



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 Prämentalisierte 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 prämentalialisierender 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 prämentalialisierenden 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 -mentalisierte 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-mentalen) 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-mentalisierten 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