

# **Das verschwundene Selbst**

## **Hypnotherapeutische Strategien zur Entwicklung von Autonomie und Vertrauen**

*Maria Schnell*

### **1. Selbstaufgabe und Gemeinschaft**

Konzepte wie Empathie und Hingabe beschreiben die menschliche Fähigkeit, in Verbindung mit anderen sich selbst zurück zu stellen, um das Gegenüber, die Familie oder die Gemeinschaft in den Vordergrund treten zu lassen. In vielen östlichen Kulturen hat das Aufgeben selbstbezogener Bedürfnisse gegenüber den Erfordernissen des größeren Ganzen einen hohen Wert.

Einfühlung, intuitives Verstehen des anderen und Kompromissbereitschaft sind positive Fähigkeiten, die jede Beziehung, jede kommunikative Situation bereichern. Intensive Begegnungen beinhalten oft Momente der Selbstaufgabe, und viele Menschen sehnen sich nach Erfahrungen von „Verschmelzung“, „Eins-Sein“ mit dem Anderen und der Welt.

Schwierig wird es, wenn ein Mensch sich so auf sein Gegenüber einstellt, dass er selbst quasi gar nicht mehr existiert. Die Fähigkeit, empathisch zu sein und sich anzupassen, kann, wenn es sich um eine grundlegende soziale Strategie handelt, dazu führen, dass eigene Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen missachtet werden, das eigene Selbst „verschwindet“. In der Folge entstehen Symptome oder Probleme auf einer anderen Ebene.

*Eine Patientin berichtet, dass sie in der Auseinandersetzung mit ihrem Mann, welchen Kinofilm sie anschauen wollen, plötzlich den Wunsch "verliert", einen bestimmten Film zu sehen. Es erscheint ihr nicht mehr wichtig. Die Präferenz des Partners ist im Vordergrund, seine Argumente überzeugen. Dies geht soweit, dass sie „vergisst“, welcher Film sie ursprünglich interessiert hatte. Sie vergisst sich selbst. In ihrem Alltag passiert es häufig, dass ihr ihre eigenen Vorstellungen als nichtig erscheinen, sobald ihr Partner seine Wünsche erläutert.*

Maria Schnell

Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie, Berlin

### **Das verschwundene Selbst. Hypnotherapeutische Strategien zur Entwicklung von Autonomie und Vertrauen**

*Selbstlosigkeit und Empathie sind positive Fähigkeiten, die jede Beziehung bereichern. „Sich selbst zurückstellen“ als grundlegende soziale Strategie kann jedoch dazu führen, dass eigene Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen missachtet werden, das eigene Selbst „verschwindet“. In der Folge entstehen Symptome oder Probleme auf einer anderen Ebene. In diesem Artikel wird Selbstlosigkeit in Zusammenhang mit Weiblichkeit untersucht, wobei die Genderperspektive beispielhaft durch eine kulturell-politische Dimension und zwei psychologische Ansätze begründet wird. Das Selbst wird als Ausgangspunkt für das Verständnis grundlegender innerer Konflikte und widerstreitender Gefühle gedacht. Nach Darstellung einer kurzen Geschichte des Selbst wird eine systemische Theorie des Selbst präsentiert. Vor diesem Hintergrund wird das Selbst psychotherapeutisch durch die Förderung von Basiskompetenzen entwickelt und es werden grundlegende Strategien zur Entwicklung des „verschwundenen Selbst“ am Beispiel der Grundbedürfnisse Autonomie und Vertrauen ausgeführt. Die hypnotherapeutischen Methoden Telearbeit und Progression werden anwendungsorientiert beschrieben und durch Fallbeispiele illustriert.*

*Schlüsselwörter: Selbstlosigkeit, Gender, Grundbedürfnisse, Telearbeit, Progression*

### **The vanished Self. Hypnotherapeutic strategies to develop autonomy and confidence**

*Selflessness and empathy are positive skills that enrich every relationship. "Being unselfish" as a basic social strategy can however lead to disregard feelings, needs and boundaries, the self "disappears". Subsequently symptoms or problems emerge on a different level. In this article unselfishness is examined in relation to femininity. The gender perspective is substantiated by a cultural-political dimension and two psychological approaches. The self is considered as basis for understanding elementary inner conflicts and contrasting feelings. After presenting a brief history of the concept self a systemic theory of the self is outlined. The self can psychotherapeutically be developed through supporting essential skills. In the practical section basic strategies to develop the "vanished self" are explained, using the example of the primal needs autonomy and trust. The hypnotherapeutic methods parts working and progression are described in an application-oriented way and illustrated by case studies.*

*Keywords: selflessness, gender, basic needs, inner parts, progression*

Maria Schnell, Dipl. Psych.

Giesebrechtstraße 19

10629 Berlin

maria.schnell@ifhe-berlin.de

erhalten: 20.5.2013

revidierte Version akzeptiert: 27.6.2013

Das Phänomen des „Verschwindens“ ist nicht identisch mit dissoziativen Zuständen oder regressiven Erfahrungen. Es soll auf einer anderen Ebene behandelt werden.

In diesem Artikel wird Selbstlosigkeit in Zusammenhang mit Weiblichkeit untersucht, wobei das soziale, nicht das biologische Geschlecht gemeint ist, so dass auch selbstlose Männer angesprochen sind. Im praktischen Teil werden grundlegende Strategien zur Behandlung des Selbst ausgeführt.

## 2. Gender-Perspektive

Kulturelle Geschlechtsrollen sind seit dem 19. Jahrhundert in der Krise und damit wandelt sich auch das Selbstverständnis von Männern und Frauen.

Traditionell gelten Hingabe und Selbstlosigkeit als weibliche Tugenden, und nach meinen Beobachtungen handelt es sich bei dem „verschwunden Selbst“ um ein primär weibliches Phänomen. Im Vergleich dazu beobachte ich bei meinen männlichen Patienten weniger das „sich verlieren im Anderen“, als eine Distanzierung vom Gegenüber, auch von dem Bedürfnis nach Kontakt mit dem Gegenüber, „ein Verlieren des Anderen“.

*Exkurs:* Aus psychopathologischer Sicht ist die histrionische Persönlichkeitsstörung (HPS) die paradigmatisch weibliche Störung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPS) die paradigmatisch männliche, beide mit jeweils einem Anteil von 90 % Frauen respektive Männern. Bei den HPS können zwei Extreme unterschieden werden, das dramatische Inszenieren und das totale Zurücknehmen des Selbst, möglicherweise zwei Ausprägungen eines zu schützenden „verschwundenen Selbst“ (Hamburger, Lilienfeld & Hogben, 1996).

Lerngeschichtlich können für die weibliche Selbstlosigkeit vielfältige Bedingungen und Faktoren angeführt werden. Eine Übersicht zu Genderstudien gibt F. Schoeßler (2008). Beispielhaft möchte ich auf eine kulturell-politische Dimension und zwei psychologische Ansätze eingehen:

### 2.1 Ehe- und Familienrecht

Erst 1976 erfolgte in Deutschland mit der grundlegenden Reform des Ehe- und Familienrechts eine Orientierung auf partnerschaftliche Aufgabenverteilung in der Familie. Bis zu diesem Zeitpunkt war rechtlich festgelegt, dass Männer für den finanziellen Unterhalt, Frauen für Haushaltsführung und Kindererziehung verantwortlich waren. Ehemänner hatten das Entscheidungsrecht hinsichtlich sämtlicher Familienangelegenheiten, sie waren z.B. auch befugt, ein Arbeitsverhältnis ihrer Frau gegen deren Willen zu kündigen. Neugeregelt wurde auch das Scheidungsrecht, und mit dem Prinzip des Versorgungsausgleichs wurde erstmals die Reproduktionsarbeit der Hausfrau gegenüber der Erwerbsarbeit des Mannes ansatzweise gleichwertig behandelt. Auch die Veränderung des Namensrechts eröffnete den Frauen die Möglichkeit, nach der Eheschließung mit einem wesentlichen Teil ihrer Selbst, ihrem Namen, verbunden zu bleiben (Lucke & Beuter, 2003).<sup>1)</sup>

## **2.2 Modelllernen**

Die Theorie des Modelllernens erklärt die Übernahme weiblicher und männlicher Verhaltensmuster durch Identifikation mit wichtigen gleichgeschlechtlichen Rollenvorbildern (Bauer, 1979). Aus systemtheoretischer Perspektive ist anzumerken, dass die Beziehungsmuster sämtlicher Familienmitglieder Einfluss auf das Selbstkonzept nehmen, z.B. wird das Bild, welches die Tochter von sich selbst hat, auch durch Erfahrungen geprägt, wie der Vater und andere Familienmitglieder mit der Mutter, dem (potentiellen) Rollenvorbild umgehen.

Ergänzend ließe sich das Prinzip der indirekten Kommunikation und damit des indirekten Lernens aus der Hypnotherapie anführen. Verhalten und Erleben von „Stellvertretern“ werden auch unbewusst rezipiert und integriert.

*Eine Patientin erlebt sich grundsätzlich als „Loserin“. Seit ihrer Kindheit gerät sie immer wieder in Situationen, in denen „sich alles irgendwie auflöst“, sie „selbst verschwindet“. Z.B. hatte sie einmal auf einem Sportfest beim Staffellauf einfach vergessen ihren Platz einzunehmen. Die Patientin erklärt sich diese Symptome aus der Familiengeschichte. Ihre Mutter, eine begabte, engagierte und attraktive Frau konnte ihren Herzenswunsch, Lehrerin zu werden, aufgrund äußerer und familiärer Bedingungen in der Nachkriegszeit nicht verfolgen. Der jüngste Bruder der Mutter dagegen wurde von der Familie bei seinem Wunschstudium unterstützt. Die Mutter arbeitete nach der Heirat im Handwerksbetrieb ihres Mannes mit, führte den Haushalt und versorgte die drei Kinder. Wann immer sie Ansätze von Autonomie und Selbstständigkeit zeigte, wurde sie von ihrem Mann zurückgehalten oder entwertet. Sie fand ihre Aufgabe darin, Haus und Garten zu versorgen, trauerte aber um die verpassten Lebenschancen. Die Patientin ist ihrer Mutter nah, als Tochter und auch als Jüngste fühlt sie sich verpflichtet, die Mutter „nicht zu überholen“. Oft hat sie das Gefühl, dass ihre eigenen Impulse von anderen, statt von ihr selbst umgesetzt werden, z.B. nimmt sie sich vor zu joggen, und dann joggt nicht sie, sondern ihr Freund. Sie wird Sozialarbeiterin, traut sich aber nicht zu, in diesem Beruf zu arbeiten, und lebt von wechselnden Jobs als Ungelernte.*

## **2.3 Parentifizierung**

Das familientherapeutische Konzept Parentifizierung (Stierlin, 2007) beschreibt eine Familiendynamik, in der das Kind die Rolle einnimmt, für die Eltern oder einen Elternteil (emotional) zu sorgen. Die daraus folgende Überforderung bedeutet für das Kind Einbußen in der eigenen Entwicklung von Autonomie und Bindungsfähigkeit. Dieses Muster konnte besonders bei Kindern und Enkelkindern der Kriegs- und Nachkriegsgeneration beobachtet werden, die auf diese Weise von den Traumata ihrer Eltern betroffen waren.

Ich gehe davon aus, dass Mädchen nicht nur häufiger als Jungen Opfer von sexueller Gewalt werden, sondern aufgrund ihrer Rollendisposition auch häufiger in die Position des parentifizierten Kindes geraten.

*Einer 40jährigen Patientin, verheiratet und Mutter von zwei jugendlichen Söhnen, fällt es schwer, ihre eigene Zukunft zu gestalten. Nachdem sie sich über Jahre mit einer ambivalenten Affäre und übermäßigem Alkoholkonsum abgelenkt hatte, ist sie nun mit der Leere ihres Lebens und der unerfüllten Liebe in ihrer Ehe konfrontiert. Sie realisiert, dass sie gewohnt ist, für andere zu leben und sich selbst dabei zurück zu stellen, „und wenn ich mich einbringe, werde ich nicht gehört.“*

*Dieses Beziehungsmuster hat sich in ihrem Leben oft wiederholt und die Patientin führt es auf die Beziehung zu ihrer Mutter zurück. Ihre Mutter ist immer mit sich beschäftigt gewesen, um sich kreisend, dabei auf eine grundsätzliche Weise unsicher und hilflos. Nur was den äußeren Schein angeht, war sie sicher und fordernd, „alles musste stimmen, auch die Teppichfransen wurden gebürstet“. Schon als Kleinkind stellte sich die Patientin auf die Mutter ein, bemüht darum, deren Gefühle und Bedürfnisse zu errahnen und zu erfüllen. So saß die 8jährige Patientin zusammen mit ihrer Mutter vor einem Heft mit Strickmustern und sagte bewusst nichts über ihre eigene Auswahl, sondern lobte vorausahnend die von der Mutter präferierten Modelle. Der Vater war für die Familie wenig präsent, so dass die Patientin für ihre Mutter zur wesentlichen Bezugsperson geriet. Als sie mit 17 Jahren ihren ersten Freund kennenlernte, schrieb die Mutter dem Jungen einen „leicht zu durchschauenden“ anonymen Brief, in dem sie die Patientin schlecht machte.*

### **3. Theorie des Selbst**

Patientinnen kommen mit Symptomen oder Problemen in die Therapie, aber häufig sind Symptome Ausdruck grundlegender innerer Konflikte und widerstreitender Gefühle, die auf der übergeordneten Ebene des Selbst leichter verstehbar und behandelbar werden. Auch motivationale Aspekte und Fragen nach Sinn und Bedeutung werden über das Selbst zugänglich.

#### **3.1 Eine kurze Geschichte des Selbst**

Ausgangspunkt zahlreicher theoretischer Ansätze zum Selbst ist das Werk von W. James (1890), insbesondere seine Unterscheidung von Ich-als-Beobachter und Ich-als-Objekt, die auch für neuere Autoren bei ihren Überlegungen zum Selbst in der Neuropsychologie wegweisend ist (z.B. Damasio, 2013). Eine einflussreiche Weiterentwicklung der Theorie von James erfolgte durch G.H. Mead (1973), der davon ausgeht, dass das Selbst aus verinnerlichten und verallgemeinerten Beziehungserfahrungen aufgebaut wird, die in der Summe dazu führen, dass die Gesellschaft „im“ Individuum ist. Sein Ansatz ist vor allem in der Sozialpsychologie und der Politischen Philosophie (v.a. Habermas, 1981) zu Bedeutung gelangt. Genuin philosophische Konzeptionen des Selbst, insbesondere die von existentialistischen und präexistentialistischen Denkern (Kierkegaard, Heidegger, Sartre), haben vor allem die Existentialistische Therapie beeinflusst (siehe Yalom, 1980).

### *Das verschwundene Selbst*

Ein ganz anderer Strang der Theoriebildung hat sich aus dem Freud'schen Narzissmus-Konzept entwickelt (Freud, 1999). Das Narzissmus-Konzept ist ursprünglich nicht eigentlich eine Theorie des Selbst (der Begriff fehlt in der Metapsychologie Freuds), sondern der Versuch, bestimmte Probleme, die durch Störungen aufgeworfen werden, in einem gegenüber der Trieb-Konflikt-Theorie erweiterten Modell zu erfassen. Dieses Modell ist von seiner Anlage her folglich explizit störungsorientiert (Kernberg, 2006; Kohut, 1981). Das Selbst gilt hier als etwas, das „gestört“ und „geheilt“ werden kann - und ist mit den oben genannten Modellen, die sich eher auf das „normale“ Selbst beziehen, somit nur begrenzt zu vereinbaren.

Eine Chance zu einer Konvergenz dieser Ansätze ist aber vielleicht in neueren entwicklungspsychologischen Ansätzen zu sehen, wie sie u.a. von P. Fonagy et al. (2008) vorgelegt worden sind. Auf der Basis von Beziehungserfahrungen entwickelt sich das Selbst demnach als reales psychisches Teilsystem, das sich mittels dynamischer psychischer Einheiten (Schemata) strukturiert und organisiert (wofür auch ein neuropsychologisches Korrelat postuliert wurde). Dieses Selbst ist von der Idee her kein Konstrukt (worauf z.B. Berrios & Marková, 2003 insistieren), sondern real und bei hinreichender Auflösung und Präzision bildgebender Verfahren würde man sein Wirken im Gehirn auch sehen können (siehe auch Damasio, 2013).

Das im Folgenden ausgeführte Modell eines „dialogischen Selbst“ (Leferink, 2004) orientiert sich locker an einem Werk von Hermans und Kempen (1993). Es profitiert ebenfalls von Anleihen bei der oben genannten grundlegenden Unterscheidung von James (I and me), macht jedoch, ausgehend von der Phänomenologie des Selbstgesprächs, die beiden entscheidenden Ich-Instanzen an dem Modell von Sprecher und Hörer fest („wer spricht zu wem beim Selbstgespräch?“). Dieses eher phänomenologische Modell ist offen für zahlreiche Erweiterungen und ebenfalls vereinbar mit hypnotherapeutischen und Ego-State-orientierten Ansätzen, die das Selbst als mehr oder weniger gut integrierte Gruppe von Ich-Zuständen auffassen (Fritzsche, 2013; Fritzsche & Hartmann, 2010).

### **3.2 Das Selbst als fortlaufender Selbstdialog**

Bei der Definition des Selbst und der Möglichkeiten von Selbstentwicklung und -Veränderung beziehe ich mich auf die Systemische Theorie von K. Leferink (2004).

Etablierte Konzepte wie Selbstbewusstsein, Selbstwert oder Einstellungen stehen nicht für sich, sondern sind immer nur vorläufiges Ergebnis einer Kommunikation des Individuums mit sich selbst.

Für K. Leferink ist das Selbst alles, womit sich ein Mensch mit sich selbst ins Verhältnis setzt. Dies geschieht nicht im luftleeren Raum, sondern in den Kontexten, in denen der Mensch sich bewegt. Sein Selbst entwickelt sich, indem er eine Beziehung zu jemandem oder etwas eingeht, z.B. Freund und Feind, begehrte Objekte, Werte und Weltanschauungen.

Metaphorisch betrachtet kann das Selbst als Spiegel gedacht werden. Es spiegelt

nicht nur im wörtlichen Sinne die eigene Erscheinung, sondern auch die wahrgenommenen Ergebnisse des eigenen Handelns und die wahrgenommenen Reaktionen der Umwelt wider. Diese Rückmeldungen lösen tendenziell eine Irritation aus: Stimmt das Bild im Spiegel mit meiner eigenen Vorstellung über mich selbst überein? Somit ist „bei sich selbst sein“ nur von kurzer Dauer und ich bin niemals „wörtlich“ ich selbst.

Aus dem Erleben des sich selbst ins Verhältnis-Setzens und der Anpassung an die Spiegelung des Selbst, das Feedback der eigenen Handlungen, entsteht eine grundsätzliche Disposition, ein Konzept des Selbst. Dieses Selbstkonzept entwickelt sich über den fortlaufenden Selbst-Dialog lebenslang weiter.

Innere Kommunikation wie das Selbstgespräch, der Traum oder die unwillkürlichen Bilder in einer Trance vermitteln Anteile von Nicht-Selbst in das vorhandene Selbstkonzept. Denn warum sollten wir Selbstgespräche führen, wenn wir uns nichts zu sagen hätten?

Das Nicht-Selbst ist für den Menschen als soziales Wesen, „der Andere und die Sprache des anderen. Um zu einer eigenen Sprache zu kommen, muss der Mensch sich die fremde Sprache einverleiben“ (Leferink, 2004, S.107).

### **3.3 Das verschwundene Selbst**

Abgeleitet aus dieser Theorie des Selbst als fortlaufendem Selbstdialog kann gefolgert werden, dass Menschen aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Kultur, ihrer Familienposition etc. bestimmte Aspekte „des Anderen“ in ihr Selbstbild aufnehmen und dabei viele andere auslassen. Der biographisch geprägte Selbstdialog führt dazu, dass das Konzept des Selbst beeinflusst wird von u.a. Rollenerwartungen (Männlichkeit und Weiblichkeit), Vorbildern und Autoritäten (Modelllernen) und Beziehungsmustern in der Familie (Loyalitäten, Erwartungen, Belohnung und Sanktionierung).

Somit kann sich auch ein „Selbstbild des Verschwindens“ etablieren, z.B. indem bei einem Mädchen frühzeitig Anpassung verstärkt und Impulse in Richtung Autonomie und Individuation ignoriert oder bestraft werden. Bewegt sie sich in einem Kontext tendenziell patriarchaler Familienstruktur und identifiziert sich mit Frauen, die eine übermäßige Selbstaufgabe vorleben, so wird sich ihr Selbstkonzept entsprechend konstituieren. Impulse, die dem widersprechen, werden im Selbstdialog systematisch ausgeblendet.

*Eine türkischstämmige Patientin, die mit ihrem langjährigen Ehemann eine 15-jährige Tochter hat, erfährt im Laufe der Therapie, dass ihr Mann mit einer Kollegin seit 2 Jahren heimlich ein weiteres Kind, einen Sohn, versorgt. Um sich selbst zu schützen, verleugnet der Vater vor dem Jugendamt seine Tochter, so dass die Patientin kein Kindergeld erhält, weshalb sie gerade so über die Runden kommt. Trotz dieser Erfahrung von Verrat und Zurückgestelltsein ist es für die Patientin undenkbar, sich von ihrem Mann zu trennen. Ein eigenes Leben aufbauen, für sich und ihr Wohlergehen sorgen, kommt in ihrem Selbstbild nicht vor.*

#### **4. Hypnotherapeutische Strategien zur Entwicklung des „Verschwundenen Selbst“**

Psychotherapien, die eine grundlegende Entwicklung des Umgangs mit sich selbst zum Gegenstand haben, sind in der Regel Langzeittherapien. Eine komplexe Therapie beinhaltet meist eine Vielfalt therapeutischer, auch hypnotherapeutischer Vorgehensweisen, z.B. Assoziation mit Ressourcen, Bewältigung traumatischer Erfahrungen, Einbezug des Körpers (Körper selbst), Interventionen auf der Ebene des Beziehungssystems.

Als wesentlich erachte ich die Konzentration auf Grundbedürfnisse und deren Erfüllung, vor allem der Bedürfnisse nach Autonomie und Bindung. Diesen Ansatz werde ich im Folgenden ausführlich darstellen. Zunächst möchte ich kurz auf die Möglichkeit der Nutzung von Metaphern zur prozessorientierten Diagnostik eingehen.

##### **4.1 Metaphern zum Selbst**

Metaphern transformieren komplexe Inhalte auf eine andere Ebene und ermöglichen über bildhafte Verknüpfungen und thematische Verdichtung ein neues Verständnis. Standardmetaphern zum Thema Selbst sind z.B. Haus, Baum, Lebensweg. Die Grenze des Selbst kann sich als Schutzraum zeigen und die Beziehung zwischen Selbst und anderen wird als Lichtstrahl symbolisiert.

Fragen nach Metaphern zum Selbst laden dazu ein, ein Bild von sich selbst entstehen zu lassen. Hilfreich ist dabei, nach dem „Wie“ zu fragen: „Ich bin wie...?“ Bedeutende Metaphern können den Prozess des Selbstdialogs im Therapieverlauf dokumentieren.

*Frau K. sieht sich selbst als „Schwarzen Punkt“, der von einem Quallen-artigen Gebilde mit roten Tentakeln umringt wird, welches ihre Mutter repräsentiert. Im Therapieverlauf entwickelt sich der Punkt zu einer reich gestalteten Insel, die durch die umgebende See von den roten Tentakeln abgegrenzt wird.*

*Frau S. kommt wegen einer Essstörung in die Therapie. Sie wird von ihrem Mann misshandelt und ist abhängig von ihren Eltern. Die Patientin symbolisiert sich selbst als Marionette, die über Fäden von anderen gesteuert wird. Im Prozess der Therapie entwickelt sich mit der zunehmenden Autonomie der Patientin auch dieses Selbstbild weiter: Die Marionette kann zunächst eine, dann die andere Hand bewegen, bis sie schließlich lebendig wird und sich selbst steuert. Die Patientin hat sich von ihrem Mann getrennt und ist eine neue konstruktive Partnerschaft eingegangen, sie hat sich mit ihren Eltern auseinandergesetzt und sich beruflich selbstständig gemacht. Ihre Essproblematik ist aufgelöst.*

##### **4.2 Autonomie und Vertrauen**

Autonomie und Vertrauen sind Grundbedürfnisse, und die Fähigkeit sich autonom und vertrauensvoll zu verhalten, kann als Basiskompetenz verstanden werden.



„Autonomie“ umfasst die Bandbreite selbstbestimmten Verhaltens, z.B. Individuation, Eigenverantwortlichkeit, nach Freiheit streben, sich selbst verwirklichen, sich durchsetzen und damit auch Konflikte austragen. Das Konzept „Vertrauen“, als polarer Gegenpart konzipiert, bedeutet z.B. Bindungsfähigkeit, Zugehörigkeit, Hingabe, Nähe und Geborgenheit suchen, sich anvertrauen. H. Stierlin (2007) spricht von „Bezogener Individuation“ und M. Mende (2011) zählt Autonomie und Bindung zu den zentralen emotionalen Grundbedürfnissen.

Im Folgenden werde ich jeweils eine hypnotherapeutische Vorgehensweise zur Entwicklung von Autonomie und Vertrauen ausführlich beschreiben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide Bedürfnisse zusammenhängen, wendet man sich einer Seite zu wird auch die andere angesprochen.

#### 4.2.1 Hypnotherapeutische Teilarbeit zur Entwicklung von Autonomie

Selbsteile sind eine Form hypnotischer Symbolisierung, die in der Therapie konstruiert wird. So kann eine Patientin angeleitet werden, ihren „Autonomie-Teil“ Gestalt annehmen zu lassen, um mit inneren Potenzialen in Kontakt zu kommen. Zusätzlich unterstützend ist die Symbolisierung „innerer Helfer“. Das Ziel dieser Konstruktion ist eine hypnotische Beziehung zwischen Patientin und „Autonomie-Teil“, die sich im therapeutischen Prozess ressourcenorientiert weiter entwickelt. Selbsteile können als Mensch (Frau, Mann), Tier oder Wesen (Fee, Geist) konstruiert werden, um eine Kommunikation zu erreichen. Wichtig ist ein individuelles Vorgehen, indem eigene Metaphern und Schlüsselworte genutzt werden, z.B. kann der „Autonomie-Teil“ „Freiheit“ oder „Innere Kraft“ benannt werden.

#### Einige Techniken der Teilarbeit

- Erleichtert wird die Teilarbeit mit dem Einstieg über eine Rahmenmetapher, z.B. eine innere Landschaft, in welcher der „Autonomie-Teil“ wohnt, oder eine Tür, welche die Begegnung mit ihm öffnet.
- Durch Wechsel von Dissoziation und Assoziation wird eine Intensivierung erreicht. Zunächst sieht die Patientin den „Autonomie-Teil“ von außen (Dissoziation), macht sich ein Bild von ihm, nimmt Kontakt mit ihm auf. Dann wird sie selbst zum „Autonomie-Teil“, „schlüpft in seine Haut“ (Assoziation) und assoziiert sich mit dem entsprechenden Erleben.
- Um den „Autonomie-Teil“ zu visualisieren, werden Fragen nach Subqualitäten gestellt, z.B. „Wo befindet sich der Teil im Raum (Verortung)? Ist er groß oder klein (visuell)?“ Nach und nach werden alle Sinne angesprochen, z.B. „Wie klingt seine Stimme (auditiv)?“ Ist die Gestalt wirklichkeitsnah geworden, kann nach inneren Vorgängen gefragt werden, z.B. seinen Gedanken und Gefühlen.
- Der Teil wird „lebendig“, indem die Patientin mit ihm umgeht. Je konkreter sich die Beziehung zu ihm gestaltet, desto wirklicher und unwillkürlicher werden die inneren Bilder und Erfahrungen mit ihm.

### *Das verschwundene Selbst*

- Ein „Autonomie-Teil“ wird immer als positiver, in irgendeiner Weise Kraft und Mut gebender Teil konstruiert. Als Symbol des Unbewussten verfügt er über Weisheit und besondere Fähigkeiten, zu denen die Patientin in der Trance Zugang findet.

*Eine 47jährige Patientin kommt nach einem Zusammenbruch mit depressiver Episode und verschiedenen somatischen Symptomen, z.B. Urtikaria, in die Therapie. Sie war über ein halbes Jahr nicht arbeitsfähig. Die Ursachen ihrer Krise sieht die Patientin darin, dass sie sich ihr Leben lang überangepasst hat. In einem autoritären Elternhaus aufgewachsen, in der DDR zu Anpassung und Bescheidenheit sozialisiert, hat sie sich selbst sowohl in ihrem Beruf in der Verwaltung als auch in ihrer Familie übermäßig zurück gestellt. Zur Illustration erzählt sie einen Traum, in dem sie auf ihrer eigenen Hochzeit Putzarbeiten verrichtet. Die Patientin berichtet davon, sich in vielen Alltagssituationen selbst zu verlieren, „einfach nicht mehr da zu sein“, sondern zu funktionieren, um (vermeintliche) innere und äußere Ansprüche zu erfüllen.*

*Nach einer ersten Stabilisierung wird die Patientin eingeladen, ihren „Autonomie-Teil“ zu treffen, den sie „Kraft- und Wut-Teil“ nennt. In einer Tranceinduktion erfolgt zunächst eine Orientierung auf Körperwahrnehmung und Atem, bevor sie angeleitet wird, mit diesem Teil Kontakt aufzunehmen. Sie trifft ihn auf einem Plateau in den Bergen, kann anfangs nur die Atmosphäre von Kraft spüren, schließlich die Präsenz des Teils wahrnehmen und „durch die Poren der Haut und mit dem Atem aufnehmen.“ Die Suggestion, dass „das Unbewusste weiß, wie der Teil aussieht und sich bewegt“, führt zur Visualisierung eines Adlers, der immer deutlicher in Erscheinung tritt (Dissoziation). Die Patientin kann ihn berühren, seine Federn spüren und sitzt plötzlich auf ihm, fliegt mit ihm. Dies geht mit intensiven Gefühlen von Weite, Leichtigkeit und Kraft einher. Es kommt ihr so vor, als ob sie halb Mensch, halb Adler ist (Assoziation).*

*In weiteren Therapiesitzungen nimmt der Adler eine beratende und unterstützende Funktion ein. Er zeigt der Patientin, wie sie Abstand halten kann, indem er mit ihr über ihren Alltag hinwegfliegt. Aus der Perspektive des Adlers sieht sie sich selbst, nimmt die Überforderung wahr. Sie möchte diesen überforderten Selbstanteil versorgen und lernt, ihn an einen guten Ort zu bringen und von „Pateneltern“ betreuen zu lassen.*

*Später rückt das Gefühl von Wut in den Vordergrund. Der Adler verwandelt sich zum „Wut-Adler“ und rächt die Patientin für erlebtes Unrecht.*

*Die Patientin lernt, den Adler mit in ihren Alltag zu nehmen, sie kann ihn sowohl als Begleiter visualisieren, als auch ihn in sich spüren.*

*Die Arbeit mit dem „Autonomie-Teil“ ist ein wichtiger Schritt in der Therapie, dem weitere therapeutische Interventionen folgen. Nach ca. 40 Sitzungen sind ihre Symptome erheblich verbessert und sie hat das Gefühl, „immer mehr ich selbst zu werden“. Gegenüber KollegInnen und Vorgesetzten kann sie sich abgrenzen, zu ihrem Mann hat sie einen neuen Zugang gefunden.*

#### 4.2.2 Progression zur Entwicklung von Vertrauen

Hypnotische Progression ermöglicht Erfahrungen in einer vorgestellten positiven Zukunft. Da die Zukunft offen ist, macht es Sinn, zum Erleben einer gewünschten Zukunft einzuladen. Diese Zukunfts-Erfahrung kann auch eine Interaktion beinhalten, z.B. erlebt die Patientin sich selbst in einer ersehnten Beziehung von Nähe und Geborgenheit. Progressionsstrategien eignen sich zum Aufbau von „Vertrauen“, wobei die vorgestellte positive Beziehung lediglich den Rahmen bildet, um die Selbstveränderungen der Patientin erfahrbar zu machen.

#### *Einige Techniken zur Progression*

- Wesentlich bei der Arbeit mit Progression ist die Fragetechnik des „so tun, als ob“. Die Patientin wird ganz konkret aufgefordert, sich die Erfüllung ihrer Wünsche nach Vertrauen vorzustellen.
- Zunächst erfolgt eine Einladung zu Dissoziation, z.B. visualisiert die Patientin eine Kristallkugel, in der das positive Zukunftsbild entsteht. Oder sie sitzt in einem Kino vor der Leinwand und es beginnt ein Film über sie und ihr Leben. Dieser Film wird dann in die positive Zukunft „vorgespult“.
- So kann die Patientin angeleitet werden, sich selbst in einer gewünschten Vertrauensbeziehung zu sehen, in der z.B. Nähe und Geborgenheit möglich sind. Dabei ist der (Beziehungs-) Partner nicht präsent, entscheidend ist die Vorstellung, dass diese Beziehung existiert.
- Konkretisierende Fragen lassen das Zukunfts-Selbst wirklich und lebendig werden (VAKOG, Subqualitäten), z.B. Fragen nach der konkreten Situation, nach Haltung, Mimik, Gestik der Person. Nachfolgend können innere Qualitäten erfragt werden, z.B. „Was denkt, fühlt sie? Wie geht es ihr in dieser Beziehung?“ Vergleiche fokussieren auf die erfolgte Veränderung, z.B. „Woran ist erkennbar, dass sie in einer vertrauensvollen Beziehung lebt? In welcher Weise hat sie sich verändert? Was hat das Zukunfts-Selbst, das die Patientin jetzt noch nicht hat?“
- Ist dieses Zukunfts-Bild der Patientin vollständig repräsentiert, wird sie eingeladen, sich damit zu assoziieren, z.B. indem sie sich vorstellt „probeweise in die zukünftige Situation hineinzugehen“, „in die Haut des Zukunfts-Selbst zu schlüpfen“. Wichtig ist hier, genug Zeit zu lassen, um diese Erfahrung zu erleben.
- Schließlich können in einem weiteren Schritt Ressourcen aus dieser erlebten Zukunft in die Gegenwart gebracht werden, z.B. indem die Patientin „zurückschaut“ und „sich an die ersten Schritte Richtung Ziel „erinnert“ oder indem sie einen Dialog mit dem Zukunfts-Selbst darüber führt, was in der Gegenwart der nächste Schritt ist.

*Eine 35jährige Frau kommt wegen verschiedenen Ängsten, Depressionen und häufigen Infektionen in die Therapie. Sie arbeitet als Taxifahrerin und leidet unter ihrer sozialen Isolation. Die Patientin beschreibt sich selbst als „wie von einem anderen Stern, ausgeschlossen, anders als die anderen, irgendwie nicht da“. Obwohl sie*

### *Das verschwundene Selbst*

*groß ist, erlebt sie in ihrem Alltag oft, übersehen zu werden, z.B. in der Schlange vor einer Kasse. Auch würden NachbarInnen und Bekannte sie meist nicht grüßen. Dieses Übergangenerleben löst bei der Patientin Selbstzweifel und Verzweiflung aus. Schon als Jugendliche wurde sie ausgeschlossen, blieb z.B. bei Gruppenbildungen in der Schule stets übrig. Als junge Frau lebte sie zeitweise in einem besetzten Haus und erinnert sich, wie ihr damaliger Freund in ihrem Beisein eine Affäre mit einer anderen Frau begann.*

*Als Metapher für ihr Selbst visualisiert die Patientin ein flackerndes kleines Licht. Aufgefordert, dieses Licht leuchten zu lassen, erschrickt sie: „Dann bin ich ja sichtbar!“*

*Zunächst wird die Patientin zu einer Progression eingeladen, in der sie „von den Menschen vom anderen Stern abgeholt und nach Hause gebracht wird“. In ihrer Zukunftsvorstellung leben die „Menschen vom anderen Stern“ in einer heilen Welt und gehen respektvoll miteinander um. Sie kann diese Atmosphäre der Freundlichkeit wahrnehmen und erleben, wie sie dort selbst liebevoll behandelt wird und einfach sein kann wie sie ist. Sie fühlt sich „groß und wertvoll“, aber dieses Wertvolle in ihr ist „wie eingemauert“. Das Zukunfts-Selbst rät ihr, sich auf der Erde Nischen zu suchen, in denen sie sich zugehörig fühlen kann. In den nächsten Wochen überprüft die Patientin ihren Bekanntenkreis und konzentriert sich auf Menschen, die ihr Vertrauen verdienen. Nach und nach kristallisieren sich Freundschaften heraus, auch unter den Nachbarinnen.*

*Zu einem späteren Zeitpunkt erlebt die Patientin in einer weiteren Progressionserfahrung eine vertrauensvolle Partnerschaft. In ihrer Zukunftsvision ist ihr Partner zwar nicht präsent, aber es ist erkennbar, dass sie selbst einen verlässlichen Beziehungsraum teilt, verstanden und respektiert wird. Das Zukunftsselbst ist weich geworden, kann sich anlehnen, sich zeigen. Sie fühlt sich wertvoll, traut sich zu leuchten, das Licht in ihr strahlt. Auch Gefühle von Ärger und Trauer dürfen offensichtlich werden. Die Patientin lernt, dass ihre Aufmerksamkeit „wie eine Welle in den anderen hinein und wieder zurückfließt“ und sie selbst diesen Prozess steuert. Ihr Zukunfts-Selbst ermutigt sie, ihren eigenen Impulsen zu trauen, Verständnis einzufordern und sich auch mit schwierigen Gefühlen und Themen zuzumuten.*

*Nachfolgend beginnt die Patientin sich über das Internet mit Männern zu verabreden, zeitweise unterhält sie mehrere Beziehungen gleichzeitig. Schließlich verliebt sie sich in einen Mann, mit dem sie eine tiefere Bindung eingeht und eine Tochter bekommt.*

*Nach ca. 60 Therapiestunden haben sich ihre Symptome weitgehend aufgelöst und ihre Fähigkeit, sowohl ihren eigenen Weg zu verfolgen, als auch Bindungen einzugehen ist gewachsen.*

## 5. Diskussion

Ich möchte anmerken, dass die ausgeführten hypnotherapeutischen Strategien beispielhaft für eine Vielzahl therapeutischer Techniken stehen, die eine Entwicklung des Selbst bewirken. So bewegt sich die Ego-State-Therapie explizit auf der Ebene des Selbst. Aber kann ein verschwundenes Selbst ein Ego-State sein? Wichtig ist mir, Selbstveränderung gegenüber Symptombewältigung ins Zentrum zu stellen und dabei das Augenmerk auf die Entwicklung von Grundbedürfnissen zu richten. Neben „Autonomie“ und „Vertrauen“ können weitere Grundbedürfnisse und Basiskompetenzen benannt werden, z.B. das Bedürfnis nach „Sinn und Bedeutung“. Unberücksichtigt geblieben ist der Bezug zu komplexen spezifischen Therapie-Ansätzen, z.B. zur Bewältigung von Traumata oder zur Behandlung von Persönlichkeits-Störungen.

Hervorzuheben ist auch, dass die Entwicklung von „Autonomie“ und „Vertrauen“ unabhängig von der Gender-Thematik erfolgen kann. Ich möchte den Blick für diese Perspektive schärfen, um einen differenzierten Umgang mit Männlichkeit und Weiblichkeit zu erreichen. Dafür habe ich in Kauf genommen, z.B. bei den Falldarstellungen die Gender-Perspektive zu betonen und eine systemische Betrachtungsweise zu vernachlässigen. Es wäre durchaus denkbar, auch die manipulativen Möglichkeiten von Selbstlosigkeit herauszuarbeiten.

Im Zentrum steht das „Verschwinden“ als weibliche Selbststrategie, die männlichen Selbsttendenzen bleiben unbeleuchtet. Dabei bewirkt die gesellschaftliche Modernisierung von Beziehungen auch eine Krise der Männlichkeit (Scholz, 2012). Offene Fragen könnten sich z.B. mit modernen Modellen von Männlichkeit und Vater-schaft oder dem Verhältnis von Männlichkeit und (gesunder) Aggression beschäftigen.

Abschließend möchte ich an die anfangs erwähnten positiven Aspekte von Selbstlosigkeit für ein größeres Ganzes anknüpfen und den Wunsch aussprechen, dass eine positive Selbstlosigkeit von Frauen wie Männern unsere privaten und gesellschaftlichen Beziehungen bereichern mögen.

## Literatur

- Bauer, M. (1979). Verhaltensmodifikation durch Modelllernen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Berrios, G.E., & Marková, I.S. (2003). The self and psychiatry: a conceptual history. In T. Kircher, & A. David (Eds.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (pp. 9-39). Cambridge: Cambridge University Press.
- Damasio, A. (2013). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Pantheon.
- Duncker, A. (2003). Gleichheit und Ungleichheit in der Ehe: persönliche Stellung von Frau und Mann im Recht der ehelichen Lebensgemeinschaft 1700-1914. Köln, Weimar: Böhlau.
- Fonagy, P., Gergely, G., Elliot, L., & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. (3 ed.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1999). Zur Einführung des Narzißmus. (1914, GW, Bd. X., 137-170). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

### *Das verschwundene Selbst*

- Fritsche, K. (2013). *Praxis der Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fritzsche, K., & Hartman, W. (2010). *Einführung in die Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*. (Bd. 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hamburger, M.E., Lilienfeld, S.O., & Hogben, M. (1996). Psychopathy, Gender, and Gender Roles: Implications for Antisocial and Histrionic Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10 (1), 41-55.
- Hermans, H.J.M., & Kempen, H.J.G. (1993). *The Dialogical Self. Meaning as Movement*. San Diego: Academic Press.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. New York: Dover Press.
- Kernberg, O.F. (2006). Eine zeitgenössische Interpretation von ‚Zur Einführung des Narzissmus‘. In O.F. Kernberg & H.-P. Hartmann (Eds.), *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie* (pp. 115-131). Stuttgart: Schattauer.
- Kohut, H. (1981). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Leferink, K. (2004). Schizophrene Identität. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 110, 103 – 124.
- Lucke, D., & Beuter, I. (2003). Genderaspekte von Familienrecht und Sozialgesetzgebung. *Bulletin 26 des Zentrums für interdisziplinäre Geschlechterstudien der Humboldt-Universität zu Berlin*, 14-26.
- Mead, G.H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft: Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mende, M. (2011). Die Ökologie der emotionalen Grundbedürfnisse: Eine Speisekarte für bekömmliche Spitzenleistungen. In W.A. Leeb, B. Trenkle & M.F. Weckenmann (Eds.), *Der Realitätenkellner. Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Coaching und Supervision* (pp. 248-261). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Peter, B. (2006). *Einführung in die Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Revenstorf, D., & Peter, B. (Eds.). (2009). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis*. (2 ed.). Heidelberg: Springer.
- Schoeßler, F. (2008). *Einführung in die Gender Studies*. Berlin: Akademie Verlag.
- Scholz, S. (2012). *Männlichkeitssoziologie. Studien aus den sozialen Feldern Arbeit, Politik und Militär im vereinten Deutschland*. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Stierlin, H. (2007). *Gerechtigkeit in nahen Beziehungen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

---

1) In Österreich trägt das Bundesgesetz seit 1975 den Eheleuten einvernehmliche Gestaltung ihrer Lebensgemeinschaft auf. Das im Sinne der Gleichberechtigung der Eheleute 1984 in der Schweiz verabschiedete Bundesgesetz trat nach einer Volksabstimmung 1985 schließlich 1988 in Kraft (Duncker, 2003).