

Ulrich Schultz-Venrath

Lehrbuch Mentalisieren

Psychotherapien wirksam gestalten



Fach-
buch 
Klett-Cotta

Ulrich Schultz-Venrath

Lehrbuch Mentalisieren

Psychotherapien wirksam gestalten

unter Mitarbeit von Peter Döring

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Schutzumschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © olly Fotolia.com (1. Bild oben links © wildworx Fotolia.com / 4.

Bild oben links © Kerioak Fotolia.com/2. Bild zweite Reihe links © Jeanette Dietl Fotolia.com/5. Bild

zweite Reihe links © Robert Kneschke Fotolia.com/3. Bild dritte Reihe © F. Schmidt Fotolia.com/zweites

Bild untere Reihe links

© Robert Kneschke (Fotolia.com)

Printausgabe: ISBN 978-3-608-94544-7

E-Book: ISBN 978-3-608-10455-4

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20101-7

Dieses E-Book entspricht der 1. Auflage 2013 der Printausgabe.

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	12
2 Theoretische Grundlagen	22
2.1 Zur Entwicklungsgeschichte des Mentalisierungsmodells und der mentalisierungsbasierten Therapie	22
2.1.1 Der Zeitgeist und die psychoanalytische Situation	28
2.1.2 Für wen sind welche Psychotherapien wirksam?	41
2.1.3 Intersubjektivität – eine neue Perspektive für die Psychotherapien	45
2.1.4 Sind Deutungen als zentrales Behandlungskonzept noch zeitgemäß?	52
2.2 Schibboleths in der Psychoanalyse	56
2.2.1 Wo ist der Trieb?	56
2.2.2 Implizite Hierarchien – die Deutung des Unbewussten als Königsweg zur »wahren Psychoanalyse«	57
2.2.3 Bestimmen theoretische Überlegungen die therapeutische Praxis?	60
2.3 Das Mentalisierungsmodell – ein neues Paradigma?	63
2.4 Psychoanalyse und Mentalisierungsmodell – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	65
2.5 Mentalisieren	76
2.5.1 Zur Einschätzung der Mentalisierungsniveaus	90
2.5.2 Äquivalenzmodus	98
2.5.3 Als-ob-Modus	99
2.5.4 Teleologischer Modus	103
2.5.5 Spezifische Störungen der Fähigkeit zu mentalisieren: Hypo- und Hypermentalisieren	104
2.5.6 Missbrauch von Mentalisieren	104

2.6	Zur Bedeutung der Bindung für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit	106
2.7	Affektregulation und Repräsentanzenentwicklung	125
2.8	Neurobiologische Grundlagen des Mentalisierungsmodells	137

3 Anwendungen, therapeutische Haltung, Interventionen und Ausbildung

	und Ausbildung	146
3.1	Allgemeine Aspekte mentalisierungsbasierter Interventionen	146
3.2	Zur Bedeutung des Gesichts für das Mentalisieren	150
3.3	Zur Bedeutung von Bildern, Metaphern und Wörtern für das Mentalisieren	154
3.4	Mentalisieren und therapeutische Haltung	156
3.5	MBT-Kompetenzen des Therapeuten	162
3.6	Mentalisierungsbasiertes Erstgespräch	170
3.7	Mentalisierungsbasierte Einzeltherapie	191
3.8	Mentalisieren und Gruppe	196
3.9	Mentalisierungsbasierte Psychoedukation	197
3.10	Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBGT)	201
3.10.1	Historische Vorläufer	201
3.10.2	Stationäre, tagesklinische und ambulante Gruppenpsychotherapien für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	208
3.10.3	MBGT – Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie	215
3.10.4	Wie kann man Mentalisieren in der Gruppe erforschen?	222
3.10.5	Zum Problem der Indikation – welche Gruppe für wen?	231
3.11	Mentalisierungsfördernde Interventionen in der Gruppe	233
3.11.1	»Playing with reality« – die Rolle des Witzes, des Humors und des Lachens	234
3.12	Mentalisierungshemmende Interventionen	237
3.12.1	Schweigen zu Beginn oder während einer Gruppensitzung	238
3.12.2	»Blitzlicht«-Wünsche oder »An-der-Reihe-Sein«	239
3.13	Mentalisieren in der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung sowie in Supervisionen	240

3.14	Fehlentwicklungen	245
3.15	Wer ist als Therapeut geeignet?	246
4	Ausgewählte spezielle Anwendungen	250
4.1	Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)	250
4.1.1	Ätiopathogenetische Aspekte	254
4.1.2	Therapeutische Ansätze	256
4.2	Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS)	260
4.2.1	Das Problem der Diagnostik	262
4.2.2	Neurobiologische Grundlagen	267
4.2.3	Therapeutische Ansätze – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	271
4.2.4	MBT- und MBGT-spezifische Kompetenzen	279
4.3	Generalisierte Angststörungen, Phobien und Panikattacken	286
4.3.1	Diagnostische Probleme	287
4.3.2	Ätiopathogenese und Psychodynamik	290
4.3.3	Mentalisierungs-basierte Gesprächsführung und Therapie	295
4.3.4	Psychopharmaka und Mentalisieren	300
4.4	Depressionen	302
4.4.1	Diagnostische Probleme	304
4.4.2	Psychodynamisch-psychosomatische Aspekte	305
4.4.3	Psychotherapien bei Depressionen	309
4.4.4	Mentalisierung und Theory of Mind (ToM) bei Depressionen	311
4.4.5	MBT- und MBGT-spezifische Kompetenzen (»Skills«)	313
4.5	Somatoforme Störungen oder »Bodily Distress Disorders« (BDD)	319
4.5.1	Historische Aspekte	322
4.5.2	Ätiopathogenetische Aspekte	326
4.5.3	MBT- und MBGT-spezifische Kompetenzen	329
4.6	Psychometrische Instrumente zur Bestimmung der Mentalisierungsfähigkeit	336
4.6.1	Reflexive Funktions-/Reflexive-Kompetenz-Skala (RFS/RKS)	336

4.6.2	»Reading the Mind in the Eyes«-Test – revised version (RMET)	342
4.6.3	Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)	343
4.6.4	Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS), Version A	344
4.6.5	YONI	346
5	Mentalisierungsbasiertes Management (von Peter Döring)	351
5.1	Mentalisierende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	351
5.2	Gesundheitsreform als Dauerzustand: Bewältigen von Unsicherheit als zentrale Aufgabe	353
5.3	Ein Netzwerkmodell als Grundlage für Führung und Zusammenarbeit in einer Klinik	356
5.3.1	Zur Notwendigkeit von Führung in Netzwerken	356
5.3.2	Personalführung verbindet Mitarbeiter und Organisation ...	359
5.3.3	Zusammenarbeit an der Spitze der Organisation	361
5.3.4	Weitere Beziehungen im Netzwerk	363
5.3.5	Was ist Management?	365
5.3.6	Ertragsorientierung und Prozessorientierung: Zwei grundsätzlich unterschiedliche Methoden zu managen	366
5.3.6.1	Ertragsorientierung bei General Motors	366
5.3.6.2	Prozessorientierung bei Toyota	367
5.3.7	Eine Klinik ist keine Familie	369
5.4	Führung und mentalisierungsbasiertes Management (MBM)	371
5.4.1	Die primäre Aufgabe klären	374
5.4.2	Ressourcen prüfen und mit Motiven abgleichen	376
5.4.3	Abläufe beschreiben und optimieren	377
5.4.4	Strukturen überprüfen und anpassen	379
5.5	Fazit und Zusammenfassung	382
	Literatur	383
	Personenregister	431
	Sachregister	439
	Über die Autoren	455

Dank

Die Entstehung dieses Buchs hat – wie bei anderen Büchern auch – zahlreiche Helfer, Freunde und Unterstützer und natürlich seine eigene Geschichte: 1995 lernte ich Peter Fonagy als Organisator des ersten psychoanalytischen Summer School Research Trainings in London kennen, das von der International Psychoanalytic Association (IPA) gefördert wurde. Dieses Forschungstraining, an dem etwa 20 frisch ausgebildete Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker teilnahmen, machte mich nicht nur mit den verschiedenen Methoden psychoanalytischer Forschung vertraut, sondern auch mit einer offeneren Haltung gegenüber theoretischen Irrtümern und praktischen Fehlern, die uns Psychotherapeuten – mehr als uns lieb sein kann – ständig passieren. Peter Fonagy, den damaligen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern, Dozenten, Mentoren und Wissenschaftlern – Wilma Bucci, Bob Emde, Sverre Varvin, Horst Kächele, Erhard Mergenthaler, Rudi Vermote und Folkert Beenen, um nur einige zu nennen – möchte ich deshalb an allererster Stelle danken. Sie und viele andere haben durch ihr Engagement etwa 400 Psychoanalytikern dieses Research Training ermöglicht, wodurch eine gewisse Hoffnung geweckt wurde, dass die Psychoanalyse an den Universitäten vielleicht doch wieder Anschluss finden könnte.

Nur wenige Jahre später hatte Anthony Bateman die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) in seiner Londoner Tagesklinik entwickelt und in Kooperation mit Peter Fonagy die ersten MBT-Workshops im Anna Freud Center (London) eingeführt. Jeder, der sich über Internet schnell genug anmeldete, konnte drei- bis viermal im Jahr in wertschätzender, unkonventioneller und humorvoller Atmosphäre diese Behandlungsmethode für Patienten mit schweren strukturellen Störungen, insbesondere Borderline-Patienten, kennenlernen. Wichtiger aber noch war der intensive gegenseitige Austausch darüber, mit welchen therapeutischen Interventionen überhaupt Veränderungen bei diesen Patienten zu induzieren sind. Anthony Bateman, Peter Fonagy und Mary Target sind die Pioniere des Mentalisierungsmodells; sie haben jederzeit ihre klinischen Erfahrungen und theoretischen Entwicklungen zur Verfügung gestellt, wofür ich ihnen mehr als dankbar bin.

Ohne die späteren Implikationen für das Mentalisierungsmodell zu erahnen, hatte ich mich über die von Lukas Michael Moeller organisierten Gruppenanalytischen Seminare (GRAS) zunehmend mit der gruppenanalytischen Psychothera-

pie 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 MBT und Gruppenanalyse als mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie eröffnete einen völlig neuen und zugleich sehr wirkungsvollen Ansatz, mit dem das Problem der Zunahme psychischer Störungen gesundheitspolitisch vielversprechend zu lösen wäre. Insofern gilt ein besonderer Dank all jenen Patientinnen und Patienten, die mit ihren Reaktionen und kritischen Kommentaren stets für die eine oder andere Korrektur mentalisierungsbasierter Interventionen gut waren und damit für eine kontinuierliche Verbesserung dieses Behandlungsansatzes sorgten.

Kurz nach Abschluss meiner gruppenanalytischen Ausbildung sollte es nicht lange dauern, bis ich über das berufspolitische Interesse, wie die Ausbildung in Gruppenanalyse in Deutschland besser zu organisieren sei, Peter Döring kennenlernte, der nicht nur aufgrund seiner mentalen Stärke in Krisensituationen zu einem meiner besten Freunde wurde. Er erfasste schneller als Andere die historische Bedeutung des Mentalisierungsmodells und unterstützte mich bei jeder Tag- und Nachtzeit freundschaftlich-kritisch mit Rat und Tat, insbesondere wenn wieder mal die Literaturdatenbank streikte. Peter Döring hat die Höhen und Tiefen der Entstehung dieses Buchs am intensivsten miterlebt; freundlicherweise hat er nicht nur immer wieder kritisch Korrektur gelesen, sondern auch Kapitel 5 über mentalisierungsbasiertes Management verfasst, das die Rahmenbedingungen für erfolgreiches psychotherapeutisches Arbeiten in Kliniken und Tageskliniken bereitstellt. Diese Großzügigkeit ist nur unter Freunden möglich; dafür möchte ich ihm von Herzen danken.

Nicht wenige haben durch ihre kritischen Beiträge in den gemeinsam mit Peter Döring durchgeführten MBT-Workshops, beim Lesen der Manuskript-Teile und in zahllosen Diskussionen auf ihre Art und Weise geholfen, dass sich die Buchstaben zu einem lesbaren Text entwickelten. Danken möchte ich deshalb Mechtild Kütemeyer, Sebastian Euler, Ludger M. Hermanns und Edna Baumblatt-Hermanns. Besonderer Dank gilt auch allen Mitarbeitern meiner Klinik, die mit ihrem kritischen Geist manche Herausforderung an mich stellten, allen voran Zeynep Günes-Atik, Julia Knecht, Elisabeth Büchner-Lammers, Ingmar Niecke, 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 unseren Psychologinnen Elke Barzynski, Tanja Brand, Sarah Fuhrländer, Dagmar Hecke gedankt, die sich im Rahmen eines

Forschungsprojekts zu mentalisierungsbasierter Gruppenpsychotherapie in unserer Tagesklinik zusammen mit den Teammitgliedern mit großer Sorgfalt und großem Engagement der Frage stellen, wie und woran man Mentalisieren im therapeutischen Prozess überhaupt messen kann. Großer Dank gebührt nicht zuletzt Heinz Beyer von Klett-Cotta, der immer an der Idee dieses Buches festhielt, und Thomas Reichert für sein umsichtiges und geduldiges Lektorat.

Der größte Dank gilt meiner Frau Dorothee Venrath und meinen Töchtern Lenka Staun, Tabea und Laetitia Venrath, weshalb ich ihnen dieses Werk gerne in Liebe widme. Sie alle haben die inneren Prozesse und die Belastungen, die ein solches Projekt neben der Leitung einer Klinik und anderen Verpflichtungen 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.

1 Einleitung

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

Thomas Morus

Angesichts von etwa 250 unterschiedlichen Psychotherapien und sicher mehr als 100 000 Büchern im deutschsprachigen Raum und im englischsprachigen Ausland hat es etwas Entmutigendes, dem bunten Blumenstrauß ein weiteres Buch zum Thema »Psychotherapie« hinzufügen zu wollen. Das einzige Gegenargument könnte sein: Vielleicht macht dieses Buch endlich die Fülle der bisherigen Ansätze überflüssig, weil das hier beschriebene Mentalisierungsmodell so viele Ansätze zu integrieren vermag. Ein solches Argument ist natürlich idealistisch, 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. Der Autor kann nicht versprechen, anders zu sein, will es aber gerne. Auch respektiert er jede Vielfalt, denn Mentalisieren kommt in fast jeder Psychotherapie vor, wenn sie wirksam ist. Lassen Sie sich also als Leser einfach überraschen. Wo aus gesundheitsökonomischen Gründen die Zahl der Psychotherapeuten nicht wachsen darf, sollten wir Psychotherapeuten wenigstens an einer Verbesserung der Qualität unserer Arbeit interessiert sein.

Psychische Störungen sind in Europa zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung des 21. Jahrhunderts geworden. In einer erstmaligen Analyse aller 27 europäischen Länder wurden dramatische Missstände in der Versorgung festgestellt: Weniger als ein Drittel aller Betroffenen wird überhaupt nur 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) leiden 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).

Trotz dieser dramatisch anmutenden Prävalenzen haben psychische Störungen in den letzten Jahren wahrscheinlich nicht an Häufigkeit zugenommen. Der wahrgenommene Anstieg wird eher auf ein verändertes Hilfesuch- und Therapieverhalten der Betroffenen bzw. der Behandlungseinrichtungen zurückgeführt. Die Behandlungen beginnen dennoch meist erst Jahre nach Krankheitsbeginn, 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, Herzerkrankungen etc.). So errechneten Wittchen und Kollegen (2011) für die EU, dass psychische Störungen für 26,6 % der volkswirtschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der EU verantwortlich sind.

Als Faktoren, die für diesen Status quo entscheidend mitverantwortlich sind und die im Hinblick auf eine verbesserte Forschung und Versorgung verändert werden müssten, wird ein weitverbreitetes Nichtwissen in der Bevölkerung und in der Gesundheitspolitik bezüglich der verschiedenen Formen psychischer Störungen, ihrer Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten angesehen. 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.

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 sichtbare 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. Das Mentalisierungsmodell und die mentalisierungsbasierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie als eine spezielle Weiterentwicklung der psychodynamischen Verfahren stellen wenigstens für einen Teil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, aber auch mit Somatisierungs- und Angststörungen sowie Depressionen eine verbesserte Behandlungsqualität in Aussicht.

Die Psychoanalyse mit den von ihr abgeleiteten psychodynamischen Psychotherapien ist inzwischen mehr als 100 Jahre alt und trotzdem eine noch eher junge Wissenschaft. Psychodynamische Psychotherapien haben ihre Wirksamkeit bei den verschiedensten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen weitaus besser empirisch belegen können, als ihnen von ihren Kritikern gerne immer wie-

der unterstellt wird (Shedler 2010, 2011; Knekt et al. 2011), insbesondere auch bei den meisten Formen der Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring 2010). Dabei zielen die psychodynamischen Psychotherapien nicht nur auf die Linderung akuter Symptome, sondern auch auf die Entwicklung innerer Kapazitäten und Ressourcen, die häufig in sogenannten Outcome-Studien gar nicht untersucht werden.

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 – bewusst werden« (Mertens 2011b, S.51). Sie bedienen sich aber der Psychoanalyse häufig im Sinne eines Steinbruchs, ohne die psychoanalytische Herkunft ihrer Überlegungen anzuerkennen, wobei sie die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft häufig noch entwerten. Autoren wie Carhart-Harris und Friston (2010), die Freuds Annahme des Dualismus der Kognition (Primär- versus Sekundärprozess als Funktionen von Es und Ich) mit den aktuellen Daten aus Neuropsychologie, Neuroimaging und Psychopharmakologie wertschätzend in eine Verbindung bringen, sind leider eher die Ausnahme.

Umgekehrt haben die Neurowissenschaft(en) – insbesondere mit ihrem Schwerpunkt der sozialen Kognition –, die Bindungs- und Säuglingsforschung, die Affekt- und Emotionsforschung und sogar Genetik und Epigenetik in den letzten Jahrzehnten eine immense Fülle von Erkenntnissen hervorgebracht, die Teile der psychoanalytischen Theorie als nicht haltbar erscheinen lassen. Infolgedessen sind die Psychoanalyse wie die von ihr abgeleiteten psychodynamischen Therapien mehr als je zuvor gefordert, ihre Vorstellungen von der menschlichen Entwicklung zu überprüfen und abzugleichen, wollen sie nicht nur als historisches Mauerblümchen des 20. Jahrhunderts abgetan werden. So haben die präverbalen Entwicklungsphasen der Emotions- und Affektregulation in den ersten zwei bis drei Lebensjahren – und möglicherweise sogar schon pränatal – für die Entwicklung des Selbst, bzw. der psychischen Struktur des Menschen, eine sehr viel umfassendere bzw. weiter gefasste Bedeutung, als dies bisher in den psychodynamischen Theorien ausgearbeitet wurde.

Im klinischen Alltag der psychotherapeutischen Praxis spielt die Intersubjektivität mit dem »Lesen« der Gefühle, der Intentionen und Gedanken, die das Gegenüber hegt, die zentrale Rolle. Kommunikationsstile und -prozesse, Varianten der Intersubjektivität, entscheiden im Wesentlichen darüber, ob sich Patient und The-