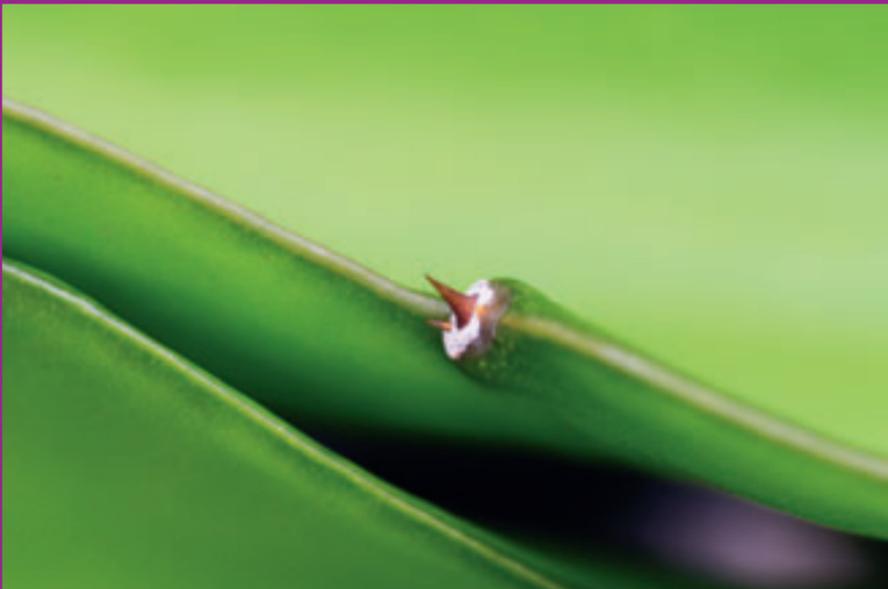


Jochen Peichl

# Innere Kinder, Täter, Helfer & Co

Ego-State-Therapie des  
traumatisierten Selbst





## ZU DIESEM BUCH

Früh und komplex traumatisierte Menschen fühlen sich häufig in viel stärkerem Maße als andere Menschen als »multiple« Persönlichkeiten. Ihr Selbst zerfällt – bewusst oder unbewusst – in die unterschiedlichsten Teilpersönlichkeiten. Täterintjekte stehen neben dem verletzten kleinen Kind, Helferpersönlichkeiten koexistieren mit Opferanteilen. Wie diese Spaltung zustande kommt, wie sie funktioniert und wie mit den Persönlichkeitsanteilen gearbeitet werden kann, zeigt der Autor in diesem Buch. Die Ego-State-Theorie nach Helen und John Watkins bietet hierzu die konzeptuelle Grundlage. Am Ende einer gut durchgeführten Traumatherapie mit Ego-State-Ansatz kann ein besser integriertes, und damit gestärktes, Selbst stehen, das schlimme Erfahrungen aus der Vergangenheit lebensgeschichtlich einordnen kann.

*Dr. med. Jochen Peichl* war Oberarzt an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Nürnberg; Weiterbildung u. a. in Traumazentrierter Psychotherapie und Ego-State-Therapie; aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Borderline-Störungen, Trauma-assoziierte und dissoziative Störungen.

Jochen Peichl

# Innere Kinder, Täter, Helfer & Co

Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst

Klett-Cotta

# Leben Lernen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2007 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlag: Roland Sazinger

Unter Verwendung eines Fotos von © Stephan von Mikusch / fotolia.com

Datenkonvertierung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89166-9

E-Book: ISBN 978-3-608-10385-4

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20285-4

Dieses E-Book entspricht der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

Einleitung: Wohin geht die Reise? .....	9
<b>1. Was Menschen Menschen antun können .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Das ödipale Dilemma .....</b>	<b>25</b>
2.1 Ein eindrucksvolles Beispiel: Kernberg spricht mit einer Patientin .....	25
2.2 Unklare Begriffe .....	29
<b>3. Die Selbst-Familie oder der Ego-State-Ansatz nach Watkins .....</b>	<b>37</b>
3.1 Das multidimensionale Selbst .....	37
3.2 Spurensuche .....	39
3.3 Über Freud hinaus: Paul Federn und Edoardo Weiss .....	41
3.4 Ego-State-Theorie: John and Helen Watkins .....	44
3.5 Wie entstehen Ego-States? .....	48
3.6 Die Vorteile der Ego-State-Therapie .....	54
<b>4. Die Innenwelt der Ego-States .....</b>	<b>60</b>
4.1 Der sogenannte Normalfall .....	60
4.2 Ego-States – der Versuch einer funktionalen Beschreibung .	62
4.3 Unterschiedliche Kategorien von Ego-States .....	65
4.3.1 Ego-States, die der Anpassung dienen .....	65
4.3.2 Introjekte .....	67
4.3.3 Traumabezogene Ego-States .....	69

<b>5.</b>	<b>Dissoziation und Multiple Persönlichkeit.</b> . . . . .	75
5.1	Dissoziation . . . . .	76
5.2	Die Kaskade der Stressbewältigung . . . . .	78
5.3	Dissoziation, Traumaerfahrung und die Folgen . . . . .	82
5.4	Dissoziative Identitätsstörung: ein kurzer Abriss . . . . .	84
5.4.1	Ist die Dissoziation eine Krankheit? . . . . .	87
5.4.2	Zum Verständnis der einzelnen Teile des Selbst . . . . .	90
<b>6.</b>	<b>Die traumatisierte Selbstfamilie der Borderline-Patienten.</b> . . . . .	95
6.1	Borderline-Störung: was man davon wissen sollte . . . . .	96
6.2	Jeffrey Young: Kategorien der Ego-States bei den Borderline-Patienten . . . . .	98
6.3	Elizabeth Howell: eine spezielle psychische Organisation der Ego-States bei Borderline-Patienten . . . . .	103
6.4	Hypoarousal/Hyperarousal und die Opfer/masochistisch- und Täter/hasserfüllt-States bei Borderline-Patienten . . . . .	105
<b>7.</b>	<b>Die Bildung und Funktion traumabasierter Ego-States.</b> . . . . .	109
7.1	Die Identifikation mit dem Täter oder die Entstehung traumabezogener Ego-States. . . . .	112
7.2	Über Täter- und Opferintrojekte . . . . .	113
7.3	Die desorganisierte Bindung. . . . .	117
7.4	Die Strukturelle Dissoziation nach Ellert Nijenhuis . . . . .	122
7.4.1	Der emotionale Persönlichkeitsanteil: EP . . . . .	125
7.4.2	Der »anscheinend normale« Teil der Persönlichkeit . . . . .	126
7.4.3	Die Dimensionen der Strukturellen Dissoziation . . . . .	128
7.4.4	Das Handlungssystem, die masochistische und sadistische Abwehr . . . . .	129
7.5	Die inneren Verfolger: Fremdkörper im Selbst oder innere Helfer? . . . . .	134

7.5.1	Der innere Verfolger, Typ 1: das radikale Helfer-Ego-State. ....	137
7.5.2	Der innere Verfolger, Typ 2: das Täterintrojekt (täteridentifiziert) .....	139
7.5.3	Der innere Verfolger, Typ 3: aggressive Ego-States...	140
7.5.4	Der innere Verfolger, Typ 4: Mittäterintrojekte (täterloyal).....	142
7.6	Die Schutzfunktion der Täterintrojekte nutzen .....	143
<b>8.</b>	<b>Der sadistische und der nicht sadistische Täter .....</b>	<b>145</b>
8.1	Die Verhaltensstrategie nicht sadistischer Täter .....	146
8.2	Die Verhaltensstrategie sadistischer Täter .....	149
8.3	Die Entstehung unterschiedlicher Opfer- und Täterintrojekte .....	154
8.3.1	Ego-State-Bildung bei nicht sadistischem Missbrauch .....	155
8.3.2	Ego-State-Bildung bei sadistischem Missbrauch ....	156
<b>9.</b>	<b>Die Praxis der Ego-State-Therapie: die Grundprinzipien von Brücke, Verschiebung und innerem Dialog .....</b>	<b>159</b>
<b>10.</b>	<b>Die Behandlungstechnik der Ego-State-Therapie bei traumabasierten Störungen .....</b>	<b>168</b>
10.1	Grundlegende Techniken der Ego-State-Therapie .....	169
10.1.1	Nicht hypnotische Techniken.....	172
10.1.2	Hypnotische Methoden des Zugangs .....	174
10.2	Kontaktaufnahme mit Ego-States .....	176
10.2.1	Ins System hineinsprechen.....	176
10.2.2	Einen Ego-State heraufzurufen .....	178
10.3	Die Planung der Behandlung traumabasierter Störungen nach dem SARI-Modell.....	179

10.3.1	Die Phase der Sicherheit und Stabilisierung . . . . .	181
10.3.2	Schaffung eines Zugangs zum Traumamaterial und den damit verbundenen Ressourcen. . . . .	191
10.3.3	Die Auflösung der traumatischen Erfahrungen . . . . .	200
10.4	Integration der Traumaerfahrung in den Selbst- und Weltentwurf . . . . .	208
<b>11.</b>	<b>Spezielle Techniken der Ego-State-Therapie: Umgang mit Quälgeistern, inneren Verfolgern und Täterintrojekten . . . . .</b>	<b>215</b>
11.1	Schurkenschrupfen . . . . .	215
11.2	Innere Stimmen und die Bearbeitung ich-syntoner Über-Ich-Botschaften . . . . .	218
11.3	Traumatische Introjekte: täteridentifizierte oder täterloyale Ego-States . . . . .	220
11.3.1	Umgang mit täteridentifizierten Ego-States . . . . .	223
11.3.2	Arbeit mit täterloyalen Introjekten . . . . .	225
11.3.3	Umgang mit aggressiven Reaktionen auf das Trauma . . . . .	228
<b>12.</b>	<b>Ausblick: meine Ego-State-Philosophie . . . . .</b>	<b>230</b>
	<b>Anhang 1–4 . . . . .</b>	<b>233</b>
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>238</b>

»Jeder von uns ist mehrere, ist viele, ist ein Übermaß an Selbsten.  
Deshalb ist, wer seine Umgebung verachtet,  
nicht derselbe, der sich an ihr erfreut oder unter ihr leidet.  
In der weitläufigen Kolonie unseres Seins  
gibt es Leute von verschiedenster Art,  
die auf unterschiedliche Weise denken und fühlen.«

*Fernando Pessoa, 1932*

aus: Das Buch der Unruhe. Fischer Taschenbuch Verlag 2006

## Einleitung

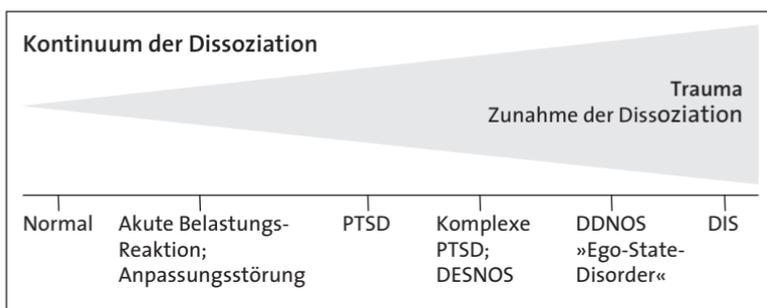
### Wohin geht die Reise?

In einem nagelneuen Reiseführer über Deutschland, einer Art Überlebenshandbuch für unser Land in Zeiten der Fußballweltmeisterschaft, welches in New York bei Barnes & Nobels stapelweise herumlag, konnte man lesen: »Seien Sie nicht überrascht, dass der Deutsche sich nicht so kleidet, wie Sie es vielleicht erwarten, Lederhosen und Hüte mit Gamsbart werden Sie im Alltag kaum finden – Deutsche ziehen sich einfach nicht oft wie Deutsche an.« Dieses Leseerlebnis über *den* Deutschen, der sich weigert, deutsch zu sein, fiel mir assoziativ ein, als ich darüber nachdachte, was eigentlich *das* Trauma, *der* Traumapatient und *die* Traumafolgestörung sind, von denen hier in diesem Buch die Rede sein soll. Das Mindeste, was man für einen komplexen Sachverhalt tun kann, ist, ihn differenziert zu betrachten – und zu sagen, was und wen man genau meint, wenn man etwas meint.

Dieses Buch entstand im Erfahrungsfeld klinischer Arbeit, und sein Inhalt verdankt sich denen, die mir von ihrem Leid, von frischen und vernarbten Verwundungen berichteten und mich teilhaben ließen an den Anstrengungen, weiter zu leben oder überhaupt zu überleben. Somit war der Einfall mit dem Überlebenshandbuch gar nicht so falsch.

Besonderes Augenmerk habe ich in diesem Buch auf die Therapie von Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung ge-

legt, aber auch auf den therapeutischen Umgang mit Patienten, die bisher provisorisch unter die Kategorie »Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störungen« subsumiert wurden. Damit Sie als Leser genauer einschätzen können, für welche Gruppe von Patienten ich die Anwendung der Ego-State-Methode als hilfreich empfinde, möchte ich diese Patienten und ihre Kartierung in der Diagnosenlandschaft näher beschreiben. Viele Ideen und Techniken der Behandlung, die ich vorstelle, werden seit Jahren erfolgreich bei der Therapie der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) – vormals Multiple Persönlichkeit – eingesetzt. Obwohl dieses Buch nicht als Anleitung zur Therapie von DIS-Patienten geschrieben wurde, soll diese Patientengruppe als extreme Ausformung eines diagnostischen Spektrums gesehen werden, dessen anderer Pol die »Alltagsneurose« von uns Normalos darstellt. Das Organisationsprinzip dieses Spektrums ist die Dissoziation, und angelehnt an Ross (1989) stelle ich mir das Kontinuum mehr oder weniger klar gegliedert so vor:



**Abbildung 1:** Dissoziationskontinuum und diagnostische Zuordnung

Die Idee des multidimensionalen Selbst, wie es die Ego-State-Theorie nach John und Helen Watkins uns anbietet, soll über das gesamte Spektrum gelten, und deshalb halte ich diesen Therapieansatz auch für geeignet, unser Denken und Tun im gesamten Bereich der Psychotherapie nachhaltig zu beeinflussen.

*Für welche Patienten ist dieser Ansatz besonders geeignet?*

Im klinischen und ambulanten Bereich treffen wir auf Menschen, die unter den Symptomen der klassischen Posttraumatischen Belastungs-

störung (PTBS) leiden (plötzlich einschließende, quälende Erinnerungen an das Trauma, Symptome der Übererregung und Gefühle des Betäubtseins), daneben auf Patienten, die nach chronischer Traumatisierung, zumeist in der frühen und/oder späten Kindheit, unter einer komplexen Form der PTBS leiden, die im amerikanischen Sprachgebrauch als »DESNOS« – »Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified« bezeichnet wird<sup>1</sup>. Es ist mittlerweile sehr wahrscheinlich, dass für Patienten dieser Gruppe, in der nächsten Fassung DSM-IV, eine eigene Diagnose-Kategorie geschaffen wird, nämlich die »komplexe Posttraumatische Belastungsstörung«.

*Welche Patienten sind in dieser diagnostischen Schnittmenge zu erwarten?*

Als komplexe PTBS bezeichnen wir ein psychisches Krankheitsbild, das sich infolge schwerer, oft anhaltender Traumatisierung (z. B. Misshandlungen oder sexueller Missbrauch, physischer und/oder emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit, existenzbedrohende Lebensereignisse) entwickeln kann. Es entsteht entweder in zeitlicher Nähe zur erfolgten Traumatisierung oder aber in zeitlicher Verzögerung nach Monaten und Jahrzehnten. Im Unterschied zur PTBS ist es durch ein breites Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Symptombildungen gekennzeichnet, die über einen längeren Zeitraum persistieren. Der Begriff komplexe PTBS wurde erstmals von Judy Herman (1994) in der anglo-amerikanischen Literatur beschrieben und wird zunehmend in deutschsprachigen Publikationen benutzt, um traumaassoziierte Borderline-Störungen zu beschreiben. Der dieser Krankheitsentität verwandte Begriff im ICD-10 ist die »Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung« F62.0, eine Kategorie, die wegen der ICD-Definition der Art des erlittenen Traumas (KZ-Aufenthalt, Folter usw.) nur für wenige Patienten geeignet erscheint. Zur Symptomatik der komplexen PTBS siehe Tabelle 0-1 auf S. 12.

Wie wir sehen, zeigen die Symptome der DESNOS vielfältige Überschneidungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und zu dissoziativen Störungen, ohne mit ihnen identisch zu sein. Da ich die

---

<sup>1</sup> Ich verwende die Begriffe DESNOS und DDNOS aus dem DSM-IV im englischen Original.

1. Störungen der Affekt- und Impulsregulation:
  - a. Umgang mit Wut und Ärger
  - b. Suizidalität
  - c. Autodestruktives Verhalten
  - d. Störung der Sexualität
  - e. Exzessives Risikoverhalten
2. Veränderung des Bewusstseins
  - a. Amnesien
  - b. Dissoziative Episoden
  - c. Depersonalisation
3. Veränderung der Selbstwahrnehmung
  - a. Ineffektivität
  - b. Schuldgefühle
  - c. Scham
  - d. Isolation
4. Beziehungsregulation
  - a. Problem zu vertrauen
  - b. Reviktimisierung
  - c. Viktimisierung anderer Personen
5. Somatisierung
  - a. Chronische Schmerzstörung
  - b. Konversionsprobleme
  - c. Somatisierungsstörungen
6. Veränderung der Weltsicht
  - a. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
  - b. Verlust von »basic beliefs«

**Tabelle 1:** Die Symptomatik der komplexen PTBS

Traumagenese nur für einen Teil der BPS für relevant halte – ein anderer Teil der Varianz wird durch konstitutionelle Faktoren bestimmt –, verwende ich DESNOS nur synonym für die Kategorie der BPS, deren Ätiopathologie auf traumatische Erfahrungen der frühen und späteren Kindheit oder Adoleszenz basiert.

Eine weitere bedeutende Diagnosegruppe, der ich im klinischen Alltag begegnet bin und mit der ich erfolgreich mit dem Ego-State-Modell gearbeitet habe, sind Menschen mit der Diagnose »Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung«, im DSM-IV als DDNOS bezeichnet (**D**issozicitive **D**isorder **N**ot **O**therwise **S**pecified).

Diese Kategorie ist für Störungen konzipiert, deren Hauptsymptomatologie aus dem Bereich chronischer dissoziativer Störungen stammt

(d. h. eine Unterbrechung an integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt), die aber die vollständigen Kriterien irgendeiner der dissoziativen Störungen nicht erfüllen. Typische Beispiele laut DSM-IV für diese »Sammelgruppe« sind Fälle, die der dissoziativen Identitätsstörungen sehr ähnlich sind, aber keine eindeutig abgrenzbaren Identitätszustände zeigen (Typ 1 a) oder eine Amnesie für wichtige persönliche Informationen fehlt (Typ 1 b). Der Vollständigkeit halber nenne ich noch Fälle von Derealisation ohne gleichzeitige Depersonalisation (Typ 2), Zustände nach massiven Zwangsmaßnahmen wie Gehirnwäsche, Indoktrination usw. (Typ 3) und dissoziative Trancezustände (Typ 4). Für uns relevant sind Patienten aus dem dissoziativen Symptomspektrum Typ 1 a und 1 b.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, in dieser DDNOS-Gruppe zwei phänomenologisch beschreib- und unterscheidbare Lebensbiografien und innerpsychische Funktionsmechanismen von Patienten zu unterscheiden.

Die **erste** Gruppe hat Michaela Huber mit ihrem »Korken-auf-der-Flasche«-Modell beschrieben (2003a, S. 124 ff.). Es sind überwiegend Patientinnen, die bislang im Alltag (Beruf, Familie, Freizeit) gut »funktionierten«, die uns berichten, dass sie kaum Erinnerungen an die Kindheit hätten, und wenn, dann wäre »eigentlich alles o.k.«. Der Zusammenbruch einer Patientin vor ein paar Wochen nach dem Tod der Mutter sei »eigentlich völlig unerklärlich«, aber es sei schon komisch, dass die Kindheit ihr wie ein »leerer Raum« erscheine und sie innerlich keinen Bezug zu sich und den Menschen damals bekomme. Häufig finden sich in diesen Biografien sehr dramatische und traumatische Erfahrungen in der Frühzeit der Entwicklung (Verlusterlebnisse, frühe Heim- und/oder Krankenhausaufenthalte, Gewalterfahrungen usw.), für die Amnesie besteht. Die Erinnerung beginnt ab dem Moment, wo die traumatische Entwicklung endet und ein neuer Lebensabschnitt beginnt. Klassisch ist z. B. der Fall jener Patientin, bei der ihre Mutter im elften Lebensjahr der Patientin es endlich schafft, sich von dem alkoholkranken gewalttätigen Ehemann zu trennen und ein liebevoller Stiefvater eine zweite Entwicklungschance bietet. Die sich jetzt ausbildende kompetente Alltagspersönlichkeit sitzt symbolisch wie der Korken auf der Flasche, und die bösen Geister von früher bleiben darin gefangen – bis zu dem Moment, wo die Patientin durch den Tod der

Mutter erschüttert wird und der Korken aus der Flasche fliegt, schreibt Michaela Huber. Dieses Vergessen der traumatischen Erfahrungen ist nicht durch Verdrängung im psychoanalytischen Sinne entstanden, sondern durch Dissoziation, und deshalb ist die Annahme einer chronischen Dissoziation auch gerechtfertigt. Diagnostiziert werden bei diesen Patienten aber fälschlicherweise neurotische Störungen, Anpassungsstörungen, pathologische Trauerreaktion, da man als Erstuntersucher von den konfliktpathologischen Elementen einer reiferen Ich-Struktur ohne »Frühstörungsanteil« und der Alltagskompetenz der Patientin überzeugt ist.

Eine **zweite**, klinisch relevante Gruppe unter dem Dach der DDNOS-Kategorie beschreibt Menschen, für die sich die anglo-amerikanische Diagnose »Ego State Disorder« (ESD) zunehmend einbürgert. Auch diese Gruppe ist ebenso wie die oben beschriebene noch nicht wissenschaftlich exakt definiert, es gibt aber erste Anhaltspunkte. Hilfreich dabei sind die Vorschläge von Paul Dell (2001), zur Vereinfachung das dissoziative Spektrum in einfache und komplexe dissoziative Störungen einzuteilen, das Erstere wäre durch *teilabgespaltene* Selbstzustände (DDNOS Typ 1) charakterisiert, das Zweite durch *vollabgespaltene* Selbstzustände (DIS) (Zusammenfassung bei Ursula Gast 2004a, S. 34 ff.).

Wenn Sie in der Praxis auf eine ausführliche Diagnostik, z. B. mit den SKID-D (Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen), verzichten wollen, dann möchte ich Ihnen dennoch einen Kurztest von Alan Marshall empfehlen, den ich im Internet gefunden und ins Deutsche übersetzt habe. Dieser Fragebogen ist nicht standardisiert und befindet sich im Anhang dieses Buches (Anhang 1<sup>2</sup>).

Eine Patientin mit der Diagnose ESD zeigt zwar unterscheidbare Ego-States, mit mehr oder weniger filigraner Ausgestaltung der einzelnen Selbst-Anteile (Alter, Name, Entwicklungsgeschichte und Funktionen), aber die Person ist insoweit integriert, dass die States zueinander nicht amnestisch sind, sie als nicht getrennt von der eigenen Person erlebt werden und ein Switchen zwischen den States sich nicht markant inszeniert – ganz im Gegensatz zur dissoziativen Identitätsstörung.

---

<sup>2</sup> Alle Tests und Arbeitsblätter dieses Buches können Sie in Originalgröße von meiner Homepage <http://www.Jochen-Peichl.de> herunterladen.