



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

MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich auf innerpsychische (mentale) Zustände (wie z. B. Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse) von sich selbst und anderen zu beziehen und diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen. Mentalisieren wird als wesentliche menschliche Kompetenz angesehen.

Die Fähigkeit des Mentalisierens ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Dies hat häufig schwerwiegende Folgen. Die Mentalisierungsfähigkeit wieder herzustellen ist eine zentrale therapeutische Aufgabe in den verschiedenen Psychotherapien.

Die einzelnen Bände der Reihe stellen in kompakter Form die Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Maßnahmen auf wichtigen Störungsfeldern vor.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren des Körpers
5. Band: Mentalisieren mit Paaren
6. Band: Mentalisieren bei Psychosen (erscheint 2021)
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen
(erscheint Herbst 2021)
8. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
(erscheint Herbst 2021)

Weitere Bände in Vorbereitung

Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren des Körpers

**Mit einem Geleitwort von
Patrick Luyten**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Katharina Fischer/photocase.de

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-96187-4

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

Geleitwort	7
Danksagung	11
1 Einführung in ein komplexes Thema	13
1.1 Affekte, Gehirn und Körper – Zur Entwicklung eines affektiven Selbst	23
1.2 Bindung und Entwicklung eines mentalisierenden Selbst	41
1.3 Zu den Anfängen des Mentalisierungsmodells	52
1.4 Wo ist der Körper im Mentalisierungsmodell?	67
1.5 Persönlichkeitsstörungen ohne Körper?	74
2 Der Körper und seine Beziehung zu Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen	78
2.1 Mentalisieren in Anamnese, Erstgespräch oder Erstkontakt	88
2.2 Der verschwindende Körper in Online-Video- Therapien	110
3 Die Entdeckung des Körpers in der frühen Psychosomatik	115
3.1 Trauma als transdiagnostische Affektregulations- störung	126
3.2 Die Pariser Psychosomatik-Schule – Pionier des Mentalisierungsmodells	134
3.3 Alexithymie und/oder Autismus-Spektrum- Störung	138
3.4 Das diagnostische Dilemma	144
3.5 Körper-Modus als Massenphänomen	153

4 Bodily oder mental states? Zur Entwicklung eines mentalisierenden Selbst	158
4.1 Intersubjektive Entwicklungsbedingungen bezüglich eines Körper-Selbst	171
4.2 Körper-Modus (body mode) oder verkörpertes Mentalisieren (embodied mentalizing)?	176
4.3 Wenn der Körper des Psychotherapeuten »streikt« oder »spricht«	185
4.4 Dimensionen des Mentalisierens bei somatoformen Belastungsstörungen	189
5 Somatisieren oder Mentalisieren?	193
5.1 Prämentalistische Modi	194
5.2 Der Körper-Modus (body mode) – klinische Beispiele	198
5.3 Teleologischer Modus und Körper	207
5.4 Äquivalenzmodus und Körper	208
5.5 Als-ob-Modus und Körper	210
6 Mentalisierungsfördernde Therapie	213
6.1 Mentalisieren bei Patienten mit somatoformen Störungen	215
6.2 Nicht-mentalisierungsfördernde Interaktionen	230
6.3 Mentalisieren in Gruppentherapien für SBS-Patienten	231
6.4 Wie lernen Psychotherapeut*innen Mentalisieren?	240
Anmerkungen	244
Literatur	246
Der Autor	277

Geleitwort

Psychotherapeuten und der Körper, ihre Beziehung bleibt schwierig. Es fällt auf, wie wenig Aufmerksamkeit dem *embodiment* oder dem gelebten Körper in der Weiterbildung von Psychotherapeuten geschenkt wird. Zugegebenermaßen gerät der »objektive« Körper in der psychotherapeutischen Ausbildung aufgrund der enormen Fortschritte, die in den letzten Jahrzehnten auf dem Gebiet der Neurobiologie, Genetik und Psychopharmakologie erzielt wurden, zunehmend in den Blick. So wichtig die Forschung in all diesen Bereichen auch sein mag, der Mensch ist etwas anderes als eine Sammlung von Rezeptoren, Neurotransmittern und Genen. Jeden Tag erleben wir, wie unser psychisches Funktionieren grundlegend in unserem Körper verwurzelt ist und wie unser körperliches Sein unser psychisches Funktionieren beeinflusst. Wenn wir traurig sind, kullern uns die Tränen aus den Augen. Wenn wir Schmerzen verspüren, fühlen wir uns angespannt und niedergeschlagen.

Solche Ausdrucksformen finden in Schulungen von Ärzten, klinischen Psychologen und Psychotherapeuten bisher kaum die ihnen gebührende Aufmerksamkeit. In der psychotherapeutischen Weiterbildung wird noch weniger darauf geachtet, wie Erfahrungen – sowohl wörtlich als auch symbolisch – in unserer Entwicklung in den Körper eingeschrieben werden, abgesehen von den offensichtlichen Beispielen des *embodiment*, etwa der erhöhten Schreckreaktion bei traumatisierten Patienten oder den körperlichen Empfindungen, die mit Panikattacken einhergehen. Die Verkörperung psychischer Erfahrungen ist jedoch viel ubiquitärer und subtiler: Die schüchterne Patientin, die keinen Platz einnehmen will und mit einer sehr sanften Stimme spricht, die Patientin, die emotional vernachlässigt wurde und sich so verhält, als ob sie unsichtbar sein

möchte, um weitere Vernachlässigung zu vermeiden, das Opfer von Mobbing, das – ohne es zu merken – in zwischenmenschlichen Interaktionen aus Angst vor Neid immer im Hintergrund bleibt, der übermäßig kognitiv-rationale Patient, der bestreitet, traurig oder ängstlich zu sein, und dabei angespannt ist, was sich an seinen zusammengesprengten Händen und Beinen zeigt, die magersüchtige Patientin, die sich für ihren Körper schämt und wegen intensiver Schamgefühle im Boden zu versinken scheint, oder die Patientin, die durch ein bestimmtes Kleidungs- oder Schmuckstück Aufmerksamkeit erregt und ständig die Umgebung absucht, um herauszufinden, ob andere sie tatsächlich als »besonders« erleben. Selbst Therapeut*innen, die mit Patient*innen arbeiten, die sich selbst verletzen, wissen oft wenig über die Verkörperung und den Gebrauch (bzw. Missbrauch) des Körpers als Kommunikationsmittel. Selbstverletzendes Verhalten wird oft nur als Zeichen von »Impulsivität« gesehen oder auf den Versuch reduziert, »Spannungen durch den Körper zu lösen«, nur: warum genau durch den Körper? Auf diese Weise stehen bestimmte psychologische Theorien einem besseren Verständnis der Patient*innen teilweise auch im Wege.

Dies sind nur einige Beispiele, die darauf hinweisen, wie wichtig es ist, bei jeder klinischen Begegnung auf den Körper zu achten. Es ist schwer vorstellbar, dass irgendeine Art von Psychopathologie nicht mit Störungen in der subjektiven Erfahrung des Körpers einhergeht. Therapeut*innen sind jedoch häufig vorwiegend kognitiv orientiert und konzentrieren sich fast ausschließlich auf die verbalen oder oberflächlichen Aspekte des Verhaltens und des Körpers.

Dieses Buch trägt wesentlich dazu bei, hier zu einem Gleichgewicht zu kommen. Es ist ein »must-read« für jeden Psychotherapeuten, unabhängig von seiner theoretischen Ausrichtung. Mit seinem Fokus auf Mentalisieren des Körpers zielt der Autor auf einen wichtigen transtheoretischen und transdiagnostischen Aspekt in der Psychotherapie. In der Tat ist die Fähigkeit, Äußerungen des Körpers zu mentalisieren, entweder im Sinne des verkörperten Mentalisierens oder im Sinne des Körper-Modus, beziehungsstiftend. Körperliche Empfindungen des Anderen im Zusammenhang mit den eigenen psychischen Funktionsweisen zu erkennen, zu reflektieren,

zu modulieren und in der Lage zu sein, diese Erfahrungen auf angemessene Weise mit anderen zu teilen und zu kommunizieren, ist von zentraler Bedeutung bei jeder Behandlung.

Insofern ist dieser Band Teil einer wichtigen Verschiebung im Bereich der Psychotherapien hin zu einem stärkeren Fokus auf die Wahrnehmung des Körpers, die im Angelsächsischen mit dem Embodiment-Begriff aufgekommen ist. Der Inhalt dieses Buchs steht in der psychodynamischen Tradition von Allan Abbass und Kollegen (Abbas 2015; Abbas et al. 2020) und unseren eigenen Arbeiten zum verkörperten Mentalisieren (*embodied mentalizing* – Luyten et al. 2019; Luyten & Fonagy 2020). Auch in der humanistisch-erfahrungsorientierten Tradition ist inzwischen ein wissenschaftliches Interesse am gelebten Körper in der Psychotherapie auszumachen (Krycka & Ikemi 2016). Selbst die kognitive Verhaltenstherapie hat mit ihren Ansätzen zur Achtsamkeit den Körper in der Psychotherapie »entdeckt«, insbesondere in ihrer Betonung der Bedeutung der emotionalen Verarbeitung und der damit einhergehenden Abkehr vom Primat der Erkenntnis (Lumley 2011). All diese Ansätze haben ihren Ursprung in der Bedeutung der Alexithymie (wörtlich: »keine Worte für Emotionen«) (Sifneos 1996; Taylor & Bagby 2013), in den Problemen mit dem emotionalen Bewusstsein (Lane et al. 1990) und mit den Problemen der Mentalisierung, wie sie ursprünglich von der französischen psychosomatischen Schule formuliert wurden (Marty & de M'Uzan 1963). Zeitgenössische Mentalisierungsansätze haben diese Ansichten weiterentwickelt und in systematische Behandlungsprinzipien und Interventionen übersetzt. Dieser Band ist insofern ein großer Sprung, als er die reiche historische Tradition Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie in Deutschland mit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Psychologie und Neurobiologie verbindet (Beutel et al. 2008; De Greck et al. 2013; Sattel et al. 2012).

Der vielleicht wichtigste Beitrag dieses Bandes besteht darin, dass er einen systematischen theoretischen Ansatz zum verkörperten Mentalisieren skizziert und diesen auf spezifische Behandlungsprinzipien und Interventionen bezieht, die durch klinische Beispiele und Vignetten reich illustriert werden. Dies macht das Buch zu einer

Fundgrube für den praktizierenden Kliniker. Angesichts der zunehmenden Evidenz für die Wirksamkeit psychodynamischer Ansätze in der Behandlung von Patienten mit Somatisierungsstörungen (Abbass et al. 2020; Koelen et al. 2014) kann man nur hoffen, dass die in diesem Band umrissenen Vorzüge dieses Behandlungsansatzes in weiteren kontrollierten Studien überprüft werden.

Klinikern, die mehr über verkörpertes Mentalisieren bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erfahren und wissen möchten, wie sie therapeutische Veränderungen durch Fördern des Mentalisierens induzieren können, sei dieses Buch wärmstens empfohlen. Dabei geht es auch um die Besonderheit, dass Psychotherapeut*innen ihren Patient*innen nur dann wirklich helfen können, wenn sie sich dem Prozess der Reflexion über ihre eigenen verkörperten Behandlungserfahrungen stellen, einschließlich ihrer eigenen unvermeidlichen blinden Flecke.

Patrick Luyten, Leuven, Dezember 2020

Danksagung

Ein solches Buch hat viele »Mütter«, »Väter«, »Großeltern« und »Kinder«. Ohne lehrreiche, äußerst dankenswerte Begegnungen mit Patient*innen¹ hätte ich dieses Buch nicht schreiben können. Ohne anregende Lehrer*innen und Mentor*innen in meiner Berliner Neurologie-Zeit, ohne meine Kolleg*innen und Student*innen der Universität Witten/Herdecke allerdings auch nicht. Ein besonderes Erlebnis war die Teilnahme am ersten Research Summer School Training am University College of London auf Einladung von Peter Fonagy 1996. Prominente Teilnehmer wie Horst Kächele, Erhard Mergenthaler, Folkert Beenen oder Bob Emde entfachten in mehr als 400 jungen Psychoanalytikern, dass Psychoanalyse mit empirischer Forschung zu verbinden ist. Peter Fonagy und Wilma Bucci, Mentorin meines damaligen Forschungsprojekts über magisches Denken, bin ich besonders dankbar für ihre Anregungen, die sie mir als Kliniker eindrucksvoll vermitteln konnten.

Auch als Individuum ist man immer eine lernende »Organisation«. So profitierte ich als Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im EVK Bergisch Gladbach von meinen Oberärzten Zeynep Atik, Max Aly, Ingmar Niecke, Gernot Holtz, von unseren Sozialtherapeuten Beatrix Rey und Ansgar Cordes, ganz besonders aber von unseren KBT-, Tanz- und Atemtherapeutinnen Ute Oessenich-Lücke, Astrid Fiedler, Regina Hömberg und Claudia Krüger. Besondere Einblicke in Prozess- und Outcome-Forschung gelangen durch unser Tagesklinik-Forschungsteam mit Tanja Brand, Dagmar Hecke, Sarah Fuhrländer, Annekatrin Vetter und Johannes Pries. Besonders dankbar fühle ich mich dem langjährigen Lektor, Berater und Unterstützer unserer Reihe, Heinz Beyer sowie Oliver Eller verbunden, der nicht nur diesen Band von uns lektorierte.

Ganz besonderer Dank gilt den kritischen Lesern meines Manuskripts Peter Döring, Peter Rottländer, Eva Heinle-Schneider, Maria Teresa Diez Grieser, Helga Felsberger, Daniela Fuchs, Ludger M. Hermanns, Edna Baumblatt-Hermanns und Rolf Haubl. Meine Frau Dorothee, Konzentrative Bewegungstherapeutin, und meine Töchter Lenka, Tabea & Laetitia haben mich auf sehr unterschiedliche Weise mit ihrem Humor wie mit ihrem kritischen Verständnis dankenswerterweise immer unterstützt und mir dadurch den Rücken im Sinne des *body mode* gestärkt.

KAPITEL 1

Einführung in ein komplexes Thema

Nichts ist uns so vertraut und doch zuweilen so fremd wie der eigene Körper. Dies gilt erst recht, wenn wir die Kontrolle über ihn verloren oder diese noch nicht gewonnen haben: Der Körper spricht. Man kann in den Körper verliebt sein, ihn hassen, wegen seiner beschämt und auch stolz auf ihn sein, ihn pflegen, beschädigen oder misshandeln, ganz so, als wäre er ein Objekt. Der Körper ist Ort und Quelle von Affekten, von basalen Bedürfnissen, von Trieben und Wünschen, ein Resonanzraum sowohl des Selbst als auch des »Wir«, und ganz besonders ein Resonanzkörper für all jene Gruppen, denen wir uns zugehörig oder von denen wir uns ausgeschlossen fühlen. Ohne den Körper mit seinen Affekten und Emotionen kann es weder geteilte noch abgespaltene Gefühle, auch keinen intersubjektiven und kommunikativen Austausch und schon gar kein Denken geben. Dies wurde nicht immer so gesehen.

Indogermanische Sprachen verfügen über eine Vielzahl von Ausdrücken, in denen Körpererfahrungen oder der Hinweis auf spezielle Organe genutzt werden, um Emotionen, psychosoziale Phänomene und Belastungen »hautnah« idiomatisch zu beschreiben, wie z. B. »ein Auge zudrücken«, »schweren Herzens«, »Nervenbündel«, »schwer im Magen«, »das geht mir unter die Haut«, »Angst im Nacken« oder »ein Stich ins Herz«. Die meisten Begriffe lassen sich auf sinnliche Erfahrungen unseres Selbst in der Welt zurückführen: Spüren kommt vom mittelhochdeutschen »spürn«, das heißt eine Spur suchen (gleichzeitig Fortbewegen und Schnuppern). Auch »fühlen« wird als aktive Tätigkeit, als Akt der Hinwendung zur eigenen inneren Bewegung beschrieben (Fiedler et al. 2011). Im Wort »Wahr-nehmen« steckt der komplexe Vorgang von sinnlicher Per-

zeption, Umsetzung in körperliche Empfindung und Ausdruck. Wer der Sprache seines Gegenübers genau zuhört, kann häufig eine Mischung von Körper-Sprache und gesprochener Sprache entdecken. Sie erklärt sich unter anderem dadurch, dass die Wörter synonym für körperliche Vorgänge und seelische Regungen benutzt werden: Menschen können sowohl auf körperlicher als auch auf emotionaler Ebene spüren, fühlen und berührt werden, wobei nicht immer klar ist, womit wir fühlen (wie z. B. »Deine Geschichte hat mich tief berührt«, »ich bin ergriffen«, »dies geht mir unter die Haut«). Wenn man Begriffe sammelt, mit denen Menschen beschreiben, wie sie sich »fühlen«, imponiert häufig eine sprachliche Unschärfe: So wird meist nicht deutlich unterschieden zwischen sinnlich-körperlichem Wahrnehmen (Spüren), Fühlen (Emotionen, Affekte), Denken und Vorstellungen (Projektionen, Wünsche) sowie Handlungsimpulsen. Wie sich Worte für subjektive Körper-Wahrnehmungen bilden, ist eines der Rätsel, auf die im Weiteren noch einzugehen sein wird. Im Idealfall verfügen Patient*innen und Therapeut*innen über ein immer differenzierter werdendes Vokabular für solch subjektive Wahrnehmungen des Körpers, der Affekte und der Emotionen. Sprechen kann die subjektiven Wahrnehmungen differenzieren, muss aber das sogenannte Präverbale, also das, was vor einem Wort steht, wertschätzen. »Das Präverbale wird als ein ›Prä‹ bezeichnet, als ein ›Noch-Nicht‹, ein ›Nicht-Ganz‹ eines Bedeutungsvorgangs, der sich im Wort kulminativ abschließt« (Leikert 2019b, S. 34). Wir sind als Psychotherapeuten folglich gut beraten, unser eigenes Vokabular für subtile Unterschiede, insbesondere von emotionalen und präverbalen Zuständen kritisch zu überprüfen, zu pflegen und in der Therapie zu verwenden. Damit beginnt der Prozess des Mentalisierens, und es können sich immer komplexer werdende Begriffe und Vorstellungen für Emotionales und Körperliches »bilden« (Plassmann 2019b, S. 6). Unter Mentalisieren wird die Fähigkeit verstanden, andere und sich selbst in Bezug auf innere psychische Zustände zu verstehen, die eng mit körperlichen Wahrnehmungen verbunden sind. Körperliche Wahrnehmungen sind situativ, intersubjektiv und von der betroffenen Person abhängig und bilden sich aus Proprio-, Extero- und Interozeption. Propriozeption beschreibt die Wahrneh-

mung der eigenen Stellung und Bewegung im Raum, ausgehend von Reizen aus dem Körperinneren und von Muskelspindeln. Exterozeption – lat.: *exter* »außen befindlich«, *recipere* »aufnehmen« – beschreibt die Außenwahrnehmung wie z.B. die Körperoberflächenwahrnehmung bzw. die Oberflächensensibilität. Die Wahrnehmung eigener Körperorgane wird als Interozeption bezeichnet.

Erstmals definiert Fonagy (1991) die Fähigkeit, bewusste und unbewusste psychische Zustände bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, als eine Fähigkeit zu mentalisieren. Später wird unter Mentalisieren eine meist vorbewusste imaginative Fähigkeit verstanden, *terms of mental states* (Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche) intentional auszutauschen. Erst dadurch versteht ein Individuum implizit und explizit die Handlungen von sich selbst und anderen als sinnhaft. Das Rätsel, wie der Prozess des Mentalisierens von körperlichen Wahrnehmungen bis zur Entwicklung eines »verkörperten« Selbst, das mentalisierend fühlen und sprechen kann, genau vor sich geht, und wie dieser Prozess fundamental gestört werden kann, ist noch nicht gelöst. Zwei polare Modelle, die Simulationstheorie und die Theorie-Theorie, dominieren aktuell das Feld, wobei die erste davon ausgeht, dass Menschen durch die Simulation der Erfahrung anderer Menschen, über Spiegelneuronen, über gemeinsame sensorisch-affektive Schaltkreise und geteilte Gefühle ein Verständnis von anderen entwickeln (Gallese & Caruana 2016). Sie ist deutlich körper-näher als die Theorie-Theorie, die davon ausgeht, dass wir andere durch die kognitive Ableitung von »Regeln« aus beobachteten sozialen Situationen verstehen lernen und ihnen somit theoretische Überzeugungen und Absichten zuschreiben (Baron-Cohen et al. 1985).

Auch wenn inzwischen angenommen wird, dass ein bestimmtes »Mentalisieren« der Sprachentwicklung vorausgehe, ist durchaus fraglich, ob das mütterliche und väterliche Verständnis des inneren Zustands des Kindes, das körperlich erfahren und »lange vor dem Erscheinen des ersten Wortes« (Bateman & Fonagy 2019, S.7), »vorsprachlich« kommuniziert wird, wirklich schon »verkörpertes« oder »verleiblichtes Mentalisieren« (*embodied mentalizing*) genannt werden sollte.

Ideengeschichtlich ist das angelsächsische Wort *mentalization* in einer ersten Erwähnung mit körperlichen Vorgängen in Verbindung gebracht worden. 1888 führte der Neurologe James Leonard Corning den Begriff »Mentalization« in seiner Abhandlung über Kopfschmerz und Neuralgie ein, indem er sich auf einen gewissen Hammond bezog, der eine Reihe von sorgfältigen Urinalysen durchgeführt habe, um Veränderungen in der Zusammensetzung des Urins bei »vermehrter Mentalization« zu ermitteln. So soll erhöhte geistige Anstrengung mit einer Zunahme der Urinmenge einhergegangen sein (Corning 2018 [1888], S.196). Eine weitere Überraschung mag sein, dass der Londoner Dermatologe, Psychiater, Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker Dennis Geoffrey Brown (1928–2004) den Begriff *mentalisation* schon 1985 (also vor dem Aufkommen des Mentalisierungsmodells!) in einem Aufsatz »The Psychosoma and the Group« nutzte: »Die Bedeutung körperlicher Symptome und Ausdrücke muss entdeckt werden und auf der primitivsten (»wahrlich« psychosomatischen oder protomentalen) Ebene für Mentalisierung erschaffen werden, um Somatisierung zu umgehen oder besser noch, um aus ihr herauszuwachsen« (Brown 1985; Brown 2006, S.21; Übersetzung USV).

Affekte und Emotionen spielen bei allen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine zentrale Rolle. Bei Patienten mit sogenannten somatoformen Belastungsstörungen bzw. funktionellen Körperbeschwerden sind diese ebenso vielgestaltig wie auch besonders schwer zu dechiffrieren. In der Geschichte der Psychosomatik hat die Vielfalt somatoformer Störungen sowohl Ärzt*innen als auch Psychotherapeut*innen und anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens immer wieder Rätsel aufgegeben. Dies könnte damit zu tun haben, dass sich »körpersprachliche« Krankheits-symptome erst einmal sprachlicher Differenzierung entziehen. Vor diesem Differenzierungsverlust sind leider auch Ärzte nicht gefeit, etwa wenn sie abenteuerliche Diagnose-Formulierungen anstelle einer soliden Diagnostik des breiten Spektrums von Angststörungen erfinden. Sie zeugen von einem Zusammenbruch des intersubjektiven Austauschs, während Patient und Therapeut eigentlich eine »neue« gemeinsame Sprache hätten finden müssen. Eine solche ist

erforderlich, wenn es über ein gemeinsames (!) Verständnis zu einer Veränderung, zu einer Transformation der Symptomatik kommen soll. Zahlreiche Fallbeispiele zeugen davon, dass Ärzte und Psychotherapeuten mit Empathie, Wachsamkeit, herausfordernden Interaktionen oder bewusster Zurückhaltung im Rahmen einer therapeutischen Beziehung den Verlauf dieser Erkrankungen positiv oder negativ beeinflussen können.

Affekte und Emotionen drücken sich nicht nur körperlich aus, sondern sind selbst physiologisch: Jede Emotion wird von physiologischen Veränderungen begleitet, wie z. B. Angst von Herzklopfen oder Wut mit einer zunehmenden Herzfrequenz und erhöhtem Blutdruck. Solche Phänomene sind spätestens seit den Arbeiten von Franz Alexander, einem frühen Pionier der Psychosomatischen Medizin, bekannt und gehören zu unserem normalen Leben (Alexander 1948). Eine krankhafte Bedeutung bekommen Affekte und Emotionen, wenn sie zu wenig oder zu viel oder gar dauerhaft vorhanden sind, eine gewisse Dominanz oder Rigidität einnehmen. Dies betrifft vorrangig die negativ getönten Affekte, die – vermutlich aus evolutionären Gründen des Überlebens – stärker im autobiographischen Gedächtnis in Erinnerung bleiben. Während Freude schön und gut ist, hilft sie leider nicht dabei, länger zu leben, im Unterschied zu Angst und Ekel, zwei Affekte, die vor Gefahren warnen. Dabei stellt der therapeutische Umgang mit persistierenden, »schwierigen« Affekten eine zentrale Herausforderung dar (Plassmann 2019a).

Dieses Buch sollte einmal den Titel tragen »Mentalisieren bei Somatisierungsstörungen«. Während des Schreibens wurde jedoch klar, dass die Diagnose einer Somatisierungsstörung so breit wie Quark ist. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von psychischen Erkrankungen, die manchmal »nur« mit passageren, häufiger auch mit anhaltenden, transdiagnostischen körperlichen Symptomen in Erscheinung treten. Krankengeschichten verhalten sich ähnlich wie Literaturgattungen – von der Kurzgeschichte über Novellen bis zu einem Roman. Insofern lassen sich psychosomatische Erkrankungen in solche mit offensichtlich metaphorischer oder symbolischer

Bedeutung einteilen und in solche, die nicht offenkundig metaphorisch oder symbolisch sind, sowie in Erkrankungen, bei denen kumulativer Stress zu einer funktionellen Störung geführt hat. Der Körper ist folglich gleichzeitig Quelle und Projektionsfläche für verschiedene Mentalisierungsstörungen. Dies gilt selbst für organische Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson, Myasthenia gravis, Multiple Sklerose, Wurzelkompressionssyndrome und andere, bei denen durch spezifische Übertragungskonstellationen plötzliche Symptomverbesserungen beobachtbar sein können (Kütemeyer 1979; Kütemeyer & Schultz-Venrath 1996a).

Dieses Buch beruht auf der Erfahrung vierzigjähriger Arbeit in Psychosomatischer Medizin, die mit einer Gruppe neugieriger und kreativer Ärzte in einer Neurologischen Universitätsklinik in Berlin ihren Anfang nahm, die dem bio-psycho-sozialen Modell der Heidelberger Schule in der Neurologie verbunden war. Mein Lehrer Dieter Janz, ein Meister der fragenden Anamneseerhebung, mit der er seine Schüler gleichermaßen erstaunte und »infizierte«, war Herausgeber der Gesammelten Schriften seines Lehrers Viktor von Weizsäcker. Dieser hatte mit der Formulierung, »dass der Anfang nicht Wissen, sondern Fragen ist« (von Weizsäcker 1926), eine Spur gelegt, die mich zum späteren Mentalisierungsmodell führte. Die Verbindung diagnostischer und therapeutischer Kompetenz mit aktuellen Forschungsergebnissen, die heute im Mentalisierungsmodell als *work in progress* ihre Blüte erlebt, ist ein besonderes Anliegen dieses Buchs.

Während das bio-psycho-soziale Modell der Psychosomatik das aktuell umfassendste Krankheitsmodell mit einem polypragmatischen Behandlungskonzept ohne Evaluation ist (Egle et al. 2020), stammt das Mentalisierungsmodell aus der Not wenig wirksamer Psychotherapien von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Fonagy et al. 2015 [2004]). Das davon abgeleitete Therapiekonzept wird inzwischen in Modifikation bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Störungen erfolgreich eingesetzt. Ein wissenschaftlicher Austausch mit dem bio-psycho-sozialen Modell und eine Integration beider ist ein Desiderat, das noch seiner Bearbeitung harrt.

Das Mentalisierungsmodell ist für die Psychosomatik und noch mehr für die Psychiatrie ein zukunftsweisendes Projekt, weil es die verschiedenen Disziplinen der Neurowissenschaften, der kognitiven Psychologie und der modernen Ansätze der Psychoanalyse unter dem Aspekt der Behandlungsmöglichkeiten zu integrieren versucht. Dabei braucht es sowohl ein besseres Verständnis als auch eine *gemeinsame und zunehmend differenziertere Sprache*, um die komplexen Prozesse des Rückzugs auf den Körper oder des Verharrens im Körper zu verstehen. Mentalisieren ist hierfür als »Zauberwort« ein bedeutsamer Code und besteht in der Fähigkeit, innere Zustände, wie Gefühle, Gedanken, Absichten und Motive dem Verhalten anderer und dem eigenen Verhalten angemessen zuzuordnen.

Gelegentlich wird zwischen emotionalem und kognitivem Mentalisieren unterschieden. Ersteres ist mit dem Körper und seinen Empfindungen verbunden, die zweite Version verweist auf ein Mentalisieren, das wesentlich kognitiv akzentuiert ist – dieses kann zwar eine gute Erkenntnis innerer Zustände anderer bedeuten, fühlt diese aber nicht. Solche Phänomene sind häufiger bei Patienten mit somatoformen Belastungsstörungen, Depersonalisation und antisozialen Persönlichkeitsstörungen zu beobachten. Mentalisieren als Prozess (und nicht Mentalisierung als Substantiv!) findet sich als Wesensmerkmal auch in anderen Psychotherapien, wenn sie sich als wirksam erweisen, selbst wenn dies von den meisten Protagonisten der sehr unterschiedlichen Verfahren so noch nicht konzeptualisiert wurde.

Lange Zeit galt in der wissenschaftlichen Community der Psychosomatik das 1947 formulierte Diktum von Edward Weiss, dass Psychosomatik nicht bedeute, den Körper weniger, sondern die Psyche mehr zu erforschen (Weiss 1947). Nicht wenige Psychosomatiker folgten diesem Aufruf und verloren dabei den Körper – entgegen ihrem Anspruch – aus den Augen. Mehr unbewusst als bewusst folgten sie Freud, der zeitlebens gegenüber einer psychoanalytischen Psychosomatik eher skeptisch bis ablehnend eingestellt war (Schultz-Venrath 1995 [1992]). Mit der Etablierung des Fachs Psychosomatische Medizin wurden psychosomatische Zusammenhänge zunehmend über psychometrische Testverfahren »psychologisiert«

und damit weniger körperlich und weniger klinisch-ärztlich verstanden. Mit der Betonung des »Soma« als biologische Organisation konnte der Anschluss an ein medizinisches Verständnis eher gesichert werden, wobei das Verständnis eines libidinös-erotischen, aggressiven oder narzisstischen Körpers verloren ging.

Für den Umgang mit dem Körper spielt neben einer sicheren Bindung die Entwicklung der Affekt- und Emotionsregulation eine zentrale Rolle sowohl für die Entwicklung eines (körperlichen) Selbst als auch für das Überleben. Kein Kind ist ein unbeschriebenes Blatt: Es tritt – wie alle Lebewesen – mit einer Reihe angeborener und proto-mentaler Bedürfnisse in die Welt. Nach derzeitigem Wissen ist davon auszugehen, dass ein Säugling bereits mit intrauterinen Erfahrungen auf die Welt kommt. Diese schlagen sich als implizites Beziehungswissen im prozeduralen Gedächtnis nieder und beeinflussen das postnatale Leben. Die Fähigkeit eines Neugeborenen, den Geruch und die Stimme seiner Mutter von denen anderer zu unterscheiden (DeCasper & Fifer 1980), Mimik und Gestik zu imitieren (Meltzoff & Moore 1977) und sich durch jene Musik zu beruhigen, die es bereits in der Gebärmutter hörte, zählen zu den zahlreichen Belegen für prä- und perinatale Lern-, Erfahrungs- und Beziehungsprozesse.

Die von Freud formulierten Stufen psychosexueller Entwicklung »oral«, »anal« und »genital« wiesen bereits auf die frühkindlich dominierenden körperlichen Bedürfnisse hin, die das Mentale organisieren. Jedoch ist die *somatische* Herkunft dieser Begriffe, die die Libido-Phasen markierten, durch eine überwiegend metapsychologische Verwendung weitgehend verloren gegangen. Es ist von der heutigen analytischen Entwicklungspsychologie inzwischen vergessen worden, dass Freud mit seiner Darstellung der Sukzession der erogenen Zonen auch ein Modell für die Strukturierung *affektiver* Körpererfahrung entworfen hatte. Dies belegt eine hübsche Geschichte von Szekely (1962), die von einem zweijährigen Kind auf einem Bauernhof handelt, das beobachtet, wie ein Huhn ein Ei legt. Das Kind deutet auf das Huhn, blickt aber zur Mutter und sagt: »A-a«. Der analytische Beobachter versteht die anale Organisation als kognitive (!) Weltauffassung des kleinen Kindes, obwohl es sich eigentlich um eine *body-mind*-Organisation handelt (vgl. Kap. 4).

Ebenso wird mit dem Triebbegriff »als Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem« (Freud 1915c, S. 214) der Körper als Fundament des Psychischen in der Psychoanalyse weniger gewürdigt. Basisemotionen lösen instinktive Verhaltensweisen aus, die sich auf angeborene Handlungsimpulse zurückführen lassen. Diese werden ausgeführt, um die jeweils spezifischen Bedürfnisse zu erfüllen (wie z. B. Suchen, Fliehen, Angreifen). Allerdings wurde bis heute keine allgemeine Übereinstimmung bezüglich Art und Anzahl der angeborenen Bedürfnisse erreicht.

In Psychotherapien ist der ungeliebte, verhasste oder mit Schmerzen verbundene Körper einer Patient*in in der körperlichen Gegenübertragung oft präsenter, als mancher Therapeut*in lieb ist, etwa wenn es ihr/ihm »die Tränen in die Augen treibt« oder »die Kehle zuschnürt«. Denn *wie* Therapeut*innen dem Körper und seinen Geschichten zuhören – und hier folgen wir weitgehend Alessandra Lemma (2014) –, wird von der eigenen Subjektivität, also den eigenen, meist schambesetzten Erfahrungen mit dem eigenen Körper und dessen eigenen Affekten und Emotionen sowie den sich daraus ableitenden theoretisch-technischen Prinzipien und Annahmen beeinflusst. Dieses hat vermutlich auch einen Einfluss darauf, welcher Veränderungstheorie sich Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer Ausbildung zuwenden und wie sie die damit verbundenen Interventionen einsetzen. Ob in den Lehranalysen und Lehrtherapien zwischen Ausbildungskandidat*innen und Analytiker*innen immer authentisch über eigene körperliche Empfindungen gesprochen werden kann, ist wegen der beiderseitigen Schamdimensionen fraglich. Die schwierige Beforschung von Supervisionen psychotherapeutischer Ausbildungskandidaten ist ein Hinweis darauf (Grünewald-Zemisch 2019).

Neben der weiterhin zu registrierenden Spaltung zwischen Seele und Körper in der Psychoanalyse und den von ihr abgeleiteten Verfahren ist gerade in den letzten Jahren ein verstärktes Interesse für den Körper zu beobachten: Der Körper wird einerseits aufgrund vertiefter neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, andererseits aufgrund aktueller Erfahrungen gerade »neu« entdeckt. Dies schlägt sich in einer Reihe von Publikationen zum Körper nieder, in denen die

allgemeine Empfehlung steht, die multisensorisch verkörperten olfaktorischen, visuellen, auditiven und haptischen Ressourcen zu erschließen. Körperresonanz bezieht sich einerseits auf das Erleben interozeptiver Signale, andererseits auf die Interaktion mit dem Therapeuten. So entscheiden Mimik, Gestik, Körperhaltungen, Stimmführung und Atembewegung wesentlich darüber, wie der andere emotional wahrgenommen wird. Wahrnehmung und affektive Bewertung (!) drücken sich körperlich aus und beeinflussen das Gegenüber in Form einer Art Kreislauf wechselseitiger Beeinflussung mit der Folge einer wechselseitigen Körperresonanz. Dabei lohnt sich ein Blick auf philosophische Genauigkeit: Resonanz gilt nicht nur als Metapher für eine bestimmte Erfahrung eines emotionalen Zustands, sondern auch als Beziehungsmodus, welcher durch vier Merkmale bestimmt werde: Berührung (Affizierung – hier kommen die Affekte ins Spiel), Selbstwirksamkeit (Antwort), Anverwandlung (Transformation) und Unverfügbarkeit, weil sich Resonanz erst einmal nicht willentlich herstellt (Rosa 2019, S. 38f.). »Das Lächeln des oder der Geliebten *kann* versteinern oder gefrieren, das Schnurren der Katze *kann* ausbleiben, die Lieblingsmusik *kann* uns auch völlig kaltlassen, der Wald oder das Meer *können* uns jede Resonanz verweigern« (Rosa 2016, S. 295).

Aus der Perspektive des Mentalisierungsmodells empfiehlt sich die gemeinsame Suche nach dem Sinn eines körperlichen Symptoms, der – wenn es ihn jemals vorher überhaupt schon gegeben hatte – parallel zum Verlust von Resonanz verloren gegangen war. Eine sinnstiftende Würdigung der Symptomatik, die den Körper nicht gegen das Sprechen ausspielt, fördert eine – oftmals schwer zu erreichende – Behandlungsmotivation und stärkt die therapeutische Arbeitsbeziehung durch den akzeptierenden und ermutigenden Blick auf die Problematik. Jeder Mensch weiß, dass kaum etwas so verletzend, aber auch heilsam sein kann wie das gesprochene Wort. Einerseits gibt es keinen Gegensatz zwischen Sprechen und Körper (Buchholz 2014, S. 113). Die Gegenwärtigkeit des Körpers ist letztlich in der Sprache, besser: im Sprechen und damit in der Konversation zu suchen, die gestisch-mimisch begleitet ist. Andererseits kommuniziert der Körper Botschaften (z. B. frühe Traumata),

die die Betroffenen erst einmal nicht zur Sprache bringen können. Die SARS-CoV-2-Pandemie mit ihren präventionsbedingten Online-Video-Psychotherapien machte vielen Therapeut*innen deutlich, dass es online zu Brüchen zwischen Sprechen und Körper, zu einem sogenannten *disembodiment* kommt (Weinberg & Rolnik 2020). Gleichzeitig rückte in den Fokus, wie förderlich körperliche Präsenz für eine gelingende therapeutische Interaktion ist.

1.1 Affekte, Gehirn und Körper – Zur Entwicklung eines affektiven Selbst

Die erste Interaktion mit einem anderen Menschen verläuft bereits pränatal, erst recht aber mit der Geburt – im Idealfall – über liebevolle Berührung und leibliche Kommunikation: Ein Neugeborenes wird von den primären Bindungspersonen, meist seinen Eltern, rhythmisch-melodisch gestreichelt, liebkost und eng an den Körper gehalten, was in den letzten Jahrzehnten selbst die sterilste Geburtshilfe revolutioniert hat (Böhme 2019). Berührung ist auch deshalb so bedeutsam, weil das Sehen eines Neugeborenen nicht über 30 cm hinausreicht. Direkt nach der Geburt stabilisieren Hautkontakte die Atmung, die Körpertemperatur, die Säure-Basen-Bilanz und sogar den Blutzucker des Neugeborenen (Winberg 2005). Hautkontakte sorgen darüber hinaus für die Ausschüttung von Oxytocin beim Stillen, das als Bindungshormon bekannt geworden ist. Auch Mütter profitieren von der frühen Berührung ihrer Babys, weil sie dann erfolgreicher und länger stillen. Berührung ist auch im weiteren Leben von größter Bedeutung: Fällt ein Kind hin, wird es in den Arm genommen, die Schürfwunde wird schnellstmöglich versorgt oder die Beule wird gestreichelt. Trauert ein Freund oder eine Freundin, sind wir geneigt, ihm oder ihr die Hand auf die Schulter zu legen. Mögen wir einen Menschen, verspüren wir den Impuls, diesen berühren zu wollen. Berührung zwischen Menschen hat insofern eine Sonderstellung, als sie nicht Teil des Tastsinns ist, sondern von speziellen Nervenfasern, den sogenannten C-Fasern wahrgenommen und an die Insula im Gehirn weitergeleitet wird. Berührungswahrnehmung

findet nicht nur im somatosensorischen Kortex statt, sondern auch in Teilen des präfrontalen Kortex und des hinteren Scheitellappens. Von diesen Hirnregionen ist bekannt, dass sie für die Aufmerksamkeitsfokussierung und die Körperwahrnehmung essentiell sind. Insofern ist das zuständige Hirnnetzwerk für die Wahrnehmung von Hautberührungen viel komplexer als bisher angenommen (Rullmann et al. 2019).

Die Entwicklung eines Kindes als Subjekt hängt besonders von der Qualität körperlicher Berührungserfahrungen mit seinen primären Bindungspersonen ab. Gedeemütigte, geschlagene oder sexuell missbrauchte Kinder leiden eher an psychischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Entwicklungsrückständen im Erwachsenenalter als Menschen, denen solche Erfahrungen in jungen Jahren erspart geblieben sind. Insofern entstand die Frage, worin die eigentlichen Gründe für die größere Verwundbarkeit liegen und ob diese eventuell mit einer veränderten Wahrnehmung von Berührung zusammenhängen. Berührungen beeinflussen die Gehirnentwicklung, vermitteln ein Gefühl für den eigenen Körper und dienen auch als Stressregulator. Führen also Gewalterfahrungen im Kindesalter möglicherweise zu einer dauerhaft veränderten Wahrnehmung von sozialen Reizen?

Während der aktuellen Covid-19-Pandemie war bezüglich der Folgen von sozialer und physischer Distanzierung zu beobachten, dass Wünsche nach intimen Berührungen mit der Dauer sozialer Distanzierung umso deutlicher zutage treten. Dabei spielen weniger die Menge an unterstützenden Berührungen, die Menschen nach eigenen Angaben in ihrer Kindheit erhalten hatten, eine Rolle, sondern die individuellen Unterschiede im Bindungsstil: Je ängstlicher eine Person gebunden war, desto mehr sehnte sie sich während Covid-19 nach Berührung, und je vermeidender eine Person gebunden war, desto weniger sehnte sie sich in dieser Zeit nach Berührung.² Unabhängig davon hat sich in unserer westlichen Kultur – möglicherweise auch als Antwort auf die digitalisierte, entkörperlichte Welt – eine Berührungskultur entwickelt, die in der steten Zunahme von Yoga-, Massage- und Tantra-Studios, Kuschelpartys und tiergestützten Psychotherapien zum Ausdruck kommt.

Bis zum letzten Jahrhundert wurden liebevolle Berührungen zum sogenannten Gemeingefühl (*sensus communis*) gezählt, einem gängigen Begriff der Psychologie und Physiologie, der alle Sinneswahrnehmungen umfasste, die von innen kommen und nicht als Teil der anderen fünf Sinne galten. In der Zwischenzeit wurde der Begriff des Gemeingefühls durch spezialisiertere Termini wie Körperschema, Körperbild und Körper-Selbst ersetzt (Fuchs 1995). Während das Körperschema konstitutionell bedingt ist, weist der Begriff des Körperbildes auf die Bedeutung des intersubjektiven Kontextes hin, in welchem sich ein solcher Körper entwickelt. Das Körperbild besteht aus einem »System von Wahrnehmungen, Einstellungen und Überzeugungen, die sich auf den eigenen Körper beziehen« (Gallagher 2013 [2005], S. 24; Übers. USV). Das Mentalisierungsmodell kann wertvolle Beiträge zum Verständnis von Entwicklungsfaktoren und Fantasien liefern, die mit der seelischen Repräsentanz des Körpers, also dem Körperbild, einhergehen (Lemma 2014, S. 5). Wenn Resonanz und Reziprozität in der frühen Entwicklung zwischen Baby und primären Bindungspersonen fehlen, können sich weder Repräsentanzen noch ein stabiles Körperbild entwickeln. Folglich können im späteren Lebensalter traumatische Erfahrungen zu einer Resomatisierung führen, was von Dennis Brown als »Dementalisieren« beschrieben wurde (Brown 2006).

Auch wenn wir manchmal in aller Klarheit zu wissen meinen, was wir fühlen, ist es nicht ungewöhnlich, dass wir unserer Gefühle nicht allzu sicher sind, weil sie situativ unbestimmt oder konfliktbelastet sind. Nichts zu fühlen kann ein Hinweis für eine bestimmte Psycho-pathologie sein, muss es aber nicht. Die Tatsache, dass wir nicht immer wissen, was wir fühlen, kommt in den aktuellen Beiträgen zu Affekten und Emotionen deutlich zu kurz (Jurist 2018). Eine Voraussetzung, Erleben frühester Entwicklung in Psychotherapien zu erkennen und zu nutzen, ist die Fähigkeit, körperliche Empfindungen, die häufig als Affekte in Erscheinung treten, zu erspüren und sie in einem aufmerksamen Wahrnehmungsprozess zu Emotionen zu entwickeln.

Das Fehlen von Einfühlung ist neben dem Hass Folge fehlender

Affektregulation im teleologischen Modus, eine häufige Bedingung für aggressive Impulsdurchbrüche bis hin zu Mord- oder Tötungshandlungen. Die Fähigkeit der Einfühlung setzt eine hinreichend gute Entwicklung der klassischen fünf Sinne (Hören, Riechen, Schmecken, Sehen, Tasten) voraus, die durch weitere Sinneskompetenzen, wie z.B. den Temperatursinn (Thermorezeption), die Schmerzempfindung (Nozizeption), den Gleichgewichtssinn (Vestibulärer Sinn), die Tiefensensibilität (Propriozeption) und einer Reihe von Interozeptoren (z.B. für Durst, Hunger und Blutdruckregulation) als »Fühler« ergänzt werden. Ohne diese »Sinne« – Leikert (2019a) spricht deshalb sehr treffend von einem sinnlichen Selbst – wäre unsere Wahrnehmung sehr eingeschränkt. So können Menschen, für die Angstsymptome eine vitale Katastrophe bedeuten (eine Herzattacke wird mit einem Gefühl des Sterbens verbunden), diese in ihrer Intensität in der akuten Situation einer Panikattacke nicht begrenzen. Es spricht vieles dafür, dass dieses Erleben auf instabilen Repräsentanz-Erfahrungen im prozeduralen Gedächtnis beruht, die sich aus einer entweder übertrieben-überflutenden oder einer fehlenden Spiegelung kindlicher Emotionen durch frühe Bindungspersonen bilden. Dadurch kommt es zu einer neurobiologisch unterbrochenen repräsentationalen Kartierung (Fonagy et al. 2004 [2002], S. 35). Fehlen Repräsentanzen oder sind sie nicht miteinander verbunden, äußert sich dies in Form eines prämentalistischen Modus (vgl. Kap. 5.1). Erst spezifische therapeutische Interaktionen, die mit kongruenten Spiegelungsprozessen einhergehen, ermöglichen einen mentalisierenden und schließlich reflektierenden Modus. Der von Diez Grieser und Müller (2018) neu eingebrachte und von uns hier ausgearbeitete Körper-Modus ist im Mentalisierungsmodell bisher noch nicht existent. Der im Mentalisierungsmodell aktuell genutzte Begriff *embodied mentalizing* trifft die mit dem Körper-Modus erfassten Phänomene u.E. nicht: Im Körper-Modus wird (noch) nicht mentalisiert. Unabhängig von der Art des jeweiligen prämentalistischen Modus können bestimmte Sinneserfahrungen für sich allein bezüglich einer interpersonellen Homöostase nicht sinnvoll genutzt werden, weil es an stabilen Repräsentanzen mangelt, mit denen die Sinneserfahrungen strukturiert werden können.