

»Ich muss nur besser Nein sagen lernen«

Psychodynamische Überlegungen zu einer pragmatischen Lösung

Ute Engelbach

Das Thema »Abgrenzung« wurde in der vorliegenden Untersuchung besonders in den Interviews am Ende der Behandlung (t2) von der Mehrzahl der Patienten eingeführt und stellte sich als eine Art Hoffnungsträger heraus, eine zentrale Erkenntnis zur Überwindung ihrer Probleme oder zumindest als der identifizierte Mangel in der Entstehung der aktuellen Krise. In wiederkehrenden Schlagworten, mit denen Patienten ihre Therapieerfolge reflektierten, beschrieben sie sich entweder als noch in der Phase des Erarbeitens neuer Strategien befindlich, »Wie sag ich Stopp?« (Frau E), oder als diesen Schritt bereits vollzogen habend, »Indem ich einfach mal sage: Stopp, jetzt reicht's!« (Herr N)

Es erscheint neben der Selbstakzeptanz als die zentrale Botschaft, die aus der Behandlung extrahiert wird, ob wie bei Frau K zumindest anteilig die Krise in einem »extrem grenzüberschreitenden Chef« attribuiert wird oder bei Frau G, die als Erkenntnis »immer nur für alles Ja sagen« verantwortlich macht, oder als Schlüssel zum Weg in die Veränderung: »Ich will das lernen, mich abzugrenzen« (Frau I), »Du musst da raus, du musst dich abgrenzen, du musst Nein sagen!« (Frau L), »Das muss sicherlich geändert werden, also es müssen früher Grenzen gesteckt werden« (Herr U), »Auf Pausenzeiten achten« (Frau K), »Mich durchzusetzen, Grenzen zu setzen« (Herr H), »Nicht gleich zu allem Ja sagen« (Frau A).

Zu dem Thema lassen sich zahlreiche Ebenbilder in den Arztberichten wiederfinden – zumeist deckungsgleich bei denselben, aber zuweilen auch bei den Patienten, die das Thema nicht eigenständig eingeführt haben. In den Verläufen wird berichtet von Schwierigkeiten in der Abgrenzung zu

Mitpatienten, Reflexionen über mangelnde Abgrenzung als destabilisierenden Faktor vor psychischer Dekompensation, über psychodynamische Überlegungen zu mangelnder Abgrenzung aufgrund der persönlichen Biographie oder Reflexionen über dysfunktionale Grundannahmen dazu, über eine resultierte bessere Wahrnehmung eigener Grenzen im Rahmen der Behandlung bis hin zum Einüben von konkreten Strategien.

»Sichabgrenzen« und »Neinsagen« sind von den Patienten wahrgenommene notwendige Überlebensstrategien, insbesondere in der heutigen (Arbeits-)Welt. Internet und Ratgeberregale sind gefüllt mit Titeln, Tipps und Thesen zu diesem Thema: »Nein sagen ohne Schuldgefühle«, »Nein sagen [...] für Frauen, für Männer, für Kinder [...] im Beruf, im Alltag [...]«. Mitunter wird bei diesen Angeboten der Anschein erweckt, dass es sich in erster Linie um einen Soft Skill im Sinne einer erlernbaren Kommunikationsfähigkeit handeln müsse. Gleichmaßen halten verschiedene Therapieschulen Übungen oder Module vor, die genau diese Bedürfnisse befriedigen bzw. diese Kompetenz trainieren sollen, so zum Beispiel im Sozialen Kompetenztraining (vgl. Alsleben/Hand 2013; Hinsch/Pfingsten 2007), im Fertigkeitentraining im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan 1996) oder auch in den Körpertherapien (z.B. Waibel/Jacob-Krieger 2009).

Neben dem Wunsch nach einem souveränen Nein in der Abgrenzung, das sich vermeintlich hinter oben beschriebener Erkenntnis verbirgt, lässt sich über verschiedene Bedeutungen hinter dem Neinsagen spekulieren: Eine Haltung des Neinsagens im Sinne des Trotzes – solche Neinsager könnten alles zum Erliegen bringen. Jasagen und Neinsagen können als ritualisierte Haltung der Entlastung dienen, weil dadurch keine Situationsflexibilität erforderlich ist, das hieße Reduktion von Komplexität und Ersparnis des Nachdenkens. Nein kann als verkapptes Ja fungieren, dem man eigentlich misstraut, ein hilfloses Nein aus Überforderung sein, Nein kann als »fishing for compliments« oder zu politischen, strategisch-taktischen Gründen eingesetzt werden. Die Beweggründe hinter den Worten »Du musst Nein sagen!« bzw. die Schwierigkeiten, die die untersuchten Patienten mit der Abgrenzung innerpsychisch hatten, sollen im Folgenden herausgearbeitet werden.

1. Einzelfallanalysen in Bezug auf das Thema »Abgrenzung«

Für die erste Analyse wurde das Material aus der Einzelfallanalyse einer Patientin ausgewählt, die gewissermaßen eine Art »Prototyp« des Nicht-Nein-sagen-Könnens in der Patientenstichprobe darstellte. Bereits im Erstinterview formulierte sie selbst ihre Abgrenzungsschwäche als zentralen Auftrag an die Behandlung, deren psychodynamischer Fokus vornehmlich auf der Konfliktachse (Arbeitskreis OPD 2006) lag. Kontrastierend dazu wurde eine zweite Analyse eines Patienten ausgewählt, dessen Behandlungsfokus vorrangig im Bereich der Strukturthemen (ebd.) angesiedelt war.

Frau A

Frau A, mittleren Alters, Assistentin zweier Chefs in einer Beratungsorganisation, stellt sich schon im Erstinterview als jemand vor, der viel zu oft »Ja« und viel zu selten »Nein« sagt. Sie formuliert als Wunsch an die Behandlung, sich besser abgrenzen zu können. Dies schließt aus ihrer Perspektive ein, fürsorglicher mit sich umzugehen, besser ihre Leistungsgrenzen seelisch wie körperlich zu spüren und nicht über diese Grenzen hinwegzugehen. Offenkundig erhofft sie sich konkrete Hilfestellungen ähnlich der gängigen Ratgeberliteratur, zum Beispiel, sich klarer, weniger »schwammig« auszudrücken. Sodann, so hofft sie, fordern die anderen nicht noch mehr Freizeit oder Hilfsbereitschaft ein, nimmt sie nicht mehr jede Aufgabe an. Als Gründe für ihre Abgrenzungsproblematik vermutet sie, dass sie niemanden verletzen, immer ganz besonders höflich sein möchte, Angst davor habe, den anderen vor den Kopf zu stoßen, zu enttäuschen, Angst, nicht »everybody's darling« zu sein.

Frau A entwirft von sich das Bild einer Frau, die perfekt sein will, sich keine Schwäche zugestehen kann, dem anderen gefallen oder Dinge recht machen möchte. Schwäche zeigen könnte Kontrollverlust bedeuten. Sie habe bereits ein schlechtes Gewissen bekommen, als sie gemerkt habe, wegen der Erschöpfung statt bis 20 Uhr nur noch bis 18 Uhr voll leistungsfähig zu sein, klar denken zu können. Oft sei sie über ihre Grenzen gegangen, auch wenn der Körper eigentlich müde oder krank ist und nicht mehr will, sich trotzdem dazu gezwungen, noch joggen zu gehen, aufzustehen, zu arbeiten. Dabei scheint sie fortwährend nach Aktionismus zu streben, immer auf der Suche, etwas zu erleben. Stille scheint ihr unangenehm zu

sein, gleichbedeutend mit Leere. So muss sie immer Ziele haben, irgend-etwas sportlich oder beruflich erreichen. Wenn das Ziel erreicht ist, dann erfährt sie aber keine Befriedigung. Sie beschreibt sich wie in einer Art »Hamsterrad«, bei dem sie fürchtet, wenn sie aufhört zu rennen, dass alles einbricht. Das würde sie als Scheitern erleben, das sie sich nicht eingestehen will, und fürchtet, dann die Kontrolle zu verlieren. In dieser Ahnung sieht sie sich bestätigt, weil sich ihre Beschwerden nach der Krankschreibung verschlimmert haben. Sie kommt aus einer schnelllebigen Branche, wirkt beschleunigt: Auf eine Kur zu warten wäre Zeitverschwendung, sie will bald wieder arbeiten gehen. Es offenbaren sich hohe Erwartungen an die Klinik, gepaart mit Entwertungen gegenüber denjenigen, von denen sie die Fürsorge erwartet.

Frau A beschreibt, sie sei als Einzelkind bei ihren Eltern nach eigenem Dafürhalten sehr behütet aufgewachsen. Die Mutter sei empfindlich, körperlich angeschlagen, leide seit jungen Erwachsenenjahren an Epilepsie mit monatlich mindestens einem Anfall, worüber in der Familie nicht gesprochen, sondern was möglichst vertuscht worden sei. Des Nachts habe Frau A als kleines Mädchen die Mutter aus dem benachbarten elterlichen Schlafzimmer gehört, für sie erschreckend, beängstigend, während der Vater die scheinbar nach Luft ringende Mutter beruhigt habe. In der Familie seien Schwächen nicht gezeigt worden. Der Vater sei ein Kämpfertyp nach dem Motto: Aushalten, durchhalten, das wird schon wieder! Auch er könne schlecht Nein sagen.

Frau A scheint identifiziert mit ihrem Vater, fühlt sich seelenverwandt, schwach wie die Mutter wollte sie unter gar keinen Umständen sein. Im Grundschulalter habe sie dann erstmals einen Anfall der Mutter im Supermarkt miterlebt. Sie habe die Mutter gestützt, das gemacht, was der Vater in solchen Situationen getan habe. Zu Beginn ihrer Ausbildung sei der Vater arbeitslos geworden, eine Schwäche bei dem zuvor identitätsstiftenden Objekt, nun musste beides verschwiegen werden: die kranke Mutter und der arbeitslose Vater.

In der Jugend sei sie mit ihrem Freund und späteren Ehemann zusammengekommen. Niemand habe ihn gemocht. Er sei der »böse Bube« gewesen: laut, aggressiv, viele Schlägereien, rechtsradikal, mit einem Hang zum Alkohol; sie hingegen ein »Engel«, die ihn wohl durch ihre Liebe zu retten und vor allem zu kontrollieren suchte. Vermeintlich besetzte der Ex-Gatte die Rolle eines Alter Egos, so konnte sie die Gute bleiben, die Aggression

bei ihm. Die Trennung sei von ihr nach einer Realitätsprüfung der gemeinsamen Zukunft anlässlich einer gemutmaßten Schwangerschaft nach zwölf gemeinsamen Jahren der Partnerschaft abgewogen worden, innerlich alleine mit sich ausgemacht, kalkuliert und in einer gezielten Aktion durchgezogen. Die Fassade scheint bis zuletzt gewahrt, der emotionale Ausdruck vermieden, vermutlich aus Angst vor der aggressiven Auseinandersetzung. Vermutlich wurde das »Nein zur Ehe« so möglich – eine angemessene Auseinandersetzung hätte das Nein eventuell infrage stellen können.

Der frühere Freundeskreis sei zu großen Teilen weggebrochen. Ihre Freizeit gestalte Frau A vornehmlich mit Kollegen oder ehemaligen Kollegen, da – so vermutet sie – sich andere auf ihren Lifestyle mit seiner Schnelllebigkeit und Flexibilität nicht gut einlassen können. Zum Zeitpunkt der aktuellen Verschlechterung hätten zwei Freundinnen noch ihre privaten Probleme bei ihr abgeladen. Sie sei förmlich an den Problemen der anderen erstickt, ihrem Selbstanspruch, Lösungen zu finden, nicht mehr nach und mit der eigenen Situation nicht mehr klargekommen. Sich die Sorgen und Nöte der anderen anhören erinnert ein bisschen an die Rolle, innerhalb deren sie zwischen ihren Eltern vermittelt hatte. Unterm Strich stelle sie nach solchen Gesprächen fest, eigentlich ging es die ganze Zeit um den anderen, etwas, das sie enttäuscht zurücklässt.

Auch während der Behandlung wiederholt sich dieses Muster im Kontakt zu den Mitpatienten laut Dokumentation: Frau A erlebt sich belastet davon, ununterbrochen negative Lebensgeschichten, Belastungen und Leiden zu hören, kann sich nicht distanzieren, grübelt nachts darüber, kommt in eine altruistische Position, wird erneut zum Kümmerer. Sie beschäftigt sich viel mit den anderen, ihre eigenen inneren Themen kann sie kaum in die Gruppen einbringen. Es fällt ihr schwer – möglicherweise aus Angst –, die Kontrolle zu verlieren, etwas von sich zu zeigen.

Grenzen oder Abgrenzung tauchen wiederholt als Themen in den Therapien auf. In der Einzeltherapie berichtet sie über zwei Episoden von Grenzüberschreitung von Männern, einer davon ihr Praktikumschef, als sie in noch minderjährigem Alter war. In beiden Fällen habe sie erst spät ihr Recht auf Abgrenzung wahrgenommen, sich selbst zu schützen vergessen. Hierüber konnte das Böse und Aggressive in der Therapie kurz thematisch werden, dessen Existenz im Gegenüber schien für Frau A nur schwerlich vorstellbar, Hilflosigkeit auslösend, eine Existenz im Selbst abgewehrt und

undenkbar. Denkbar wäre, dass nach den früheren Erfahrungen die Tatsache, zwei Chefs zuzuarbeiten, ihr auch einen gewissen Schutz suggerierte.

Nach der Behandlung ist sie zuversichtlich gestimmt: Sie habe zwar keinen exakten Plan, wann sie »Nein« sagen solle – das müsse aus der Situation entstehen. Sie habe sich vorgenommen, nicht gleich zu allem »Ja« zu sagen, sondern klarer zu entscheiden, achtsamer zu entscheiden, zu priorisieren, was noch heute schaffbar ist. Weiterhin nimmt sie mit, dass sie sich stark über den Kopf steuert, das könne sie ja auch mal in die andere Richtung tun. Sie vergleicht sich zur Entlastung mit Kollegen, die weniger arbeiten, es sei schließlich auch nicht ihr Unternehmen. Sie thematisiert auch Ängste bezüglich der Umsetzung, zum Beispiel Arbeiten nicht verschieben zu können, weil der nächste Tag zu voll sein könnte, oder die Angst, der Chef könnte beleidigt sein, weil er anderes von ihr gewohnt sei.

Letztlich scheint sie einen gewissen Abstand durch die Krankheit und Zeit in der Klinik gefunden zu haben und stellt Überlegungen zu Veränderungen an, nämlich dass sie das jetzt acht Jahre gemacht habe, diese »Party« mitgefeiert, das sei lustig gewesen, aber jetzt wolle sie das nicht mehr. Sie wolle sich demnächst eventuell umorientieren, könne sich etwas im sportlichen oder kreativen Bereich, zum Beispiel Fitness-Kauffrau, oder auch eine Position mit mehr Verantwortung, eine Führungsposition, vorstellen.

In der Rückschau auf beschriebene Episoden lassen sich bei Frau A verschiedene Gründe für ihre Abgrenzungsschwierigkeiten herausarbeiten: Sie selbst benutzt das Bild des Hamsterrades, ihr Aktionismus erscheint wie eine Verausgabung ohne konkretes Ziel, sozusagen ein rasender Stillstand, eine individualisierte Perspektive der dynamischen Stabilisierung (vgl. Rosa 2005). Sich immer mehr mit Aktivitäten zu beladen passt als Gegenteil des Neinsagens zu dem Aktionismus, wirkt innerlich stabilisierend, unterstützt im Grunde die Abwehr der antizipierten Gefühle von Leere oder Langeweile und eventuell dahinterliegender Traurigkeit oder Angst.

Was passiert, wenn acht Jahre Party mutmaßlich im Schutz der kollektiven Abwehr beendet werden? Mit Dejours gesprochen »lässt die »strategische Geselligkeit« Arbeit und Nichtarbeit völlig ineinander übergehen, [...] die moderne Form einer berufsspezifischen Lebensweise [...]: eine neue Form von Verknechtung« (Dejours 2012, S. 137). »Die vorgebliche Geselligkeit konstituiert eine Kultur der Einsamkeit« (ebd., S. 147). Extreme Beschleunigung dient als Abwehr der Endlichkeit der Zeit, somit der Sterb-

lichkeit und der Todesangst, bedrohliche Themen, für die entsprechend ihrer Biographie kein Raum eröffnet werden konnte.

Gleichzeitig besteht eine Verleugnung der eigenen Begrenztheit, die Illusion der unendlichen Belastbarkeit – ein »Nein« hieße, auch dies zu akzeptieren. Psychodynamisch finden sich bei Frau A zentrale Konfliktmuster um den Selbstwert und die Versorgung (Arbeitskreis OPD 2006), beides biographisch gut verstehbar. Sowohl die notwendige Stabilisierung des Selbstwerts durch den anderen als auch die früh angelegte Verpflichtung zum altruistischen Einsatz verunmöglichen in ihrem bisherigen Konzept ein Nein zum Gegenüber.

Konflikte um Autonomie, Kontrolle und Schuld (ebd.) sind in geringerer Ausprägung erkennbar, werden ebenfalls in die Logik integriert, indem die Autonomie scheinbar darüber hergestellt wird, dass sie zum Beispiel ihr angeratene Pausen nicht wahrnimmt oder aus Angst vor Kontrollverlust und schlechtem Gewissen Präsentismus betreibt. Sie zeigt sich als jemand, der wenig Zugang zu den eigenen Emotionen hat, vor allem die Aggression scheint vollends abgewehrt, im Alter Ego deponiert, eventuell im Schuldgefühl gebunden. Für eine Abgrenzung ist es aber notwendig, Aggression in gesunder, konstruktiver Art differenzieren und mitteilen bzw. nach außen ausleben zu können.

Herr H

Herr H ist mittleren Alters und arbeitet im Kundenkontakt, wie er sagt, in einem Traumberuf für ihn. Er sucht die Klinik nach einem Zusammenbruch auf, während dessen er gar nicht mehr aufgehört hatte zu weinen. Er beschreibt seine aktuelle Arbeitssituation als nicht mehr erträglich, weil seine Vorgesetzte ihn und seine Kolleginnen mobbe, körperlich und verbal Grenzen überschreite. Sie fordere Überstunden ein, gleichzeitig zwingt sie die Mitarbeiter, sich zuvor auszustempeln. Bei Missachtung dessen mahne sie ab. Keiner in der Abteilung traue sich, sich zur Wehr zu setzen, keiner vertraue niemandem. Beim Meeting habe er das angesprochen. Kollegen, die sich zuvor aufgeregt hätten, seien ihm in den Rücken gefallen. Er beschreibt eine rebellische, vielleicht sich opfernde, zuweilen auch brüllende, gewissermaßen sich wehrende oder abgrenzende Seite: Er gehe nach Hause und steche sich bei Überstunden nicht vorzeitig aus. Aber die Chefin sehe das gar nicht gern.

Die beiden kennen sich schon lange, hätten vor zehn Jahren zeitgleich in der Firma hierarchisch auf Augenhöhe angefangen und seien per Du. Die hierarchischen Grenzen werden in seinen Schilderungen zeitweilig unscharf: Mal stellt er sich mindestens auf Augenhöhe, möglicherweise sogar über sie, mal wird er ganz klein, wie ein kleiner Junge, seinen Schilderungen nach mache sie ihn auch vor Kunden oder Mitarbeitern klein. Ein anderes Mal suchte er das Gespräch, dort habe er »angesprochen, was ihr Problem ist«. Sie sei dann gar nicht auf seine Belange eingegangen. Wiederholt erlebt er die Chefin als erbarmungslos, wie seinen Vater, das heißt sehr autoritär und bedrohlich.

Herr H ist der Erstgeborene, der Vater sei immer sehr gewaltbereit gewesen, im Prinzip habe Herr H täglich teilweise brutale Prügel erfahren. Auch die Mutter habe dem nichts entgegensetzen können, sei ebenfalls massiv geprügelt worden. Der Vater wirkt fast sadistisch, Herr H habe miterleben müssen, wie der Vater die Mutter fast umgebracht habe. Aggression wurde anscheinend ausschließlich destruktiv gelebt. Die Schilderungen von Herrn H bleiben aber frei von Rachephantasien, Missachtung oder Anzeichen von Enttäuschungswut. Sie sind eher geprägt durch Vergebung und enttäuschte Traurigkeit, es finden sich vorrangig kindliche Wünsche und Bedürfnisse: Der drei Jahre jüngere Bruder sei besser weggekommen, sei immer kränklich gewesen und habe mehr Aufmerksamkeit bekommen, sei von der Mutter bevorzugt worden. Sie habe ihn später auch zum Geschäftsführer ihres Unternehmens ernannt oder bei seinen Machenschaften gedeckt.

Trotz geschilderter Schwierigkeiten verharret Herr H auffallend lange in der Familie – wesentlich wegen der Phantasie, die Mutter vor dem gewalttätigen Vater schützen zu können. Dennoch wird er von der Mutter vernachlässigt und hintergangen: zum Beispiel, als sie über ihn einen Kredit aufgenommen habe, ausgewandert sei und ihn mit den Schulden sitzen gelassen habe. Auch sein Bruder habe ihn betrogen, indem er beispielsweise über ihn Bestellungen bei Versandhäusern getätigt und die Ware dann weiterverkauft habe. Inzwischen ist Herr H in der Privatsolvenz. Letztlich scheint er bis heute nicht richtig gelöst von der Mutter. Im Rahmen der Behandlung wurde dies thematisiert, gab es erste Versuche von Herrn H, sich etwas von ihr zu lösen. Die Mutter reagiert manipulativ auf diese Bemühungen, indem sie ihm gegenüber äußert, dass es ihr deswegen schlecht gehe.

Herr H lebt mit seinem Partner zusammen, eine Beziehung, die in seiner Beschreibung stark durch Objektabhängigkeit und Kontrolle bzw. Machtausübung geprägt ist. Nach anfänglicher Idealisierung der Partnerschaft werden im Verlauf der Behandlung zunehmend schwierige Seiten des Partners deutlich, indem er sich beispielsweise Konfliktsituationen entziehe oder sich tagelang nicht melde. Der Freund sperre ihn ein, sei übergriffig, habe zudem eine App installiert, um immer zu wissen, wo sich Herr H befinde. Er hat in der Beziehung deutliche Schwierigkeiten, seine Bedürfnisse zu kommunizieren oder vielleicht überhaupt sie zu kennen. In seiner Schilderung wirken die Auseinandersetzungen kindlich. Während der Behandlung konnte er die Idealisierung mehr und mehr aufgeben, die Spaltung wurde deutlich.

Dies lenkte den Fokus weg von Arbeit und Chefin als alleiniger Ursache der De-Stabilisierung zunehmend auch auf die konflikthafte Beziehung, in der er unterwürfig sei, oft übergangen werde, sich alles gefallen lasse. Gleichzeitig scheint er sich immerzu abhängig in der Beziehung gefühlt zu haben, auch wegen der finanziellen Abhängigkeit, sodass er in seinem Erleben quasi gar nicht allein existieren kann. Dementsprechend wurden am Anfang der Behandlung angesichts der durch die stationäre Behandlung bedingten Trennung vom Freund, des Heimwehs, der Angst – auch des Freundes –, den anderen wegen der aktuellen räumlichen Trennung oder des Doppelzimmers in der Klinik verlieren zu können, beruhigende Interventionen notwendig. Herr H kümmerte sich in der Gruppe der Mitpatienten viel um die anderen, ließ sich mitreißen und war unterhaltsam, wirkte ausgleichend, war ein geschätzter Mitpatient. Im Konflikt jedoch ließ er sich durch Dominanz schnell einschüchtern, wirkte dann fast devot.

Gleichermaßen scheint Disharmonie zwischen zwei Mitpatienten für Herrn H nur schwer erträglich und sofort Erinnerungen an streitende Eltern und brutale Gewalt zu triggern, löst bei ihm Hilflosigkeit aus und versetzt ihn sozusagen in einen kindlichen Zustand. Er könne gar nicht mehr zuordnen, »was ist jetzt wahr, was ist jetzt nicht mehr wahr, [...] habe immer Misstrauen«, beschreibt er sein Empfinden. Objektwelten scheinen sich zu vermischen, erinnern an Muster, die in beobachteten konflikthafte Szenen mit seiner Chefin und einem seiner Kollegen aktiviert wurden. Neben der besonderen Erfahrung, das erste Mal ein Gefühl der Zugehörigkeit zu und Anerkennung von einer Gemeinschaft erlebt zu haben, sind eben die biographische Verknüpfung solcher Ereignisse und das Training

der sozialen Kompetenz, zum Beispiel mit Rollenspielen, für Herrn H wichtige Schlüssel in der Behandlung, um nicht im Kontakt zu Autoritäten eine sofortige Vermischung der Objekte zu erfahren und in der Übertragung vollends von kindlichen Anteilen »gesteuert« zu sein. Er hat das Gefühl, dass ihm der Klinikaufenthalt sehr geholfen habe, plant, zurück an seinen Arbeitsplatz zu gehen und sich dort den Herausforderungen zu stellen. Wenn es wirklich gar nicht gehe, müsse er sich eine neue Stelle suchen, schließlich sei es ja am Ende »nur Arbeit«.

Resümierend irritiert Herrn Hs Erkenntnis aus der Behandlung zunächst, dass er lernen müsse, »[s]ich durchzusetzen, Grenzen zu setzen«. Darauf angesprochen erläutert er, dass er nun gestärkt für den belastenden Kampf und gegen die Angst vor Abmahnung, eventuell im Sinne einer Vergeltungsangst, sei. Schließlich erlebt er die Chefin – selbstverständlich in ihrer Funktion versehen mit Autorität – wiederholt im Konflikt wie die Eltern, dann wird der Integrationsgrad bezüglich der Objektwahrnehmung deutlich geringer (Arbeitskreis OPD 2006).

Es entstehen projektive Identifikationen¹ und Bedrohungserleben, worauf sich seine Abgrenzungsthematik bezieht. Seine Wiedergutmachungswünsche sind kaum erfüllbar, Misstrauen scheint zur Sicherheitsstrategie zu werden. Ähnlich ihm, der an der eigenen Realitätswahrnehmung zweifelt, wird auch der Leser misstrauisch, validiert, hinterfragt, deckt Widersprüche auf. Ob Herr H sich wirklich gegen die Chefin zur Wehr setzt oder sich vielleicht doch, wie im Konflikt auf Station beobachtbar, devot verhält? Wurde die Erzählung vielleicht nur ausgestaltet, fraglich eine der dramatischen Geschichten, die in den Interviews zuweilen kontextlos präsentiert werden, oder inszeniert Herr H sich heldenhaft als Einziger, der in der Firma aufbegehrt?

So könnte er im Dienste der Selbstwertregulation die Gratifikation als Opfer erhalten, vermeintlich wie bei seiner Überschuldung, mittels deren er vielleicht der Mutter zu beweisen hoffte, der bessere Sohn zu sein. Abgrenzung scheint bei Herrn H punktuell zu funktionieren, jedoch nicht bei Ansprüchen aus der Familie, von der er sich hintergangen und angenommen fühlt. Darüber existiert bei ihm lediglich Schmerz, die zu erwartende Aggression scheint in der Depression gegen das Selbst gerichtet.

1 | Unbewusster Abwehrmechanismus, bei dem Teile des Selbst abgespalten und auf eine andere Person projiziert werden.

Seine fehlende abgrenzende Selbstbehauptung drückt sich in verschmelzenden Beziehungen und unklaren Selbst-Objekt-Grenzen aus, richtet sich im Rahmen projektiver Identifikationen gegen die Objekte, teilweise aber auch unterworfen, am ehesten zu deuten im Rahmen einer mangelnden Triangulierung² mit fehlender Ablösung und Autonomieentwicklung.

Exkurs: Das Nein in der kindlichen Entwicklung

Triangulierung kann als eine grundlegende Voraussetzung für die Abgrenzungserfahrung verstanden werden. Lacan (1997) konzeptualisierte in diesem Zusammenhang den Vater in seiner symbolischen Funktion.³ Im Übergang zur Stufe der Objektbeziehungen kommt es mit zunehmender Aktivität des Kleinkindes zu vermehrten Versagungen, dem folgen Frustration und die affektive Besetzung des verbietenden Neins des Erwachsenen, der aber gleichermaßen als Identifikationsfigur zur Bewältigung der Außenwelt zur Seite steht. Die Nein-Geste, das von René Spitz beobachtete verneinende Kopfschütteln des Kleinkindes ab dem 15. Lebensmonat, stellt ein identifikatorisches Verbindungsglied mit dem libidinösen Objekt dar, sie »dient dazu, innerhalb des Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Angreifer die Aggression auszudrücken« (Spitz 1959, S. 44).

Dem Aggressor oder versagenden Objekt wird nun sein eigenes Nein entgegengeschemmetert. Durch die Fähigkeit des Kindes, alles, was ihm begegnet und was es erlebt, zu verneinen, verändert sich sein Verhältnis zur Realität grundlegend, das psychische System erhält ein neues Organisationsniveau, innerhalb dessen gleichermaßen eigene Grenzen erfahrbar und frühkindliche Wünsche nach Grandiosität beschieden werden. Differenz wird erstmals erlebbar, das Ur-Teilen, entsprechend der von Freud (1982) beschriebenen Polarität: Bejahung ist als Ersatz der Vereinigung dem Eros und Verneinung als Nachfolge der Ausstoßung dem Destruktionstrieb zugehörig.

2 | Triangulierung bedeutet, »dass in einem Dreiecksverhältnis das Verhältnis zwischen zwei Polen durch die Bezugnahme auf den dritten Pol reguliert wird« (Grieser 2011, S. 15).

3 | Als »nom du père/non du père« bezeichnet Lacan (1997) das väterliche Gesetz, das das »Nein« zur imaginierten Verschmelzung des Kindes mit der Mutter ausdrückt, wie auch der »Name« des Vaters als Symbol das Kind in die Welt der Symbole und der Sprache einführt.

Um eine eigene Identität auszubilden, muss das kindliche Subjekt Abstand zu seiner primären Bezugsperson bekommen bzw. die Differenz erfahren. Angriffs- oder Zerstörungsbereitschaft, vermeintlich -lust, dienen dabei als Veränderungskraft, sozusagen als offensives Potenzial einer kreativen Grenzziehung des Subjekts oder als Triebkraft für Separation und Individuation. Für die weitere Entwicklung ist es häufig sogar notwendig, über die Grenzen zu gehen oder dieselben zu überwinden.

2. (Abgrenzungs-)Themen der Patienten mit konfliktbezogener therapeutischer Ausrichtung

Betrachten wir nun die anderen Patienten der Untersuchung im Hinblick auf die von ihnen geschilderten Abgrenzungsschwierigkeiten, so lassen sich die in der Einzelfallanalyse von Frau A dargestellten Themen ähnlich, in mancher Hinsicht sogar eindeutiger einem einzelnen Konfliktmodus (Arbeitskreis OPD 2006) zuordnen finden. Da taucht zum Beispiel das altruistische Motiv augenfällig bei Frau L auf. Sie habe nie vermittelt bekommen, sich um sich selbst zu sorgen. Andere zu versorgen habe sie für das höchste Gut gehalten. Sie äußert entsprechend ihrem zentralen Konflikt: »Es ist in Ordnung, [...] nicht mehr an sich selbst zu denken.« Bereits die Mutter hat ihren Beschreibungen zufolge im Konfliktmodus Versorgung vs. Autarkie (ebd.) gehandelt, wird von Frau L als zu eng und zu klammerhaft beschrieben, »dass ich eigentlich nie so richtig die Chance hatte, mich meiner Mutter gegenüber abzugrenzen«.

Derselbe zentrale Konfliktmodus verhindert bei Herrn N das Neinsagen. Einen diesbezüglichen Erfolg der Behandlung belegend kontrastiert er zu früheren Zeiten, indem er mehrere Geschichten anbietet, zum Beispiel wie er sich nun in der Straßenbahn in seiner Rolle als immer Zuhörender distanzieren konnte, als eine alte Dame ihm einfach das Herz ausschüttete. Er stellt im Sinne der Triangulierung erstaunlich klar heraus: »Dadurch, dass ich mich selbst nie wirklich wahrgenommen hab, konnte ich auch [...] meine Grenzen nie so richtig definieren«, beschreibt sich dabei selbst als durchlässig. Statt mit aggressiver Selbstbehauptung reagiert er mit Rückzug. Aggression ist nach seiner Beobachtung gleichzusetzen mit Gewalttätigkeit »und das hab [...] [ich] aber nie«.

Frau K, die sich beschämt vorwirft, warum sie selbst es nicht schaffe, sich zu wehren, agiert vorrangig in einem passiven Modus des Konfliktes Unterwerfung vs. Kontrolle (ebd.). Sie erzeugt im Gegenüber ein Gefühl, dass man alles ohne Gegenwehr mit ihr machen könne. Anscheinend passiert das nur allzu oft, sie berichtet dieses Unterwerfungsverhalten auch von ihrem Arbeitsplatz. Untergründig spürbar ist die Verärgerung, die aggressiven Energien für einen potenziellen Widerspruch sind in ihrem Modus gebunden, vermeintlich in der Depression gegen das Selbst gerichtet.

Ebenfalls im Konfliktmodus Unterwerfung vs. Kontrolle ist das Abgrenzungsproblem von Herrn M zu verstehen, der bei dominant-gewalttätigem Vater seine aggressiven Gefühle zeitlebens abwehren musste. Im Beruf ließ er sich dominieren, aversive Gefühle sind abgespalten, fanden Ausdruck in einer »dunklen Seite«. Während der Behandlung deuten sich in einem Konflikt mit einer externen Autoritätsfigur kurzzeitig seine eruptiven Potenziale an, werden so thematisierbar, mit der Angst vor Kontrollverlust verknüpfbar. Aggression und Feindseligkeit anzuerkennen bleibt aber schwer.

Ähnlich gestaltet es sich bei Herrn R. Selbst nicht in der Lage, sich zu behaupten, lässt er sich dominieren. Gleichzeitig entwertet er, bekommt nicht, was er meint zu verdienen, klagt nichts ein, beschreibt das Gefühl, sich für die Sache aufzuopfern, versorgend, altruistisch zu sein, kann seinem grenzüberschreitenden arbeitsverweigernden Kollegen nichts entgegensetzen. Seine Beschreibung mutet projektiv an. Dabei sind seine Affekte übersteuert. Es dominieren Wut, Trauer und Enttäuschung, die gleichermaßen kontrolliert, wahrscheinlich zu großen Teilen verleugnet werden.

Frau G bezeichnet sich kategorisch als Jasagerin. Einer gewalttätigen Kindheit mit schlagendem Vater folgt eine deutlich schuldhafte Unterwerfung in wichtigen Beziehungen. Krankmelden oder eine Schicht aus schlagen ist für sie undenkbar wegen eines strengen Vater-Introjekts, dann kommt das »Bild meines Vaters vor Augen, der es mir nicht erlaubt [...] Vielleicht bin ich das irgendwie meiner Mutter schuldig, immer zu funktionieren. Um zu zeigen: Guck mal, ich halte auch durch wie du!« Dabei herrscht wenig Achtung vor den eigenen Bedürfnissen. Wie eine selbstauferlegte Strafe wirkt das durchgängige Sich-schlecht-behandeln-Lassen, in ihren Beschreibungen erscheint sie mehr wie eine Bedienstete denn eine Partnerin für den verstorbenen Partner.

Der Schuldkonflikt (Arbeitskreis OPD 2006) könnte auch bei Frau I eine zentrale Bedeutung für die Abgrenzungsschwierigkeiten haben. Beim

Versuch, Nein zu sagen, »kommt so ein schlechtes Gewissen auf«. Sie hat zudem Angst, wenn sie sich gegenüber ihrer Vorgesetzten für ihre Rechte einsetzt, dass ihr gekündigt werden könnte. Neben dem Schuldkonflikt wird ein Selbstwertkonflikt (ebd.) deutlich. Im Rahmen dessen sind Angst vor Bloßstellung wie auch der Versuch, im helfenden Beruf den Selbstwert zu stabilisieren, verstehbar. Stellvertreterkonflikte bilden sich im Material ab, phasenweise durchlässigere Selbst-Objekt-Grenzen.

Herr D indes tut sich in seiner hochbesetzten Autonomie offenbar schwer mit dem Ja-sagen. Obwohl er innerlich nie Ja zu seinem Beruf gesagt hat, gerät er gleichzeitig wegen seiner manisch-philobatischen sowie narzisstischen Abwehr mit überhöhten eigenen Leistungserwartungen im Rahmen eines Selbstwertkonfliktes in Abgrenzungsprobleme gegenüber Vorgesetzten.

Auch Herr U hat als zentralen Konfliktmodus einen Selbstwertkonflikt. Ähnlich Herrn D oder auch Frau A sind die unerbittlichen Ansprüche an sich selbst. Abgrenzung heißt Schwäche zeigen, und Schwäche ist intolerabel. Profilierung durch Arbeit dient scheinbar der Regulierung des Selbstwerts und verunmöglicht das Neinsagen. Herr U thematisiert allerdings auch einen anderen wichtigen Aspekt: »Selbst wenn ich Nein gesagt habe, kamen die Arbeiten trotzdem.« Die Reaktion des anderen muss dann auch verkraftet werden. Die Folgen des Nein könnten womöglich nicht bewältigbar sein.

Mit dem Nein beginnt eigentlich eine Interaktion, zumeist wird allerdings nicht weiter ausgeführt, wozu die Patienten Nein, und viel weniger noch, wozu sie Ja sagen, sondern es bleibt reaktiv. Wie Frau G in ihrem kategorischen Ja das Nein ausgeschlossen hat, scheint verschiedentlich im Nein allerdings das Ja, das heißt, sich auf etwas einzulassen, kategorisch ausgeschlossen. Das birgt die Gefahr, dass das Nein zum Klischee wird, eine therapeutische Auseinandersetzung wird dadurch erschwert, die scheinbare Lösung respektive Utopie »Ich muss nur besser Nein sagen lernen« könnte so einem psychodynamischen Erkenntnisprozess zuwiderlaufen. Indem die eine Position, das Nein, derart betont wird, könnte die andere, das Ja, verdeckt werden. Nein zur Fremdbestimmung hieße Ja zur Selbstbestimmung oder eben, sich zu positionieren. Schließlich ist den Patienten trotz unterschiedlichen Konfliktmodus eine Hemmung der Aggression gemeinsam (Herr D mit Einschränkung), oder um mit Herrn N zu sprechen: »Ich wollte natürlich niemanden vor den Kopf stoßen.«

3. (Abgrenzungs-)Themen der Patienten mit strukturbezogener therapeutischer Ausrichtung

Bei Frau J hingegen scheint wie bei Herrn H, auch wenn alle dieselbe Metapher, nämlich nicht Nein sagen zu können, verwenden, Abgrenzung punktuell gut zu funktionieren. Das Gute und das Böse wechseln schnell, mitunter innerhalb derselben Objekte, Größenphantasien schimmern durch, vermeintlich im Dienste der Selbstwertregulierung (Arbeitskreis OPD 2006). In ihrem Selbstbild kann sie sich abgrenzen, den anderen interessiert es aber nicht. Das referiert auf ihre »Erfahrung halt oft in meinem Leben, dass, wenn ich Nein sage, dass das einfach nicht akzeptiert wird«. In ihrer Biographie scheinen Abgrenzungsschwierigkeiten kein durchgängiges problematisches Muster darzustellen, sondern gleichbedeutend mit Schutz gegen Missbrauch zu sein. Aus bestimmten Konstellationen, in denen andere sie zur Bedürfnisbefriedigung missbrauchen, kann sie sich nicht befreien, fühlt sich bedroht, vermischt innerlich mit alten Schemata, was sich auch während der Behandlung reinszeniert.

Im Selbstbild ist ebenfalls Frau E ohne Abgrenzungsproblem, gleichzeitig berichtet sie über eine regulierend eingreifende Vorgesetzte, weil Frau E wiederholt über ihre Grenzen arbeitet; in den Behandlungsprotokollen tauchen Schuldgefühle als Hemmnis für das Neinsagen auf. Größenphantasien, das Gefühl der Unabkömmlichkeit und die Akzeptanz der eigenen Begrenztheit scheinen wichtige Motive für die fehlende Abgrenzung.

Eine mangelnde Selbst-Objekt-Differenzierung (ebd.), insbesondere in Bezug auf das mütterliche Objekt, wird auch bei Frau P deutlich. Ihre Abgrenzungsthematik ist auch klar umschrieben, reinszenierte sich während der Behandlung in den Gruppen, dann schien sie geflutet, Objektwelten schienen sich zu vermischen, sie konnte die Andersartigkeit des anderen nicht dulden. »Es wird deutlich, dass sie es nicht aushalte, wenn die anderen sich nicht überzeugen ließen oder etwas Ungerechtes unangesprochen stehen gelassen würde.«

Auch Herr B fühlte sich wiederholt im stationären Setting von anderen real bedroht, hatte das Gefühl, andere gingen über seine Grenzen. Er erträgt es kaum, jemanden räumlich hinter seinem Rücken zu wissen. Grenzen werden in seinen Schilderungen wenig flexibel gestaltet, wenn es dann zur Grenzabsteckung kommt: »Okay, hier ist meine Grenze. Und da hab ich ihm auch einen Finger gebrochen.« Als es dicht in den Therapien wurde, begann er ticartige Zuckungen zu entwickeln, schlug sich und zog sich innerlich zurück.

4. Das Thema »Abgrenzung« im Vergleich: Konflikt vs. Struktur

Folgt man der Kontrastierung, scheinen sich die Beweggründe für die Abgrenzungsproblematik sowie deren Ausgestaltung bei den Patienten mit gut oder mäßig integriertem Strukturniveau respektive einer eher grundsätzlich konfliktbezogenen, therapeutischen Ausrichtung von denen der auf geringer integriertem Strukturniveau befindlichen Patienten mit vorrangigem Strukturfokus (Arbeitskreis OPD 2006) zu unterscheiden. Denkbar wäre natürlich eine gemischte therapeutische Ausrichtung respektive eine Kombination mit einer Tendenz zur einen oder anderen Achse. Während sich die erlebten Schwierigkeiten bezüglich der Abgrenzung bei Ersteren im Rahmen ihres Konfliktmodus zumeist in Verbindung mit einer Aggressionshemmung verstehen ließen, schienen sie bei Letzteren durch Verzerrungen bei den Selbst-Objekt-Grenzen sowie durch internalisierte bedrohliche und verfolgende Objektvorstellungen motiviert. Das Problem stellte sich bei Letzteren punktueller dar. In einigen Bereichen klappte die Abgrenzung nämlich gut, dann kippte es, und das Böse musste meistens projektiv bekämpft werden.

Je deutlicher bei Patienten strukturelle Themen (Arbeitskreis OPD 2006) nach der klinischen Einschätzung im Fokus der Behandlung waren, desto bedrohlicher schienen zuweilen die »Angreifer«, die die Grenzen zu überschreiten drohten, desto mehr galt die Abgrenzung den vermeintlich projektiv identifikatorischen Anteilen. »Der Hauptzweck der Projektion liegt hier in der Externalisierung der ›total bösen‹, aggressiven [...] Selbst- und Objektimages, und als wichtige Folge dieses Vorgangs entstehen gefährliche vergeltungssüchtige Objekte, gegen die der Patient wiederum sich zur Wehr setzen muß« (Kernberg 1995, S. 51).

Innerhalb der jeweiligen Logik einzelner Konfliktmuster bzw. der Selbststruktur kann zudem im Hinblick auf die Abgrenzungsproblematik zwischen einem Subjekt- und einem Objektpol unterschieden werden: sich der Zumutungen von anderen versus sich der eigenen Ansprüche oder Selbst- und Objektimages nicht erwehren können.

Auffallend ist auch, dass Neinsagen mitunter im Sinne einer Interaktionsfigur präsentiert wurde, die ein Anerkennen seitens des anderen, nämlich dass ein »Nein« für alle Gültigkeit hätte, impliziert. Eine Reflexion der Interessen anderer oder eine Antizipation ihrer Reaktion fehlt bei die-

ser Haltung. Wann ist es überhaupt legitim, Nein zu sagen? Wie gestaltet sich dies in Abhängigkeitsverhältnissen? »Kann ich Nein sagen, wenn der Chef Ja sagt?« Was heißt das für die Zusammenarbeit mit Kollegen: »Wenn ich Nein sage, haben die anderen mehr zu tun.« Das heißt, bei steigender Arbeitsbelastung ist das Neinsagen ein Schritt aus der individuellen Perspektive, dem eine Umverteilung der Arbeit im Team folgt.

Das Thema »Abgrenzung« birgt die Gefahr einer reduzierten Sichtweise auf das Problem, ignoriert eventuell interpersonelle Probleme, kann im Interaktionellen zur schnellen Scheinlösung – ähnlich der klischeehaften Anwendung – werden, indem weder versucht wird, eigene Anteile zu hinterfragen, noch das Verhältnis zum Kollegen zu verändern. Letztlich könnte Neinsagen als Identifikation mit dem Therapeuten, gewissermaßen als dessen antizipiertes Therapieergebnis im Sinne einer Konvention umgesetzt werden, ausgedrückt in einem Loyalitätskonflikt: »Nein zum Chef ist Ja zum Psychotherapeuten.«

5. Was heißt das für die Arbeit mit den Patienten?

In den Einzelfallanalysen lassen sich Unterschiede in Bezug auf die als solche wahrgenommene Abgrenzungsproblematik zwischen den Patienten mit eher strukturbezogener therapeutischer Ausrichtung bzw. Schwierigkeiten bezüglich der Selbststruktur und den Patienten mit neurotischen Konflikten herausarbeiten. Möchten Patienten eine bessere Fähigkeit zur »Abgrenzung« – ungeachtet des Diskurses über die Entgrenzung der Arbeitsverhältnisse – erreichen, lohnt es, sich diesem Begriff tiefgründiger zuzuwenden. Die unterschiedlichen Themen, die sich dahinter verbergen, implizieren nämlich auch unterschiedliche Herangehensweisen für eine therapeutische Bearbeitung, die ebenso entsprechende diagnostische psychodynamische Überlegungen vorab nahelegen.

Patienten mit gering integriertem Strukturniveau (Arbeitskreis OPD 2006), die sich gleichermaßen auf der Ebene der Spaltung⁴ befinden, prä-

4 | Entsprechend André Green lassen sich drei Abwehrformen als Negationsarbeit zusammenfassen: die Ebene der Verdrängung, die Ebene der Spaltung und Verleugnung und die Ebene der Verwerfung (vgl. Küchenhoff 2013). Auf Letztere wird in den folgenden Überlegungen nicht weiter eingegangen, da die zugehörige

sentierten in unserer Untersuchung als Ursache des Abgrenzungsproblems vorrangig eine Unschärfe in den Selbst-Objekt-Grenzen sowie internalisierte bedrohliche und verfolgende Objektvorstellungen, häufig begleitet von projektiven Identifikationen. Bei Patienten mit gut oder mäßig integrierter Struktur im Sinne der OPD bzw. tendenziell unbewussten Konfliktmustern als Hauptfokus ließen sich die Schwierigkeiten im Rahmen ihres Konfliktmodus zumeist in Verbindung mit einer gewissen Aggressionshemmung verstehen. Die entsprechende Abwehrform kommt der Ebene der Verdrängung gleich, dem Leitmechanismus einer neurotischen Struktur.

Nach Küchenhoff (2013) richtet sich die Verneinung auf der Ebene der Verdrängung vor allem auf Aspekte des abzulehnenden Begehrens, das heißt abgewehrte Motive und Befürchtungen in der Logik des jeweiligen Konfliktmusters. Diese Muster werden vorzugsweise dann der therapeutischen Bearbeitung zugänglich, wenn sich der Konflikt in der Therapie – für eine stationäre Behandlung hieße das in den Beziehungen auf der Psychotherapiestation – und somit im Hier und Jetzt aktualisiert. Die zentralen Elemente des Konfliktes werden mit zunehmender Intensität in Szene gesetzt und können dann vom Therapeuten deutend aufgenommen und bearbeitet werden.

Zu diesem Zweck verhält sich der Therapeut möglichst abstinenter gegenüber der unbewussten Re-Inszenierung, mittels derer die Mitmenschen – scheinbar der Sicherheit dienend – in die innere und äußere Welt des Patienten verwickelt werden. In der therapeutischen Beziehung können neue Erfahrungen möglich werden. Dieses konfliktorientierte Vorgehen fokussiert auf die Klärung der »eigentlichen« abgewehrten Motive und Bedürfnisse hinter dem Symptom respektive der Schwierigkeit mit dem Thema »Abgrenzung«.

Unabhängig von dem vorrangigen Konfliktthema war relativ durchgängig eine gewisse Aggressionshemmung im Sinne einer Übersteuerung in der Affektdifferenzierung und -toleranz (Arbeitskreis OPD 2006) beobachtbar. Die Thematisierung von Aggression oder potenzieller Destruktivität bekam in den therapeutischen Beziehungen im Material unserer Untersuchung wenig Raum. Desgleichen blieb wahrscheinlich die wichtige Erfahrung im therapeutischen Prozess unzureichend, dass Separations-

Patientengruppe aufgrund von Ausschlusskriterien nicht vertreten war, sie entspricht der psychotischen Struktur.

und Abgrenzungstendenzen ertragbare Reaktionen in der Beziehung nach sich ziehen können und die Beziehung wahrscheinlich nicht zerstören.

Wird die Aggression im Übertragungskontext aber nicht besprechbar, ist die Möglichkeit für eine diesbezügliche Veränderung alter Beziehungsmuster eingeschränkt. Extreme Haltungen in der therapeutischen Beziehung, wie zum Beispiel ausschließlich die »gute Mutter« zu sein oder die Wut gemeinsam gegen die Eltern auszuagieren, bewirken, dass ambivalente, eventuell auch destruktive Phantasien meist außen vor bleiben. Sicherlich bergen negative Aspekte in der therapeutischen Beziehung jenseits einer spiegelnden Haltung eine psychische Verletzungsgefahr. Zudem ist Neinsagen nicht einseitig der inneren Dynamik des Subjekts zuzuordnen, das heißt, der Therapeut sollte sich als ein Gegenüber anbieten, gerade auch dort, wo die Vernichtung als Thema in die Beziehung kommt. »Die Fähigkeit, Nein zu sagen, und die Fähigkeit, Nein zu hören, spielen ineinander – so dass sie letztendlich nicht einer Seite allein zuzuschreiben sind« (Küchenhoff 2013, S. 108).

In diesem Kontext wäre ein Ziel therapeutischer Arbeit das Anerkennen der Differenz bzw. Andersheit, das heißt, das Fremde oder die Widersprüche im eigenen Selbst ebenso wie die Andersheit des anderen anzuerkennen (ebd.). Die Möglichkeit zur Differenz Erfahrung referiert auf gelungene Triangulierungserfahrungen. Diesbezügliche Defizite hemmen vermeintlich ein reifes Anerkennen, eine Entwicklung dessen sollte längerfristig, das heißt über den stationären Kontext hinausgehend wichtiger Bestandteil therapeutischer Arbeit sein.

Patienten mit Störungen der Selbststruktur oder gerade auch traumatisierte Patienten weisen vielfach eine verminderte Fähigkeit auf, Grenzüberschreitungen in beiden Rollen, aktiv wie auch passiv, angemessen wahrzunehmen. Situationen triggern dann unerträgliche emotionale Zustände, die sie aus traumatisierenden Szenen kennen, sodass es zur Flutung von damaligen Ohnmachts-, Verlassenheits-, Schuld- und Schamgefühlen sowie Bedrohungserleben kommt. Manchmal rechtfertigen negative Überzeugungen noch die grenzüberschreitenden Handlungen. Statt einer kraftvollen Umsetzung der durchaus um die Abgrenzungsnotwendigkeit wissenden erwachsenen Anteile kommt es zur Aktivierung früher emotionaler Persönlichkeitsanteile. Die zumeist ohnehin wenig differenzierten Selbst-Objekt-Grenzen vermischen sich, es kommt zur Spaltung, zu Verschmelzungsphantasien, zu projektiven Identifikationen.

Das »Objekt des Begehrens [ist] verzerrt, reduziert auf einen ungemischten Anteil des affektiven Lebens. Zugleich aber muss es die Projektionen aufnehmen, um die mühsam aufrechterhaltene Ordnung weiter zu gewährleisten. Das Objekt wird als schützendes und begrenzendes, nicht mehr als Übertragungsobjekt gesucht.« (Ebd. S. 98)

Ein klares Gefühl für eigene Grenzen zu entwickeln könnte diese Patienten vor Reviktimisierung in Beziehungen schützen. Ein Behandlungsziel wären bei diesen Patienten neben der Differenzierung der Selbst-Objekt-Grenzen das Erkennen der projektiv identifikatorischen Anteile als solcher sowie deren Integration ins eigene Ich, zum Beispiel durch Anerkennung der eigenen abgelehnten Anteile.

Einfache Fähigkeiten, sich selbst zu stabilisieren, sind diesen Patienten oft nicht zugänglich, da sie in früheren, insbesondere traumatisierenden Situationen als nicht zweckmäßig erlebt wurden, es bleibt dann schweigendes Hinnehmen oder innerer Rückzug, ein fehlendes Gespür für klare Selbst-Objekt-Grenzen. Hier kann das Einüben konkreter Techniken ein hilfreicher erster Schritt sein, zum Beispiel durch das imaginative Ausstatten mit robusten Grenzen und die dafür passende Entwicklung von Symbolen, Bereitstellung von »Hilfs-Ich-Funktionen«, sich als Gegenüber zur Verfügung stellen, die Erarbeitung innerer Helferfiguren oder konkrete Distanzierungstechniken vor als unkontrollierbar erlebter, zerstörerischer Wut, um Ärger angemessen äußern zu können (vgl. Rudolf 2004; Wöller 2013). Zudem kann die stationäre Behandlung zu einer Art »gutem Objekt« werden und dadurch eine stabilisierende Erfahrung ermöglichen, hervorgerufen in den Schilderungen der Patienten durch das Gefühl, angenommen zu sein.

Bleibt es im Laufe der Therapie nur bei der oberflächlichen »Bearbeitung« des Sich-Abgrenzens, so bedient dies sicher den häufig zu findenden Wunsch nach der schnellen Lösung des Problems. Sicher hat dies auch eine Berechtigung im Sinne einer vermeintlichen Wiederherstellung oder als Abbau defizitärer Ich-Funktionen mithilfe ressourcenaktivierender Techniken bei traumatisierten oder früh gestörten Patienten. Für eine tiefgreifendere Veränderung durch die Psychotherapie ist es aber nötig, sich dysfunktionalen Mustern, wie zum Beispiel Feindseligkeit oder Entwertungen, sowie den die Übertragungsbeziehung negativ färbenden und durchzuarbeitenden latent negativen Beziehungsaspekten zu widmen. Um das Ich

zu etablieren und zu festigen, braucht es eine Integration der aggressiven Selbstanteile, die die Grenzen verteidigt.

Literatur

- Alsleben, Heike/Hand, Iver (2013): Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie. 2. Auflage, Wien: Springer.
- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.
- Dejours, Christophe (2012): Psychopathologien der Arbeit. Klinische Studien. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Freud, Sigmund [1925] (1982): Die Verneinung. In: Studienausgabe Band III. Frankfurt: Fischer.
- Grieser, Jürgen (2011): Architektur des psychischen Raumes. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hinsch, Rüdiger/Pfingsten, Ulrich (2007): Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. 5. Auflage, Weinheim, Basel: PVU Beltz.
- Kernberg, Otto (1995): Borderline-Störungen und Pathologischer Narzißmus. 8. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Küchenhoff, Joachim (2013): Der Sinn im Nein und die Gabe des Gesprächs. Psychoanalytisches Verstehen zwischen Philosophie und Klinik. Weilerswist: Velbrück.
- Lacan, Jacques (1997): Seminar III. Die Psychosen (1955–56). Weinheim, Berlin: Quadriga.
- Linehan, Marsha M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Rosa, Hartmut (2005): Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rudolf, Gerd (2004): Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Spitz, René (1959): Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Waibel, Martin J./Jakob-Krieger, Cornelia (Hrsg.) (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Wöller, Wolfgang (2013): Trauma und Persönlichkeitsstörungen – Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.