al., 2008). Die Grenzen können im Inneren bestehen, indem sie Persönlichkeitsteile und Erinnerungsmaterial abgrenzen, isolieren, verkapseln und sie können nach außen wirksam werden, wenn sie die gesamte Person von der Welt abgrenzen, so dass sie nicht mehr erreichbar ist oder die Welt nicht mehr erreichen kann.

Wir finden Grenzen auch in uns selbst, in unserer Persönlichkeit, unserem Denken, unseren Werten und in unserem Körper. Wir finden Grenzen ebenso in unseren Konzepten. Konzepte sind auf Grenzen angewiesen, sonst würden sie der Beliebigkeit verfallen. Auch hier geht es aus Sicht des Autors um mehr Durchlässigkeit, Teamgeist

und Respekt anstelle von Konkurrenz und dem Wunsch nach alleiniger Definitionshoheit. Das Spektrum der Grenzen und abgegrenzten Regionen ist groß. Es wird leicht unübersichtlich. Deshalb ist es wichtig, sich immer wieder klar zu machen, worauf gerade der Fokus liegt, über wen gerade diskutiert wird, für wen Grenzübergänge sinnvoll wären und gesucht werden. Der Fokus kann sich auf die Patientinnen und Patienten, die Therapeutinnen und Therapeuten sowie auf die Konzepte richten.

2.1. Wem begegnen wir?

Der folgende Abschnitt widmet sich der Komplexität, mit der die Patientinnen und Patienten sowie die Therapeutinnen und Therapeuten konfrontiert sind. Er gliedert sich in vier Punkte:

1. Das komplexe Störungsgeschehen,
2. die Behandlungsrealität der Therapeutinnen und Therapeuten,
3. die Implikationen für einen dieser Komplexität angemessenen Behandlungsansatz ,
4. die Nutzung von Ressourcen.

Tab. 1: Innere und äußere Faktoren, die die Psychotherapie beeinflussen.

Wem begegnen wir?

- komplexem Störungsgeschehen
- stark belasteten Biografien
- komplexen Traumafolgestörungen
- dissoziativen Symptomen (als Teil von Traumafolgestörungen)
- Wechsel von sogenannten Opfer- und Täterzuständen
- therapeutischen Dilemmata, z.B. in Verbindung mit Täter-/Mittäterkontakt, transgenerativen Traumatisierungen oder Voraussetzung-Ziel-Dilemmata
- Komorbidität
- zusätzlichen somatischen und sozialen Belastungen
- Grenzerfahrungen in den Sitzungen: z.B.:
  - Voraussetzungen für spezifische Interventionen sind häufig nicht vollständig erfüllt/erfüllbar
  - Belastungen durch dissoziatives Erleben, Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität, destruktives Verhalten
  - Bedrohungserleben
- Indikationsstress: unüberschaubare und konkurrierende Vielfalt an Schulen, Behandlungsansätzen und Interventionen
- Leistungsdruck - von außen und innen
- Belastungen durch Setting, Finanzierung, unklarem Aufenthaltsstatus, etc.

Komplexes Störungsgeschehen

Der Fokus soll hier auf Patientinnen und Patienten gerichtet werden, die unter Traumafolgestörungen leiden. Es gibt sicher nicht die typische Traumapatientin und den typischen Traumapatienten. Selbst bei klarer diagnostischer Abgrenzung wird die Behandlung durch eine Vielzahl von inneren und äußeren Faktoren beeinflusst (siehe Tab. 1). Nicht nur Traumatherapeutinnen und -therapeuten wünschten sich, wenigstens eine Zeit lang ungestört ihre Behandlung wie geplant umsetzen zu können, eine Behandlung, wie sie in Lehrbüchern steht, eine Behandlung, die nicht permanent von unterschiedlichsten Komplikationen torpediert wird und eine herausfordernde Komplexität aufweist. Je komplexer das Störungsgeschehen, desto drängender tauchen die Themen Ausgrenzung und Durchlässigkeit von Grenzen in der Behandlung auf, wenn beispielsweise die Frage besteht, welchen Umfang die Belastungen durch finanzielle Not auf Grund von Verschuldung in einem traumatherapeutischen Behandlungskonzept einnehmen soll. Sollen wir diese Frage „auslagern" und an eine Schuldnerberatung verweisen oder sollen wir sie im Sinne der Stabilisierungsarbeit in die Behandlung integrieren, entsprechend des dreiphasigen Behandlungsmodells von Pierre Janet (vgl. Van der Hart et al., 1995)? Wie groß dürfte der Umfang an Schuldner-, Paar-, Erziehungs-, Berufs-, Organisations- und weiterer Beratung in einer Traumatherapie sein? Im Sinne einer Aktivitätsplanung und der Entwicklung von Selbstwirksamkeit könnten wir derartige Aufgaben in die Behandlung einbeziehen. Wir könnten die notwendigen Schritte anregen, begleiten und unterstützen. Im Sinne der Vermeidung der Annäherung an traumatisches Material müssten wir sie vorsichtig begrenzen und mindestens als mögliche Vermeidungsstrategie thematisieren.

Zu einem komplexen Störungsgeschehen gehören neben der psychischen Symptomatik, die zur Therapie führte, in vielen Fällen weitere psychopathologische Befunde, somatische Störungen sowie soziale Stressoren. Im Bereich der komplexen dissoziativen Störungen und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen zeigen viele der Patientinnen und Patienten deutlich eingeschränkte, begrenzte Fertigkeiten und Möglichkeiten der Selbstfürsorge, der Beziehungsgestaltung und der Selbstbestimmtheit. Entsprechend finden sich im Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, IK-PTBS (van der Kolk et al., 1999, dt. Sack & Hofmann, 2001) die Faktoren: (1) Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen, (2) Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins, (3) Störung der Selbstwahrnehmung, (4) Störung der Beziehung zu anderen Menschen, (5) Somatisierungsstörung, (6) Veränderung von Lebenseinstellungen. Diese sechs Faktoren müssten laut Empfehlungen für den Einsatz Trauma verarbeitender Interventionen vor Beginn der fokussierten Traumabearbeitung, z.B. in Form einer Exposition erfolgreich behandelt sein. Es verwundert nicht, dass an dieser Stelle häufig über das Henne-oder-Ei-Problem gestolpert wird.

Wir begegnen Menschen mit stark belasteten Biografien, oft mit zahlreichen Traumatisierungen, die von Bindungstraumata, sexualisierter Traumatisierung, massiver körperlicher und emotionaler Gewalt, Verwahrlosung, Verfolgung, Freiheitsentzug,

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

Folter über Bedrohung durch somatische Störungen, Enteignung, Vertreibung, Verlust von Angehörigen oder der Existenzgrundlage bis hin zu transgenerativen Traumafolgen reichen. Wir begegnen Menschen mit dissoziativen Symptomen, die das therapeutische Geschehen deutlich erschweren können. Wir werden bei diesem Personenkreis nicht selten mit der Frage des Täter- und Mittäterkontakts konfrontiert, an der sich die therapeutischen und akademischen Geister scheiden. Wir werden mit transgenerativen Traumafolgen konfrontiert, die unser traumatherapeutisches Konzept auf die Probe stellen, u.a. deshalb, weil die Person selbst keine Traumata erlebt oder beobachtet hat, trotzdem jedoch sämtliche Kriterien einer PTBS erfüllt. Noch anspruchsvoller scheint es zu werden, wenn „Opfer- und Täterzustände" wechseln, wenn die Person, die Gewalt oder Verwahrlosung erfahren musste, nun selbst Gewalt oder Verwahrlosung ausübt, wenn wir die unterlegene und überlegene Seite in einer Person gleichzeitig behandeln müssen, wenn wir uns beispielsweise von aggressiven Anteilen unserer Patientinnen und Patienten bedroht fühlen. Die Liste der Grenzerfahrungen in der Behandlung von dissoziativen Störungen ist lang.

Behandlungsrealität der Therapeutinnen und Therapeuten

Als wären dies nicht schon genügend Probleme, die von uns gelöst werden wollen, kommen nicht zuletzt noch Schwierigkeiten hinzu, die aus der immer weiter steigenden Zahl an Behandlungsansätzen, Konzepten und Interventionen entstehen und für manche Therapeutin und manchen Therapeuten einen regelrechten Indikationsstress darstellen. Die Ego-State-Therapie kann sich hier nicht ausklammern. Die Wahl der vermeintlich „richtigen Methode" kann ebenso zu Belastungen in der Therapie führen, wie die Symptome, die durch ihre Anwendung überwunden werden sollten. Leistungsdruck, Angst vor Fehlentscheidungen, Leiden unter sich selbst unterstellten oder tatsächlichen Kompetenzdefiziten sowie Einschränkungen durch das Setting runden sozusagen das Belastungsgeschehen ab, mit dem wir uns auseinanderzusetzen haben. Der Ruf nach schnellen Lösungen, einfachen Schritten und eleganten Interventionen ist unter diesen Umständen mehr als verständlich. Auf der anderen Seite stehen Respekt vor den leidvollen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten, die Würdigung dieses Leids sowie die Fähigkeit von Therapeutinnen und Therapeuten, eigene Gefühle von Hilflosigkeit zu tolerieren.

Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit

Ein komplexes Störungsgeschehen erfordert ein komplexes Vorgehen in der psychotherapeutischen Behandlung. Es geht hier um weit mehr als um eine psychotherapeutische Technik, es geht um die Begegnung mit Menschen, die unter komplexen Traumafolgestörungen leiden, es geht um Konzepte, die den vielfältigen Anforderungen gerecht werden können, es geht um die kompetente Auswahl und Anwendung von Interventionen und nicht zuletzt um Fragen der therapeutischen Haltung. Die psycho-

therapeutische Antwort auf die Komplexität sollte folglich vier Bereiche abdecken können: (a) integrative Konzepte, (b) flexible Behandlungspläne, (c) ein breites Interventionsspektrum und (d) eine entsprechende therapeutische Haltung.

Nutzung von Ressourcen

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass wir Menschen begegnen, die auch über Ressourcen verfügen, selbst die, bei denen man geneigt ist, die Hoffnung auf entsprechende Funde aufzugeben. Umso wichtiger tritt hier eine ressourcenorientierte Fokussierung in Erscheinung. Gerade da, wo es schwierig zu werden scheint, hat die Ressourcenarbeit einen derart wichtigen Stellenwert, vergleichbar mit der Notwendigkeit, dass Brunnen vor allem dort gebaut werden müssen, wo Wassermangel herrscht. Zu überleben kann bereits eine Ressource darstellen, ebenso wie ein Überlebenswillen, die Motivation durchzukommen, herauszukommen. Dabei können unglaubliche Kräfte aktiviert werden, wie beispielsweise bei einer Patientin, die in den Trümmerfluten des Tsunamis 2004 bereits ein Nahtoderlebnis hatte und sich dann doch, trotz multiplen körperlichen Verletzungen wieder an Land kämpfen konnte oder bei einer anderen Patientin, die bereits als Kind an eine russische paramilitärische Organisation verkauft und von dieser militärisch ausgebildet wurde und der letztlich nach mehreren Jahren Untergrundkampf die Flucht nach Deutschland gelang. Es finden sich viele weitere Ressourcen, die sich auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Ausdrucksweisen zeigen, sei es in Form von Selbstheilungskräften, der Weisheit des Unbewussten oder in besonderen Fähigkeiten, Talenten, Kompetenzen, künstlerischen Ausgestaltungen, um nur einige zu nennen. Häufig treten sie als Überraschungen in Erscheinung, preschen nicht als erstes nach vorn, sondern werden erst nach und nach und nebenbei deutlich. Unter Umständen werden sie nicht als Ressourcen bezeichnet, werden klein geredet, abgewertet, gering geschätzt. Trotzdem liegen hier Schätze verborgen, deren Nutzung für die Behandlung große Geschenke darstellen. Und nicht zu verachten sind die Ressourcen, die sich in den dissoziativen Symptomen selbst finden lassen. Diese herauszufiltern, zugänglich und anwendbar zu machen, lohnt sich sehr.

2.2. Auf welche Art von Grenzen stoßen wir?

Dissoziative Symptome finden sich bei vielen psychischen Erkrankungen, in besonderem Ausmaß bei dissoziativen Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (Priebe, 2017, S. 39). Wir stoßen auf dissoziative Symptome, dissoziierte Persönlichkeitsanteile, dissoziative Grenzen und dissoziiertes Geschehen.

Unter den aktuellen Dissoziationskonzepten heben Freyberger und Spitzer (2017, S. 18 ff.) die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Dissoziation, die Differenzierung zwischen „detachment“ und „compartmentalization“, die Entwicklungsreihe von Dissoziation und die Theorie der strukturellen Dissoziation hervor. Die

Autoren verweisen auf Studien, die die „Unterscheidung zwischen einem dimensionalen, nicht-pathologischen und einem diskontinuierlichen, pathologischen Typus dissoziativer Phänomene empirisch [belegen]". Aus klinisch-therapeutischer Sicht orientieren sich laut Freyberger und Spitzer (2018, S. 21) die meisten Autoren an einer Einteilung dissoziativer Phänomene in einerseits desintegrierte mentale Systeme im Sinn einer Störung des Wechselspiels von normalerweise miteinander in übergeordneten Funktionseinheiten interagierenden Systemen und Modulen (compartmentalization) und in andererseits verändertes Bewusstsein, das mit Gefühlen der Entfremdung oder Losgelöstsein verbunden sind (detachment). Im Konzept der Entwicklungsreihe von Dissoziation sowie dem Modell der peritraumatischen Dissoziation werden die heterogenen dissoziativen Phänomene in einen zeitlichen Bezug zum Trauma gesetzt. Dabei wird die Eigendynamik dissoziativer Prozesse hervorgehoben. In der Theorie der strukturellen Dissoziation der Arbeitsgruppe um Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis wird die traumabedingte Aufspaltung der Persönlichkeit konzipiert. Im Zuge eines im Laufe der Evolution entwickelten psycho-biologischen Überlebens- oder Aktionssystems entstehen defensive Aktionssysteme, sogenannte emotionale Persönlichkeitsanteile, die Verteidigungsfunktionen übernehmen sowie anscheinend normale Persönlichkeitsanteile, die Alltagsaufgaben realisieren und für das Überleben der Art notwendig sind, einschließlich von Bindungsaufgaben sowie der Regulation des Energiehaushalts.

Es lassen sich unterschiedliche Perspektiven hervorheben. Zum einen sind dissoziative Symptome ein Prädiktor für ein schlechteres Therapieergebnis (Kleindienst et al. 2016, zitiert nach Priebe, 2017) und müssen folglich überwunden werden, um das Ergebnis zu verbessern. Umgangssprachlich heißt das, dass die Patientinnen und Patienten schlechter behandelt werden können, wenn sie während der Sitzung dissoziationsbedingt „abwesend" sind und dass wir ihnen helfen müssen, „anwesend" zu bleiben, um von den geplanten Behandlungsmethoden auch zu profitieren. Bei abwesenden Patientinnen und Patienten hilft die beste Methode nicht. Teilweise kann es schwierig sein, einzuschätzen, ob beispielsweise eine Traumabearbeitung auf Grund einer effektiven Vorbereitung und einem hohen Grad an Stabilität der Patientin oder des Patienten einfach vonstatten geht und ohne einen befürchteten, drastischen Belastungsanstieg gelingt oder ob die betreffende Person bereits depersonalisiert ist, sich nach innen oder nach hinten oder nach oben, z.B. an die Zimmerdecke verabschiedet hat bzw. vom Erleben der therapeutischen Intervention auf andere Art getrennt wurde und deshalb ziemlich stabil wirkt. Dissoziative Symptome können durch negative Verstärkung (Reduzierung der Angst vor traumatischem Material) und positive Verstärkung (Engagement der Therapeutin/des Therapeuten) aufrechterhalten werden. Die Reihenfolge scheint hier klar zu sein: Als erstes wird die Fähigkeit entwickelt, die unwillkürliche Dissoziation zu beeinflussen, bestenfalls zu stoppen, als nächstes erfolgt eine Trauma verarbeitende Intervention. Die dissoziativen Symptome erinnern an ein defektes Zündschloss, das gar nicht auf der Reparaturliste stand und nun den

Besitzer oder die Besitzerin des PKWs daran hindert, das Auto in die Werkstatt zu fahren, in der eigentlich die Zylinderkopfdichtung repariert werden sollte. Ohne funktionierendes Zündschloss keine Reparatur der Zylinderkopfdichtung.

Zum anderen können Dissoziation und dissoziative Phänomene mit nicht oder nicht vollständig integrierten Subsystemen der Gesamtpersönlichkeit, also mit Persönlichkeitsanteilen in Zusammenhang gebracht werden. Aus der Perspektive der Ego-State-Therapie wird im Behandlungsverlauf mit diesen Anteilen Kontakt aufgenommen und eine Beziehung aufgebaut. Die Entstehung solcher Persönlichkeitsanteile wird als Bewältigungsstrategie der Patientin oder des Patienten verstanden. Das jeweilige dissoziative Symptom wird wiederum als Bewältigungsstrategie des Persönlichkeitsanteils konzipiert. Um die Strategie des Anteils zu verändern, sind eine Begegnung und der Beziehungsaufbau mit diesem Anteil notwendig. Der Anteil soll nicht überwunden werden, wohl aber seine sich langfristig als dysfunktional herausgestellte Strategie. Begegnung und Beziehungsaufbau nehmen dabei eine deutlich wichtigere Rolle ein, als die Entwicklung der neuen Strategie, sie stellen eine Bedingung für letzteres dar. Gelingt der Beziehungsaufbau und geht dieser mit der Entwicklung von Vertrauen, Respekt und Würdigung einher, steuert in vielen Fällen der Anteil selbst die neue Strategie bei und findet neue Möglichkeiten, seiner Funktion gerecht zu werden, beispielsweise der Schutzfunktion. Zur Veranschaulichung soll eine Fallsequenz vorgestellt werden.

Fallbeispiel

Die Patientin beschrieb ihr Unvermögen, einen Zugang zu ihren Emotionen zu finden. Im Alltag könne sie dieses Defizit gut kompensieren und würde auch nichts vermissen, doch spätestens bei bedeutsamen Lebensereignissen, wie der Geburt ihres Kindes oder einer Fehlgeburt falle es ihren Bezugspersonen und ihr selbst auf, in welchem Ausmaß ihr das eigene emotionale Erleben und eigene emotionale Reaktionen fremd sind. In der Behandlungssequenz ging es darum, Kontakt mit einem Ego-State aufzunehmen, der dafür verantwortlich ist. In diesem Fall nahm der Autor mittels hypnotherapeutischen Vorgehens Kontakt mit diesem Anteil auf, der klar und deutlich versicherte, tatsächlich dafür verantwortlich zu sein, den Zugang zu Emotionen zu unterbinden und ebenfalls den Grund dafür nennen konnte. Dieser bestand in der Überzeugung, dass die Patientin psychisch dekompensieren würde, wenn sie einen emotionalen Zugang zu dem ihr bisher nicht zugänglichen traumatischen Material bekäme, bei dem es sich um sexuellen Missbrauch in der Kindheit handelte. Die Patientin hatte zuvor eine unproblematische Biographie geschildert. Der Behandlungsschritt bestand also zunächst aus dem Beziehungsaufbau mit diesem Ego-State. Er beinhaltete u.a. die Würdigung des Schreckens der Traumatisierung und seiner Bewältigungsstrategie sowie im weiteren Verlauf die Suche nach Möglichkeiten emotionalen Empfindens im Alltag. Letztlich wurde mit dem verantwortlichen Ego-State, man könnte auch sagen, mit dem „Verwalter“ der Emotionen und des emotionalen Erlebens ein Plan ent-

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

wickelt, wie die Patientin Schritt für Schritt mehr Zugang zu Emotionen erhalten kann, ohne sich sofort des kompletten traumatischen Materials bewusst zu werden. Mit dem Anteil wurde sozusagen eine Art systematische Desensibilisierung durchgeführt, die zu einer Überwindung der dissoziativen Grenze führte und den Weg zur Integration von traumatischen Erinnerungen bahnte.

Die Komplexität und Intensität dissoziativer Symptome können auf die Komplexität und Intensität der Traumatisierung deuten und mit starken Ängsten verbunden sein. Der Metapher folgend stoßen wir dann auf immer massivere Grenzen in Form dissoziativer Symptome, je höher die Angst vor dem traumatischen Erinnerungsmaterial ist und je schrecklicher das Gebiet hinter der Grenze erscheint. Aus dieser Perspektive stellen die dissoziativen Symptome eine Art Sensor dafür dar, ob der Zugang zum traumatischen Material bereits möglich ist oder nicht. Falls nicht, braucht es offensichtlich weitere Vorbereitungen, die die Sicherheit der Bearbeitung erhöhen. Hier stehen also nicht die dissoziativen Symptome im Vordergrund, sondern die Überlegungen und Interventionen für die Absicherung der Annäherung an das traumatische Geschehen bzw. das entsprechende Erinnerungsmaterial. Je undurchlässiger die Grenze erscheint, desto aufwendiger wird diese Vorbereitung. Ein voreiliges Durchbrechen der Grenze wäre aus dieser Sicht eine Gefährdung der Patientin oder des Patienten. Die Bearbeitung der Befürchtungen weist konstruktive Möglichkeiten auf, die angestrebte Traumakonfrontation vorzubereiten, vergleichbar mit einem Trockentraining. Wenn mit Patientinnen und Patienten besprochen wird, was sie hinsichtlich des Zugangs zu traumatischem Material befürchten, dann stellt dies bereits eine leichte Form einer Annäherung dar und bildet vorerst eine Exposition light aus der Metaperspektive. Dabei können zwei positive Lernerfahrungen gelingen: (1) die Erfahrung, dass sich Traumabearbeitung vorbereiten, absichern und kontrollieren lässt sowie (2) die Erfahrung, dass man sich dem traumatischen Material schrittweise annähern kann.

Überwindungen und Neubestimmungen von Grenzen gehören zu komplexen Prozessen, die nicht voreilig abgeschlossen werden dürfen. Grenzen lassen sich vielleicht einfacher und schneller durchbrechen, als den damit verbundenen inneren und äußeren Entwicklungsschritten gerecht zu werden. Diese Entwicklungsschritte werden weder ignoriert, noch übersprungen. Sie erhalten im Behandlungsverlauf Aufmerksamkeit, Zeit und Begleitung. Beispiele für schnelle Überwindungen von Grenzen und dem gegenüber deutlich höheren Aufwand für die verbundenen Entwicklungsschritte gibt es viele: Ein Kind aus den konkreten Missbrauchs- oder Verwahrlosungsverhältnissen herauszuholen, stellt nur einen Schritt einer längeren Behandlung dar. Beim Herausholen allein dürfte es aus psychotherapeutischer und entwicklungspsychologischer Sicht nicht bleiben. Das Kindeswohl, auf dem das Herausholen eines Kindes basiert, ist mit dem Herausholen noch nicht nachhaltig gewährleistet. Als weiteres Beispiel lässt sich der massierte Zugang zu traumatischem Erinnerungsmaterial

anführen, der relativ zügig realisiert werden kann und der mit der Überwindung einer inneren Grenze verbunden ist. Er darf nur einen von mehreren traumatherapeutischen Schritten darstellen, sollte angemessen vorbereitet werden und in die therapeutische Begleitung der Integration des traumatischen Materials münden. Ebenso ist die Neubestimmung von Grenzen, beispielsweise im Zusammenhang mit Entscheidungen über Täter- und Mittäterkontakt sowie die Gestaltungen von Beziehungen kein kurzfristiges, momentanes sondern ein prozessuales Geschehen, das sich über längere Zeiträume erstreckt und möglichst begleitet und unterstützt wird. Auch hier steht nicht die Grenzentscheidung im Vordergrund, sondern die dazugehörige Entwicklung.

2.3. Wie begegnen wir unseren Patientinnen und Patienten?

Wir begegnen unseren Patientinnen und Patienten nicht nur in unserer Rolle als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, sondern mit unserer Persönlichkeit, die weit mehr umfasst, als einen beruflichen Abschluss. Förderliche Persönlichkeitsfaktoren von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten standen und stehen immer wieder im Fokus des Bemühens um die Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie. Wir begegnen unseren Patientinnen und Patienten also mit allem, was wir sind. Wir begegnen ihnen mit unserer psychotherapeutischen Haltung und unseren Vorstellungen von der Wirksamkeit unserer Arbeit. Wir begegnen ihnen mit unserer psychotherapeutischen Erfahrung und Kompetenz. Wir begegnen im Rahmen von Behandlungskonzepten, die eine spezifische, eingeschränkte Sicht auf Psychopathologie und Psychotherapie darstellen und für die wir mittels selektiver Wahrnehmung permanent Bestätigungen finden. Unsere Art und Weise, in eine psychotherapeutische Begegnung zu gehen, wird stark von unseren Konzepten bestimmt. Wir sehen das, wovon wir auch überzeugt sind. Aus Sicht der Ego-State-Therapie begegnen wir ebenfalls mit unseren Ego-States. Diese sind nicht vollständig bzw. vollzählig bewusst und reagieren unter Umständen unkontrolliert.

Für die psychotherapeutische Begegnung und Beziehungsgestaltung lassen sich eine Reihe von förderlichen Aspekten anführen, deren Fundierung eine hohe Bedeutung zukommt, die jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Zu diesen Aspekten zählen beispielsweise Hoffnung und Zuversicht auf einen Heilungs- oder Entwicklungsweg im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung. Beide spielen eine wichtige Rolle. Ihre Bedeutung spüren wir vielleicht am deutlichsten, wenn wir sie verlieren. Freude an Begegnungen bzw. Begegnungsmut stellen ebenfalls unterstützende Faktoren dar. In der Ego-State-Therapie werden sie besonders in der Arbeit mit destruktiv wirkenden Ego-States auf die Probe gestellt. Ego-States, die für selbst- oder fremdschädigendes Verhalten verantwortlich sind und nicht selten auch Therapeutinnen und Therapeuten indirekt oder direkt attackieren, steigern nicht unbedingt die Freude an Begegnung. Sie können Angst machen, Abwehr und Vermeidung aktivieren und zu einer abwertenden Haltung führen. Hier braucht es tatsächlich etwas Mut, in eine Begegnung einzutreten, eine Beziehung aufzubauen und sich beispiels-

weise in Form eines Sokratischen Dialogs oder einer Verhandlung von Strategien auseinanderzusetzen. Hilfreich für die therapeutische Begegnung wären weiterhin Fantasie und Kreativität. Dies ist allein schon deshalb von Bedeutung, weil sich die Entwicklung der Beziehung nicht planen lässt. Hindernisse auf diesem Weg lassen sich ebenso wenig vorhersehen wie Überraschungen. Teamgeist scheint sich äußerst gut zu bewähren und bildet eine logische Konsequenz der Anwendung eines Teile-Modells der Persönlichkeit. Verantwortlichkeit und Engagement stellen ebenfalls unterstützende Faktoren dar, die sich auf einem Grat zu Bevormundung und der Verhinderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit bewegen. Im Sinne eines integrativen Arbeitens soll für Nonkonformität plädiert werden, die allzu enge Grenzen einzelner Konzepte überwindet und die synergetischen Möglichkeiten verschiedener Ansätze nutzten kann, ohne in eine Beliebigkeit abzurutschen. Als passende Prophylaxe kann die Fähigkeit zur Selbstkritik angesehen werden, die ebenso wenig fehlen sollte wie Demut vor den Erfahrungen unserer Patientinnen und Patienten, ihrem Leid, der Individualität von Veränderungsprozessen sowie den Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Experimentierfreude, Übung und Kompetenz gehören auch zu den Aspekten, die psychotherapeutische Begegnung und Beziehungsgestaltung bereichern. Wir benötigen die Fähigkeit und die Bereitschaft, von unseren Patientinnen und Patienten zu lernen, uns neue Konzepte und Interventionsformen anzueignen und eine eigene psychotherapeutische Identität zu entwickeln. Wie sicher wir in den Interventionen sind, die wir anwenden und wie viel Freude sie uns bereiten, spielt eine sehr große Rolle.

Um sich in der Komplexität der Therapiemethoden und Behandlungstechniken noch zurechtfinden zu können, kann die Anregung von Sack und Sachsse (2013, S. 249) herangezogen werden, verschiedene Ebenen zu unterscheiden: Die erste Ebene wird durch das Behandlungsverfahren bzw. das Behandlungsmodell bestimmt. Beides beruht auf einer jeweils umfassenden Theorie der Persönlichkeit und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Auf der zweiten Ebene sind Behandlungsstrategien anzusiedeln, die sich aus den Verfahren oder Modellen ableiten lassen. Auf dieser Ebene geht es mehr um Behandlungspläne und Behandlungsstrategien für bestimmte Störungsbilder oder einzelne Behandlungsabschnitte. Die dritte Ebene wird letztlich durch die spezifischen Interventionen bestimmt. Der Nutzen einer solchen Dreiteilung zeigt sich u.a. im kollegialen Disput, in dem die Ebenen häufig zu wenig beachtet und beispielsweise Interventionen mit Verfahren verwechselt werden. Hinsichtlich der Frage der Begegnung und Beziehungsgestaltung wäre demnach zu unterscheiden, welches Behandlungsverfahren im aktuellen Behandlungsfall zu Grunde liegt, welcher Behandlungsplan davon abgeleitet wird und welche Interventionen zur Anwendung kommen. Die Diskussionen über „richtige“ und falsche“ Interventionen lassen sich nur unter Einbeziehung der beiden weiteren Ebenen führen. Hier wird deutlich, dass Interventionen zu verschiedenen Behandlungsplänen passen und in verschiedene Behandlungsverfahren integriert werden können. Die Frage der Passung und Begründung des Einsatzes einer spezifischen Intervention entspre-

chend eines zugrundeliegenden Behandlungsplanes sollte mehr Aufmerksamkeit erhalten als Fragen zu Urheberrechten und Originalität.

Der Umgang mit den Grenzerfahrungen unserer Patientinnen und Patienten erfordert ein flexibles und integratives Denken und Handeln. Insbesondere in der Behandlung von komplexen dissoziativen Störungen und komplexen Traumafolgestörungen sind wir auf einen entsprechend integrativen psychotherapeutischen Ansatz angewiesen, der es ermöglicht, verschiedene Verfahren miteinander zu kombinieren, Verfahren zu ergänzen und sie zu erweitern. Wir stoßen hier wieder auf Grenzen, diesmal auf Grenzen der Konzepte und suchen nach Grenzübergängen und der Überwindung von Grenzen. Analog dem Behandlungsziel Integration sollte das Bemühen in der Entwicklung von Konzepten eine Integration von Konzepten anstreben. Die Ego-State-Therapie stellt einen integrativen Ansatz dar, der diesen Anforderungen gerecht werden kann.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernehmen in der Behandlung dissoziativer Störungen und posttraumatischer Belastungsstörungen eine Reihe von wichtigen Aufgaben, die die Vielfalt und die Bandbreite des Berufs zeigen. Sie sind neben ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit auch Übersetzerinnen und Übersetzer. Sie suchen mit den Patientinnen und Patienten nach einer gemeinsamen Sprache, nach einer Form der Verständigung, die auf das innere System erweitert werden kann. Sie sind weiterhin Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfer, die sich heute mehr als Fachkräfte für Entwicklungszusammenarbeit verstehen. Nicht selten sind sie Notfallkräfte, die mit entsprechenden Krisenmanagementstrategien ausgestattet sind. Sie sind Trainerinnen und Trainer, die sich bemühen, spezifische Fertigkeiten und Fähigkeiten ihrer Patientinnen und Patienten zu verbessern und deren Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen zu erhöhen. Sie sind auch Patinnen und Paten, die neue Beziehungserfahrungen ermöglichen und neue Beziehungsmodelle zeigen. Sie sind Zeuginnen und Zeugen, die die wichtige Aufgabe der Zeugenschaft übernehmen, auf die die Patientinnen und Patienten meistens bisher verzichten mussten. Sie sind Mediatorinnen und Mediatoren, die versuchen, unterschiedliche Bedürfnisse und Strategien der Ego-States zu kommunizieren, Kompromisse zu finden und eine Kooperation zu entwickeln. Sie sind Bodyguards, die den Patientinnen und Patienten und ihren Ego-States schützend beiseite stehen. Und nicht zuletzt sind sie Begleiterinnen und Begleiter in schwierigen Lebensphasen von Menschen, die sich hilfesuchend an sie gewandt haben.

3. Die Rolle der Ego-State-Therapie in der Behandlung dissoziativer Störungen

Das Konzept der Ego-State-Therapie geht von der Existenz von Persönlichkeitsanteilen (Ego-States) aus. Die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Ego-State-Therapie* (EST-DE) definiert einen Ego-State in Ergänzung zu Watkins und Watkins (2003, S. 45) als

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

ein organisiertes Verhaltens-, Erfahrungs- und Wahrnehmungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist. Jeder dieser Ich-Zustände hat eine ihm eigene Selbst- und Weltsicht und ist Ausdruck einer Beziehungs- und Entwicklungserfahrung. Damit zeigt ein Ich-Zustand auch charakteristische Muster in der Wahrnehmung, im körperlichen Ausdruck und im Beziehungsverhalten (Fritzsche, 2017, S. 79). Die Psychopathologie wird demnach nicht nur durch langfristig dysfunktionale Bewältigungsversuche verursacht, sondern zum großen Teil durch den Zustand der Grenzen bestimmt. Die Art und Weise der Grenze beeinflusst wiederum den Zugang zu abgegrenzten Ego-States.

In Anlehnung an Grawe (2004, S. 184ff.) steht die Entstehung von Ego-States mit dem Schutz und der Befriedigung von psychischen Grundbedürfnissen in Zusammenhang. Grawe postuliert vier psychische Grundbedürfnisse: das Bedürfnis nach (a) Bindung, nach (b) Kontrolle und Orientierung, nach (c) Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung und nach (d) Lustgewinn und Unlustvermeidung. Ego-States können mehreren Grundbedürfnissen zugeordnet werden. Das Problem besteht nicht darin, dass sie im Auftrag des Organismus entstehen, um für die Grundbedürfnisse einzutreten, sondern darin, dass sich ihre Strategien langfristig als dysfunktional erweisen und dass es keinen oder nur einen unzureichenden Zugang zu ihnen gibt. Es geht demnach nicht darum, das Bindungsbedürfnis oder das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle abzuschaffen, sondern darum, neue Strategien zu entwickeln, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Eine Patientin, die bei einem schweren Autounfall ihren Lebenspartner verlor und sich die Schuld an diesem Unfall gegeben hat, weil sie sich während der Autofahrt mit ihm unterhalten und ihn deshalb abgelenkt habe, entwickelte eine stark ausgeprägte generalisierte Zwangsstörung. Der Ego-State, der mit dieser Störung in Zusammenhang stand, hatte die ambitionierte Aufgabe, nun nie wieder im Leben einen Fehler zu machen und damit potentielle Unglücke zu vermeiden. Zu seinen Strategien zählten zahlreiche Zwangshandlungen und Kontrollmaßnahmen. Die Symptomatik stellte demnach eine Bewältigungsstrategie für eine traumatisierende Situation dar. Der Ego-State hatte eine deutliche Schutzfunktion. Seine Strategie bestand in penibelster Fehlervermeidung durch Kontrollhandlungen und Sicherheitsmaßnahmen, die in Form einer Zwangsstörung generalisierten.

Entsprechend geht es nicht darum, Ego-States abzuschaffen, die im Auftrag der Bedürfnisbefriedigung bzw. der Aufrechterhaltung einer inneren Homöostase unterwegs sind, sondern darum, ihnen bei ihrer Entwicklung und Integration zu helfen und mit ihnen neue Wege zu finden (Fritzsche, 2017, S. 81). Watkins und Watkins (2003, S. 51 ff.) definieren drei Entstehungsmechanismen. Als ersten nennen sie normale Entwicklungsprozesse eines Menschen, wie individuelle, familiäre, soziale, kulturelle und gesellschaftliche Faktoren. Als zweiten nennen sie Introjektion und als dritten Traumatisierung.

Aus Sicht der Ego-State-Therapie wird eine Homöostase im psychischen System

durch eine Arbeitsteilung erreicht, mit deren Hilfe verschiedene Aufgaben auf verschiedene Ego-States verteilt werden. Je bedrohlicher bzw. konflikthafter eine (Lebens-) Situation ist, desto stärker bilden sich die Grenzen der Anteile aus, was dazu führt, dass die Patientinnen oder Patienten immer weniger Zugang zu den eigenen Anteilen haben und gleichermaßen die Kooperation der Anteile untereinander abnimmt. Letztlich entstehen Anteile, die nicht zugänglich und nicht beeinflussbar sind und völlig autonom agieren, ohne eine Wahrnehmung für andere Anteile zu haben oder flexibel auf Umweltanforderungen reagieren zu können.

Eines der wichtigen Charakteristika des Ego-States-Ansatzes besteht darin, dass die Persönlichkeitsanteile zuvor nicht definiert werden. Wir wissen nicht, auf welchen Anteil wir stoßen und welche Anteile für die Persönlichkeit eines Menschen maßgeblich sind. Ego-States weisen jedoch erhebliche Unterschiede auf und benötigen unterschiedliche therapeutische Beziehungsangebote. Deshalb ist es sinnvoll, drei Erscheinungsformen voneinander zu unterscheiden. Jede Erscheinungsform verlangt und ermöglicht ein eigenes Beziehungsangebot und weist eigene Besonderheiten auf, die in der therapeutischen Arbeit berücksichtigt werden. Dadurch können zahlreiche Komplikationen umgangen werden.

In der ersten Erscheinungsform, den *grundsätzlich ressourcenreichen Ego-States,* stoßen wir auf ressourcenreiches Geschehen. Zu diesen Anteilen gehören Ego-States der inneren Stärke, innere Helferinnen und innere Helfer, Ego-States der inneren Weisheit, innere Beobachterinnen und innere Beobachter etc. Grundsätzlich ressourcenreiche Ego-States werden als Unterstützung und Stabilisierung aktiviert und in den therapeutischen Prozess eingebunden. Teilweise kann dies bereits einen aufwendigen Schritt in der Therapie darstellen, wenn die Patientin beispielsweise keinerlei Ressourcen erlebt oder der Patient seine Ressourcen als unwürdig abwertet. Patientinnen und Patienten können sich jedoch deutlich besser mit traumatischem Material konfrontieren oder mit schwierigen Themen beschäftigen, wenn sie in Kontakt mit eigenen ressourcenreichen Ego-States stehen. Die Bezeichnung „grundsätzlich" bezieht sich auf den Umstand, dass die Ego-States der folgenden beiden Erscheinungsformen nicht als „grundsätzlich ressourcenreich" betrachtet werden, obwohl sie über Ressourcen verfügen und letztlich ebenfalls Ressourcen des Organismus darstellen. Sie werden zu Beginn der Arbeit im Gegensatz zu den Ego-States der ersten Erscheinungsform kaum als ressourcenreich, sondern eher als hilflos oder bedrohlich erlebt.

Die zweite Erscheinungsform bilden *symptomorientierte oder traumatisierte Ego-States,* die häufig auch als verletzte Ego-States bezeichnet werden. Wir begegnen hier Ego-States, die in Not sind und die bei vielen Therapeutinnen und Therapeuten unmittelbar einen Hilfe- oder Rettungsimpuls auslösen. Dem entsprechend wird das vorrangige Beziehungsangebot auf die Wahrnehmung der Not, die Rettung und die Versorgung dieser Ego-States aufgebaut. Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schmerz, Verletzung, Verwahrlosung, Unterdrückung, Ablehnung, Abwertung etc. spielen hier eine vorherrschende Rolle. Symptomassoziierte und traumatisierte Ego-States können verschiede-

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

ne Altersstufen haben. Wir sprechen nicht nur von inneren Kindanteilen, sondern von Ego-States, die mit einer belastenden Situation konfrontiert sind, unabhängig vom Alter der Patientin oder des Patienten.

Bei der dritten Erscheinungsform handelt es sich um *destruktiv wirkende Ego-States*. Sie stehen mit destruktiv wirkendem Geschehen in Zusammenhang, das als Bewältigungsversuch angesehen werden kann, welches langfristig zu erheblichen Problemen führt. Zu destruktiv wirkenden Ego-States gehören innere Kritikerinnen und Kritiker, Täterintrojekte und täternahe Anteile. Die Beziehungsgestaltung erweist sich in vielen Fällen als sehr anspruchsvoll, da diese Anteile kaum an einer Beziehung interessiert sind. Sie stehen der Therapie häufig äußerst kritisch gegenüber und lassen ihre Skepsis und Ablehnung deutlich spüren. Sie versuchen, ihre bisherigen Strategien aufrechtzuerhalten und boykottieren die therapeutischen Bemühungen. Von Therapeutinnen- und Therapeutenseite werden sie häufig gefürchtet und die Begegnung mit ihnen wird gerne vermieden. Dies bestärkt wiederum die ablehnende Haltung der destruktiv wirkenden Ego-States, die sich in ihrer Wahrnehmung der Welt, insbesondere der therapeutischen Situation bestätigt fühlen. Das Beziehungsangebot speist sich hier aus der Würdigung ihrer Existenz und ihren Strategien, der Analyse ihrer Funktion und dem Aushandeln neuer Möglichkeiten. Ego-States benötigen also je nach Erscheinungsform ein entsprechendes Beziehungsangebot, auf der Grundlage einer Gleichbehandlung, die keine Erscheinungsform bevorzugt und keine abwertet oder ausgrenzt.

Dissoziative Symptome werden im Ego-State-Konzept als Lösungs- und Bewältigungsversuche des Organismus verstanden, sie sind nicht das Problem, sondern der Lösungsversuch. Die Behandlungsnotwendigkeit folgt aus dem Leiden, den der Lösungsversuch mit sich brachte, also aus dem Leiden unter den Folgen. Entscheidend bleibt jedoch die Haltung gegenüber den langfristig dysfunktionalen Lösungsversuchen. Eine würdigende, akzeptierende, ressourcenorientierte Haltung ist einer abwertenden und defizitorientierten Haltung vorzuziehen.

Das Ziel der Ego-State-Therapie besteht in der Integration als einem Zustand, in dem die einzelnen Ego-States in vollständiger Kommunikation miteinander stehen, mentale Inhalte austauschen und in harmonischen Beziehungen miteinander existieren. Es ist weiterhin die Befähigung von Menschen, mithilfe ihrer Ego-States eine höhere innere Konsistenz und Kohärenz im Austausch mit der Umwelt herzustellen und damit Wachstumsprozesse, Entwicklungspotenziale, Beziehungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit zu fördern (Fritzsche, 2013, S. 131). Die Integration von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen erfolgt in der Ego-State-Therapie durch die Begegnung und den Kontakt mit diesen Anteilen. Die Überwindung dissoziativer Grenzen und der Kontakt zu Ego-States können nicht vorausgesetzt oder verordnet werden. Sie stellen ein wichtiges eigenes Behandlungsziel zu Beginn eines mehrstufigen zirkulären Prozesses dar (Fritzsche, 2013, S. 146).

Die Integration von Ego-States wird mittels sieben Teilzielen bzw. Behandlungs-

schritten erreicht, die zirkulär im Behandlungsprozess verlaufen. Die Ziele werden aus Sicht der Gesamtperson formuliert und mittels der Arbeit auf fünf Beziehungsebenen erarbeitet. Die einzelnen Schritte lauten:

1. Zugang zu Ego-States und Kontaktaufbau
2. Beziehungsaufbau mit Ego-States sowie der Aufbau von Kommunikation
3. Akzeptanz von Ego-States
4. Verständnis der Funktionalität der Ego-States
5. Versorgung und Unterstützung von Ego-States
6. Nutzung von Ego-States
7. Integration von Ego-States, Entwicklung eines inneren Teams

Die fünf Beziehungsebenen umfassen die Ebenen:

1. zwischen Therapeut/in und Patient/in
2. zwischen Therapeut/in und den Ego-States der Patientin/des Patienten
3. zwischen der Patientin/dem Patienten und den eigenen Ego-States
4. zwischen den Ego-States
5. zwischen den Ego-States der Therapeutin/des Patienten und denen der Patienten.

Die Begegnung mit eigenen Ego-States kann als zentraler Wirkfaktor der Ego-State-Therapie angesehen werden. Sie stellt die Begegnung mit der eigenen Person dar und ermöglicht neue Erfahrungen: Beziehungserfahrungen, Entwicklungserfahrungen sowie Ressourcenerfahrungen. Die Begegnung mit Ego-States und die Beziehungsgestaltung werden sorgfältig vorbereitet, unterstützt und begleitet. Interventionen zur Traumaexposition sind hier nur als ein Baustein in einem komplexen Behandlungsplan anzusehen und kommen nicht als vorrangige Technik zur Anwendung. In einem solchen Behandlungsplan sind unterschiedliche Aufgaben enthalten: Zunächst werden die Grenzen, die in Form von dissoziativen Symptomen hervortreten, erkundet und verstanden. Dann werden Grenzübergänge gesucht, die einen Kontakt mit abgegrenztem psychischen Geschehen sowie abgegrenzten Ego-States ermöglichen. Dabei wird achtsam mit Grenzüberwindungen umgegangen. Dem Kontakt mit Ego-States und dem Verständnis ihrer Funktionen sowie ihrer Bedürftigkeit wird genügend Raum gegeben. Fragen nach dem angemessenen Beziehungsangebot, einem angemessenem Tempo und der angemessenen Form der Unterstützung werden beantwortet und nicht zuletzt werden die Prozesse auf verschiedenen Beziehungsebenen verfolgt und begleitet.

Das hier favorisierte Vorgehen der Ego-State-Therapie entspricht den von Karameros und Sack (2013, S. 225) zusammengefassten Grundstrategien für die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen: Förderung des Gegenwartsbezugs, Förderung

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München

des Selbstmanagements und der inneren Kommunikation, Bearbeiten emotionaler Reaktionen und dysfunktionaler Kognitionen, Durcharbeiten von traumatischen Erinnerungen und Auslösereizen sowie Versprachlichen von Erlebtem und Integration in die persönliche Biografie.

Literatur

Freyberger, H.J., & Spitzer, C. (2017). Dissoziation: Begriffsentwicklung und aktuelle Konzepte und Fragen. Psychotherapie im Dialog 3, 18.23.

Fritzsche, K. (2013). Praxis der Ego-State-Therapie. Heidelberg, Carl-Auer.

Fritzsche, K. (2017). Zwei Gesichter der Dissoziation: Ego-State-Therapie zur Behandlung von Traumafolgestörungen. Psychotherapie im Dialog 3, 79-82.

Grawe, K. (2204). Neuropsychotherapie. Göttingen, Hogrefe.

Karameros, A., & Sack, M. (2013). Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung. In M. Sack, U. Sachsse, & J. Schellong (Hrsg.), Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (201-246). Stuttgart, Schattauer.

Priebe; K. (2017). Dissoziative Symptome: Erkennen und reduzieren. Psychotherapie im Dialog 3, 39-43.

Sack, M., & Sachsse, U. (2013). Therapiemethoden und Behandlungstechniken. In M. Sack, U. Sachsse, & J. Schellong (Hrsg.), Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (247-297). Stuttgart, Schattauer.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. Hypnose und Kognition, 12(2), 33-67.

Watkins, J.G., & Watkins, H. (1997). Ego-States Theory and Therapy. New York, W.W. Norton [Deutsche Übersetzung (2003). Ego States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Heidelberg, Carl-Auer.]

Wöller, W. (2017). Dissoziative Phänomene: Psychoanalytische Perspektiven und Theorien. Psychotherapie im Dialog 3, 25-28.

Buchbesprechung

Kaiser Rekkas, A. (2015) *Vollmond am Strand - Hypnotische Sprache in 70 Trance-anleitungen.* 247 Seiten, kartoniert, Heidelberg: Carl-Auer Verlag, Preis: 29,95 €, ISBN 978-3-8497-0079-9

Der weitaus größte Teil des Buches ist mit Hypnosetexten gefüllt. Sie beziehen sich auf Frage- und Problemstellungen, wie sie in der täglichen Praxis immer wieder zu finden sind: Lern- und Prüfungsprobleme, Störungen der Selbstorganisation, Burnout, Depression, sexuelle Störungen, Essstörungen, immunologische u.ä. Erkrankungen, Schlafstörungen, Krebserkrankungen, chronischer Schmerz - das sind die Themen, für die die Autorin hypnotherapeutische Handreichungen gibt. Zu jeder der genannten Störungen/Problemstellungen werden nicht nur eine, sondern mehrere Hypnosetexte

geliefert. Sie spezifizieren konkrete Frage-/Aufgabenstellungen, die der Patient in die Therapiesitzungen bringt oder sich aus dem psychotherapeutischen Verlauf ergeben. Insgesamt liegen mit der Textsammlung Vorlagen vor, die eine fortgesetzte, vertiefte hypnotherapeutische Arbeit ermöglichen.

Vielen Texten ist jeweils die Intention für die nachfolgenden Suggestionen vorangestellt. Das hilft der Hypnotherapeutin oder dem Hypnotherapeuten, allfällige Interventionen überlegter und gezielter anzuwenden als lediglich überwiegend fühl-denkerisch zu operieren.

Ziemlich kurz und unreflektiert ist allerdings der einführende Teil des Buches. In 2 Kapiteln werden Fehlerquellen, Ziele, Qualitätsüberlegungen einer Hypnose und die Beziehungen zwischen Kompetenz und Intuition abgehandelt. Der Autorin reichen dafür schlappe 27 Seiten, um das zu vermitteln, was gemäß ihrer Überzeugung eine gute und richtige Hypnose kennzeichnet. Es werden "typische Fehler und Missverständnisse bzgl. Form und Inhalt einer Hypnoseanleitung" (S. 9) aufgelistet.

In zweierlei Hinsicht setzt sich die Autorin vom mainstream der Hypnotherapie ab: Ihre Texte enthalten durchgängig eine Fülle von direkten Suggestionen. Eine Begründung dafür fehlt, weshalb die Autorin Abstand nimmt von indirekten Suggestionen. Den Leser werden einige Zweifel befallen, ob er beispielsweise Texte anbieten kann wie sie in den Folgeseiten ab 144 mitgeteilt werden. "Du hast großes Talent, das Leben mit Humor zu betrachten ... ... Du kommst zum Strahlen ... dein ganzes Ich ist erfüllt vom Gefühl: Paradise ist now ..." Oder: "... Und durch diese kleine Stelle an deiner Stirn hier ... fließt diese schillernde ... farbige ... lichtdurchflutete ... ... nährende Infusion in dich hinein ..." (S. 177).

Die zweite, keineswegs als selbstverständlich zu bezeichnende Erwartung, bezieht sich auf das Primat von Verben gegenüber Substantivierungen in den Hypnosetexten. Es wird behauptet, dass unser Verstehen in Trance immer wörtlich und kindhaft ist (S. 20). Implizite informationsverarbeitende Prozesse sind weitaus komplexer als sie mit diesen beiden Attributen hinreichend beschrieben werden könnten. Nicht durch Behauptungen und persönliche Überzeugungen kann belegt sein, ob direkte oder indirekte Suggestionen per se hilfreicher und effizienter die Anliegen von Patienten realisieren. Wohl aber ist zu fragen, welchen evaluativen Stellenwert die in fantasievollen Hypnosen gegossenen Glaubenssätze der Autorin haben.

Ein Literaturverzeichnis mit lediglich 8 Angaben, in dem 7 Eigenzitierungen sind, zeigt, dass Evaluation und wissenschaftsbezogenes Vorgehen in dem Buch ohne Bedeutung sind. Wer den vorliegenden Text als Lehrbuch bezeichnet (S. 9), sollte wissen, wodurch ein solches gekennzeichnet ist.

O. Berndt Scholz (Bonn)

 © www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München