

Leonie Kampe

Abwehr

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeutinnen und -therapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind bereits erschienen:

- BAND 11 Bernhard Strauß: Bindung. 2014.
- BAND 12 Ludwig Janus: Geburt. 2015.
- BAND 13 Jürgen Grieser: Triangulierung. 2015.
- BAND 14 Bernd Nissen: Hypochondrie. 2015.
- BAND 15 Roland Voigtel: Sucht. 2015.
- BAND 16 Joachim Küchenhoff: Depression. 2017.
- BAND 17 Diana Pflichthofer: Trennungen. 2017.
- BAND 18 Gianluca Crepaldi: Containing. 2018.
- BAND 19 Thomas Auchter: Trauer. 2019.
- BAND 20 Mathias Hirsch: Schuldgefühl. 2020.
- BAND 21 Wolfgang Wöller: Dissoziation. 2020.
- BAND 22 Timo Storck, Felix Brauner: Körpergefühl. 2021.
- BAND 23 Petra Holler: Borderline. 2023.
- BAND 24 Werner Köpp, Tabea A. Tillinger: Essstörungen. 2023.
- BAND 25 Inge Seiffge-Krenke: Neid. 2024.
- Band 26 Kai Rugenstein: Übertragung. 2024.
- Band 27 Holger Kirsch, Josef Brockmann: Mentalisieren. 2024.
- Band 28 Susanne Döll-Hentschker: Transgenerationalität. 2025.

Leonie Kampe

Abwehr

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2025 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Gesetzlich vertreten durch die persönlich haftende Gesellschaft Wirth GmbH,
Geschäftsführer: Johann Wirth

Walltorstraße 10, 35390 Gießen, Deutschland

06 41-96 99 78 0

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung
elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen

von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH

Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach, Deutschland

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-3350-5 (Print)

ISBN 978-3-8379-6294-9 (E-Book-PDF)

ISSN 2943-6222 (Print)

ISSN 2943-6230 (Online)

Inhalt

Abwehr als Überlebensprinzip – Vorbemerkung ... 7

Definition und Geschichte des Abwehrkonzepts . . 9

Abwehr und das Unbewusste – das Problem der Definition	9
Sigmund Freud und der Ursprung der Abwehr	12
Abwehr in Anna Freuds Ich-Psychologie	14
Abwehr in der Objektbeziehungstheorie	16
Abwehr in der Bindungstheorie	21
Abwehr, Coping und Emotionsregulation	25

Adaptivitätsniveaus von Abwehr 29

Entwicklungspsychologische und empirische Befunde zur Abwehr	30
George Vaillants Hierarchie der Abwehrmechanismen	32
Reifegradmodell der Abwehr: Von inter- zu intrapsychischen Mechanismen	35
Fluktuierende Reifegrade von Abwehr	39

Die Abwehrmechanismen 41

Definition und Klassifikation der Mechanismen: Ein Überblick	41
Prävalenz von Abwehrmechanismen	47

Abwehr im klinischen Kontext 49

Prävalenz von Abwehrmechanismen bei spezifischen Störungen ...	52
Abwehr bei affektiven Störungen	53
Depression	54
Angststörungen	59
Somatisierungsstörung	62
Abwehr bei Traumafolgestörungen	65
Abwehr und Neurosenstruktur	67

Abwehr und Persönlichkeitsstörungen	72
Borderlinestörung	75
Narzissmus	81
Abwehr in der Psychotherapie	99
Abwehrmechanismen in der Diagnostik	99
Fragebogen zur Empirischen Untersuchung	
von Abwehrmechanismen (FEUA)	102
Abwehr im psychotherapeutischen Prozess	104
Therapeutische Arbeit mit der Abwehr	
bei neurotischen Persönlichkeiten	105
Therapeutische Arbeit mit der Abwehr bei Persönlichkeitsstörungen ..	107
Transtheoretische Bezüge:	
Die schulenübergreifende Arbeit mit der Abwehr	116
Abwehr in der Kognitiven Verhaltenstherapie	118
Vom Labilisieren und Stärken der Abwehr	121
Abwehr und die therapeutische Beziehung	126
Empirische Befunde zur Veränderbarkeit von Abwehr	128
Widerstand	131
Konfrontations- und Rückzugsrupturen	132
Regression versus Progression	133
Widerstand bei Therapeut:innen	135
Therapeutischer Umgang mit dem Widerstand	139
Einfluss der Abwehrmechanismen	
von Therapeut:innen auf die Therapie	141
Abwehr – eine allzu menschliche Dynamik	149
Literatur	151

Definition und Geschichte des Abwehrkonzepts

Abwehr und das Unbewusste – das Problem der Definition

Der Abwehrbegriff geht zurück auf die frühesten Theorien Sigmund Freuds (Freud, 1894, 1905, 1926), in denen er Abwehr als mentalen Prozess und Leistung des Ichs in der Regulation zwischen Begierden des Triebs und Ansprüchen beziehungsweise Grenzen der äußeren Welt beschreibt. In neueren psychoanalytischen Traditionen versteht man Abwehr nicht mehr nur als vermittelndes Prinzip zwischen Es und Über-Ich, sondern als automatisierte Mechanismen der Psyche, die eingesetzt werden, um das Ich vor unangenehmen Zuständen, Gefühlen, Gedanken und Erfahrungen zu schützen und diese aus dem Bewusstsein fernzuhalten, wenn miteinander konfligierende Wünsche, Beziehungserfahrungen oder Gefühle aufeinandertreffen (Cramer, 2015a). Über die Jahre haben die verschiedenen theoretischen Traditionen und Entwicklungen – etwa die Bindungstheorie (Bowlby, 1982 [1969]; Mikulincer et al., 2009) oder die Objektbeziehungstheorie (Kernberg, 1992) – unterschiedliche Mechanismen operationalisiert. In allen herrscht jedoch Einigkeit über die Existenz einer Adaptivitätshierarchie dieser Mechanismen, die von adaptiven über neurotische, maladaptive bis pathologische Mechanismen reicht (Vaillant et al., 1986).

Adaptive Mechanismen beschreiben jene Gruppe von Abwehrmechanismen, die hilfreich sind und gut funktionieren, um das bewusste Ich vor zu vielen negativen Gedanken und Gefühlen zu schützen. Sie zeichnen sich durch Flexibilität, Steuerbarkeit und hilfreiches emotionales Coping aus und stehen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und allgemeiner Lebenszufriedenheit (Di Giuseppe et al., 2020). Unter den mittlerweile

etwas veraltet wirkenden Begriff der *neurotischen* Mechanismen fallen jene, die wir auf einem mittelgradigen funktionalen Niveau verorten würden, was bedeutet, dass sie nur eingeschränkt oder nur bei gelegentlichem Einsatz hilfreich sind. Auch sie dienen dazu, unangenehme Affekte aus dem Erleben auszuklammern, was in der Regel kurzfristig funktioniert, langfristig allerdings mit psychischem Leiden und emotionaler Inflexibilität assoziiert ist (Benítez Camacho et al., 2010). *Maladaptive* oder auch unreife, manchmal auch *primitiv* genannte *interpersonelle* Mechanismen sind spaltungsbasiert und beinhalten häufig projektive oder dissoziative Elemente (Wang et al., 2020). Sie trennen den unangenehmen Affekt vom bewussten Ich ab und nutzen andere Personen, um ihn dorthin auszulagern, was langfristig zu schweren zwischenmenschlichen oder Identitätsstörungen führen kann, wie beispielsweise bei Persönlichkeitsstörungen (Lingiardi et al., 1999). Zuletzt gibt es die Gruppe *pathologischer* Mechanismen, die als solche dysfunktional sind und symptomatische Qualität haben, indem sie zum Beispiel die Wahrnehmung maßgeblich verzerren oder zu spontaner Umsetzung direkter Handlungen führen. Norma Haan, die sich mit den Konzepten Persönlichkeit, Widerstand und Bewältigung beschäftigte, fasste es wie folgt zusammen: »Eine Person wird bewältigen, wenn sie kann, abwehren, wenn sie muss, und fragmentieren, wenn sie dazu gezwungen ist« (Haan, 1977, S. 25).

Eine konkrete und abschließende Definition von Abwehr lässt sich nicht ohne Beachtung ihres entstammenden Theoriehintergrunds geben. Auch bei der Frage, was der Gegenstand von Abwehr ist, also was abgewehrt wird, fällt die Antwort darauf je nach theoretischer Ausrichtung unterschiedlich aus: Bei Sigmund Freud ist es in den frühen Schriften die Unlust (1894), dann der Trieb (1905) und später die Angst (1926). Bei Anna Freud (1936) und Otto Fenichel (1945) sind es primär Angst und Schuldgefühle. Charles Brenner (1982) beschreibt, dass die Depression im Zentrum der Abwehr steht, Hartmut Hoffmann (1987) benennt Kränkung als abzuwehrenden Affekt, Leo Wurmser (1990) die Scham, Melanie Klein (1932) die Aggression und Otto F. Kernberg (1975) die Fragmentierung des Selbst.

Abwehr beschreibt folglich psychologische Mechanismen, die dazu dienen, unangenehme bis unerträgliche Affekte und Realis-

täten aus dem Bewusstsein auszuklammern, sodass das alltägliche Leben nicht von ihnen erschwert wird. Sie hat eine regulierende Funktion und kann darüber hinaus auch in unangenehmen Beziehungssituationen zum Einsatz kommen. Abwehr bezieht sich daher stets auf Aspekte des Selbst und der Beziehungsfähigkeit. Die *American Psychiatric Association* definiert Abwehr wie folgt: »Abwehrmechanismen sind automatische psychologische Prozesse die das Individuum vor Angst und der Wahrnehmung von internen oder externen Bedrohungen oder Belastungen beschützen. Der Abwehrvorgang als solcher ist dem Individuum nicht bewusst« (APA, 1994, S. 751).

Eine bis heute in der Abwehrliteratur zentrale Diskussion ist die kritische Frage danach, ob Abwehrprozesse unbewusst ablaufen. In Freuds ursprünglicher Definition wird der Abwehrvorgang als unbewusster Prozess des Ichs beschrieben. Bei Anna Freuds späteren Ausführungen wird davon nicht abgewichen und auch von kontemporären Forscher:innen¹ bis heute als definitivische Prämisse von Abwehr behandelt (Vaillant, 1971; Cramer, 1991; Steiner et al., 2001). Insbesondere die kontemporäre, zunehmend auch empirische Forschung der Abwehr stellt dies jedoch infrage und argumentiert, dass Abwehr zwar hoch automatisiert, jedoch dem Bewusstsein meist zugänglich geschieht. Verwendet eine Person beispielsweise *Rationalisierung* zur Abwehr einer Kränkung, kann es gut sein, dass ihr die Motivation zum Einsatz dieser Rationalisierung in dem Moment nicht klar ist, doch ist der Einsatz dieser Rationalisierung ein bewusster Prozess, der als solcher erinnert und auch in seiner Funktion besprochen werden kann. Forscher:innen argumentieren ebenfalls, dass Abwehr, wäre sie vollständig unbewusst, auch nicht empirisch messbar wäre. Es scheint jedoch möglich, Menschen nach ihren Abwehrstrategien zu befragen, indem man ihnen abwehrtypische Denk- und Verhaltenskorrelate anbietet und sie dann beschreiben lässt, welche sie davon anwenden, wenn sie unter emotionaler Belastung stehen. Insbesondere die als adaptiv geltenden Abwehrmechanismen wie *Humor*, *Aktivieren von Beziehungen* oder *Sublimierung* werden in der Regel intentional

1 Es wird eine inkludierende Form des Genders gewählt mit Ausnahme solcher Stellen, an denen die Leserlichkeit stark eingeschränkt werden würde.

eingesetzt und bewegen sich auch im Konzeptraum des später bezeichneten »Copings«, das sich als bewusster und lernbarer Mechanismus zum Umgang mit emotionaler Belastung versteht.

Die empirische Abwehrforscherin Phebe Cramer schlägt daher eine entwicklungsbasierte, funktionale Definition von Abwehr vor, in der sie den unbewussten Gehalt von Abwehr aufnimmt, ihn aber nur noch in Abstufungen voraussetzt. Die Annahme des unbewussten Einsatzes von Abwehr bezieht sich in ihrer Definition auf unterschiedliche Aspekte, von denen einer erfüllt sein muss: 1. Das die Abwehr konstituierende Verhalten ist unbewusst; 2. Das Verhalten ist bewusst, aber seine Abwehrfunktion ist unbewusst; 3. Der Affekt, der die Abwehr ausgelöst hat, ist unbewusst (Cramer, 1991b).

Eine weitere definitorische Unklarheit ist über die Jahre die Frage geworden, wie viele Abwehrmechanismen es eigentlich gibt. Historisch betrachtet kann man sagen, dass mit jeder theoretischen Erweiterung bzw. Beschäftigung mit dem Konzept auch weitere Mechanismen hinzukamen. So war es bei Sigmund Freud zunächst ein Mechanismus (Verdrängung), in späteren Schriften sieben, dann zehn Mechanismen, manche Autor:innen sprechen von bis zu 17 beschriebenen Abwehrvorgängen. Anna Freud formulierte elf, dann 14, George Vaillant 18 Mechanismen und Karl König 24. In der Objektbeziehungstheorie kamen interpersonelle Mechanismen hinzu, sodass gegenwärtige Diagnosesysteme zwischen 20 (etwa im Defense Style Questionnaire, DSQ-40) und 30 (wie in der Defense Mechanism Rating Scale, DMRS-SR-30) Mechanismen operationalisieren. Die definitorische Beschäftigung mit Abwehr setzt daher den jeweiligen Theorierahmen voraus, um Zahl und Ziel einer Definition von Abwehr zu benennen. Die Ursprünge und Entwicklungslinien des Konzepts der Abwehr werden daher im Folgenden mit ihren wichtigsten Stationen beschrieben.

Sigmund Freud und der Ursprung der Abwehr

Abwehrmechanismen finden ihren Ursprung in den psychoanalytischen Theorien von Sigmund Freud, wo sie als regulative Mechanismen zwischen Trieb und Über-Ich-Ansprüchen ver-

mitteln (Freud, 1894). Freud entwickelte das Abwehrkonzept im Rahmen seiner Triebtheorie, in der die Abwehr gegen die Bewusstmachung derjenigen Gedanken gerichtet ist, die an die Triebbegierden geknüpft sind. Freud definierte Abwehr als die »Schranke des Unbewussten«, mit dem Ziel, das Bewusstsein vor überwältigenden Einflüssen zu schützen. Er verwendete zunächst Abwehr synonym zur Verdrängung, was er als ersten Mechanismus beschrieb. Die Leistung der Verdrängung besteht nach Freud darin, die mit dem Ich nicht kompatiblen Inhalte aus dem Bewusstsein auszuklammern, was in Freuds Modell schlussendlich in Psychopathologie resultiert. Mit der Entwicklung von der Triebtheorie (Freud, 1905) hin zu dem Strukturmodell der Instanzen (1923) beschreibt Freud nicht mehr die Triebe als abzuwehrendes Element, sondern die Spannung des *Ichs* zwischen den Instanzen des begierigen (libidinösen) oder aggressiven *Es* und dem strafenden, anspruchlichen, bewertenden *Über-Ich*. Damit erweiterte er das Konzept der Abwehr in ein allgemeineres, regulatives Prinzip, das nicht mehr nur den Trieb und die Impulse kontrolliert, sondern auch den unerträglichen Angstaffekt abwehrt. Hier definiert er die Abwehr erstmalig als Ich-Funktionen, was seine Tochter Anna Freud (1992 [1936]) später weiter ausarbeitete. So entwickelte sich Freuds Verständnis von Abwehr von der Verarbeitung des Triebkonflikts hin zu dem Regulativ des Instanzenkonflikts, was dazu führte, dass Freud nun auch weitere verdrängungsbasierte Mechanismen formulierte, wie beispielsweise in seinem Werk *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten: Humor, Verzerrung, Verschiebung, Verdrängung, Unterdrückung, Fantasie und Isolierung*. In *Triebe und Tribschicksale* beschreibt er die Entstehung der Neurose als den Umgang mit den Trieben durch verschiedene Arten der Abwehr und benennt weitere Mechanismen wie die *Sublimierung, Verkehrung ins Gegenteil, Wendung gegen das Selbst, Regression, Verschiebung* und *Reaktionsbildung*. In seinen Werken ordnet Freud außerdem spezifische Mechanismen den unterschiedlichen Neurosen zu: die Konversion und Verdrängung der Hysterie; Reaktionsbildung, Isolierung und Ungeschehenmachen der Zwangsneurose; Projektion der Paranoia etc.

Abwehr ist in den späteren Werken von Sigmund Freud folglich ein funktionaler Begriff, der jedoch stets mit dem Entstehen

und Aufrechterhalten von Neurose und damit Psychopathologie verbunden ist. Insbesondere die Übertragungsbeziehung sieht Freud als Ort des Erkennens der Abwehr und damit als das Tor zum Unbewussten. Doch hat bereits Freud auch eine wertschätzende Perspektive auf Abwehr, indem er Abwehr als »Schutzmaßnahmen des Ichs« (Freud, 1962) beschreibt.

Abwehr in Anna Freuds Ich-Psychologie

Mit ihrem Grundlagenwerk der Psychologie *Das Ich und die Abwehr* von 1936 knüpfte die älteste Tochter Sigmund Freuds an die theoretischen Arbeiten ihres Vaters an und entwickelte sie auf vielen Ebenen weiter. Mit ihrem Fokus auf die Entwicklungsdimension von Abwehr als Ich-strukturelle Progressionsleistung gilt sie als Begründerin der Ich-Psychologie und eine wichtige Persönlichkeitsentwicklungstheoretikerin. Sie formulierte zunächst elf und später 14 Mechanismen, die sie auf unterschiedlichen Reife- bzw. Entwicklungsstufen verordnete (A. Freud, 1992 [1936]).

Die zentralen Weiterentwicklungen im Feld der Abwehr durch Anna Freud sind die Loslösung des Konzepts von Psychopathologie sowie ihr Arbeiten zu unterschiedlichen Adaptivitätsniveaus der Abwehr. Sie betonte in ihren Arbeiten die Adaptivität von Abwehrmechanismen und deren Notwendigkeit zum Erhalten des psychischen Gleichgewichts. Dabei war sie auch die erste, die Abwehr nicht nur im neurotischen Raum verortete (zwischen den beiden Instanzen), sondern diese auch als Vermittlerin von Realgefahren zum Beispiel in Beziehungen beschrieb oder von anderweitigen Angriffen auf das Ich, die Unbehagen auslösen (z.B. Kränkungen, Verlust etc.). Abwehr wird nach Anna Freud erst dann zum Problem, wenn diese unflexibel, überdauernd und nicht entwicklungsadäquat eingesetzt wird. Damit ergänzte sie die Abwehrtheorie um eine entwicklungspsychologische Perspektive, indem sie darauf verwies, dass bestimmte Mechanismen eine bestimmte Entwicklungsreife voraussetzen, z.B. ein Kind erst in der Lage sein muss, sich selbst wahrzunehmen und sich von anderen unterscheiden zu können, um dann Mechanismen wie Projektion anzuwenden. Anders als ihr Vater, der bestimmte

Mechanismen bestimmten Neurosen zuordnete, unterschied Anna Freud zwischen reifen, intrapsychischen Mechanismen und unreifen, interpersonellen Mechanismen. Diese Unterscheidung wird bis heute vorgenommen und korrespondiert mit der Reife des Strukturniveaus der Persönlichkeit, was sich unter anderem auch in der neusten Auflage der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3) widerspiegelt.

In der Tradition der Ich-Psychologie wurden die entwicklungstheoretischen Annahmen zu Abwehrmechanismen von Anna Freud auch von späteren Vertreter:innen aufgegriffen. Otto Fenichel (1945) beispielsweise nahm ebenfalls eine Hierarchisierung von Abwehrmechanismen vor, indem er sie auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus verordnete: unreifere Mechanismen schrieb er früheren Entwicklungsphasen zu, reifere Mechanismen späteren Phasen. Nach Fenichel entstehe Psychopathologie dann, wenn Defizite in der emotionalen Entwicklung eines Menschen vorliegen, sodass diese auf altersinadäquate Mechanismen zurückgreifen. Ebenfalls in der Tradition der Ich-Psychologie erweiterte Hartmut Hoffmann später die theoretischen Abhandlungen zur Abwehr, indem er den Gegenstand dieser um Affektzustände erweiterte und sich damit noch deutlicher von Sigmund Freuds ursprünglichen Arbeiten zur Abwehr abhob. Nach Hoffmann dient Abwehr insbesondere dem Umgang mit bedrohlichen Affekten (Angst, Scham, Trauer, Wut, Neid etc.) und er unterscheidet dabei, dass sowohl die Qualität des Affektes als auch die Intensität des Affektes das überfordernde Element sein können.

So haben die Vertreter:innen der Ich-Psychologie zentrale Weiterentwicklungen zum Verständnis und Konzept der Abwehr beigetragen: Es ist nun möglich, 1. Abwehr als gesunden und notwendigen Entwicklungsprozess zu verstehen, dabei 2. in Anlehnung an die Entwicklungsstufen des Ichs zwischen Mechanismen unterschiedlicher Reife (Adaptivität) zu unterscheiden und 3. den Gegenstand der Abwehr herausgelöst aus dem neurotischen (Trieb- oder Instanzen) Konflikt hin zu den unangenehmen oder bedrohlichen Affekten zu erweitern. Insbesondere das Paradigma der Adaptivität von Abwehr ist bis heute eine grundlegende Annahme und mittlerweile auch empirisch bestätigt.

Abwehr im klinischen Kontext

Das Konstrukt der Abwehr ist im klinischen Kontext in der Diagnostik, Behandlung und dem allgemeinen Verständnis psychischer Störungen omnipräsent und von zentraler Bedeutung. Abwehr bedingt die Art und Weise, wie Menschen ihre (psychische) Disbalance und Erkrankung erleben und wie sie damit umgehen. Sie bedingt den therapeutischen Kontakt, die Fähigkeit zur Öffnung oder auch den Grad der Hemmung im Umgang mit den eigenen Gefühlen und der therapeutischen Beziehung. Die Beschaffenheit der Abwehrstruktur ist außerdem ein wesentlicher Hinweis auf die Reife der psychischen Struktur und die zugrundeliegende Neurosenstruktur.

Empirische Forschung zeigte vielfach die Bedeutung der Abwehr in unterschiedlichen Kontexten: Abwehr trägt zur Resilienz und zum Gelingen der Verarbeitung von internalen und externalen Krisen bei. Im subjektiven Erleben von Belastung während der Corona-Pandemie erwies sich das Abwehryniveau beispielsweise als zentrale psychische Komponente, die interindividuelle Unterschiede im Umgang mit den Herausforderungen der Pandemie erklärte (Kampe, Hörz-Sagstetter et al., 2024). Auch weitere Studien zeigten die besondere klinische Bedeutung der Abwehr: Die Reife der Abwehr weist signifikante und inkrementelle Vorhersagekraft für die Schwere der psychischen Erkrankung, die Anzahl von psychiatrischen Klinikaufenthalten und die Anzahl von Suizidversuchen auf (Kampe et al., 2018). Auch weitere Studien illustrierten den Zusammenhang zwischen dem Abwehryniveau oder einzelnen maladaptiven Mechanismen mit dem Schweregrad einer psychischen Störung (Benítez Camacho et al., 2010; Bowins, 2010; Maryam et al., 2013; Perry et al., 2013).

An dieser Stelle ist es zentral, den Unterschied zwischen pathologischen Abwehrprozessen und solchen, die dem Ich dienen, zu

definieren. Denn Abwehr ist per se nicht pathologisch, sondern zunächst in ihrem Ursprung zum Schutze des Ich angelegt: Die meist unbewussten Mechanismen werden eingesetzt, um das bewusste Ich vor Überforderung, Überflutung, andauernder Belastung oder gar Fragmentierung zu schützen. Kurzfristig gelingt das jedem Mechanismus. Ob die Abwehr jedoch langfristig zur psychischen Stabilität beiträgt oder ob sie selbst irgendwann zum labilisierenden, unbeweglichen oder psychopathologischen Symptom wird, hängt von dem Adaptivitätsniveau und der Durchgängigkeit, Rigidität und Interpersonalität ihrer Verwendung ab. Dabei ist zu beachten, dass jede Abwehr flexibel ist und ihr pathologischer Gehalt situativ und individuell unterschiedlich sein kann. Die *Wendung der Aggression gegen das Selbst* kann beispielsweise bei seltener Nutzung den Effekt haben, Beziehungen vor Konflikten zu schonen, und bei robuster Ich-Struktur im Innen auch ohne größere Schäden gehalten werden. Bei einer labilen Persönlichkeitsorganisation hingegen führt die meist chronische *Wendung der Aggression gegen das Selbst* zu anhaltenden Selbstzweifeln, Selbsthass und sozialen Unsicherheiten und kann auch in Selbstverletzung oder sogar Suizidalität resultieren (Eis et al., 2025). So können bestimmte Mechanismen, wenn sie in extremer, altersunangemessener und durchgängiger Weise auftreten, zu psychopathologischen Symptomen führen und als dysfunktional erachtet werden. Eine derartige Nutzung der Abwehrmechanismen kann die Realitätsprüfung erheblich beeinträchtigen, wodurch die Wahrnehmung und Verarbeitung von Umweltinformationen stark gefiltert oder verzerrt werden. Dies beeinträchtigt nicht nur die innere Erlebnisfähigkeit, sondern auch die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Zudem wird die Angst, die eigentlich als orientierender Affekt dienen sollte, durch übermäßige Abwehr so stark moduliert, dass sie nicht mehr als hilfreicher Indikator für tatsächliche Bedrohungen fungieren kann (Rudolf, 2004). Das Problem, dass die maladaptive Abwehrstruktur zur symptomatischen Belastung (statt zur ursprünglich intendierten Entlastung und Schutzfunktion) führt, ist insbesondere bei der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen festzustellen.

Wie bereits zur Objektbeziehungstheorie beschrieben, sind Persönlichkeitsstörungen als funktionale Entwicklungsstörungen der Persönlichkeitsorganisation zu verstehen, bei der die Dimen-

sion der Abwehr eine maßgebliche Rolle spielt. Otto F. Kernberg (1967) benannte die Reife der Abwehr als eine zentrale Dimension, die den Grad der Integration und damit der Funktionalität der Persönlichkeit bestimmt. In Kernbergs Modell der Persönlichkeitsorganisation wird zwischen neurotischer (verdrängungsbasierter) und primitiver (spaltungsbasierter) Abwehr unterschieden, letztere stellt das pathologische Ende des Spektrums dar. Hier ist der Maßstab der Grad der Realitätsverzerrung und des Erhalts von Ambivalenz, der zwischen den Mechanismen unterscheidet. Je stärker Abwehrmechanismen die realistische Einschätzung behindern (z.B. bei *Projektionen*) oder die Fähigkeit zur Ambivalenz beeinträchtigen (z.B. bei *Spaltung*) und andere Menschen involvieren (z.B. bei *Projektiver Identifizierung*), umso eher ist von einem potenziell pathologischen Vorgang zu sprechen. Diese klinisch-diagnostische Bedeutung von Abwehr ist bis heute zentral für das psychodynamische Verständnis psychischer Störungen. Die empirische Abwehrforscherin Phebe Cramer (2015a) würde die Grenze zwischen gesunder und pathologischer Abwehr außerdem entwicklungspsychologisch beschreiben: Unterschiedliche Abwehrmechanismen reflektieren unterschiedliche Reifestufen der menschlichen Entwicklung. Verwendet man im Erwachsenenalter immer noch Mechanismen, die in einem früheren Stadium der Entwicklung angemessen sind, aber im Erwachsenenalter überwunden sein sollten, dann gelten diese als pathologische Mechanismen.

Gerade bei der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen ist es vor allem die Abwehrstruktur, die diejenigen Eigenschaften definiert, die den Unterschied zwischen den (fraglichen) Kategorien ausmacht: Manche Abwehrmechanismen definieren buchstäblich bestimmte Persönlichkeitsstörungen: die *Spaltung* und *Projektive Identifizierung* die *Borderline*-; *Grandiosität*, *Idealisierung* und *Entwertung* die *narzisstische*; *Dramatisierung* und *Regression* die *histrionische* und *paranoide Projektion* und *Affektisolierung* die *schizoide* Störung. Da Persönlichkeitsstörungen als Entwicklungsstörungen zu verstehen sind, ist es einleuchtend, dass dies auch in dem Reifegrad der Abwehr reflektiert ist. Reife Abwehrmechanismen setzen eine komplexe Organisation und Ich-Stärke voraus, was bei den Persönlichkeitsentwicklungsstörungen nicht gegeben ist (Kernberg, 1992). Ins-

besondere bei narzisstischen Störungen ist das Verständnis von Abwehr als Teil der Persönlichkeitspathologie unumgänglich, da der fehlende Einbezug der Abwehrfunktion zu gravierenden Fehldiagnosen führen kann (Miller et al., 2016).

Grundsätzlich ist von pathologischer Abwehr zu sprechen, wenn diese exzessiv, rigide, altersinadäquat und maladaptiv ist, zu Leidensdruck oder einer psychischen Erkrankung führt. Frühe Studien zum Beispiel von George Vaillant (1971) wie auch vielfach bestätigende jüngere Forschung zeigten den Zusammenhang bestimmter Abwehrmechanismen und -niveaus mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zum Entwickeln psychischer Erkrankungen. So fanden Studien beispielsweise, dass je maladaptiver das Abwehryniveau, desto weniger funktional die Persönlichkeitsstruktur (Benítez Camacho et al., 2010; Maryam et al., 2013), desto wahrscheinlicher die Ausprägung einer psychischen Erkrankung (Holi et al., 1999) und das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Bowins, 2010).

In diesem Kapitel soll die Rolle der Abwehr im klinisch-psychotherapeutischen Kontext vertieft betrachtet werden. Es werden Abwehrformationen bei einzelnen psychischen Erkrankungen, den Neurosenstrukturen und der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen dargestellt und anhand von Fallvignetten klinisch illustriert. Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Umgang mit der Abwehr und ihren spezifischen Komplikationen.

Prävalenz von Abwehrmechanismen bei spezifischen Störungen

Die psychoanalytische Theorie und auch die empirische Forschung haben sich intensiv mit Abwehrmechanismen bei einzelnen psychischen Störungsgruppen beschäftigt und ihre spezifische Funktion sowie den Zusammenhang mit dem klinischen Schweregrad ausführlich untersucht. Diese sollen in den folgenden Kapiteln für einige psychopathologische Syndrome beispielhaft dargestellt werden. Es gibt bisher jedoch nur eine Studie, die Aussagen über die Prävalenz von Abwehrmechanismen, also die Wahrscheinlichkeit, dass manche Mechanismen bei bestimmten Störungsgruppen

vorkommen, zulässt. Carlos Blanco et al. (2025) untersuchten die Auftretenswahrscheinlichkeit bestimmter Abwehrmechanismen bei drei psychischen Störungsgruppen: affektiven Störungen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Sie fanden heraus, dass Menschen mit affektiven Störungen eine höhere Wahrscheinlichkeit zur Verwendung unreifer Abwehrmechanismen aufweisen als Menschen mit Angststörungen (außer der Verwendung von *kontrollierendem Verhalten*, was in Studien höher bei Menschen mit Angststörungen ausgeprägt war), die wiederum höhere Prävalenzen zeigten als Menschen mit Suchterkrankungen (außer der Verwendung von *Acting-out*, also der Nutzung von Substanzen, um mit unangenehmen Gefühlen umzugehen). Menschen ohne psychiatrische Erkrankung hatten die geringste Prävalenz für die Verwendung maladaptiver Abwehrmechanismen. Andere Studien konnten zeigen, dass es Unterschiede im Reifegrad der den Störungsbildern zugrundeliegenden Abwehrmechanismen gibt, wobei Menschen mit Depressionen signifikant maladaptivere Abwehr verwenden (z.B. projektive Mechanismen) als Menschen mit reinen Angststörungen (Colovic et al., 2016). Diese hier zunächst global berichteten Befunde sollen im Folgenden für einzelne psychische Erkrankungen weiter betrachtet werden.

Abwehr bei affektiven Störungen

Ein Abwehrmechanismus, der bei den meisten psychischen Erkrankungen gefunden wird, ist die *Wendung gegen das Selbst* (Geiser et al., 2003). Dieser Mechanismus führt dazu, dass Aggressionen nach innen gewendet werden mit dem Ziel, Beziehungen zu schützen. Häufig steht er im Zusammenhang mit Lernmustern, dass bereits früh negative Gefühle unterdrückt werden mussten, Wut nicht gezeigt werden durfte und ihr Ausdruck zu einem bedrohlichen, mit Entwertung, Gewalt oder Abkehr gestraften Beziehungskonflikt führte. Wenn es zu gefährlich ist, die Aggression im Kontakt zu äußern, und keine adaptiveren Mechanismen zur Verfügung stehen, liegt es nahe, diese gegen das Selbst zu wenden. So erlebt man sich als schuldhaft, unzulänglich, nicht liebenswert und rechtfertigt so das eigentlich unangemessene Verhalten der anderen Person. Die *Wendung gegen das Selbst* kann von

situativen Kognitionen (z.B. dem Entschuldigen für etwas, das andere getan haben) über dysfunktionale und repetitive Attributionsstile (z.B. durch selbstabwertende Gedanken) bis hin zu ausagierten, selbstschädigenden Handlungen (z.B. Selbstverletzung, Risikoverhalten, Suizidalität) reichen und damit typisch für verschiedene Störungsbilder unterschiedlicher Schweregrade sein. Zweck der Aggressionsumkehr ist die Schonung der Beziehungen, da diese internalisierte Attribution keine Konflikte mit den Beziehungspersonen fordert, sondern im Innen ausgetragen wird. Dahinter steht oft ein erlebtes Hilflosigkeitsempfinden, soziale Unsicherheit, Verlustangst oder Selbsthass. Verwendet man diesen Mechanismus jedoch durchgängig, über lange Zeit und möglicherweise auch in vielen Beziehungen, führt die Wendung der Aggression gegen das Selbst zu Symptombdruck. Dieser kann sich in Depression (erlernter Hilflosigkeit), Angst (Implosion) oder somatischen Symptomen (Schmerz) äußern, sodass diese psychischen Erkrankungen stets auch im Abwehrkontext verstanden werden müssen. In schwereren Fällen, wie z.B. bei der Borderlinestörung die Selbstverletzung, ist die Wendung gegen das Selbst ein zentrales psychopathologisches Symptom.

Depression

Die Depression ist vermutlich das bekannteste Störungsbild und klinisch auch eine der am häufigsten auftauchenden psychischen Erkrankungen. Eine Depression kann sich auf vielfältige Weise manifestieren und individuell sehr unterschiedlich aussehen: Manche Menschen erleben insbesondere die affektive Komponente, indem sie sich als sehr traurig, hoffnungslos und insgesamt emotional labil beschreiben würden. Andere hingegen würden sich, ganz im Gegenteil, als emotional verarmt, leer, gefühllos und ohne Bezug zur Welt beschreiben. Bei anderen wiederum steht die somatische Komponente im Vordergrund, sie erleben vielleicht ausgeprägte Schlaf- oder Appetitstörungen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen oder starke innere Unruhe, Zittern und andere psychosomatische Symptome. Manche würden auch das Grübeln und die damit verbundenen, ständigen Sorgen als den Kern ihrer depressiven Symptomatik beschreiben. Zudem vari-

iert sie im Schweregrad, bei manchen ist sie situativ bedingt, mit einem klar umschriebenen Auslöser, bei anderen ist sie ein chronischer Zustand, in schweren Fällen auch mit wiederkehrenden Suizidgedanken oder -versuchen. Wenngleich die depressive Erkrankung also in unterschiedlichen Formen auftreten kann, gemeinsam haben alle Erscheinungsformen die Störung der emotionalen Regulation, weshalb die Depression zur Gruppe der affektiven Störungen gehört (ICD-10: F30–F39; WHO, 1992).

In psychoanalytischen Störungsmodellen kann die Depression jedoch auch als Abwehrvorgang verstanden werden (Mentzos, 2017): Meist liegt hinter der depressiven Erkrankung ein für das bewusste Ich unlösbarer Konflikt, entweder im Außen, in den Beziehungen oder im Innen, also als ein psychodynamischer Konflikt. Handelt es sich um eine reaktive Depression, ist sie folglich einem eindeutigen Ereignis zuzuordnen und hemmt die produktive Auseinandersetzung damit. Ebenso kann ein innerer Konflikt zu einer Depression mit Abwehrfunktion führen: Die Ausschaltung oder symptomwertige Übersteigerung der Affekte verhindert das Bewusstwerden unangenehmer Gefühle oder Konfliktspannungen.

Eine Depression hat also in ihrem Wesen immer auch etwas »außer Kraft Setzendes«, was die Betroffenen vor einer unerträglichen Auseinandersetzung schützt. So kann eine Depression Rollenverhältnisse in Beziehungen umdrehen, Leistungsansprüche verunmöglichen, bedrohliche libidinöse Besetzungen tilgen oder unerträgliche Emotionen hinter einer gefühllosen Wand abschotten. Problematisch – und damit krankheitswertig – wird es dann, wenn sich dieser depressive Abwehrvorgang verselbstständigt und sich der bewussten Steuerbarkeit entzieht, die depressive Abwehr also zur Erkrankung wird. Drei Beispiele sollen die Depression in unterschiedlichen Abwehrfunktionen veranschaulichen:

Depressive Regression als Schutz vor Beziehungsautonomie

Eine Patientin kommt mit einer schweren depressiven Symptomatik in die Therapie. Sie erlebt sich als rastlos und agitiert, könne sich nicht mehr konzentrieren und habe stark abgenommen, gleichzeitig habe sie insbesondere morgens Schwierigkeiten, aus dem Bett zu kommen und Antrieb für den Tag zu finden. Sie habe lebensmüde Gedanken und fühle sich innerlich leer, könne diesen Zustand kaum noch er-

tragen. Im Kontakt wirkt die Patientin angespannt, zitternd, vermeidet den Blickkontakt und antwortet stark verlangsamt.

Im Verlauf der Therapie wird deutlich, dass die Patientin sich in einem schwerwiegenden Partnerschaftskonflikt befindet und sich seit Jahren von ihrem Ehemann entfremdet fühlt, dieser verbringe ohnehin »mehr als zwölf Stunden am Tag« auf der Arbeit und sei in den Jahren »emotional sehr abgestumpft«. Vor zwei Monaten habe die Patientin einen Kurzurlaub allein unternommen und dort mit einer Bekanntschaft ihren Mann betrogen. Nach dieser Affäre habe sie realisiert, dass sie es zu Hause eigentlich nicht mehr aushalte, gleichzeitig habe sie große Angst vor einer Trennung, da sie ihren Kindern und auch ihrem Ehemann nicht schaden wolle und auch für sich selbst keine Vorstellung davon habe, wie ihr Leben außerhalb dieses Familienkontextes aussehen könne. Seit ihrer depressiven Erkrankung jedoch, die kurz nach der Affäre begann, sei sie aus diesem Konflikt erlöst, da sich der Ehemann nun sehr um sie bemühe und sie selbst das Gefühl habe, dass eine Trennung »in ihrem Zustand« ohnehin keine Option mehr sei.

Die Erkrankung hatte somit die schützende Funktion, den inneren Konflikt der Patientin aufzulösen, die libidinöse Besetzung des Autonomieschritts aus der Partnerschaft zu betäuben und ihr auch in der Partnerschaft im Sinne des Symptomgewinns (auch: »Sekundärer Krankheitsgewinn«) wieder zumindest temporäre Befriedigung zu verschaffen. Anstatt also auf der Symptomebene zu arbeiten, ist in diesem Fall das Verständnis von deren Schutzfunktion zentral. Auf Kosten ihrer psychischen Gesundheit hat die Patientin eine scheinbare Konfliktlösung gewonnen, indem sie sich in ihrem regressiven Zustand außerstande erlebt, die zuvor aufgekommenen Autonomiewünsche umzusetzen. Der Preis für diese Konfliktabwehr ist jedoch die Aufgabe von Selbstständigkeit, Stabilität und Vitalität, was im Folgenden mit der Patientin durchgearbeitet werden musste.

Depressive Abwehr als Schutz
vor psychodynamischen Konflikten

Eine Patientin stellt sich in einer Ambulanz mit ausgeprägten Schlafstörungen vor, Antriebsstörungen und einer Grübel-

neigung. Sie sei im Beruf zunehmend unzufrieden, da alles immer das Gleiche sei, sie »zu viel Verantwortung ha[be] und zu wenig Wertschätzung« erhalte, sich chronisch überarbeite und Überstunden nie abfeiere, auch wenn ihre Vorgesetzten sie schon mehrfach darauf hingewiesen hätten. Sie sei außerdem die Dienstälteste und leide darunter, dass zunehmend jüngere Kolleg:innen in leitende Positionen aufsteigen würden und ihr dann »Befehle erteilen«.

Auf Nachfrage, ob sie kein Interesse an einer solchen Position habe, sagte die Patientin, dass ihre Vorgesetzten ihr das auch schon nahegelegt hätten, dass das aber nichts für sie sei, sie sei »nicht so machtgeil« und habe »eh nicht ausreichend Führungskompetenz, um eine solche Position zu bekleiden«. Außerdem habe sie schon länger keine Lust mehr auf diesen Job, alles komme ihr sinnlos vor, sie wolle am liebsten gar nicht mehr aufstehen und habe das Gefühl, in ihrem Leben eigentlich vollkommen versagt zu haben.

Im weiteren therapeutischen Gespräch wird deutlich, dass die depressive Symptomatik, die insbesondere aus selbstabwertenden Kognitionen und Dysphorien, aus Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit besteht, die Funktion übernahm, die Kränkung durch die zunehmend als Zurücksetzung erlebte Position auf der Arbeit zu kompensieren. Nachdem die Patientin sich im Laufe der Therapie zunehmend öffnete, zeigte sich, dass sie durchaus einen sehr hohen Leistungsanspruch hatte, insbesondere an der Arbeitsstelle, und sich eigentlich vielen (»wenn nicht den meisten«) Kolleg:innen überlegen fühlte. Ihre (narzisstische) Angst vor dem Scheitern, dessen Eintreten sie als »extreme Bloßstellung« und Enttarnung erleben würde, als Beweis, dass sie »eigentlich eh zu nichts gut« sei, hielt sie bisher davon ab, einen längst fälligen Karriereschritt zu gehen. Die depressive Grundhaltung erlaubte es der Patientin, sich diesen Konflikt aus dem Bewusstsein fernzuhalten, sodass sich in ihrer allgemeinen Bezugslosigkeit und einem Sinnlosigkeitserleben der Arbeit die *libidinöse Besetzung entzog*, sie ihre Wut *gegen sich selbst wendete* (»Ich bin dafür eh nicht geeignet«) und anhand des Mechanismus der *Entwertung* diese als nicht erstrebenswert re-attribuierte.