

**Psychotherapie** kompakt

Hrsg. von Rosner, Seidler, Stieglitz, Strauß, Heinrichs

Sebastian Euler/Marc Walter

# Mentalisierungs- basierte Psychotherapie (MBT)

2., aktualisierte Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Die Autoren**

**Dr. med. Sebastian Euler**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM), Psychoanalytischer Psychotherapeut (EFPP) und Gruppenanalytiker (D3G), ist Ärztlicher Leiter der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am Universitätsspital Zürich (USZ) sowie Senior Research Fellow am University College of London (UCL) bei Peter Fonagy. Er ist zertifizierter MBT-Supervisor und als Dozent für MBT im gesamten deutschsprachigen Raum tätig.

**Prof. Dr. med. Marc Walter**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytischer Psychotherapeut (EFPP), ist Chefarzt und stv. Direktor der Klinik für Erwachsene an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Er ist Autor zahlreicher Publikationen über Persönlichkeitsstörungen und Psychotherapie.

Sebastian Euler  
Marc Walter

# **Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)**

Mit einem Geleitwort  
von Anthony W. Bateman

2., aktualisierte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

2., aktualisierte Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-038695-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-038696-9

epub: ISBN 978-3-17-038697-6

mobi: ISBN 978-3-17-038698-3

# Geleitwort zur Reihe

Die Psychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt: In den anerkannten Psychotherapieverfahren wurde das Spektrum an Behandlungsansätzen und -methoden extrem erweitert. Diese Methoden sind weitgehend auch empirisch abgesichert und evidenzbasiert. Dazu gibt es erkennbare Tendenzen der Integration von psychotherapeutischen Ansätzen, die sich manchmal ohnehin nicht immer eindeutig einem spezifischen Verfahren zuordnen lassen.

Konsequenz dieser Veränderungen ist, dass es kaum noch möglich ist, die Theorie eines psychotherapeutischen Verfahrens und deren Umsetzung in einem exklusiven Lehrbuch darzustellen. Vielmehr wird es auch den Bedürfnissen von Praktikern und Personen in Aus- und Weiterbildung entsprechen, sich spezifisch und komprimiert Informationen über bestimmte Ansätze und Fragestellungen in der Psychotherapie zu beschaffen. Diesen Bedürfnissen soll die Buchreihe »Psychotherapie kompakt« entgegenkommen.

Die von uns herausgegebene neue Buchreihe verfolgt den Anspruch, einen systematisch angelegten und gleichermaßen klinisch wie empirisch ausgerichteten Überblick über die manchmal kaum noch überschaubare Vielzahl aktueller psychotherapeutischer Techniken und Methoden zu geben. Die Reihe orientiert sich an den wissenschaftlich fundierten Verfahren, also der Psychodynamischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Humanistischen und der Systemischen Therapie, wobei auch Methoden dargestellt werden, die weniger durch ihre empirische, sondern durch ihre klinische Evidenz Verbreitung gefunden haben. Die einzelnen Bände werden, soweit möglich, einer vorgegeben inneren Struktur folgen, die als zentrale Merkmale die Geschichte und Entwicklung des Ansatzes, die Verbindung zu anderen Methoden, die

empirische und klinische Evidenz, die Kernelemente von Diagnostik und Therapie sowie Fallbeispiele umfasst. Darüber hinaus möchten wir uns mit verfahrensübergreifenden Querschnittsthemen befassen, die u. a. Fragestellungen der Diagnostik, der verschiedenen Rahmenbedingungen, Settings, der Psychotherapieforschung und der Supervision enthalten.

Harald J. Freyberger (Stralsund/Greifswald)

Rita Rosner (Eichstätt-Ingolstadt)

Günter H. Seidler (Dossenheim/Heidelberg)

Rolf-Dieter Stieglitz (Basel)

Bernhard Strauß (Jena)

# Geleitwort

von *Anthony W. Bateman*

Im Lauf des vergangenen Jahrzehnts gab es ein wachsendes Interesse an Mentalisieren und Mentalisierungsbasierter Therapie (MBT). Dies rührt zum Teil daher, dass Mentalisieren – also die menschliche Fähigkeit, Handlungen von anderen und uns selbst bezogen auf zugrundeliegende mentale Zustände zu verstehen – seine Grundlagen in der Entwicklungs- und Sozialpsychologie sowie Neurobiologie hat. Folglich wurde dieses Konzept in einer Vielzahl an Bereichen untersucht, u. a. der Mutter-Kind-Beziehung, der Dynamik von Paaren und Familien, der Bestimmung von Meilensteinen der Entwicklung wie z. B. dem Übergang von Kindheit zu Jugend sowie in der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen.

Mentalisieren ist ein kognitiver Prozess höherer Ordnung. Höhere kognitive Funktionen (higher-order cognition/HOC) beziehen sich auf Informationsverarbeitungsmechanismen, die nicht auf einem statischen, fest definierten Zusammenspiel von spezialisierten Gehirnregionen und bestimmten neuroanatomischen Verbindungen beruhen. Höhere kognitive Funktionen beruhen auf der Optimierung neuraler Ressourcen und dem Erschaffen von Verbindungen zwischen Verarbeitungssystemen. Ob wir nun höhere kognitive Funktionen als reflexive Funktion, Mentalisieren, soziale Kognition, Metakognition oder Achtsamkeit beschreiben: Das zentrale Unterscheidungsmerkmal all dieser hypothetischen Konstrukte ist, dass sie eine Vorstellung von der Gehirnstruktur als Hierarchie von Abstraktionsschichten und einen Top-Down-Einfluss auf niedrigere Ordnungen dieser neuronalen Pyramide zugrundelegen. In dieser Konzeptualisierung wird angenommen, dass das Gehirn als eine Art Code-Interpret funktioniert und die Konstrukte höherer Ordnung wie Mentalisieren an einer Art virtuellem Arbeitsplatz erscheinen. Evolutio-

när betrachtet könnten höhere kognitive Funktionen tatsächlich dazu da sein, angesichts eines potentiell drohenden strukturellen Schadens der neuronalen Architektur einen gewissen Grad an Belastbarkeit zu liefern. Höhere kognitive Funktionen haben die Fähigkeit, Prozesse im Gehirn neu zu arrangieren und ungeachtet widriger Bedingungen einen Regelbetrieb (»business as usual«) zu gewährleisten. Denkt man an Handlungen als Ausdruck von Gedanken und Gefühlen oder an die Fähigkeit, psychologischen Herausforderungen auf Grundlage psychologischen Wissens zu begegnen, oder daran, Impulse als »eben nur Gedanken« zu bezeichnen, die nicht ausagiert, sondern, im Gegenteil, ernsthaft und bedacht erwogen werden müssen, dann sind das Beispiele dieser höheren Mentalisierungsfähigkeit. Diese Auffassung beschreibt Mentalisierung nicht als einen vollkommen stabilen, konsistenten oder eindimensionalen Prozess. Nicht alle von uns sind fähig, in denselben Umständen im gleichen Ausmaß zu mentalisieren; viele von uns haben Stärken oder Schwächen in gewissen Aspekten des Mentalisierens, und die meisten von uns haben unter Stress oder bei Angst eher Schwierigkeiten zu mentalisieren. Uns allen passiert es, dass wir uns entsprechend der von uns angenommenen »falschen« Vorstellungen über die mentalen Zustände von anderen verhalten, was täglich zu Missverständnissen, Schwierigkeiten und gesellschaftlichen Fauxpas führt.

Mentalisieren ist kein Alles-oder-Nichts-Phänomen. Es erstreckt sich von vollem, effektivem Mentalisieren über ineffektives Mentalisieren bis hin zu fehlendem Mentalisieren. Im täglichen Leben schwankt dies bei Menschen. Die Neurowissenschaften haben vier unterschiedliche Komponenten des Mentalisierens identifiziert, die in eigenen Dimensionen organisiert sind. Für Therapeuten ist es in Ihrer klinischen Praxis der MBT hilfreich, diese vier Dimensionen zu identifizieren. Diese sind: automatisches vs. kontrolliertes Mentalisieren; Mentalisieren des Selbst vs. Mentalisieren der anderen; nach innen fokussiertes vs. nach außen fokussiertes Mentalisieren; kognitives vs. affektives Mentalisieren. Dabei handelt es sich nicht um Dimensionen im üblichen Wortsinn; sie bilden Paare auf Grundlage ihres gemeinsamen Funktionierens als höhere kognitive Funktionen. Um effektiv zu mentalisieren, muss ein Individuum nicht nur fähig sein, eine Balance zwischen diesen Mentalisierungsdimensionen aufrecht zu erhalten, sondern auch, diese angemess-

sen zum jeweiligen Kontext anzuwenden. Eine dauerhafte Bevorzugung der einen oder anderen Seite (oder des ein oder anderen Pols) dieser Dimensionen führt zu einem verzerrten Verständnis mentaler Zustände von einem selbst oder der anderen, was zu tiefgreifenden sozialen und emotionalen Schwierigkeiten führt.

Üblicherweise wird eine Seite von einer oder mehreren Dimensionen vernachlässigt und folglich dominiert dann der entgegengesetzte Pol die soziale Kognition – beispielsweise entsteht exzessiv emotionales Denken bei Abwesenheit von kognitivem Mentalisieren; klinisch scheint der Patient vom affektiven Prozess und emotional getriebenen Entscheidungen bestimmt. Jedoch liegt das Problem im Verlust des Kognitionsverarbeitungssystems. Bei einem anderen Patienten ist das subjektive Erfahren von Selbst-Zuständen beeinträchtigt, der Einfluss von anderen ist beherrschend und das Individuum wird anfällig dafür, ausgenutzt zu werden. Auf der Grundlage unterschiedlicher Beeinträchtigungs-Profile entlang der vier Dimensionen können verschiedene Typen der Psychopathologie unterschieden werden. In anderen Worten: Persönlichkeitsstörungen und zu einem gewissen Grad auch andere psychische Störungen können verstanden werden als unterschiedlich charakterisierte Mentalisierungsprofile. Daher ist es für eine effektive psychotherapeutische Intervention essentiell, auf die Stabilität des Mentalisierens zu fokussieren.

Die Mentalisierungsbasierte Therapie wurzelt in demselben theoretischen Bezugsrahmen wie Mentalisieren und bestimmt spezifische therapeutische Techniken, die die Mentalisierungsfähigkeit fördern sollen. MBT kommt in der Behandlung einer Vielzahl an Störungen zum Einsatz, z. B. Essstörungen, Traumafolgestörungen, Drogenabhängigkeit, allerdings wurden die Techniken primär in Form einer kohärenten Intervention in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Publikation »Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide« von 2006 und später nochmal 2016 zusammengefasst. MBT für Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist neuartig in der Hinsicht, in der die Komponenten verwoben wurden und in der recht beharrlichen Weise, in der der Therapeut versucht, Mentalisieren zu fördern. Letzteres bleibt der wichtigste Faktor, der Mentalisierungstherapien von anderen Psychotherapien unterscheidet. Das Ziel

der Mentalisierungstherapien ist es, den Mentalisierungsprozess des Patienten zu verbessern, ungeachtet des Kontexts, in dem die Therapie stattfindet. Der Mentalisierungstherapeut verwendet keine kognitive Umstrukturierung, er will keine Einsichten liefern und er versucht nicht, direkte Verhaltensänderungen zu bewirken. Der Fokus liegt auf dem Mentalisierungsprozess. Es wäre falsch zu sagen, dass kognitive und Verhaltensänderungen in der MBT nicht passieren oder dass Patienten in der MBT nicht zugrundeliegende Bedeutungen erkennen oder Gründe identifizieren könnten, warum sie sind, wie sie sind. Es ist nachgewiesen, dass dies passiert, jedoch passieren die Veränderungen als Begleiterscheinung, als Epiphänomen. Sie resultieren aus der Entwicklung einer robusteren Mentalisierungskapazität.

Schließlich ist es wichtig zu erkennen, dass MBT sich aus der Erkenntnis heraus entwickelte, dass die Behandlungsergebnisse von unmodifizierter psychodynamischer Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie bei Borderline-Patienten unzureichend waren. Ein verändertes Verständnis der Störung in Verbindung mit einer Therapie, die auf die zugrundeliegende Pathologie abzielt, schien notwendig. Mentalisierung und MBT haben beides geliefert. Doch diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen. Es bleibt viel zu lernen. MBT hat sich im Lauf der Zeit verändert, entsprechend neuer Evidenz und einem besseren Verständnis des Mentalisierungsprozesses, und sie wird sich weiterhin verändern.

Unterdessen liefert dieses Buch von Sebastian Euler und Marc Walter eine exzellente Zusammenfassung des gegenwärtigen Wissensstands und umreißt das theoretische Rahmengerüst. Seine Lektüre sei besonders empfohlen, da es über die alltägliche klinische Praxis berichtet und illustriert, wie bestimmte Mentalisierungstechniken bei Patienten anzuwenden sind.

Anthony W. Bateman  
London, Dezember 2017

# Dank

Wir danken Hannah Lindenmeyer und Silvia Bischoff für die Unterstützung bei der redaktionellen Bearbeitung des Manuskripts. Ulrich Schultz-Venrath möchten wir für den fruchtbaren Erstkontakt mit MBT danken. Er hat das Potential der Methode hervorragend vermittelt, unser Interesse für die weitere Vertiefung in der Auseinandersetzung und Anwendung der Methode geweckt und uns besonders in den Anfängen dabei kollegial begleitet. Unser Dank geht auch an Anthony Bateman und Peter Fonagy für die ständige und gewinnbringende Weiterentwicklung des Modells und ihre stetige Bereitschaft zum persönlichen fachlichen Austausch. Unser Dank gilt darüber hinaus Martin Debanné für seine präzise supervisorische Evaluation unserer Arbeit sowie Svenja Taubner und Almut Zeeck für die Möglichkeit der universitären Kooperationen hinsichtlich Forschung und Anwendung der MBT im deutschsprachigen Bereich. Nicht zuletzt möchten wir allen Patientinnen und Patienten danken, die es uns ermöglicht haben, die Methode »step by step« zu erlernen. Wir bitten um Nachsehen, dass nicht all unsere Interventionen von Anfang an »kontingent« und »gut genug« gewesen sein mögen. Medizinisch, psychiatrisch und psychodynamisch sozialisiert, mussten wir erst wieder lernen, konsequent eine »nicht-wissende Haltung« einzunehmen und »mit der Realität zu spielen«.

Sebastian Euler und Marc Walter  
Basel, im März 2018



# Inhalt

<b>Geleitwort zur Reihe</b> .....	<b>5</b>
<b>Geleitwort</b> .....	<b>7</b>
<i>von Anthony W. Bateman</i>	
<b>Dank</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Ursprung und Entwicklung des Verfahrens</b> .....	<b>17</b>
1.1 Mentalisieren .....	17
1.2 Mentalisierungsbasierte Therapie .....	20
<b>2 Verwandtschaft mit anderen Verfahren</b> .....	<b>22</b>
2.1 Psychodynamische Psychotherapie .....	22
2.2 Andere Behandlungsverfahren bei strukturellen Störungen .....	24
2.2.1 Strukturbezogene Psychotherapie und psychoanalytisch-interaktionelle Methode ....	24
2.2.2 Andere evidenzbasierte Behandlungsverfahren bei Borderline-Störungen .....	25
<b>3 Wissenschaftliche und therapietheoretische Grundlagen des Verfahrens</b> .....	<b>30</b>
3.1 Entwicklungspsychologische und neurobiologische Grundlagen .....	30
3.1.1 Bindung und Entwicklung des Selbst .....	30
3.1.2 Entwicklungspsychologie und Neurobiologie des Mentalisierens .....	32

3.2	Verwandtschaft zu anderen psychologischen Konstrukten .....	38
3.3	Multidimensionalität des Mentalisierens .....	39
3.3.1	Implizites (automatisches) vs. explizites (kontrolliertes) Mentalisieren .....	40
3.3.2	Internal fokussiertes vs. external fokussiertes Mentalisieren .....	42
3.3.3	Mentalisieren des Selbst vs. Mentalisieren des anderen .....	42
3.3.4	Kognitives vs. affektives Mentalisieren .....	43
3.4	Epistemisches Vertrauen .....	45
<b>4</b>	<b>Kernelemente der Diagnostik .....</b>	<b>47</b>
4.1	Klinische Diagnostik .....	47
4.1.1	Phänomenologie des Mentalisierens .....	47
4.1.2	Prämentalistische Modi .....	49
4.2	Operationalisierte Untersuchung des Mentalisierens .....	57
4.2.1	Reflexive Funktion (reflective function).....	57
4.2.2	Andere Untersuchungsverfahren .....	60
<b>5</b>	<b>Kernelemente der Therapie .....</b>	<b>62</b>
5.1	Therapeutische Haltung .....	62
5.2	Interventionelle Prinzipien .....	66
5.3	Spezifische Techniken .....	73
5.3.1	Empathische Validierung .....	73
5.3.2	Klarifikation .....	76
5.3.3	Induktion eines Perspektivenwechsels: Hinterfragen, Irritieren (»challenge«) .....	78
5.3.4	Innehalten (»stop and stand«) und Nochmal zurück (»rewind and explore«) .....	79
5.3.5	Affektelaboration und Affektfokus .....	80
5.3.6	Mentalisieren der Beziehung .....	82
5.4	Überprüfung der Therapie: Mentalisieren wir schon? .....	83
5.4.1	Adhärenz- und Kompetenzskala .....	83
5.4.2	Checkliste Mentalisieren .....	84

---

<b>6</b>	<b>Klinisches Fallbeispiel</b> .....	<b>86</b>
<b>7</b>	<b>Hauptanwendungsgebiete</b> .....	<b>101</b>
7.1	Persönlichkeitsstörungen .....	101
7.1.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	102
7.1.2	Antisoziale Persönlichkeitsstörung .....	112
7.2	Essstörungen .....	119
7.3	Depressionen .....	125
7.4	MBT bei anderen Störungsbildern .....	135
<b>8</b>	<b>Settings</b> .....	<b>138</b>
8.1	Intensive ambulante Therapie .....	138
8.2	Gruppentherapie .....	140
8.2.1	MBT-Einführungsgruppe (MBT-I) .....	140
8.2.2	Gruppentherapie (MBT-G) .....	142
8.3	Stationäre und teilstationäre Behandlung .....	151
8.4	Andere spezifische Settings der MBT .....	155
<b>9</b>	<b>Die therapeutische Beziehung</b> .....	<b>156</b>
<b>10</b>	<b>Wissenschaftliche Evidenz</b> .....	<b>159</b>
<b>11</b>	<b>Institutionelle Verankerung und Informationen zu Aus-, Fort- und Weiterbildung</b> .....	<b>162</b>
	<b>Literatur</b> .....	<b>164</b>
	<b>Sachwortverzeichnis</b> .....	<b>183</b>



# 1 Ursprung und Entwicklung des Verfahrens

## 1.1 Mentalisieren

Der Begriff Mentalisierung (»mentalization«) wurde in seiner aktuellen Verwendung 1991 zuerst von Peter Fonagy verwendet (Fonagy, 1991). Die Begriffe Mentalisierung und Mentalisieren (»mentalizing«) werden synonym gebraucht, wobei Mentalisieren den prozeduralen Charakter besser beschreibt. Fonagy bezog sich bei der Begriffsdefinition einerseits auf den Begriff der »Mentalisation« von Pierre Marty, einem französischen Psychoanalytiker, der den Begriff in den 1960er Jahren eingeführt hatte, um psychosomatische Störungen zu beschreiben. Bei Patienten mit somatoformen Störungen fiel klinisch ein besonders konkretistischer Denkstil (»la pensée opératoire«) auf, der mit einer Schwierigkeit zur Mentalisierung in Verbindung gebracht wurde (Marty, 1990, 1991). Marty beschrieb die Fähigkeit zur Mentalisierung als eine vorbereitete Ich-Funktion, die es ermögliche, basale, triebhafte affektive Erfahrungen in höher organisierte innerpsychische Erscheinungen und Strukturen zu transformieren und zu elaborieren. Damit meint »Mentalisation« also zunächst die Fähigkeit, körpernahes, affektives Erleben als etwas Mentales zu erfassen. Später gingen Theoretiker der französischen Psychosomatik davon aus, dass bei psychosomatischen Patienten auch eine veränderte Form der Kommunikation erforderlich sein könnte, bei der der Arzt<sup>1</sup> mit dem Patienten gemeinsam denken, ihn in den Prozess einbeziehen sowie ihm zur Seite stehen muss, damit er die Freude an der

---

1 Verwendung der männlichen Form aus Gründen der Lesbarkeit, es ist jeweils auch die weibliche Form mitgemeint.

Entwicklung einer Sprache für emotionale Erfahrungen entdecken kann (Aisenstein, Smadja und Noll, 2011).

Zum anderen basierte Fonagys Konzept der Mentalisierung auf der kognitiven »Theorie des Geistes«, der sog. »Theory of Mind (ToM)« (Baron-Cohen, 1997; Fonagy, 1991). Dieser Theorie zufolge sind Kinder erst in einem Alter von vier bis fünf Jahren in der Lage, ihre eigene Wahrnehmung von derjenigen anderer zu unterscheiden bzw. eine Vorstellung davon zu entwickeln, dass ihr geistiger Zustand (»mind«) sich von dem anderer unterscheidet. In diesem Alter begreifen Kinder der Theorie zufolge, dass es sich bei der eigenen Wahrnehmung um ein repräsentationales Abbild der Realität handelt.

Peter Fonagy verknüpfte nun den erwähnten psychodynamischen Ansatz von Marty aus der Psychosomatik mit der kognitionspsychologischen Theory of Mind zu dem Begriff der *Mentalisierung*. Zudem integrierte er die Bindungstheorie in das Konzept, und hier insbesondere die Erkenntnis, dass Bindungsmuster transgenerational weitergegeben werden und dass die reflexive Kompetenz von Eltern zusammen mit ihrem Bindungsmuster die Bindungssicherheit von Kindern vorhersagen können (Fonagy, Steele, Steele, Moran und Higgitt, 1991). Die reflexive Kompetenz bezeichnet dabei die Fähigkeit, sich auf eigene – insbesondere auch auf affektive – Selbstzustände zu beziehen und diese metapsychologisch zu erfassen. Das Selbst wird hier als Repräsentanz internalisierter früher Bindungserfahrungen verstanden. Mentalisierung bzw. mentalisieren ist damit eine Entwicklungserrungenschaft, die aufgrund einer andauernden FehlAbstimmung in den Interaktionen mit den frühen Bezugspersonen generell oder spezifisch beeinträchtigt sein kann.

Insgesamt wurden für das Konzept des Mentalisierens also vor allem Elemente aus den Kognitionswissenschaften, der Psychoanalyse und der Entwicklungspsychologie miteinander verbunden (Fonagy, Gergely und Jurist, 2004; Übersichten bei Dornes, 2004 und Brockmann und Kirsch, 2010). Neurobiologische Untersuchungen und klinische Erkenntnisse wurden später hinzugezogen, um das theoretische Modell empirisch abzustützen (Fonagy und Luyten, 2016; Herpertz, 2011; Schultz-Venrath, 2011; Schultz-Venrath et al., 2012).