



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 zugrunde liegend 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 mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers
6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen
8. Band: Mentalisieren bei Essstörungen
9. Band: Mentalisieren bei Psychosen
10. Band: Mentalisieren in Musik-, Körper- und Kunsttherapien
(Arbeitstitel, erscheint 2025)

Weitere Bände in Vorbereitung

Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren des Körpers

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de
J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart
info@klett-cotta.de

© 2021/2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH,
gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und
Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten
Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von Addictive Stock / photocase.de
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten
Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck
ISBN 978-3-608-98842-0
E-Book ISBN 978-3-608-12338-8
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20684-5

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

1 Einführung in ein komplexes Thema	7
1.1 Affekte, Gehirn und Körper – Zur Entwicklung eines affektiven Selbst	20
1.2 Bindung und Entwicklung eines mentalisierenden Selbst	42
1.3 Zu den Innovationen des Mentalisierungsmodells	55
1.4 Wo ist der Körper im Mentalisierungsmodell?	72
1.5 Persönlichkeitsstörungen ohne Körper?	80
2 Der Körper und seine Beziehung zu Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen	86
2.1 Mentalisieren in Anamnese, Erstgespräch oder Erstkontakt	97
2.2 Der verschwindende Körper in Online-Video-Therapien	122
3 Die Entdeckung des Körpers in der frühen Psychosomatik	127
3.1 Trauma als transdiagnostische Affektregulationsstörung	138
3.2 Die Pariser Psychosomatik-Schule – Pionierin des Mentalisierungsmodells	147
3.3 Alexithymie und/oder Autismus-Spektrum-Störung	151
3.4 Das diagnostische Dilemma	159
3.5 Körper-Modus als Massenphänomen	170
4 Bodily oder mental states? Zur Entwicklung eines mentalisierten Selbst	175
4.1 Intersubjektive Entwicklungsbedingungen bezüglich eines Körper-Selbst	189
4.2 Körper-Modus (body mode) oder verkörpertes Mentalisieren (embodied mentalizing)?	197
4.3 Wenn der Körper des Psychotherapeuten »streikt« oder »spricht«	206
4.4 Dimensionen des Mentalisierens bei somatoformen Belastungsstörungen	211

5 Somatisieren oder Mentalisieren?	215
5.1 Prämentalisierende Modi	217
5.2 Der Körper-Modus (body mode) – Klinische Beispiele	221
5.3 Teleologischer Modus und Körper	230
5.4 Äquivalenz-Modus und Körper	231
5.5 Als-ob-Modus und Körper	233
6 Mentalisierungsfördernde Therapie	236
6.1 Mentalisieren bei Patienten mit somatoformen Störungen	238
6.2 Nicht-mentalisierungsfördernde Interaktionen	255
6.3 Mentalisieren in Gruppentherapien für SBS-Patienten	256
6.4 Wie lernen Psychotherapeut*innen Mentalisieren?	269
Literatur	275

KAPITEL 1

Einführung in ein komplexes Thema

Die Beziehung zwischen dem Körper und psychischen Prozessen anhand des Konzepts des Mentalisierens ist noch weitgehend unerforscht. Indogermanische Sprachwendungen verbinden jedoch körperliche Erfahrungen mit Emotionen und psychosozialen Phänomenen (»Das geht mir unter die Haut!«). In der menschlichen Entwicklung stehen wir vor der Herausforderung, subjektive Körperwahrnehmungen genau zu beschreiben und sie von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensimpulsen zu unterscheiden.

Mentalisieren wird als eine Fähigkeit eingeführt, innere mentale Zustände zu verstehen und sie sich selbst und anderen zuzuschreiben, die eng mit Körperwahrnehmungen verbunden sind. Ein mit Patient*innen zu entwickelndes gemeinsames Vokabular und Verständnis werden hervorgehoben, um das komplexe Zusammenspiel zwischen Körper und Seele zu verstehen.

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, aber auch 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«, d. h. eine Spur suchen (gleichzeitig Fortbewegen und Schnuppern). Auch »fühlen« wird als aktive Tätigkeit, als Akt der Hinwendung zur eigenen inneren Bewegung, definiert (Fiedler et al. 2011). Im Wort »Wahrnehmen« steckt der komplexe Vorgang von sinnlicher Perzeption, 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 u. a. 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«, »da stockt mir der Atem«). 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 Körperwahrnehmungen entwickeln, 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 entstehen aus Proprio-, Extero- und Interozeption. Propriozeption bezeichnet die Wahrnehmung 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 definierte Fonagy (1991) die Fähigkeit, bewusste und unbewusste psychische Zustände bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, als eine Fähigkeit zu mentalisieren. Später wurde unter Mentalisieren eine meist vorbewusste imaginative Fähigkeit verstanden, *terms of mental states* (Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche) intentional auszutauschen. Erst dadurch verstehe 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, wurde durch die britische Definition des Mentalisierens noch nicht gelöst, denn der Körper fand so gut wie keine theoriebildende Berücksichtigung.

In den vergangenen Jahren ist sowohl innerhalb der Psychoanalyse als auch in der Neuropsychoanalyse und im Mentalisierungsmodell ein zunehmendes Interesse an Affekten und Emotionen sowie Körper-

phänomenen zu beobachten, etwa durch Sebastian Leikert (2019a, 2019b), Alessandra Lemma (2014, 2018, 2024), Riccardo Lombardi (2022, 2023) und viele andere mehr. Dieses äußert sich in ebenso erfrischenden wie theoretisch unverbundenen Konzepten bezüglich eines besseren Verständnisses und einer spezifischeren Behandlungstechnik verschiedenster Störungen. Sie eint mit Winnicott (2014 [1949], S. 244) die Erkenntnis, dass die psychische Aktivität der körperlichen folgt (und nicht umgekehrt):

Versuchen wir also, das sich entwickelnde Individuum zu betrachten, indem wir am Anfang beginnen. Hier ist ein Körper, und die Psyche und das Soma sind nicht zu unterscheiden, außer je nach der Richtung, aus der man schaut. Man kann auf den sich entwickelnden Körper oder auf die sich entwickelnde Psyche schauen. Ich nehme an, dass das Wort Psyche hier die imaginative Ausarbeitung von somatischen Teilen, Gefühlen und Funktionen, d. h. von körperlicher Lebendigkeit meint (Übers. USV).

Die somatopsychische Basisorganisation beginnt bereits pränatal. Auch wenn der Fötus nicht viel sehen kann, gibt es andere Sinnesreize, die er schmeckt, fühlt und vor allem über die bedeutsame Stimme der Mutter (bzw. der Eltern) hört. »Vorgeburtliche sensorische Erfahrungen prägen die Organisation des sich entwickelnden Gehirns, indem sie die früheste Instillation komplexer Nervenverbindungen stimulieren« (Wermke 2024, S. 65). Dies setzt sich postnatal fort über die Haut, über das Stillen, über den Babygesang und andere Körper-Interaktionen, die vermutlich Proto-Selbst-, Proto-Affekt- und Proto-Objekt-Strukturen fördern und für den Säugling unter der Voraussetzung einer hinreichend guten und sicheren Bindungserfahrung eine weitere Entwicklung stabiler Repräsentanzen ermöglichen, die ihm erste Schritte der Selbstentwicklung als Individuum erlauben. Eugenio Gaddini (1991 [1998], S. 25) war der festen Überzeugung, dass »das physiologische Lernen notwendigerweise dem psychischen Lernen vorausgeht. Solange der fetale Zustand anhält, kann diese Abfolge als ursprünglicher Ausdruck des Körper-Psyche-Funktionskontinuums angesehen werden [...], das der Geburt vorausgeht«. Nach den entwicklungspsychologischen

Erkenntnissen dominiert das Körper-Psyche-Funktionskontinuum postnatal mindestens bis zum neunten Lebensmonat und spielt lebenslang als Körper-Modus (»body mode«) eine bedeutsame Rolle, wenn bezüglich der Affektregulation auf den Körper zurückgegriffen werden muss. Dies ahnend spricht Lombardi (2023, S.35) von der Bedeutung des Körpers als Container der subjektiven Erfahrung. Denn erst über Resonanzerfahrungen bezüglich der Stimme (!), der Haut, der Extremitäten oder des Körpers als Grenze bilden sich Repräsentanzen des Körper-Selbst, die wiederum Körperfantasien oder Fantasien im Körper ermöglichen, die dann erst über das Sprechen erschlossen werden können. Ähnlich der langsamen Entwicklung des Sprechens ist es bis dahin entwicklungskörperlich und -psychologisch allerdings ein weiter und störanfälliger Weg, der primär über die Affektregulation und die Integration empirisch belegter prämentalisierender Modi verläuft. Insofern lautet die **aktuelle Definition** von Mentalisieren, welche die bisherige britische Definition (ohne Körper) erweitert:

Mentalisieren ist eine meist vorbewusste imaginative Fähigkeit, »terms of bodily states« (*Körperzustände und -wahrnehmungen*) und »terms of mental states« (*Gedanken, Gefühle, Überzeugungen und Wünsche*) von sich selbst und anderen (z. B. in der Gruppe) *intentional* auszutauschen. Dadurch versteht ein Individuum bzw. eine Gruppe implizit und/oder explizit die Handlungen von sich selbst und anderen als sinnhaft.

Diese Erweiterung des Mentalisierungsbegriffs ist notwendig, weil die Annahme, dass ein bestimmtes »Mentalisieren« der Sprachentwicklung vorausgehe, mit der bisherigen Definition von Mentalisieren in Widerspruch steht, dass erst mit der Integration der drei prämentalisierenden Modi: teleologischer, Äquivalenz- und Als-ob-Modus, Mentalisieren möglich ist, was etwa mit dem vierten Lebensjahr zu beobachten ist (Fonagy et al. 2004 [2002]). Aus unserer Sicht können 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,

deshalb nicht als ein »verkörpertes« oder »verleiblichtes Mentalisieren« (*embodied mentalizing*) bezeichnet werden, sondern als eine proto-mentale oder -mentalisierende kommunikative Bewegung.

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 Urinalanalysen 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 dem Aufsatz »The Psychosoma and the Group« nutzte: »Die Bedeutung körperlicher Symptome und Ausdrücke muss entdeckt werden und auf der primitivsten (>wahrlich< psychosomatischen oder proto-mental) Ebene für Mentalisierung erschaffen werden, um Somatisierung zu umgehen, oder besser noch, um aus ihr herauszuwachsen« (Brown 1985; Brown 2006, S. 21; Übers. USV). So scheint auch Brown ganz offensichtlich schon die Idee gehabt zu haben, dass man im vorsprachlichen Bereich eher von proto-mentalisierenden Prozessen sprechen sollte, so wie sie später u.a. in Musik-, Kunst- und Körpertherapien vor dem Mentalisieren zum Ausdruck kommen.

Affekte und Emotionen sowie deren Regulation oder Dysregulation 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« Krankheitssymptome erst einmal sprachlicher Differenzierung entzie-

hen. 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 bestätigen, 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, wohingegen Angst und Ekel vor Gefahren warnen. Der Umgang mit persistierenden »schwierigen« Affekten von Patient*innen wie von sich selbst stellt sowohl eine zentrale Herausforderung als auch eine Kompetenz für Therapeut*innen dar (Plassmann 2019a).

Dieses Buch sollte einmal den Titel »Mentalisieren bei Somatisierungsstörungen« tragen. 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. Inzwischen ist auch gut belegt, dass stationär behandelte Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für verschiedene Arten von psychischen Störungen und Selbstmordversuchen, insbesondere im ersten Jahr nach der Einweisung, unabhängig von ihrer genetischen Anfälligkeit für die untersuchten psychiatrischen Erkrankungen aufweisen (Yang et al. 2024). Der Körper ist folglich gleichzeitig Quelle und Projektionsfläche für verschiedene Mentalisierungsstörungen. Dies gilt auch für neurologische Erkrankungen, wie z. B. Morbus Parkinson, Myasthenia gravis, Multiple Sklerose und Wurzelkompressionssyndrome, bei denen durch spezifische Übertragungskonstellationen plötzliche Symptomverbesserungen beobachtbar sein können (Kütemeyer 1979; Kütemeyer & Schultze-Venrath 1996a).

Dieses Buch beruht auf der Erfahrung fast 50-jähriger Arbeit in der Psychosomatischen 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 Buches.

Während das bio-psycho-soziale Modell der Psychosomatik das aktuell umfassendste Krankheitsmodell mit einem polypragmatischen

Behandlungskonzept ohne Evaluation ist (Egle et al. 2020), stammt die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) zunächst aus der Not wenig wirksamer Psychotherapien von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Fonagy et al. 2015 [2004]; Bateman et al. 2023). Neben der MBT haben sich die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Linehan 1993), die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) (Kernberg et al. 2008) und die Schematherapie (ST) (Kellogg & Young 2006) in den vergangenen zwei Jahrzehnten als evidenzbasiert etabliert (Storebø et al. 2020). Die Techniken der vier Behandlungskonzepte (MBT, DBT, ST, TFP), die inzwischen als die »Big 4-Treatments« zusammengefasst werden (Rameckers et al. 2021), entstammen unterschiedlichen therapeutischen Traditionen (psychodynamisch, kognitiv-behavioral, humanistisch und systemisch) und haben ihre Vorstellungen über die Entwicklungswege von Persönlichkeitsproblemen und deren bestmögliche Behandlung immer wieder verfeinert (Taubner & Sharp 2024).

Im Unterschied zu den anderen drei Konzepten (DBT, TFP und ST), die primär für die Behandlung von (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden, werden Mentalisierungsbasierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie (MBT/MBT-G) inzwischen bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Störungen und auch auf anderen Feldern (z.B. Familien- und Sozialtherapie, Lehrerausbildung, Organisationsberatung) erfolgreich eingesetzt. Ein wissenschaftlicher Austausch über die spezifischen Wirkfaktoren der verschiedenen Behandlungskonzepte sowie des bio-psycho-sozialen Modells ist ein wissenschaftliches Desiderat, das noch seiner Bearbeitung harrt. Interessanterweise wird jedoch weder in der DBT noch in der TFP oder ST auf Körperphänomene und -störungen theoretisch Bezug genommen, obwohl diese sehr häufig bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen zu beobachten sind.

Das Mentalisierungsmodell ist für die Psychosomatik und noch mehr für die Psychiatrie ein zukunftsweisendes Projekt, weil es relevante Erkenntnisse der Neurowissenschaften, der Kognitiven Psychologie und der modernen Ansätze der Psychoanalyse unter dem Aspekt der Behandlungsmöglichkeiten zu integrieren versucht. Neben einem besseren Verständnis wird auch eine *gemeinsame und zunehmend differenziertere* Sprache benötigt, um die komplexen Prozesse des Rück-

zugs 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. Dieses Phänomen ist häufiger bei Patienten mit somatoformer Belastungsstörung, Depersonalisation und antisozialer Persönlichkeitsstörung zu beobachten. Mentalisieren als Prozess (und nicht Mentalisierung als Substantiv!) findet sich als Wesensmerkmal auch in anderen Psychotherapien, wenn sie sich als wirksam erweisen, obwohl 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 Faches 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 jedoch 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-mentalier 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 proto-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 gedächtnistheoretisch bedeutsam sind.

Erinnerungen sind dynamische Konstrukte, deren Eigenschaften sich mit der Zeit und der Erfahrung verändern. Die biologischen Mechanismen, die dieser Dynamik zugrunde liegen, sind nach wie vor rätselhaft, insbesondere die Frage, wie Verschiebungen in der Zusammensetzung der gedächtniskodierenden neuronalen Ensembles die Entwicklung eines Gedächtnisses im Lauf der Zeit beeinflussen. Eine Baseler Forschungsgruppe entdeckte, dass im Hippocampus, der für das Lernen verantwortlich ist, ein einziges Ereignis parallel in mindestens drei verschiedenen Gruppen von Neuronen gespeichert wird (Kveim et al. 2024). Laut dieser Autoren unterscheiden sich diese Neuronen vor allem hinsichtlich ihres Alters: Die ältesten Neuronen entstammen der embryonalen Entwicklung, die jüngsten entwickeln sich in deutlich späterem Alter, wobei die ältesten Neuronen ein Ereignis langfristig speichern und sich deren Gedächtniskopie im Lauf der Zeit stärkt. Bei den später entwickelten Neuronen verhält es sich umgekehrt: Ihre Gedächtniskopie ist anfangs sehr stark, verblasst aber mit der Zeit, sodass das Gehirn nach einer Weile nicht mehr darauf zugreifen kann. Bei einer dritten Gruppe von Neuronen bleibt deren angelegte Kopie fast gleichbleibend stabil. Die drei unterschiedlichen Erinnerungskopien unterscheiden sich darin, wie leicht sie sich verändern lassen und an neue Erfahrungen der Umwelt angepasst werden können. Erinnerungen, die von den späten Neuronen nur kurz gespeichert werden, sind sehr formbar und können umgeschrieben werden, was

Optionen für Psychotherapien, z.B. mit traumatisierten Patienten, eröffnet.

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, welche 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: Es 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/manchem 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 ableiten-

den theoretisch-technischen 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 von Ausbildungskandidat*innen ist ein Hinweis darauf (Grünewald-Zemisch 2019).

Neben einer Spaltung zwischen Seele und Körper in Psychologie und Psychoanalyse und den von ihr abgeleiteten Verfahren ist 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 reziproken 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, der durch vier Merkmale bestimmt wird: 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 auf dem Boden des Intentionalitätsbegriffs 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 so 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), welche die Betreffenden erst einmal nicht zur Sprache bringen können. Die SARS-CoV-2-Pandemie mit ihren präventionsbedingten Video-Psychotherapien machte vielen Therapeut*innen deutlich, dass es online zu Brüchen zwischen Sprechen und Körper, zu einem sogenannten *disembodiment* kommt (Weinberg & Rolnik 2020), das am besten mit Entkörperlichung übersetzt wird. Gleichzeitig rückte in den Fokus, wie förderlich körperliche Präsenz für eine gelingende therapeutische Interaktion ist. Die psychoanalytische Gemeinschaft versäumt jedoch immer noch die Reflexion, dass auch das Couch-Setting eine Art *disembodiment* fördern kann, wenn sich der Therapeut hauptsächlich auf das Zuhören und die assoziative und imaginative Aktivität einlässt, ohne auf die (zwischen-)körperlichen Prozesse zu achten.

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

Die Bedeutung von eigener und fremder Berührung sowie körperlicher Interaktionen kann für die menschliche Entwicklung und das Wohlbefinden nicht genug betont werden. Neugeborene sind

auf körperlichen Kontakt und stimmliche Klänge angewiesen, um verschiedene Körperfunktionen zu regulieren. Die verschiedenen Aspekte der Berührung, einschließlich ihrer Rückkopplungseffekte, reichen von frühen Bindungserfahrungen bis hin zu kulturellen Praktiken und unterstützen das Zusammenspiel von Körper und Psyche. Sie gestalten unsere Erfahrungen und Wahrnehmungen und fördern die 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 vergangenen 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. Demnach ist das zuständige Hirnnetzwerk für

die Wahrnehmung von Hautberührungen viel komplexer als bisher angenommen (Rullmann et al. 2019). So sind spezielle Berührungsnuronen für die sexuelle Empfänglichkeit erforderlich und regen die Dopaminausschüttung im Gehirn an. Das Ausschalten solcher Neuronen durch die Arbeitsgruppe um Elias (2023) führte dazu, dass weibliche Mäuse die Männchen ablehnten, mit denen sie sich normalerweise zu paaren versucht hätten. Dies belegt, dass ein spezieller Haut-Gehirn-Schaltkreis die belohnende Qualität sozialer Berührung kodiert.

Die Entwicklung eines Kindes als Subjekt hängt besonders von der Qualität körperlicher Berührungserfahrungen mit seinen primären Bindungspersonen ab. Gedemütigte, 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 ergab sich 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 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 traten. Dabei spielten 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.¹ Unabhängig davon hat sich in

1 Aikatherina Fotopoulou: Social versus Physical Distancing: Experiences and Desires of Social Touch During COVID-19 and in Psychotherapy am 11. 07. 2020, Neuropsychanalysis Around the World. <https://npsa-association.org/event-details/neuropsychanalysis-around-the-world-abstracts/>.

unserer westlichen Kultur – möglicherweise auch als Antwort auf die digitalisierte, entkörperlichte Welt – eine Berührungssubkultur entwickelt, die in der steten Zunahme von Yoga-, Massage- und Tantra-Studios, Kuschelpartys und tiergestützten Psychotherapien zum Ausdruck kommt.

Bis zum vergangenen 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 Körperbilds auf die Bedeutung des intersubjektiven Kontextes hin, in dem 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 Körperbild unterliegt gesellschaftlichen und modischen Strömungen, an denen z.B. die Schönheitschirurg*innen und Tätowierer*innen ihr Geld verdienen.

Das Mentalisierungsmodell kann wertvolle Beiträge zum Verständnis von Entwicklungsfaktoren und Fantasien liefern, die mit der durchaus fluiden 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 mit dem Begriff des »Dementalisierens« 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 Psychopathologie sein, muss es aber nicht. Die Tatsache, dass wir nicht immer wis-

sen, 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 oder nicht gelingender 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 eine 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) bzw. nicht entwickelten Repräsentanzen. Fehlen Repräsentanzen oder sind sie nicht miteinander verbunden, äußert sich dies in Form prämentalisierender Modi (vgl. Kap. 5.1). Erst spezifische therapeutische Interaktionen, die mit wiederholten, kongruenten Spiegelungsprozessen einhergehen, ermöglichen einen mentalisierenden und schließlich reflektierenden Modus. Der von Diez Grieser und Müller (2018, 2024) in unserer Reihe »Mentalisieren in Klinik und Praxis« entwicklungspsychologisch eingebrachte und von uns klinisch ausgearbeitete Körper-Modus fehlte bis vor Kurzem im Menta-

lisierungsmodell. Der stattdessen aktuell genutzte Begriff *embodied mentalizing* im britischen Mentalisierungsmodell trifft die mit dem Körper-Modus erfassten Phänomene unseres Erachtens nicht: Im Körper-Modus kann (noch) nicht mentalisiert werden. Erstmals tauchte der Terminus *embodied mentalizing* in einem Kapitel über Essstörungen von Skarderud und Fonagy mit folgender Definition im Glossar auf: Es seien Phänomene, »bei denen der Körper benutzt wird, um Momente des mentalen Versagens auszufüllen« (Skarderud & Fonagy 2012, S. 359; Übers. USV). Der Begriff wird weiter gefasst und umfasst mentale Zustände, die sich auf das körperliche Sein einer Person beziehen, einschließlich Wahrnehmungen und Kognitionen über körperliche Funktionen und sensomotorische Wahrnehmung« (Skarderud & Fonagy 2012, S. 359). Aber: *Embodied mentalizing* spiegelt die im Körper-Modus erfassten Phänomene wenig präzise wider: Denn der Körper-Modus ist ein Modus vor dem Mentalisieren: »Der Körper ist kein Gefäß für unerwünschtes psychisches Leben; er informiert und unterstützt das psychische Leben« (Jurist 2022, S. 200). Unabhängig von der Art des prämentalisierenden Modus können bestimmte Sinneswahrnehmungen allein nicht sinnvoll auf die zwischenmenschliche Homöostase übertragen werden, wenn stabile Repräsentationen zur Strukturierung der Sinneserfahrungen fehlen.

Die Entwicklung eines Körper-Selbst ist ohne die Entwicklung stabiler neuronaler Strukturen des Gehirns, einschließlich eines Gedächtnissystems nicht zu denken. Lebendige Systeme bestehen aus offenen, zirkulären Feedback-Schleifen, in denen die Systemkomponenten reziprok, entweder horizontal oder vertikal zirkulär interagieren. Inzwischen ist hinreichend belegt, dass die Regulation des Immunsystems wie des Hormon- und Nervensystems in ihrer Funktionsweise nicht mehr für sich isoliert, sondern nur in Form wechselseitiger Beeinflussung verstanden werden kann (Federschmidt 2017). So tragen Immunzellen sowohl Rezeptoren für Neuropeptide (Transmitter des Nervensystems) als auch für Hormone. Umgekehrt tragen Nervenzellen Rezeptoren für die Botenstoffe des Immunsystems, wobei den Zytokinen eine zentrale Rolle bei der Kommunikation zwischen den Zellen des Immunsystems zukommt. Alle immunologischen Organe sind mit Fasern des Nervensystems verbunden. Botenstoffe des Immunsystems

nehmen ebenso wie die Hormone Einfluss auf das zentrale Nervensystem und damit auf das psychische Befinden.

Vor dem Hintergrund dieser bio-psycho-sozialen Verschränkungen ist der Körper Spiegel der Seele und die Seele auch Spiegel des Körpers. So interagieren die Hormone in der Mutter-Kind-Dyade bei beiden, einschließlich des Blutzuckers und des Adrenalins, des Lächelns, der Gesten und der Emotionen. Dies entspricht dem, was Winnicott (1958) mit der berühmten Formulierung: »Es gibt so etwas wie ein Baby nicht. Es gibt nur ein Mutter-Kind-System« zu erfassen suchte.

Das Gehirn wird heute als ein aktives Organ gesehen. Im Sinne eines *predictive brain* generiert es Vorhersagen und Hypothesen von Sensationen (im Sinne von Erwartungen) und ist nicht auf Reizreaktionen beschränkt. Es sagt physiologische Bedürfnisse vorher und versucht, diese zu erfüllen, bevor sie vom Körper benötigt werden (wenn sich der Blutdruck z.B. erst nach dem Zum-Stehen-Kommen änderte, würde man ohnmächtig). Dies ist energetisch deutlich ökonomischer und dient der Anpassung an Herausforderungen (»Allostase«).

Umgekehrt spielen individuelle Prägungen der frühen Kindheit und der Adoleszenz in Form von Erwartungen eine wesentliche Rolle. So berichten Probanden von einem geringeren Schmerz, wenn die Schmerz-Erwartung niedriger war als die reale Reizstärke. Wird ein intensiver Schmerz erwartet, ist die Wahrnehmung deutlich höher. Dies ist bei ängstlichen Menschen besonders ausgeprägt (Paulus & Stein 2010): Nebenwirkungen von Antidepressiva werden intensiver von chronisch depressiven Patienten wahrgenommen, die zusätzlich an einer Panikstörung leiden (Shankman et al. 2017). Dies wird einer erhöhten Sensibilität für Veränderungen im Körper zugeschrieben, wodurch solche Patienten einem höheren Risiko ausgesetzt sind als jene ohne Panikstörung. Ob die Interozeption stärker oder weniger ausgeprägt ist, scheint vom Bindungsstil und den Bindungs-Repräsentanzen abhängig zu sein. Diskrepanzen zwischen einem erwarteten und einem empfundenen inneren Zustand können ein breites Spektrum maladaptiver Verhaltensweisen fördern, die darauf abzielen, das innere Milieu zu verändern, um dem erwarteten Zustand zu entsprechen.

Fehlt über längere Zeit ein emotional-körperliches Feedback über eine sichere Bindung, hat dies dramatische Folgen: Rumänische Waisenkinder, die gegen Ende der Ceaușescu-Ära ihre ersten Lebensmonate in extremer emotionaler Deprivation verbringen mussten, hatten im Erwachsenenalter um 8,6% kleinere Gehirne als britische Kinder, die gleich nach der Geburt adoptiert worden waren (Mackes et al. 2020). Diese Veränderungen betrafen vor allem Hirnregionen, die mit Funktionen wie Organisation, Motivation, Integration von Informationen und Gedächtnis verbunden sind. Interessanterweise war der rechte untere Temporallappen bei den rumänischen Heimkindern größer als bei den englischen Adoptivkindern, was als Versuch des Gehirns interpretiert wurde, negative Auswirkungen der Deprivation zu kompensieren. Kinder mit dem größten Wachstum in diesen Regionen zeigten in geringerem Ausmaß ADHS-Symptome.

Ein neuronal und neuroendokrin begründeter Mangel behindert ein ausgewogenes Mentalisieren bezüglich der Fähigkeit, Stressoren und Affekte aller Art adaptiv neu zu kalibrieren (Abb. 1.1-1). Neben der Verminderung synaptischer und dendritischer Verbindungen im Gehirn ist das Stress-System – die HPA-Achse – und damit die Affektsteuerung massiv beeinträchtigt. Auch eine Reihe von Neuropeptiden ist beeinträchtigt, von denen Oxytocin am besten untersucht ist. Oxytocin hat sich als bedeutsam bezüglich sozialer Zugehörigkeit, des Bindungsverhaltens, sozialer Unterstützung, mütterlichen Verhaltens und Vertrauens sowie bezüglich des Schutzes vor Stress und Ängsten herausgestellt. Emotionaler und auch sexueller Missbrauch in der Kindheit sind u. a. mit verminderten Oxytocin-Spiegeln im Liquor bei erwachsenen Frauen assoziiert (Heim et al. 2009). Dies alles hat auch als soziales Schicht-Problem Bedeutung. Menschen mit geringem und mittlerem Einkommen sind nicht nur häufiger besonderen Stressoren ausgesetzt, die sie für alle möglichen somatischen wie psychosomatischen Erkrankungen, einschließlich der Neigung zur Dissoziation, vulnerabel machen, sondern sie sind auch in der Fähigkeit eingeschränkt, den Symptomen mentalisierend etwas entgegenzusetzen (Goldstein et al. 2019; Purgato et al. 2018).