



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de



Ulrich Schultz-Venrath

Lehrbuch Mentalisieren

Psychotherapien wirksamer gestalten

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de
J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart
Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und
Data Mining i. S.v. § 44b UrhG vorbehalten
Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart,
unter Verwendung einer Abbildung von shutterstock/MURRIRA
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
ISBN 978-3-608-98146-9
E-Book ISBN 978-3-608-11873-5
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20557-2

Vierte, erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage 2025

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.

Inhalt

Dank	9
1 Einleitung	13
2 Theoretische Grundlagen	30
2.1 Zur Entwicklungsgeschichte des Mentalisierungsmodells und der mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)	30
2.1.1 Welche Kompetenzen benötigen zukünftige Psychotherapeuten?	45
2.1.2 Mentalisierungsmodell, psychodynamische Psychotherapie(n) und Psychoanalyse – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	50
2.1.3 Für wen sind welche Psychotherapien wirksam?	68
2.1.4 Wie entwickelt sich ein Selbst?	75
2.1.5 Entwicklungspsychologie und Intersubjektivität – neue Perspektiven für Psychotherapeuten	88
2.2 Triebe und/oder Affekte – zur Neubestimmung einer alten Kontroverse	99
2.2.1 Sind Deutungen als zentrales Behandlungskonzept noch zeitgemäß? ...	102
2.2.2 Bestimmen theoretische Überlegungen die therapeutische Praxis?	109
2.3 Das Mentalisierungsmodell – (k)ein neues Paradigma?	112
2.4 Zur (notwendigen) Entstehung des Mentalisierungsmodells	114
2.5 Epistemisches Vertrauen, Misstrauen und Leichtgläubigkeit	128
2.6 Mentalisieren	137
2.6.1 Dimensionen des Mentalisierens	139
2.6.2 Zur Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit	146
2.7 Prämentalisierende Modi	160
2.7.1 Körper-Modus	162
2.7.2 Teleologischer Modus	170
2.7.3 Äquivalenz-Modus	171
2.7.4 Als-ob-Modus	174
2.8 Zur Bedeutung der Bindung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	178
2.8.1 Spezifische Störungen der Fähigkeit zu mentalisieren: Hypo- und Hypermentalisieren	198
2.8.2 Missbrauch von Mentalisieren	198

2.9	Zur Differenzierung von Affekten, Emotionen und Gefühlen	200
2.10	Neurobiologische Grundlagen des Mentalisierungsmodells	215
2.10.1	Protomentale Entwicklungsaspekte	219
2.10.2	Gen-Umwelt-Interaktionen und Mentalisierungsfähigkeit	222
2.10.3	Zur Bedeutung der Spiegelneuronen für protomentale Prozesse	227

3 Anwendungen, therapeutische Haltung, Interaktionen

und Ausbildung		230
3.1	MBT-Einführung (MBT-Introductory) – Psychoedukation in Gruppen	230
3.2	Allgemeine Aspekte mentalisierungsbasierter Interventionen	238
3.3	Zur Bedeutung des Gesichts für das Mentalisieren	242
3.4	Zur Bedeutung von Bildern, Metaphern und Wörtern für das Mentalisieren	246
3.5	Mentalisieren und therapeutische Haltung	248
3.6	MBT-Kompetenzen des Therapeuten	255
3.7	Mentalisierungsbasiertes Erstgespräch	263
3.8	Mentalisierungsbasierte Fall-/Problemformulierung (MBT-Passport) als OPD-Ergänzung	285
3.9	Mentalisierungsbasierte Einzeltherapie	294
3.10	Mentalisieren und Gruppe(n)	298
3.11	Mentalisierungsbasierte dynamische Administration (MDA) zur Vorbereitung auf MBT-G	300
3.12	Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G)	306
3.12.1	Historische Einflüsse	306
3.12.2	MBT-G in Klinik und Tagesklinik für Patienten mit strukturellen Störungen	316
3.12.3	MBT-G – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu psychodynamischen Gruppenpsychotherapien (PDGT)	330
3.12.4	Wie kann man Mentalisieren in der Gruppe erforschen?	340
3.12.5	Zum Problem der Indikation – welche Gruppe für wen?	349
3.13	Mentalisierungsfördernde Interventionen in der Gruppe	351
3.13.1	»Playing with reality« – die Rolle des Witzes, des Humors und des Lachens	353
3.14	Mentalisierungshemmende Interventionen/Interaktionen	356
3.14.1	Schweigen zu Beginn oder während einer Gruppensitzung	357
3.14.2	Das sogenannte »Blitzlicht« oder strukturierende Regeln	358
3.14.3	Checkliste für Mentalisieren in MBT und MBT-G (Kompetenzen)	360

3.14.4	Adhärenz- und Kompetenz-Rating-Skala für MBT-G	360
3.15	Mentalisierungsfördernde Supervision	364
3.16	Wer ist als Therapeut geeignet?	371
4	Ausgewählte spezielle Anwendungen	377
4.1	Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)	377
4.1.1	Ätiopathogenetische Aspekte	385
4.1.2	Therapeutische Ansätze	389
4.2	Persönlichkeitsstörungen (PS)	394
4.2.1	Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS)	395
4.2.2	Das Problem der Diagnostik	399
4.2.3	Neurobiologische Grundlagen	405
4.2.4	Therapeutische Ansätze – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	410
4.2.5	MBT-spezifische Kompetenzen	418
4.3	Mentalisieren und Trauma	426
4.4	Generalisierte Angststörungen, Phobien und Panikattacken	436
4.4.1	Diagnostische Probleme	438
4.4.2	Ätiopathogenese und Psychodynamik	441
4.4.3	Mentalisierungsbasierte Gesprächsführung und Therapie	446
4.4.4	Psychopharmaka und Mentalisieren	451
4.5	Depressionen	453
4.5.1	Diagnostische Probleme	455
4.5.2	Psychodynamisch-psychosomatische Aspekte	456
4.5.3	Psychotherapien bei Depressionen	460
4.5.4	Mentalisieren bei Depressionen	461
4.5.5	MBT-spezifische Kompetenzen (»Skills«) bei Depressionen	464
4.6	Somatoforme Belastungsstörungen (SBS) oder »Bodily Distress Disorders« (BDD)	471
4.6.1	Historische Aspekte	476
4.6.2	Das diagnostische Dilemma	480
4.6.3	MBT- und MBT-G-spezifische Kompetenzen	485
5	Psychometrische Instrumente zur Bestimmung der Mentalisierungsfähigkeit	493
5.1	Reflexive Funktions-/Reflexive-Kompetenz-Skala (RFS/RKS)	493
5.2	»Reading the Mind in the Eyes«-Test – revised version (RMET)	499
5.3	Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)	500

5.4	Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS), Version A	501
5.5	YONI	502
6	Anhang	508
6.1	Vereinbarung zur Mentalisierungsbasierten Gruppenpsychotherapie	508
I.	Gegenstand der Vereinbarung	509
II.	Vorgehensweise	509
III.	Dauer der Zusammenarbeit und Kündigung	511
IV.	Regelung von Urlaub und sonstigen Abwesenheitszeiten	511
6.2	Aufklärung über die Chancen und Risiken einer Psychotherapie	512
	Literatur	515
	Personenregister	589
	Sachregister	601
	Über den Autor	623

Dank

Jedes Buch, auch dieses, welches nun in der vierten Auflage auf dem neuesten Stand erscheint, hat zahlreiche Helfer, Freunde und Unterstützer und natürlich seine eigene Geschichte: 1995 lernte ich Peter Fonagy als Organisator des ersten Psychoanalytic Summer School Research Trainings am University College in London kennen, das von der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) gefördert wurde. An diesem über zwei Jahrzehnte jährlich stattfindenden Forschungstraining nahmen inzwischen mehr als 400 frisch ausgebildete Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker teil und machten sich mit den verschiedenen Methoden psychoanalytischer und psychodynamischer Forschung vertraut. Ein besonderes »Nebenergebnis« war eine wesentlich offeneren Haltung gegenüber theoretischen Irrtümern und praktischen Fehlern, die uns Psychotherapeuten – mehr als uns lieb sein kann – ständig passieren. Insofern bin ich vor allem Peter Fonagy und den damaligen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, Dozenten und Wissenschaftlern dankbar, die das erste Research Summerschool Training an der UCL in London ermöglichten: Wilma Bucci (meine Mentorin), Bob Emde, Sverre Varvin, Horst Kächele, Erhard Mergenthaler, Rudi Vermote und Folkert Beenen, um nur einige zu nennen. Sie alle haben daran mitgewirkt, dass bei mir und bei den jüngeren Psychoanalytikerinnen eine anhaltende wissenschaftliche Neugier und forschende Begeisterung als Haltung aufgenommen werden konnte, die ich in meiner klinischen Arbeit weiterzugeben versuchte. Dieses Research Training hatte in mir eine gewisse Hoffnung geweckt – die sich inzwischen auch bestätigt hat –, dass die Psychoanalyse und ihre Anwendungen, etwa in Form psychodynamischer Gruppenpsychotherapien, über das empirisch abgeleitete Mentalisierungsmodell an den Universitäten wieder Anschluss finden könnten. Aufgrund der weltweiten Forschungsarbeit um Peter Fonagy, Anthony Bateman, Patrick Luyten und Mary Hepworth (früher Target) hat sich das Mentalisierungsmodell von der Psychoanalyse bis hin zur Pädagogik in den letzten Jahren auch in Deutschland geradezu zu einem »Leuchtturm« psychodynamischer Psychotherapie entwickelt und wird vor allem in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken intensiv nachgefragt. Die Pioniere des

Mentalisierungsmodells haben jederzeit ihre klinischen Erfahrungen und theoretischen Entwicklungen großzügig zur Verfügung gestellt, wofür ich ihnen mehr als dankbar bin.

In Kooperation mit dem Anna Freud Centre (AFC) werden über MBT-D-A-CH (Deutschland, Österreich, Schweiz) inzwischen regelmäßig Basis- und Aufbau-Kurse in mentalisierungsbasierter Therapie (MBT) angeboten, die ihren Ursprung in der von Anthony Bateman geleiteten Londoner Tagesklinik für Borderline-Persönlichkeitsstörungen hatte. Jede und jeder kann in wertschätzender, unkonventioneller und humorvoller Atmosphäre diese Behandlungsmethode für Patienten mit schweren strukturellen Störungen, insbesondere Borderline-Patienten, kennenlernen. Nicht weniger wichtig ist der intensive gegenseitige Austausch darüber, mit welchen therapeutischen Interventionen, bzw. Interaktionen, überhaupt Veränderungen bei Patienten zu induzieren, geschweige denn anhaltend zu erreichen sind.

Ohne die späteren Implikationen für das Mentalisierungsmodell zu errahnen, hatte ich mich über die von Michael Lukas Moeller organisierten Gruppenanalytischen Seminare (GRAS) zunehmend mit der gruppenanalytischen Psychotherapie identifiziert. Sie wurde mir im psychotherapeutischen Alltag der Klinik und Tagesklinik ähnlich wichtig und bedeutsam wie MBT, weil sich mehr und mehr offenbarte, wie viel Mentalisieren in analytischer Gruppenpsychotherapie steckt. Die Verbindung von Mentalisieren und Gruppenanalyse als mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G) eröffnete einen völlig neuen und zugleich sehr wirkungsvollen Ansatz, mit dem gerade in Kliniken und Tageskliniken eindrucksvolle Behandlungsergebnisse zu erzielen sind. Aus diesem Grunde wurde 2022 in Nordrhein-Westfalen das Institut für Gruppenanalyse und Mentalisieren in Gruppen (IGAM e. V.) gegründet, um die theoretischen und praktischen Lücken beider Ansätze in wissenschaftlichem Austausch zu füllen und eine für Gruppentherapeuten verbesserte Praxis bereitzustellen.

Ein besonderer Dank gilt all jenen Patientinnen und Patienten, die mit ihren Reaktionen und kritischen Kommentaren für die eine oder andere Korrektur mentalisierungsfördernder Interventionen bzw. Interaktionen gut waren und damit für eine kontinuierliche Verbesserung dieses Behandlungsansatzes sorgten, denn die Entwicklung von MBT und MBT-G ist weiterhin stets »work in progress«, was sich in den vielen Neuerungen in diesem Buch niederschlägt. Ein weiterer Beleg für die Erfolgsgeschichte von MBT ist die neuen Therapieformate für Adoleszente (MBT-A), für Paare, für Traumabehandlungen (MBT-TF), für Patientinnen mit Essstörungen, mit ADHS und für Menschen mit pathologischem Narzissmus, für die Forschungsprojekte in aller Welt die Wirksamkeit nachzuweisen versuchen.

Großer Dank gilt Peter Döring, Helga Felsberger, Lenka Staun, Ingmar Niece und Joram Ronel, mit denen ich zahlreiche MBT-Workshops oder »therapy slams« an verschiedenen Orten durchführen konnte. Sie alle haben mit ihren kritischen Beiträgen auf ihre individuelle Art und Weise geholfen, dass sich die Buchstaben zu einem lesbaren Text entwickelten. Danken möchte ich deshalb auch Maria Teresa Diez Grieser, Sebastian Euler, Ludger M. Hermanns und Edna Baumbblatt-Hermanns, Paul Janssen, Roland Müller sowie Eva Heinle-Schneider und Peter Rottländer. Besonderer Dank gilt darüber hinaus allen Mitarbeitern meiner ehemaligen Klinik, die mit ihrem kritischen Geist manche Herausforderung an mich stellten, allen voran Zeynep Atik, Julia Knecht, Elisabeth Büchner-Lammers, Max Aly und Gernot Holtz; Ansgar Cordes verdanke ich die kontinuierlichen Hinweise, dass es eine Reihe von Überschneidungen zwischen MBT und systemischer Therapie gibt. Nicht weniger sei den Psychologinnen Elke Barzynski, Tanja Brand, Sarah Fuhrländer, Rebecca Gypas, Dagmar Hecke, Katharina Krämer, Sophia Reul und Annkathrin Vetter sowie dem Psychologen Johannes Pries gedankt, die sich im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts zu mentalisierungsbasierter Gruppenpsychotherapie in einer Tagesklinik mit Sorgfalt und großem Engagement der Frage stellten, worin sich mentalisierungsbasierte und psychodynamische Interaktionen unterscheiden und woran man Mentalisieren im therapeutischen Prozess überhaupt messen kann. Danken möchte ich auch der Arbeitsgruppe um Kai Vogeley (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken zu Köln), mit der wir nachweisen konnten, dass MBT-Gruppentherapien selbst für Patienten mit hochfunktionalem Autismus (Asperger-Syndrom) mentalisierungsfördernd sein können. Großer Dank gebührt nicht zuletzt dem ehemaligen Lektor Heinz Beyer von Klett-Cotta, der immer an der Idee dieses Buches und der Reihe »Mentalisieren in Klinik und Praxis« festhielt, die jetzt von Sandra Aichele engagiert und wertschätzend weiter gepflegt wird. Thomas Reichert danke ich für sein umsichtiges und geduldiges Lektorat. Er hat mir auf sehr professionelle Weise tatsächlich das Schreiben beigebracht.

Der allergrößte Dank gilt meiner Frau Dorothee Venrath (KBT-Therapeutin und Gruppenanalytikerin) und meinen Töchtern Lenka Staun, Tabea und Laetitia Venrath, weshalb ich ihnen dieses Werk in Liebe widme. Sie alle haben die inneren Prozesse und die Belastungen, die ein solches Projekt mit sich bringt, mentalisierend mitgetragen. Es wäre zu wünschen, dass der Inhalt des Buchs ihnen etwas davon zurückgibt, worauf sie während der Entstehung leider verschiedentlich verzichten mussten.

KAPITEL 1

Einleitung

*»Tradition ist nicht das Halten der Asche, sondern
das Weitergeben der Flamme.«*

Thomas Morus

Nahezu alle Patientinnen und Patienten, die um psychotherapeutische Unterstützung nachsuchen, äußern Probleme mit ihren Affekten und Emotionen, seien es die vielen Gesichter der Angst, der Trauer, der Wut, der Scham, seien es Selbstzweifel, (verschluckter) Ärger oder ein massives Erschöpftsein. Sie haben den Eindruck, nicht genug Freude zu erleben. Sie beklagen mangelndes Interesse oder Verlangen und fühlen sich mehr und mehr vereinsamt. Viele Patienten können ihre unerträglichen Gefühle allerdings »nur« körperlich ausdrücken, was sie in der Regel dann zum Hausarzt führt. Sie beklagen Herzrasen, Atemnot, Schwächegefühl, Schwindel oder chronische Schmerzsymptome. Eine kleinere Gruppe von Patienten¹ äußert ihre Affekte darüber hinaus in Impulsdurchbrüchen, etwa wenn sich Ärger, Beschämung oder Scham in Aggressionen entlädt, die zu gravierenden Beschädigungen sozialer Beziehungen führen. Insofern ist so gut wie jede psychische und psychosomatische Erkrankung – unabhängig von ihrer konkreten Manifestation – die Folge einer defizitären inneren oder äußeren Emotionsregulation (Splinter 2021). Mentalisieren bezieht sich auf die menschliche Fähigkeit, sich selbst und andere in Bezug auf intentionale mentale Zustände, wie Affekte, Gefühle, Wünsche, Einstellungen und Ziele, zu verstehen. Es handelt sich um eine grundlegende Fähigkeit, die es Menschen ermöglicht, sich in der komplexen sozialen Welt, in der sie leben, zurechtzufinden. Dabei werden die dynamischen Aspekte sozialer Informationen häufig kombiniert, um aus dem Tonfall, aus der Mimik, aus der Körperhaltung oder aus einer Kombination aller Wahrnehmungen auf die Überzeugung oder Haltung eines anderen zu schließen. Es

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch nicht durchgängig gegendert, es sind jedoch selbstverständlich alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen. Wo geschlechterspezifische Begriffe verwendet werden, schließen wir ausdrücklich auch nicht-binäre und diverse Personen ein.

handelt sich um eine artspezifische Fähigkeit: Sie scheint nur beim Menschen und – in rudimentärer Form – bei unseren nächsten Verwandten, den Primaten, aber auch bei einigen Vogelarten (Raben, Krähen und Elstern) vorhanden zu sein, während sie bei den meisten anderen Tierarten fehlt (Tomasello 2009, 2018, 2020). Ohne die Fähigkeit des Mentalisierens wären wir Menschen nicht in der Lage, uns an immer komplexere Umgebungen flexibel anzupassen (Sng et al. 2018). Diese werden einerseits von sich ständig verändernden zwischenmenschlichen Beziehungen bestimmt und erfordern andererseits ein hohes Maß an Zusammenarbeit und Kooperation auf der Grundlage gegenseitigen Verständnisses und Vertrauens (Fonagy et al. 2015; Tomasello & Vaish 2013).

Wie schwer »Mentalisieren« wirklich zu verstehen ist, zeigt sich u. a., wenn bevorzugt das Wort »Mentalisierung« benutzt wird, das als Substantiv nicht den *Prozess* des »Mentalisierens« abbildet. Wenn kognitiv orientierte Wissenschaftler schreiben, ein Prozess des Mentalisierens begänne, wenn wir glaubten, dass etwas eine Seele hätte, oder wenn wir eine Seele in ein seelenloses Objekt projizierten (z. B. in Form des Anthropomorphismus) (Wu et al. 2020), dann handelt es sich bei dem, was sie äußern, um eine klassische Projektion, nicht aber um »Mentalisieren«. Als eine Form der Anerkennung der Bedeutung des Mentalisierungsmodells kann dessen Aneignung durch Verhaltenstherapeuten angesehen werden, wenn sie das Thema der Affektregulierung entdecken und daraus eine reduktionistische »mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie« (Sulz & Theßen 2021a; Sulz & Theßen 2021b) entwickeln, die wenig mit dem Mentalisierungsmodell zu tun hat. Auch wenn das Mentalisierungsmodell der Psychoanalyse entstammt, sollte dieses Buch auch Verhaltenstherapeuten interessieren, die ihrer theoretischen Herkunft kritisch gegenüberstehen. All diese Belege sollen nur darauf aufmerksam machen, dass das neue Zauberwort »Mentalisieren« ähnlich gefährdet ist wie der Begriff »Trauma«, wenn diese inflationär und undifferenziert, etwa in Anträgen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie, benutzt werden, ohne dass Mentalisieren als transtheoretisches, neues Paradigma wirklich verstanden wird. Aber die Verwässerung von Theorien ist ein Phänomen, das vermutlich alle Psychotherapie-Konzepte betrifft.

Erstaunlicherweise haben sich Psychotherapieforschung und Psychologie lange Zeit fast gar nicht mit Emotionen und Affekten auseinandergesetzt (Damasio 2003), was vielleicht auch damit zusammenhängt, dass es bis heute »keine gebräuchliche Klassifizierung der Affekte« gibt (Solms 2023, S. 98). Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts sind sie jedoch selbst bei den kognitiven Verhaltenstherapeuten zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. So schmückten sich einige Psychotherapien im Titel mit Begriffen, wie z. B. die Emotionsfokussierte Psychothera-

pie (EFT) von Greenberg und Johnson (1988) oder die Affektphobietherapie (APT) von Osborn et al. (2015).

Angeichts von etwa 250 unterschiedlichen Psychotherapien und sicher mehr als 10 000 deutsch- und englischsprachigen Büchern hat es etwas Entmutigendes, dem bunten Blumenstrauß ein weiteres Buch zum Thema »Psychotherapie(n)« hinzufügen zu wollen. Denn noch immer ist eine alte Frage nicht wirklich geklärt: Welche Art von Psychotherapie ist für welchen Patienten mit welcher Art von Krankheit zu welchem Zeitpunkt im Leben bei welchem Psychotherapeuten/Psychoanalytiker am besten geeignet? Es gibt nur eine Hoffnung als Antwort: Vielleicht gelingt diesem Buch die Integration der verschiedenen Ansätze und fördert es deshalb ihre Differenziertheit. Ein solches Argument mag idealistisch wirken, wird doch dabei übersehen, dass jede (neue) Entwicklung auch ein Geschäftsmodell ist. Eine Vielzahl der Autoren möchte, wenn sich schon kein Geld mit ihrem jeweiligen therapeutischen Konzept verdienen lässt, wenigstens nicht auf den narzisstischen Gewinn durch dessen Verbreitung verzichten. Ich kann nicht versprechen, anders zu sein, will es aber gerne. Auch respektiere ich jede Vielfalt, denn Mentalisieren kommt in fast jeder Psychotherapie vor, wenn sie wirksam ist. Lassen Sie sich als Leser oder Leserin also einfach überraschen. Wo aus ökonomischen Gründen die Zahl der Psychotherapien nicht wachsen darf, sollten wir Psychotherapeuten wenigstens an einer Verbesserung der Qualität psychotherapeutischer Arbeit, Haltung und Ausbildung interessiert sein.

Psychische und psychosomatische Störungen waren in Europa schon lange vor der SARS-Cov2-Pandemie zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung des 21. Jahrhunderts geworden. Die Virus-Pandemie führte jedoch durch Lockdowns, Distanzregeln, Isolierungen und Quarantänen zu einer deutlichen Zunahme psychischer und psychosomatischer Störungen sowie zu einer Verschärfung der psychosozialen Probleme, insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, denen über lange Zeit der Schulbesuch oder die Hochschule in Präsenz verwehrt blieb. Neben Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen scheinen Arbeitslose, psychisch kranke Menschen, Selbstständige und Frauen, vor allem Alleinerziehende, die Homeschooling und Homeoffice gleichzeitig bewältigen mussten, am meisten unter den Folgen der Pandemie psychisch und psychosomatisch gelitten zu haben. Die Gesundheitssysteme der verschiedenen Länder schienen weltweit mit der Bewältigung dieser Folgen überfordert gewesen zu sein. Da die Gesundheitsversorgung bisher als nationale Aufgabe gesehen wird, fehlen europäische Initiativen, diesem Problem systematisch zu begegnen. Darüber hinaus kam es zu einer objektiven Einschränkung therapeutischer Angebote: Plötzlich durften Gruppenpsychotherapien

in den gesundheitspolitisch höher strukturierten Industrieländern Europas online nicht mehr stattfinden, dagegen aber Online-Einzeltherapien. Psychotherapeuten, die überwiegend Gruppentherapien angeboten hatten, konnten mit ihrem Stundenkontingent nicht entsprechend viele Einzeltherapien anbieten. Psychotherapeuten, die sich den neuen technologischen Möglichkeiten öffneten, entdeckten plötzlich das bis dato unbekannte Phänomen des »disembodiment« (Weinberg 2020): das Verschwinden der Körper aus seiner Dreidimensionalität in eine virtuelle Zweidimensionalität unter Ausschluss zahlreicher Sinne; gleichzeitig gewährte das vom Patienten genutzte Online-Zimmer den Therapeuten intime Einblicke in die Wohnverhältnisse, wenn die Patientinnen ihren Bildschirm nicht opak stellten.

Schon vor der Pandemie wurden in 27 europäischen Ländern dramatische Missstände in der Versorgung festgestellt: Nur weniger als ein Drittel aller Betroffenen wurde überhaupt behandelt, und wenn, meist nicht nach den Richtlinien der Fachgesellschaften oder nach den minimalen Anforderungen an eine adäquate Therapie. 38,2 % aller Einwohner der EU (das entspricht 164,8 Millionen Menschen) litten mindestens einmal im Jahr unter einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung. Als häufigste Erkrankungen gelten Angststörungen (14 %), Schlafstörungen (7 %), unipolare Depressionen (6,9 %), psychosomatische Erkrankungen (6,3 %), Alkohol- und Drogenabhängigkeit (> 4 %), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (5 %) und Demenzen (1 bis 30 %, je nach Altersdekade) (Wittchen et al. 2011).

Vor der Pandemie war man noch davon ausgegangen, dass psychische Störungen trotz dieser dramatisch anmutenden Prävalenzen in den letzten Jahren vermutlich nicht an Häufigkeit zugenommen hätten. Der wahrgenommene Anstieg wurde eher auf ein verändertes Hilfesuch- und Therapieverhalten der Betroffenen bzw. der Behandlungseinrichtungen zurückgeführt. Eine Folge davon waren unverändert lange Wartezeiten für einen Therapieplatz. Trotz des veränderten Hilfesuchverhaltens gibt es eine nicht kleine Gruppe von Patientinnen und Patienten, die eine Psychotherapie erst Jahre nach Ausbruch der Krankheit beginnen, was zusätzlich enorme gesellschaftliche Belastungen mit sich bringt. Psychische Störungen sind, volkswirtschaftlich mit dem »disability-adjusted life years (DALYs)«-Indikator der WHO gemessen, bedeutsamer als irgendeine andere Krankheitsgruppe, wie z.B. Krebs und Herz-erkrankungen. Vermutlich sind psychische Störungen in der EU für mehr als ein Viertel der volkswirtschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten verantwortlich.

Faktoren, die für diesen Status quo in besonderem Maße mitverantwortlich sind und die im Hinblick auf eine verbesserte Forschung und Versorgung verändert werden müssten, sind eine weitverbreitete Unkenntnis der verschiedenen psychischen

Störungen, ihrer Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten sowohl in der Gesundheitspolitik als auch bei den Krankenkassen und privaten Versicherungen und nicht zuletzt in der Bevölkerung. Man könnte – sofern nicht ökonomische Begrenzungen die eigentliche Ursache sind – auch von einem kollektiven Mentalisierungsversagen ausgehen, wenn das immense Ausmaß an Unter-, Fehl- und Mangelversorgung für die meisten psychischen Störungen weder wahrgenommen noch adäquat angegangen wird. Ein Beleg für diese Annahme ist u. a., dass weder Psychotherapeuten noch Psychosomatiker in die verschiedenen Expertengremien der Bundesregierung bezüglich der Pandemie berufen wurden.

Da den Forderungen, dass psychische Störungen früher und schneller nach ihrem erstmaligen Auftreten behandelt werden müssten, da sie in der Regel früh im Leben beginnen und – unbehandelt – massive negative Langzeiteffekte auf alle Lebensbereiche der Betroffenen haben, kaum spürbare gesundheitspolitische Maßnahmen folgen, bleibt Psychotherapeuten aller Fachrichtungen jedenfalls nur die Möglichkeit, ihre Behandlungsqualität weiter zu verbessern und so ihren Beitrag zu mehr psychischer Gesundheit zu leisten. Mentalisierungsmodell und mentalisierungs-basierte Einzel- und Gruppenpsychotherapien als eine spezielle Weiterentwicklung der psychodynamischen Verfahren stellen für einen Großteil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, inzwischen aber auch für Patienten mit Somatisierungs- und Angststörungen sowie Depressionen und Psychosen oder Traumatisierungen eine verbesserte Behandlungsqualität in Aussicht.

Die Psychoanalyse mit den von ihr abgeleiteten psychodynamischen Psychotherapien ist inzwischen über 100 Jahre alt. Es wird bisher jedoch wenig reflektiert, dass wir mit dem 21. Jahrhundert im Zeitalter der Disruption des Industriezeitalters, der Deindustrialisierung, angekommen sind, was auch Auswirkungen auf die Theorieentwicklung der Psychotherapien haben wird. So ist das Werk von Sigmund Freud von technisch-physikalischen Begriffen durchzogen, wie z. B. von der Mechanik, Hydraulik und Energetik (Welzer 2021, S.108), und durchaus dem Zeitgeist nahe. Denn auch Vertreter der computergestützten Neurowissenschaften, wie etwa Karl Friston, sind – ähnlich wie Freud, was manchen überraschen mag – davon überzeugt, dass Bewusstsein letztlich auf die Gesetze der Physik reduziert werden kann (Solms 2023, S.12f.). Noch im *Vokabular der Psychoanalyse* heißt es in der Sprache der Ingenieurwissenschaften, »daß die psychischen Vorgänge im Umlauf und in der Verteilung einer meßbaren Energie (Triebenergie) bestehen, die erhöht oder verringert werden und anderen Energien äquivalent sein kann« (Laplanche & Pontalis 1973, S.357). Durch die Globalisierung, Medialisierung und Verschiebung von Grenzen haben sich nicht nur die individuellen Psychodynamiken, sondern auch die Sozial-

psychologie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so massiv verändert, dass eine ständige Anpassung der jeweiligen Behandlungstheorie und ihrer Begriffe vonnöten ist, was jedoch immer mit einer gewissen Zeitversetzhtheit einhergeht. Möglicherweise ist diesen Grenzverschiebungen geschuldet, dass sich viele sogenannte schulenübergreifende Psychotherapien, insbesondere aus der kognitiven Verhaltenstherapie, bezüglich der Theoriemodule der psychodynamischen Goldgrube räuberisch bedienen, ohne ihre Quellen zu benennen.

Psychodynamische Psychotherapien haben ihre Wirksamkeit bei den verschiedensten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen weitaus besser empirisch belegen können als ihnen von ihren Kritikern, speziell von Verhaltenstherapeuten, gerne immer wieder unterstellt wird (Shedler 2010; Shedler 2011; Knekt et al. 2011a). Sie sind bei den meisten Persönlichkeitsstörungen im Langzeitverlauf allen anderen Psychotherapien überlegen (Leichsenring 2010; Euler 2021). Dabei zielen die psychodynamischen Psychotherapien nicht nur auf die Linderung akuter Symptome, sondern auch auf die Entwicklung innerer Kapazitäten und Ressourcen, einschließlich neuer Kompetenzen, die häufig in sogenannten Outcome-Studien gar nicht untersucht werden. Inzwischen ist das Mentalisierungsmodell entgegen manchen Widerständen in den psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapien durchaus angekommen, worüber Brockmann et al. (2022) ausführlich publiziert haben.

Neurowissenschaftler, biologisch orientierte Psychiater und kognitiv orientierte Verhaltenstherapeuten kommen inzwischen nicht mehr umhin, sich mit psychoanalytischen und psychodynamischen Überlegungen auseinanderzusetzen. Sie akzeptieren, dass ein großer Teil der Emotionen nicht bewusst ist und »nur einige dieser Vorgänge in ihrer Endstrecke als Gefühle – und zumeist auch nur für eine kurze Zeit – bewusstwerden« (Mertens 2011b, S. 51), ohne die psychoanalytische Herkunft ihrer Überlegungen anzuerkennen. Sie entwerten häufig die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft oder meinen gar, diese in der neuen universitären Ausbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin in Deutschland selbst vertreten zu können, nachdem sie psychodynamisch ausgebildete Hochschullehrer weitgehend erfolgreich vertrieben haben. Unabhängig von den wissenschaftlichen Rivalitäten zwischen psychodynamischen und behavioralen Autoren kann bezüglich der Frage, welche Therapie für wen auf welche Weise wirkt, inzwischen doch eine gewisse Konvergenz beobachtet werden: Es ist weniger das jeweilige Verfahren, sondern eher die Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin, die zunehmend in den Fokus der therapeutischen Wirksamkeit kommt. Darüber hinaus weisen psychodynamische und mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapien, von Wampold