

Ego-State-Therapie der Sucht

Die systemische Arbeit auf der „inneren Bühne“ bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit Suchterkrankungen

Frank M. Fischer

Zusammenfassung

Beschrieben wird die therapeutische Arbeit in einem stationären Setting mit einer Jugendlichen mit schwerer Suchtmittel-Abhängigkeit und Dissoziation. Exemplarisch soll aufgezeigt werden, wie wichtig die systemische Arbeit mit Ich-Anteilen auf der „inneren Bühne“ sein kann, um sogenannte „Systemsprenger“ erreichen zu können.

Schlüsselwörter: Suchttherapie, Ego-States, Dissoziation, innere Anteile

Abstract

Ego-State Therapy of Addiction

Systemic work on the “inner stage” with traumatized children and adolescents with addictive disorders

The therapeutic work with an adolescent with severe addiction and dissociation is described. By given examples it will be shown how important the systemic work with ego states can be on the “inner stage” in order to be able to reach so-called “systemic disruptors.”

Keywords: addiction therapy, ego-states, dissociation, inner parts

Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen sind besonders gefährdet, schwer abhängig zu werden. Es fällt ihnen schwer, sich in einer therapeutischen Beziehung sicher zu fühlen, weil die frühe Traumatisierung zumeist mit einer Bindungsstörung einhergeht und diese bei Chronifizierung nicht selten in eine dissoziative strukturelle Störung der Persönlichkeit (Ego-State-Disorder, Dissoziative Identitätsstörung) mündet. Die Therapie wird dadurch erheblich erschwert, Abbrüche und Therapievermeidung sind die Folge. Diese Jugendlichen gelten meist als „Systemsprenger“¹

1) Das Wort „Systemsprenger“ wird hier kritisch gebraucht und steht daher in Anführungszeichen: Der Autor empfindet dieses Wort Kindern gegenüber als stigmatisierend, wenngleich der Begriff durchaus seinen Sinn erfüllt, nämlich das Verhalten von Kindern und Jugendlichen treffend zu bezeichnen, die mit keiner Jugendhilfemaßnahme zu erreichen sind, weil sie alle Beziehungen zerstören und sich nicht helfen lassen. Allerdings erreicht dieser Begriff keine echte funktionelle Tiefe, sondern beschreibt nur die Sichtbarkeit einer Interaktion. Die Wahrheit, dass diese Kinder selbst durch ein (Familien)System in Persönlichkeitsanteile „gesprengt“ wurden, d.h., sie reinszenieren nur das, was sie selbst im Bindungssystem traumatisch erlebt haben und was sie auf ihrer „inneren Bühne“ als Dissoziation immer wieder durchspielen müssen, ohne eine Lösung zu finden.

und haben eine sehr schlechte Prognose. Umso wichtiger ist, dass erkannt wird, wie auf der neurobiologischen Ebene der Ich-Anteile (Ego-States) die verschiedenen motivationalen Systeme (Belohnungssystem, Bindungssystem und das Angst-Stress-System) zusammenspielen. Wird dieser systemisch-dynamische Zusammenhang therapeutisch berücksichtigt, lassen sich z. B. Methoden der Traumatherapie auch auf Symptome der Suchtstörung anwenden. Das Verstehen der neurobiologischen Funktion von Ego-States (Ich-Anteilen, vgl. Watkins u. Watkins 2003) als voneinander abgespaltene Netzwerke ist meiner Ansicht nach zentral für die Weiterentwicklung der Suchttherapie bei abhängigen Jugendlichen und soll hier am Fallbeispiel einer Patientin mit einer schweren Abhängigkeitsstörung und einer dissoziativen Identitätsstörung exemplarisch verdeutlicht werden. Die Patientin wurde auf unserer Suchttherapiestation für Kinder und Jugendliche „Teen Spirit Island“ des Kinderkrankenhauses auf der Bult in Hannover aufgenommen, nachdem sie mehrere Jugendhilfeeinrichtungen aufgrund ihres Drogenkonsums und ihrer sozialen Destruktivität wieder verlassen müssen. Anhand des Nachvollzugs ihrer Therapie soll exemplarisch gezeigt werden, wie wichtig die systemische Arbeit mit Ich-Anteilen auf der „inneren Bühne“ ist, um sogenannte „Systemsprenger“ erreichen zu können.

Warum abhängige Jugendliche wenig Hilfe suchen und finden

Jugendliche mit Suchterkrankungen haben es nach wie vor schwer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sie finden dort in der Regel keinen Platz. Rückfälle in den Drogenkonsum und das schwierige Sozialverhalten machen die Therapie zu einer Herausforderung. Süchtige Jugendliche werden zudem immer noch wenig in ihrer Erkrankung akzeptiert, sondern eher als sozial schwach, manipulierend und dissozial² gesehen. Aber noch etwas lastet den Jugendlichen an: Ihr kompliziertes Bindungsverhalten und ihre Destruktivität sich selbst oder anderen gegenüber: Sie sprengen jedes soziale System, das versucht, sich ihrer anzunehmen. Sie wechseln ständig das Gesicht, wirken unberechenbar, sind aggressiv oder überangepasst und promiskuitiv oder enthemmt. Man weiß nicht, woran man bei ihnen ist. Der Grund dafür liegt oft in einer früh entstandenen Traumatisierung, die niemand mehr sehen und die auch von den Jugendlichen nicht erzählt werden kann. Diese Jugendlichen verstehen sich selbst nicht und haben keine Sprache für die Belastung und die innere Leere, die sie in der Sucht zu betäuben versuchen. Was sie ebenfalls nicht wissen: Die neurobiologischen und dynamischen Mechanismen von Sucht, Trauma und Bindungsstörungen ähneln sich und verstärken sich als Teufelskreise gegenseitig. Sie sind dieser „Programmierung“ des impliziten Gedächtnisses von Belohnung, Bindung und Angst/Stress hilflos ausgeliefert, weil die Erfahrungen sprachlich, mnestisch³

2) Dissozialität, lateinisch dis- = „un-“ und lat. socialis = „gemeinschaftlich“ (Anm. d. Red.; zur Diagnose „Dissoziation“ siehe auch Fußnote 6)

3) mnestisch: das Gedächtnis betreffend (Anm. d. Red.)

und kognitiv nicht erreichbar sind. Auf neurobiologischer Ebene bedeutet dies, dass die Persönlichkeitsanteile (Ego-States) auf verschiedene neuronale Netzwerke dissoziiert sind und jeweils sehr unterschiedliche Erfahrungen abgespeichert haben. Die unterschiedlichen Ich-Anteile werden von verschiedenen neuronalen Netzwerken repräsentiert. Die Klärung dieses Zusammenhangs wirkt sich vielfach auf das Verständnis der Sucht aus und gehört in der Therapie zu einer wesentlichen Strategie der Psychoedukation. Es werden neben den meist kindlichen Opfer-States, den ANPs (Anscheinend Normale Persönlichkeiten) und den Täter-Introjekten⁴ auch Helfer-States erkennbar: Und zu diesen zählt der Sucht-Anteil (der „innere Betäuber“⁵), der eine besondere Funktion hat und in dieser erkannt werden muss. Geschieht dies bei strukturell dissoziierten Personen nicht, wird die eigentliche Funktion des Suchtmittelkonsums nicht erkannt und die neuronale Repräsentation der Sucht als „Selbst-Betäubungsmittel“ bleibt von der Therapie unbeachtet (Fischer u. Möller 2018, Fischer 2021). Es geht also darum, z. B. in einer systemischen Aufstellung der dissoziativen Ego-States die Rolle des „inneren Betäubers“ zu identifizieren und in ihrem Gesamtzusammenhang der Dynamik aller Ego-States zu beschreiben. Auch hier gilt, was allgemein für die Suchtstörung lange schon behauptet wurde: Die Droge funktioniert als chemisches Dissoziationsmittel⁶ (Selbstbetäubung, Selbstmedikations-Hypothese nach Khantzian 1985) und ist somit in seiner Schutzfunktion erkennbar. Darüber hinaus zeigt sich hier aber auch, wie ähnlich Sucht- und Traumagedächtnis in systemischer Hinsicht funktionieren (van der Kolk 2016). Die verschiedenen Ego-States, die voneinander unabhängig agieren, haben unterschiedliche Handlungsmotivationen. Diese Ego-States stehen in Beziehung zueinander. Dies kann in einer Aufstellung visuell deutlich und spürbar werden. Hierbei kann deutlich werden, welche Bedeutung das traumatische Erleben für das Entstehen ihres Götrenntseins hat und welche Auswirkungen dies auf das Gesamtsystem hat. Daraus resultiert für die Therapie der Sucht zugleich die Möglichkeit, von den Erkenntnissen der Traumatherapie zu profitieren und umgekehrt.

4) Das Konzept der „Introjektion“ stammt aus der Tiefenpsychologie bzw. Objekt-Theorie der Psychoanalyse. Siehe hierzu auch Peichl 2007. Die für meine Begriffe sehr schlüssige Idee ist, dass Eigenschaften des Täters durch eine „Identifikation mit dem Angreifer“ im Moment des traumatischen Freezings als eigener Persönlichkeitsanteil dissoziativ im neuronalen Netzwerk abgespeichert werden (siehe auch Fischer 2021, Fischer u. Möller 2018).

5) Der Ego-State des „inneren Betäubers“ hat das Konzept der Selbstbetäubung abgespeichert und als „Lösungsstrategie“ für Probleme in sein Verhalten integriert. Situationen der Ohnmacht und Überforderung triggern diesen Sucht-Anteil und führen automatisch zu Suchtdruck und Rückfall.

6) Dissoziation – Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht laut ICD-10 in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von [...] Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. [...] Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse. Die Symptome können sich in enger Beziehung zu psychischer Belastung entwickeln und erscheinen oft plötzlich. Nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung sind hier eingeschlossen. (<https://www.icd-code.de/suche/icd-code/F44.-html?sp=Sdissoziative+>, 21.03.2022)

Tatsächlich zeigt sich, dass neben der Ego-State-Therapie auch viele andere Methoden der Traumabehandlung für die Sucht angewendet werden können (Fischer u. Möller 2018, Najavits 2002, Schäfer, Krausz 2006). Die Bindungsforschung ergänzt diesen Zusammenhang mit einem das Leben umspannenden, vorsprachlichen und dynamischen Fundament, indem sie verdeutlicht, dass die Erfahrung der Sicherheit von Bindungen die entscheidende Resilienz in Bezug auf Dissoziation und Trauma darstellt (Nachmias u. Gunnar 1996).

Es soll hier ein systemisch-integrativer Ansatz dargestellt werden, der sich seit vielen Jahren in der stationären und ambulanten Therapie unserer Klinik⁷ bewährt hat und weiterentwickelt wird (Fischer 2021). An einem Beispiel wird gezeigt, dass sich die Methoden der Sucht- und Traumabehandlung ergänzen und im systemischen Ansatz der Anteile-Arbeit das verbindende Konzept gefunden werden kann.

Ein typisches Fallbeispiel

Minnie (15) kam zu uns in die Suchtsprechstunde⁸, weil sie diverse Drogen konsumierte (Crystal Meth, Kokain, Speed, MDMA, Ecstasy, Cannabis, Alkohol etc.) und auf der Straße aufgegriffen wurde. Sie ging nicht mehr zur Schule, zog mit einer Mädchengang durch die Nacht, war abgängig, fiel durch Diebstähle, Sachbeschädigung, BTM-Verstoß⁹ und Körperverletzung auf. Das Jugendamt hatte offenbar keinen Einfluss, die alleinerziehende depressive Mutter schon lange nicht mehr. Die einzige Bindung hatte Minnie zu ihrer kleinen Schwester, für die sie sich verantwortlich fühlte und für die sie die Mutter-Ersatz-Rolle übernahm. Den massiven Drogenkonsum finanzierte sie durch nächtliche Straßenkämpfe, in denen sie unter Einsatz von erheblicher Gewalt gegen Jungs (häufig aus der rechten Szene) kämpfte und diese oft schwer verletzte. Sie selbst war ebenfalls schwer verletzt und auch sexuell missbraucht worden. Minnie beschrieb ihren psychischen Zustand während der Kämpfe wie eine massive traumatische Dissoziation: Während sie auf ihr bedrohliches Gegenüber losging, trat sie „aus ihrem Körper“ und betrachtete sich „von außen“, wie sie mit Füßen und Fäusten den eigentlich übermächtigen Gegner drangsalierte. Dabei erlebte sie keinerlei Schmerzen, sie war „wie betäubt“. Vor den Kämpfen konsumierte sie Drogen, die ihr eine zusätzliche Sicherheit im Rausch geben sollten. Im Kontakt wechselte Minnie zwischen verschiedenen Verhaltensweisen: Sie konnte lebhaft, freundlich und sozial sein, aber auch depressiv und antriebslos, klein und eingeschüchtert, aufbrausend, bedrohlich und gefühlskalt oder mütterlich und

7) Die Suchtherapiestation „Teen Spirit Island“ mit 18 stationären Plätzen ist Teil des Kinder- und Jugendkrankenhauses AUF DER BULT, Hannover. Siehe hierzu auch den Beitrag in diesem Heft Seite 29-42.)

8) In der einmal wöchentlich stattfindenden Suchtsprechstund können Jugendliche mit ihren Eltern erste Beratungsgespräche führen. Ziel ist es, erste Erkenntnisse über Art und Schwere der Erkrankung zu gewinnen, um zu klären, ob eine Indikation für eine stationäre Therapie besteht. (<https://www.tsi-hannover.de/konzept>, 21.03.2022)

9) Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (Anm. d. Red.)

beschützend. Die Beziehungsgestaltung wechselte je nach Zustand und ebenso die Sprache: Mal sprach sie langsam, wie im Schlaf. Dann wieder abgehackt und schneidend, wie von Wut zerstückelt. Mal sprach sie kindlich und leise, verängstigt oder naiv-verspielt. Dann wieder laut und aufbrausend oder sie verstummte und wurde mutistisch. Sie war für das Helfersystem, das versuchte, Brücken für sie zu bauen, ein Rätsel. Es war klar, dass man nicht an sie herankam, aber es war ebenso klar, dass man sie nicht einfach „da draußen“ herumlaufen lassen konnte.

Ego-State-Disorder und Dissoziative Identitätsstörung

Folgt man dem Dissoziationskontinuum der Traumafolgestörungen weiter in Richtung schwere „strukturelle Dissoziation“, findet man der Traumaforschung zufolge Störungsbilder, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Persönlichkeitsstruktur selbst immer mehr durch traumatische Erlebnisse in verschiedene Ich-Anteile (Ego-States) dissoziiert bzw. gespalten wird. Mit anderen Worten: Je häufiger und je früher ein kindliches Trauma stattfindet, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine „gespaltene“ (dissoziierte) Persönlichkeit entwickelt. Am extremen Ende der Skala befindet sich die sog. „Dissoziative Identitätsstörung“ (DIS), früher „Multiple Persönlichkeit“ genannt. D.h., bei einer frühen sequentiellen schweren und wiederkehrenden Belastung (körperliche Gewalt, seelische Grausamkeit, massive Ohnmacht, Angststress, sexueller Übergriff bis hin zum Missbrauch, aber auch Deprivation, das Fehlen emotionaler Nähe und Sicherheit) können sich verschiedene Ich-Anteile (Ego-States) entwickeln, die parallel nebeneinander existieren und je nach Situation (Außenreiz, Trigger) das Verhalten bestimmen oder wieder in den Hintergrund treten.

Dieses Phänomen nennt man Ego-State-Disorder. Gemeint ist also, dass es aufgrund von chronischen traumatischen Situationen zu einer Abspaltung von Ich-Anteilen (abgetrennten neuronalen Netzwerken) kommt, die aufgrund einer traumatischen „freezing“-Situation keinen Kontakt mehr haben zu anderen Anteilen (Nijenhuis u. van der Hart 2003). So springt die Betroffene zwischen diesen Netzwerken hin und her und zeigt sich mal freundlich, zugewandt, dann wieder kalt und unempathisch bis sadistisch oder grausam (Watkins u. Watkins 2003, Peichl 2007), je nachdem welche Ich-Anteile während der traumatischen Erlebnisse entwickelt wurden. Der Unterschied zwischen Ego-State-Disorder und DIS besteht darin, dass bei einer Dissoziativen Identität die Ego-States nichts voneinander wissen und es daher viele retrograde Amnesien¹⁰ gibt, nachdem die Ich-Anteile gewechselt sind. Bei einem Ego-State-Disorder wissen die Anteile noch voneinander und können miteinander in Kontakt treten. Dieser Unterschied ist sehr wichtig, auch wenn es um die Therapie

10) Eine retrograde Amnesie (lateinisch *retro*, ‚rückwärts‘; englisch *retrograde amnesia*) ist eine spezielle Form der Amnesie, bei der Personen nicht mehr in der Lage sind, sich an Geschehnisse vor einem bestimmten, meist traumatischen, Ereignis zu erinnern (https://de.wikipedia.org/wiki/Retrograde_Amnesie, 21.03.2022, Anm. d. Red.)

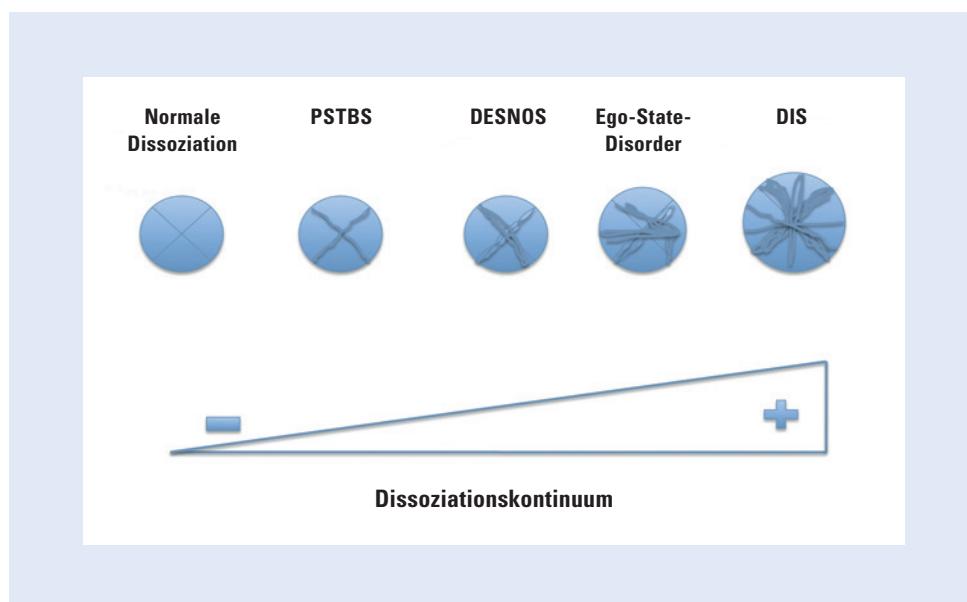


Abbildung 1 (Fischer 2018a)

geht. In der Therapie der DIS geht es darum, die Gesamtaufstellung der Ego-States überhaupt erstmal bewusst zu machen, da der bzw. die Betroffene ihren Ego-State-Wechsel gar nicht mitbekommt (Peichl 2007, Fischer 2021). Es gibt States, die noch klein und kindlich sind (Opfer-States), ebenso gibt es notgereifte (aus der Not heraus „überkompetente“, schnell erwachsen gewordene), sehr gut funktionierende, schlaue Anteile (ANPs) oder wie z. B. im vorliegenden Fallbeispiel straßenerprobte aggressive Anteile, die sich durchschlagen und die sich nichts gefallen lassen (Helfer-States) oder kalt und grausam sind (Täter-Introjekte). Zu den Helfer-States gehört auch der sogenannte „innere Betäuber“ (Fischer u. Möller 2018, Fischer 2021), der zur Selbstbetäubung durch Drogen aufruft, um die Angst oder die Schmerzen nicht mehr spüren zu müssen. Die Droge ist für den Betäuber-Anteil das Mittel, um die belastenden Erinnerungen (Intrusionen, Flashbacks¹¹) kontrollieren zu können (Fischer 2021). Die chemisch induzierte (hervorgerufene) Dissoziation durch das Suchtmittel überdeckt die durch das Trauma verursachte Dissoziation, wodurch die Illusion einer Selbstwirksamkeit entsteht: Der „innere Betäuber“ ist somit ein Helfer-

11) Der Begriff „Intrusion“ benennt das spontane Auftreten von belastenden Erinnerungen im Bewusstsein. Mit dem Begriff „Flashbacks“ sind plötzlich ins Bewusstsein einschießende, sehr belastende Erinnerungssequenzen gemeint, die szenisch das traumatische Ereignis erneut durchspielen und wie ein Film das traumatische Geschehen vor dem inneren Auge noch einmal ablaufen lassen. Es gibt einen Trigger (einen auslösenden Reiz), der die Flashbacks auftreten lässt.

State, der dann einspringen kann, wenn auf der inneren Bühne ein totaler Kontrollverlust des Systems droht. Dieser Kontrollverlust entsteht z. B. durch einen Trigger (einen Außenreiz), der das Gefühl Ohnmacht und Hilflosigkeit auslöst und damit einen Anteilswechsel in Gang bringt, der nicht bewusst geschieht, sondern automatisch, wie ein Notfallprogramm.

Die „innere Bühne“ aufstellen: Das innere und das äußere System

Was kann man nun tun, wenn man erkannt hat, dass das innere psychische System einer Patientin dissoziativ strukturiert und desorganisiert gebunden¹² ist? Betrachten wir noch einmal den oben genannten Fall von Minnie. Folgende Ego-States konnten beobachtet und im Laufe der Traumatherapie von Minnie selbst benannt werden:

- ▶ „die Klassensprecherin“ (ein ANP = „Anscheinend Normale Persönlichkeit“ mit starker Überanpassung und hohem Funktionsniveau, übernimmt Verantwortung für andere)
- ▶ „die Verkäuferin“ (ein weiteres ANP, immer freundlich lächelnd, aber manipulativ-unterwürfig, sich „verkaufend“, devot)
- ▶ „der Joker“ (kalt und grausam bei Begrenzung, sadistisch, Täter-Introjekt = hat Eigenschaften des Täters übernommen, ist grausam gegenüber anderen, verbündet sich mit der „Hexe“ und dem „Betäuber“, wenn es darum geht, im Straßenkampf gegen Nazis zu überleben)
- ▶ „Hexe“ (ebenfalls ein Täter-Introjekt, hat Erlebnisse aus der Bindung zur Mutter gespeichert, manipulativ, auf den eigenen Vorteil bedacht, schadenfreudig, ist grausam gegen sich selbst, neigt zur Selbstverletzung)
- ▶ „Schuldkind“ (Opfer-State = geschlagener, misshandelter Anteil, kleines Kind, das sich in der traumatisierenden Situation schuldig gefühlt, die Schuld auf sich genommen hat, um die Bindung zur Mutter nicht aufzugeben zu müssen, sehr regressiv)
- ▶ „Lostbaby“ (Opfer-State, ebenfalls kindlich, emotional verlorenes kleines Trennungs-Kind, bindungssuchend, aber konstant depressiv-regressiv)
- ▶ „Schreihals“ (Opfer-State, ebenfalls kindlich-regressiv, laut und nach Aufmerksamkeit schreiend, unempathisch, enthemmt, aufdringlich)
- ▶ „Kokainmädchen“ (Helfer-State = beschützender Anteil, nutzt Drogen als Selbstbetäubung, um die Destruktivität der Täter-Introjekte unter Kontrolle halten zu können und um suizidale Impulse zu dämpfen)
- ▶ „gute Freundin“ (Helfer-State, kennt das Konzept Freundschaft, fühlt sich verbunden mit anderen Gleichaltrigen, vor allem beim Drogenkonsum „dabei“)

12) Zum desorganisiert-desorientierten Bindungstyp vgl. z. B. Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.

- „Träumerin“ (Helfer-State, träumt sich in belastenden Situationen weg, hat die Fähigkeit zur Dissoziation für sich zur Tugend umfunktioniert, driftet in Phantasiewelten ab, um sich zu schützen)

Bringt man diese Anteile in eine Grafik und somit visuell in eine kommunikative Struktur, entsteht ein Bild, das man als „innere Bühne“ bezeichnen kann. Man versucht zunächst zu verstehen, welche Anteile überhaupt auf der „inneren Bühne“ auftreten und wie sie zueinanderstehen. Wichtig ist auch zu erkennen, welche Situationen bestimmte Anteile „triggern“, d.h., bestimmte Situationen rufen bestimmte Zustände hervor, in denen bestimmte Anteile je nach Situation aktiv werden oder passiv in den Hintergrund treten. Es ist wichtig für die Betroffenen, diese Trigger zu kennen, so dass man voraussagen kann, wie sie sich in spezifischen Momenten vermutlich verhalten werden. Somit lernen die Betroffenen, sich selbst besser einzuschätzen und sich auf bestimmte Situationen einzustellen. Für die Suchttherapie ist es besonders wichtig, die Rolle des Selbst-Betäubers zu verstehen und dessen Trigger zu kennen, um Maßnahmen gegen Situationen ergreifen zu können, die ansonsten unüberwindlichen Suchtdruck erzeugen. Gelingt es in der Arbeit mit Patient*innen wie Minnie nicht, Ego-States wie z.B. den „inneren Betäuber“ („Kokainmädchen“) in die Therapie einzubeziehen, wird sich am Suchtverhalten der Patient*innen nicht viel ändern. Prognostisch wird viel davon abhängen, ob es gelingt, dysfunktionale Anteile wie Täter-Introjekte oder Betäuber-Anteile in einen neuen gesamtsystemischen Zusammenhang zu integrieren. Das heißt konkret: Diese Anteile brauchen eine neue Aufgabe. Wie man diesen Ego-States eine neue, funktionale Aufgabe zukommen lässt, ist die Herausforderung der systemischen Arbeit auf der „inneren Bühne“ (Ego-State-Therapie, Watkins u. Watkins 2003). An Minnies Beispiel wird hier gezeigt, wie die „innere Bühne“ mittels Ego-State-Mapping spontan visualisiert werden kann (siehe Abbildung 2 auf der nächsten Seite).

Laut Forschungslage entstehen solche „strukturellen dissoziativen Störungen“ in der Kindheit bis zum 6. oder 7. Lebensjahr (van der Kolk 2016, Nijenhuis u. van der Hart 2003). Die durch traumatische Dissoziation entstandene „Aufstellung“ der Ego-States auf der „inneren Bühne“ führt dazu, dass dort ständig genau das reinszeniert wird, was sich in der traumatischen Situation / den traumatischen Situationen abgespielt hat bzw. wie und wann die Ich-Anteile dissoziiert und entstanden sind. Durch den realen Wechsel der Ego-States im Kontakt mit der Umwelt wird die Reinszenierung des Traumas der „inneren Bühne“ nach draußen gebracht und dort ausagiert, in den Beziehungen zu den Mitmenschen. Es ergibt sich ein spiegelbildliches Verhältnis zwischen dem System der Innen- und der Außenwelt. Es ist zudem typisch, dass eine betroffene Person ihre Anteile „nutzt“, um das zu erreichen, was sie will. Damit ist gemeint, dass sie unbewusst ihre Zustände so einsetzt, dass sie „durchkommt“. Die ganze Struktur dient dem Überleben. Minnie „nutzte“ es effizient, um sich in der Straßenszene gegen Geld als „Kampfweib“ durchzuschlagen, wobei sie die chemische und die traumatische Dissoziation ihrer Anteile nutzte, um nichts spüren

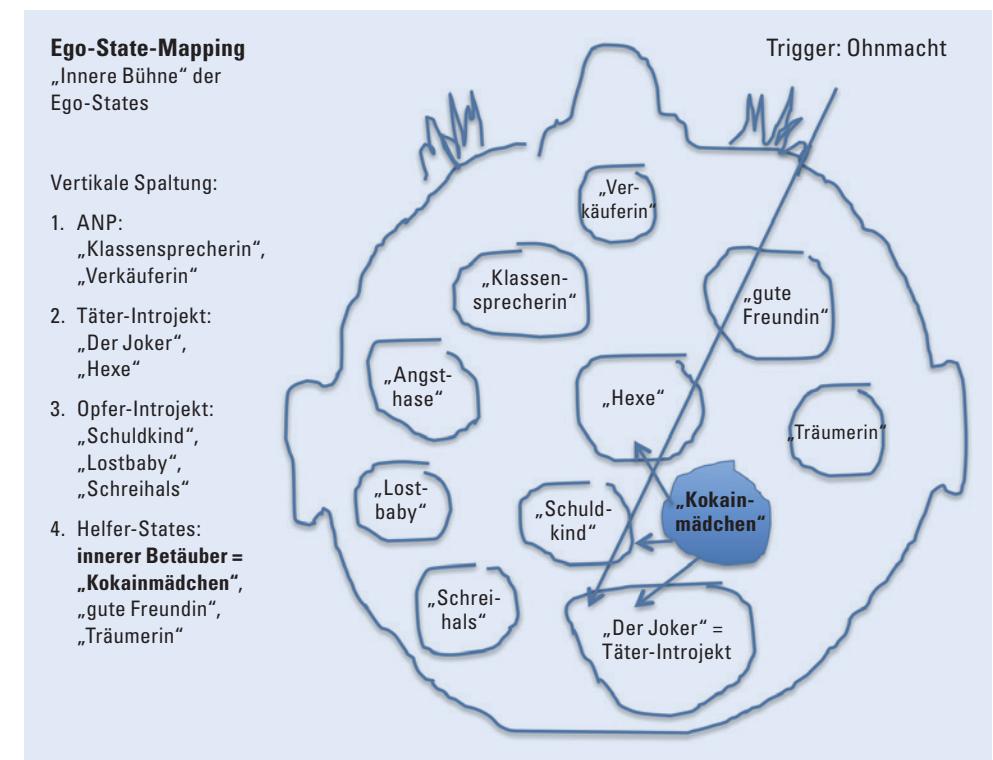


Abbildung 2 (Fischer, F. M. 2017)

zu müssen und um damit ihre grausamen bzw. kalt-empathischen Täter-Introjekte „ausleben“ zu können.

Das vom Täter dominierte Suchtsystem: Umgang mit den Täter-Introjekten und „inneren Betäubern“

Der Wechsel der Ich-Anteile wird vor allem dann augenfällig, wenn Jugendliche, die zuvor freundlich im Kontakt waren, unerwartet sadistisches und grausames Verhalten zeigen: Plötzlich wirken sie kalt, unempathisch, gewaltbereit, radikal und machtbewusst, obwohl sie sich kurz zuvor noch einem Menschen gefühlvoll zuwenden konnten. Diese Fähigkeit zur Empathie scheint mit einem Mal wie ausgeschaltet. Bei Traumapatient*innen liegt dann der Verdacht nahe, dass es sich um ein Täter-Introjekt handeln könnte, also um einen Ego-State, der die Eigenschaften des*der damaligen Aggressor*in in sich trägt und der aus einer kindlichen Identifikation mit dem* der* Angreifer*in entstanden ist. Um sich zu retten, versucht ein Kind den*die Täter*in zu verstehen und muss sich daher mit ihm identifizieren. Gleichzeitig ist

dies eine bedrohliche Situation, in der diese Identifizierung „eingefroren“ bleibt, abgespalten bzw. dissoziiert vom Rest der Persönlichkeit. Später kommt in getriggerten Situationen der Täter-Anteil wieder zum Vorschein. Bei Minnie traten im Laufe der Arbeit auf der inneren Bühne zwei Täter-Introjekte auf, die sie in einen Zustand absoluter Schmerzlosigkeit und sadistischer Grausamkeit brachten, den sie inzwischen für sich zu nutzen verstanden hatte. Sie traf sich nachts im verlassenen „Ihme-Zentrum“ (Stadtteil Linden in Hannover) mit Jungs aus der ultra-rechten Szene, um sich wie im Fight-Club zu prügeln. Es wurde Geld auf die Kämpfer gesetzt und Minnie verdiente viel, weil sie mit einer derartigen Kälte und Gnadenlosigkeit auf die Männer losging, dass diese irgendwann aufgaben. Sie hatte sich bald einen zweifelhaften Ruf erworben. Allerdings zahlte sie im Modus der strukturellen Dissoziation einen hohen Preis für ihre Kämpfe: Sie musste auf der „inneren Bühne“ ein Bündnis mit dem „inneren Betäuber“ („Kokainmädchen“) eingehen, das durch einen massiven Drogenkonsum dafür sorgte, dass auch die Täter-Introjekte stabil blieben, nicht doch etwas zu spüren begannen und dass der Zustand nach dem Kampf mit einer Euphorie und einem rauschhaften Zustand des Triumphs verbunden waren. Die Rolle des „Kokainmädchen“ war also, die Täter-Anteile „stark“ zu machen, sie in einen Rausch zu bringen, aber auch die anderen Anteile (innere Kinder, Opfer-States, kompetente Anteile, ANPs) mittels chemischer Dissoziation abzuschotten, so dass sie nichts mitbekamen vom Überlebenskampf, der sich im Ihme-Zentrum reiszenzierte. Die Anteile, die ansonsten mit Angst oder Flucht reagiert hätten, blieben im Rausch abgedämpft und ohnmächtig im Hintergrund. Es siegte die Grausamkeit und die Euphorie im Triumph mit den Mitteln des Drogenkonsums: Ohne den „inneren Betäuber“ bzw. das „Kokainmädchen“ wäre dieser Triumph nicht zu erreichen gewesen. Somit wurde dieser selbstbetäubende Anteil für Minnie zum Dreh- und Angelpunkt ihrer Selbstkontrolle und der Reiszenierung ihres kindlichen Missbrauchs als Sieg über den Täter mit Hilfe der Täter-Introjekte. Das gesamte Geschehen konnte als Versuch interpretiert werden, die Täter-Introjekte gegen sich selbst zu richten, indem sie sich im Außen-System Täter suchte, die sie mit Hilfe ihrer „inneren Täter“ besiegen konnte. Die äußere Bühne wurde ein Spiegelbild der inneren, der Rausch des Sieges allerdings blieb nur durch Hinzunahme von Drogen erreichbar. Im phänomenologischen Erleben blieb Minnie aber der kurze Moment einer Transzendenz: Sie erlebte für einen Augenblick die Möglichkeit der Rache und der Selbstwirksamkeit durch die Vernichtung ihrer Widersacher, die nur Stellvertreter waren für die Täter, die sie im Moment des Missbrauchs als Introjekte „in sich hineingeholt“ hatte.

Ego-State-Therapie als systemische Arbeit mit dem „inneren Betäuber“, den „Täter-Introjekten“ und den „inneren Kindern“

Für Minnie war das der entscheidende Punkt der Arbeit mit den Ego-States auf der „inneren Bühne“: Sich nach der Offenlegung der vielen Ego-States durch ihre Sichtbarwerdung (Visualisierung) und ihre Benennung darüber klar zu werden, welche Funktion (welchen „Sinn“) die jeweiligen Ego-States eigentlich erfüllen und ob das

Gesamtergebnis wirklich noch als Schutz funktioniert oder ob die Dynamik nicht insgesamt dysfunktional geworden ist. Mit anderen Worten: Führt die aktuelle Aufstellung auf der „inneren Bühne“ tatsächlich zu mehr Sicherheit oder wird nicht in Wirklichkeit ein Verhalten erzeugt, das die Betroffenen in den Untergang bzw. in die Selbstzerstörung treibt?

Das Konzept der Aufstellung dient dabei als Möglichkeit der Visualisierung von Beziehungen der Ego-States untereinander: Indem die Ich-Anteile z. B. als Figuren auf einem Familienbrett aufgestellt und zueinander positioniert werden, wird für die Betroffenen aus einer Meta-Perspektive erkennbar, dass die Ego-States eine Rolle in einem Gesamtsystem aus verschiedenen Persönlichkeitsanteilen haben. Es wird für die Betroffenen im Moment einer Externalisierung sichtbar, wie sehr die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Ich-Anteile mit den Motivationen der übrigen Anteile verbunden sind und dass jeder Ego-State eine Aufgabe in einem Gesamtsystem zu erfüllen hat, die dem Schutz der Person dient, die all diese Anteile in sich trägt. Somit ist die systemische Arbeit, also die Analyse der Positionen und Beziehungen der Ego-States untereinander, ein Spiegelbild der systemischen Aufstellung der Situation, in der sich die Betroffenen real im Moment des traumatischen Ereignisses befunden haben. Die Ego-States leben sozusagen noch in der Vergangenheit des traumatischen Ereignisses, weil sie (wie auf der systemisch darstellbaren Ebene sichtbar wird) die unterschiedlichen Motivationen und Verhaltensweisen abgespeichert haben, die damals im Moment des Traumas neuronal abgespalten und als dissoziierte Zustände gespeichert wurden. Die systemische Aufstellung macht diesen Moment symbolisch, interaktiv, aber auch in einem neurobiologischen Sinne erkennbar und bearbeitbar. Insofern ist die systemische Aufstellungsarbeit eine wichtige und hoch wirksame Ergänzung zu den bekannten Traumakonzepten (Fischer u. Möller 2018, Fischer 2021).

Nach der Aufstellung und Visualisierung der Ich-Anteile auf der „inneren Bühne“ mit Hilfe des Familienbretts wurde Minnie bald selbst deutlich, dass sie in ihrem Verhalten nicht frei war, sondern je nach Trigger ein anderes Verhalten zeigte, das auf eine traumatische Täter-Opfer-Dynamik und/oder auf eine frühkindliche Deprivation hinwies. Ihr erging es wie so vielen Jugendlichen auf unserer Station „Teen Spirit Island“: Sie sind selbst zu Täter*innen geworden oder sie geraten in den Sog einer Regression, die auf frühe traumatische Bindungserfahrungen hinweist und die sie auf der „inneren Bühne“ dazu „zwingt“, diese grausame Erfahrung immer wieder zu reiszenieren. Typischerweise gerät die Therapie in eine Krise, wenn man an diesen Punkt der Erkenntnis gelangt: Abbruchgedanken und Suchtdruck entstehen, die Tendenz zur Flucht in „alte“ Verhaltensmuster (Rückfall) ist übermächtig. An dieser Stelle der Therapie wird deutlich, dass oftmals das Ausmaß der Traumafolgestörung (das Ausmaß der Dissoziation) nicht von Anfang an zu erkennen war. Erst im Verlauf

zeigt sich (wie z.B. bei Minnie), dass nicht nur eine einfache oder komplexe PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), sondern eine auf frühkindlicher Traumatisierung beruhende strukturelle Dissoziative Störung der Persönlichkeit, das Suchtverhalten antreibt. Wie aber kommt man an ein Täter-Introjekt und ein „Kokainmädchen“ „heran“, wenn diese definitiv nicht kooperieren oder „verschwinden“ möchten?

Das ist genau der Punkt: Anteile können und sollen nicht verschwinden. Sie sind aus einem Überlebenskampf heraus entstanden, sie beschützen die Gesamtperson und werden nicht aufhören, das zu tun. Und genau das muss man ihnen sagen: Es geht in der Therapie *nicht* darum, Ego-States zum Verschwinden zu bringen. Genau davor haben Täter-Introjekte Angst und wehren sich gegebenenfalls gegen die Therapie, indem sie zu einem Therapieabbruch motivieren. Zuallererst muss man den Täter-Introjekten signalisieren: „Ist ok, dass du da bist, du bist wichtig gewesen. Aber jetzt brauchst du eine neue Aufgabe, weil sich die Situation verändert hat.“ Auch hier auf der „inneren Bühne“ gilt die systemische Haltung der Neutralität, Allparteilichkeit und Multiperspektivität (v. Schlippe u. Schweitzer). Dies fühlt sich im Kontakt mit Täter-Anteilen für Therapeut*innen oftmals fast unmöglich und auch gruselig an (man spürt einen heftigen inneren Widerstand, diese willkommen zu heißen), aber es ist der entscheidende Moment in der Ego-State-Arbeit mit Täter-Introjekten. Zur Verdeutlichung der Relevanz: Der als „Täter-Introjekt“ bezeichnete Anteil entsteht als Überlebensmechanismus durch eine Art Identifikation mit dem Angreifer. Will das Opfer überleben, muss es sich empathisch in ein sadistisches Gegenüber einfühlen, um zu verstehen, welche Anpassungsstrategie ein Überleben sichern könnte. Dabei werden Eigenschaften des Täters durch Introjektion (Hineinholen der Eigenschaften des Täters durch Identifikation als Versuch zu verstehen im Modus) ein abgespaltener Teil des Selbst (Freezing durch Überaktivierung des limbischen Systems/Amygdala und Dissoziation des Hippocampus) (Huber 1995). Dieser Teil ist später triggerbar, selbst- und/oder fremddestructiv, kalt, sadistisch, aggressiv und quälisch, aber bewusst nur schwer zugänglich. (Diese Seite trat bei Minnie deutlich zutage, als sie den Wunsch entwickelte, den Täter zu zerstören, der ihren Missbrauch zu verantworten hatte. Was ihr nicht bewusst sein konnte, war, dass sie damit auch den Teil in sich selbst zerstören wollte, der mit dem Täter identisch war. Und dieser wehrte sich dagegen und übernahm auf der „inneren Bühne“ die Führung: Minnie wurde bedrohlich und stieg aus dem therapeutischen Bündnis aus. Sie begann nach einer anfänglich motivierten Phase, in der sie sozial kompetent, aufgeschlossen, notgereift, kooperativ und reflektiert wirkte, in ihr verwahrlostes, bedrohliches Gang-Verhalten zurückzukehren. Sie legte ihre Mädchenkleidung (Röcke, Kleider, rosa T-Shirts und rosa Pullover) ab und trug Milieukleidung wie Trainingshosen, Bomberjacke, Militärstiefel und Nietenbänder. Die langen Haare verschwanden in einem verknoteten Zopf, die Kosmetik verblasste und das sonst mädchenhaft weiche Gesicht wurde hart und grob. Minnie sprach szenenah, sie benutzte andere Worte als sonst, jetzt provozierende, drohende, verletzende, ätzende, und wirkte dabei kampf-

bereit und distanziert. In der Gruppe spaltete sie (Idealisierung und Abwertung i.S.e. Borderline-Verhaltens), trat schadenfreudig auf und wirkte destruktiv auf die vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den Patient*innen. Sie wechselte zwischen heißer Wut und kaltem, berechnenden Sadismus. Das war destruktiv, hatte aber den therapeutischen Vorteil, dass mit dem Täter-Introjekt gearbeitet werden konnte, weil es jetzt sichtbar wurde. Praktisch war das schwierig, solange nicht andere Anteile ansprechbar waren, die sich mit dem Täter-Introjekt „an einen Tisch“ setzten. Bisher hatte bei Minnie der Sucht-Anteil, der „innere Betäuber“ bzw. das „Kokainmädchen“ beruhigend auf das Täter-Introjekt eingewirkt. Die Funktion des „Kokainmädchen“ war es bisher gewesen, die Destruktivität der aggressiven Täter-Seite zu regulieren und eine Eskalation unter Kontrolle zu bringen. Suchtdruck und der Rückzug in den Rauschzustand dienten Minnie der Vermeidung einer selbstdestruktiven Eskalation und der Möglichkeit eines angstfreien Ausagierens nach „draußen“. Es wurde die Schutzfunktion verschiedener dysfunktionaler Ego-States erkennbar: Täter-Introjekt und „innerer Betäuber“ hatten gemeinsam die Aufgabe, den devoten, promiskuitiven und kindlichen Opfer-State daran zu hindern, sich für Drogen zu verkaufen und sich erneut einem missbrauchenden Peiniger auszuliefern. Sie wechselte bei Gefahr (die häufig als Triggerreiz wirkte) auf die Täter-Seite und tat lieber im Rausch sich und anderen Gewalt an. Dabei konnte sie einen dissoziativen Zustand nutzen, in dem sie keinen Schmerz spürte (Selbstbetäubung). Sie kämpfte im Ring gegen muskelbepackte Schläger aus der Nazi-Szene, gewann oder verlor, und verdiente so ihr Geld für Drogen. Ein heroischer Lösungsversuch, um Würde und Selbstwirksamkeit zu bewahren. Aber auch, um die inneren Kinder (Opfer-States) vor ihrer eigenen Promiskuität und einem weiteren sexuellen Ausgeliefertsein zu schützen. Darin lag ein weiterer tiefer Kern des Verständnisses der Sinnhaftigkeit (Funktionalität) selbst der scheinbar destruktivsten Anteile, es ging bei jeder Reinszenierung nur um eines: Um den Schutz der „inneren Kinder“, in die sich Minnie damals hatte „aufteilen“ müssen, um dem Täter zu entkommen.

Konfrontation im Sucht- und Trauma-System: Eine Sprache für Ego-States finden, die neue Bindungen ermöglicht

Minnie lernte allmählich, die Motivationen der Ego-States in der Dynamik auf ihrer „inneren Bühne“ zu erkennen und zu akzeptieren. Die Ego-States beruhigten sich, bewegten sich aber zunächst weiterhin in ihren bekannten Mustern. Es kam immer wieder zu Krisen mit Aggression und Selbstdestruktivität, in denen die dysfunktionalen Ego-States ihr Misstrauen gegenüber der Therapie (gegen ihr explizites Sichtbarwerden) ausdrückten. Minnie blieb lange Zeit ambivalent bezüglich Veränderung in der Therapie. Sie versuchte immer wieder zu demonstrieren, dass Therapie keinen Erfolg haben könne, indem sie zu alten Verhaltensmustern wie Abwertung der Therapie und oppositionellem Verhalten zurückkehrte, gleichzeitig hatte sie aber große Angst davor, entlassen zu werden. Sie berichtete von Suchtdruck, Abbruchgedanken und Fluchttendenzen, sobald es darum ging, die „inneren Kinder“ in Sicherheit zu

bringen. Immer wieder unterbrach Minnie die Arbeit an der Aufstellung ihrer Ich-Anteile durch eine Inszenierung im Außen-System der Station. Sie sorgte im Alltag für Aufregung, was von dem ablenkte, was sich auf der „inneren Bühne“ als Entscheidungsprozess anbahnte. Es wurde nämlich immer deutlicher, wie alleine und isoliert die „inneren Kinder“ waren, wenn die Täter-Introjekte und das „Kokainmädchen“ die Rolle der Beschützer übernahmen. Die Kinder blieben im Dunkel, wurden betäubt und mussten der Gewalt zusehen, die dort „in ihrem Namen“ reingespielt wurde (um sie zu schützen). Auch wenn die „inneren Kinder“ weit in den Keller verbannt wurden, nahmen sie doch Anteil an dem, was vor sich ging.

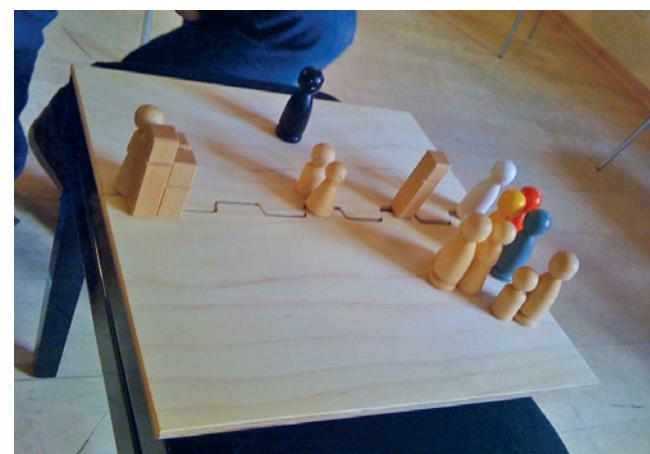


Abbildung 3

Ein wichtiger Moment der Arbeit auf der „inneren Bühne“ war schließlich, dass der „innere Betäuber“ (das „Kokainmädchen“) in seiner co-therapeutischen Funktion erkennbar wurde: Das „Kokainmädchen“ betäubte zwar die „inneren Kinder“, aber es schützte sie zugleich, indem es den Schmerz erträglicher machte und die selbst-destruktive Kraft der Täter-Introjekte unter Kontrolle brachte, indem es diese in einen Rausch der Gleichgültigkeit versetzte. Der Suchtanteil bzw. das „Kokainmädchen“ widersetzt sich der Therapie und erzeugte immer wieder Abbruch- und Rückfallphantasien. Es war sein Job, die inneren Kinder vor dem Täter-Introjekt zu schützen, damit würde der Suchtanteil nicht aufhören, dafür war er ja geschaffen! Entsprechend wenig war er von der Therapie überzeugt. Was aber würde geschehen, wenn es nun andere Ich-Anteile übernehmen würden, die Kinder zu beschützen? Die Frage lautete also aus therapeutischer Sicht für Minnie: Welche kompetenten Anteile könnten für den Suchtanteil einspringen, ohne auf Drogen zurückgreifen zu müssen? Die Antwort, die Minnie selber entdecken musste, lautete: Die „Klassensprecherin“, die „gute Freundin“ und die „Träumerin“ könnten sich um die Kinder kümmern. Sie

*Die „inneren Kinder“ stehen alleine auf einem Riss, der jederzeit aufbrechen kann. Das „Kokainmädchen“ (schwarz) muss sich entscheiden: soll es die Täter- oder die Helfer*innenseite unterstützen? Um das zu klären, müssen die „inneren Kinder“ zunächst geborgen werden.*

könnten zusammen ein Schutzbündnis bilden und sich zusammentun, um sich auf weniger dysfunktionale Weise den Kindern anzunehmen. Schon diese Vorstellung weckte bei Minnie eine kindliche Neugier, die im Alltag auf regressive Weise sichtbar zu werden begann: Minnie benahm sich wie eine Sechsjährige, wirkte verträumt, sprach nuschelnd und mit Kinderstimme. Sie zeigte ihre „inneren Kinder“ auf sehr eindrucksvolle Weise, indem sie Ego-State-Wechsel zuließ, die sie bisher noch nie gezeigt hatte. Es gab auch ein eingeschüchtertes, zu Tode verängstigtes, zuckendes und sich wegduckendes Kind, das in der Gegenübertragung¹³ heftige Ohnmacht und Hilflosigkeit auslöste. Aber als die anderen kindlichen Anteile und die kompetenten Anteile schließlich in Kontakt treten konnten, löste sich die Einsamkeit, in der dieses gedemütigte Kind bisher als Ego-State gelebt hatte, ein wenig auf und Verbindungen zu anderen Ego-States wurden möglich, wo bisher nichts war. Die Täter-Introjekte reagierten defensiv mit Suizidgedanken, Gewaltphantasien und Selbstverletzung, weil sie ihren Überlebenskampf auf sadistische Weise fortsetzen wollten, dennoch blieb Minnie auf fast heroische Weise vom Willen getrieben, die „inneren Kinder“ nicht mehr verstecken und nicht mehr einer fortgesetzten Gewalt und einem Drogenkonsum aussetzen zu wollen. Es war dieser Wille zur Sichtbarwerdung aller Ego-States, der schließlich dazu führte, dass sich die Ich-Anteile neu organisierten und ihre dysfunktionalen alten Verhaltensweisen aufgaben konnten.

Minnie lernte, dass stärker als der Täter zu sein heißt, die Täter-Opfer-Dynamik durch Verstehen und Akzeptanz zu überwinden. Das „Kokainmädchen“ reagierte noch lange auf Situationen, in denen sie mit der alten Ohnmacht konfrontiert wurde, die Scham und Schuld auslöste. Minnie entkam sich selbst und ihren Peinigern letztendlich durch ein neues Narrativ, durch eine Umdeutung ihres bisherigen Lebens: Sie entwickelte das Narrativ einer Überlebenskünstlerin, die trotz aller Gewalt, die ihr angetan worden war, irgendwie überlebt hatte und bis zum Schluss gekämpft hatte. Für das Kind, das sie gewesen war und noch ist. Sie lernte, eine neue Sprache zu sprechen und stolz auf sich selbst und das Kind zu sein, das sie schließlich aus der Einsamkeit retten konnte. Dieses Kind hatte das alles überlebt. Minnie hatte gelernt, sich selbst zu retten, ohne Gewalt und ohne Drogen. Wenn alles gut geht, würde sie sich nicht mehr betäuben müssen, um sich selbst ertragen zu können. Die stationäre Suchttherapie war zu Ende und 7 Monate waren vergangen. Sie wollte gehen. Sie kam später regelmäßig in die Nachsorgegruppentherapie, etwa noch ein Jahr lang, bis sie sich endgültig von uns verabschieden konnte, um ihren Weg ohne uns zu gehen.

13) Das Konzept der Gegenübertragung ist ein tiefenpsychologisches bzw. dynamisches Konzept, das in der Trauma-Therapie wichtig ist: Die Patient*innen haben Gefühle abgespalten, die sie selbst nicht mehr wahrnehmen, die sich dann aber um so heftiger auf Therapeut*innen „übertragen“ (d. h. spürbar werden) und sich bei den Therapeut*innen aktualisieren. Es ist dann unbedingt notwendig, dass sich Therapeut*innen diesen Vorgang bewusst machen und erkennen, dass diese Gefühle (Wut, Ablehnung, Ohnmacht, Verzweiflung, Angst etc.) nicht seine*ihrer eigenen sind, sondern genau den Gefühlen entsprechen, die von Patient*innen abgespalten (dissoziiert) wurden, um die Situation aushalten zu können.

Literatur

- Fischer FM (2021) Attachment-Based Therapy for Addiction and Trauma in Children and Adolescents. American Journal of Pediatrics, 7(3), Science Publishing Group, New York: 130-136
- Fischer FM, Möller C (2018) Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhamer, Stuttgart
- Huber M (1995) Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Fischer, Frankfurt a. M.
- Khantzian EJ (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorder, American Journal of Psychiatry, 142(11): 1259-64
- Nachmias M, Gunnar M (1996) Behavioral Inhibition and Stress Reactivity: The Moderating Role of Attachment Security. In: Society for Research in Child Development. Child and Development, 67, S. 508-522
- Najavits, MIL (2002) Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. Guilford Publications, New York
- Nijenhuis E, van der Hart, O (2003) Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. In: Reddemann L, Gast U (Hrsg) Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Peichl J (2007) Innere Kinder, Täter, Helfer und Co. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schäfer I, Krausz M (2006) Sucht und Trauma, Klett-Cotta, Stuttgart
- van der Kolk B (2016) Verkörperter Schrecken. Probst Verlag, Lichtenau
- v. Schlippe A, Schweitzer J (2016) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Watkins JG, Watkins H (2003) Ego-State-Theorie and Therapie. Carl-Auer Verlag, Heidelberg

Frank M. Fischer

E-Mail: fischer@hka.de



© Monsterkoi/Pixabay