

Annette Hoenes, Annette Jasmin Richter-Benedikt, Miriam Sichort-Hebing,
Ute Gräff-Rudolph und Serge K. D. Sulz

Das Selbstmoduskonzept in der Strategisch-Behavioralen Therapie – vom dysfunktionalen sekundären Selbstmodus zum reifen tertiären Selbstmodus*

The self mode model in Strategic Behavior Therapy SBT – from dysfunctional secondary self mode to tertiary mature self mode

Die Heuristik des primären, sekundären und tertiären Selbstmodus wird den bekannten Heuristiken der Selbstanteile, States of Mind, Ego-States und Schemamodus hinzugefügt. Entstehung, Phänomenologie und Funktionalität der Selbstmodi werden dargestellt, die inhaltliche Ausgestaltung der häufigsten Selbstmodi (dysfunktionalen Persönlichkeitszügen entsprechend) und ein neuer Ansatz ihrer Therapie beschrieben: 1. Entwicklung auf die nächsthöhere Stufe fördern, so dass ein reiferer Entwicklungsmodus verfügbar ist (von impulsiv zu souverän zu zwischenmenschlich). 2. Etablierung eines tertiären integrativen Selbstmodus, der den primären und sekundären Selbstmodus ausbalanciert, so dass Interaktion und Beziehung adaptiver werden. 3. Konkrete therapeutische Interventionen bezüglich Emotionsregulation und Selbstregulation (Umgang mit Bedürfnissen, Ängsten, Überlebensregel). 4. Konkrete Interventionen zur Veränderung des Dysfunktionalen Repetitiven Interaktions- und Beziehungs-Stereotyps DRIBS, um zu einer befriedigenden Beziehungsgestaltung zu finden. Zentralen Stellenwert hat dabei der szenische Stuhldialog.

Schlüsselwörter

Selbstmodus – State of Mind – Ego-State – Schemamodus – Entwicklungsstufe – Persönlichkeit – Dysfunktionales Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp DRIBS – Überlebensregel – Psychotherapie

The heuristic of the primary, secondary and tertiary self-mode is added to the heuristics of the character traits, states of mind, ego states and schema mode. This concept is linked with the paradigms of life-long development and the natural development modes. Development, phenomenology and functionality of the self-modes are represented, while the content of the most common self-modes (according to dysfunctional personality traits) and a new approach for their therapy are described: 1. Encouraging development to the next higher level so that a more mature development mode is available (from impulsive to self-confident to interpersonal). 2. Establishment of a tertiary integrative self-mode which balances out the primary and secondary self-modes so that interaction and relationships

* Geänderte und erweiterte Version des 2013 in Sulz & Bronisch (Hrsg.) erschienen Kapitels (S. 38-64).

become more adaptive. 3. Concrete therapeutic interventions with regard to emotion regulation and self-regulation (dealing with needs, anxieties, survival rule). 4. Concrete interventions to change the dysfunctional repetitive interaction and relationship stereotype (DRIBS) in order to achieve a satisfactory relationship structure.

Key words

Self modus – state of mind – ego state – schema modus – developmental step – personality – dysfunctional interaction and relation stereotype – DRIBS – survival rule – psychotherapy

Seit Jahrzehnten wird die Unterscheidung verschiedener Selbst- bzw. Bewusstseinszustände psychotherapeutisch genutzt. Horowitz (1987) arbeitete in den 1980er Jahren das tiefenpsychologische Konzept der States of Mind aus, und das Ehepaar Watkins (2003) entwickelte überwiegend hypnotherapeutisch über viele Jahre hinweg den Ego-State-Ansatz. Schulz von Thun (2001) erarbeitete das Konzept des inneren Teams. Young verdichtete seinen Schematherapie-Ansatz durch die Arbeit mit Schemamodi (Young, 1990; vgl. Sulz, 2007b).

1 Vom Konfliktmodell zum Modusmodell: Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust

Goethes Faust fühlt sich innerlich zerrissen und kann zwei mächtige Tendenzen seiner Psyche nicht zusammenbringen oder sich für eine entscheiden. Ein innerer Konflikt, bei dem es zu einem fulminanten Kampf in der Seele kommt, der nicht aufhören will. Dass wir (mindestens) zwei Seelen in unserer Brust haben, bemerken wir meist erst, wenn diese auf bewusster Ebene in Streit miteinander geraten, wenn ein zuvor nicht bewusster Konflikt manifest ins Bewusstsein tritt, wenn beide Seiten gleichzeitig ins Bewusstsein treten. Die eine Seite will sich vom Partner trennen, nachdem ihr klar geworden ist, dass jegliches weitere Bemühen um eine gute Beziehung erfolglos sein wird. Die andere Seite kann und will Sicherheit und Stabilität nicht hergeben, weil ihr ein Loslassen unendlich Angst machen würde. Kaum übernimmt die selbstbezogene Seite die Führung und denkt bzw. handelt in Richtung Trennung, meldet sich vehement per Großalarm die andere Seite, die so viel Angst und Aufruhr erzeugt, dass die selbstbezogene Seite in die Ecke gespült wird. Tage und Wochen vergehen, bis die permanente Frustration der selbstbezogenen Seite wieder genug Kraft gibt, um sich aufzubäumen. Irgendwann ist dieses Hin und Her auch nicht mehr auszuhalten. Abhilfe kann ein Symptom schaffen, das die gesamte psychische Energie so absorbiert, dass die beiden Streithähne Ruhe geben, weil ihnen die Kraft ausgegangen ist. Sie treten ab von der inneren Bühne der Rollenspieler. Zwei neue Protagonisten erscheinen: Der Symptomträger und sein Helfer. Sie haben ganz andere Themen und Sorgen. Der eine leidet unendlich, der andere bemüht sich darum, das Leid zu mildern oder zu beenden. Schließlich gehen sie in Behandlung – je nach Symptomen zum Hausarzt oder zum Nervenarzt oder gleich zum Psychotherapeuten. Goethes Faust hatte jedoch nicht nur zwei Seelen, sondern eine dritte, die feststellte, dass sie zwei Seelen hat. Diese dritte reflektiert und erleidet die beiden anderen. Sie ist in der Psychotherapie die Verbündete des Therapeuten.

2 Unterscheidbare Selbstzustände/Selbstmodi

Das Leiden unter den „zwei Seelen in meiner Brust“ resultiert aus der Begegnung mit sich selbst.

Viel häufiger befinden wir uns in der Begegnung mit den anderen Menschen und unserer Umwelt. Da sind wir in einem Moment ganz und gar nur eine Seele, nur ein in sich kohärentes und kongruentes Selbst, das als bewusstes solitäres Ich-Empfinden in die Welt blickt und auf sie reagiert. Wenn uns ein Menschenkenner beobachtet, so kann er ein klares Bild zeichnen, mit eindeutigen Konturen, mit vorhersagbarem Verhalten. Und wir selbst könnten in einer späteren Selbstreflexion zu einem ähnlichen Bild kommen. Da ist etwas Konstantes in mir, das sich zuverlässig in bestimmten Situationen wiederholt, durch das ich mich wiedererkenne und durch das andere mich erkennen („Ja, ich bin da etwas zurückhaltend“ oder: „Stimmt, ich geh gleich ran“).

Wenn ich dann aber verschiedene Kontexte vergleiche, kann mir doch auffallen, dass ich manchen Menschen gegenüber oder in bestimmten Situationen ein ganz anderer Mensch bin. Etwa in der Öffentlichkeit zurückgenommen, leise, zögernd, bescheiden, rücksichtsvoll. In vertrauter Umgebung jedoch vorlaut, rechthaberisch, dominant. Wer beides erlebt, würde nicht denken, dass das ein und derselbe Mensch ist. Da diese Selbstzustände oder Selbstmodi nicht gleichzeitig auftreten, gibt es keinen inneren Konflikt und keinen Leidensdruck. Es kann jedoch sein, dass ein Selbstmodus im Umgang mit anderen Menschen und mit sich selbst so große Nachteile bringt, dass er zum Problem wird (zu große Nachgiebigkeit, zu großer Starrsinn, zu große Raffgier, zu große Zaghaftigkeit etc.). Die Person selbst oder ihre Bezugspersonen wollen das Problem nicht mehr tolerieren. Es könnte natürlich sein, dass es gar keinen zweiten Selbstmodus gibt, der sich gegen diesen Modus wendet. Dann begegnet der Therapeut nur diesem einen Selbstmodus im Menschen. Nur dieser spricht mit dem Therapeuten. Und sie können nicht gemeinsam reflektieren. Denn was ich bin, kann ich nicht in Frage stellen (Kegan, 1986). Ich bin blind dafür. Ich habe kein Sinnesorgan, das dies wahrnehmen könnte. Nur wenn eine zweite Seite in mir existiert, die auf die Problemseite schaut, kann das Problematische benannt werden. Wer also mit Haut und Haaren ein impulsiver Mensch ist, kann nur sagen: „So bin ich, ich kann und will nicht anders.“ In der analytischen Psychotherapie wird deshalb eine therapeutische Ich-Spaltung als Bedingung gefordert, damit Therapie erfolgen kann. Es muss ein Selbstanteil oder Ich-Anteil oder Selbstmodus vorhanden sein, mit dem ein Arbeitsbündnis geschlossen werden kann, um an dem Problemteil arbeiten zu können. Das kann dazu führen, dass jemand zur Therapie kommt und so über zwei problematische Selbstmodi berichtet, dass wir sofort erkennen, dass wir mit es drei Selbstmodi zu tun haben. Wir sprechen zuerst mit dem dritten Modus, der quasi von einer höheren Warte aus auf die beiden blickt und ihr Tun problematisiert: „Da ist eine Seite in mir, die zu diszipliniert ist, sich nichts gönnt, perfektionistisch ist und andere kritisiert. Zu Hause tritt dann meine andere Seite in den Vordergrund, die ein kleines, bedürftiges Kind ist, das jemand sucht, der es beschützt und über es bestimmt.“ Auf die Frage: „Und wer sind Sie?“, kommt die Antwort: „Keiner von beiden, ich krieg die beiden einfach nicht in den Griff. Sie ziehen einfach ihr Ding ab, ohne auf die Folgen für mich zu achten.“ Da ist also eine Seite, die alles zusammenbringen will, die recht gut weiß, was eine gute und richtige Art wäre, mit sich und den anderen umzugehen. Nur ist sie machtlos, weil die beiden anderen Selbstmodi in jeweils ihrem Machtbereich uneingeschränkt herrschen.

3 Zum Nutzen der Teilung der Persönlichkeit

Ist es ein Missgeschick der menschlichen Entwicklung oder eine Anpassungsleistung an schwierige Lebensumstände? Die Antwort: Anpassung, die zum Missgeschick wird. Das Vorschulalter stellt die Weichen. Was in dieser Zeit dem Kind als Anpassung abverlangt wird, prägt sich so tief ein, dass es kaum mehr ganz verschwindet. Zumindest innerlich bleibt es für immer vorfindbar. Es gibt kein Vergessen. Die Eltern sind in wichtigen Schlüssel-situationen bedrohlich oder schützen nicht vor Bedrohungen. Im Kind entsteht Angst. Diese hilft ihm, seine natürlichen Triebe und Impulse zu stoppen oder zu verändern und stattdessen angepasstes Verhalten zu zeigen, das angstfrei macht. Die Angst hilft ihm, etwas zu leisten, wozu eigentlich Emotionsregulation und Steuerungsfähigkeit erforderlich wären. Es muss seinen primären natürlichen Selbstzustand verlassen und in einen sekundären angepassten Selbstmodus übertreten. Nicht alle Bezugspersonen und nicht alle situativen Kontexte signalisieren Bedrohung. In anderen Situationen kann das Kind unbekümmert bleiben (in seinem primären Selbstmodus bleiben) oder gar seine an anderem Ort gezeigte zu große Hemmung kompensieren und besonders umtriebig oder ausgelassen sein. Das ist zunächst eine gute und affekt-ökonomische Teilung als jeweils optimale Anpassungsleistung. Warum sollte ich immer an jedem Ort kleinlaut sein und mich unterlegen fühlen, mich demütigen und schlagen lassen, während mir zu anderen Gelegenheiten wirklich nichts passieren kann, wenn ich ein Treibauf bin? Zwar entspricht es wieder einer psychosozialen Ökonomie, wenn ich in jeglichen Situationen allen Menschen gegenüber immer der Gleiche bin. Für meine Umwelt und für mich ist das bequem. Ich bin nicht schwierig, nicht anstrengend. Aber es ist eine Übergeneralisierung eines Erlebens- und Verhaltensmodus, der nur in wenigen Situationen angezeigt wäre und doch immer vorherrscht. Wer nur noch den sekundären Selbstmodus hat und seinen primären völlig unterdrücken muss, ist eine eindimensionale Persönlichkeit, also eine verarmte Persönlichkeit. Dies war in der Lebensgeschichte mancher Menschen allerdings die einzige Möglichkeit, emotional zu überleben. Wilhelm Reichs (1971) Begriff des Charakterpanzers könnte eine gute Beschreibung dieses gleichzeitigen Schutzes und Gefangenseins geben. So wie es umgekehrt für andere notwendig war, mehrere Persönlichkeitsanteile parallel aufzubauen, bei der multiplen Persönlichkeitsstörung so, dass kein Teil vom anderen weiß, dass also keine Verbindung zwischen ihnen besteht. Ziel kann demnach weder sein, beide oder mehrere Selbstmodi zu einem Modus zu vereinen, noch, sie frei fluktuieren zu lassen. Vielmehr gibt es zwei Ziele: einerseits die Dysfunktionalität oder Maladaptivität eines Modus zu verringern und andererseits eine integrierende Instanz oder übergeordneten Modus zu etablieren, der integrative und steuernde Funktion hat.

4 Was charakterisiert einen Selbstzustand bzw. Selbstmodus? Struktur oder Dynamik?

Wir können das Selbst als Synonym für Psyche verwenden, alle psychischen Prozesse und Strukturen betreffend. So wie dieser Mensch ist und wahrnimmt, denkt, fühlt, handelt, wie sein Körperempfinden und -ausdruck ist. Diese Aufzählung würde in der psychodynamischen Psychotherapie eher als Ich bezeichnet werden, wenn man noch die Abwehrfunktionen dazunimmt. Es kommt aber alles hinzu, was die Psyche ausmacht,

die Erinnerungen und Motive, Werte, Normen und die unbewussten homöostatischen Regelungen, die diesen Funktionen übergeordnet sind bzw. in deren Dienst sie stehen. Damit sind also nicht die Momentaufnahmen gemeint, sondern sowohl das einmalige rein situative als auch das permanent wiederkehrende psychische Geschehen, das Allgemeinpsychologische, was ein Mensch mit allen Menschen teilt, und das Individuelle, das so nur bei ihm vorzufinden ist, aufgrund der Einmaligkeit seiner Person und seiner Geschichte inkl. vererbter Dispositionen und Merkmale.

Unsere Psyche ist immer in irgendeinem Selbstzustand. Die fluktuierenden uncharakteristischen Zustände interessieren uns in diesem Zusammenhang jedoch weniger. Eigentlich meinen wir mit den Selbstmodi die typischen oder stereotypen, auf eine charakteristische Weise wiederkehrenden Zustände, die als solche gut identifizierbar und beschreibbar sind. Damit bewegen wir uns gedanklich auf einer anderen Ebene als die dimensionale Persönlichkeitsdiagnostik, die von einer prinzipiellen kontinuierlichen Gleichverteilung von Merkmalen ausgeht. Wir erwarten dagegen einen umgrenzten Zustand, der für die Dauer einer Begegnung, eines definierbaren situativen Kontexts anhält und auf die annähernd gleiche Weise in diesem Kontext wiederkehrt („Ich bin da ein richtiges Kind“ oder „Da bin ich genau wie meine Mutter“ oder „Da werde ich zum Kaninchen, das von der Schlange hypnotisiert ist“).

Das zweite Merkmal des Selbstmodus ist, dass es nicht um ein einzelnes Verhalten oder eine einzelne Eigenschaft geht, sondern um ein ganzes Bündel von Erlebens- und Verhaltensweisen, die zusammengehören und sich gegenseitig auslösen und aufrechterhalten, ein Cluster. Eben nicht dem dimensional Paradigma folgend, sondern von der Vermutung und Beobachtung von Anhäufungen ausgehend. Wer dependent ist, vertritt keine eigene abweichende Meinung, versucht nicht, seinen Wunsch durchzusetzen, ist einverstanden mit dem dominanten anderen, fühlt sich wohl durch dessen Führung etc.

Ein drittes Merkmal des Selbstmodus ist, dass es schwerfällt, aus diesem Zustand herauszukommen, solange der Kontext konstant bleibt. Am besten erklärt diese Veränderungsresistenz das von Grawe (1998, siehe auch Schiepek & Sulz, 2010) beschriebene Prinzip des Attraktors, das in dem Beitrag von Tschacher (in diesem Band) ausführlich diskutiert wird. Das Selbst befindet sich wie eine Kugel in einem Becken mit so hohem Rand, dass es nicht genügend Energie aufbringt, um herauszukommen. Es fällt immer wieder zurück in das Becken.

Und das vierte Selbstmodus-Merkmal ist, dass eine qualitative Änderung beim Wechsel des Selbstmodus erfolgt. Man ist ein anderer Mensch. Die (subjektive) Welt ist eine andere. Die Beziehungen sind anders. Subjekt und Objekt haben sich geändert. Die Welt reagiert anders, analog zur Entwicklung bei Piaget, die durch Akkommodation erfolgt (Piaget, 1995; Sulz, 2010a).

Hat ein Modus Struktureigenschaften oder ist es die Beschreibung einer Prozessdynamik? Der Wechsel zwischen zwei Selbstmodi ist ein dynamischer Vorgang. Das Verweilen im Selbstmodus ist wie der Aufenthalt in einem Haus, also in einer Struktur. Wir können davon ausgehen, dass der Wechsel dem Prinzip der Selbstorganisation als Homöodynamik

folgt, also nicht von einer oberen Regelzentrale gesteuert ist (Schiepek & Sulz, 2010). Das Beibehalten des Modus unterliegt dem Prinzip der Selbstregulation und der Homöostase, das Konstanz und Stabilität gewährleisten soll, was am besten durch Schaffung von Strukturen gelingt (Sulz, 2010a).

Zusammenfassend können wir einen Selbstmodus kennzeichnen als

- einen umgrenzten wiederkehrenden Zustand der Psyche, der phänomenologisch durch stereotype Erlebens- und Verhaltensweisen und funktional durch eine unbewusste strategische homöostatische Funktionalität gekennzeichnet ist,
- erkennbar an einem Cluster von Prozess- und Strukturmerkmalen
- der bei gegebenem Kontext als Kräftefeld nur mit großem Energieaufwand in einen anderen Modus übergehen kann,
- wobei ein Moduswechsel eine qualitative Änderung von Selbst und Objekt beinhaltet;
- ein sekundärer Selbstmodus neigt dazu, allmählich dysfunktional zu werden oder vom primären Selbstmodus in seiner Dominanz gestört zu werden.

Wir können den primären und den sekundären Selbstmodus vergleichen (Tab. 1).

Tabelle 1: Primärer und sekundärer Selbstmodus

Primärer Selbstmodus	Sekundärer Selbstmodus
Freier Zugang zu allen Gefühlen und Bedürfnissen	Es gibt verbotene Gefühle und Bedürfnisse
Denken ist nicht limitiert	Es gibt verbotene Gedanken
Handeln muss nicht selbst zu früh limitiert werden	Handeln muss zu früh selbst limitiert werden
Bezugspersonen geben unbedingte Liebe, Schutz, Geborgenheit usw.	Bezugspersonen geben nur bedingte Liebe etc.
Innere Verbote und Gebote entstehen erst nach zeitgerechter Identifikation mit Eltern	In zu frühen Kindheitsjahren sind innere Verbote und Gebote notwendig geworden
Emotionales Überleben ist nicht gefährdet	eine später dysfunktionale Überlebensregel muss etabliert werden
Containing von Gefühlen wird erfahren	keine Erfahrung ausreichenden Containings von Gefühlen
zentrale Ängste treten nur in seltenen Ausnahmesituationen auf	zentrale Ängste beherrschen Erleben und Verhalten
Wut ist erlaubt und darf zur Abgrenzung genutzt werden	Wut ist verboten
Es wird Zeit gelassen, um Impulskontrolle und Selbststeuerung zu entwickeln	Selbststeuerung (Impulskontrolle und Emotionsregulation) kann nicht entwickelt werden, Angst wird zur Impulskontrolle benötigt
Theory of Mind und Mentalisierung können entwicklungsgerecht entstehen	Theory of Mind und Mentalisierung können nicht entwickelt werden
Interaktionen und Beziehungen können in freier Komplementarität gestaltet werden	Dysfunktionales Repetitives Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp DRIBS dient dem emotionalen Überleben

Primärer Selbstmodus	Sekundärer Selbstmodus
Weiterentwicklung zur souveränen und später zur zwischenmenschlichen Stufe ist nicht blockiert	Fixierung auf der impulsiven Entwicklungsstufe
Der Weg zur Entwicklung abstrakten Denkens, zum Perspektivwechsel und zur Empathie wird geebnet	Steckenbleiben im prälogischen Denken, kein Perspektivwechsel und keine Empathie möglich

Ein primärer Selbstmodus kann bewahrt und weiterentwickelt werden, wenn bedingungslos Bedürfnisse befriedigt, Gefühle aufgenommen und gespiegelt werden, wohlwollend Begrenzungen gesetzt und Selbststeuerung nicht zu früh abverlangt wird. Ist dies nicht der Fall, muss sich ein sekundärer Selbstmodus bilden.

Im zeitlichen Verlauf können wir auch ein häufiges Schicksal des sekundären Selbstmodus beschreiben:

- Zuerst befreit er die Psyche aus einer Not, hilft emotional zu überleben;
- dann etabliert er sich als permanent im Vordergrund stehende Tendenz im Menschen;
- zuletzt wird er dysfunktional/maladaptiv;
- oder der primäre Selbstmodus lässt sich nicht weiter unterdrücken, und es manifestiert sich ein Konflikt zwischen beiden, der durch Störmanöver des primären Selbstmodus gekennzeichnet ist;
- ein Symptom soll den Konflikt aus der Welt schaffen;
- spätestens der Leidensdruck unter dem Symptom aktiviert einen dritten Selbstmodus, der zu verstehen beginnt, wie destruktiv die beiden Selbstmodi kämpfen.

5 Der primäre Selbstmodus und seine Gegenspieler

„Verlass dich auf deinen Verstand“, raten die einen, „Verlass dich auf dein Gefühl“, empfehlen die anderen. Oder „Reiß dich zusammen!“ gegenüber „Sei nicht so streng mit dir!“ Ein anderes Mal heißt es: „Du überforderst dich total!“ versus „Das schaffst du auch noch! Das kannst du!“ Es gibt sehr viele Gegensätze und Konflikte, in die Menschen geraten. Es wäre zwar schön, wenn wir mit wenigen Kategorien zurechtkämen, aber wir würden bald merken, dass wir dem individuellen Menschen damit nicht gerecht werden. Wir werden zwar die häufigsten Selbstmodi betrachten, aber wichtiger als die Inhalte sind die Prozess-Aspekte.

Wie Konflikte zur Teilung des Selbst und der Persönlichkeit führen

Wie kommt es, dass sich ein Konflikt zur Teilung des Selbst in zwei gegnerische Modi auswächst? Das war indirekt schon bei der obigen Beschreibung des Selbstmodus deutlich geworden. Oft genug erleben wir ja eine dialektische Entwicklung unserer Motive: These – Antithese und Synthese mit anfänglicher Differenzierung von Teilen und späterer Integration. Aber es scheint, dass es eine wichtige Konfliktkonstellation in uns gibt, bei der wir einen Teil unseres Selbst nicht mitnehmen können. Am verbreitetsten ist der Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt oder Selbst-versus-Beziehungs-Konflikt in seinen vielfältigen Varianten. Deshalb nehmen wir ihn als Beispiel. Als Kind wurde die Erfahrung gemacht, dass eine große Gefahr besteht, lebensnotwendige Beziehungen zu verlieren,

z. B. aufgrund einer unsicheren Bindungserfahrung mit der Mutter. Also bleibt Beziehung das höchste Gut, das es unter allen Umständen zu wahren gilt. Kinder können Eltern gegenüber Beziehung nur durch abhängiges Verhalten aktiv bewahren. Selbstbezogenes Verhalten führt dagegen von den Eltern weg und muss unterlassen werden. Das kann so weit gehen, dass Fähigkeiten, die ein Mensch hat, nicht eingesetzt werden dürfen, da sie zu einem selbständigen Menschen führen würden. Am sichersten ist es, wenn ich unselbstständig bleibe, über keine besonderen Fähigkeiten verfüge, hilfsbedürftig und schutzbedürftig bin, so dass sich jemand findet, der mich führt, wichtige Dinge für mich erledigt und insgesamt für mich sorgt. Er erhält dafür das gute Selbstgefühl des Kompetentseins und Helfenkönnens. Über lange Zeit ist dann der Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt nicht mehr aktuell. Ein abhängiges, beschütztes Dasein hält frei von Trennungsangst. Und es werden immer mehr neue Fähigkeiten entwickelt: z. B. anschiemig sein, dem anderen die Bewunderung geben, die er braucht – sei es als Schützer oder als Versorger. Es wird also über Jahre hinweg in einem einzigen Selbstmodus gelebt, und es fehlt an nichts. Nur wenn doch ein Überdruß (Bischof, 2008) entsteht und wenn doch Selbstbestimmungswünsche entstehen, taucht ein zweiter Selbstmodus auf. Wünsche treten ins Bewusstsein, Träume lassen erleben, wie sich das anfühlen würde. Die Augen werden geöffnet und andere Menschen gesehen, die ihre Selbstinteressen verwirklichen. Erst wenn Gefahr besteht, dass es dieser Modus nicht beim Träumen belassen will, sondern sein Recht fordern wird und das abhängige Leben aufkündigen will, stehen sich zwei Widersacher gegenüber, die jeweils mit ihren Waffen gegeneinander zu kämpfen beginnen. Oft genug ist es aber Aufgabe der Therapie, den eingekerkerten primären Selbstmodus aus seinem Gefängnis zu befreien. Der sekundäre Selbstmodus kennt ihn nicht, wenn er von ihm erfährt, will er nichts von ihm wissen. Oder will ihn wieder wegmachen. Ärgert sich über ihn als Störer seines Seelenfriedens. So kommt ein 30-jähriger Mann in Therapie, der eine Depression entwickelte, nachdem er wiederholt in Arbeitsteams die Erfahrung gemacht hatte, dass er abgelehnt und oft auch gemobbt wurde. Seine Mutter war ängstlich-überfürsorglich, der Vater passiv und abwesend. Keiner nahm das Steuer des Familienschiffs wirksam in die Hand, so dass der Patient schon früh selbstbehauptende Kompetenzen entwickeln musste – für sich und für die Familie kämpfend. Den Eltern war dies sehr willkommen, und sie bestärkten ihn sehr darin. So wurde er ein von sich eingenommener, sich überlegen fühlender und streitlustiger Mensch. Kam er in Gruppen oder Teams neu hinein, so fühlte er sich nur kurz unsicher und ängstlich. Er überwand diese Gefühle sehr schnell, indem er in seinen habituellen Selbstmodus des Machers und Führers hineingeriet. „Ich habe gute Ideen, die anderen kapiere das nicht. Ich bin nicht nur ebenbürtig, sondern überlegen. Ich zeig denen jetzt mal, was Sache ist. Das ist doch nicht aggressiv, ich streite doch nicht, das ist doch nur Diskussion um die Sache. Ich greife Euch doch nicht an, vertrete nur meine Meinung. Natürlich habe ich eine andere Meinung als Ihr. Aber Ihr müsst doch einsehen, dass ich Recht habe.“ Es ist deutlich zu spüren, wie überzeugt er von sich ist, wie gut sein Selbstwertgefühl in diesem Modus ist und wie kampfbereit er dabei ist. Und wie er alle Blessuren vergangener Kämpfe vergessen hat. Er opfert immer wieder aufs Neue die Chance auf gute Beziehungen diesem Wohlbefinden in seinem Selbstgefühl. Was ihn depressiv macht? Dass die anderen ihn ablehnen und mobben, dass sie ihn nicht willkommen heißen und ihn zur Gruppe gehören lassen, sondern feindselig reagieren. Er wird nie eingeladen. Nie spricht ihn jemand in der Pause an, um ein Gespräch zu beginnen. Wenn die anderen nicht so wären, müsste er nicht depressiv sein. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit depressivem Syndrom?

Wir bleiben dabei, dem primären Selbstmodus zu seinem Recht zu verhelfen. Aber wer ist das, mit was für einem Menschen haben wir es da zu tun? Der Symptomauslöser bringt uns auf die richtige Fährte. Er leidet darunter, dass seine Beziehungsbedürfnisse unbefriedigt bleiben. Sein primärer Selbstmodus ist ein Mensch, der andere Menschen braucht – nicht um ihn zu bewundern und ihm die Führung anzutragen. Sondern indem sie ihn in die Geborgenheit gebende Gemeinschaft aufnehmen. So wie er primär ist, ohne sich hervortun zu müssen, ohne dass er sich als überlegener Macher gebärdet. Indem er ein Mensch wie jeder andere ist, nicht besser, nicht schlechter. Indem er nicht selbst seine Bedürfnisse erfüllt, sondern sich in Obhut von Menschen begibt, die sein Bedürfnis wahrnehmen und ihm geben, was er braucht. Ankommen, willkommen sein, seinen Platz haben unter den anderen, geschützt und geborgen in der Beziehung zu den anderen. Nichts dafür tun müssen, es geschenkt bekommen ohne Leistung. Gemocht und geliebt werden von den anderen dafür, dass man so ist, wie man ist. Das ist sein primärer Selbstmodus. Nicht autark, nicht autonom, sondern abhängig von seinen wichtigen Bezugspersonen. Die anfängliche Unsicherheit, ob er willkommen sein wird, ob er gemocht wird, muss ausgehalten werden. Nur über sie kann die sie beantwortende gute Erfahrung gemacht werden. Der primäre Selbstmodus würde sagen: „Ich bin schutzbedürftig, ich brauche Menschen, die mir Geborgenheit geben. Ich brauche Selbstwert über die Zuneigung anderer, nicht über das Bessere als andere. Ich muss immer wieder die Ungewissheit aushalten, ob ich so, wie ich bin, angenommen und akzeptiert werde. Ich möchte nicht dauernd kämpfen und leisten, ich möchte mich vertrauensvoll hingeben.“

Wenn der primäre bedürftige Selbstmodus zeitweilig ins Bewusstsein darf, können wir ihn mit einer Stuhlübung mit dem sekundären pseudoautarken Selbstmodus ins Gespräch kommen lassen. Die Verhandlungen der beiden sollten dazu führen, dass der primäre Selbstmodus öfter in Beziehung zu anderen Menschen treten darf, um hoffentlich neue gute Erfahrungen zu machen.

DRIBS: Interaktion und Beziehung des sekundären Selbstmodus

Der sekundäre Selbstmodus hat sich in vielen Kindheitsjahren gegenüber den Eltern herausgebildet. Er ist also zugleich ein Beziehungsmodus, eine stabile Art der Beziehungsgestaltung. Dabei fällt zweierlei auf:

1. Es entsteht eine Übertragung der früheren Beziehungsform zu den Eltern auf heutige wichtige Bezugspersonen, d. h., sie werden in ihrem Wesen mit den Eltern gleichgesetzt.
2. Es entsteht eine Gegenübertragung dieser Bezugspersonen, indem sie entgegen ihrer sonstigen Art in Beziehung treten, komplementär auf das Übertragungsangebot antworten, also einem Unterwürfigen gegenüber herrisch reagieren oder einem Rebellischen gegenüber tyrannisch reagieren.

Dadurch wird nach einer gewissen Zeit die heutige Beziehung auf die gleiche Weise frustrierend wie die damalige Beziehung zu den Eltern. Da die heutigen Bezugspersonen anders sind als die Eltern und da es heute um die Interaktion und Beziehung zweier erwachsener Personen geht und nicht um die Interaktion zwischen Erwachsenem und Kind, muss dieses Beziehungsangebot scheitern. Dieses Scheitern ist im Wesen des sekundären Selbstmodus enthalten und entspricht Freuds Wiederholungszwang, der heute

das Unglück von damals wiederholt (vgl. Watzlawik, Beavin & Jackson, 1969; Watzlawik, Weakland & Fisch, 1979). Wir können dies zunächst unter kommunikationspsychologischen und anschließend unter motivationspsychologischen Gesichtspunkten untersuchen. Haley (1977, 1978) geht davon aus, dass jeder Satz, den ich zu einer anderen Person spreche, zugleich ein Versuch einer Beziehungsdefinition ist. Es gibt vier verschiedene Arten, darauf zu reagieren:

Die andere Person **akzeptiert** diese implizite Beziehungsdefinition und geht bestätigend auf den anderen ein.

Sie **lässt sie durchgehen**, wehrt sich nicht dagegen, obwohl sie nicht einverstanden ist. Sie **weist sie zurück** und macht klar, dass sie nicht auf diese Weise in Beziehung sein will. Sie **ignoriert** die Beziehungsdefinition des anderen, indem sie kalt darüber hinweggeht, womit sie sie entwertet.

Die sich einstellenden Rollenverteilungen entsprechen meist drei Mustern (Haley, 1977, 1978):

Symmetrische Beziehungen entsprechen gleichberechtigten Kooperationen. Beide Seiten haben alle Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung.

Komplementäre Beziehungen weisen einer Person eine Rolle zu, die ihr Verhalten auf ein Verhaltensrepertoire einschränkt, das komplementär zum Verhalten des anderen passt, z. B. Chef – Untergebener, Vater – Sohn, Anwalt – Klient, Staatsanwalt – Delinquent, Kranker – Pfleger etc.

Metakomplementäre Beziehungen sind komplexer, weil eine Person die Regie in der Hand hat, indem sie der anderen die dominante Rolle überlässt und selbst die submissive Rolle spielt. Ihre Bezugsperson übernimmt gern diese Rolle, ohne das Spiel zu durchschauen, und ist deshalb nicht Herr der Beziehung und der Situation.

Ob eine Interaktion scheitert, hängt davon ab, ob sie eine **Lösung erster oder zweiter Ordnung** (Watzlawik et al., 1969, 1979) ist: Oft streben wir Lösungen erster Ordnung an, z. B. „Bleib bitte bei mir, ich fühle mich so allein“. Erzielen wir damit keine Wirkung, so bitten wir häufiger und heftiger – mehr desselben. So entsteht eine Spirale, die sich dadurch auszeichnet, dass die Art des Lösungsversuchs (erster Ordnung) das ursprüngliche Problem erst zur massiven Störung werden lässt. Die wirksame Lösung (zweiter Ordnung) besteht in der Aufhebung des Lösungsversuchs erster Ordnung. D. h., sie richtet sich nicht gegen das ursprüngliche Problem, sondern gegen die Art und Weise, mit der bisher erfolglos bzw. sogar problemaufrechterhaltend-intensivierend versucht wurde, dieses zu beheben. Die Lösung zweiter Ordnung darf nicht verwechselt werden mit Resignation, obwohl sie mit der kreativen Hoffnungslosigkeit (Hayes et al., 2004) beginnt. Von Kindern wissen wir, dass sie nach anfänglichem Aufbäumen resignieren und dann nie wieder ihre Bedürfnisse äußern, eventuell sie nicht einmal mehr wahrnehmen. Doch diese Resignation ist noch Bestandteil der Lösung ersten Grades als deren Spätstadium. Wir können Schulz von Thuns (2001) Einteilung der Kommunikation in Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell motivationspsychologisch übersetzen:

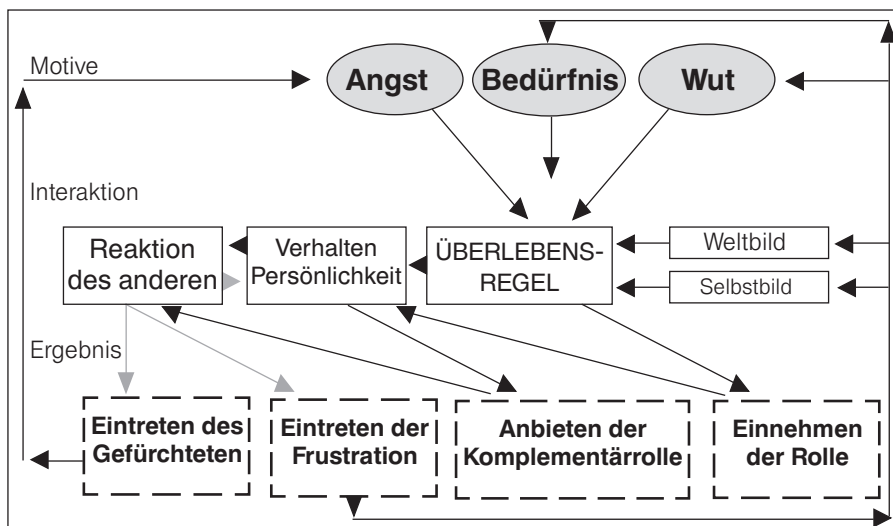
Sachinhalt	Was sagt er inhaltlich? Was ist die inhaltliche Information?
Selbstoffenbarung	Welche Rolle nimmt er ein?
Beziehung	Welche Rolle weist er mir zu?
Appell	Was will er damit erreichen, zu welchem Verhalten will er mich bewegen?

Diese Übersetzung zeigt, in welcher Weise im Sinne von Watzlawik et al. (1969, 1979) Wirklichkeit konstruiert wird. Indem ich selbst eine Rolle einnehme, weise ich dem anderen die Komplementärrolle zu, und durch die Appellfunktion meiner Aussage bringe ich ihn dazu, sich rollengemäß zu verhalten. Ich habe ein Drehbuch geschrieben, der andere hat sich drehbuchgemäß verhalten, und ich erhalte dadurch die Bestätigung, dass mein Drehbuch nicht erfunden ist, sondern Realität darstellt. Ich habe Wirklichkeit konstruiert. Nun zur Motivationsperspektive: Bei gestörter Kommunikation läuft dies so ab (Sulz, 2011b):

- Bestehendes Selbstbild
- Bestehendes Weltbild
- Hoffnung auf Bedürfnisbefriedigung
- Angst vor Bedrohung bzw. Frustration
- Groll/Wut wegen vergangener Frustrationen
- Beziehungsangebot durch Einnahme einer Rolle
- Zuweisung der Komplementärrolle
- Der andere verhält sich rollengemäß bedrohlich oder frustrierend
- Die Bedrohung verstärkt die Angst
- Die Frustration vergrößert das Bedürfnis
- Und die Frustration vergrößert die Wut
- Das Eintreten des Erwarteten bestätigt das Selbst- und Weltbild
- Und führt dazu, dass bei der nächsten Interaktion
- Wieder die dem Selbstbild entsprechende Rolle eingenommen wird
- Und dem anderen wieder die dem Weltbild entsprechende Rolle zugewiesen wird.

Dieser Teufelskreis ist ein **Dysfunktionales Repetitives Interaktions- und Beziehungsstereotyp** (DRIBS; Sulz, 2011b): Die gleiche Misskommunikation läuft immer wieder auf die gleiche Weise erfolglos ab (Abb. 1). Das DRIBS ist ein Lösungsversuch erster Ordnung und entspricht einem Wiederholungszwang.

Abbildung 1: Dysfunktionales Repetitives Interaktions- und Beziehungsstereotyp DRIBS – Wie verhalte ich mich, damit andere mich schlecht behandeln? (Aus Sulz: Therapiebuch III, 2011b, S. 296)



In der psychoanalytischen Theorie wird dies auf den Mechanismus der **projektiven Identifizierung** zurückgeführt (Projektion und anschließende Identifizierung): Ich übertrage eine problemhafte Elternperson auf mein Gegenüber, weise ihr diese Rolle zu. Zugleich nehme ich in meinem Selbstgefühl die Kindrolle ein. Der andere nimmt mich als solches wahr und spricht zu mir aus der Elternperspektive. Da ich nicht nur das Kindsein als Position eingenommen habe, sondern mich als das Kind gebe, das z. B. farblos, adynamisch ist, reagiert mein neuer Elternteil auf meine Farblosigkeit und Adynamie mit gelangweiltem Desinteresse. Ich bin einerseits enttäuscht und verletzt, werde andererseits in meiner Selbst- und Weltsicht bestätigt. Du bist also auch so einer bzw. so eine! Und ich bin halt uninteressant!

Ein sekundärer Selbstmodus besteht also nicht nur aus einem Cluster von Erlebens- und Verhaltensweisen. Sein zentrales Merkmal ist vielmehr, auf welche Weise er in Beziehung zu anderen Menschen tritt, wie er diese nach seinem Drehbuch ins Rollenspiel eintreten lässt, so dass sie nicht anders können, als sich komplementär zu verhalten. Dazu gehört, dass der Selbstmodus und sein DRIBS eine Vermeidungsfunktion haben, die Szene einen Zweck erfüllt: Das Verhalten des Gegenübers wird so gesteuert, dass die eigene **Überlebensregel** (Sulz, 1994, 2011a) nicht verletzt werden muss, dass Bedürfnisfrustration oder Bedrohung ausbleibt und damit emotionales Überleben gesichert wird: „*Nur wenn ich immer ängstlich-zurückhaltend bin und niemals Ärger zeige, bewahre ich mir Zuneigung und verhindere Ablehnung.*“ Das resultierende selbstunsichere Verhalten führt beim Gegenüber dazu, dass es sich überlegen fühlt, sich mehr nehmen kann und deshalb keinen Grund hat, ablehnend zu sein. Das Drehbuch wurde von beiden Interaktionspartnern eingehalten.

Wie der Streit der Gegenspieler vorläufig beendet wird

Je heftiger der Kampf ist, umso weniger kann die nicht bewusste autonome Psyche (autonom im Sinne von nicht bewusst steuerbar wie das autonome Nervensystem, siehe Sulz 1994, 2011a) diese Prozesse vom Bewusstsein fernhalten, so dass die bewusste willkürliche Psyche (willkürlich im Sinne bewusst steuerbar wie das willkürliche Nervensystem) sich damit befassen muss. Automatisch mal der eine, mal der andere Selbstmodus sein, das geht jetzt nicht mehr. Beide Modi machen sich den Platz streitig. Wer darf bestimmen, was und wie gelebt wird? Setzt sich der selbstbezogene Modus durch, so wirft ihm der beziehungsbezogene Modus mit einer gewaltigen Panikattacke Knüppel zwischen die Beine. Herrscht der beziehungsbezogene Modus, so ruft der selbstbezogene eine unerträgliche Dysphorie hervor. Und schließlich entsteht per Selbstorganisation ein Pseudokompromiss – die Symptombildung, z. B. eine Depression. Dann hören die beiden auf zu streiten – vorübergehend. Ich beobachte bei dem soeben beschriebenen Patienten erstaunt, dass er in der Gruppentherapie nicht so vehement von sich selbst überzeugt und provozierend auftritt, dass er andere übertönt. Vielmehr bringt er eine Meinung ein, die ganz sicher Widerspruch erzeugen wird, so dass sich die ganze Gruppe gegen ihn verbündet. Er kam also nicht, um zu gewinnen, sondern um zu verlieren. Genauer: Der primäre Selbstmodus hat das ursprüngliche Interaktionsangebot des sekundären selbstbezogenen, dominanten Selbstmodus so verfälscht, dass dieser eine Niederlage erleidet. Kein einziges Gruppenmitglied stimmt ihm zu, niemand folgt ihm. Allerdings werden auch die Bedürfnisse des primären Selbstmodus frustriert. Niemand heißt ihn willkommen, niemand mag ihn. Es ist so, als ob das erste Platzieren des primären Selbstmodus nur leidend erfolgen kann. Beide Selbstmodi sind nach der Situation im Leiden vereint. Beide sind gleichermaßen

unglücklich. Nun könnte der primäre Selbstmodus die Gunst der Stunde nutzen und zum sekundären Selbstmodus sagen: „Probieren wir es doch mal auf meine Weise. Gehen wir doch einfach in die Gruppe rein, hören den anderen wirklich zu, versuchen, sie zu verstehen, bestätigen sie in ihren Bedürfnissen und Ängsten und unterstützen sie. Und wir sagen dann auch, was wir uns von der Gruppe wünschen würden.“

„Wir“ ist einfacher gesagt als getan. Die beiden Selbstmodi haben diametral entgegengesetzte Wünsche und Ziele. Um aus dem Unglück herauszukommen, ist es erforderlich, dass der sekundäre Selbstmodus gar nicht aktiv wird, sondern nur den primären machen lässt. Denn weder das alleinige Agieren des sekundären noch das gleichzeitige Agieren von beiden führt zu Wohlbefinden. Da braucht es Hilfe von außen, einen Vermittler, z. B. in der Therapie. Oder es entsteht ein dritter Selbstmodus, der beide integriert.

Integration von Selbstmodi könnte im Extremfall so weit gehen, dass aus dem primären und dem sekundären ein **tertiärer integrativer Selbstmodus** wird und diese ab da nicht mehr einzeln existieren. Meist verschmelzen sie aber nicht zu einem neuen Modus, sondern bleiben bestehen, eventuell latent, bis bei einer „günstigen“ Gelegenheit der entsprechende Modus als die beste Lösung erscheint.

Der tertiäre integrative Selbstmodus hat synergistische und limitierende steuernde Funktion. Er übernimmt die Führung der beiden anderen, gibt mal dem einen, mal dem anderen mehr Raum. Er zügelt sie jeweils, so dass ihre Aktionen nicht mehr dysfunktional sind. In unserem Fallbeispiel scheiterte der Patient an seinem Konflikt zwischen Beziehung (gemocht werden, dazugehören) und Selbst (Einfluss haben, dominieren, besser sein). Diese beiden Selbstmodi boykottierten sich in der Gruppensituation. Der integrative Selbstmodus ist klug und weiß, dass zuerst eine gute Beziehung hergestellt werden muss, bevor Macht Tendenzen in den Vordergrund treten dürfen. Er begrenzt deshalb zu Beginn einer Gruppe den dominanzstrebenden Selbstmodus stark, so dass dieser erst in einer späteren Gruppensitzung allmählich zum Zuge kommt. Erst wenn eine gute Vertrauensbasis in der Gruppe besteht und die große Kompetenz des Patienten neidlos anerkannt wird, lässt der integrative Selbstmodus gegenüber dem dominanzstrebenden die Zügel locker. Er darf jetzt, wo er einen guten Platz in der Gruppe hat, anfangen, sich zu profilieren. Dies auch nur so weit, als die Gruppe eindeutig von seiner Einflussnahme profitiert. Er greift zum Wohl der Gruppe in das Gruppengeschehen ein. Ein ausgeglichenes Geben und Nehmen: Einerseits wurde der Gruppe geholfen, andererseits nimmt er daraus den Gewinn der Selbstwirksamkeit mit.

Wie können wir uns diesen tertiären integrativen Selbstmodus vorstellen? Er ist mit den beiden anderen Modi in gutem Kontakt, versteht ihre Bedürfnisse und Ängste, weiß, wie sie mit diesen umgehen, weiß um ihre Stärken und Schwächen und weiß darum, wann sie lieber nicht aktiv werden sollten. Er ist also besonnen, nicht rational intellektuell, nicht kühl. Ihm ist beides gleich wichtig: Vernunft und Gefühl, Beziehung und Selbst. Manchmal ist er wie ein Pilot, der sich und die Umwelt sehr präzise einschätzen und deshalb optimale Entscheidungen treffen kann. Manchmal ist er wie ein Schiedsrichter, der das Spiel der beiden Gegner steuert. Und manchmal ist er recht zufrieden, weil die beiden anderen Selbstmodi in guter Balance sind. Er ist die Instanz, die aus einem Entweder-oder ein Und macht.

Der Streit der beiden gegnerischen Selbstmodi kann demnach entweder durch Symptombildung oder durch Entwicklung eines tertiären integrativen Selbstmodus geschlichtet werden. Die Krankheit macht das eine, die Therapie das andere.

6 Therapeutische Aspekte

Die Therapie sekundärer Selbstmodi hat drei Aufgaben:

1. **Entwicklung** auf die nächsthöhere Stufe fördern, so dass ein reiferer Entwicklungsmodus verfügbar ist (von impulsiv zu souverän zu zwischenmenschlich)
2. Etablierung eines **tertiären integrativen Selbstmodus**, der den primären und sekundären Selbstmodus ausbalanciert, so dass Interaktion und Beziehung adaptiver werden
3. Konkrete therapeutische Interventionen bezüglich **Emotionsregulation** und **Selbstregulation** (Umgang mit Bedürfnissen, Ängsten, Überlebensregel)
4. Konkrete Interventionen zur Veränderung des **Dysfunktionalen Repetitiven Interaktions- und Beziehungs-Stereotyps DRIBS**, um zu einer befriedigenden Beziehungsgestaltung zu finden

Tabelle 2 zeigt die Schritte der Therapiestrategie, die teils im Hintergrund läuft, teils durch konkrete Interventionen wie Imaginationsübungen, Rollenspiele und Stuhl-Übungen erfolgt. Über das Wahrnehmen der Gefühle im sekundären Selbstmodus gelangen wir zu den Bedürfnissen des primären Selbstmodus. Hier wird schmerzlich gespürt, was in der Kindheit vermisst wurde. Darauf werden ideale Eltern (Pesso, 2008) imaginiert, die Bedürfnisse bedingungslos befriedigt hätten (ressourcenorientierte Übung). Gemeinsam wird die Bedeutung dieser emotionalen korrigierenden Erfahrung reflektiert, so dass der Patient in den tertiären Selbstmodus geht. Es wird vereinbart, dass dieser entwickelte und erwachsene Selbstmodus mit guter Elternschaft Fürsorge für den unentwickelten primären Selbstmodus übernimmt, so dass dieser die fälligen Entwicklungsschritte nachholen kann. Im nächsten Schritt entwickelt er eine Theory of Mind (TOM; vgl. Bischof-Köhler, 2010), wird dadurch sozial kompetenter. Er geht damit in Interaktion mit seinen Bezugspersonen, so dass ein ausgewogenes Geben und Nehmen entstehen kann. Offener Gefühlsaustausch führt zu gut gepflegten Beziehungen. Nach einiger Zeit steht an, dass Perspektivwechsel möglich wird, was zur Empathiefähigkeit führt. Primärer und tertiärer Selbstmodus stimmen sich ab, so dass wachsende Autonomietendenzen mit Beziehungspflege ausbalanciert werden können.

Tabelle 2: Strategische Therapie des sekundären Selbstmodus

Strategische Therapie des sekundären Selbstmodus	Beispiel
Wahrnehmung des sekundären Selbstmodus	Ich bin oft sehr selbstunsicher, ängstlich
Emotionswahrnehmung	Es macht mich wütend, wie er mich behandelt
Wahrnehmung des primären Selbstmodus	Ich kann noch nicht für mich sorgen
Bedürfniswahrnehmung	Ich brauche Liebe ohne Bedingungen
Bedürfnisbefriedigung in der Imagination	Eltern, die Liebe ohne Bedingungen gegeben hätten
Etablieren des tertiären Selbstmodus	Entwickelt, erwachsen, erfahren, emotional, empathisch
Selbstfürsorge	Tertiärer Modus versorgt den primären wie sein Kind

Strategische Therapie des sekundären Selbstmodus	Beispiel
Entwicklung einer Theory of Mind	Erkennen wie und wozu andere Menschen reagieren
Interaktionsangebote des primären Selbstmodus	Gefühl und Wunsch aussprechen
Beziehungsgestaltung im primären Selbstmodus	offener Austausch von Gefühlen
Entwicklung von Empathiefähigkeit im tertiären Selbstmodus	Sich in den anderen hineinversetzen, dafür sorgen, dass es ihm gut geht
Balance zwischen Selbst und Beziehung – primär und tertiär	Während beider Bedürfnisse in der Beziehung befriedigt werden, eigene Anliegen für sich angehen

6.1 Förderung zum Erreichen eines reiferen Entwicklungsmodus

Sulz (2010b, S. 200) hat die Therapie zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen beschrieben. Dabei geht es um zweierlei:

- Es geht nicht darum, welche Bedingungen das Verhalten eines Menschen hat, sondern darum, ob und wie ein Mensch in der Lage ist, die Bedingungen seines Verhaltens zu reflektieren (**Metakognition oder Mentalisierung** (Fonagy & Bateman, 2010; vgl. Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2012) zu entwickeln).
- Es geht nicht darum, von den Emotionen weg zu den Kognitionen zu kommen, sondern darum, die Emotionen wahrzunehmen, zu benennen, ihren Kontext zu erkennen, ihre Wirkung auf das Denken und Handeln und auf andere Menschen zu verstehen – und dadurch eine wirksame **Emotionsregulation** zu etablieren.

Zu (a): Da fast alle Patienten im prälogischen Denken des impulsiven Entwicklungsmodus fixiert sind, wird dieser als Beispiel beschrieben (Sulz, 2010b, S. 205 ff.):

- Sein Denken besteht aus Momentaufnahmen
- Wenn er eine Geschichte erzählt, ist das eine Aneinanderreihung von Momentaufnahmen. „Zuerst hat X eine Frage gestellt. Und dann hat Y gesagt, dass ... Und dann hat Z gesagt, ...“
- Er kann die Abfolge der Momentaufnahmen noch nicht aufeinander beziehen
- Er kann noch nicht reflektieren, dass der eine Moment durch den vorausgehenden ausgelöst wurde
- Er kann die kausale Verknüpfung beider Momente nicht gedanklich erfassen: „Weil Y die Frage von X nicht beantworten konnte, half ihm Z bei der Antwort.“

Daraus ergibt sich als therapeutisches Rational: Das Denken der impulsiven Stufe sieht keine Möglichkeit der Änderung aus eigener Kraft – wohl aber das Denken der souveränen Stufe.

Das Vorgehen ist eine einfache Fragetechnik, die zunächst aus sieben Fragen besteht (siehe auch McCullough, 2010).

- Beschreiben Sie, was in der Situation geschah!
- Berichten Sie, was die andere Person sagte/machte!
- Welche Bedeutung hat deren Verhalten für Sie?
- Berichten Sie, was Sie in der Situation getan/gesagt haben!
- Beschreiben Sie, wie die Situation ausging, wozu führte Ihr Verhalten?
- Beschreiben Sie, welches Ergebnis Sie stattdessen gebraucht hätten?
- Warum haben Sie das nicht bekommen?

Der Patient kann diese Fragen nur beantworten, wenn er sein Denken (mühsam) auf das souveräne konkret-logische Niveau anhebt. Das weitere Vorgehen wird in Sulz (2010b) beschrieben.

Zu (b): Emotionsregulation benötigt die bewusste Wahrnehmung und Reflexion des Gefühls. Am besten ist es, wenn das Gefühl innerhalb der Therapiesitzung auftritt. Dann kann durch eine emotive Gesprächsführung wie Emotion Tracking (Sulz, 2007a, 2010b) oder durch das Vorgehen der Emotion Focused Therapy (Greenberg, 2000; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008) das Gefühl ins Bewusstsein gehoben, in Sprache übersetzt werden, der auslösende Kontext erinnert, die dadurch angestoßenen Gedanken bezeichnet, das dadurch resultierende Handeln gespürt und zugleich die Wirkung auf den anderen Menschen erfahren werden. Die gemeinsame Reflexion hilft, das Gefühl künftig hinsichtlich seiner Funktionalität zu prüfen und zu modifizieren. Dabei sollte dem Patienten, der gerade dabei ist, die eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu akzeptieren, nicht zu früh Empathie für die anderen abverlangt werden. In der Entwicklung sollte die Reihenfolge eingehalten werden: 1. Aufheben der Hemmung der Impulsivität (gesunde Spontaneität), 2. Schritt auf die souveräne Stufe (gesunder Egoismus) und erst dann 3. Schritt auf die zwischenmenschliche Stufe (gesunde Beziehung).

6.2 Etablieren eines tertiären integrativen Selbstmodus als übergeordnete steuernde Instanz

Das Etablieren eines neuen Selbstmodus, der übergeordnete, integrierende und modulierende Funktion übernimmt, setzt Entwicklungsarbeit (Sulz et al. 2013, Hoenes et al. 2014) voraus, wenn es nicht nur ein vorübergehendes Antrainieren sein soll. Wer im impulsiven Entwicklungsmodus bleibt, kann den tertiären integrativen Selbstmodus nicht entwickeln. Bei seiner Entwicklung müssen wir in zwei Schritten vorgehen:

- a) Etablieren des tertiären integrativen Selbstmodus auf der souveränen Entwicklungsstufe: Der Kluge, der Clevere, der Effektive (noch egozentrisch selbstbezogener Modus).
- b) Etablieren des tertiären integrativen Selbstmodus auf der zwischenmenschlichen Entwicklungsstufe: Der Empathische, der Soziale, der auf den anderen Menschen Bezogene.

Albert Pesso (2008) nennt diesen übergeordneten Selbstmodus Pilot. Schulz von Thun (2001) bezeichnet ihn als Oberhaupt. Er hat den anderen beiden Selbstmodi einiges voraus: Erfahrung, Weitblick, gute Emotionssteuerung, Zeitgefühl, Wertorientierung, Ziele, Wissen, wie die Dinge laufen, Menschenkenntnis (eine Theory of Mind). Eben die Errungenschaften der souveränen Stufe. Und wenn auch der zweite Schritt zur zwischenmenschlichen Stufe geschafft ist, kommt die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und zur Empathie hinzu, also die Fähigkeit, nicht nur Interaktionen kurzfristig optimieren zu können, sondern auch Beziehungen langfristig gestalten und pflegen zu können.

War eine bewährte Methode, um neben dem dominierenden sekundären Selbstmodus auch den unterdrückten primären Modus ins Bewusstsein zu heben, die Zwei-Stuhl-Technik (für jeden Modus ein Stuhl; der Patient setzt sich auf den Stuhl, der gerade seinem Denken und Fühlen entspricht), so brauchen wir jetzt drei Stühle. Zu den beiden schon stehenden Stühlen wird ein dritter Stuhl für den tertiären Selbstmodus gestellt. Die ersten beiden Stühle bleiben leer. Der Therapeut lässt die beiden Selbstmodi miteinander bzw. gegeneinander

sprechen und streiten, während der Patient auf dem dritten Stuhl sitzt und zuhört. Immer wieder wird er gefragt, wie sich das aus seiner Meta- oder Vogelperspektive anhört. Was ihm als außenstehendem Beobachter dabei einfällt. Die Fragen des Therapeuten müssen so gestellt werden, dass sie den Patienten in ein metakognitives Denken führen. Es entspricht zum Teil dem zirkulären Fragen der systemischen Therapie: Was glauben Sie, wie es dem „Ersten“ (primären Selbstmodus) geht, wenn der „Zweite“ (sekundärer Selbstmodus) sagt: „Der Erste stört und nervt mich nur. Am liebsten wäre es mir, wenn es ihn nicht gäbe.“? Es wird aber auch nach Bedürfnissen, Ängsten und der Wut des einen und des anderen gefragt sowie nach den Zielen der beiden, bis die Funktionalität der Modi deutlich wird. Die gemeinsame Reflexion von Therapeut und dem „Dritten“ (tertiärer Selbstmodus) nähert sich allmählich einer Lösung zweiter Ordnung nach Watzlawick et al. (1969, 1979): Aus dem Entweder-oder wird ein Und.

6.3 Konkrete therapeutische Interventionen bei einzelnen Selbstmodi

Wir haben uns sehr lange mit den Prozessmerkmalen der Selbstmodi beschäftigt. Für die Therapiepraxis ist es hilfreich zu wissen, welche inhaltlichen Ausgestaltungen die individuellen Selbstmodi einnehmen.

In der Empirie finden wir am häufigsten die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge, wie sie in DSM und ICD beschrieben werden, als sekundäre Selbstmodi, z. B.

- selbstunsicherer Selbstmodus
- dependenter Selbstmodus
- zwanghafter Selbstmodus
- passiv-aggressiver Selbstmodus
- histrionischer Selbstmodus
- schizoider Selbstmodus
- narzisstischer Selbstmodus
- emotional-instabiler Selbstmodus
- paranoider Selbstmodus

Nehmen wir als Beispiel den selbstunsicheren Selbstmodus. Wir kennen ihn als ängstlich-vermeidend in sozialen Situationen: Er traut sich nicht zu sagen, was er denkt, zu nehmen, was er will, Ärger und andere Gefühle zu zeigen, in den Mittelpunkt zu treten, irgendetwas zu tun oder zu sagen, was den Unmut des Gegenübers hervorruft. Er hat sich meist entwickelt in der Beziehung zu einem strengen, strafenden Elternteil, teils auch durch Modelllernen. Entsprechend ist seine zentrale Angst die Angst vor Ablehnung und Liebesentzug, die sich bis zur Vernichtungsangst steigern kann. Sulz (2011b) hat für jeden dieser Selbstmodi für die Therapie wichtige Charakteristika formuliert, die besonders für die Verbesserung der Beziehungsgestaltung von Bedeutung sind. Als Beispiel soll wieder der selbstunsichere Selbstmodus dienen:

Umgang mit Beziehung, mit einer Bezugsperson:

Meine Bezugsperson kann besser streiten, kritisiert oder lobt

Ich achte darauf, dass ich keinen Unmut erzeuge

Ich kann nur offen sein, wenn ich weiß, dass sie nicht ärgerlich wird oder mich bloßstellt

Solange ich nicht weiß, dass ich ihr Wohlwollen genieße, fühle ich mich unsicher

Hätte ich weniger Angst, würde ich mehr Ärger zeigen

Hätte ich weniger Schuldgefühle, würde ich meine Interessen mehr durchsetzen

Hätte ich weniger Scham, würde ich mich mehr zeigen
Für mich bedeutet Beziehung, jemand haben, der mich annimmt und mag. Dafür halte ich meine egoistischen Neigungen zurück

Interaktionsstereotyp (DRIBS)

Rollenübernahme: Ich bin unterlegen, versage zu oft, halte Ablehnung nicht aus. Ich kann mich nicht durchsetzen. Ich kann mich zurückhalten.

Komplementärrollenzuweisung: Die Bezugsperson wird offensiv, streng, kritisiert Fehler, lehnt ab, wenn er/sie nein sagt oder etwas fordert.

Verhalten: ängstlich-vermeidend

Reaktion des anderen: selbstsicher, überlegen

Eintritt des Gefürchteten: Ich mache Fehler, andere nehmen diese wahr

Eintritt der Frustration: Kritik, Unmut und Ablehnung

Vorteil: Offene Auseinandersetzung wird vermieden

Bild: Angsthase statt heldenhafter Rächer

Therapiestrategien bei selbstunsicherem Selbstmodus

- Bedürfnis/Hoffnung: mir so viel und so schnell nehmen wie der andere
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: Fordern und Neinsagen lernen
- Wut: sich wehren lernen, streiten lernen
- Beziehung: lernen, dass passagere Disharmonie die Beziehung stützt
- Impulssteuerung: egozentrische und wütende Impulse zulassen
- Umgang mit Emotionen: aussprechen, ausdrücken, ausagieren
- Konflikt: mal Zuneigung holen, mal Selbstinteressen verfolgen
- Selbstbild, Rolleneinnahme: Ich bin erwachsen, so kompetent wie du
- Weltbild, Komplementärrolle: Du bist keine Elternperson
- Überlebensregel: das Gegenteil machen
- Verhalten, dessen Wirkungen: positive Annäherung oder wehren
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): mit Durchsetzung aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: zuerst impulsiv sein können, dann souverän werden

Therapiestrategien für die weiteren Selbstmodi finden sich bei Sulz (2011b) und im Anhang. Im Anhang sind auch weitere Dysfunktionale Interaktions- und Beziehungs-Stereotype (DRIBS) von häufigen sekundären Selbstmodi wiedergegeben (dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, Borderline).

Dass wir im Beruf einen anderen sekundären Selbstmodus walten lassen als in der Partnerschaft und wieder einen anderen in der Elternschaft, ist eine natürliche Anpassungsleistung an verschiedene Umwelten. Dass wir einen in der Kindheit zugelegten sekundären Selbstmodus im Erwachsenenalter weiter pflegen, obgleich er unserem Selbstgefühl und unseren Beziehungen schadet, ist dagegen dysfunktional. Das Konzept des Selbstmodus hilft uns, weil es nicht nur um verschiedene Verhaltensweisen geht, sondern weil sich ganzheitliche Selbstzustände einstellen, die das betreffende Verhalten triggern. Ändern wir den Selbstmodus, dann verändert sich das Verhalten. Gelingt es der Therapie, häufiger im primären Selbstmodus zu leben, so eröffnen wir Entwicklungsfähigkeit. Umgekehrt macht Entwicklung einen dysfunktionalen Selbstmodus überflüssig. Die besondere Schwierigkeit in der Behandlung dysfunktionaler Selbstmodi besteht darin, dass die Bezugsperson

in die Selbstregulation eingebaut wird, so dass doppelter therapeutischer Widerstand entsteht. Jeder sagt: „Ich bin so, weil der andere so ist. Er soll sein Verhalten ändern.“ Metakognitive Analysen helfen, diese Dramaturgie zu durchschauen. Interventionen zur Entwicklung, zur Emotionsregulation und zur Interaktionsanalyse ermöglichen, den sekundären Selbstmodus mehr und mehr zu verlassen.

ANHANG: Interaktionsstereotyp (DRIBS) der sekundären Selbstmodi und störungsspezifische Therapiestrategien (aus Sulz 2011b)

Dependenter Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: Ich bin unselbständig, komme in der Welt nicht allein zurecht. Ich kann mich sehr gut anpassen

Komplementärrollenzuweisung: Die Bezugsperson führt und schützt mich, fühlt sich überlegen und selbständig

Verhalten: ganz dem anderen anpassen

Reaktion des anderen: genießt zuerst seine Aufwertung, verlangt dann mehr Anpassung, verliert Interesse und Achtung

Eintritt des Gefürchteten: Bezugsperson wendet sich anderen und anderem zu (Alleinsein)

Eintritt der Frustration: keine Geborgenheit mehr

Vorteil: Es wird vermieden, vom anderen wegzugehen, und es bleibt ein Rest von warmem Nest

Bild: Kaninchen statt Katze

Therapiestrategie bei dependenter Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: Selbstbedürfnisse wahrnehmen lernen
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: selbständig handeln
- Wut: wahrnehmen lernen
- Beziehung: lernen, dass Selbständigkeit die Beziehung stützt und dass es auch andere potentielle Partner gibt
- Impulssteuerung: egozentrische und wütende Impulse zulassen
- Umgang mit Emotionen: gegen den anderen gerichtete Gefühle zulassen
- Konflikt: mal Geborgenheit holen, mal selbständig sein
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich bin allein lebensfähig
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du bist austauschbar
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = selbständig sein
- Verhalten, dessen Wirkungen: für sich ohne den anderen aktiv sein
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch Selbständigkeit aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: zuerst impulsiv sein können, dann souverän werden

Zwanghafter Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: Kontrollierend und dafür sorgend, dass alles in Ordnung ist

Komplementärrollenzuweisung: Objekt meines Ordnungstrebens

Verhalten: ständig Ordnung, gute Leistung herstellen

Reaktion des anderen: vermisst Gefühlsaustausch in der Beziehung

Eintritt der Frustration: Willkommensein bleibt aus

Eintritt des Gefürchteten: Kontrolle über sich und den anderen schwindet

Vorteil: Eigene Impulsivität/Aggressivität kann keinen Schaden anrichten

Bild: Statt den Säbel zu zücken, putzt der wütende Ritter wie wild seine Rüstung

Therapiestrategie bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: Zugehörigkeitsbedürfnisse wahrnehmen lernen
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: Impulse zulassen
- Wut: wahrnehmen lernen
- Beziehung: Lernen, dass Impulsivität die Beziehung stützt
- Impulssteuerung: wütende Impulse zulassen
- Umgang mit Emotionen: Gefühle zulassen
- Konflikt: mal angreifen, mal liebevoll sein
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich kann und darf wütend impulsiv sein
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du hältst meine Wut aus
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = impulsiv sein
- Verhalten, dessen Wirkungen: gefühlvoll interagieren
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch Impulsivität aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: zuerst impulsiv sein können, dann souverän werden

Passiv-aggressiver Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: Jede Forderung anderer als übergriffig empfindend

Komplementärrollenzuweisung: Der andere fordert Arbeit, Leistung, einen Beitrag zur Gemeinschaft

Verhalten: indirekt verweigernd, mürrisch, lustlos

Reaktion des anderen: besteht auf seinen Forderungen

Eintritt der Frustration: Selbstbestimmung wird eingeschränkt durch vermehrtes Insistieren des anderen

Eintritt des Gefürchteten: Schließlich ärgert sich der andere mehr und mehr, die Beziehung wird immer schlechter

Vorteil: Keine vehementen Freiheitskämpfe, die zur offenen Feindschaft führen

Bild: gefesselter Freiheitskämpfer

Therapiestrategie bei passiv-aggressiver Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: Selbst und Beziehungsbedürfnisse balancieren
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: Selbstinteressen vertreten
- Wut: aussprechen lernen
- Beziehung: lernen, dass offene Konfliktgespräche die Beziehung stützen
- Impulssteuerung: wütende Impulse zulassen und konstruktiv streiten
- Umgang mit Emotionen: Gefühle aussprechen und verhandeln
- Konflikt: seine Seite vertreten und dann Kompromisse machen
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich kann und darf offen für mich eintreten
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du lässt mir Selbstbestimmung
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = offen auseinander setzen
- Verhalten, dessen Wirkungen: streiten und konstruktiv verhandeln
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch Offenheit aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: souverän werden

Histrionischer Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: ist in der Begegnung initiativ, aufmerksamkeitsbindend

Komplementärrollenzuweisung: reagiert auf die Initiative, Wünsche werden bei ihm geweckt

Verhalten: überemotional, expressiv, appetitmachend

Reaktion des anderen: Der andere folgt der Einladung, will mehr

Eintritt des Gefürchteten: Er will was von mir

Eintritt der Frustration: Es geht dem anderen gar nicht um mich. Ich bekomme kein echtes Willkommensein

Vorteil: Es wird vermieden, als stilles Opfer dem anderen ausgeliefert zu sein

Bild: Kitzelt das schlafende Tier (dem man nicht ansehen kann, um was es sich handelt) mit der Riesenmähe an der Nase, um zu erkennen, ob es ein gefährliches Raubtier ist. Der Selbstunsichere würde auf einen Baum klettern und da aus warten, bis das Tier aufwacht

Therapiestrategie bei histrionischer Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: zu seinen Zugehörigkeitsbedürfnissen stehen können
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: Hingabe üben
- Wut: nutzen für konstruktive Auseinandersetzungen und Lösungen
- Beziehung: lernen, dass Hingabe Selbst und Beziehung fördert
- Impulssteuerung: Impulse kognitiv steuern lernen, zielorientiert handeln
- Umgang mit Emotionen: Das rechte Maß finden, zur Handlung führen
- Konflikt: sich hingeben und selbst bleiben können
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich kann abwarten, was der andere macht
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du bist nicht Täter
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = sich hingeben
- Verhalten, dessen Wirkungen: auch dem anderen Initiative lassen
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch Hingabe aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: souverän werden

Schizoider Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: emotions- und beziehungsfrei

Komplementärrollenzuweisung: mehr emotionale Beziehung suchend

Verhalten: distanziert, emotionale Nähe vermeidend

Reaktion des anderen: versucht doch Kontakt herzustellen

Eintritt des Gefürchteten: Der andere überschreitet die Grenze, dies macht Angst und Wut. Darauf radikale Isolation

Eintritt der Frustration: Es lässt sich nicht die „richtige“ Distanz halten, die ein Mindestmaß an Willkommensein ermöglicht

Vorteil: kein Nahkampf, der beide vernichten würde

Bild: Der Vogel fliegt immer wieder in die Nähe, um ein bisschen Futter zu bekommen. Er darf aber nicht festgehalten werden

Therapiestrategie bei schizoider Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: wahrnehmen lernen
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: Gefühle und Nähe zulassen

- Wut: wahrnehmen und zulassen lernen
- Beziehung: lernen, dass Kontakt und Gefühl ungefährlich ist
- Impulssteuerung: Impulse wahrnehmen und zulassen lernen
- Umgang mit Emotionen: Gefühle wahrnehmen lernen
- Konflikt: nah sein und seine Selbstgrenzen schützen können
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich kann emotional nah sein
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du wahrst Grenzen
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = emotional und nah sein
- Verhalten, dessen Wirkungen: gefühlvoll in Beziehung treten
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch Gefühl und Nähe aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: impulsiv werden

Narzisstischer Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: nach immer Höherem strebender Star

Komplementärrollenzuweisung: bewunderndes begeistertes Publikum

Verhalten: angestrengt Höchstleistungen erbringend

Reaktion des anderen: etwas Bewunderung, mehr Befremden

Eintritt des Gefürchteten: Die Leistung war nicht genug, um ausreichend Bewunderung zu erhalten. Nichtigkeit droht

Eintritt der Frustration: zu wenig Wertschätzung und Liebe. Wut

Vorteil: Auf die Reaktion des anderen muss nicht passiv gewartet werden. Es treten doch immer wieder Erfolge auf

Bild: einsam auf dem Dachfirst balancierend mit der ständigen Gefahr, zu uns anderen in die Mittelmäßigkeit abzustürzen

Therapiestrategie bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: zu seinen Zugehörigkeitsbedürfnissen stehen können
- Angst/Furcht: tun, was Angst macht: durchschnittlich sein
- Wut: von der Kränkung zu Schmerz und Trauer statt zu Wut gelangen
- Beziehung: lernen, dass Geben dazu führt, Liebe und Wert zu erhalten
- Impulssteuerung: Grandiosität suchende Impulse nicht nachgeben
- Umgang mit Emotionen: Narzisstischen Gefühlen nicht folgen
- Konflikt: statt gierig Wert raffen, liebenswert in Beziehung gehen
- Selbstbild + Rolleneinnahme: ich bin ohne grandiose Taten wertvoll
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Die Welt gibt genug Wert
- Überlebensregel: Auch ohne Riesenanstrengung erhalte ich Liebe u. Wert
- Verhalten, dessen Wirkungen: durchschnittliches Verhalten
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): statt dem anderen ehrgeizig das Licht zu rauben, es ihm geben (ihm die Ehre geben), so dass er mich liebend anstrahlt und ich ihm wert bin
- Entwicklungsstufe: impulsiv in Beziehung gehen

Borderline-Selbstmodus: Interaktionsstereotyp

Rollenübernahme: mit Haut und Haaren ungeschützt in Beziehung gehen

Komplementärrollenzuweisung: unachtsam verletzend, missbrauchend

Verhalten: intensivster Kontakt, panische Angst, extreme Wut

Reaktion des anderen: teils verführt, teils sich abgrenzend

Eintritt des Gefürchteten: Ich werde verlassen

Eintritt der Frustration: Ich werde missbraucht statt genährt

Vorteil: Immer wieder in Kontakt und Beziehung gelangen, dem Verlassensein entfliehend

Bild: extrem klammernder und wild um sich schlagender Ertrinkender

Therapiestrategie bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

- Bedürfnis/Hoffnung: zur rechten Zeit im rechten Maß nehmen lernen
- Angst/Furcht: Tun, was Angst macht: Fordern und Nein sagen
- Wut: modulieren lernen, bis gemäßigter Ärger wehrhaft macht
- Beziehung: lernen, dass nicht-ideale Beziehung stabil sein kann
- Impulssteuerung: Impulse steuern lernen
- Umgang mit Emotionen: Gefühle modulieren und nutzen lernen
- Konflikt: sich kompetent abgrenzen und Geborgenheit holen können
- Selbstbild + Rolleneinnahme: Ich kann mich vor Missbrauch schützen
- Weltbild + Komplementärrollenzuweisung: Du wahrst Grenzen
- Überlebensregel: das Gegenteil machen = mit minimalen Mitteln steuern
- Verhalten, dessen Wirkungen: kompetente Interaktion
- repetitiver Stereotyp (DRIBS): durch geordnete Gefühle aus der Spirale austreten
- Entwicklungsstufe: impulsiv sein können ohne Exzesse

Wie sag‘ ich’s meinem Patienten?

Eine vereinfachte Art des Arbeitens mit Selbstmodi ist, dem Patienten folgendes Denkmodell zu vermitteln:

Um in der Kindheit emotional zu überleben, mussten Sie ein ganz anderes Kind werden als das, das Sie eigentlich waren. Sie mussten sich streng an Ihre Überlebensregel halten, die Ihnen viel geholfen hat. Dadurch wurde ein natürlicher Teil Ihres Selbst nicht bewusst gelebt, er wurde aus Ihrem Bewusstsein fern gehalten. Folge war, dass er sich nicht weiter entwickeln konnte, bedürftig und ängstlich blieb, angesichts dessen was ihm widerfuhr, aber auch mit viel Wut. Er konnte sich deshalb nicht weiter entwickeln, nicht erwachsen werden. Ursache ist, dass Sie den Kontakt mit ihm verloren haben, weil Sie so sehr auf die durch Ihre Überlebensregel vorgegebene Weise um Ihr emotionales Überleben kämpfen mussten. Nun manchmal schafft es dieser Selbstzustand ins Bewusstsein zu gelangen, manchmal so sehr, dass Sie ganz erfüllt sind von ihm, ganz so ein Mensch sind. Dann schaffen Sie es eventuell nicht mehr die/der andere zu bleiben.

Es ist als ob zwei Seelen in Ihrer Brust wohnen oder als ob Sie zu verschiedenen Zeiten zwei verschiedene Menschen wären.

Wer von beiden da meist eingesperrt bleibt und nicht ans Tageslicht kommen darf, ist bei jedem Menschen verschieden. Wir können uns aber gemeinsam versuchen, ein Bild von diesem Teil Ihrer Persönlichkeit zu machen. Sie haben mir erzählt, dass Sie bei der letzten Besprechung mit Ihrem Chef von einer Minute auf die andere Sie ein ganz anderer Mensch wurden, sich klein, unfähig, verlassen gefühlt haben, selbst schuld, dass das nicht klappte, was der Chef Ihnen vorwarf. Und dass nichts mehr übrig blieb von dem tüchtigen, leistungsorientierten Menschen, der Sie sonst sind.

Sie könnten jetzt mal versuchen, sich ganz in diesen Selbstzustand hinein zu versetzen und ihn zu Wort kommen lassen – alles was dieser Teil fühlt, denkt, machen will, aussprechen.

Um die beiden Selbstzustände besser unterscheiden zu können, können wir zwei Stühle

nehmen, die wir so hinstellen, dass die beiden ein Gespräch miteinander führen können. Auf welchem Stuhl sitzt dieser sich klein und unfähig fühlende Teil? Ah ja, dann können Sie sich nun auf diesen Stuhl setzen, sobald Sie sich in ihn hineinversetzt haben. Geht das? (Nun spricht der Patient aus, wie klein er sich fühlt, wie insuffizient und wie er dringend jemand bräuchte, der ihm jetzt hilft, weil er es nicht allein schafft). Die Therapeutin/der Therapeut erfragt weitere Aspekte dieses Selbstmodus, damit er möglichst plastisch und lebhaft erlebt werden kann. Er kann noch fragen „Wie können wir diesen Selbstzustand nennen?“ Sie/er sollte darauf achten, dass es keine abwertende oder feindselige Benennung ist. Der Patient könnte sagen „der hilfsbedürftige Hans“ oder „der kleine Hans“, so dass seine Bedeutung in die Nähe des Konstrukts des inneren Kindes kommt. Danach fordert der Therapeut den Patienten auf, aufzustehen, einige Schritte im Raum herum zu gehen und sich auf den anderen Stuhl zu setzen, sobald er sich wieder als der Andere fühlen kann, z. B. „der fleißige, lebensstüchtige Hans“. Er fragt den Patienten, was er denn am liebsten zum kleinen Hans sagen würde. Da können Sätze entstehen wie „Wenn es dich nur nicht gäbe – ohne dich käme ich bestens zurecht!“ „Hab dich nicht so, es gibt doch keinen Grund so zaghaft und ängstlich zu sein!“ Nach diesen spontanen ersten Äußerungen fragt der Therapeut, ob er auch ein bisschen verstehen kann, wie es dem kleinen Hans geht. Und wie es kam, dass dieser sich so wenig fähig fühlt. Und ob er auch mit ihm fühlen kann. Und ihm das jetzt sagen. Zwischendurch muss er sich meist wieder auf den anderen Stuhl setzen, weil Gefühle hochkommen, die zum kleinen Hans gehören. Wenn es zu einem Pro und Contra auswächst, wird nach jedem Argument nach dem Gefühl gefragt, aus dem heraus dieser Streitgedanke ausgesprochen wurde. Oder der Therapeut bittet, den Stuhl zu wechseln und zu spüren, wie es der anderen Seite geht, wenn so etwas zu ihr gesagt wird (nicht welchen Gedanke sie hat, sondern welches Gefühl).

Nun schiebt der Therapeut den zweiten Teil des Modellkonzepts nach: Sie beide sind ja wie siamesische Zwillinge, keiner kann den anderen zuhause lassen oder allein aus dem Haus gehen lassen. Sie sind ein Lebensteam und müssen sich absprechen, was Sie bisher nicht gemacht haben. Erst jetzt hier kam es zu einem Dialog. Nur wenn Sie diesen Dialog beibehalten, sind Sie ein Team und keine Gegner mehr. Der große Hans nimmt Rücksicht auf den kleinen Hans, wie ein großer Bruder auf den kleinen. Er akzeptiert, dass er noch so viel braucht und gibt ihm, was er braucht, z. B. Sicherheit, Unterstützung, Verständnis und Wertschätzung. Er macht ihm Mut und sagt ihm, dass er ja dabei ist, dass er schon vieles kann und dass er sich auf ihn verlassen kann. Dass er ihm hilft, dass er sich gut entwickeln kann, erfahren kann, was er schon alles kann und was er nicht kann, er – der große Hans – halt übernimmt. „Zu zweit sind wir ein gutes Team, das sich nicht fürchten muss, und vieles sehr gut schafft.“

Dieses Zusammenwachsen zu einem Team lässt sich im Rollenspiel-Dialog zwischen den beiden Selbstmodi inszenieren und affektiv erlebbar machen. Zum Schluss wird vereinbart, diese Teamarbeit im Alltag herzustellen. In den folgenden Therapiestunden wird immer wieder die Stuhlarbeit zu Hilfe genommen, wenn es gilt, besseren Zugang zu einem Selbstmodus zu bekommen und wenn Verhandlungen zwischen den beiden Modi notwendig sind.

Das Konzept der Selbstmodi kann oft als Heuristik dienen, um ein gemeinsames Denkmodell zu erhalten, mit dem Patient und Therapeut ihre Reflexionen voranbringen können. Therapeutische Widerstände können einem Selbstmodus zugeschrieben werden und

dieser kann mit der Stuhlarbeit sagen, was er fürchtet und braucht, um kooperativ sein zu können und therapeutische Änderungen mitzumachen.

Literatur

- Bischof, N. (2008). *Psychologie. Ein Grundkurs für Anspruchsvolle*. München: Piper.
- Bischof-Köhler, D. (2010). Kognition, Motivation und Emotion in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 3-44). München: CIP-Medien.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie*. München: CIP-Medien.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). Bindung, Mentalisierung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 235-250). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Berlin: Springer.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77-110). München: CIP-Medien.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2004). *Akzeptanz und Commitment Therapie*. München: CIP-Medien.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1978). *Gemeinsamer Nenner Interaktion*. München: Pfeiffer
- Horowitz, M.J. (1987). *States of mind: Configurational analysis of individual psychology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- McCullough, J.P. (2010). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Pesso, A. (2008). Werden, wer wir wirklich sind. In A. Pesso & L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins* (S. 61-72). München: CIP-Medien.
- Reich, W. (1971). *Charakteranalyse*. München: Kiepenheuer & Witsch.
- Schiepek, G. & Sulz, S. (2010). Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 147-168). München: CIP-Medien.
- Schulz von Thun, F. (2001). *Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Sonderausgabe*. Reinbek: Rowohlt.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeit-Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007a). *Supervision – Intervision – Intravision*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007b). Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 12, 183-196.
- Sulz, S.K.D. (2008). Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2010a). Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen. *Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata*. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 117-132). München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2010b). Strategische Entwicklung. Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch! Entwicklung durch Psychotherapie (S. 191-224). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011a). Therapiebuch II: Strategische Kurzzeit-Therapie. E-Book. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011b). Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A.J. & Hebing, M. (2012). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. In S. Sulz & W. Milch (Hrsg.), Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien (S. 133-150). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Gräff-Rudolph U., Hoenes A., Richter-Benedikt, A.J. & Sichort-Hebing, M. (2013): Spieler, Gegenspieler und der neue Regisseur: Primärer versus sekundärer Selbstmodus und die Entwicklung des tertiären Selbstmodus in der Therapie. Psychotherapie 18-2 (Hrsg. Sulz & Bronisch), 38-64
- Watkins, J.G. & Watkins, H. (2003). Ego-States. Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Watzlawik, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.
- Watzlawik, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1979). Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels (2 ed.). Bern: Huber.
- Young, J.E. (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders: A schema-focused approach. Sarasota: Professional Resources Press.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Annette Hoenes
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Rotkreuzplatz 1 | 80634 München