

Bindung und Bindungsstörung- ein neuer Schwerpunkt in der KJP?

Hospitalismus:



Südwestfalen-Lippe

- Salimbene von Parma (1221-1288) in der Chronica Salimbenis zum Kinderexperiment Friedrichs II: „sie konnten ja nicht leben ohne den Beifall, die Gebärden, die freundlichen Mienen und die Liebkosungen ihrer Wärterinnen und Ammen.“
- Weitere Beschreibungen finden sich bereits im 17./18. Jhdt, jedoch besteht sehr lange eine große Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Bedürfnisse der Kinder und der Praxis
- v. Pfaundler (1899): „der durch die widernatürliche Säuglingspflege verursachte Schaden muss sich aber nicht darauf beschränken, dass das Kind zeitweise schreit; er kann nicht nur allein das seelische Gleichgewicht des Kindes, sondern auch dessen Gesundheit stören, ja das Leben bedrohen.“

Rene A. Spitz (ab 1935):

- Erste systematische Untersuchungen der
 - Beziehungen zwischen Mutter und Kind
 - Erste Langzeituntersuchungen der
 - Entwicklung Mutter-Kind-Beziehungen, ebenso erste Querschnitt-Studien
 - Erste Filmaufnahmen
 - Beschreibung verschiedener Formen der gestörten Mutter Beziehung:
 - Aktive und passive Ablehnung des Kindes
 - Überfürsorglichkeit
 - abwechselnde Feindseligkeit und Verwöhnung
 - mit Freundlichkeit verdeckte Ablehnung
 - Beschreibung der anaklitischen Depression
- Apathie \longrightarrow Resignation \longrightarrow Retardierung

John Bowlby (ab 1945)

- Bindungsphasen:
 - Vorbindungsphase: (Geburt-6 Wo)
 - Phase des Bindungsbeginns: (6 Wo bis 6-8 Mo)
 - Phase mit bereits gut erkennbarer Bindung (8 Mo -24 Mo)
 - Differenzierungs- und Integrationsphase (ab 18 Monate)
- Beschreibung des Separationsschocks bei Verlust der primären Bezugsperson:
 - Schreien,
 - aktive Suche nach Mutter &
 - Weigerung sich von anderen Personen beruhigen zu lassen (Protest),
 - passives und traurig wirkendes Verhalten (Verzweiflung)
 - aktive Vermeidung der Mutter bei ihrer Wiederkehr („detachment“)

Mary Ainsworth ab 1950:

- Zunächst gemeinsame Arbeit mit John Bowlby an der Tavistock Clinic
- Feldforschungsprojekt in Uganda zu gesunden Mutter-Kind-Beziehungen
- Ab 1970 Entwicklung des „Strange Situation Test“, einer standardisierten Versuchssituation zur Erforschung kindlicher Bindungsmuster:
 - Wie reagieren 1jährige Kinder auf eine kurze Trennung von Mutter (Vater)?
 - Diagnostik per Videoaufnahme
 - Wie reagiert das Kind auf die Rückkehr der Bezugsperson?
- Über den Strange-Situation-Test gelang die Definition von zunächst 3 und im Verlauf dann 4 verschiedenen Bindungstypen.

Mary Ainsworth ab 1950:

- Sicher gebunden (58% der Kinder in Deutschland)
 - Kinder nutzen Bezugsperson als sichere Basis zum Explorieren
 - Wenn sie von ihr getrennt sind, kann es sein dass sie weinen
 - Wenn sie wieder da ist, suchen sie Trost und Körperkontakt, wenden sich dann aber schnell wieder dem Spiel zu
- Unsicher vermeidend gebunden (35% der Kinder in Deutschland)
 - Reagieren auf die Bezugsperson nicht während des Spiels
 - Wenn diese den Raum verlässt bemerken sie es kaum
 - Reagieren auf fremde Personen ähnlich freundlich
 - Kommt die Bezugsperson wieder begrüßen sie diese zögerlich oder reagieren mit Ablehnung, fordern keinen Trost ein.
- Unsicher-ambivalent gebunden (8% in Kinder in Deutschland)
 - Kinder suchen kontinuierlich die Nähe der Bezugsperson, können so nicht die Umgebung explorieren
 - Geht die Bezugsperson, zeigen die Kinder größten Stress, weinen heftig
 - Kommt die Bezugsperson wieder suchen die Kinder einerseits Körperkontakt, zeigen andererseits sich wütend ablehnend, aggressiv, treten und strampeln, schlagen und stoßen
 - Brauchen auch nach einem in den Arm nehmen längere Zeit um sich zu beruhigen
- Unsicher desorganisierte-Bindung (5% der Kinder in Deutschland)
 - Kommt die Bezugsperson wieder zeigt das Kind konfuse sich widersprechende Verhaltensweisen

Bindungstheorie I



Südwestfalen-Lippe

- Das Neugeborene entwickelt eine enge emotionale Beziehung zu einer primären Bezugsperson
- Im Falle von Gefahr (subjektiv oder objektiv) oder Wunsch nach Nähe wird das Bindungsverhalten aktiviert
- Unterschiedliche Eltern-Kind-Bindungsqualitäten bedingen individuelle Unterschiede im Vertrauen gegenüber anderen und, als Folge davon, im Selbstvertrauen
- „Unterschiedliche Bindungserfahrungen mit den Eltern beeinflussen die Bereitschaft, bei emotionaler Belastung andere um Hilfe zu bitten und selbst Hilfe zu geben“
- „Bindungserfahrungen mit den Eltern beeinflussen die Fähigkeiten von Kindern und Erwachsenen, Freundschaften und neue Bindungen aufzubauen“

Bindungstheorie II

- Die Feinfühligkeit der primären Bindungsperson hat großen Einfluss auf die Bindungsentwicklung des Säuglings:
 - Wahrnehmen der Befindlichkeit des Säuglings (ständige Präsenz und nicht zu hohe Wahrnehmungsschwelle)
 - richtige“ Interpretation der Äußerungen des Säuglings aus seiner Sicht gemäß seinem Befinden (nicht gefärbt durch eigene Bedürfnisse)
 - „prompte“ Reaktion, damit der Säugling den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und der mütterlichen Reaktion bilden kann
 - „angemessene“ Reaktion auf die Signale des Säuglings
- Annahme des Kindes in seiner individuellen Eigenart/Temperament
- Mütterliche Fähigkeit, mit dem Säugling zu kooperieren

- Es gibt eine sehr lange Erfahrungstradition, dass für die gesunde Entwicklung eines Säuglings eine verlässliche feinfühlig primäre Bezugsperson wichtig ist
- Die Folgen von Hospitalisierung wurden schon früh beschrieben, jedoch erst die filmische Dokumentation der Hospitalismusschäden ermöglichte schrittweise ein Umdenken in der Säuglings- und Kleinkinderversorgung.
- Über die Forschung an Gedeihstörungen gelang es, die Bedeutung einer primären Bindungsperson für die Entwicklung des Säuglings zu belegen

DSM-III (1980)

313.89 Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter:

- Früher Beginn (> 8 Monate)
- Fehlen einer Fürsorge, die Entwickeln einer emotionalen Beziehung zu anderen Personen ermöglicht (emotionale Vernachlässigung, Isolation durch Aufwachsen in einer Institution)
- Fehlende Entwicklung von Signalen sozialer Gegenseitigkeit
 - Fehlende Augenfolgebewegungen beim Anblick von Augen/Gesichtern bei einem Säugling > 2 Monate
 - Fehlendes Lächeln bei Anblick von Gesichtern bei einem Säugling > 2 Monate
 - Fehlende Gegenseitigkeit visuell/akustisch mit der Fürsorgeperson
 - Fehlende Aufmerksamkeit beim Hören der Stimme der Fürsorgeperson (> 4 Monate)
 - Fehlendes spontanes Rufen nach der Fürsprgeperson ab einem Alter von vier Monaten
 - Fehlen eines Erwartens, hochgenommen zu werden im Alter ab 5 Monaten
 - Fehlende Teilnahme an Spielen mit der Fürsorgeperson im Alter ab 5 Monaten

DSM-III (1980)

- Mindestens drei der folgenden Verhaltensauffälligkeiten
 - Schwaches Weinen
 - Übermäßiges Schlafbedürfnis
 - Fehlendes Interesse an der Umwelt
 - Hypomotilität
 - Reduzierter Muskeltonus
 - Schwacher Suchreflex und Reaktion auf Fütterbemühungen
- Gedeihstörung ohne physische Ursache
- Ausschluß von Autismus oder mentaler Retardierung

Harbauer/Lempp/Nissen/ Strunk (1974): 3 S.

Ausgehend von einer nicht somatisch bedingten Gedeihstörung:

- es liegt ein „meist aufholbarer, nicht erkennbar hirnorganisch oder genetisch bedingter psychophysischer Entwicklungsrückstand vor“
- „veränderte Milieuvoraussetzungen oder genetisch bedingtes verspätetes Nachholen eines Reifungsvorganges führen dann zu einer Normalisierung“
- „Es ist immerhin denkbar und nicht auszuschließen, dass gemachte Erfahrungen, Reize und andere stimulierende Förderungen nicht nur Verhaltensmuster , sondern auch biologische Strukturen ändern bzw. fördern.“
- „Wenn grobe Fehlerziehung durch Kindesmißhandlung oder schädliche Erziehungspraktiken vorliegt, ... , sind notfalls fürsorgerische Massnahmen in Verbindung mit dem Jugendamt mit dem Ziel der Entfernung des Kindes aus dem häuslichen Milieu ... erforderlich“

Graham (1982) 6 S.

Primäre Bindungsstörung:

- Ein Zustand, in dem das Kind, trotz normaler Intelligenz, es nicht schafft, spezifische Bindungen zu einer kleinen Zahl von Fürsorgepersonen aufzunehmen und stattdessen wahllose, aber oberflächliche Bindungen zu jedem Erwachsenen aufbaut, mit dem es in Kontakt tritt
- Hyperaktivität, kurze Aufmerksamkeitsspanne, emotionale Labilität, geringe Frustrationstoleranz und aggressives Verhalten treten oft auf und machen die Abgrenzung zur Hyperkinetischen Störung schwierig
- Ziel sollte die Behandlung der Kinder in einem geordneten Haushalt mit einer begrenzten Zahl an Fürsorgepersonen sein.
- Verhaltenstherapie kann hilfreich sein, um die sozialen Fähigkeiten zu verbessern und besser zwischen Fürsorgepersonen und Fremden zu unterscheiden

Remschmidt/Schmidt (1988) 1 S.

Unter dem Begriff der Bindungsfähigkeit:

- Unregelmäßige und unzuverlässige Betreuung lässt nur eine schwache Bindung zu.
- „Eine solche Inkonsistenz (der Bezugspersonen) führt einerseits zum krampfhaften Festhalten an der Pflegeperson, eine Symbiose, andererseits aber zu einer konstanten Angst im Stich gelassen zu werden, mit daraus resultierender Unfähigkeit, den Erwachsenen zu trauen und eine Beziehung zu Ihnen aufzunehmen und dem Wunsch nach einer gleichbleibenden Umwelt.“

Bindungsrepräsentation I (Main et al. ab 1985)

- Mütter mit sicherer Bindung:
 - Es werden kaum Signale des Kindes übersehen und angemessen auf die Bindungssignale reagiert, sowohl auf die Bindungs- als auch die Explorationswünsche
- Mütter mit vermeidender Bindung:
 - Fehlende Wahrnehmung der Bindungswünsche des Kindes und Förderung der Explorationswünsche dabei immer wieder aktives Eingreifen
 - Emotionaler Rückzug der Mutter bei Nähebedürfnissen oder Frustration des Kindes
- Mütter mit unsicher-ambivalenter Bindung:
 - Reaktion auf die Bindungswünsche des Kindes hängt vor allem vom emotionalem Zustand der Mutter ab
 - Das Explorationsbedürfnis des Kindes wird negativ bewertet
- Die frühkindliche Phase einer Verhaltensorientierung auf eine spezifische Bindungsperson wird ab 3 Jahren schrittweise durch eine mentale Orientierung an Bindungspersonen ersetzt.

Bindungsrepräsentation II

(Main et al ab 1985)

- Frühkindliche Bindungsverhaltenstrategien lassen sich im Kommunikationsstil der Kinder ab dem 6. Lebensjahr wiederfinden
 - Sicher gebunden: das Kind spricht mit den Bezugspersonen flüssig und kohärent über Erlebtes
 - Unsicher-vermeidend gebunden: Kind ist einsilbig und kaum an einem Dialog mit der Mutter interessiert
 - Unsicher-ambivalent gebunden: das Kind zeigt eine sprunghafte, übertriebene und nicht altersgemäße Kommunikation
 - Desorganisierte Bindung: das Kind zeigt ein kontrollierendes Verhalten ggü. der Mutter

ICD-10 (1992)

F94.1: Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters:

- A: Beginn vor dem 5. Lebensjahr
- B: Deutlich widersprüchliche oder ambivalente Signale in verschiedenen sozialen Situationen
- C: Emotionale Störung mit:
 - Verlust emotionaler Ansprechbarkeit
 - Sozialem Rückzug
 - Aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein oder das anderer
 - Ängstliche Überempfindlichkeit
- D: Nachweis, dass soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit möglich ist durch Elemente normalen Bezogenseins in der Interaktion mit gesunden Erwachsenen
- E: Die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung sind nicht erfüllt

ICD-10 (1992)

F94.2: Bindungsstörung mit Enthemmung:

- A: Diffuse Bindungen als anhaltendes Merkmal in den ersten 5 Lebensjahren mit relativen Fehlen selektiver sozialer Bindungen:
 - Fehlen der normalen Tendenz, bei Unglücklichsein Trost bei anderen zu suchen
 - Abnorme (relative Wahllosigkeit) bei der Auswahl der Personen, bei denen Trost gesucht wird
- B: Wenig modulierte soziale Interaktionen mit unvertrauten Personen
- C: Eine der folgenden Verhaltensweisen:
 - Allgemeines Anklammerungsverhalten in der Kindheit
 - Aufmerksamkeitsheischendes und unterschiedlos freundliches Verhalten in der frühen, mittleren Kindheit
- D: Fehlende Situationsspezifität der Verhaltensweisen

DSM IV (1994)

313.89 Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der frühen Kindheit:

- A: Deutlich gestörte und entwicklungsmäßig inadäquate soziale Bindung, die in den meisten Bereichen auftritt und vor dem 5. Lebensjahr beginnt
 - 1: Andauernde Unfähigkeit, in entwicklungsmäßig angemessener Weise auf die meisten zwischenmenschlichen Beziehungen zu reagieren oder solche anzuknüpfen
 - 2: Diffuse Bindungen mit unkritischer Zutraulichkeit mit einer deutlichen Unfähigkeit, angemessen selektive Bindungen zu zeigen
- B: Kriterium A ist weder auf eine Entwicklungsverzögerung noch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zurück zu führen
- C: Pathologische Fürsorgemerkmale:
 - 1: Andauernde Mißachtung der grundlegenden Bedürfnisse des Kindes nach Geborgeneheit, Anregung und Zuneigung
 - 2: Mißachtung der grundlegenden körperlichen Bedürfnisse des Kindes
 - 3: Wiederholter Wechsel der wichtigsten Bezugspersonen des Kindes, was die Ausbildung von stabilen Beziehungen verhindert
- D: Vermutung, dass Merkmale von C für A verantwortlich sind

DSM IV (1994)

Differenzierung:

- Gehemmter Typ: Kriterium A1 bestimmt das klinische Erscheinungsbild
- Ungehemmter Typ: Kriterium A2 bestimmt das klinische Erscheinungsbild

- Die Konzeptualisierung der Bindungsstörung aus der empirischen Säuglingsforschung sorgte bei der Festlegung der diagnostischen Kriterien zunächst für ein sehr enges Altersspektrum
- In der Praxis ließen sich die diagnostisch geforderten frühen Verhaltensauffälligkeiten wegen oft sehr lückenhafter Anamnesen nur vermuten, nicht sicher nachweisen
- Durch die weiteren Erkenntnisse der Bindungsforschung kam es zu einer Erweiterung des Altersspektrums

Steinhausen (1992) 2 S.



Südwestfalen

„Insgesamt kommt gestörten familiären Verhältnissen eine größere Bedeutung für die Entwicklung von abweichenden Verhalten zu als einmaligen Verlusterlebnissen“

„Während die reaktive Bindungsstörung eher auf die unmittelbaren Auswirkungen von Deprivationsbedingungen zielt, steht bei der Bindungsstörung mit Enthemmung die weitreichenderen Auswirkungen auch beim älteren Kind im Vordergrund, das unselektiv oberflächliche Bindungen sucht.“

„In der Anamnese vom Jugendlichen mit Borderline-Störung finden sich gehäuft Hinweise auf gestörte frühkindliche Bindungen und Vernachlässigung, schwere Abweichungen des Elternverhaltens... Ähnliche Konstellationen sind allerdings auch bei Dissozialität und Bindungsstörungen zu finden.“

Knölker/Mattejat/Schulte-Markwort (1996) 2 S.

„Die Ergebnisse der Säuglingsforschung zeigen, wie sehr noch vor wenigen Jahren, die die Bedeutung auch der sehr früher Mutter-Kind-Interaktion unterschätzt wurde.“

„Kommt es über eine Vernachlässigung hinaus zu Mißhandlungen, muss das innere Beziehungsgefüge des Kindes zerstört werden und massive Beeinträchtigungen der Selbstentwicklung nach sich ziehen.“

„Je chronifizierter die reaktive Verhaltensstörung, desto geringer die Beeinflussungsmöglichkeit“

Herpetz-Dahlmann, Resch, Schulte- Markwort, Warnke (2003) 22 S.

- „Die meisten Kinder haben mehr als eine Bindungsperson aber nicht beliebig viele.“ Jedes Kind bevorzugt jedoch eine primäre Bindungsperson
- „Mütterliche Feinfühligkeit scheint sehr wichtig zu sein für sichere Bindungsstrategien,... väterliche Feinfühligkeit scheint wichtig zu sein für sichere Explorationsstrategien.“
- „Damit Bindungspersonen, die Bindungen nicht als besonders wertvoll erachten, den ihnen anvertrauten Kindern Sicherheit vermitteln können, ..., müssen sie emotional gestärkt und ihre Einschränkungen im Zugang zu Bindungs- und Explorationswünschen behoben werden“
- „die Narben unerfüllter oder zurück gewiesener Bindungsbedürfnisse mögen bleiben, aber sie können durch neue, sichere Bindungserfahrungen und neue, sichere, reflektierte Arbeitsmodelle in ihrem Einfluss zurück gedrängt werden.“

- Bindungsprozesse haben Auswirkung auf die Entwicklung von wesentlichen prosozialen Fähigkeiten wie Moral, Empathie, Fürsorge und dem Gefühl von Verpflichtung gegenüber anderen
- „hochunsicher-desorganisierte Bindung ist einer der wenigen Prädiktoren, der spätere Psychopathologie aus der frühen Kindheit voraussagt“
- „V.a. der neu in die Bindungsforschung eingeführte Typus der desorganisierten Bindungsqualität scheint einen engen Zusammenhang zu impulsiv-aggressiven Verhalten im Kindes- und Jugendalter zu haben“
- „Von Bedeutung scheint auch die Bindungsfähigkeit der primären Bezugsperson zu sein, hier scheint eine unsicher-vermeidende oder unsicher-verwickelte Bindungsrepräsentanz zu überwiegen“
- „Bisher hat sich für die Therapie und Behandlung von Bindungsstörungen kein therapeutisches Vorgehen als hinreichend erfolgreich erwiesen. Allerdings ist unbestritten, dass eine verlässliche, stabile und vorhersagbare Umwelt für Kinder mit Bindungsstörung notwendig ist.“

- Lange gab außer der Schaffung einer Umgebung mit geeigneten Entwicklungsanreizen keine therapeutischen Konzepte zum Umgang mit Bindungsstörungen
- Gerade im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Jugendhilfe ist man jedoch immer wieder mit Kindern mit so schweren Bindungsstörungen konfrontiert, dass die Schaffung einer verlässlichen, stabilen Umgebung nicht möglich ist.

Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen

- Im Rahmen der Arbeit mit den Kindern zeigte sich, dass die mütterliche Feinfühligkeit einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Bindungsbeziehung hat.
- Die Entwicklung des Konzepts der Bindungsrepräsentation führte zur Frage, ob sich auch die Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen erfassen lassen
- Unter dieser Fragestellung wurde das Bindungsinterview für Erwachsene (AAI) entwickelt, hier wird die Bindungsrepräsentation über Bindungserinnerungen aus der Kindheit und deren heutiger Bewertung erfasst.

Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen II

- **Sicher-autonom:**
 - Offenes Berichten über Bindungserfahrungen in der Kindheit
 - Leichter Zugang zu Erinnerungen und den zugehörigen Gefühlen
 - Bindungen werden als einflussreich auf die Persönlichkeit angesehen
 - Antworten sind stimmig, kohärent, Hilfe kann gegeben und erbeten werden
 - Hohe Selbstreflexivität und metakognitive Fähigkeiten
- **Unsicher-vermeidend:**
 - Mangelnde Bereitschaft Fragen bzgl. Bindung zu beantworten
 - Betonung der geringe Erinnerungsfähigkeit an die Kindheit
 - Idealisierung oder Verachtung der Eltern
 - Bagatellisieren der Einflüsse von Bindungserlebnissen auf die Persönlichkeit
 - Geringe Kohärenz und Metakognition, Widersprüche zwischen Tatsachen und Bewertung
 - Vermittelt ein Bild eigener Stärke, keine Hilfe nötig, keine Akzeptanz v. Schwäche
- **Unsicher-verwickelt:**
 - Ausführliche aber unklare Antworten bei Fragen zur Bindung
 - Aktuelle Verstrickung mit einer Bindungsperson
 - Häufiges Abkommen vom Thema
 - Ungeordnete, subjektive Schilderung und Bewertung von Beziehungen
 - Geringe Kohärenz und Metakognition
 - Ärgerlich oder ängstlich-passiv
 - Abhängigkeit von der Anerkennung anderer, Mangel an Identität

Schematherapie I

(J. Young ab 2007)

- **Grundannahmen:**
 - In der Kindheit und im Verlauf des Lebens werden Schemata erworben, die weitgesteckte Muster aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen beinhalten und das Verhalten steuern.
 - Diese können ich-dyston sein (maladaptive Schemata)
 - Ein maladaptives Schema entsteht durch schädliche Kindheitserlebnisse, die auf der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse basieren
 - Dysfunktionale Verhaltensweisen entstehen dabei als Reaktion auf ein Schema, sind jedoch selbst kein Teil des Schemas
 - Diese Schemata sind in fünf Schemadomänen geordnet
 - *Abgetrenntheit und Ablehnung*
 - *Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung*
 - *Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen*
 - *Fremdbezogenheit*
 - *Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit*
 - Die Entstehung von Schemata bewirkt Bewältigungsstile und –reaktionen, die sich als Verhalten, Kognition oder Affekt manifestieren können

Schematherapie II

(J. Young ab 2007)

- Schema-Modi:
 - „Schemata oder Schemaoperationen, die bei einem Menschen in einem konkreten Augenblick aktiv sind“
 - Kind-Modi
 - Dysfunktionale Bewältigung
 - Dysfunktionale Eltern-Modi
 - Gesunder Erwachsener
- Interventionsprinzipien:
 - Einschätzung und Edukation über Schemata,
 - Kognitive Interventionen,
 - Erlebnisbasierte Interventionen,
 - Unterbrechung maladaptiver Verhaltensmuster, bei der auch mit Hilfe bewährter Methoden aus der Verhaltenstherapie die Überwindung der unerwünschten Verhaltensmuster erreicht werden soll.
 - Interventionsprinzip ist schließlich der bewusste Einsatz der Beziehung zwischen Therapeut und Patient als Mittel zur Veränderung

Schematherapie II (J. Young ab 2007)

- Inzwischen gibt es auch Adaptionen für Kinder und Jugendliche!

Metalisierungs-basierte Therapie I (A. Bateman/P.Fonagy/M. Target ab 2004)

- Initial entwickelt für die Behandlung von Betroffenen mit Borderline-Störung, inzwischen aber auch in Anwendung für andere Betroffene mit geringen Strukturniveau, wie bei dissozialer Persönlichkeitsstörung
- Mentalisierung: Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren
- Grundannahmen:
 - die Fähigkeit zu Mentalisieren muss sich, beginnend in den ersten Lebensjahren, im Austausch mit den Hauptbezugspersonen entwickeln.
 - Eine fehlangepasste Bindung verhindert die Entwicklung einer solchen interpersonalen Interpretationsfunktion
- Ziele:
 - größere Verhaltenskontrolle und -flexibilität
 - Verbesserung der emotionalen Selbstregulation
 - Aufbau und Aufrechterhaltung bereichernder persönlicher und intimer Beziehungen
 - Sinnperspektive und Ziele für das Leben des Betroffenen
 - Verbesserung der Frustrationstoleranz

Metalisierungs-basierte Therapie II (A. Bateman/P.Fonagy/M. Target ab 2004)

- Interventionsprinzipien:
 - sicheres therapeutisches Beziehungsangebot, das das Bindungssystem des Betroffenen stark aktiviert
 - Fokussierung auf das Hier und Jetzt
 - Haltung von explorativer Neugier
 - Annahme und Validierung der Wahrnehmung, Sichtweise und Affekte des Betroffenen als seine gültige Erfahrung

Metalisierungs-basierte Therapie III (A. Bateman/P.Fonagy/M. Target ab 2004)

- Umsetzung:
 - MBFT: Mentalization-Based Family Therapy (mentalierungs-basierte Familientherapie nach Fearon)
 - SMART: Short-term Mentalizing and Relational Therapy (die Kurzzeit-Mentalierungs- und relationale nach Fearon)
 - MBT-A (mentalierungs-basierte Psychotherapie für Jugendliche von De Vriesprong, NL)
 - Peaceful Schools Project (ein Gruppenprojekt für Schulen von Twemlow)
 - Adolescent Trauma Educational Group (das Mentalisierungskonzept in Gruppenbehandlungen für Traumatisierte nach Allen)
 - Parents First Reflecting Parenting Workshop (ein Elternprogramm von Slade)
 - MTB Minding the Baby Project (ein Programm für Eltern mit Kleinkindern von Sadler)
- Erste Psychothepiestudien im Kinder- und Jugendbereich laufen bereits!

- Durch die Erkenntnisse der Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen und die Entwicklung entsprechender Therapiekonzepte erscheint in der Übertragung dieser Konzepte auf Kinder und Jugendliche nun auch die Bindungsstörung in Zukunft durch spezifischere Interventionen erreichbar!