

# 1 Einleitung

In diesem ersten Kapitel soll ein Rahmen für die spätere detaillierte Ausarbeitung eines erweiterten Verständnisses der Grundlagen und der klinischen Praxis der Psychotherapie älterer Menschen entwickelt werden. Im ersten Teil geht es um gerontologische Grundlagen sowie die momentane Versorgung psychischer Erkrankungen im Alter, im zweiten Teil um eine kritische Auseinandersetzung mit der bisherigen Psychodynamischen Alterspsychotherapie und der Entwicklung einiger weiterführender Überlegungen. Am Ende folgt ein Ausblick auf dieses Buch.

## 1.1 Alter und Psychotherapie – Wandel und Annäherung

Alter und Psychotherapie waren sich lange Zeit fremd, doch das Alter wandelt sich, und die Psychotherapie öffnet sich allmählich für die Gruppe der älteren Patienten. Die daraus folgende Annäherung soll in diesem ersten Kapitel beschrieben werden.

### 1.1.1 Die körperliche Vulnerabilität des Alters

Altern ist im Kern ein biologischer Prozess, in dessen Verlauf der Körper zunehmend vulnerabel wird. Aber warum vollzieht sich ein so schädlicher Prozess überhaupt? Aus evolutionärer Sicht stellt das Altern ein Paradoxon dar, denn es entwickelt sich nicht, weil es nützlich ist, sondern als Nebeneffekt von etwas anderem, wie der mit dem Nobelpreis ausgezeichnete Evolutionsbiologe Peter Medawar schon in den 1950er Jahren beschrieben hat (Johnson, Shokhirev & Shoshtaishvili, 2019). Die in der Evolution wirkenden Selektionsprozesse weisen eine negative Alterskorrelation auf, d.h. sie wirken sich vornehmlich auf die Zeit der fruchtbaren Jahre aus, während im Lebensverlauf die im Genom angelegte biologische Plastizität verloren geht. Dies hat zur Folge, dass sich schädliche Mutationen, deren Auswirkungen erst spät im Leben auftreten, anreichern, weil nicht gegen sie selektiert wird. Dieser Prozess wird als *Selektionsschatten* bezeichnet, durch den es zu der körperlichen Vulnerabilität im Alter kommt. Der renommierte Gerontologe Paul Baltes (1999) hat in seiner bedeutsamen Arbeit *Von der unvollständigen Archi-*

tekur der Humanontogenese diesen Grundgedanken aufgegriffen und darauf hingewiesen, dass zum Ausgleich dieser körperlichen Schwäche des Alters ein Mehr an gesellschaftlich-kultureller Unterstützung erforderlich ist. Die Abnahme der Wirkkraft (Effektivität) dieser Kompensation mit zunehmendem Alter macht es allerdings erforderlich, diese im hohen Alter immer stärker auszuweiten.

Die körperlichen Veränderungen des Alters zeigen sich im Rückgang der Leistungsfähigkeit aller Organe. So verzeichnen die maximale Ventilationsrate, die Vitalkapazität, die Muskelkraft, die maximale Herzfrequenz oder der Stoffwechselgrundumsatz ab dem 30. Lebensjahr einen kontinuierlich linearen Abfall (Gerok & Brandstätter, 1992). Was zunächst nur allmählich erfolgt, wird dann im Alter deutlicher spürbar. Die Anpassungsfähigkeit körperlicher Funktionen reduziert sich und die Funktionsreserve ist zunehmend eingeschränkt. Die Erholungsphase bis zur Rückkehr des Blutdrucks zur individuellen Norm etwa ist deutlich verlängert. Zwischen dem 80. und 90. Lebensjahr ist eine kritische Grenze erreicht, jenseits derer eine lebenserhaltende Homöostase nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich ist (Gerok & Brandstätter, 1992). Dieser Abfall der körperlichen Leistungsfähigkeit geht mit einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit einher, zahlreiche Erkrankungen wie Arthrose und Osteoporose, Schlaganfälle, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Neubildungen, also Krebskrankungen, weisen eine eindeutige Altersabhängigkeit auf. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge sind 88% der über 70-Jährigen als multimorbid zu bezeichnen, d. h. sie weisen fünf oder mehr internistische Erkrankungen auf (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1994). Allerdings sind bei all diesen Prozessen immer erhebliche interindividuelle Unterschiede zu bedenken, die durch eine unterschiedliche genetische Ausstattung und Unterschiede in der Lebensführung begründet sind.

Auch das Gehirn ist anatomischen, neurochemischen und physiologischen Altersveränderungen ausgesetzt. Raz und Nagel (2007) konstatieren, dass die Veränderungen im zentralen Nervensystem (ZNS) im Vergleich zu allen anderen Organen am dramatischsten ausfallen. Sie zeigen sich auf unterschiedliche Weise, durch eine Atrophie (Schrumpfung) des Gewebes in einigen Regionen, ein erhöhtes Ventrikelvolumen, Verlust von Neuronen und synaptischen Verbindungen, eine Verschlechterung der Myelinisierung und eine Anhäufung von abnormalen Proteinen. Hinzu kommen biochemische Veränderungen, v.a. ein zunehmender Dopaminstoffwechsel. Bedeutsam ist, dass diese Veränderungen nicht in allen Regionen des Gehirns gleichermaßen auftreten, vielmehr sind sie im *präfrontalen Cortex*, der evolutionsgeschichtlich jüngsten Region des Gehirns, am stärksten ausgeprägt (*Frontallappen-Hypothese des kognitiven Alterns*, Daniels, Toth & Jacoby, 2006). Der präfrontale Cortex hat eine besondere Bedeutung für höhere kognitive Funktionen, v.a. für *Exekutivfunktionen* (► Kap. 3.4.1).

Zwei Merkmale sind von grundlegender Bedeutung: Zum einen kommt es zu einer allgemeinen Verlangsamung der neuronalen Prozesse (»*slowing-with-age-Phänomen*«, Salthouse, 1996), wobei neben einer nachlassenden Myelinisierung andere Veränderungen von Bedeutung sind, etwa Verzögerungen an den Synapsen wegen einer Reduktion der Neurotransmitter (Mayr, 2012). Zum anderen werden bei älteren Menschen weniger fokussierte und spezifische Aktivierungsmuster beobachtet (*Dedifferenzierung*), d. h. es werden nicht nur spezifische Erregungsmuster

hervorgerufen, sondern benachbarte Areale werden gleichzeitig aktiviert. Diese Veränderung kann zwar auch als Kompensationsversuch verstanden werden, doch eine Folge ist auch die größere Fehleranfälligkeit kognitiver Prozesse. Dazu passt ebenfalls das *HAROLD-Phänomen*, das die nachlassende Asymmetrie der linken und rechten Hemisphäre beschreibt, d.h. die neuronale Aktivität ist bei älteren Erwachsenen weniger lateralisiert als bei jüngeren (Dolcos, Rice & Cabeza, 2002). All diese Veränderungen wurden bislang im Hinblick auf die Psychotherapie Älterer kaum berücksichtigt.

### 1.1.2 Alter im Umbruch – Eine komplexe Lebensphase

Obwohl Alter zunächst ein biologisches Geschehen darstellt, ist es doch in entscheidender Weise kulturell und gesellschaftlich überformt. Die Verbesserung der Lebensbedingungen in den westlichen, aber auch asiatischen Gesellschaften hat zu einer immer größeren Ausweitung des Alters geführt. So liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland gegenwärtig bei 81,2 Jahren (Männer 78,9, Frauen 83,5 Jahre, Statistisches Bundesamt, 2025) und hat damit wieder das Niveau vor der Corona-Zeit erreicht, liegt allerdings etwa 1,7 Jahre unterhalb des europäischen Durchschnitts (Peters, 2024b). Der demographische Wandel ist jedoch gleichermaßen Resultat der geringen Geburtenrate, beides zusammen hat dazu geführt, dass der Anteil über 60-Jähriger an der Gesamtbevölkerung inzwischen knapp 30% beträgt (Statistisches Bundesamt, 2025). Mehr Menschen erreichen heute ein höheres Lebensalter und das Alter selbst umfasst eine immer größere Lebenszeit, manchmal über die Hälfte des bisherigen Erwachsenenalters.

Diese zeitliche Ausdehnung hat Überlegungen befördert, unterschiedliche Phasen innerhalb dieses Lebensabschnittes zu unterscheiden. Einen wesentlichen Beitrag dazu hat der englische Soziologe Laslett (1995) geleistet, indem er die Begriffe des *dritten* und *vierten Lebensalters* einführte. Nach Kindheit und Jugend sowie dem mittleren Erwachsenenalter, von ihm als erstes und zweites Lebensalter bezeichnet, folgte früher gleich das hohe Alter mit seinen Einschränkungen. Heute jedoch hat sich das dritte Lebensalter als historisch völlig neuer Lebensabschnitt dazwischengeschoben. Laslett deutet diesen als Zeit neuer Freiheit, nachdem die Pflichten und Aufgaben des mittleren Erwachsenenalters – Beruf und Familie – entfallen und die Einschränkungen des hohen Alters, das er als viertes Alter bezeichnet, noch fern sind.

Für die Plausibilität dieser Unterscheidung lassen sich Befunde der interdisziplinären Berliner Altersstudie anführen, aus denen hervorgeht, dass zwar über die gesamte Altersphase hinweg Abbauprozesse stattfinden, diese jedoch lange Zeit recht gut kompensiert werden können. Die Reservekapazität ist aber irgendwann erschöpft, so dass die Defizite dann stärker im alltäglichen Leben älterer Menschen durchschlagen. Eine kritische Zeit dafür scheint der Abschnitt zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr zu sein, in dem der Prozentsatz derer, deren Leben erheblich eingeschränkt ist, deutlich zunimmt (Mayer, Baltes & Baltes, 1994). Trotz der Plausibilität dieser Befunde ist immer eine erhebliche interindividuelle Variabilität zu berücksichtigen, und auch im vierten Alter kann ein, wenn auch geringerer

Prozentsatz hochaltriger Menschen ohne stärkere körperliche und kognitive Einschränkungen leben.

Die Beschreibung eines dritten Lebensalters mit seinen erweiterten Lebensoptionen erscheint auch vor dem Hintergrund des Nachrückens neuer Kohorten plausibel, die über erweiterte Ressourcen verfügen und die gewachsenen Möglichkeiten dieses Lebensabschnittes für sich zu nutzen wissen. Sie sind biologisch gesehen durchschnittlich fünf Jahre jünger als Vorgängerkohorten, sie verfügen über eine bessere Gesundheit und über größere kognitive Fähigkeiten (Mahne, Wolff, Simonson & Tesch-Römer, 2017). Zweifellos bestehen in diesem Lebensabschnitt größere Optionen für eine selbstbestimmte Lebensführung. All diese Veränderungen haben einen neuen Altersdiskurs angestoßen, in dem neue positive Altersdeutungen verhandelt werden. Die Vorstellung von Senioren, die aktiv bleiben und ihr Leben selbstverantwortlich gestalten, rückt zunehmend nicht nur in den wissenschaftlichen, sondern medialen Fokus. Das Bild der ergrauten, unflexiblen Alten, die sich nach dem Ausscheiden aus dem Beruf zurückziehen und eigene Ansprüche beschränken, um allenfalls den *wohlverdienten Ruhestand* zu genießen, geriet ins Wanken. Das traditionelle Alter mit seinen Einschränkungen scheint einem neuen Möglichkeitsraum gewichen zu sein, einem »großen offenen Raum«, so van Dyk (2015, S. 252), auch wenn dieser manchmal illusionäre Züge und neue normative Anforderungen aufweist. Somit kann konstatiert werden, dass sich das über Jahrhunderte vorherrschende Negativbild des Alters immer stärker in ein Positivbild verkehrt hat (Göckenjan, 2000). Doch parallel dazu wird der Negativdiskurs des Alters fortgeführt, wenn Altenlast, Pflegenotstand und Demenz als Schreckensbilder an die Wand gemalt werden und dieses Bild auf das vierte Alter projiziert wird (Amrhein & Backes, 2007). Eine Zweiteilung des Alters ist zunehmend gesellschaftliche Realität geworden. Auf der einen Seite diejenigen im dritten Lebensalter, denen ein gesellschaftliches Inklusionsangebot gemacht und auf die ein positives Altersbild projiziert wird, daneben das vierte, also das hohe und marginalisierte Alter, dem weiterhin ein negatives Bild anhaftet. Es fehlt eine Alterskultur, die es ermöglichen würde, die Spaltung in ein positives und ein negatives Alter zu überwinden und die es auch dem einzelnen älteren Menschen erleichtern würde, eine integrierte Altersrepräsentanz zu entwickeln (Woodward, 1991). Einen Umgang mit der Ambiguität des Alters zu finden, bleibt weitgehend jedem Einzelnen überlassen, d.h. der Altersprozess erfordert heute größere Mentalisierungsfähigkeiten als in früheren Zeiten, als sich Älteren kaum noch Lebensoptionen boten und sie sich fast unterwürfig ihrem Schicksal hingaben.

### 1.1.3 Psychische Erkrankungen im Alter

Über die Prävalenz psychischer Störungen im Alter herrscht weiterhin keine endgültige Klarheit, zu unterschiedlich sind die Angaben bei verschiedenen Störungsbildern. Im Allgemeinen scheint aber davon ausgegangen zu werden, dass sie nicht ganz das Niveau des mittleren Erwachsenenalters erreichen. Jacobi et al. (2014) etwa fand bei 65–79-Jährigen eine Gesamtprävalenz von 20,3 %, was be-

deutet, dass etwa jeder Fünfte in dieser Altersgruppe an einer psychischen Erkrankung leidet, für alle Altersgruppen betrug der Wert 27,7%.

Bezüglich Depressionen zeigte eine Metaanalyse von Volkert, Hauschild & Taubner (2013) für Major Depression eine aktuelle Prävalenz von 3,9% und eine Lebenszeitprävalenz 16,5%. In der Berliner Altersstudie, in der eine große Stichprobe über 70-Jähriger untersucht wurde (Helmchen et al., 2010), fand sich eine aktuelle Prävalenz von 9%, und darüber hinaus eine hohe Prävalenz für subdiagnostische Symptome. Während somit die Prävalenzrate für schwere Depressionen nicht anzusteigen scheint, wird für leichtere Depressionen ein Anstieg im Alter angenommen (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Bei Angststörungen waren in der Berliner Altersstudie lediglich eine Prävalenz von 2% gefunden worden, während Beekmann et al. (1998) eine Prävalenz von 10% (allein ca. 7% generalisierte Angststörungen), Andreas et al. (2017) sogar von 17% fanden.

Darüber hinaus ist von einer hohen Komorbidität beider Symptombilder auszugehen. Beekman et al. (1998) fanden, dass 45% der Patienten mit einer Depression auch die Kriterien einer Angststörung erfüllten, 26% derer mit einer diagnostizierten Angststörung erfüllten wiederum auch die Kriterien für eine Depression. Braam et al (2014) fanden bei über 80% der älteren Patienten mit einer diagnostizierten Depression auch Angstsymptome. Treten bei einer Depression gleichzeitig Angstsymptome auf, sind die depressiven Symptome ausgeprägter, sie persistieren eher und die Betroffenen zeigen mehr funktionale Einschränkungen, d.h. ein komorbides Auftreten beider Symptomcluster kompliziert das Krankheitsgeschehen (Andreescu et al., 2007). Komplexer wird dieses Geschehen auch aufgrund des Zusammenhangs von körperlichen und psychischen Symptomen, und einige Befunde sprechen dafür, dass dieser Zusammenhang mit zunehmendem Alter enger wird (Peters, 2023a).

Im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen war lange Zeit von sinkenden Prävalenzen ausgegangen worden, was aber offenbar nur auf die Cluster-B-Störungen zutrifft (v.a. Borderline-Störung), nicht jedoch auf die Cluster-A (paranoide und schizoide Störungen) und C-Störungen (ängstliche, zwanghafte u.a.; Peters, 2024d). Neuere Studien fanden eine Gesamtprävalenz von Persönlichkeitsstörungen, die zwischen 6 und 13% lag (van Alphen et al., 2015), wobei insbesondere die Borderline-Störung häufig von einer Depression oder Hypochondrie überlagert wird (Morgan, Chelminski, Young, Dalrymple & Zimmerman, 2013). Aber nicht nur bei Persönlichkeitsstörungen ist ein Symptomwandel zu berücksichtigen, der die Diagnostik erschwert, auch die posttraumatische Symptomatik wird unspezifischer und kann auch dann auftreten, wenn kein traumatisches Ereignis vorausgegangen ist (Peters, 2021a). Insgesamt zeichnet sich also ein recht unübersichtliches Bild. Manches spricht dafür, dass sich die Krankheitsbilder entdifferenzieren, was sowohl in der Diagnostik wie der Therapie berücksichtigt werden sollte (Peters & Peters, 2025). Kessler (2014) kommt zu dem Schluss, dass die psychische Situation im hohen Alter mehr als in anderen Altersphasen als eine Konfiguration eines hoch komplexen und dynamischen Entwicklungsprozesses zu verstehen ist. Dies wird auch in den klinischen Bildern sichtbar, so dass nosologische Zuordnungen, wie sie in den Klassifikationssystemen gefordert werden, nur eingeschränkt möglich sind. Diagnosebezogene bzw. krankheitsspezifische Behandlungsansätze wer-

den dadurch schwieriger, vielmehr gewinnen transdiagnostische Faktoren besonders auch im Hinblick auf therapeutische Ansätze an Bedeutung. Von dieser Grundannahme geht auch dieses Buch aus.

### 1.1.4 Zur psychotherapeutischen Versorgung Älterer

Psychotherapie spielte in der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen lange Zeit kaum eine Rolle. Es waren und sind bis heute die Hausärzte, denen eine zentrale Rolle zufällt (Wolter-Henseler, 1996). Eine Reihe von Erhebungen in den letzten Dekaden des vergangenen Jahrhunderts erbrachte immer wieder Behandlungszahlen von 1 bis 2% Älterer in den psychotherapeutischen Praxen (Übersicht Peters, 2006). d. h. es besteht ein eklatanter *treatment gap*. Die Gründe dafür wurden ausgiebig diskutiert und umfassen Vorbehalte der Therapeuten wie auch solche der Patienten selbst (Übersicht Peters & Lindner, 2019, Heuft, Kruse & Radebold, 2006). Auf beiden Seiten, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene spielt dabei ein negatives Altersbild eine Rolle (Kessler, Agnes & Bowen 2015, Kessler u. Bowen, 2015). Zivian, Larsen, Gekoski, Knox & Hatchette (1994) fanden in den 1990er Jahren bei einer Bevölkerungsstichprobe, dass jüngere wie ältere Befragte in großem Umfang der Aussage zustimmten, dass Psychotherapie bei Älteren weniger sinnvoll ist. Peters (2006) hatte von einem *Vermeidungsbündnis* mehrerer Akteure gesprochen, dass der Unterversorgung Älterer zugrunde liegt.

Nach der Jahrhundertwende stiegen die Behandlungszahlen allmählich an (Imai, Telger, Wolter & Heuft, 2008). Im Jahr 2012 fanden Peters, Jeschke & Peters (2013)<sup>3</sup> einen Anstieg auf ca. 9%, in einer Replikationsstudie 2022, also ein Jahrzehnt später, war der Anteil auf ca. 12% angestiegen (Peters, Becker & Jeschke, 2024a). Dieser Anstieg geht aber etwa zur Hälfte auf den demografischen Wandel zurück, d.h. auf den wachsenden Anteil Älterer (>60 Jahre) an der Gesamtbevölkerung, der heute knapp 30% beträgt. Die andere Hälfte dieses Anstiegs dürfte jedoch auf einen Einstellungswandel zurückzuführen sein. Dabei ist zunächst die fortschreitende Normalisierung von Psychotherapie als akzeptierter Bestandteil des gesundheitlichen Versorgungssystems anzuführen, wobei die Verabschiedung der Psychotherapierichtlinien 1967 einen wichtigen Einschnitt dargestellt hat. Damit verbunden ist auch eine allmählich einsetzende Veränderung der Wahrnehmung von Psychotherapie als weniger schambesetzt und als mögliche Form der Hilfe. Aber auch der Kohortenwandel ist im Hinblick auf den Anstieg der Behandlungszahlen von Bedeutung. Der soziokulturelle Wandel der 1960er Jahre hat in vielfacher Hinsicht eine Liberalisierung von Einstellungen zur Folge gehabt, die die jetzt ins Alter vorgerückten Kohorten prägt (Peters, 2019a). Woodward und Pachana (2009) sprechen im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten Älterer von einem *positive cohort shift*. Vor diesem veränderten Hintergrund sind nun Menschen ins höhere Lebensalter vorgerückt, für die Psychotherapie ein »normales« Versor-

---

3 Auch damals wurde die Befragung durch das Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Berlin durchgeführt.

gungsangebot darstellt, so dass von einem weiteren Anstieg der Nachfrage nach Psychotherapie durch ältere Menschen auszugehen ist.

## 1.2 Zur Entwicklung der Psychodynamischen Psychotherapie

Die im Kapitel zuvor skizzierte Annäherung von Alter und Psychotherapie fordert auch die Psychodynamische Psychotherapie heraus. In den nächsten Abschnitten wird es darum gehen, wie sie bislang mit dieser klinischen Gruppe umgegangen ist, und wie sie sich zukünftig besser auf die besonderen Behandlungserfordernisse älterer Patienten einstellen sollte.

### 1.2.1 Zur Krise der Psychodynamischen (Alters-) Psychotherapie

Die Alterspsychotherapie führte lange ein Schattendasein innerhalb der Psychotherapie. Das Diktum Freuds von der Unbehandelbarkeit älterer Menschen hatte auf Generationen von Psychotherapeuten einen negativen Einfluss (Radebold, 1994). Erst in den 1960er Jahren zunächst in den USA, dann seit den frühen 1970er Jahren in Deutschland, eng verbunden mit dem Namen Hartmut Radebold, entwickelte sich die damals ausschließlich psychoanalytisch orientierte Psychotherapie älterer Menschen (Radebold, Bechtler & Pina 1981). Doch es war lange Zeit ein kleiner Kreis um Prof. Radebold<sup>4</sup>, der das Thema und damit die Anliegen älterer Patienten in den Fachdiskurs einbrachte.

Die Verhaltenstherapie meldete sich hörbar erst in den 1980er Jahren zu Wort, zunächst allerdings mit kaum größerer Resonanz. Doch aufgrund ihrer rasanten Entwicklung hat sie sich auch in der Alterspsychotherapie in den vergangenen Jahrzehnten immer stärker in den Vordergrund geschoben (Kessler & Peters, 2017), während die Psychodynamische Alterspsychotherapie in die Defensive geraten ist, so dass man nicht umhinkommt, eine Krise der Psychodynamischen Alterspsychotherapie zu konstatieren. Indikatoren dafür gibt es reichlich, etwa die Ungewissheit, ob etablierte alterspsychotherapeutische Fortbildungsangebote<sup>5</sup> und Ta-

---

4 Seit Beginn der 1990er Jahre fand jährlich in Kassel das von Prof. H. Radebold gegründete Symposium »Psychoanalyse und Alter« statt.

5 Das betrifft auch die Fortbildungsangebote des Instituts für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie (vgl. ► Kap 7), aber auch das Fortbildungsangebot der Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie kann aufgrund des Mangels an tiefenpsychologisch orientierten Dozentinnen und Dozenten nur eingeschränkt aufrechterhalten werden.

gungen<sup>6</sup> fortbestehen. Offensichtlich geworden ist diese Krise nach dem Tod Prof. Radebolds im Jahre 2021, der als bisherige Gallionsfigur das Thema zuvor öffentlichkeitswirksam vertreten hat, und auch die zentrale Identifikationsfigur für alle jene war, die sich mit Alterspsychotherapie befasst haben. Nach seinem Tod ist der Mangel an Nachwuchs noch offensichtlicher geworden.

Noch stärker allerdings fällt der inhaltliche Stillstand auf. Während auf Seiten der Verhaltenstherapie inzwischen eine solide empirische Basis für die Behandlung Älterer geschaffen wurde, fehlt diese auf psychodynamischer Seite weitgehend. Dies betrifft etwa einen überzeugenden Nachweis der Effektivität der psychodynamischen Therapie Älterer, die nur internationalen Studien entnommen werden kann (auch dort besteht aber nur eine schmale Studienbasis), im deutschen Sprachraum fehlt weiterhin eine Evaluationsstudie. Allein auf die klinische Evidenz zu verweisen, dürfte kaum mehr ausreichen.

Doch die Krise der Psychodynamischen Alterspsychotherapie ist nicht losgelöst von der Krise der Psychodynamischen Psychotherapie allgemein zu betrachten. Der Begriff der Psychodynamischen Psychotherapie wurde 2008 vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Oberbegriff aller von der Psychoanalyse abgeleiteten Therapieverfahren als offizieller Sprachgebrauch festgelegt. Dennoch wird häufig weiterhin der Begriff der analytischen Psychotherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie verwendet, was jeweils eine unterschiedliche Nähe zur Psychoanalyse signalisiert; in diesem Buch werde ich durchgehend den Begriff der Psychodynamischen Psychotherapie verwenden. Unabhängig von der Begriffswahl ist eine nachlassende Attraktivität und verminderde öffentliche Wahrnehmung der Psychodynamischen Psychotherapie im Vergleich zu Einfluss und Ansehen der Verhaltenstherapie festzustellen. Dies beruht zu einem erheblichen Teil auf einem Forschungsdefizit, wie etwa Leichsenring et al. (2014) konstatieren, und das gilt ebenso für die Alterspsychotherapie.

Zwar konnte die Effektivität der Psychodynamischen Psychotherapie als allgemeines Therapieverfahren in den letzten Dekaden durch mehrere Metaanalysen belegt werden (Leichsenring et al. 2014, Steinert, Munder, Rabung, Hoyer & Leichsenring, 2017, Leichsenring et al., 2022), doch in der jüngeren Vergangenheit haben die Ergebnisse der LAC-Studie, in der die psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Behandlung von Depressionen miteinander verglichen wurden, erneut Zweifel geweckt (Hautzinger et al., 2020). Zwar zeigten sich in beiden Therapieformen Veränderungen mit großen Effektstärken, doch die Therapiedosis, sprich Dauer der Therapie, war bei der Verhaltenstherapie erheblich kleiner als bei der Psychodynamischen Therapie.

Zweifel werden auch immer wieder an den Wirkmechanismen psychoanalytischer Psychotherapie geäußert. Zwar belegen einige Studien einen Zusammenhang von Einsicht – dem zentralen Ziel psychoanalytischer Interventionen – mit dem Behandlungsergebnis (Leichsenring, Steinert & Crits-Christoph, 2013), doch die Nützlichkeit von Übertragungsdeutungen, einem identitätsstiftenden Element der

---

6 Sowohl das Symposium »Psychoanalyse und Altern« wie auch die Tagung »Gerontopsychosomatik« in Münster, von Prof. Heuft gegründet (heutige Leitung Prof. R. Lindner, Prof. M. Peters, Prof. R. Conrad) sind in ihrer Existenz gefährdet.

Psychoanalyse, steht durchaus in Frage. Die Metaanalyse von Hoglend (2003) etwa, die auf elf Studien zurückgreifen konnte, fand, dass Therapeuten in der Behandlung persönlichkeitsgestörter Patienten umso erfolgreicher waren, je zurückhaltender sie mit Übertragungsdeutungen waren, bzw. auf diese ganz verzichteten. Ogrodniczuk, Piper, Joyce und McCallum, M. (1999) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Übertragungsdeutungen einerseits und der Qualität der therapeutischen Beziehung und des Behandlungsergebnisses auf der anderen Seite. Der für die Psychoanalyse so zentrale Begriff der Deutung ist in die Diskussion geraten, und vielfach wird heute eher von Interpretation gesprochen, die nicht zwingend einen Bezug zum Unbewussten impliziert (Panzeri, 1998). Weitere Befunde stellen klassische psychoanalytische Grundpositionen in Frage, so die Hinweise auf negative Wirkungen einer konfrontierenden im Vergleich zu einer motivierenden Vorgehensweise (Fiedler, 2011). Mit Konfrontationsstrategien dürfe es, so Fiedler, schwerlich gelingen, dass bei vielen Patienten eindrücklich fehlende Selbstbewusstsein und die Selbstdertschätzung zu erhöhen. Auch der Hinweis von Fiedler und Rogge (1989), wonach Psychoanalytiker ebenso häufig wie Verhaltenstherapeuten in lebenspraktischen Fragen informieren und aufklären, dürfte kaum zu ihrem Selbstverständnis passen. Vieles ist im Hinblick auf die Effektivität wie auch die Wirkungsweise der Psychodynamischen Psychotherapie bis heute ungeklärt. Basale Annahmen der traditionellen Psychoanalyse stehen auf dem Prüfstand (Schulz-Venrath & Döring, 2011), und es scheint, als habe sie sich erst jetzt auf den Weg gemacht, ein empirisches Fundament einer zukünftigen integrierten Psychodynamischen Psychotherapie zu schaffen (Firmansyah et al., 2021, Leibovich, Wachtel, Nof & Zilcha-Mano, 2020).

Die gegenwärtige Situation ist durch die grundsätzliche Frage geprägt, wie viel Psychoanalyse die zeitgenössische Psychodynamische Psychotherapie braucht, oder ob sie sich nicht stattdessen stärker ein eigenes theoretisches und empirisches Fundament erarbeiten sollte, wofür ich in diesem Buch plädiere. Obwohl längst widerlegt, sind Vorbehalte gegenüber empirischer Forschung unter Psychoanalytikern nach wie vor weit verbreitet (Benecke, 2014, Sandell, 2012). An einem Forschungsdefizit krankt auch die Psychodynamische Alterspsychotherapie, denn die aufgeworfenen Fragen nach der Effektivität, dem Stellenwert von Übertragungsdeutungen und dem der Einsicht betreffen die Therapie Älterer in gleicher Weise. Leichsenring et al. (2015) beschreiben die Psychodynamische Psychotherapie als ein *umbrella concept*, das auf einem Kontinuum interpretativ-supportiver Techniken operiert, was zweifellos auch auf die Psychodynamische Alterspsychotherapie zutrifft. Einerseits verschafft das Therapeuten Spielraum, die Therapie individuell zu gestalten, andererseits bedarf es aber alterstherapeutischer Kenntnisse, damit sie nicht in Beliebigkeit abgleitet.

Diese kritische Bestandsaufnahme erfordert es aus meiner Sicht, über die »klassische«, noch stark durch die Psychoanalyse geprägte konfliktorientierte Psychodynamische Psychotherapie hinauszugehen. Deshalb werde ich in diesem Buch einerseits auf neuere Entwicklungen innerhalb der Psychodynamischen Psychotherapie Bezug nehmen, wie sie etwa von Wöller (2022) oder Neumann u. Naumann-Lenzen (2017) vorgelegt wurden oder aber der neueren empirischen Forschung zu entnehmen sind (Leibovich et al., 2020). Andererseits werde ich aber

besonders jene Entwicklungen aufgreifen, die sich noch deutlicher von den psychoanalytischen Wurzeln entfernen und auf einem mehr oder weniger stark modifizierten Verständnis von Psychotherapie basieren, nämlich die *strukturbezogene Therapie* nach Rudolf (2019, 2020) und die *mentalisierungsbasierte Psychotherapie* (Bateman & Fonagy, 2015). Beide Ansätze versprechen auch eine Bereicherung für die Alterspsychotherapie, wie ich an anderer Stelle dargelegt habe (Peters, 2014b, 2017a, 2021b). Sie werden im Folgenden kurz dargestellt; anschließend wird das empirisch gut abgesicherte Konzept der Ressourcen als Klammer beider Ansätze sowie als Verbindungsleitung zur Psychodynamischen Psychotherapie behandelt und als zentrales Element der Alterspsychotherapie beschrieben.

## 1.2.2 Neuere Ansätze in der Psychodynamischen Psychotherapie

Rudolf (2020) geht vom Strukturbegriff aus, der in der Psychoanalyse eine lange Tradition hat und in der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (Arbeitskreis OPD-3, 2024) präzisiert wurde. Unter Struktur wird dort das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen verstanden; sie umfasst alles das, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft und repetitiv abläuft. Insofern begründet Struktur den zeitüberdauernden persönlichen Stil, in dem der Einzelne immer wieder sein intrapsychisches und interpersonelles Gleichgewicht herstellt und das Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten reguliert. Strukturelle Defizite sind insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen anzutreffen, können aber auch bei anderen Störungsbildern wie etwa Depressionen eine Rolle spielen (Rudolf & Henningsen, 2017).

Die von Rudolf (2020) entwickelte *strukturbezogene Psychotherapie* weist supportive Elemente auf und zielt auf eine Entwicklungsförderung ab, um strukturelle Defizite zu reduzieren. Daraus folgt auch eine veränderte Rolle der Therapeuten (*hinter – neben – gegenüber*), die sich nicht als Interpreten unbewusster Vorgänge anbieten, sondern als entwicklungsförderndes Gegenüber zur Verfügung stehen. Sie fungieren als wohlwollendes Hilfs-Ich, das klärt, versorgt, anregt, spiegelt und mit den Patienten zusammen konkret überlegt, welche Möglichkeiten sie bisher entwickeln konnten und welche weiteren sie erproben müssten.

Schließlich hat sich in jüngster Zeit die *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie* etabliert (Bateman & Fonagy, 2015), die sich zunächst gar nicht als neues, eigenständiges Therapieverfahren verstand, sondern in Anspruch nahm, die bisherige Praxis neu zu beschreiben und damit besser zu verstehen. Dem Anschein nach hat sich dies verändert und sie präsentiert sich zunehmend als eigenständiges Therapieverfahren.

Mentalisierung ist kein kohärentes theoretisches Konstrukt, sondern greift unterschiedliche Ansätze und Traditionen wie etwa die Theorie des Geistes, Metakognition, Selbstreflexion, Achtsamkeit oder Empathie auf. Nach Bateman und Fonagy (2015) kann Mentalisierung als der mentale Prozess verstanden werden, durch den ein Individuum seinem eigenen Verhalten und dem Verhalten anderer implizit und explizit Bedeutung zuschreibt, und zwar in Bezug auf intentionale