

Aufgeben ist auch (k)ein Behandlungs- ziel?

Spaltung,
Projektion und
therapeutische
Krisen

- *Prof. Dr. Philipp Martius*
- *Praxis am Schlossplatz, Bad Kreuznach*
- *Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Supervisor und Lehrtherapeut. Ehemaliger Chefarzt Klinik Höhenried, jetzt in eigener Praxis.*
- *Hochschule München, TFP-Institut München e.V.*

Aufgeben ist auch (k)ein Behandlungsziel? Spaltung, Projektion und therapeutische Krisen

Zusammenfassung. Im Kontext von „Spaltung und Krise“ werden im **Vortrag** *Spaltung, Projektion und projektive Identifikation* als Abwehrmechanismen aus klinisch-tiefenpsychologischer Perspektive beschrieben. Die Klärung ihrer Wirkung und Funktion in der Psychotherapie führt zu Überlegungen, wie damit im Rahmen der Behandlung umgegangen werden kann. Anhand einer Fallvignette soll verdeutlicht werden, dass dieser oft von *Krisen* begleitete Prozess eine wesentliche Voraussetzung für die Veränderung des psychischen und psychosomatischen Leidens ist.

Mein Anliegen für das **Seminar** ist, zur Diskussion zu stellen, wie PsychotherapeutInnen in therapeutischen Krisen zwischen dem therapeutisch Machbaren und dem therapeutisch Unmöglichen unterscheiden können.

Spaltung und Krise: die Abwehrmechanismen I

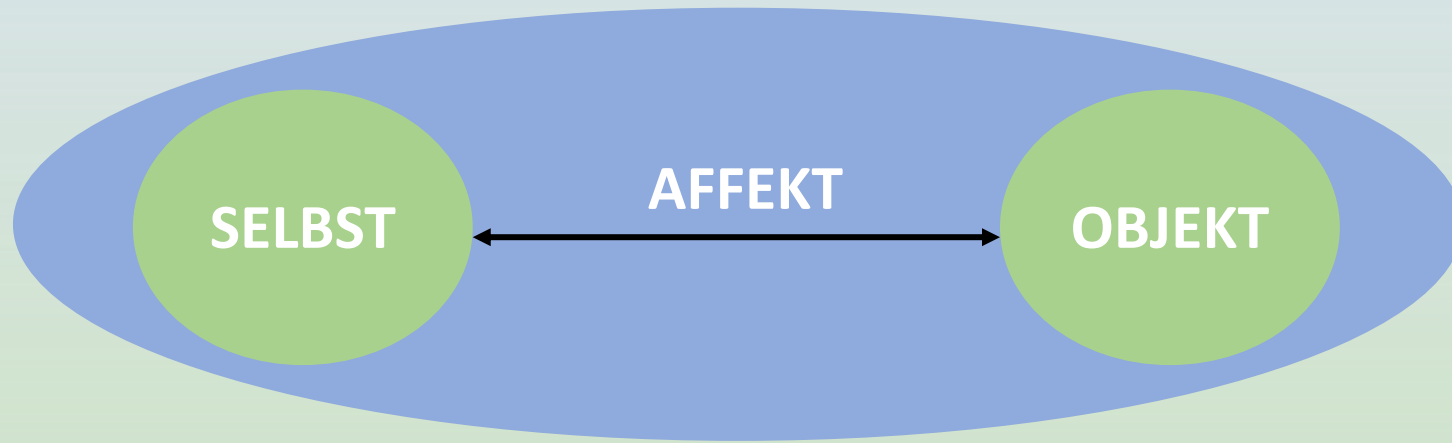
- Anna Freud: „Das Sträuben des Ichs gegen peinliche und unerträgliche Vorstellungen und Affekte“ (1936/1980, Band I, S. 221f.)
 - Verdrängung
 - Regression
 - Reaktionsbildung
 - Isolierung
 - Ungeschehenmachen
 - **Projektion**
 - Introjektion
 - Wendung gegen die eigene Person
 - Verkehrung ins Gegenteil, Sublimierung

Spaltung und Krise: die Abwehrmechanismen II

Ermann (2004): **Bezug zur psychischen Struktur**

- Allgemeine Abwehr (auf allen strukturellen Ebenen):
 - Identifizierung – Regression – Verleugnung – Somatisierung
- Verdrängungsabwehr (integriertes → mäßiges Strukturniveau)
 - Verdrängung – Verschiebung – Reaktionsbildung – affektive Verdrängung
- **Spaltungsabwehr** (mäßig → gering integriertes Strukturniveau)
 - Spaltung – Idealisierung/Entwertung – **Projektion** – **Projektive Identifizierung**
- Posttraumatische Dissoziation

O. F. Kernberg/Objektbeziehungstheorie: Exkursion in die psychische Struktur I



- In Kernbergs Modell wird die psychische **Struktur** als mehr oder weniger integriertes Resultat von (dyadischen) Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit verstanden.
- Diese **Dyaden** haben eine drei-teilige Konstitution:
Selbst-Repräsentanz ← (affektive Ladung) → **Objekt-Repräsentanz**
- Dyaden gleicher Ladung summieren sich als subjektive Erfahrungswerte.

O. F. Kernberg/Objektbeziehungstheorie: Exkursion in die psychische Struktur II

- In der Entwicklung findet sich nach M. Klein früh (prä-verbal) eine **gespaltene Wahrnehmung**: Beziehungserfahrungen (Dyaden) werden als „nur gut“ oder „nur böse“ registriert.
- Mit der Hirnreifung und bei Überwiegen positiver Beziehungserfahrungen entsteht **Integration**, d.h. dass Gegenüber kann mit seinen Stärken und Schwächen gesehen und die Beziehung trotz vorübergehender „Verstimmung“ aufrechterhalten werden.

O. F. Kernberg/Objektbeziehungstheorie: Exkursion in die psychische Struktur III

„Ein authentisches Selbst kann nur entstehen, wenn die divergierenden Selbstbilder zu einem integrierten **Selbstkonzept** organisiert worden sind, das seinerseits integrierten **Objektvorstellungen** entspricht.

Darum ist klinisch gesprochen der Weg zur **Authentizität** der Weg zur Integration wechselseitig dissoziierter Aspekte des Selbst.“

Spaltungsabwehr I: Spaltung

- Trennung von positiven und negativen Erlebnisaspekten.
- Sowohl die Objekte als auch das Selbst werden in „gut“ und „böse“/ „schlecht“ aufgeteilt.
- „Gute“ Anteile werden idealisiert, „böse“ oder „schlechte“ werden abgewertet, verdammt oder dämonisiert (vgl. Entwertung).
- Der Preis ist eine „drastische Form der Realitätsverzerrung“ (Ermann)

Spaltungsabwehr II: Projektion

- Eigene (unerträgliche) psychische Inhalte und Selbstanteile (vor allem Affekte, Stimmungen, Absichten und Bewertungen) werden anderen Personen zugeschrieben.
- Der Triebimpuls bzw. das Motiv wird auf ein Objekt projiziert wie bei einer optischen Projektion.
- Projektion hat Mechanismen der manipulativen Kontrolle zur Folge.

Spaltungsabwehr III: Projektive Identifizierung

- Kombination von intrapsychischen und interaktionellen Vorgängen, bei dem das Gegenüber (unbewusst) so beeinflusst wird, dass es bestimmte Erwartungen erfüllt.
- Im subjektiven Sinne „negative“ Selbstanteile (meist Aggressionen) werden erst abgespalten und dann auf das Gegenüber **projiziert**.
- Wenn das Gegenüber sich unbewusst mit den abgespaltenen, projizierten Anteilen identifiziert und so handelt, wie es der Erwartung entspricht (z.B. aggressiv), können unangenehme oder unerträgliche Selbstanteile **externalisiert** und in der Außenwelt inszeniert werden.
- Es geht um den Erhalt eines (prekären) intrapsychischen Gleichgewichts.
- Das kann die Beziehungen zu anderen stark belasten.
- Es handelt sich um einen für Borderline-Störungen typischen Abwehrmechanismus, der die Schwierigkeiten, sich in der Behandlung der Psychodynamik der Betroffenen gegenüber abzugrenzen, verständlich macht.

Fallbeispiel aus:

Martius Ph. (2021) Übertragungsfokussierte
Psychodynamische Psychotherapie (TFP nach Kernberg)
im höheren Lebensalter

PDP 2021; 20: 234–247. DOI 10.21706/pdp-20-3-234

- 64-jährige Patientin, in Altersrente, alleinlebend, vor 40 Jahren wegen „blander Psychose“ lange in stationärer psychiatrischer Behandlung
- Beherzter Psychiater verhinderte damals EKT-Behandlung
- Jahrelange analytische Psychotherapie, ambulant und stationär
- Danach jahrzehntelang klinisch relativ „stumm“, berufstätig
- In der Berentungsphase erneut depressiv, antriebslos

Fallbeispiel II

- Konflikte entzündeten sich bei ihr v. a. daran, dass sie sehr empfindlich für (vermeintliche) Kritik war. Im Wissen darum war sie regelmäßig deutlich vor dem Beginn der Arbeitszeit in der Werkstatt, um möglichst nichts dem Zufall zu überlassen und sich dadurch der Nachfrage und Kritik der Kolleginnen und Kollegen zu entziehen.
- In der TFP-Behandlung steht die analytische Bearbeitung des Beziehungsgeschehens im Innen (und Außen) im Fokus:
 - Wie gestalten sich die Dyaden (Folie 5) im Hier und Jetzt der Therapie?
 - Welche unbewussten Erfahrungen kommen dadurch zum Tragen und zum Vorschein?
 - Können diese im Licht der Realität überprüft und reflektiert werden?

Fallbeispiel III:

Dominante Übertragungsmuster bzw. Dyaden

- *Einerseits* erschien sie wie ein von aller Welt verlassenes schwaches und **hilfloses Kind** auf der Suche nach Halt bei einem mächtigen, sie hoffentlich nicht **abweisenden Vater**, emotional geprägt von ängstlicher Unsicherheit und appellativen Blicken.
- *Andererseits* konnte sie mir mit dem Brustton der Überzeugung Vorwürfe machen, ich sei gar nicht an ihr interessiert, schlafe in den Stunden beinahe ein, täusche nur Interesse vor und DAS habe sie alles nicht nötig. In diesen Momenten wirkte sie wie eine zurückweisende, **dominante Mutter**, die ihrem dummen und **unaufrichtigen Kind** die Leviten liest, weil es mal wieder seine Aufgaben nicht ordentlich erledigt und das auch noch vertuscht.

Fallbeispiel IV: Abwehrmechanismen

- **Spaltung:** der uninteressierte vs. der zugewandte Therapeut
die hilflose, depressive vs. die dominante Patientin
- **Projektion:** Therapeut als Container z.B. für das eigene Desinteresse, die ohnmächtige Wut und quälende Hilflosigkeit
- **Projektive Identifizierung:** Patientin spricht über 20 Minuten monoton, ohne Blickkontakt, wie „an eine Wand hin“,
unterbricht sich dann unvermittelt selbst mit Blick zu mir:
„Langweile ich Sie?“, und dann ohne Pause:
„ich kann einfach nicht glauben, dass Sie sich wirklich für mich interessieren! Ich bin es leid, dass Sie mich dauernd so durch die Hintertür entwerten!“

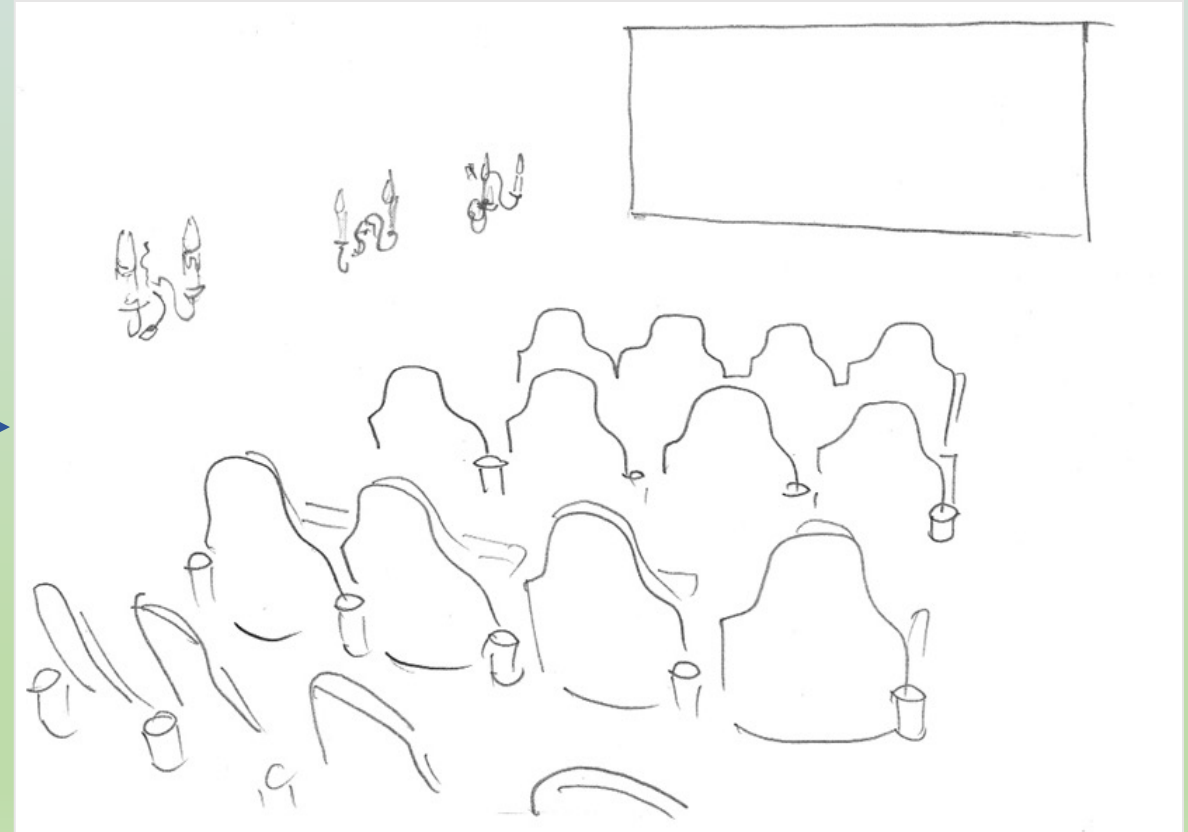
Überlegungen zum Übertragungsgeschehen

- Das Krisenhafte dieser Situation(en):
 - Inszenierung der Monotonie vs. unvermittelte **Angriffe**
 - Ständiger **Wechsel** der Befindlichkeiten bei Patientin und Therapeut:
 - z.B. mal mächtig/wohlwollend – mal ohnmächtig/frustriert
 - Gefühl der ständigen **Wiederholung** prekärer Beziehungen im Arbeitsbündnis
 - Gefühl, dass Deutungen nicht fruchten
 - Zunehmendes Gefühl, dass die Patientin es sich „ziemlich einfach“ macht, begleitet von Gedanken ans „Aufgeben“: einfach die Stunden absitzen (Stichwort: sadistische Reaktion auf masochistisches Erleben)
 - **Ärger** darüber, dass die Patientin auf paradoxe Weise mächtig wird: Ihre Wahrnehmung, Opfer zu sein, bestimmt die (bedrückende) Atmosphäre und bremst Containment und Mentalisierung

Überlegungen zur therapeutischen Intervention

- **Spaltung:** Patientin mit den unvereinbaren Bewertungen (z.B. zugewandter vs. desinteressierter Therapeut und komplementäre Rollen der Patientin) konfrontieren und nach ihrer Reaktion darauf fragen.
- **Projektion:** Herausforderung v.a. für die eigene Gegenübertragung! Beschreibung der Dynamik im umfassenden Kontext.
- **Projektive Identifizierung:** 2 technische Grundprinzipien:
 1. Annahme eines geschwächten Ichs in einer inneren Alptraumwelt
 2. Was sollte das therapeutische Interesse sein, der Patientin zu schaden? Versteckt sich möglicherweise etwas anderes hinter dieser Annahme? Was könnte das sein?
- Vor allem aber: (aktive) **Offenheit für negative Affekte** im Hier und Jetzt

Agieren - Reflektieren Inszenieren - Intervenieren



Fallbeispiel V: Verlauf (Ansätze einer Integration)

- Im Laufe eines Jahres festigte sich das Arbeitsbündnis, was sich u. a. daran zeigte, dass die Patientin von sich aus Beobachtungen einbrachte, die sie diesen Mustern zuordnen konnte.
- Außerhalb der Therapie folgte sie ihren Impulsen von Rückzug und Brüskierung anderer nicht mehr unmittelbar und erlebte dadurch weniger (heftige) Konflikte.
- Dennoch durfte ich noch »kein Auge von ihr nehmen«, ohne dass sie nicht vorwürflich bezüglich meines scheinbaren Desinteresses reagierte, verbunden mit der Sorge, dass (s)ich so das Therapieende ankündige.

Aufgeben ist auch (k)ein Behandlungsziel?
Spaltung, Projektion und therapeutische Krisen

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Interesse!