



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Bedeutung von Eltern-Kleinkind-
Interventionsprogrammen für die kindliche
Bindungsentwicklung“

Verfasserin

Margot Meidl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Oktober 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin:

Dr. Kornelia Steinhardt

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Margot Meidl, versichere, die vorliegende Diplomarbeit selbständig und unter ausschließlicher Verwendung der angegebenen Quellen verfasst zu haben. Die vorliegende Arbeit wurde bisher weder im In- oder Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer Prüfungsbehörde vorgelegt noch veröffentlicht.

Wien, September 2012

Margot Meidl

Zusammenfassung

In den letzten 20 Jahren wurden vermehrt Interventionsprogramme für Eltern und ihre Kinder bis zum Alter von drei Jahren entwickelt, die bindungstheoretisch begründet sind und durch welche Bindungsentwicklungen gefördert werden sollen. In der vorliegenden Arbeit wurden, mittels eines Literaturreviews, vier dieser Interventionsprogramme, „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“- COS) (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005), „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ (ABC) (Dozier et al. 2005; 2006), „Watch, Wait and Wonder“ (WWW) (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999) und „Minding the Baby“ (MTB) (Slade et al. 2005; Slade 2006), durch sechs Kategorien beschrieben und erörtert, wie wirksam die Interventionsprogramme hinsichtlich der Bindungsentwicklungen der Kinder sind. Anschließend wurden die Interventionsprogramme miteinander verglichen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch COS, ABC und MTB sichere Bindungen signifikant begünstigt und desorganisierte Bindungen gering gehalten werden. Dies trifft besonders bei der Behandlung von Hochrisikofamilien und Pflegeeltern (ABC) zu. Lediglich das Interventionsprogramm WWW erzielt bei der Förderung sicherer Bindungen nur mäßige Erfolge, allerdings wird es auch an andere Zielgruppen gerichtet. Es kann außerdem festgehalten werden, dass sich die hier behandelten Interventionsprogramme zwar in ihren Anwendungskontexten, Zielgruppen, Settings und Durchführungen unterscheiden, die jeweils implementierten Ziele jedoch ähnlich sind und dass vor allem die neueren Interventionsprogramme sehr vielversprechend die kindliche Bindungsqualität fördern.

Abstract

In the last 20 years the number of preventive and therapeutic intervention programs for parents and their children until the age of three years, that are based on attachment theory and which aim to enhance early attachment, has increased. In this diploma thesis four of these programs, namely: „Circle of Security“ (COS) (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005), „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ (ABC) (Dozier et al. 2005; 2006), „Watch, Wait and Wonder“ (WWW) (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999) and „Minding the Baby“ (MTB) (Slade et al. 2005; Slade 2006) were described through a literature review within six categories, to describe and point out their influence on the development of attachment of children. Subsequently a comparison of the different programs was done. Recapitulatory it can be said, that the programs COS, ABC and MTB are significantly ef-

fective in enhancing secure attachment and in reducing attachment disorganization. Especially this can be shown in therapies of high-risk-families and foster parents (ABC). Only the WWW program achieved modest results concerning positive attachment outcomes, however it is adjusted to other target groups. Furthermore it can be pointed out, that the investigated intervention programs differ in their appliance context, target groups, settings and execution, but their implemented targets are alike and especially the newer intervention programs seem to be very promising in enhancing early attachment quality.

Für alle personenbezogenen Bezeichnungen in der vorliegenden Arbeit gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinen Eltern dafür bedanken, dass sie für mich immer sichere Basis sind und waren, vor allem in turbulenten Zeiten des Studiums, für ihre stets liebevolle Unterstützung. Bei meinen lieben Freunden, dafür, dass sie mir so geduldig ihr offenes Ohr schenkten, mich durch die Jahre treu begleiteten, für den Austausch, die Hilfe und den technischen Support in der Zeit des Diplomarbeitschreibens und für ihre Geduld. Mein Dank gilt auch meiner Gegenleserin, Katrin Strickner, für die aufbauenden Worte, die Motivation, den gegenseitigen, anregenden, fachlichen Austausch, dafür, dass wir das gemeinsam abschließen konnten. Ebenso möchte ich mich bei der Betreuerin meiner Diplomarbeit, Dr. Kornelia Steinhardt, bedanken, für ihr Verständnis, Entgegenkommen und die professionellen Anregungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Die Entwicklung des Kindes aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie und -forschung.....	8
2.1 Erste Phase: Orientierung und Signale ohne Unterscheidung der Figur	9
2.2 Zweite Phase: Orientierung und Signale, die sich auf eine (oder mehrere) unterschiedene Person(en) richten	9
2.3 Dritte Phase: Aufrechterhaltung der Nähe zu einer unterschiedenen Figur durch Fortbewegung und durch Signale unter Bezugnahme auf die Bindungsqualitäten des Kindes	11
2.4 Vierte Phase: Bildung einer zielkorrigierten Partnerschaft.....	17
2.4.1 Innere Arbeitsmodelle der Bindungsbeziehungen	18
2.4.2 Mentalisierungsfähigkeit.....	20
2.4.3 Innere Arbeitsmodelle und Mentalisierungsfähigkeit in den Bindungsorganisationen und ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung der Kinder.....	21
2.5 Bindungsrelevante Einflüsse der Bindungsperson auf die Bindungsentwicklung des Kindes	25
2.5.1 Feinfühligkeit.....	25
2.5.2 Bindungsrepäsentanzen.....	27
2.5.3 Reflexionsfähigkeit	29
2.5.4 Ängstliches, ängstigendes und weiteres untypisches elterliches Verhalten	31
2.6 Zusammenfassung und Ausblick	31
3 Forschungsinteresse und methodisches Vorgehen.....	32
3.1 Zusammenfassende Arbeiten über bindungsfördernde Interventionen und Identifizierung der Forschungslücke	33
3.2 Methode.....	37
4 Interventionsprogramme.....	40
4.1 „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“ – COS).....	41
4.1.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe	42
4.1.2 Theoretische Implikationen.....	43
4.1.3 Ziele	49
4.1.4 Durchführung	51
4.1.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Programmes	57
4.2 Attachment and Biobehavioral Catch Up (ABC).....	60
4.2.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe	61
4.2.2 Theoretische Implikationen.....	62
4.2.3 Ziele	67
4.2.4 Durchführung	68
4.2.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes	71
4.3 Watch Wait and Wonder (WWW).....	74
4.3.1 Entstehungskontext und Verwendungskontext	74
4.3.2 Zielgruppe	76
4.3.3 Theoretische Implikationen.....	76
4.3.4 Ziele	80
4.3.5 Durchführung	81
4.3.6 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes	85
4.4 Minding the Baby	90
4.4.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe	90
4.4.2 Theoretische Implikationen.....	92
4.4.3 Ziele	95
4.4.4 Durchführung	97
4.4.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes	100

5 Vergleich der Interventionsprogramme	102
5.1 Entstehungs- und Verwendungskontexte	102
5.2 Zielgruppen	104
5.3 Theoretische Implikationen	105
5.4 Ziele.....	108
5.5 Durchführung	116
5.6 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionsprogramme	122
6. Resümee.....	126
6.1 Diskussion der Erkenntnisse und Ausblicke	126
6.2 Beantwortung der Forschungsfragen.....	131
6.3 Weiterführende Bemerkungen.....	134
Literaturverzeichnis	137
Abbildungsverzeichnis.....	143

1 Einleitung

Im Sommer 2006 begann ich in den Mutter-Kind-Heimen des Vereins Rat und Hilfe als Pädagogin zu arbeiten. Ich war auch für die Betreuung einer Mutter-Kleinkindgruppe zuständig. Die Mütter in dieser Gruppe befanden sich in verschiedenen sozialen Notlagen (z.B. jugendliche Mütter, von Armut betroffen, Kriegsflüchtlinge, misshandelte Mütter) und hatten oft auch mit psychischen Problemen zu kämpfen. Die Probleme der Mütter wirkten sich meistens auf die Mutter-Kind-Beziehung negativ aus. Meine Aufgabe in dieser Mutter-Kleinkindgruppe war es, die Mütter anzuleiten, den Erziehungsalltag strukturiert und kindgerecht zu gestalten und die Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern, damit die Kinder trotz diverser Probleme der Mütter einen guten Start in ihr Leben hätten. Damals begann ich mich damit auseinanderzusetzen, was Müttern und Kindern in schwierigen Situationen hilft und welche Angebote von Beratung und Unterstützung ich ihnen machen kann. Ich stieß zum ersten Mal auf verschiedene Interventionsmöglichkeiten für die frühe Kindheit.

Scheithauer und Petermann (2000, 333) unterscheiden zwischen zwei Interventionsarten im frühen Kindesalter. Einerseits gibt es die „Frühinterventionen“, die Maßnahmen zur Verbesserung oder Förderung der kindlichen Entwicklung beinhalten und bei Kindern angewandt werden, die erste Anzeichen für Entwicklungsabweichungen oder eine fehlangepasste Entwicklung aufweisen. Andererseits gibt es die „Frühpräventionen“, wobei hier Kinder Adressaten sind, die noch keine Störung oder Entwicklungsabweichungen, aber ein hohes Risiko dafür aufweisen. In der englischsprachigen Fachliteratur wird von *therapeutic interventions* und *preventive interventions* gesprochen (z.B. Bakermans-Kranenburg 2003, 195). Im folgenden Text wird das Wort *Intervention* gleichermaßen für präventive und therapeutische Interventionen verwendet.

In den vergangenen Jahren wurden immer mehr Interventionen für das frühe Kindesalter entwickelt. Der Gedanke, dass frühe Interventionen weniger optimalen oder sogar schädlichen Entwicklungen der jüngsten Generation vorbeugen könnten, führte zu einem rapiden Anstieg in Konzeption und Evaluation von Interventionen in den ersten Lebensjahren (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 195). Mittlerweile gibt es eine fast unüberschaubare Anzahl an Interventionsprogrammen, die sich durch ihre Heterogenität kennzeichnen und verschiedene Ziele und Methoden verfolgen. So kann das Kind oder die Bezugsperson im

Zentrum der Intervention stehen. Programme starten entweder während der Schwangerschaft, mit der Geburt des Kindes oder erst bei Eintritt verschiedener Probleme. Sie dauern unterschiedlich lange und unterscheiden sich in ihrer Intensität. Interventionsprogramme in der frühen Kindheit können pädagogisch, verhaltenstherapeutisch, beziehungsfördernd oder psychodynamisch ausgerichtet sein (Fonagy 1998a, 128; Scheithauer, Petermann 2000, 330ff.). Auch in Wien gibt es sowohl im Wilhelminenspital als auch im Preyerschen Kinderspital eine eigene Ambulanz für Eltern mit Kindern mit Schrei-, Schlaf-, Fütterproblemen und anderen Verhaltensproblematiken in den ersten drei Lebensjahren. Auch hier variieren die Arbeitsweisen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich frühe Interventionen nicht nur auf die Gesundheit des Kindes positiv auswirken, sondern auch auf das Wohlbefinden und/oder die Kompetenzen der Bezugspersonen (Fonagy 1998a, 132). Was nun aber genau wirkt, warum und unter welchen Umständen, bedarf der weiteren Erforschung (Dornes 2004, 253). Laut Fonagy (1998a, 131), der sich in seinem Artikel mit verschiedenen Interventionen im frühen Kindesalter auseinandergesetzt hat, kann festgehalten werden, dass das Ziel, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern, eine wichtige Komponente für eine erfolgreiche Intervention darstellt. Ganz speziell mit der Beziehung zwischen Bezugspersonen und ihren Kindern beschäftigen sich die Bindungstheorie und die Bindungsforschung (Grossmann 2004, 21).

Die Bindungstheorie wurde durch die gemeinsame Arbeit von John Bowlby und Mary Ainsworth entwickelt. John Bowlby entwarf die Basis der Theorie, indem er sich auf Konzepte der Ethologie, Kybernetik und der Psychoanalyse stützte (Bretherton 1991, 9). „*Bindung wird als ein emotionales Band betrachtet, das sich zwischen einem Säugling und seinen wesentlichen Bezugspersonen entwickelt*“ (Keller 2004, 111). Je nachdem, in welchem Ausmaß und wie dem Kind emotionale Sicherheit vermittelt wird und eine Bezugsperson das Gefühl der emotionalen Sicherheit aufrechterhalten kann, entwickelt sich beim Kind eine bestimmte Qualität der Bindung (Ahnert 2004, 69f.). Die Qualität wird maßgeblich davon beeinflusst, wie die Bezugspersonen mit Bedürfnissen des Kindes von Geburt bis zum Erwachsenenalter umgehen (Grossmann 2004, 30). Hierbei spielt die Feinfühligkeit der Bezugspersonen eine wesentliche Rolle. Eine feinfühligkeitsvolle Bezugsperson ist offen für jegliche Bedürfnisse ihres Kindes, sie interpretiert die Äußerungen ihres Säuglings richtig und reagiert angemessen und prompt darauf (Ainsworth et al. 1974). Erleben Kinder im

ersten Lebensjahr eine feinfühligke Bezugsperson, so werden sie im zweiten Lebensjahr mit hoher Wahrscheinlichkeit sicher an sie gebunden sein (Grossmann 2004, 33).

Aber nicht nur die Feinfühligkeit der Bezugspersonen, sondern auch deren inneres Arbeitsmodell beeinflusst die Bindungsqualität des Kindes (Berlin 2005, 4). Innere Arbeitsmodelle entwickeln sich während der Kindheit aufgrund der Bindungserfahrungen, die das Kind mit seinen Bezugspersonen macht. Mit der Zeit entsteht eine mentale Repräsentation über die Beziehung zu den Bindungspersonen, die es erleichtert, bewährtes Verhalten wieder abzurufen. Allmählich wird dieses Arbeitsmodell, also die mentale Bindungsrepräsentation, stabil und hat auch Einfluss auf aktuelle Bindungen (Ahnert 2004, 71). So hat das innere Arbeitsmodell der Bezugsperson auch Einfluss auf die Beziehung zu deren Kind.

Ein sicher gebundenes Kind kann seiner Bezugsperson seine negativen Gefühle mitteilen und um Hilfe bitten, es weiß warum es bestimmte Gefühle hat und kann trotz belastender Stimmung zielorientiert handeln (Grossmann 2004, 29). Eine sichere Bindungsorganisation stellt also einen Schutzfaktor in der Entwicklung dar, besonders, wenn Kinder im Laufe ihrer Entwicklung belastenden Situationen ausgesetzt sind. Dies ist deshalb so, weil diese Kinder Vorstellungen von anderen erlangen konnten, die unterstützend und vertrauenswürdig sind, und auch Repräsentationen über sich selbst als kompetente Menschen. Unsicher gebundene Kinder und desorganisiert gebundene Kinder konnten dieses Vertrauen in andere und sich selbst nicht im gleichen Ausmaß wie sicher gebundene oder gar nicht erwerben. Sie sind bei emotionaler Belastung eher verletzlich und in ihrer Entwicklung anfälliger für psychische Störungen oder abweichendes Verhalten bei zusätzlicher Belastung (Zimmermann et al. 2000, 310).

Der Entwicklungsverlauf von Kindern birgt also Risiken, wenn die Entwicklung einer Bindung an eine Bindungsperson nicht angemessen stattfinden kann, und es bedeutet einen Schutzfaktor für die weitere Entwicklung, wenn eine sichere Bindung bei Kindern in den ersten Lebensjahren gelingt.

Dieses Wissen fließt zunehmend in den Bereich der frühen Interventionen ein. Schon Bowlby meinte, dass die ersten ein bis drei Jahre sehr offen für Veränderungen seien, wenn sich die familiäre Umwelt ändert (Sroufe 1995, 367 zit. nach Suess, Hantel Quitmann 2008, 333). So entstanden in den letzten 20 Jahren neben einer Vielzahl anderer Interventionen für dieses Alter vermehrt auch jene, die an Bindungstheorie und Bindungsforschung angelehnt sind und als Ziel die Förderung der Bindung des Kindes an seine primäre Bezugsperson haben (Berlin 2005, 3). Viele dieser Interventionen wenden sich an Hochrisi-

kofamilien, worunter man z.B. alleinerziehende jugendliche Mütter, Familien mit Frühgeborenen, Familien mit Kindern mit geistiger Behinderung und Adoptivfamilien versteht (Ziv 2005, 72), und wurden von Egeland et al (2000) danach unterschieden, welchen Fokus sie haben. Sie unterscheiden zwischen Interventionen, die die Feinfühligkeit der Bezugspersonen fördern sollen, Interventionen, die die mentalen Repräsentationen der Bezugspersonen verändern sollen, Interventionen, durch welche soziale Unterstützung gewährleistet wird, und Interventionen, die als Fokus die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden der Bezugspersonen haben.

Der Verdienst der Bindungstheorie und -forschung ist es, die Verhaltens- und die Repräsentationsebene verbunden zu haben. Die Bindungsqualität von Kindern, die Feinfühligkeit und auch die Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen können gemessen werden (Suess, Hantel-Qutimann 2008, 335) und das heißt damit auch, dass untersucht werden kann, wie sich Interventionen auf eben diese Komponenten auswirken. Dennoch gibt es viele Unklarheiten darüber, welche Arten bindungsorientierter Interventionen zu welchen Erfolgen oder eben nicht führen und warum.

Zusammenschauende Artikel, in denen Interventionen und ihre Evaluationen angeschaut wurden, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So sehen die einen Autoren kurze, auf die Feinfühligkeit gerichtete Interventionen als die vielversprechendsten, andere meinen erkannt zu haben, dass längerfristige, breiter angelegte Interventionen am besten die Bindung fördern können (z.B. Bakermans-Kranenburg et al. 2003; Egeland et al. 2000). Berlin (2005, 20) ist der Ansicht, dass man in diesem Bereich nicht verallgemeinern dürfe, sondern eher der Frage nachgehen sollte, welche Art der Intervention für welches Klientel am besten wirkt. Der Bedarf an weiteren Forschungen und speziellen Interventionsdesigns wurde von allen oben genannten Autoren bestätigt. Dies macht es notwendig, einen neuerlichen Forschungsstand zu erheben, um zu sehen, welche Interventionen neu entstanden sind und welche weitere Forschungen an bestehenden Interventionen unternommen wurden. Weiters zeigt eine erste Durchsicht der Literatur, dass in zusammenfassenden Texten, die mit bindungsorientierten Interventionen befasst sind, die Interventionen nicht ausführlich beschrieben wurden, sodass für den Leser nicht offensichtlich wird, wie die Intervenie- renden vorgehen und was nun letztendlich zu den Ergebnissen der Untersuchungen beitragen hätte können. Auch dieser Umstand macht eine weitere Arbeit sinnvoll. Es fällt auch auf, dass viele Interventionsmaßnahmen in der Literatur nicht auf einem ihnen zugrunde

liegenden Programm, einer theoretischen Fundierung und auf konzeptiven Grundlagen basieren, sondern einmalig eingesetzt werden, um in einer anschließenden Forschungsstudie zu illustrieren, ob diese Interventionsmaßnahme etwas verändern konnte. Übersichten ausschließlich über Interventionen, denen ein Programm bzw. ein Protokoll zu Grunde liegt, die also über eine theoretische Fundierung, konzeptive Grundlagen und einen strukturierten, festgeschriebenen Handlungsablauf verfügen und die nicht nur für Studienteilnehmer angeboten werden, sondern vor allem für Menschen, die dahingehend Hilfe benötigen, gibt es nur wenige, und in diesen werden die untersuchten Programme nur kurz beschrieben (siehe Berlin et al. 2008). Diese Interventionen sollen im Folgenden Interventionsprogramme genannt werden. Aufgrund dieser Tatsachen stellen sich folgende Forschungsfragen:

Welche Eltern-Kleinkind-Interventionsprogramme für die ersten drei Lebensjahre sind in der Literatur beschrieben, die explizit bindungstheoretisch begründet sind und ausdrücklich die Förderung der Bindung oder damit in Zusammenhang stehende Komponenten zum Ziel haben?

Welche Forschungserkenntnisse gibt es im Bereich, inwiefern diese Programme Bindungsentwicklungen beeinflussen?

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich bei einem Vergleich der Programme feststellen?

Für die Beantwortung der Fragen soll zunächst erläutert werden, wie frühe Entwicklung aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie und -forschung verläuft und wie Bindung innerpsychisch entsteht. Hier werden wesentliche Konzepte der Bindungstheorie, wie z.B. das der Feinfühligkeit oder das Konzept der inneren Arbeitsmodelle, erläutert, um eine Ausgangsbasis für die weitere Arbeit zu schaffen und grundlegende Kenntnisse für das Verständnis der Arbeit zu vermitteln. Weiters wird es notwendig sein aufzuzeigen, unter welchen Umständen die Entwicklung der Bindung problematisch wird und warum. Dies geschieht, um Grundlagen der Interventionskonzepte abzudecken, die sich ja, wie oben erwähnt, meist mit Kindern beschäftigen, bei denen die Bindungsqualität Risiken für die weitere Entwicklung birgt.

In einem folgenden Kapitel wird ausführlich auf aktuelle Arbeiten eingegangen, die sich auch zusammenschauend mit Interventionen im frühen Kindesalter beschäftigen und es wird dargelegt, welche Erkenntnisse aus diesen Arbeiten zu schließen sind und wo noch Klärungsbedarf besteht.

Da die Forschungsfrage mittels Literaturreviews und eines anschließenden Vergleiches bearbeitet wird, werden im Anschluss die Literatúrauswahl und das methodische Vorgehen der Autorin beschrieben. Danach werden vier der durch Literaturrecherche gefundenen Interventionsprogramme und ihre Forschungsarbeiten präsentiert. Hier wird jedes Programm einzeln anhand bestimmter Kriterien ausführlich beschrieben und danach die Ergebnisse der Forschungen, die an diesem Programm unternommen wurden, erörtert. In einem weiteren Kapitel erfolgt ein Vergleich der beschriebenen Programme, dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Kategorien diskutiert und mit den Forschungsergebnissen in Zusammenhang gebracht. In einem abschließenden Kapitel soll ein Resümee erfolgen, indem gegebenenfalls neue Erkenntnisse oder weiter bestehende Probleme früher bindungsgeleiteter Interventionsprogramme thematisiert werden.

Disziplinäre Anbindung

Da diese Diplomarbeit für den Abschluss des Pädagogikstudiums verfasst wird, stellt sich die Frage, inwiefern sie Bedeutung für diese Disziplin hat. Nach Brezinka werden unter Erziehung allgemein bestimmte Handlungen verstanden, die in der Absicht erfolgen oder den Zweck haben, in anderen Menschen, nach gesetzten Normen, wie Idealen und Zielen, psychische Dispositionen hervorzubringen, zu fördern, zu ändern, abzubauen oder zu erhalten (Brezinka 1976, 129 zit. N. Lenzen 2004, 430). In anderer Hinsicht wird Erziehung von Schaub und Zenke (2004, 189f.) als Summe von Handlungsweisen von Eltern, Lehrern, Pädagogen verstanden, die unter der bewussten Absicht erfolgen, die individuelle Mündigkeit und die Kompetenz zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben der Kinder und Jugendlichen dauerhaft zu fördern. Dies erfolgt unter dem Einsatz bestimmter Erziehungsmittel und Maßnahmen.

Pädagogik beschäftigt sich also mit der Entwicklung des Menschen und damit, wie die Entwicklung eines Menschen unterstützt und gefördert werden kann. Die Bindungstheorie und

-forschung befassen sich in besonderer Weise mit der menschlichen Entwicklung und sind daher für die Pädagogik von Bedeutung. Spezieller Fokus der vorliegenden Arbeit sind El-

tern-Kleinkind-Interventionsprogramme mit dem Ziel, eine gesunde Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Daher sind sie von pädagogischer Relevanz.

In der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich Interventionsprogramme beschrieben, deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bereits erforscht wurden. Insofern kann mit dieser Arbeit gezeigt werden, welche speziellen Einwirkungen eine günstige Entwicklung eines Kindes fördern. Dies ist für die Entwicklung weiterer Interventionsprogramme und die Elternberatung von Bedeutung.

2 Die Entwicklung des Kindes aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie und -forschung

In diesem Kapitel soll die Entwicklung der Bindung nachgezeichnet werden. Hierbei werden grundsätzliche Konzepte der Bindungstheorie erklärt, wobei zunächst die kindliche Entwicklung beschrieben wird. Es werden grundlegende Kenntnisse darüber vermittelt, wie Bindung im Menschen entsteht. Dabei wird die Entwicklung des Kindes in Phasen unterteilt und beschrieben, welche äußeren Verhaltensweisen das Kind entwickelt und welche inneren Erlebnisse damit verbunden sind. Innerhalb der Kapitel der Phasen der Bindungsentwicklung werden auch die messbaren Bindungsqualitäten beschrieben und die damit verbundenen inneren Arbeitsmodelle. Dies geschieht, um darzulegen, welche Entwicklungen eines Kindes zu den bestimmten Bindungsqualitäten führen und mit welchen inneren Repräsentationen von sich und der Umwelt diese einhergehen, sodass beim Leser ein Eindruck davon entstehen soll, wie Bindung mit verschiedenen frühen Lebenserfahrungen zusammenhängt und warum es sinnvoll ist, Bindungsentwicklungen zu fördern.

In einem weiteren Schritt wird gezielt auf die Anteile der Bindungsperson an der kindlichen Entwicklung eingegangen. Hier werden Konzepte, wie das der elterlichen Feinfühligkeit, der elterlichen Bindungsrepräsentanzen und die Reflexionsfähigkeit, erläutert, um letztlich nachvollziehbar zu machen, warum in bindungsorientierten Interventionsprogrammen mit den Bindungspersonen eines Kindes auf bestimmte Art und Weise gearbeitet werden kann.

„Es ist für Menschen charakteristisch, starke affektive Beziehungen miteinander einzugehen“ (Bowlby 1987, 22). Bindungstheorie und Bindungsforschung beschäftigen sich nach Klaus Grossmann (2004, 21ff) mit der Psychologie der speziellen Beziehungen zwischen Bindungspersonen und ihren Kindern. Wenn ein Kind auf die Welt kommt, so ist es nach Bowlby (1975, 247) bereits mit einigen Verhaltenssystemen ausgestattet, die durch Reize aktiviert und beendet werden können, verstärkt und geschwächt. Von Anfang an sind Säuglinge dazu im Stande, auf bestimmte Art und Weise auf die Reize der menschlichen Stimme, eines menschlichen Gesichts und auf Menschenarme zu reagieren und diese auch zu unterscheiden. Aus diesen Fähigkeiten entwickeln sich später die ganz feinen Verhaltenssysteme, die die Bindung an bestimmte Bindungspersonen vermitteln. Diese Verhaltenssysteme entwickeln sich im Kind in einer Wechselwirkung mit seiner Umwelt, insbesondere mit der Mutter und stehen dem Kind ab einem bestimmten Zeitpunkt in der Ent-

wicklung zur Verfügung, um die Nähe zur Mutter herzustellen. Zu den Bindungsverhaltensweisen gehören Saugen, Anklammern, Nachfolgen, Weinen und Lächeln. Diese Verhaltensweisen werden in der Entwicklung des Kindes zunehmend in kompliziertere Verhaltenssysteme integriert (Bowlby 1975, 173). Die Entwicklung der Bindung beim Kind kann in Phasen unterteilt werden (Bowlby 1975, 247-251). Die Einteilung der Bindungsentwicklung dient einer besseren Strukturierung, die Phasen dürfen aber nicht abgegrenzt gesehen werden, sondern greifen ineinander.

2.1 Erste Phase: Orientierung und Signale ohne Unterscheidung der Figur

Die erste Phase dauert von der Geburt bis zu acht bzw. zwölf Wochen, unter ungünstigen Umständen kann sie auch länger dauern. In dieser Phase vermag der Säugling kaum Personen voneinander zu unterscheiden, die Unterscheidung gelingt ihm höchstens durch Hörreize. Verhaltensweisen gegenüber seinen Mitmenschen in der ersten Phase sind die Orientierung auf eine Person, mit-den-Augen-Verfolgen, das Baby kann greifen, lächeln und schwätzen. Das Baby hört vielleicht zu weinen auf, wenn es ein Gesicht sieht oder eine Stimme hört (Bowlby 1975, 248). Wenn die Handlungen und Antworten der Bezugspersonen des Säuglings gut auf sein Verhalten abgestimmt sind, wenn z.B. Bindungsverhaltensweisen, wie das Weinen des Säuglings, von der Bezugsperson voraussehbar beendet werden können, so entwickeln sich nach und nach stabile Mutter-Kind-Interaktionen. Das Kind wird weniger Bindungsverhalten und eher andere Verhaltensweisen zeigen, wie z.B. Lächeln (Marvin, Britner 2008, 276).

2.2 Zweite Phase: Orientierung und Signale, die sich auf eine (oder mehrere) unterschiedene Person(en) richten

Die zweite Phase dauert bis ca. sechs Monate, kann aber auch sehr viel länger dauern, je nach den Bedingungen, unter denen ein Kind aufwächst (Bowlby 1975, 248). Das Baby lernt während dieser Phase, seine Verhaltenssysteme besser zu kontrollieren und somit auch seine Handlungen. Die Auge-Hand-Koordination wird besser. Mit fünf Monaten kann

das Baby nach den Körperteilen seiner Mutter greifen, vornehmlich nach den Haaren (Bowlby 1975, 259).

Ein wichtiges Merkmal dieser Phase ist, dass das Baby die wichtigsten Bezugspersonen von anderen Personen unterscheiden lernt. Das Bindungsverhalten wird zunehmend auf eine oder mehrere Bezugspersonen/Bindungspersonen gerichtet. Von 13 verschiedenen Verhaltensmodellen, die auf bevorzugte Bindungspersonen gerichtet werden, entwickeln sich sieben in der zweiten Phase. Zu diesen gehören nach Ainsworth (1967 zit. nach Bowlby 1975, 276f.) differenzierendes Aufhören des Schreiens beim Gehaltenwerden, differenzierendes Schreien, wenn die Bindungspersonen weggehen, differenzierendes Lächeln, differenzierende Vokalisation, differenzierende visuelle und Haltungsorientierung (dies meint, dass das Baby, wenn es von jemand anderem gehalten wird, sich optisch auf die Bindungspersonen konzentriert), differenzierende Begrüßungsreaktion und differenzierendes Klettern und Erkunden (das Kind klettert auf der Bezugsperson herum und erforscht ihre Person).

Ein weiterer Fortschritt, den Babys in dieser Phase machen, ist die ansteigende Tendenz, Bindungs-, Fürsorge- und soziale Interaktionen mit den bevorzugten Bindungspersonen zu initiieren. Nun suchen sie eher selbst die Interaktionen herbeizuführen, als bloß passiv auf Angebote zu antworten. Das Kind übernimmt zunehmend Verantwortung, um in Kontakt mit den Bindungspersonen zu kommen und in Kontakt mit diesen zu bleiben, es initiiert mehr der Interaktionen und übt mehr Kontrolle über diese aus, indem es immer komplexer werdende Handlungsabläufe nutzt.

Es kann angenommen werden, dass der Weg zu einer bestimmten Bindungsorganisation in dieser Phase beginnt. Dafür ist es maßgeblich, wie die Eltern auf ihr Kind reagieren und welche Art von Interaktionen sich zwischen einem Kind und seinen Bindungspersonen stabilisieren.

In dieser Phase kann das Kind bereits seine Bindungsperson von anderen Personen unterscheiden, es kann sich aber noch nicht vorstellen, dass diese Bindungsperson eine von seiner Erfahrung getrennte Existenz hat. Ebenso hat sich im Kind das Bewusstsein entwickelt, dass es durch seine komplexeren Handlungen Kontinuität erzeugen kann, aber es ist noch nicht fähig, sich geistig eines Planes zu bedienen, um ein gesetztes Ziel zu erreichen (Marvin, Britner 2008, 277).

2.3 Dritte Phase: Aufrechterhaltung der Nähe zu einer unterschiedenen Figur durch Fortbewegung und durch Signale unter Bezugnahme auf die Bindungsqualitäten des Kindes

Die dritte Phase beginnt meist zwischen sechs und sieben Monaten, sie kann aber auch später beginnen, etwa erst nach dem ersten Geburtstag, wenn Kinder z.B. wenig Kontakt zu einer Hauptbezugsperson haben. Sie hält nach Bowlby (1975, 248) bis ins dritte Lebensjahr hinein an.

In diesem Alter wird das Kind wählerischer im Umgang mit Menschen. Fremde werden mit größerer Vorsicht behandelt und es kommt in Situationen mit Fremden zu Alarm- und Rückzugsreaktionen (Bowlby 1975, 248). Das Kind entwickelt besondere Beziehungen zu bestimmten Menschen, die für es sorgen. Es gibt dann für das Kind eine Hauptbindungsfigur und Nebenbindungsfiguren. Im Alter von 18 Monaten haben die meisten Kinder mehr als eine Bindungsfigur, jedoch wird in der dritten Phase meistens die Mutter oder eine Mutterersatzperson zu Hauptbindungsfigur (Bowlby 1975, 279ff.). Im Folgenden wird deshalb von der Mutter die Rede sein, gemeint ist jeweils die Hauptbindungsfigur.

Diese Phase ist auch charakterisiert durch eine Fülle an wichtigen motorischen, kognitiven und kommunikativen Fortschritten des Kindes und ebenso durch Veränderungen in der Organisation der Verhaltenssysteme. Die bemerkenswerteste Veränderung in dieser Phase ist der Beginn der Fortbewegung. Zusätzlich zu den für das Kind bereits verfügbaren Bindungsverhaltensweisen wird das Kind nun fähig, die Fortbewegung einzusetzen, um Nähe zur Mutter besser kontrollieren zu können. Dem Kind ist es durch die Fortbewegung auch möglich, seine Umwelt zu explorieren (Marvin, Britner 2008, 277).

Tatsächlich basieren auch vier der sechs neuen Bindungsverhaltensweisen, die sich in dieser Phase entwickeln, auf den gereiften motorischen Fähigkeiten. Die neuen Bindungsverhaltensweisen sind folgende: Differenzierendes Sich-Annähern an die Mutter bei Wiederkehr der Mutter oder wenn das Kind mit seiner Mutter und anderen Personen im Raum ist. Dieses Bindungsverhalten tritt mit 28 Wochen auf. Differenzierendes Nachfolgen des Kindes, wenn die Mutter das Zimmer verlässt, entwickelt sich mit ungefähr 24 Wochen. Kinder mit acht Monaten nützen ihre Mutter als Ausgangsbasis für Erkundungsausflüge und kehren zu der Mutter auch zurück, indem sie sie als sicheren Hafen nützen (Ainsworth 1967).

Zwei weitere Bindungsverhaltensweisen, die in dieser Zeit auftauchen, hängen weniger mit dem Einsetzen der Fortbewegung zusammen, obwohl sie trotzdem oft parallel mit der Fortbewegung beginnen (Marvin, Britner 2008, 278). Es geht dabei um das differenzierende Gesicht-Verbergen und das differenzierende Sich-Anklammern an die Mutter. Gesicht-Verbergen bedeutet, dass das Kind während es die Mutter untersucht und auf ihr herumklettert oder nach einer Erkundung zu ihr zurückkehrt, das Gesicht in ihrem Schoß oder woanders an ihrem Körper versteckt. Ainsworth beobachtete dieses Verhalten frühestens im Alter von 28 Wochen, bei vielen Kindern tritt es einige Wochen später auf. Das Sich-Anklammern an die Mutter nützt das Kind vor allem, wenn es müde, hungrig, krank oder beunruhigt ist. Dieses Verhalten zeigt sich im letzten Viertel des ersten Lebensjahres (Ainsworth 1967).

Eine weitere revolutionäre Veränderung in dieser Entwicklungsphase ist auch, dass das Kind seine Verhaltenssysteme, die Bindung vermitteln, nun auf einer zielkorrigierten Basis organisiert. Vorher waren die Verhaltenssysteme nicht zielkorrigiert. Beide Arten der Organisation führen zu einem voraussehbaren Ergebnis. Während das Kind in den vorhergegangenen Phasen jedoch kein gesetztes Ziel verfolgt, sondern durch Aktionen in einer bestimmten Situation das Ergebnis herbeiführt, ist es ab etwa acht Monaten dazu fähig, ein gesetztes Ziel gewollt zu verfolgen. Ein Beispiel für ein nicht zielkorrigiertes Verhaltenssystem dessen Ergebnis Nähe zur Mutter ist, ist das Schreien. Das Baby schreit in Hörweite seiner Mutter und die Mutter kommt zu ihm. Das Baby ist aber noch nicht im Stande sein Schreien zu verändern, je nachdem ob die Mutter weit oder weniger weit weg ist, um die Mutter zu ihm zu holen. Nun ist es oft so, dass das Kind zufrieden spielt, wenn die Mutter anwesend ist und es ihr unbedingt folgen will, wenn sie sich fort bewegt. Das Bindungsverhaltenssystem des Kindes ist dann aktiviert und es wird sich der Mutter annähern, solange bis diese wieder in Sichtweite oder Kontaktnähe zum Kind ist und das System beendet wird (Bowlby 1975, 234f.). Das Kind hat nun ein Ziel, das es erreichen will, und kann jetzt diese verfügbaren Verhaltensweisen auswählen, die wirksam sind, um das Ziel zu erreichen. Es hat einen Plan, den es ausführen und auch verändern kann, bis das Ziel erreicht ist. Während Interaktionen mit der Mutter wird sich das Ziel des Kindes immer wieder verändern. Manchmal wird das Ziel sein, Distanz zur Mutter zu halten, um die Umgebung zu erkunden, ein anderes Mal wird das Ziel sein, mehr Nähe zu halten oder aufzubauen (Marvin, Britner 2008, 278).

Welches Ziel ein Kind sich setzt, ist abhängig von mehreren Faktoren. Bowlby (1975, 241f.) unterteilt Bedingungen, die Bindungsverhalten aktivieren und beeinflussen, in drei Gruppen. Das Bindungsverhalten ist abhängig vom Zustand des Kindes, ob es etwa müde, hungrig, krank ist, Schmerzen hat oder friert, vom Standort und Verhalten der Mutter, ob sie abwesend ist, weggeht oder etwa Nähe abwehrt und von anderen Umweltbedingungen, wie das Auftreten alarmierender Geschehnisse oder bestimmten Handlungen anderer Erwachsener oder Kinder. Nicht zuletzt wird die Zielsetzung davon abhängen, welche Bindungsinteraktionen sich bisher in der Mutter-Kind-Dyade gefestigt haben, wie die Mutter also bis jetzt auf Bindungsverhaltensweisen des Kindes reagiert hat und was das Kind zu erwarten hat. Bowlby geht nämlich davon aus, dass das Kind in dieser Phase lernt, die Erwartungen, wie seine Mutter reagieren wird, in seine Zielplanung mitaufzunehmen (Ainsworth et al. 1978). Ab dem zweiten Geburtstag kann das Kind dann auch andere Personen als zielgerichtet begreifen und somit in seine Pläne auch Zielveränderungen der Mutter miteinschließen. Oft erreicht ein Kind aber keine Zielveränderung bei der Mutter, weil es für die richtigen Ziele anderer noch zu wenig Verständnis hat. Dazu muss es sich nämlich in andere hineinversetzen und dies kann das Kind in Phase drei noch nicht genug (Bowlby 1975, 321). Auch kommunikative Signale werden ab der dritten Phase in zielkorrigierter Art eingesetzt, um bestimmte Ziele zu erreichen, zuerst nonverbal später verbal (Marvin, Britner 2008, 278).

Das entwickelte Zielverständnis, die Fortbewegung und die gesteigerte Kommunikation sind eng verbunden mit der Entwicklung des Explorationsverhaltenssystems des Kindes. Das Kind wird fähig, die soziale und physikalische Umgebung kennenzulernen und die Regeln zu lernen, die diese Umgebung steuern (Marvin, Britner 2008, 279). Das Explorationsverhaltenssystem hängt mit dem Bindungsverhaltenssystem zusammen. Das dynamische Gleichgewicht zwischen diesen Verhaltenssystemen ist nach Ainsworth (1972, 118 zit. nach Cassidy 2008, 8) für die Entwicklung eines Kindes von entscheidender Bedeutung. Der Rahmen, der am besten die Wechselwirkung zwischen den beiden Systemen erfasst, ist die Nutzung der Bindungsperson als eine sichere Basis, von der aus erkundet wird (Ainsworth 1963 zit. nach Ainsworth et al. 1978, 256). Wenn ein Kind seine Umgebung als gefährlich einstuft, wird es eher nicht explorieren, auch wenn das Bindungsverhaltenssystem aktiviert ist. Z.B. wenn das Kind müde, krank ist oder von der Mutter getrennt wird, wird das Kind wahrscheinlich nicht explorieren, sondern, soweit es möglich ist, die Mutter als Hafen der Sicherheit nutzen. Andererseits kann vermutet werden, dass ein Kind,

dessen Bindungsverhaltenssystem nicht aktiviert ist, dessen Mutter in der Nähe ist, das sich wohl fühlt, gut exploriert (Cassidy 2008, 8). Diese Aktivitäten von Mutter und Kind werden im Konzept der sicheren Basis bzw. des Hafens der Sicherheit zusammengefasst. Nach Bowlby (1976, 248) ist jedoch davon auszugehen, dass nicht nur die physische Anwesenheit der Mutter oder einer anderen Bindungsfigur, sondern auch das Vertrauen, dass diese Bindungsfigur verfügbar ist, wenn sie gebraucht wird, ausschlaggebend für das Explorationsverhalten eines Kindes ist. Dies wiederum hängt natürlich von den vorangegangenen Erfahrungen eines Kindes ab. Für Ainsworth (1990 zit. nach Marvin, Britner 2008, 280) ist das Kennzeichen von Bindung schlechthin „*the infants use of the attachment figure as a secure base for exploration*“.

Wenn der erste Geburtstag erreicht ist, haben sich Mutter und Kind sehr aneinander angepasst, sodass zwischen ihnen ein charakteristisches Interaktionsmuster entstanden ist (Bowlby 1975, 317). Deshalb wird das Kind auch erst in dieser Phase als an seine Bindungspersonen wirklich gebunden angesehen. Sein Bindungsverhalten wird in dieser Phase als organisiert betrachtet (Marvin, Britner 2008, 277). Die verschiedenen Interaktionsmuster kann man durch Beobachtung messen und die Bindungsqualität des Kindes an seine Bindungsfigur kann dadurch aufgeschlüsselt werden. Dies soll nun beschrieben werden.

Bindungsqualitäten des Kindes

Ainsworth et al. (1978) haben ein Untersuchungsinstrument entwickelt, mit dem man die Bindungsqualitäten von Kleinkindern im Alter von zwölf bis 20 Monaten messen kann. Die Balance zwischen Explorations- und Bindungsverhalten wird in einer Testsituation namens „Fremde Situation“ erhoben (Solomon, George 2008, 386). Hier soll kurz nachgezeichnet werden, wie diese Untersuchung abläuft, um anschließend erklären zu können, wie unterschiedlich gebundene Kinder in der Situation reagieren und so ein Verständnis für die Bindungsqualitäten beim Leser entstehen kann. Andererseits werden auch gegenwärtig Fremde Situation Tests als Mittel der Wahl eingesetzt, um Bindungsqualitäten von Kindern zu bestimmen. Da es im weiteren Verlauf der Arbeit auch um Forschungsergebnisse aus Fremden Situationen gehen wird, soll hier ein Eindruck davon gegeben werden.

Die Fremde Situation basiert auf acht jeweils drei Minuten langen Episoden. Sie wird in einer fremden Umgebung unternommen (Dornes 2004, 50). In der ersten Episode werden

Bindungsperson und Kind vom Versuchsleiter begrüßt und in den Untersuchungsraum geführt, in dem zwei Sessel, Spielzeug für das Kind und versteckte Kameras sind. Vor der zweiten Episode geht der Untersuchungsleiter aus dem Raum. In der zweiten Episode gewöhnen sich Bindungsperson und Kind an den Raum. Nach drei Minuten beginnt die dritte Episode indem eine fremde Person den Raum betritt, die sich auf einen Sessel setzt und zuerst mit der Mutter plaudert, bevor sie mit dem Kind Kontakt aufnimmt. Dann verlässt die Mutter unauffällig den Raum, womit die vierte Episode beginnt, in der das Kind und die fremde Person alleine im Raum sind. Nach drei Minuten oder schon früher, wenn das Kind sehr weint, kommt die Mutter zurück. Die fremde Person verlässt dann den Raum, wenn die Mutter Kontakt mit dem Kind aufgenommen hat und in Episode fünf ist die Mutter mit dem Kind alleine im Raum. Nach drei Minuten verlässt die Mutter das Kind wieder, sodass das Kind in der sechsten Episode alleine im Raum ist. Je nachdem wie lange es das Kind alleine im Raum aushält, variiert die Zeitspanne und kann auch kürzer als drei Minuten dauern. In der siebenten Episode betritt die Fremde den Raum und macht dem Kind ein Spiel- oder Trostangebot. In Episode acht kommt die Mutter zurück und die Fremde geht. Mutter und Kind sind zuletzt drei Minuten alleine im Raum. Für die Auswertung der Bindungsqualität des Kindes sind die Wiedervereinigungsepisoden maßgeblich, also Episode fünf und acht (Dornes 2004, 50). Ainsworth et al. (1978) konnten drei typische Verhaltensmuster der Kinder in diesen Situationen beobachten.

Eine Gruppe von Kindern nützt ihre Bindungsperson als sichere Basis für seine Exploration. Während der Trennungsepisoden zeigen diese Kinder, dass sie die Mutter vermissen und bei ihrer Wiederkehr begrüßen sie sie aktiv und freundlich mit einem Lächeln, Vokalisation oder einer Geste. Wenn es ihnen nicht gut geht, suchen sie die Nähe oder den Kontakt mit der Bindungsperson, wenn sie sich wieder wohl fühlen, meist nach kurzer Zeit, beginnen sie wieder zu explorieren. Von der Fremden lassen sich diese Kinder nur ungern trösten, aber manchmal zu einer Neuaufnahme des Spiels überreden. Diese Kinder gehören zu der Gruppe B, sie sind sicher gebunden.

Die zweite Gruppe Kinder exploriert leichtfertig, zeigt wenig Affektverhalten und nützt die Mutter nicht als sichere Basis. Es wird bei diesen Kindern kein Stress sichtbar, wenn die Mutter sie verlässt. Sie spielen weiter, als wäre nichts geschehen, oft mit der Fremden lebhafter als mit der Mutter. Wenn die Mutter wiederkommt, wird sie von diesen Kindern ignoriert, sie vermeiden den Blickkontakt, begrüßen sie nicht oder nur flüchtig und suchen

kaum ihre Nähe. Wenn sie von der Mutter aufgenommen werden, versteifen sie sich oder lehnen sich von ihr weg, sie suchen die Distanz zur Mutter und sind eher an den Spielsachen interessiert. Allgemein wirken sie ruhig, aber physiologische Messungen zeigen, dass sie stark unter Stress stehen (Spangler, Schieche 1999, 305-308). Diese Kinder sind unsicher vermeidend gebundene Kinder und gehören zur Gruppe A.

In die dritte Gruppe werden Kinder eingeordnet, die oft schon beim Betreten des Raumes gestresst wirken, sich fürchten oder passiv sind. Sie haben Schwierigkeiten zu explorieren. Wenn die Mutter den Raum verlässt, lassen sie sie ungern gehen und werden unruhig und weinen. Von der fremden Person lassen sich diese Kinder kaum trösten. Bei den Wiedervereinigungen mit der Mutter wechseln diese Kinder zwischen Kontaktsuche und verärgelter Zurückweisung. Sie scheinen sich im Kontakt mit der Mutter nicht recht beruhigen zu können, weisen Spielzeug zurück und wirken sehr „quengelig“. Diese Kinder gehören der Gruppe C an und sind ambivalent gebunden (Ainsworth 1978, 59-63; Dornes 2004, 50f.; Solomon, George 2008, 387).

Einige Kinder ließen sich in den Forschungen nicht in eine der drei Kategorien einordnen, sie benahmen sich in der Fremden Situation eigenartig und konnten nicht klassifiziert werden. Deshalb entwickelten Main und Solomon (1990 zit. nach Lyons-Ruth, Jacobvitz 2008, 668) eine vierte Kategorie D, die Gruppe der desorganisiert gebundenen Kinder. Sie erarbeiteten Merkmale, die, falls sie von Kindern in der Fremden Situation gezeigt werden, für eine Einordnung der Kinder in D sprechen. Zu diesen Merkmalen zählt sequentielles Zeigen von widersprüchlichen Verhaltensmustern, so, wie wenn auf starkes Bindungsverhalten plötzlich Vermeidung, Einfrieren (alle Bewegungen werden für einige Sekunden gestoppt) oder benommenes Verhalten folgt. Es kann sein, dass desorganisiert gebundene Kinder gleichzeitig stark vermeidendes Verhalten und stark kontaktsuchendes Verhalten mit Stress und Angst zeigen, oder nicht direkte, unfertige und unterbrochene Bewegungen unternehmen, z.B. drücken sie großen Stress aus, während sie sich aber eher von der Mutter weg als zu ihr hin bewegen. Ein weiteres Merkmal können Stereotypen sein, asymmetrische Bewegungen oder unabgestimmte Bewegungen und anormale Haltungen, z.B. stolpern sie ohne ersichtlichen Grund und nur dann, wenn die Bindungsfigur anwesend ist. Diese Kinder frieren vielleicht in ihren Bewegungen ein oder bewegen sich sehr verlangsamt wie unter Wasser. Manchmal erkennt man Zeichen von Furcht vor der Bindungsperson, dies kann durch gebückte Schultern oder einem angstvollen Gesichtsausdruck sichtbar

werden. Das letzte Merkmal, das Kinder der Gruppe D nach Main und Solomon aufweisen können, sind direkte Hinweise auf Desorientierung wie desorientiertes Herumwandern, konfuse und benommene Ausdrücke oder viele schnelle Affektwechsel.

Den desorganisiert gebundenen Kindern fehlt im Gegensatz zu den anders gebundenen Kindern eine kohärente Bindungsstrategie, sie zeigen starkes Konfliktverhalten, das mit der Furcht vor der Bindungsperson zu tun haben scheint (Dornes 2004, 52). Trotzdem ist das desorganisierte Verhalten als Unterbrechung eines zugrundeliegenden organisierten Bindungsmusters zu betrachten (A,B,C) (Main 1999, 126). 80% der Kinder, die misshandelt wurden, sind desorganisiert gebunden (Dornes 2004, 52). Desorganisiert gebundene Kinder sind anfällig für eine psychopathologische Entwicklung, eher als die, die als unsicher gebunden eingeschätzt werden (Zeanah, Emde 1993 zit. nach Main 1999, 139).

Es wird davon ausgegangen, dass die in der Kindheit gezeigten Bindungsmuster eine gewisse Stabilität aufweisen. Bowlby (1975, 317) spricht davon, „*daß sich bei den meisten Paaren um diesen Zeitpunkt (also zum ersten Geburtstag, Anm. d. Autorin) ein Muster ergeben hat, das wahrscheinlich weiterbestehen wird*“. Dennoch ändert sich das Bindungsverhalten wenn Kinder älter werden und in Phase vier übertreten.

2.4 Vierte Phase: Bildung einer zielkorrigierten Partnerschaft

Diese Phase bildet nach Bowlby (1975) die letzte Phase in der Bindungsentwicklung. Mit dem dritten Geburtstag ändert sich das Bindungsverhalten maßgeblich, die meisten Kinder in diesem Alter und älter sind nicht mehr sehr gestresst durch kurze Trennungen von der Bindungsperson, sie verlangen weniger physischen Kontakt. Diese älteren Kinder organisieren ihre intimen Interaktionen mit den Bindungspersonen mittels Augenkontakt, nicht-verbale Ausdrücken, durch Affekt und auch mittels Konversationen über persönliche Anliegen, wie z.B. über Trennungen und Wiedervereinigungen, Gefühle und gemeinsame Aktivitäten und Pläne (Main, Cassidy 1988 zit. nach Marvin, Britner 2008, 282). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die älteren Kinder weniger an ihre Bindungspersonen gebunden sind, sondern lediglich, dass sich die Organisation der Bindung verändert. Es scheint, als könnten die Kinder zunehmend besser für sich selbst Verantwortung übernehmen und auch problemlos einige Zeit mit nichtfamiliären Gleichaltrigen und Erwachsenen verbringen (Marvin, Britner 2008, 284f.).

Dies dürfte mit dem Erreichen einer viel komplexeren Beziehung des Kindes zu seiner Bindungsperson zusammenhängen, die Bowlby (1975, 249) Partnerschaft nennt. Für diesen Fortschritt sind maßgeblich die besser entwickelten „Inneren Arbeitsmodelle“ des Kindes verantwortlich. Auf diese soll nun näher eingegangen werden.

2.4.1 Innere Arbeitsmodelle der Bindungsbeziehungen

Durch das Bindungsverhalten und die Reaktionen der Bindungsfiguren entwickelt das Kind eine innere Repräsentation von Bindung, welche inneres Arbeitsmodell von Bindung genannt wird. Innere Arbeitsmodelle ermöglichen dem Menschen, Ereignisse der wirklichen Welt vorwegzunehmen, damit er fähig wird, sein Verhalten vorausschauend zu planen. Je genauer die innere Abbildung der Wirklichkeit entspricht, desto besser ist das folgende Verhalten angepasst (Fremmer-Bombik 1999, 109).

Die inneren Arbeitsmodelle entwickeln sich beim Kind gleichzeitig mit dem Beginn der Fähigkeit zu planen (Bowlby 1975, 320). Dies geschieht vom Ende des ersten Lebensjahres an und nach Bowlby (1975, 322) wahrscheinlich besonders stark im zweiten und dritten Lebensjahr, wenn das Kind symbolisieren kann. Dann ist das Kind mit der Erarbeitung innerer Arbeitsmodelle befasst, die sich auf das mögliche Verhalten der Bindungspersonen, der eigenen Person und der eigenen Interaktion mit anderen beziehen. Die Bindungspläne, die ein Kind bildet, basieren auf den inneren Arbeitsmodellen. Es wurde immer wieder in den jeweiligen Entwicklungsphasen von den Plänen und Zielen gesprochen. Trotzdem soll hier in Verbindung mit den inneren Arbeitsmodellen noch einmal kurz darauf eingegangen werden.

In Phase eins und zwei kann das Kind noch nicht intern seine Vorstellungen, Ziele und Intentionen manipulieren, um ein Ziel zu erreichen. Die internen Arbeitsmodelle sind noch sehr wenig ausgebildet, obwohl das Kind in Phase zwei bereits seinen Einfluss auf die Interaktion mit den Menschen begreift und auch Personen voneinander unterscheiden kann (Marvin, Britner 2008, 277).

Auch in Phase drei bleiben die inneren Arbeitsmodelle zunächst noch einfach. Das Kind hat aber schon getrennte Modelle von sich selbst und seinen Bindungspersonen, die sich durch die neuen Fähigkeiten noch weiterentwickeln, und kann deshalb schon zielkorrigiert agieren. Es kann bereits internal einen Plan erstellen, ein Ziel verfolgen und Verhaltensweisen auswählen. Trotzdem gibt es noch Begrenzungen, insofern, als das Kind zunächst

über sich und seine Bindungspersonen nur in Termini des Verhaltens nachdenken kann. Das Kind muss noch lernen, dass die Bindungspersonen eigene Annahmen haben und eigene Ziele verfolgen und diese sich von den eigenen unterscheiden können. Zusätzlich ist das junge Kind in Phase drei nicht fähig, über ein Verhalten in längeren Sequenzen nachzudenken, die internen Operationen sind auf individuelle Ziel-Plan Hierarchien beschränkt, wovon jeder Plan von einem bestimmten Stimulus aktiviert und ausgeführt wird. Wenn Phase drei voranschreitet, entwickelt das Kind immer komplexere Vorstellungen und bildet Modelle, die eher einem Netzwerk als einer Kette entsprechen. Wenn das Kind gerade große Lust daran hat, mehr Verbindungen für die Modelle zu erarbeiten, fragt es die berühmten „Warum?“-Fragen. Dies geschieht ca. mit drei Jahren. Ein Merkmal der komplexeren inneren Arbeitsmodelle ist, dass das Kind nun fähig ist, die Ausführung eines Plans zu unterdrücken, um einen besseren Plan für die Zielerreichung zu entwickeln oder einen geplanten Schritt auf später zu verschieben, wenn er besser passt. Das gelingt dem Kind, weil es nun die Pläne und Ziele der Bindungspersonen in seine Pläne mitaufnehmen kann. Doch obwohl das Kind in diesem Entwicklungsstadium schon oft auf innere Prozesse bei anderen Bezug nimmt, verwechselt es trotzdem noch manchmal seine eigene Perspektive mit der von anderen und denkt, dass die anderen dieselben Motivationen und Wahrnehmungen wie es selbst haben.

Erst ungefähr im Alter von vier Jahren erreicht das Kind noch komplexere innere Arbeitsmodelle. Es entsteht eine zielkorrigierte Partnerschaft. Marvin (1977 zit. nach Marvin, Britner 2008, 286) ist der Ansicht, dass hierfür fünf Fähigkeiten des Kindes notwendig sind: Die Fähigkeit zu erkennen, dass die Bindungspersonen mentale Zustände haben, wie Gedanken, Ziele, Pläne und Gefühle; die Fähigkeit zwischen den Wahrnehmungen der Bindungspersonen und den eigenen Wahrnehmungen zu unterscheiden, besonders dann, wenn tatsächlich eine Differenz vorliegt; die Fähigkeit, in seine eigenen Pläne, aus Erfahrung oder durch logische Überlegung, jene Umstände, die die Ziele und Pläne der Bindungspersonen beeinflussen, miteinzubeziehen; die Fähigkeit, einzuschätzen, ob die verschiedenen Wahrnehmungen miteinander koordinierbar sind und die Fähigkeit, Ziele und Pläne der Bindungsfiguren in zielkorrigierter Art und Weise zu verändern (Marvin, Britner 2008, 284-287).

In der hier zitierten Literatur zur Bindungstheorie wird deutlich, wie innere Arbeitsmodelle entstehen. Die Art und Weise, wie das beschrieben wird, zeigt Ähnlichkeiten zu den Beschreibungen der sogenannten Mentalisierungsfähigkeit. Auf diese soll an dieser Stelle

näher eingegangen werden, da sie für die neuere Bindungsforschung von entscheidender Bedeutung ist. Außerdem soll hier bereits ein Verständnis angeregt werden, das für ein unten stehendes Kapitel (2.5.3) über die Einflüsse der Bindungspersonen notwendig sein wird.

2.4.2 Mentalisierungsfähigkeit

Mentalisierungsfähigkeit meint das Vermögen, fremde und eigene mentale Zustände wie Gedanken, Wünsche und Intentionen zu verstehen, damit Handlungen und Verhaltensweisen von sich und anderen nachvollziehbar werden (Fonagy et al. 2004, 260ff.). Die Mentalisierungsfähigkeit entwickelt sich langsam und in Verbindung mit der Reifung des Gehirns von Geburt an. Sehr ausschlaggebend für die Entstehung der Mentalisierungsfähigkeit sind eben auch Bindungs- und Beziehungserfahrungen „mit den Objekten der frühen Kindheit“ (Köhler 2004, 158). Die Bindungspersonen unterstützen die zunehmende Mentalisierung des Kindes nach Fonagy et al. (2004, 62) besonders durch eine Haltung dem Kind gegenüber, die im Kind veranlasst, dass sein Verhalten als Folge von Überzeugungen, Wünschen und Gefühlen verstanden wird.

Die Mentalisierungsfähigkeit stellt sich zeitgleich mit den voll entwickelten inneren Arbeitsmodellen im Alter von ungefähr vier Jahren ein und spielt für sie eine wesentliche Rolle. Durch die Mentalisierung wird es Kindern möglich, sich als derselbe zu erleben, auch wenn sich ihre Gedanken und Gefühle ändern, und sie erlaubt es den Kindern, das Verhalten anderer vorhersehen zu können, weil die Aktivitäten anderer als Folge von mentalen Zuständen betrachtet werden können. Somit können sie auch zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden und dadurch begreifen, dass die Dinge oft anders sind, als sie durch die Handlungen anderer zu sein scheinen. Diese Merkmale sind von grundlegender Bedeutung für die Bewältigung des Alltags (Fonagy et al. 2004, 269f.). Die Mentalisierungsfähigkeit von Kindern ist messbar durch einen Test, der erfasst, ob ein Kind eine falsche Überzeugung bei einer anderen Person erkennen kann (Fonagy 1997; Meins et al. 1998 zit. nach Fonagy et al. 2004, 53f.).

Wie schon erwähnt wurde, sind die inneren Arbeitsmodelle der Bindung und auch die Mentalisierungsfähigkeit maßgeblich von den Beziehungserfahrungen beeinflusst, die ein Kind mit seinen Bindungspersonen im Laufe der ersten Lebensjahre macht. Dies bedeutet,

dass die inneren Arbeitsmodelle, je nachdem welche Erfahrungen ein Kind mit seinen Bindungspersonen gemacht hat, unterschiedlich sein werden, da auch das Verhalten, das ein Kind beispielsweise in der Fremden Situation zeigt, von dem inneren Bindungsmodell beeinflusst ist. So wird auch das Maß an Mentalisierungsfähigkeit individuell ausfallen. Tatsächlich ließ sich zu jeder Bindungsorganisation ein charakteristisches inneres Arbeitsmodell finden, das auch im späteren Kindesalter und im Erwachsenenalter erhoben werden kann (Main et al. 1985 zit. nach Fremmer-Bombik 1999, 113) und auch die Mentalisierungsfähigkeit wurde in Verbindung mit der Bindungssicherheit eines Kindes getestet (Fonagy 1997; Meins et al. 1998 zit. nach Fonagy et al. 2004, 53f.). Diese sollen nun näher betrachtet werden, da herausgearbeitet werden soll, inwiefern Arbeitsmodelle und Mentalisierungsfähigkeit auf die weitere Entwicklung der Kinder einen positiven oder negativen Einfluss haben.

2.4.3 Innere Arbeitsmodelle und Mentalisierungsfähigkeit in den Bindungsorganisationen und ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung der Kinder

Innere Arbeitsmodelle existieren außerhalb der bewussten Wahrnehmung und bestehen, wenn sie einmal ausgeformt sind, relativ stabil weiter. In der Kindheit dürften sie nur durch andere konkrete Erfahrungen verändert werden können. Die Stabilität der individuellen Beziehungen zwischen einem Kind und seinen Bindungspersonen wird wahrscheinlich, trotz der Entwicklung und bestimmter Veränderungen, weiterhin erhalten bleiben (Fremmer-Bombik 1999, 112f.), sofern keine Intervention in den ersten Lebensjahren des Kindes erfolgt. So konnten Main et al. (1985 zit. nach Fremmer-Bombik 1999, 113) die inneren Arbeitsmodelle von Sechsjährigen und von Erwachsenen ermitteln, die mit zwölf Monaten durch die Fremde Situation klassifiziert worden waren. Diese sollen jetzt beschrieben und auch über das jeweilige Ausmaß an Mentalisierungsfähigkeit soll Aufschluss gegeben werden. Da nach Bowlby (1979) jede neue Person, zu der im weiteren Entwicklungsverlauf eine Bindung aufgebaut wird, den bestehenden inneren Arbeitsmodellen untergeordnet wird, ist es auch für diese Arbeit von entscheidendem Interesse, wie sich die verschieden gebundenen Kinder weiterentwickeln, damit auch ersichtlich wird, warum für manche Kinder Interventionsprogramme sinnvoll sind.

Durch ein inneres Arbeitsmodell in einer sicheren Bindung hat ein Kind Vertrauen in die Verfügbarkeit der Bindungsperson. Dies ist schon in der Fremden Situation mit zwölf Monaten zu merken. Mit sechs Jahren ermöglicht dieses Modell dem Kind nach einer einstündigen Trennung von der Bindungsperson, dass es sich ihr gegenüber sehr offen und entspannt verhält. Es beginnt frei und flüssig mit ihr zu sprechen und kann nach wie vor gut in Aktion bleiben. Das Kind ist der Bindungsperson freundlich zugewandt, wodurch sich seine Zuversicht zeigt (Fremmer-Bombik 1999, 114). Von den Kindern, die mit zwölf bzw. 18 Monaten sicher an ihre Bindungsperson gebunden waren, bewältigten die meisten im Alter von vier und fünf Jahren Mentalisierungstests, bei welchen das Kind voraussagen sollte, was eine Person, deren Überzeugung bekannt ist, empfinden wird (Fonagy 1997; Meins et al. 1998 zit. nach Fonagy et al. 2004, 54). Fonagy et al. (2004, 63) sind der Ansicht, dass die sichere Bindung es dem Kind ermöglicht, sich gefahrlos für die mentalen Zustände seiner Bezugsperson zu interessieren, um sich deren Verhalten zu erklären, was einen entscheidenden Faktor für die Ausbildung der Mentalisierungsfähigkeit darstellt. Kinder mit einem sicheren Modell entwickeln ein Bild von sich, so dass sie in der Lage sind sich selbst zu helfen, aber es auch wert sind, dass ihnen geholfen wird (Fremmer-Bombik 1999, 118). Dieses Modell bildet einen Schutzfaktor für den weiteren Entwicklungsverlauf dieser Kinder. Sie zeigen im Umgang mit anderen Kindern weniger Feindseligkeiten und einen kompetenteren Umgang mit Konflikten, später pflegen sie enge Freundschaften und haben weniger Probleme mit Gleichaltrigen (Zimmermann et al. 2000, 310).

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder haben ein inneres Arbeitsmodell, das die Bindungsperson als nicht berechenbar abbildet. Da das Kind keine konkrete Erwartungshaltung aufbauen konnte, kann es negative Gefühle nicht auf ein zukünftig positives Ziel richten und sich somit schwer beruhigen. Dieses Kind erscheint noch mit sechs Jahren häufig sehr unreif und kleinkindhaft, zeigt schnell Bindungsverhalten. Im Arbeitsmodell ist keine Voraussagbarkeit der Verfügbarkeit der Bindungsperson abgebildet, sodass eine einstündige Trennung für dieses Kind eine große Bedrohung darstellen kann (Fremmer-Bombik 1999, 115). Unsicher-ambivalent gebundene Kinder können nicht so gut mentalisieren wie sicher gebundene. Im Alter von vier und fünf Jahren konnte nur die Hälfte der Kinder die Mentalisierungsübungen lösen (Fonagy 1997; Meins et al. 1998 zit. nach Fonagy et al. 2004, 54). Fonagy et al. (2004, 63) sind der Meinung, dass dies bei den ambivalent gebun-

denen Kindern daran liegt, dass sie intersubjektiven Austausch eher meiden, weil sie ständig selbst unter Stress stehen und mit sich befasst sind.

In der späteren Kindheit festigt sich bei unsicher-vermeidenden Kindern ein Arbeitsmodell, sodass die Bindungsperson als zurückweisend bei Sorgen und Kummer abgespeichert wird, um die oft schmerzhafteste Erfahrung der Zurückweisung zu vermeiden, zeigen sie ihre Unsicherheiten nicht mehr. Mit sechs Jahren sprechen sie sehr distanziert und nicht ausführlich zu ihren Bindungspersonen und wirken, als hätten sie eine Mauer um sich herum aufgebaut (Fremmer-Bombik 1999, 115f.). Auch diese Kinder können weniger gut mentalisieren, da sie vor der psychischen Verfassung des anderen zu einem gewissen Grad zurückschrecken (Fonagy et al. 2004, 63). Sie haben schon mit zehn Jahren große Mühe, über gefühlsbetonte Themen wie Kummer und Traurigkeit zu sprechen und suchen sich daher auch seltener Hilfe bei Problemen (Dornes 2004,60). Die verinnerlichte Erwartung von Ablehnung und Zurückweisung durch die Bindungspersonen kann auch zu einer Erwartung von Ablehnung durch Gleichaltrige führen, sodass feindselige Beziehungen entstehen können. Außerdem konnte ein Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten, geringer sozialer Kompetenz in der Kindheit und einer unsicher-vermeidenden Bindungsqualität festgestellt werden (Sroufe, Fleeson 1986; Sroufe 1989 zit. nach Zimmermann et al. 2000, 311). Kinder mit Arbeitsmodellen einer unsicheren Bindung werden als vulnerabel (verletzlich) betrachtet, sollten sie mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden (Zimmermann et al. 2000, 310).

Desorganisiert gebundene Kinder sind lange nicht fähig, ihre Erwartungen an die Bindungsperson in einem Modell abzubilden und eine Bindungsstrategie zu entwickeln (Fremmer-Bombik 1999, 116). Für sie ist die Bindungsperson angstausslösend, entweder werden sie selbst durch die Bindungsperson traumatisiert oder die Bindungsperson hat ein unverarbeitetes Trauma, wodurch ihr Verhalten für das Kind häufig nicht nachvollziehbar ist und ebenso wie das reale Trauma Angst beim Kind erzeugt. Da die Bindungsperson aber auch als sichere Basis genutzt werden will, kommt es zum Konflikt (Main 1999, 129). Mit sechs Jahren haben sich desorganisierte Kinder eine Strategie zurecht gelegt, mit ihrer Konfusion umzugehen. Sie werden ihrer Bindungsperson gegenüber kontrollierend. Entweder fühlen sie sich für das Wohlergehen der Bindungsperson verantwortlich, was sich in überfürsorglichem Verhalten zeigt, oder sie bestrafen ihre Bindungsperson und versuchen so die Kontrolle zu behalten (Fremmer-Bombik 1999, 117).

Wenn es um die Mentalisierungsfähigkeiten der desorganisierten Kinder geht, lässt sich nach Fonagy et al. (2004, 63f.) vermuten, dass sie eine spezielle Kategorie bilden. Die Kinder werden überaus wachsam sein für das Verhalten der angsterzeugenden Bindungsperson. Sie werden alle Hinweise zusammentragen, um endlich Vorhersagen treffen zu können. Es kann sein, dass sie mit der Zeit sehr sensibel auf das Verhalten ihrer Bindungsperson reagieren und daher auch im Stande sind, mentalisierend über sie nachzudenken. Allerdings können desorganisierte Kinder nicht gut über sich selbst und ihre seelischen Zustände nachdenken.

Desorganisation macht Kinder höchst anfällig für spätere psychopathologische Entwicklungen, sollten sie belastenden Lebensereignissen ausgesetzt sein, sie entwickeln oft Depressionen und Immunsystemeinschränkungen (Zeanah und Emde 1993 zit. nach Main 1999, 139). Auch Borderlinerkrankungen können aus einer desorganisierten Bindung entstehen (Fonagy et al. 2004).

Desorganisation für sich ist aber noch nicht mit einer Psychopathologie gleichzusetzen und unterscheidet sich von Bindungsstörungen. Diese entwickeln Kinder, wenn sie in den ersten drei Lebensjahren länger andauernde traumatisierende Erfahrungen gemacht haben. Bindungsstörungen wirken sich unterschiedlich aus, allerdings liegt allen Mustern „*eine schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung des inneren Arbeitsmodells von Bindung zugrunde*“ (Brisch 2003, 108). Im Verhalten von Kindern mit Bindungsstörungen sind Verhaltens- und Überlebensstrategien beobachtbar, die den Bindungskontext nicht mehr erkennen lassen. Zu den Traumatisierungen über einen längeren Zeitraum zählen schwere emotionale und körperliche Verwahrlosung und Deprivation. Hier ziehen sich die Kinder in eigene innere Welten zurück und man kann körperlichen Verfall und stereotype Bewegungsmuster finden bis hin zur Selbstverletzung. Heute findet man diese Bindungsstörungen zum Teil in rumänischen und russischen Kinderheimen. Diese Kinder bevorzugen keine Bindungsperson und zeigen keine Bindungsverhaltensweisen. Sie haben jegliche Erwartung an eine hilfreiche, verfügbare Beziehung verloren. Auch wiederholte Verluste von Bindungspersonen können Traumatisierungen darstellen, die zu Bindungsstörungen bei Kindern führen. Die Traumatisierung, die zu Bindungsstörungen führt, besteht permanent durch eine Nicht-Verfügbarkeit einer emotional erreichbaren Bindungsperson und besteht nicht in einem oder mehreren Einzelereignissen (Brisch 2003, 108f.). Insofern müssen sie auch von einer Bindungsdesorganisation abgegrenzt werden, wobei, wie bereits weiter oben erwähnt, ein zugrundeliegendes organisiertes Bindungsmuster durch die Desorganisa-

tion unterbrochen wird. In der vorliegenden Arbeit wird es in erster Linie um problematische Bindungsorganisationen, wie die desorganisierten und ihre Vermeidung gehen, von Bindungsstörungen soll hier nicht gesprochen werden.

Oben wurde immer wieder auf die Bindungspersonen Bezug genommen, da es ohne sie keine Bindungsentwicklung gibt, dies wurde bereits deutlich. In dem folgenden Kapitel soll ausführlich auf ihre Rolle eingegangen werden.

2.5 Bindungsrelevante Einflüsse der Bindungsperson auf die Bindungsentwicklung des Kindes

Schon Bowlby (1975, 312) ging davon aus, dass Bindungsfigur und Kind sich in ihrem Verhalten gegenseitig beeinflussen. Er erachtete die Wirkung der ursprünglichen Eigenschaften der Bindungsperson auf die Reaktionsweisen des Kindes als sehr komplex, da ihre eigene lange Geschichte zwischenmenschlicher Beziehungen und ihre Wertvorstellungen in den Umgang mit dem Kind miteinspielen. Seit damals wurde durch die vorangeschrittene Bindungsforschung viel Wissen über die Einflüsse der Bindungspersonen gesammelt. Diese Kenntnisse sollen hier erklärt werden, um damit nachzuvollziehen, wie es zu bestimmten oben genannten Bindungsmodellen beim Kind kommt, wodurch diese Entwicklung beeinflusst wird und woran mit der Bindungsperson in Interventionsprogrammen gearbeitet wird. Da die Hauptbindungsfigur meist eine mütterliche Person ist, wird hier von der Mutter gesprochen. Die verschiedenen Einflussfaktoren werden in chronologischer Reihenfolge nach Dornes (2004) erläutert. Der Zugewinn an differenzierten Sichtweisen im Laufe der Jahre kann so gut aufgerollt werden. Behandelt werden die Faktoren Feinfühligkeit, Bindungsrepräsentanzen und Reflexionsfähigkeit der Mutter.

2.5.1 Feinfühligkeit

Ainsworth et al. (1978) haben in ihrer Studie über kindliche Bindungsmuster herausgefunden, dass die mütterliche Feinfühligkeit im ersten Lebensjahr eine wichtige Rolle für ein individuelles Bindungsverhalten des Kindes mit einem Jahr einnimmt.

Die Feinfühligkeit kennzeichnet nach Ainsworth (1974b, 414ff.) die Fähigkeit der Mutter, die Signale und Mitteilungen, die das Kind ihr über sein Verhalten vermittelt, wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren. Sie enthält vier wesentliche Komponenten: die Wahrnehmung der Signale, eine richtige Interpretation der Signale, eine angemessene Antwort und eine prompte Reaktion darauf.

Hochgradig feinfühlig Mütter sind für die Mitteilungen ihrer Kinder zugänglich und nehmen auch subtilere Kommunikationen, Signale, Wünsche und Launen wahr. Sie interpretieren die Signale richtig und sind sehr einfühlsam im Umgang mit ihren Kindern. Feinfühlig Mütter können auch den Zeitpunkt ihrer Interaktion gut wählen, sodass sich qualitativ angemessene und prompt wirkende Interaktionen ergeben.

Weniger feinfühlig Mütter nehmen viele Signale, die ihre Kinder äußern nicht wahr, zum Teil ignorieren sie sie oder es fällt ihnen schwer, subtilere Kommunikationsversuche der Kinder zu bemerken. Darüber hinaus interpretieren weniger feinfühlig Mütter die Signale nicht richtig oder nehmen sie verzerrt wahr. Es mag sein, dass eine Mutter zwar verschiedene Stimmungen bei ihrem Kind erkennt, sich aber nicht übereinstimmend in das Kind einfühlen kann. Dadurch reagieren sie meist auch zeitlich nicht passend. Die Interaktionen zwischen wenig feinfühlig Müttern und ihren Kindern wirken zerfahren und unrund.

In der Studie von Ainsworth et al. (1978) konnte nachgewiesen werden, dass Mütter, die im ersten Lebensjahr feinfühlig reagierten, Kinder hatten, die mit zwölf Monaten sicher an sie gebunden waren, während die Mütter, die manchmal angemessen, manchmal aber zurückweisend oder überbeschützend waren, unsicher-ambivalent gebundene Kinder hatten und Mütter, die auf Kummer und Trostbedürfnisse des Kindes eher zurückweisend reagierten, hatten unsicher-vermeidende Kinder. Auch andere Studien (De Wolff, van Ijzendoorn 1997 zit. nach Dornes 2004, 58) konnten diese Zusammenhänge bestätigen, allerdings waren die Zusammenhänge nicht so deutlich wie erwartet.

Es ist nachvollziehbar, dass desorganisiert gebundene Kinder, sofern sie ein Trauma durch die Hauptbindungsfigur erlitten haben, wie Gewalt oder sexuellen Missbrauch, einen massiv unfeinfühlig Umgang mit dieser erlebten (Brisch 2003, 111-114). Diese Kinder wurden von ihrer Bindungsfigur in heftige Angst versetzt.

Später in der Entwicklung der Bindungsforschung stellte sich heraus, dass nicht nur das Verhalten der Mütter die Bindungsstrategien ihres Kindes beeinflusst, sondern auch die

Bindungsrepräsentanzen, also die inneren Arbeitsmodelle der Bindung an das Kind weitergegeben werden können (Dornes 2004, 70ff).

2.5.2 Bindungsrepräsentanzen

Die Studien zur Weitergabe der Bindungsrepräsentanzen von einer Generation auf die nächste basieren auf dem Erwachsenen-Bindungsinterview, das das innere Arbeitsmodell von Bindungen der Mutter aufdeckt. Das Interview erhebt anhand von Berichten der befragten Bindungspersonen Bindungs- und Trennungserfahrungen im Kindesalter, sowie die persönliche Einschätzung der Auswirkungen dieser Erfahrungen auf die jetzige Bewältigung des Alltags. Die Personen werden nach der Qualität der Beziehungen zu ihren Bezugspersonen in der Kindheit befragt und nach konkreten Erinnerungen, die diese Einschätzung belegen können. Die befragten Menschen sollen ihre Kindheitserinnerungen zu Trennung, Krankheit, Verletzung, Strafe, Verlust und vor allem Missbrauch schildern.

Durch das Bindungsinterview werden analog zu den Bindungsorganisationen in der Kindheit vier Arten von Bindungsrepräsentanzen sichtbar. Die als autonom (F) klassifizierten Erwachsenen entsprechen den sicher gebundenen Kindern. Sie erzählen flüssig und kohärent über ihre Vergangenheit, wobei sie keine Idealisierungen ihrer Erfahrungen vornehmen. Diese Erwachsenen sprechen in der Ich-Form und sehen ihren eigenen Standpunkt relativ, indem sie etwa anmerken, dass andere vielleicht über die gleichen Erlebnisse anders denken. Nicht der Inhalt ihrer Erinnerungen und die Qualifikation als gut oder schlecht ist ausschlaggebend für ihre Klassifizierung, sondern die Art und Weise wie darüber erzählt wird, es muss erkennbar werden, dass sie ihre Erfahrungen durchgearbeitet haben. Auch Personen mit überwiegend schlechten Erfahrungen in der Kindheit können autonom eingestuft werden, wenn sie kohärent und plausibel erzählen. Als autonom eingestufte Mütter haben eher sicher gebundene Kinder.

Eine weitere Gruppe bilden die verstrickt/belasteten (E) Erwachsenen. Sie entsprechen den unsicher-ambivalent gebundenen Kindern. Sie lassen in ihren Erzählungen erkennen, dass sie noch Probleme mit ihrer Vergangenheit haben. Oft wirken sie wütend auf ihre Bezugspersonen und wollen es ihnen trotzdem immer noch recht machen. Sie sprechen auch eher

verschachtelt, konfus und vage, oder sie verfehlen das Thema. Sie sind noch immer in vergangenen Erlebnissen mit ihren Bezugspersonen verstrickt.

Die verstrickt/belasteten Mütter haben eher Kinder, die unsicher-ambivalent an sie gebunden sind.

Die nächste Klassifikation wird Unsicher-Distanziert (D) genannt und ist das Erwachsenenäquivalent zur unsicher-vermeidenden Bindungsstrategie im Kindesalter. Die Erwachsenen dieser Gruppe haben wenige Erinnerungen an ihre Kindheit oder machen widersprüchliche Angaben. So können sie beispielsweise keine oder nur widersprüchliche Angaben über „wunderbare“ Eltern machen. Falls sie sich an schmerzliche Erfahrungen erinnern, neigen sie zur Bagatellisierung. Manche unsicher-distanzierten Erwachsenen idealisieren ihre Eltern, andere sprechen eher kalt und verächtlich über sie. Mütter, die in diese Kategorie fallen haben meist Kinder, die unsicher-vermeidend an sie gebunden sind (Fonagy 1998, 351; Dornes 2004, 67ff.).

Die vierte und letzte Gruppe bilden die Erwachsenen, die durch unabgeschlossene Trauer, z.B. über Verluste von Bezugspersonen in der Kindheit oder andere unbewältigte Traumata (U), beeinträchtigt erscheinen. Erwachsene werden dieser Gruppe zugeordnet, wenn sie während der Schilderung traumatischer Ereignisse Anzeichen von Desorganisation und Desorientierung zeigen. Sie äußern sich eigenartig. Beispiele sind z.B.: „Er starb, weil ich vergessen hatte für ihn zu beten.“ Manchmal verwenden sie auch plötzlich überschwengliche und gekünstelte Ausdrücke, wie z.B.: „Sie war jung, sie war lieblich und sie wurde uns durch diese schrecklichste aller Krankheiten entrissen, durch Tuberkulose.“ Diese „Fehler“ sind meistens kurz und treten oft nur in wenigen Sätzen auf, die das Trauma betreffen. Das genügt jedoch, um sie in die U-Kategorie zu ordnen. Abgesehen von diesen Fehlern, weisen Erwachsene dieser U-Kategorie noch ein zweites organisiertes Arbeitsmodell auf, wie auch die desorganisiert gebundenen Kinder. Erklärbar werden solche Fehler in der Organisation der Sprache durch einen Wechsel in einen mentalen Zustand, der eine traumatische Erfahrung beinhaltet. Der Erwachsene mag sich dann ängstlich oder beängstigend verhalten oder etwa durch tranceartige Zustände verwirrt erscheinen. Wenn dieses Verhalten in der Interaktion mit dem Kind häufiger auftritt, so wird sich das Kind auch vor der Bindungsperson fürchten, weil das Verhalten nicht von äußeren Umständen ausgelöst scheint und ihm dadurch keine Strategie zur Verfügung steht, damit umzugehen (Main, Hesse 1990, 1992 zit. nach Main 1999, 130). Besonders erschreckend dürfte es für ein Kind sein,

wenn sich die Bindungsperson vom Kind zurückzieht, so als wäre das Kind die Ursache seiner Angst. Die Bindungsperson wird zur Angstquelle für ihr Kind. Deshalb haben U Mütter auch eher desorganisiert gebundene Kinder. Das bedeutet, dass auch dieses Bindungsmuster von der Mutter auf ihr Kind übertragen werden kann, ohne dass das Kind selbst ein Trauma wie Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt hat (Main 1999, 130-133).

Durch mehrere Forschungen konnte also eine über die Generationen vermittelte Verbindung zwischen den Einschätzungen der Bezugspersonen und den Testergebnissen von Kindern in der Fremden Situation nachgewiesen werden (Fonagy 1998b, 352). Es stellte sich nun aber die Frage, wie ein mentaler Zustand eines Erwachsenen ein Kind beeinflussen kann. Und es wurde sodann erwogen, ob sich die verschiedenen Bindungsrepräsentanzen auf das Verhalten der Erwachsenen auswirkten. Da die Feinfühligkeit ein Verhaltensmerkmal darstellt und ebenso die Bindungsqualität der Kinder beeinflusst, wurde untersucht, ob die Bindungsrepräsentanzen von Erwachsenen Einfluss auf deren feinfühliges Verhalten haben, etwa in der Art, dass autonome Mütter auch feinfühlig mit ihrem Kind umgehen. Tatsächlich ergaben sich nicht in allen Fällen Zusammenhänge (Dornes 2004, 72), sodass die Forschung mit einer „Transmissionslücke“ konfrontiert war (Fonagy 1998b, 355). Diese Lücke zu füllen, machten sich Fonagy und seine Mitarbeiter zur Aufgabe und sie überprüften, ob die elterliche Mentalisierungsfähigkeit vielleicht die Vermittlung von Bindungsmustern erklären könnte (Fonagy 1998). In der Literatur wird die Mentalisierungsfähigkeit auch Reflexionsfähigkeit genannt. Die beiden Ausdrücke bezeichnen dasselbe und werden auch in dieser Arbeit äquivalent verwendet.

2.5.3 Reflexionsfähigkeit

Die Reflexionsfähigkeit bzw. Mentalisierungsfähigkeit wurde schon bei der kindlichen Bindungsentwicklung erklärt. Zur Erinnerung soll noch einmal erwähnt werden, dass Mentalisierung sowohl die Fähigkeit meint, sich das Verhalten von Personen und von sich selbst durch die Zuschreibung seelischer Zustände zu erklären, als auch das Wissen darüber, dass diese Zuschreibungen geistige Konstruktionen von einem selbst sind, die nicht zwangsläufig zutreffend sein müssen und auch verändert werden können (Fonagy et al. 2004, 269).

Um die Reflexionsfähigkeit der Bindungspersonen bestimmen zu können, wurde das Erwachsenenbindungsinterview mit einer eigens entwickelten Skala bei der Auswertung betrachtet.

Tatsächlich stellte sich heraus, dass Bindungspersonen mit hohen Werten auf dieser Skala, die also gut mentalisieren konnten, eine drei- bis viermal höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, sicher gebundene Kinder zu haben, als Bindungspersonen mit schlechten Fähigkeiten der Mentalisierung (Fonagy 1998b, 356ff.). Durch die Reflexionsskala wird die Bindungsqualität des Kindes gleichermaßen vorausgesagt wie durch die Bindungsrepräsentanzen der Bindungspersonen. Ebenso wurde belegt, dass autonome Bindungspersonen besser mentalisieren können als anders klassifizierte (Dornes 2004, 75).

Die ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit der Bindungspersonen führt zu einer sicheren Bindung beim Kind über eine bestimmte Art der Affektspiegelung. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Erleben von Sicherheit beim Kind maßgeblich davon abhängt, inwiefern Erregungszustände reguliert werden können (Fonagy et al. 2004, 51). Dafür ist es wichtig, dass es Kinder mit Bezugspersonen zu tun haben, denen sie gefahrlos seelische Zustände zuschreiben können, um sich deren Verhalten zu erklären. Außerdem ermöglicht eine gut mentalisierende Bindungsfigur, dass sich das Kind in dieser als selbst von Überzeugungen, Wünschen, Gefühlen und Intentionen geleitetes Individuum erkennt (Fonagy et al. 2004, 63).

Die Transmissionslücke wurde durch die Forschungen zur Mentalisierungsförderung nicht geschlossen. Die genauen Mechanismen, inwiefern Bindungsrepräsentanzen der Eltern die Bindungsqualitäten der Kinder beeinflussen und was die vermittelnden Mechanismen sind, ist noch nicht ganz klar. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass nur ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen dem Maß der elterlichen Feinfühligkeit (bzw. schlechte Werte auf der Skala) nach Ainsworth et al. (1978) mit desorganisierten Bindungsqualitäten von Kindern vorliegt, während die ungelösten Bindungsrepräsentanzen Erwachsener desorganisierte Bindungsmuster ihrer Kinder regelmäßig voraussagen (van Ijzendoorn 1995, zit. nach Lyons-Ruth et al. 2006, 251). Deshalb wurde in der Forschung versucht, ein anderes Maß für elterliches Verhalten gegenüber ihren Kindern zu finden, das die Desorganisation besser vorhersagen könne. Auf diese soll nun eingegangen werden.

2.5.4 Ängstliches, ängstigendes und weiteres untypisches elterliches Verhalten

Es wurden widersprüchliche Pflegestrategien der Eltern gegenüber ihren Kindern herausgefiltert, die in der Fremden Situation gemessen werden konnten. Angenommen wurde, dass es sämtliche Verhaltensweisen von Eltern gibt, die ihr Kind ängstigen, wodurch es zum Konflikt kommt, der sich dann in der Desorganisation des Kindes zeigt (siehe 2.3.1 und 2.4.3). Letztlich entstand ein Katalog mit fünf untypischen Verhaltensweisen. Diese sind affektive Fehler, die sich durch widersprüchliche Signale der Eltern zeigen, oder durch keine oder unangemessene Antworten; Desorientierung der Eltern, wobei sich die Eltern verwirrt oder geängstigt durch das Kind zeigen oder selbst desorientiert und desorganisiert sind; negativ-intrusives Verhalten, welches sich verbal und körperlich zeigen kann; Rollenkonfusion, die durch Rollenumkehr bzw. Sexualisierung sichtbar wird und Rückzug, wobei sich die Eltern räumliche, körperliche oder verbale Distanz zum Kind verschaffen. In den Untersuchungen mittels des „AMBIANCE“ (Atypical Maternal Behavior Inventory) wurden signifikante Zusammenhänge zwischen desorganisierten Bindungsmustern der Kinder und drei Dimensionen des Kataloges gefunden. Diese sind affektive Fehler, Desorientiertheit und unfeinfühliges, übergriffiges Verhalten (negativ-intrusives Verhalten) (Lyons-Ruth et al. 2006, 251-255). Ängstliches, ängstigendes und weiteres untypisches elterliches Verhalten sagt die desorganisierte Bindungsqualität des Kindes besser voraus als das Maß an elterlicher Feinfühligkeit.

2.6 Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Kapitel konnte die Bindungsentwicklung erläutert werden. Hierbei wurde deutlich, dass sich bestimmte Bindungsmuster entfalten, die unterschiedliche Konsequenzen im weiteren Lebenslauf nach sich ziehen. Sichere Bindung kann zu einem Schutzfaktor im weiteren Leben eines Menschen werden und vor allem desorganisierte Bindungsmodelle bilden einen Risikofaktor für die Entwicklung. Aus Sicht der Bindungstheorie kann die Entwicklung eines Kindes nicht unabhängig von den Hauptbindungspersonen eines Kindes gesehen werden, die „*das Bindungsmuster ihres Kindes entscheidend mitformen*“ (Bowlby 1988, 64). In einem eigenen Unterkapitel wurde darauf Bezug genommen und es konnte herausgearbeitet werden, wie vielfältig die bindungsrelevanten Einflussfaktoren der Bin-

dungsfiguren sind und dass Bindung von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden kann.

Es zeigt sich, dass beide Erkenntnisse, die in diesem Kapitel nachgezeichnet wurden, zur Entwicklung von bindungsfördernden Interventionen beigetragen haben. Einerseits ist damit die Tatsache gemeint, dass früh erworbene Bindungsmuster Einfluss auf die weitere Entwicklung eines Menschen haben und jeweils zu Schutz- oder Risikofaktoren werden können. Andererseits nahm die fortschreitende Erkenntnis über die Transmission der Bindung von den Hauptbindungspersonen auf ihre Kinder großen Einfluss auf die Entwicklung von bindungsfördernden Interventionen im frühen Kindesalter. Solche wurden in den letzten 20 Jahren in verschiedensten Formen entwickelt, um die frühe Bindung zwischen Eltern und Kindern zu fördern und zu unterstützen. In dem folgenden Kapitel soll nun auf diese Interventionen eingegangen werden.

3 Forschungsinteresse und methodisches Vorgehen

John Bowlby (1988, 29) hatte die Hoffnung, dass seine Theorie zur Förderung einer normalen Entwicklung von Kindern beitragen werde: *„Langfristig gesehen, hoffe ich, auf Grund der Benennung positiver persönlichkeitsstrukturierender Faktoren möge meine Theorie im Hinblick auf das Wohl der Kinder manchen Eltern die Augen öffnen und sich auch therapeutisch auszahlen, denn erst dann wird die öffentliche Hand entsprechende Mittel bewilligen.“*

Er betrachtete das Kind in den ersten ein bis drei Lebensjahren als sehr offen für Veränderungen, wenn die familiäre Umwelt sich ändert (Sroufe 1995, 367 zit. nach Suess, Hantel-Quitmann 2008, 333). Die inneren Arbeitsmodelle sind in diesem Alter gezielter Veränderung gut zugänglich (Sroufe, Fleeson 1986; Sroufe, Waters 1977a zit. nach Suess, Hantel-Quitmann 2008, 333).

Dieses Kapitel dient in erster Linie dazu, die Forschungslücke für die vorliegende Arbeit zu identifizieren. Es wird also auf thematisch ähnliche Arbeiten, die sich mit verschiedenen bindungsfördernden Interventionen zusammenschauend befassen, eingegangen, wodurch auch ein erster Einblick in die Interventionen ermöglicht wird, und ihre Erkenntnisse nach-

gezeichnet werden. Aus diesem Forschungsstand ergeben sich die zu beantwortenden Fragen der vorliegenden Arbeit. Zusätzlich soll in diesem Kapitel die methodische Vorgehensweise der Autorin dieser Arbeit ersichtlich werden.

Es existieren mehrere Artikel, in denen bindungsfördernde Interventionen, die von der Bindungsforschung untersucht wurden, erläutert und verglichen wurden. Auf aktuelle zusammenschauende Arbeiten soll nun näher eingegangen werden.

3.1 Zusammenfassende Arbeiten über bindungsfördernde Interventionen und Identifizierung der Forschungslücke

Egeland et al. (2000) beschäftigen sich mit Interventionen, die darauf gerichtet sind, die Feinfühligkeit der Bindungsperson zu erhöhen, die mentalen Repräsentationen der Bindungsperson zu verändern, und auch mit jenen Interventionen, durch die soziale Unterstützung bereitgestellt und erhöht werden sollte oder die sich auf das Wohlbefinden der Bezugsperson und auf deren seelische Gesundheit konzentrieren. Die Interventionen werden also in vier Gruppen eingeteilt. Alle Interventionen wurden evaluiert. Letztendlich kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die beschriebenen Interventionen nur geringfügigen Erfolg haben, sichere Bindungen zu begünstigen. Egeland und seine Kollegen sind der Ansicht, dass Interventionen, die frühe Bindungen fördern sollen, sich sowohl auf die inneren Arbeitsmodelle der Bindungspersonen als auch auf das Erziehungsverhalten derselben (zu dem die Feinfühligkeit zählt) konzentrieren müssen (Egeland et al. 2000, 70). Sie argumentieren außerdem, dass intensivere und länger andauernde, also auch früh startende Interventionen („more is better“) besser geeignet seien, sichere Bindungen zu fördern, als kurze und spät startende. Besonders gelte das für Familien mit sehr hohem Risiko, negative Entwicklungen einzuschlagen (Egeland et al. 2000, 79). Dies sind z.B. alleinerziehende jugendliche Mütter, Familien mit Frühgeborenen, Familien mit Kindern mit geistiger Behinderung und Adoptivfamilien (Ziv 2005, 72).

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen Bakermans-Kranenburg et al. (2003). Sie unterziehen 70 Interventionsstudien einer quantitativen Metaanalyse und kommen zu dem Schluss, dass Interventionen, die ausschließlich die Feinfühligkeit der Bindungspersonen fördern und Interventionen die später starten (nachdem das Kind sechs Monate war) die

erfolgreichsten seien, unabhängig vom Schweregrad der Risiken und Probleme. Diese erhöhten am ehesten die Bindungssicherheit der Kinder („less is more“) (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 208). Die Autoren geben aber zu bedenken, dass ein „sleepers effect“ möglich sei. Dies bedeutet, es wird für möglich gehalten, dass manche Interventionen ihre Wirkung auf die Bindungssicherheit des Kindes erst nach längerer Zeit entfalten. Dafür halten es die Autoren für notwendig, die Effekte der Interventionen kontinuierlich nach gewissen Zeitspannen zu untersuchen (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 211). Ziv (2005, 72f.) ist der Meinung, dass dies insbesondere für Hochrisikofamilien gelten könne. Bakermans-Kranenburg et al. (2003) untersuchten tatsächlich fast ausschließlich Interventionen für Hochrisikofamilien. Außerdem sind die Interventionen sehr unterschiedlich beforscht worden, manche hatten Kontrollgruppen, andere nicht und die Anzahl der Probanden variierte. Ziv (2005) hält Metaanalysen für problematisch, sofern nicht vorab die zu untersuchenden Interventionen kritisch begutachtet werden.

Die Metaanalyse von Bakermans-Kranenburg et al. (2003) schließt nicht die genauen Effekte der Interventionen auf desorganisierte Bindung mit ein. Erst in einer späteren Arbeit untersuchen sie genau die Effekte, die präventive Interventionen auf desorganisierte Bindung haben. Auch hier wird neben einem kurzen inhaltlich beschreibenden Teil eine Metaanalyse unternommen. Und auch hier argumentieren die Autoren, dass am ehesten solche Interventionen desorganisierter Bindung vorbeugen können, die nach einem Kindesalter von sechs Monaten starten und jene, die die Feinfühligkeit fokussierten und nicht diejenigen, die breiter angelegt sind. Außerdem seien Interventionen erfolgreicher, wenn das Risiko im Kind gesehen wird (z.B. durch Frühgeburt oder internationale Adoption), als Interventionen, bei denen das Risiko bei den Bindungspersonen vermutet wird (z.B. mütterliche Depression) (Bakermans-Kranenburg 2005, 207f.). Die oben genannten Kritikpunkte könnten auch in Bezug auf diese Ergebnisse diskutiert werden.

Berlin (2005) steht mit den Ergebnissen ihrer Reanalyse genau zwischen den Meinungen von Egeland et al. und Bakermans-Kranenburg et al. Sie untersucht 14 Interventionen, die beide Forschergruppen auch in ihren Untersuchungen behandelten und die frühe Bindung fördern sollen und unterzieht sie einem Literaturreview. Berlin stützt sich bei der Einteilung der Interventionen auf zwei Ziele einer bindungsgeleiteten Therapie und auf ein drittes Merkmal eines förderlichen Interventionprozesses: die Fokussierung der inneren Arbeitsmodelle der Bindungspersonen, die Förderung des Erziehungsverhaltens (Feinfühligkeit) und die Tatsache, dass die Bindungsperson den Intervenierenden als sichere Basis

nutzen kann. Für die Beziehung zwischen Intervenierendem und Bindungsperson bedeutet dies, dass es der Bindungsperson durch eine sichere Bindung an den Intervenierenden, möglich wird, sich selbst und ihre Beziehung zu ihrem Kind geistig zu erkunden. So wird es den Bindungspersonen möglich, Einsicht in ihre Probleme zu erlangen und neues Erziehungsverhalten kann ausprobiert werden (Berlin 2005, 7f.). Insgesamt kommt Berlin zu dem Schluss, dass die untersuchten Interventionen angemessene Erfolge bei der Steigerung der Anteile sicher gebundener Kinder aufweisen. Große Erfolge wurden dahingehend verzeichnet, dass alle Interventionen zumindest in einem der oben genannten Ziele erfolgreich waren. Berlin argumentiert weiter, dass das Feld der frühen Interventionen, die zum Ziel haben Bindung zu fördern, noch keine definitive Antwort auf die Frage, ob „mehr oder weniger“ effektiver sei, gefunden haben. Sie meint, dass es wahrscheinlich ist, dass es verschiedene Klienten gibt, mit verschiedenen Bedürfnissen und Charakteristiken und dass einige mehr und die anderen weniger bräuchten. Die Frage, welche Form der Intervention für bestimmte Teilnehmer besser ist, verdiene laut Berlin mehr Beachtung (Berlin 2005, 13-20). In einem weiteren Artikel beschäftigen sich Berlin et al. (2008) mit fünf Interventionsprogrammen, die vielversprechend in Bezug auf die Förderung sicherer Bindungen erscheinen. Im Artikel betrachten die Autoren auch vier öffentliche Gesundheits- und Kriminaljustizprogramme, in denen bindungsorientierte Behandlungen eine Rolle spielen. Die Programme werden einem Review unterzogen, jedes Programm wird kurz vorgestellt, anschließend werden Ergebnisse von Studien zur Wirksamkeit der Programme nachgezeichnet. Berlin et al. (2008, 757) kommen zu der Erkenntnis, dass sich Interventionsprogramme in den letzten 20 Jahren, und speziell seit Kurzem, in großen Schritten weiterentwickelten, und konzentrieren sich darauf, wie die nächsten Schritte in Bezug auf die Forschung aussehen sollten. Sie gehen von drei Fragen aus, die, falls sie beantwortet werden können, die Erfolge der nächsten Generation von Interventionsprogrammen zur Förderung früher Bindung positiv beeinflussen würden. Die Fragen, die untersucht werden sollen, lauten: „Welche Art der Intervention ist für welche Zielgruppe am effektivsten?“, „Welche Komponenten sind verantwortlich für den Erfolg einer Interventionsprogrammes?“ und „Was soll unter Erfolg der Programme verstanden werden?“.

Für die Beantwortung der ersten Frage schlagen die Autoren vor, rigoros die inneren Arbeitsmodelle der Eltern vor der Intervention zu erheben und das Ausmaß, inwiefern die Arbeitsmodelle die Resultate der Studien beeinflussen. Zur zweiten Frage gibt es Hinweise, dass der Einsatz von Videofeedback, das Engagement der Eltern in den Programmen und die Qualität der Beziehung zwischen Eltern und Intervenierenden für erfolgreiche In-

erventionen maßgeblich sind. Dies muss jedoch durch weitere Studien bestätigt werden. Hinsichtlich der dritten Frage wurden bisher fünf Kriterien in der Forschung festgelegt, die Programmterfolge zeigen sollen: die Vorbeugung bzw. die Veränderung unsicherer Bindungen, die Veränderung innerer Arbeitsmodelle der Eltern, die Veränderung des Erziehungsverhaltens, die Veränderung wichtiger Ergebnisse in der kindlichen Entwicklung, die durch sichere Bindung beeinflusst werden (wie z.B. soziale Fähigkeiten oder Verhaltensprobleme), und Kombinationen der eben genannten Kriterien. Die Autoren (Berlin et al. 2008, 757) sind der Ansicht, diese Kriterien müssten klarer artikuliert und beforscht werden, idealerweise durch Längsschnittuntersuchungen, die vor und nach der Intervention Ergebnisse zur Bindung und zu anderen Faktoren erheben.

Ziv (2005, 73) ist der Ansicht, dass besonders die Fragen, ob erstens „mehr oder weniger“ und zweitens für welche Zielgruppe effektiver sei, nur durch weitere Forschungen an Interventionen weiter zu klären seien. Es wird angemerkt, dass diese Frage das Design neuer Interventionen beeinflussen wird.

Bei einer ersten Durchsicht der Darstellung der verschiedenen Interventionen und auch in den oben genannten zusammenschauenden Arbeiten wird deutlich, dass vielen Interventionen ein spezifisches Protokoll, ein Handlungsleitfaden zur Implementierung der Intervention fehlt. Das bedeutet, es ist nicht festgeschrieben, welche Theorien, Strukturen und Prozessabläufe den Interventionen zugrunde liegen und welche genauen Ziele sie verfolgen. Oft wird die Umsetzung der Intervention konfus erklärt, manchen Interventionen fehlt die Argumentation für einen klaren Fokus (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 211). Einige Interventionen wiederum haben einen allzu konzentrierten Fokus und sind abhängig von dem Phänomen „teaching to the test“. Das heißt, eine Intervention wird ausschließlich für die Forschungsstudie angelegt (Ziv 2005, 72). Dies ist das Gegenteil von konzeptualisierten, theoretisch begründeten und sehr detailliert beschriebenen, manualisierten Interventionen, die möglicherweise schon vor einer sie überprüfenden Forschung bestanden haben. Diese sollen im Folgenden Interventionsprogramme genannt werden. Von den Autoren werden solche Interventionsprogramme gefordert, auch um Vergleiche zwischen den Interventionen gut analysieren zu können. „*The intervention should be carefully described in a protocol, and implementation and evaluation of the intervention should be independent*“ (Bakermans-Kranenburg et al. 2003, 211f.). Nur solche Interventionsprogramme würden sicherstellen, dass die Ziele der Intervention bindungstheoretisch gut begründet sind und der Einsatz solcher Interventionen gut durchdacht ist. In der Literatur sind wenig

Arbeiten zu finden, die ausschließlich mit Interventionsprogrammen befasst sind, die die frühe Bindung fördern sollen. Außerdem sind in zusammenfassenden bzw. vergleichenden Artikeln über verschiedene Interventionen, diese jeweils nur sehr kurz beschrieben, sodass ein ausführlicher Vergleich schwierig wird. Es kann weiters davon ausgegangen werden, dass Interventionsprogramme laufend beforscht werden und es daher sinnvoll ist, regelmäßig einen Forschungsstand zu erheben. Außerdem gibt es dazu kaum Literatur in der deutschen Sprache. Aufgrund dieser Tatsachen stellen sich folgende Forschungsfragen:

Welche Eltern-Kleinkind-Interventionsprogramme für die ersten drei Lebensjahre sind in der Literatur beschrieben, die explizit bindungstheoretisch begründet sind und ausdrücklich die Förderung der Bindung oder damit in Zusammenhang stehende Komponenten zum Ziel haben?

Welche Forschungserkenntnisse gibt es im Bereich, inwiefern diese Programme Bindungsentwicklungen beeinflussen?

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich bei einem Vergleich der Programme feststellen?

Die Forschungsfragen sollen durch einen Literaturreview und einen anschließenden Vergleich beantwortet werden. Im Folgenden soll beschrieben werden, wie vorgegangen wird, um die Forschungsfragen zu beantworten.

3.2 Methode

In der vorliegenden Arbeit wird ein Literaturreview zum Thema bindungsfördernde Interventionsprogramme in der frühen Kindheit unternommen. Nach Hart (2008, 13) ist ein Literaturreview eine Auswahl verfügbarer Dokumente zu einem bestimmten Thema, welche Informationen, Ideen, Daten und Beweise beinhaltet, die von einem bestimmten Standpunkt aus geschrieben werden, um festgelegte Ziele zu erreichen bzw. konkrete Sichtweisen zu einem Thema, und wie dieses erforscht wird, auszudrücken. Außerdem beinhaltet ein Literaturreview die effiziente Auswertung dieser Dokumente in Bezug auf die beabsichtigte Forschungsarbeit. In diesem Falle wurden Dokumente bzw. Artikel zu unter-

schiedlichen bindungsfördernden Interventionsprogrammen ausgewählt. Die Auswertung der Literatur geschieht mittels eines Vergleiches. Im Folgenden soll die Auswahl der Programme begründet, die Kriterien, die die Beschreibungen der Programme leiten, deutlich gemacht und begründet werden, und anschließend die Vorgehensweise beim Vergleich beschrieben werden.

Die Auswahl der Interventionsprogramme

Durch eine umfassende Literaturrecherche wurden verschiedene Artikel zu unterschiedlichen Interventionsprogrammen gefunden. Die Kriterien für die Auswahl der Interventionsprogramme waren, dass sie explizit auf bindungstheoretischen Grundlagen basieren und/oder ausdrücklich die Förderung der Bindung zum Ziel haben und für Kinder im Alter von null bis drei Jahren entwickelt wurden.

Für diese Arbeit wurden folgende Programme ausgewählt: „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“- COS) (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005), „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ (ABC) (Dozier et al. 2005; 2006), „Watch, Wait and Wonder“ (WWW) (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999) und „Minding the Baby“ (MTB) (Slade et al. 2005; Slade 2006). COS, ABC und MTB wurden aufgrund ihrer Aktualität zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Das Interventionsprogramm WWW existiert schon länger, es ist ebenso explizit bindungsfördernd wie die anderen Programme, allerdings ist es auch eindeutig psychoanalytisch orientiert (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999). Da bei der Konzeption der Bindungstheorie auch die Psychoanalyse eine Rolle spielte (Bretherton 1991,9), Bowlby selbst Psychoanalytiker war und neuere Entwicklungen der Bindungstheorie die Repräsentanzenebene zunehmend in den Mittelpunkt rücken (Dornes 2004, 67), wurde auch dieses Interventionsprogramm beleuchtet.

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass noch weitere bindungsorientierte Interventionsprogramme gefunden wurden, aber aus verschiedenen Gründen nicht zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen wurden. Das Interventionsprogramm „STEEP“ (Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting) (z.B. Egeland, Erickson 2004) wurde aufgrund bereits vielfach vorhandener Betrachtungen ausgespart. Das Programm „SAFE“ (Sichere Ausbildung für Eltern) (z.B. Brisch 2010) erschien zum Zeitpunkt der Recherche zu neu, als dass aussagekräftige Effektivitätsstudien erwartet werden konnten. Die beiden Interventionsprogramme „VIPP“ (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting und

„VIPP-R“ (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting with representational attachment discussion) (Juffer et al. 2008) wurden nicht in die vorliegende Arbeit eingebunden, da ein komplettes Buch über sie existiert, indem auch verschiedene Verwendungskontexte und Forschungsergebnisse beleuchtet werden.

Um einen anschließenden Vergleich zu ermöglichen, wurden für die Beschreibungen der Interventionsprogramme Kriterien erstellt. Es soll nun argumentiert werden, welche und warum diese sich als sinnvoll erwiesen.

Die Kategorien der Beschreibung

Die Kategorien, die als Struktur für die Beschreibung der Programme dienen sind: Entstehungs- und Verwendungskontext, Zielgruppe, theoretische Implikationen, Ziele, Durchführung und Wirksamkeit der Interventionsprogramme.

Diese Kategorien rechtfertigen sich inhaltlich durch die Verdeutlichung der den Programmen immanenten Voraussetzungen. Da es sich bei den Interventionsprogrammen einerseits um anwendungsorientierte Konzepte handelt, macht es Sinn nach deren Entstehung, Verwendung, Zielgruppen, Zielen und ihrer Wirksamkeit zu fragen. Andererseits leiten sich bestimmte Aspekte der Praxis aus wissenschaftlichen Theorien ab, nach deren Grundlage gefragt werden muss, weil sie sonst unbegründet, also rational nicht gerechtfertigt erschienen. Zunächst werden in der vorliegenden Arbeit also alle vier Programme mittels dieser Kategorien beschrieben, sodass ein strukturierter Vergleich möglich wird, der nach der Beschreibung der Programme vorgenommen werden soll.

Der Vergleich

Hart (2008, 131) beschreibt die Notwendigkeit, etwas Gemeinsames zu identifizieren, um einen Vergleich anstellen zu können. Auch hierbei spielen Kategorien bzw. Kriterien eine Rolle, die ausgewählt wurden, damit Vergleichbarkeit hergestellt werden kann. Die Kategorien bilden den Rahmen für den Vergleich. Innerhalb der Kategorien sollen weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede identifiziert werden. Zusätzlich werden hier drei Aufgaben bzw. Ziele bindungsfördernder Interventionen nach Berlin (2005) herangezogen, um zu untersuchen, inwiefern diese in den Interventionsprogrammen implementiert und umgesetzt wurden. Letztlich sollen Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Programmen mit den Forschungsergebnissen zu ihrer Wirksamkeit in Verbindung gebracht werden, sodass mitunter auch ein Beitrag zur Frage geleistet werden kann, welche Faktoren bindungsfördernder Interventionsprogramme zu deren Erfolg beitragen.

4 Interventionsprogramme

In diesem Kapitel sollen nun die durch Literaturrecherche aufgefundenen Interventionsprogramme ausführlich beschrieben, und ihre Auswirkungen auf die kindliche Bindungsentwicklung betrachtet werden.

Damit die Programme vergleichbar und Unterschiede und Gemeinsamkeiten eher erkannt werden, sollen die Beschreibungen einer bestimmten Struktur folgen. Die Programme werden in eigenen Kapiteln behandelt, wobei sie anhand von sechs Kategorien exploriert werden, die im Folgenden zur Darstellung kommen.

Für jedes Programm wird zunächst der *Entstehungs- und Verwendungskontext* beleuchtet. Dabei wird erläutert, wie es zur Entwicklung des Programmes kam, wie es eventuell weiterentwickelt wurde und in welchem Kontext es nun verwendet wird. Der Entstehungs- und Verwendungskontext ermöglicht sowohl ein einführendes wie auch vollständiges Bild des Interventionsprogrammes, damit die nachfolgenden Kategorien nicht aus dem Zusammenhang gerissen, für sich stehend betrachtet werden. In einem weiteren Schritt wird die *Zielgruppe* des Interventionsprogrammes behandelt, damit ersichtlich wird, für wen das Programm konzipiert wurde bzw. welchen Zielgruppen das Programm zugute kommen kann. In vielen Fällen steht der Entstehungs- und Verwendungskontext mit einer bestimmten Zielgruppe in Verbindung. In solchen Fällen werden diese Kategorien zusammengezogen. Eine dritte Kategorie stellen die *theoretischen Implikationen* des Programmes dar. Unter diesem Punkt werden Theorien und Erkenntnisse dargestellt, die dem Programm zu Grunde liegen und die in den meisten Fällen die Zieldefinitionen und Vorgehensweisen bei der Durchführung der Intervention maßgeblich beeinflussen. Die *Ziele* des Programmes werden gesondert als weitere Kategorie beschrieben, sodass sie deutlicher erkennbar werden. Die *Durchführung* des Programmes ist die nächste Kategorie, die bei jedem Programm erläutert wird. Hier werden Setting, Verlauf und besondere Techniken beschrieben, die spezifisch für jedes Programm sind und welche sich bei den verschiedenen Programmen sehr unterscheiden können. Damit wird ein genaues Bild von jedem Programm vermittelt, um die letzte Kategorie, die die Forschungsergebnisse zur *Wirksamkeit* der Programme zum Inhalt hat, als Resultat verschiedener charakteristischer Strukturen des Programmes verstehen zu können.

Beschrieben werden vier eindeutig bindungsorientierte Interventionsprogramme, die explizit Bindung fördern sollen und an Bindungspersonen und ihre Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren gerichtet sind. Diese sind die Programme „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“- COS) (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005), „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ (ABC) (Dozier et al. 2005; 2006), „Watch, Wait and Wonder“ (WWW) (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999) und „Minding the Baby“ (MTB) (Slade et al. 2005; Slade 2006).

Die Reihenfolge der beschriebenen Programme gliedert sich folgendermaßen. Zunächst werden „Kreis der Sicherheit“ und „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ beschrieben, da diese Interventionsprogramme in ihrer theoretischen Basis und Zielformulierung größtenteils bindungstheoretisch orientiert sind. Anschließend werden die Interventionsprogramme „Watch, Wait and Wonder“ und „Minding the Baby“ erörtert, weil beide neben der eindeutigen Anlehnung an Bindungstheorie und -forschung auch psychoanalytisch orientiert sind.

4.1 „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“ – COS)

Das zentrale Ziel von COS ist es, die Bindungs-Fürsorge-Beziehung zwischen einem Kind und seiner Bindungsperson zu fördern (Cooper et al. 2005, 127). Dabei wird so vorgegangen, dass jede Eltern-Kind-Dyade ein für sie individuell zugeschnittenes Förderprogramm erfährt. In diesem Sinne basieren sowohl die diagnostischen Einschätzungsverfahren, als auch die Intervention selbst explizit auf der aktuellen Bindungstheorie und entsprechenden Entwicklungstheorien (Marvin et al. 2003, 25f.). Daher wird das Programm für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

In diesem Kapitel soll zuerst der Entstehungskontext und die damit zusammenhängende Zielgruppe erörtert werden, bevor auf die theoretischen Implikationen eingegangen wird. In weiteren Kapiteln werden die Ziele und die Durchführung des Programms behandelt, um schließlich die Auswirkungen des COS auf die kindliche Bindungsentwicklung zu betrachten.

4.1.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe

COS wurde für Hochrisikofamilien entwickelt. Ziel war es, ein von Theorie und Erfahrung geleitetes Interventionsprogramm zu entwickeln, welches von ausgebildeten Fachleuten und Praktikern im Gemeinwesen vor Ort angewendet werden kann (Marvin et al. 2003, 25). COS wurde zunächst mit Head Start/Early Head Start Eltern-Kind-Dyaden durchgeführt, die aufgrund schlechter innerer und äußerer Ressourcen und multiplen Risikofaktoren in Verbindung mit wenig Einkommen als in ihrer Entwicklung gefährdet betrachtet werden (Cooper et al. 2005, 148). Headstartprogramme werden in den USA eingesetzt, um allen Kindern die gleichen Startchancen zum Schuleintritt zu ermöglichen. Es gibt eine Vielzahl an Förderprogrammen, die für die Unterstützung der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung von Kindern, besonders aus benachteiligten Schichten, angewendet werden, um sozio-kulturell bedingte Nachteile auszugleichen (Anm. des Übersetzers zit. nach Marvin et al. 2003, 47). Mittlerweile wird das COS Programm in unterschiedlichen Kontexten verwendet. Darauf soll an dieser Stelle eingegangen werden.

In neuerer Literatur zeigt sich, dass COS als frühes Interventionsprogramm für sinnvoll erachtet wird. Page und Cain (2009) wendeten COS in einem Pilotprojekt mit einer Gruppe von Eltern an, die sich in einem Kinder- und Jugendschutzprogramm aufgrund nachweislicher Kindesmisshandlung befanden.

Ramsauer et al. (2011) berichten über die „Hamburger Interventionsstudie `Kreis der Sicherheit““, wodurch die klinische Anwendbarkeit und Wirksamkeit des COS Programmes geprüft werden soll. Die Prävention bzw. Therapie richtet sich hier an Säuglinge im Alter von drei bis neun Monaten und ihre Mütter, die postpartal an einer psychischen Krankheit (Depression, Persönlichkeitsstörung, Angststörung) leiden.

Cassidy und Kollegen (2010) erläutern in ihrem Artikel die Einbindung des COS Programmes in ein umfassendes präventives Interventionskonzept, das sich „Tamar’s children“ nennt. Darin richtete sich COS an schwangere, substanzabhängige, nicht gewalttätige Mütter, die vom Gericht verurteilt wurden. Die Interventionen fanden im Rahmen einer Umgehung eines Gefängnisaufenthaltes statt. Es soll hier angemerkt werden, dass für „Tamar’s children“ eine Form des COS Programmes seine Anwendung fand, das speziell für Eltern und Säuglinge rund um den Zeitpunkt der Geburt entworfen wurde. Es nennt sich „Circle of Security Perinatal Protocol“(COS-PP, Cooper et al. 2003 zit. nach Cassidy et al. 2010, 340). An dieser Stelle soll bereits angemerkt werden, dass unten angeführte

theoretische Implikationen und Ziele auch für diese spezielle Form des COS gelten. Lediglich in der Durchführung kommt es zu Veränderungen. Deshalb wird unter dem Punkt 4.1.5 kurz darauf eingegangen.

Zielgruppe des Interventionsprogrammes sind also speziell Kinder mit hohem Entwicklungsrisiko und ihre Fürsorgepersonen. COS ist für die Arbeit mit Eltern von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter angelegt (Marvin et al. 2003, 25). COS-PP richtet sich an Schwangere bzw. Mütter und ihre Säuglinge (COS-PP, Cooper et al. 2003 zit. nach Cassidy et al. 2010, 340).

4.1.2 Theoretische Implikationen

Der Name „Circle of Security“ bedeutet übersetzt „Kreis der Sicherheit“, im Namen steckt die theoretische Basis des Programmes. Zentral für die Diagnostik und die Intervention sind die Konzepte Ainsworths der sicheren Basis und des sicheren Hafens (Marvin et al. 2003, 27). Diese wurden bereits im zweiten Kapitel erläutert. COS basiert weiters auf vier Grundprinzipien. Jedes der vier Prinzipien bezieht sich auf die aktuelle Bindungstheorie und -forschung. Das erste Prinzip besagt, dass die Qualität der Bindung eines Kindes zu seiner Bindungsfigur, die veränderbar ist, eine bedeutende Rolle im Entwicklungsverlauf des Kindes spielt. Das zweite Prinzip drückt aus, dass eine dauernde Veränderung in der Eltern-Kind-Bindung eher dann möglich ist, wenn die Eltern ihre Verhaltensweisen in der Fürsorge des Kindes ändern, indem sie spezifische Beziehungskapazitäten entwickeln als über erlernte Techniken, die das Verhalten ihrer Kinder zu „managen“ versuchen. Das dritte Prinzip hält fest, dass elterliche Beziehungskapazitäten am besten gefördert werden können, wenn die Eltern selbst eine sichere Basis in einer Beziehung erfahren. Das vierte und letzte Prinzip besagt, dass Interventionen die Eltern-Kind-Bindung am effektivsten fördern, wenn sie sich an die Eltern richten und auf einer differentiellen Diagnose der charakteristischen Stärken und Schwächen jeder Eltern-Kind-Dyade basieren. Dazu entwickelten Cooper et al. (2005, 144) ein Diagnoseinstrument, das auf der Objekt-Beziehungs-Theorie basiert. Die Autoren weisen außerdem darauf hin, dass die Bindungsqualität eher zu verändern sei als andere Risikofaktoren. Neben den vier Prinzipien lassen sich Erkenntnisse über die Reflexionsfunktion der Eltern und über Emotionsregulation als theoretische Anker-

punkte erkennen. Im Folgenden wird auf jene Punkte kurz näher eingegangen (Cooper et al. 2005, 131f.).

Die Wichtigkeit der veränderbaren Bindungsqualität für die Entwicklung des Kindes

Cooper et al. (2005, 131) streichen heraus, dass das zentrale Ziel der COS Intervention die Förderung von Bindungsbeziehungen ist. Sie geben an, dass sie sich bei der Konzeption der Intervention auf die auch im zweiten Kapitel erläuterte Erkenntnis stützten, dass frühe unsichere Bindungen und speziell desorganisierte Bindungen wesentliche Risikofaktoren in der Entwicklung von Kindern darstellen. Diese könnten zu sozioemotionalen und späteren kognitiven und psychiatrischen Problemen führen. Die Förderung der ersten Bindung eines Kindes könne also einen wesentlichen Unterschied ausmachen, der zu Verbesserungen in vielen anderen Bereichen im Leben des Kindes führt. Dies, so die Autoren, gelte besonders für Hochrisikofamilien.

Dauerhafte Veränderungen der Eltern-Kind-Bindung durch die Entwicklung von Beziehungskapazitäten

Bei der Formulierung dieses Prinzips stützten sich die Autoren auf die Erkenntnis, dass die Vermittlung von bestimmten Verhaltenstechniken im Umgang mit Kindern Eltern nicht dauerhaft zu einer besseren Eltern-Kind-Bindung verhelfen kann (Liotti 1992; Lyons-Ruth, Jacobvitz, 1992 zit. nach Cooper 2005, 131). Die eigene problematische Geschichte der Eltern und die daraus folgende Bereitschaft, starke negative Emotionen im Umgang mit ihrem Kind zu erfahren, die etwa vermeidendes Verhalten auslösen, erschweren die konsequente Durchführung erlernter Techniken. Wenn die Eltern durch die Signale ihres Kindes emotional aufgebracht sind, werden die kognitiv erlernten Techniken nicht angewendet werden.

Die Autoren gehen davon aus, dass eine dauerhafte Veränderung der Bindungsqualität nach Veränderungen der inneren Arbeitsmodelle der Eltern verlangt, die teilweise durch emotionale Reaktionen der Eltern reguliert werden. Für die Intervention mit den Eltern wurden fünf Ziele der Beziehungskapazitäten entwickelt, die weiter unten angeführt und diskutiert werden.

Sichere Basis für die Eltern

Die zentralen Konzepte des COS Programmes, für die Diagnostik und für die tatsächliche Intervention sind Ainsworths et al. (1978) Konstrukte der sicheren Basis bzw. des Hafens

der Sicherheit. Hierbei handelt es sich um das Zusammenspiel von Bindungsverhaltenssystem und Explorationsverhaltenssystem des Kindes.

Die Konzepte der sicheren Basis und des sicheren Hafens beziehen sich grundsätzlich auf die Eltern-Kind-Beziehung, dennoch gilt es als Prinzip des COS, ebendiese Konzepte auch auf die Beziehung zwischen Eltern und Therapeuten umzulegen. Das Programm wird getragen von der Annahme, dass die elterlichen Beziehungskapazitäten am besten gefördert werden können, wenn sie selbst durch die Verfügbarkeit einer sicheren Basis unterstützt werden. Dies soll durch die Beziehung zum Therapeuten gelingen.

Die Entwicklung einer Beziehung mit sicherer Basis und einem Hafen der Sicherheit beginnt laut Cooper (2005, 140) mit dem Erstkontakt und den diagnostischen Einschätzungsverfahren und wird im weiteren Verlauf der COS Intervention gestärkt. Durch die Sorge des Therapeuten, seinem Interesse und dem Respekt für positive Intentionen der Eltern gegenüber ihren Kindern, wird die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil sicher. Der Therapeut muss sich darüber klar sein, dass die Erkundung schwieriger emotionaler Inhalte die Eltern sehr verletzlich macht, um in diesem Fall eine sichere Basis für sie zu sein. Wenn er Abwehrmechanismen der Eltern erkennt, muss der Therapeut das Vertrauen der Eltern in den therapeutischen Prozess stärken. Falls dies gelingt muss er für sie als sicherer Hafen zur Verfügung stehen. Der Therapeut muss zwischen der Verfügbarkeit als sichere Basis und sicherer Hafen mit den Eltern so umgehen wie die Eltern mit ihrem Kind umgehen sollen. Er muss auch „größer“, „stärker“, weiser und freundlich sein, Sicherheit spenden können, wenn es notwendig ist und die Eltern bei der Erkundung ihrer emotionalen Schwierigkeiten unterstützen. Im therapeutischen Prozess soll es möglich werden, die inneren Arbeitsmodelle der Eltern durch die gute therapeutische Beziehung zu ändern, sodass sich auch in der Eltern-Kind-Bindung Veränderungen ergeben.

Direkter Fokus auf die Bezugsperson und differentielle Diagnose jeder Eltern-Kind-Dyade

Bei der Entwicklung des Programmes haben sich die Autoren dafür entschieden, den Fokus der Veränderung auf die Bezugsperson des Kindes zu legen, weil dieser als Erwachsener mehr Freiheitsgrade bei der Veränderung der Bindungs-Fürsorge-Interaktionen hat als das Kind. Dies sollte jedoch nicht so verstanden werden, dass die Eltern das Problem verursacht haben. Die Autoren gehen davon aus, dass selbst bei älteren Kindern die effektivste Intervention bei problematischen Bindungen darin besteht, sich direkt auf den Elternteil zu konzentrieren und ihre Verhaltensmuster und inneren Arbeitsmodelle der Bindung mit ih-

rem Kind zu verändern. Dadurch verändere sich auch das kindliche Bindungsmuster hin zu einem positiveren Entwicklungsweg (Marvin et al. 2003, 35f.).

Da jedes Eltern-Kind-Paar seine speziellen Charakteristiken in Bindungsinteraktionen aufweist und therapeutische Interventionen, die stärkend für die eine Dyade sind, kontraproduktiv für eine andere sein können, wird im COS Programm darauf geachtet, dass zwischen den verschiedenen Bindungsmustern und den damit verbundenen Interaktionen unterschieden wird. Die therapeutischen Prozesse sollen genau auf die verschiedenen Bindungsstrategien von Bezugsperson und Kind abgestimmt werden.

Um die Interventionen für jede Dyade optimal anzupassen und die Möglichkeit der Ineffizienz der Intervention für eine Dyade weitestgehend auszuschließen, werden diagnostische Einschätzungsverfahren vor der Intervention durchgeführt (Cooper et al. 2005, 141). Da das Einschätzungsverfahren Teil der Intervention selbst ist, soll es weiter unten unter „Durchführung“ erläutert werden. Ein bestimmter Aspekt der Diagnostik soll aber bereits hier angeführt werden, da dieser auf einer wichtigen Theorie basiert. Es handelt sich hierbei um eine Weiterentwicklung der Objekt-Beziehungs-Theorie nach Masterson und Klein (1995 zit. nach Cooper et al. 2005, 145). Im Folgenden soll darauf eingegangen werden.

Einfluss der Objekt-Beziehungs-Theorie

Die COS Wissenschaftler sind der Ansicht, dass mit der Objekt-Beziehungs-Theorie Unterschiede zwischen Eltern-Kind-Dyaden mit derselben Bindungsqualität erklärt werden können. Diese Unterschiede ergäben sich zum Teil daraus, weil Bindungsqualifikationen auf beobachtbaren Verhaltensweisen beruhen und nicht zwingend die dem Verhalten der Eltern zu Grunde liegenden, subtilen, oft unbewussten Themen bzw. Motiven oder wie die Autoren dies nennen „core sensitivities“ erhellen. Diese Kernsensibilitäten bilden die Basis elterlicher Abwehrmechanismen und beeinflussen problematische Eltern-Kind-Interaktionen. Die Wissenschaftler sind der Meinung, dass Klarheit über diese Prozesse wichtig für die Interventionen seien.

Kernsensibilitäten sind integrierter Bestandteil der Persönlichkeit. Sie werden in der frühen Kindheit ausgebildet und fassen Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen zusammen. Kernsensibilitäten setzen sich aus unausgesprochenen Regeln und Übereinkommen zusammen, von denen eine Person überzeugt ist, sie befolgen zu müssen, wenn sie nicht verlassen werden will. Die Angst, verlassen zu werden, wird als zentral für die Persönlichkeitsentwicklung angesehen (Masterson, 1976 zit. nach Cooper et al. 2005, 144). Laut den

Autoren neigen Kernsensibilitäten dazu, von einer Partnerschaft zur nächsten stabil zu bleiben.

Um die Kernsensitivitäten der Eltern zu entschlüsseln, die Bindungsinteraktionen mit ihrem Kind beeinflussen, haben Cooper, Hoffman und Powell die Objekt-Beziehungs-Arbeiten von Masterson und Klein (1995), Kohut (1971) und Kernberg (1975) dem COS Programm angepasst. Die Klassifikation wird mittels des Circle of Security Interviews (COSI) durchgeführt, auf das in Kapitel 4.1.4 noch näher eingegangen werden soll. Es wird zwischen drei Abwehrsystemen unterschieden, aus denen sich die Kernsensibilitäten bilden. Das Konzept der Abwehrsysteme basiert auf Mastersons und Kleins (1995) Differentialdiagnosen, allerdings wurden die Terminologien abgeändert. Auf das ursprüngliche Konzept soll hier nicht näher eingegangen werden, da es dem Verständnis nicht zuträglich ist. Die Abwehrmechanismen der Kernsensibilitäten der Eltern können verschiedene Ausprägungen haben, von sehr flexibler Art bis hin zu stabilen, allumfassenden Formen, die einer Persönlichkeitsstörung gleichkommen. Es wird zwischen Trennungssensibilität, Wertschätzungssensibilität und Sicherheitssensibilität der Eltern unterschieden.

Trennungssensible Eltern sind zu der Überzeugung gelangt, sich auf die Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle der anderen zu konzentrieren und ihre eigenen zu ignorieren, um nicht verlassen zu werden. Sie glauben, wenn sie ihren Bedürfnissen folgen, werden sie verlassen. Diese Eltern machen sich selbst unabhkömmlich für ihre Kinder, haben Schwierigkeiten mit deren Exploration und behindern ihre natürliche Autonomie.

Wertschätzungssensible Eltern glauben, dass es nicht genug ist, der Mensch zu sein, der sie sind, um geliebt zu werden. Um nicht verlassen zu werden, müssen sie durch Erfolge zeigen, dass sie etwas Besonderes sind. Sie lenken die Aufmerksamkeit ihrer Kinder auf die Exploration und auf erfolgreiche Aktionen, leugnen Bedürfnisse ihrer Kinder nach Komfort und vermeiden es, ihren Kindern bei der Regulierung ihrer Emotionen zu helfen.

Sicherheitssensible Eltern haben gelernt, dass sie ihr Selbst aufgeben müssen und vom Anderen verschluckt werden, um sich selbst vor dem Verlassenwerden zu schützen. Andererseits bedeutet, das eigene Selbst aufrecht zu erhalten, isoliert zu werden. Kein Zustand ist tragbar und so suchen sicherheitssensible Eltern ständig den Kompromiss und befinden sich daher weder in einer Beziehung, noch außerhalb einer Beziehung. Sie empfinden ihr Kind als zu fordernd und halten den Wunsch nach Nähe für unangemessen. Die Selbstständigkeit der Kinder wird von diesen Eltern massiv gefördert (Cooper et al. 2005, 144-147).

Jede der Kernsensibilitäten kann, so die Autoren, in einer bestimmten Ausprägung in allen Bindungsqualitäten vorkommen. Eltern-Kind-Dyaden mit der gleichen Bindungsqualität können unterschiedliche Sensibilitäten aufweisen und umgekehrt. Wenn die Kernsensibilität eines Elternteils definiert werden kann, können, so die Autoren, die Ziele passender gesetzt werden und die Intervention effizienter sein. Das Konzept und Diagnoseinstrument der Kernsensibilitäten wird stetig weiterentwickelt (Cooper et al. 2005, 146).

Reflexionsfähigkeit

Die COS Autoren nahmen auch die Reflexionsfähigkeit der Eltern mit auf in das Interventionsprotokoll und wollen sie gezielt fördern. Dabei beziehen sie sich auf Fonagy und andere Wissenschaftler (Fonagy 1998b; Fonagy et al. 2004), die, wie im zweiten Kapitel ausgeführt, die Bedeutung der Reflexionsfähigkeit für die Weitergabe von Bindungsmustern von Eltern auf ihre Kinder eingehend bearbeitet haben. Reflexionsfähigkeit oder auch Mentalisierungsfähigkeit meint die Fähigkeit, mentale Zustände wie Gedanken, Gefühle und Intentionen bei sich selbst und bei anderen zu verstehen. Eine gute Reflexionsfähigkeit von Eltern schützt diese davor, eigene erlebte, unsichere oder gar desorganisierte Bindungsmuster an ihre Kinder weiterzugeben (Cooper et al. 2005, 137).

Emotionsregulation

Bei der Konzeptionierung des COS Programmes stützten sich die Autoren auch auf Erkenntnisse über die Bedeutung der Emotionsregulation für die Gesundheit der Menschen und für zwischenmenschliche Beziehungen (Cassidy 1994; Schore 1994; Siegel 1999 zit. nach Cooper et al. 2005, 138). Laut Schore (1994 zit. nach Cooper et al. 2005, 138) wird die Fähigkeit Affekte kompetent zu regulieren von Geburt an in der Beziehung mit der primären Bezugsperson erlernt. Negative und positive emotionale Erfahrungen, die vom Kind noch nicht selbst reguliert werden können, müssen von den Bezugspersonen coreguliert werden. Durch diesen Prozess lernt das Kind mit der Zeit, sich selbst zu regulieren. Die theoretische Schwerpunktsetzung ist der Hintergrund der Ziele in der praktischen Durchführung des Programmes, auf diese soll nun eingegangen werden.

4.1.3 Ziele

In der Literatur scheinen fünf bzw. sechs allgemeine Ziele des COS Programmes für alle Eltern auf. Das erste Ziel bezieht sich auf die therapeutische Beziehung. Die Eltern sollen von einer haltgebenden Umgebung bzw. einer sicheren Basis aus, die der Therapeut darstellt, ihr Elternverhalten erkunden können. Die weiteren Ziele bauen aufeinander auf (Marvin et al. 2003, 36).

Die Eltern sollen zunächst ein kohärentes Verständnis der kindlichen Bindungsbedürfnisse erlangen. Die COS Entwickler machten es sich zur Aufgabe, den Eltern die Ideen Ainsworths in einer benutzerfreundlichen und verständlichen Art näher zu bringen, sodass sie Gefühl und Verstand der Eltern erreichen können und die Intervention leiten können. Dafür wurde eine graphische Darstellung entwickelt, die die Bindungs-Explorationsbalance in einem Kreis, dem Kreis der Sicherheit, darstellt (siehe unten Abb. 1, S. 53) (Marvin et al. 2003, 27).

Das theoretische Wissen der Eltern über die Bindungstheorie reicht nicht aus, um die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und angemessen darauf reagieren zu können. In der COS Intervention sollen die Eltern deshalb entsprechende Beobachtungsfähigkeiten entwickeln. Sie sollen lernen, die einzigartigen Signale ihrer Kinder zu bemerken und daraus schlussfolgern, welche Gefühle dahinterstecken (Cooper et al. 2005, 135).

Ein leitender Gedanke der Wissenschaftler, die das Programm entwarfen, war ein wichtiges Ziel, die Steigerung der Reflexionsfunktion der Eltern zu definieren (Cooper et al. 2005, 137). Die Eltern sollen dabei unterstützt werden, reflexive Dialoge in der Gruppe zu führen, welche sie dann als innere Dialoge mit sich selbst nutzen können sollen. Dieser Prozess soll zentral für die Veränderung sein (Marvin et al. 2003, 36f.).

In der COS Intervention sollen Eltern außerdem erkennen, dass auch die Emotionen ihrer Kinder und nicht nur deren Verhalten von ihnen reguliert und geordnet werden müssen. Durch die Intervention sollen die Eltern erlernen, Emotionen ihrer Kinder zu identifizieren und ihnen einen Namen zu geben. Dieser Prozess vermittelt den Eltern und Kindern, dass

Emotionen eine gute Informationsquelle darstellen und nicht etwas das vermieden oder ausgenutzt werden sollte (Cooper et al. 2005, 138f.).

Während der COS Intervention sollen Eltern also lernen, den Kreis der Sicherheit als Landkarte der kindlichen Bedürfnisse zu kennen, ihre Beobachtungsfähigkeit zu schärfen und daraus folgend die Bedürfnisse der Kinder zu erkennen. Wenn sie es schaffen, durch einen reflexiven Dialog, ihre eigenen Affekte zu regulieren und die Emotionen ihrer Kinder angemessen zu organisieren, dann, so haben die Autoren festgestellt, müssen die Eltern weniger Gefühle abwehren und können emphatisch mit ihren Kindern umgehen. Das letzte Ziel der Intervention soll also die empathische Begegnung der Eltern mit ihren Kindern sein. Die Eltern sollen auf eine liebenswürdige Art immer größer, stärker, weiser und klüger als ihre Kinder sein (Cooper et al. 2005, 139f.).

Da die COS Intervention auf jede Eltern-Kind-Dyade individuell zugeschnitten wird, sind auch individuelle Ziele für jede Dyade aus der Intervention ableitbar. Diagnostische Einschätzungen werden herangezogen, um Interventionsziele für jede Eltern-Kind-Dyade zu formulieren.

Die Ziele werden an jede Dyade angepasst. Zurückweisenden Eltern können beispielsweise folgende Ziele zugeordnet werden: Zunehmende Einsicht, wie sehr ihre Kinder sie brauchen; zunehmende Fähigkeiten, die subtilen kindlichen Signale von Unwohlsein zu erkennen und einzuordnen oder abnehmendes gegenseitiges „In-die-Irre-Führen“ (miscues vermeiden), wenn das kindliche Bindungsverhalten aktiviert ist. Zusätzlich zu diesen allgemeineren Zielen für zurückweisende Eltern bekommt jede Bindungsperson auch individuelle Ziele zugeordnet. Eine zurückweisende Mutter kann z.B. das Ziel erhalten, ihr Kind nicht mehr zu sehr zu einem kompetenteren Spiel zu drängen, sondern den Spaß am kindlichen Spiel zu erleben.

Während des Verlaufs der Intervention werden weitere Interventionsziele abgeleitet. Dazu wird die Charakterstruktur der Eltern vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Objektbeziehungstheorie (z.B.: Guntrip 1969; Kernberg 1984; Kohut 1977; Masterson, Klein 1995 zit. nach Marvin et al. 2003, 35) diagnostiziert. Hierbei geht es darum herauszufinden, wie stark die elterlichen Abwehrmechanismen sind, wie sie die eigenen Gefühle in der Gruppe regulieren, wie groß ihr Reflexionsvermögen ist und ihre Bereitschaft und Fähigkeit, eine therapeutische Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten zu entwickeln (Marvin et al. 2003,

35). Für die Förderung dieser Fähigkeiten sind verschiedene Methoden und Übungen vorgesehen, die zum Teil im folgenden Kapitel „Durchführung“ erläutert werden.

4.1.4 Durchführung

In diesem Kapitel wird auf die Vorgehensweise beim Einsatz des ursprünglich entwickelten COS Interventionsprogrammes eingegangen. Wie schon oben erwähnt, gibt es auch ein verändertes COS-Protokoll, das für schwangere Mütter und ihre zukünftigen Säuglinge zugeschnitten wurde (COS-PP, Cooper et al. 2003 zit. nach Cassidy et al. 2010, 340). Die speziellen Charakteristiken von diesem sollen am Ende dieses Kapitel gesondert erläutert werden.

Die Intervention findet in kleinen Gruppen mit fünf oder sechs Bindungspersonen und einem oder zwei Therapeuten statt. Sie dauert 20 Wochen, wobei sich die Gruppe einmal wöchentlich für 75 Minuten trifft. Für die wöchentlichen Treffen werden vom Therapeuten entscheidende Ausschnitte der diagnostischen Videobänder ausgesucht. Das Setting der Intervention wird über den gesamten Verlauf der Intervention in dieser Form beibehalten (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005, 129).

Bevor die wöchentlichen Gruppen stattfinden werden bereits diagnostische Einschätzungsverfahren vorgenommen. Sie dienen nicht nur dazu, Veränderungen nach der 20-wöchigen Intervention festzustellen, sondern auch dazu, Interventionsziele für jede Eltern-Kind-Dyade zu entwickeln. Jede Eltern-Kind-Dyade durchläuft dasselbe Einschätzungsverfahren vor der Intervention und innerhalb von zehn Tagen nach der 20-wöchigen Intervention. Weil die Eltern-Kind-Paare die Tests eben auch vor der Intervention durchlaufen, sollen diese an dieser Stelle erörtert werden.

Diagnostisches Einschätzungsverfahren

Jede Dyade nimmt zunächst je nach Alter des Kindes an der Kleinkind- oder Vorschulversion der Fremden Situation teil. Diese Videoaufnahmen werden dann nach dem Klassifikationssystem für Kleinkinder nach Ainsworth oder dem Vorschul-Bindungs-Klassifikationssystem kodiert (Ainsworth et al. 1978; Cassidy, Marvin 1992 zit. nach Marvin 2003, 33). Auch die elterliche Fürsorgeklassifikation wird mittels der Fremden Situation kodiert. Klassifiziert wird nach dem „Caregiver Behaviour Classification System“

(Marvin, Britner 1995 zit. nach Marvin et al. 2003, 34). Dieses System basiert auf speziellen Mustern von beobachtbaren Fürsorgeverhaltensweisen während des Spiels, der Trennung und Wiedervereinigung in der Fremden Situation. Gemeinsam mit dem Klassifikationssystem der Fremden Situation ermöglicht es eine Klassifikation für jede Eltern-Kind-Dyade (Cooper et al. 2005, 142). Jede Dyade wird einer von fünf Kategorien zugeordnet: sicher/autonom, vermeidend/zurückweisend, ambivalent/präokkupierr, desorganisiert/abdankend und unsicher/sonst unklassifizierbar. Die erste Kategorie entspricht immer dem Bindungsmuster der Kinder, die zweite den Fürsorgeverhaltensweisen der Eltern (Marvin et al. 2007, 34).

Sofort nach der Fremden Situation wird der Bindungsperson ein dem Alter des Kindes entsprechendes Buch gegeben, aus dem sie dem Kind fünf Minuten vorlesen soll. Dann erhält die Bindungsperson ein Signal, woraufhin sie das Kind dazu ermuntern soll, den Raum aufzuräumen. Auch diese Sequenz dauert fünf Minuten. Beide Sequenzen werden aufgezeichnet. Das gesamte Videomaterial dient nicht nur der diagnostischen Einschätzung sondern auch der therapeutischen Arbeit mit den Eltern, denn ihnen werden die Videos gezeigt (Hoffman et al. 2006, 1020).

Nachdem die Verhaltensbeobachtungen abgeschlossen sind, werden die Bezugspersonen mittels des Circle of Security Interview (COSI) über das eigene und das kindliche Verhalten und die Gefühle während der Fremden Situation befragt. Außerdem enthält das COSI ausgewählte Fragen aus dem „Parent Development Interview“ (Aber, Slade, Cohen, Mayer 1989 zit. nach Marvin et al. 2003, 33) und dem Erwachsenenbindungsinterview (George, Kaplan, Main 1984 zit. nach Marvin et al. 2003, 33). Auch dieses Interview wird aufgezeichnet. Es dient dazu, die Therapeuten sowohl über die inneren Arbeitsmodelle von Bindungen der Bezugspersonen in Kenntnis zu setzen als auch über die Beziehung zu den eigenen Eltern und die zu ihrem Kind. Es können nützliche Informationen über Ereignisse aus der Vergangenheit der Bezugspersonen gewonnen werden, welche mit den Verhaltensmustern verbunden sein könnten (Marvin 2003 et al, 35; Hofman 2006, 1020f.). Nach den oben genannten diagnostischen Einschätzungsverfahren werden die Ziele für die Eltern-Kind-Dyaden formuliert und die Gruppenintervention startet.

Der Verlauf der Intervention folgt den oben genannten allgemeinen Zielformulierungen, wird in wöchentliche Themen aufgeteilt und gestaltet sich nach Marvin et al. (2003, 37-41) und Cooper et al (2005, 129f) folgendermaßen.

Erste und zweite Woche

In den ersten zwei Wochen werden die Eltern mit der Bindungstheorie bekannt gemacht. Die Vorteile von Bindungssicherheit werden diskutiert und die Eltern erhalten die Kopie der Graphik „Kreis der Sicherheit“.

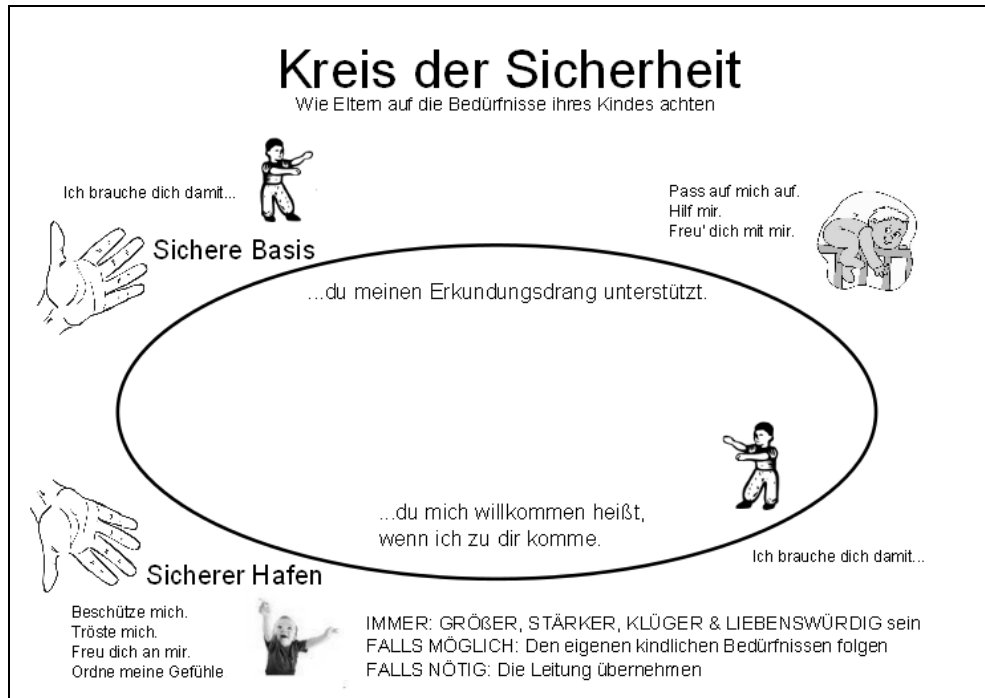


Abb. 1 (Marvin et al. 2003, 27)

Mittels dieser Graphik wird den Eltern die Bindungstheorie und deren Bedeutung für ihr elterliches Verhalten verständlich erklärt.

Außerdem beginnen sie Videobeispiele von Dyaden zu besprechen. Die Teilnehmer werden gebeten, ihre Beobachtungen mitzuteilen und Vermutungen über die Bindungs- und Explorationsbedürfnisse und Gefühle der Kinder anzustellen (seeing and guessing). Die Beobachtungsfähigkeit und das Verständnis der kindlichen Bedürfnisse sollen gefördert werden.

Dritte bis achte Woche

In Woche drei bis acht sind die Eltern mit Videobetrachtungen beschäftigt. Jede Woche sehen sich die Eltern Videoausschnitte einer bestimmten Eltern-Kind-Dyade an, die ausgewählt wurde, auf dem „heißen Stuhl“ Platz zu nehmen. Die anderen Eltern füllen ein Arbeitsblatt aus und werden eingeladen, bei den Auswertungen der Interaktionen teilzunehmen. Den Eltern wird sensibel vermittelt, dass je nachdem, wo auf dem Kreis der Sicher-

heit sie sich wohler fühlen, sie eine Fähigkeit der Bedürfnisbefriedigung überstrapazieren und die andere vernachlässigen. Dies wird beschrieben als „überstrapazierte Stärken“ und „unterstrapazierte Fähigkeiten“ (Marvin et al. 2003, 38).

Der Therapeut wählt vier verschiedene Szenen aus, um sie den Eltern zu zeigen. Die erste Szene zeigt das Kind, wenn es belastet ist und nach dem Elternteil verlangt. Dies geschieht, um zu zeigen, wie wichtig die Bindungsperson für ihr Kind ist und das elterliche Fürsorgesystem zu aktivieren. Die Szene kann auch helfen, die internen Repräsentationen über das Kind zu klären oder neu zu definieren. Die zweite Szene zeigt die Bindungsperson als kompetent in ihren unterstrapazierten Fähigkeiten. Die dritte Szene zeigt die Bindungsperson, wie sie Probleme mit der unterstrapazierten Fähigkeit hat. Dies ist wichtig, um auf die zweite Phase der Videobetrachtungen vorzubereiten, diese folgt sieben Wochen später. In der vierten Szene wird ein abschließendes sehr positives Video gezeigt, damit die Bindungsperson ihr Vertrauen in die Gruppe und den Therapeuten stärken kann. Dies bildet die sichere Basis, von der aus die Bindungsperson ihre Verhaltensweisen weiter erkunden kann. Nach jeder Woche erhält die Bindungsperson ein Foto der Woche als Erinnerung, auf dem eine erfolgreiche Interaktion abgebildet ist.

Neunte Woche

Die neunte Woche der COS Intervention dient dem Übergang und der weiteren Theoriebildung für die nächste Phase der Videobetrachtungen. Das Thema dieser Sitzung ist „Alle Eltern haben zu kämpfen“. Eine Geschichte mit dem Titel „Willkommen im Club“ wird vorgelesen, um es den Eltern zu erleichtern, sich zu ihren Schwierigkeiten beim Erziehungsprozess zu bekennen. Den Eltern wird auf eine nicht pathologisierende Weise über Lehrfilme und Diskussionen erklärt, dass es normal ist, dass bestimmte Signale und Bedürfnisse ihrer Kinder Gefühle und Erinnerungen bei den Eltern auslösen, vor denen sie sich schützen müssen (die sie abwehren müssen). Es wird ihnen aber auch vermittelt, dass das Verhalten, welches durch die Abwehr der unangenehmen Gefühle und Erinnerungen entsteht, zu Problemen ihrer Kinder führen. Die Hintergründe von vermeidenden, ambivalenten und desorganisierten Bindungsstrategien werden erklärt. Die Eltern werden dann eingeladen, einander von ihren eigenen Abwehrmechanismen und den möglichen Folgen für das Verhalten im Umgang mit ihren Kindern zu erzählen. Die Reflexionsfähigkeit der Eltern, sich selbst mit seinen unangenehmen Gefühlen verstehen zu lernen, wird also in dieser Sitzung gefördert.

Dazu wird eine spezielle Technik angewendet, die „Haifischmusik“ genannt werden soll. Den Gruppenteilnehmern wird ein Video von einer Küste vorgespielt. Zunächst wird das Video mit sanfter, heiterer Musik unterlegt. Die Gruppenmitglieder diskutieren dann die sicheren Gefühle, die dadurch bei ihnen ausgelöst werden. Der gleiche Videoclip wird den Eltern erneut vorgespielt. Nun ist er jedoch mit der typischen Musik aus dem Film „Der weiße Hai“ unterlegt. Zu bemerken, wie diese Musik Aufregung und Angst auslöst, bahnt bei den Eltern ein Verständnis dafür an, wie ihre Antworten auf die Signale ihrer Kinder von einem Moment zum anderen von ihrer eigenen „Haifischmusik“ beeinflusst werden können, die diese Signale der Kinder bei ihnen auslösen (Cooper et al. 2005, 137).

Zehnte bis 15. Woche

Von Woche zehn bis einschließlich Woche 15 wird die zweite Phase der Videobetrachtungen durchgeführt. Die Videoszenen zeigen jetzt noch detaillierter als in der ersten Phase die unterstrapazierten Fähigkeiten, die Problempunkte also. Die Eltern sollen in einen reflexiven Dialog hinsichtlich ihrer Verletzlichkeit, die sie spüren, wenn diese Fähigkeiten gefragt sind, verwickelt werden. Außerdem achtet der Therapeut auf Themen der Gefühlsregulation für die Eltern und ihre Kinder. Wieder werden vier typische Videoszenen von der Eltern-Kind-Dyade gezeigt. Die erste Szene soll das Fürsorgesystem der Bindungsperson aktivieren, da sie dann besser in der Lage ist, mit Abwehr umzugehen. In der zweiten Szene werden direkt die unterstrapazierten Fähigkeiten angeschaut, bei einer zurückweisenden Bindungsperson können sich diese in Problemen zeigen, wenn das Kind körperlichen Kontakt und Nähe braucht. Hier wird der Fokus auf die Signale von Bindungsperson und Kind gelegt, die den Dyaden-Partner ins falsche Bild setzen (miscues). Die Bindungsperson kann dann entscheiden, ob sie sich den kindlichen Prozess näher anschaut oder ihre eigenen Verletzlichkeiten in den Blick nimmt. Der Therapeut folgt diesen Intentionen. Die dritte Szene zeigt die Bindungsperson in einer erfolgreichen Interaktion bei einer unterstrapazierten Fähigkeit. Dies erlaubt dem Therapeuten darauf hinzuweisen, dass die Bindungsperson die Fähigkeit hat, sich trotz ihrer Problembereiche darin richtig zu verhalten. Sie wird angeregt, darüber nachzudenken, was sie daran hindert, dies öfter zu tun. In der vierten Szene wird wieder eine sehr erfolgreiche Eltern-Kind-Interaktion gezeigt. Ein Bild der Woche, welches einen Erfolg in den unterstrapazierten Fähigkeiten zeigt und welches die Bindungsperson mit nach Hause nehmen kann, bildet den Abschluss.

16. Woche bis 19. Woche

Die sechzehnte Woche dient dem Rückblick und der Vorbereitung für die abschließenden Videobetrachtungen. Woche 17 bis einschließlich Woche 19 bilden die dritte Phase der Videobetrachtungen. In einer Woche werden zwei Videoszenen von einer Eltern-Kind-Dyade angeschaut. Dafür wurde die Eltern-Kind-Dyade in einer abgeänderten Fremden Situation kurz davor gefilmt. Diese Szenen sollen den Eltern ihre bereits gemachten Fortschritte mit den unterstrapazierten Fähigkeiten zeigen.

20. Woche

In der 20. Woche findet die Abschlussitzung statt. Die Eltern tauschen sich mit jeweils einem anderen über ihre Erfahrungen in der Gruppe aus. Der Therapeut drückt seine Wertschätzung für die Bereitschaft der Eltern aus, sich mit ihren Verletzlichkeiten bei der Erziehung vor der Gruppe auseinanderzusetzen. Es wird ein mit Musik unterlegtes Video gezeigt, das die herausragenden Momente jeder Eltern-Kind-Dyade zeigt. Alle Eltern bekommen ihre vollständigen Arbeitsbücher und eine Abschlussurkunde. Es werden die letzten Vereinbarungen für die Untersuchungen nach der Intervention gemacht und Fragebögen ausgeteilt, welche die Eltern zu den letzten Untersuchungen mitnehmen sollen. Die Eltern erhalten außerdem eine Kopie des Videozuschnitts, der davor gezeigt wurde und ihre individuellen Aufnahmen aus den drei Betrachtungen.

COS-PP

Die Informationen über das COS-PP können leider nur einem Artikel entnommen werden, in dem es um das Programm „Tamar’s Children“ geht (Cassidy et al. 2010). COS-PP ist ein Teil dieses Programmes mit speziellen Vorgehensweisen. Da auf das Originalprotokoll kein Zugriff besteht und nicht von der speziellen Studie und ihrer Durchführung von Cassidy et al. auf das Original geschlossen werden soll, werden hier nur eindeutige Unterschiede zur Durchführung des oben beschriebenen COS erwähnt.

Die Durchführung des COS für schwangere bzw. spätere Mütter mit Säuglingen scheint sich insofern vom klassischen Modell zu unterscheiden, als die Mütter im letzten Trimester ihrer Schwangerschaft mit den wöchentlichen Treffen starten und so auch noch keine Kinder haben, mit denen die Videosequenzen aufgezeichnet werden. Während sie schwanger sind, werden ihnen deshalb 72 Videos von ehemaligen Teilnehmerinnen vergangener COS Gruppen und deren Kindern gezeigt. Darunter befinden sich sichere, unsichere und desorganisierte Bindungen. Feinfühliges und nicht feinfühliges elterliches Verhalten wird ge-

zeigt und „Vorher-Nachher-Aufnahmen“. Dadurch können die Eltern des COS-PP ihre Beobachtungsfähigkeiten schulen. Wenn das Baby zwei Monate alt ist, werden die Eltern und ihre eigenen Kinder Fokus der Interventionseinheiten. Dabei werden für jede Sitzung vier Videos einer Mutter-Kind-Dyade ausgesucht, die sie in verschiedenen Füttersituationen, beim freien Spiel und in „face to face“-Interaktionen zeigen. Die Vorgehensweise gleicht ab diesem Zeitpunkt jener des originalen COS Programmes (Cassidy et al. 2010, 340). Die Untersuchungen nach der Intervention ermöglichen schlussendlich Einblick, inwiefern COS tatsächlich die Bindungsqualitäten der Eltern-Kind-Dyaden beeinflusst. Darauf wird nun eingegangen.

4.1.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Programmes

Alle diagnostischen Einschätzungsverfahren werden, wie schon erwähnt, auch nach der Intervention durchgeführt, um so sämtliche Veränderungen bei den Bindungspersonen und den Kindern gut kontrollieren zu können. Von der Autorin der vorliegenden Arbeit konnte jedoch nur ein Artikel in der Literatur gefunden werden, der sich mit den Auswirkungen des Programmes beschäftigt. In diesem Artikel (Hoffman et al. 2006) werden die Auswirkungen auf die kindlichen Bindungsmuster beleuchtet. Bevor auf die Studie näher eingegangen wird, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Entwickler des COS Programmes Veränderungen der desorganisierten Bindungsmuster hin zu organisierten Bindungsmustern als ihr Kriterium für Erfolg betrachten, weil mit einer desorganisierten Bindung weit mehr negative Folgen einhergehen können als mit unsicheren Bindungen (Marvin et al. 2003, 33ff.).

In der Forschungsstudie wurden 65 Kinder mit ihren Bindungspersonen in Fremden Situationen vor und nach der COS Intervention untersucht. Das durchschnittliche Alter der Kinder vor der Intervention lag bei 32 Monaten (Hoffman et al. 2006, 1019). Für die Kleinkinder unter 24 Monaten wurde die Fremde Situation nach Ainsworth (et al. 1978) verwendet. Sie wurden in die vier üblichen Kategorien: sicher (B), unsicher-vermeidend (A), unsicher-ambivalent (C) und desorganisiert (D) eingeteilt. Kinder, die älter als 24 Monate alt waren, wurden mit der modifizierten Fremden Situation für Vorschulkinder (Cassidy, Marvin 1992 zit. nach Hoffman 2006, 1021) untersucht und die Kinder, die älter als 30 Monate alt waren, wurden in fünf entsprechende Kategorien nach dem Klassifikationssystem der mo-

difizierten Fremden Situation eingeordnet. A, B, C bleiben gleich. Da sich desorganisierte Kleinkinder jedoch mit zunehmendem Alter andere, eher kontrollierende, Strategien zulegen (siehe 2.4.3), gibt es hier noch zwei weitere Kategorien. Diese nennen sich desorganisiert oder rollen-verkehrt (D) und unsicher-anderes (I-O). Die Autoren weisen darauf hin, dass D und I-O zu der Gruppe der desorganisierten Kinder zählen, man solle sich durch das Wort unsicher nicht täuschen lassen (Hoffman et al. 2006, 1021). Bei den Erhebungen gab es keine Kontrollgruppen. Zwei Hypothesen sollten getestet werden. Es wurde vermutet, dass nach der Intervention sowohl die desorganisierten Bindungsmuster als auch die unsicheren Bindungsmuster signifikant zurückgehen würden.

Tatsächlich konnte herausgefunden werden, dass bei den Untersuchungen vor der Intervention 26 Kinder als organisiert gebunden und 39 als desorganisiert gebunden eingestuft werden konnten, während nach der COS Intervention 49 Kinder als organisiert betrachtet wurden und nur mehr 16 als desorganisiert. Von den desorganisiert gebundenen Kindern wanderten 69% zu den organisiert gebundenen Kindern. Dies bedeutet, dass die COS Intervention fast 70% der desorganisiert gebundenen und damit sehr risikobelasteten Kindern zu einer organisierten Bindung verholfen hat. Dazu ist zu sagen, dass ein Drittel dieser Kinder nach der Intervention sogar sicher gebunden war. Nach Hoffman et al. (2006, 1023) bekommt dieses Ergebnis eine besondere Bedeutung, wenn man bedenkt, dass desorganisierte Bindungsmuster in nicht klinischen Populationen mit wenig Einkommen relativ stabil bleiben (ca. 70%).

Auch bei den unsicheren Bindungsmustern ergab sich ein Erfolg. Während vor der Intervention nur 13 Kinder als sicher gebunden kategorisiert wurden, waren es danach bereits 35. Vor der Intervention waren 52 Kinder unsicher gebunden, wobei dazu auch die desorganisiert gebundenen gezählt wurden und nach der COS Interventionen konnten nur mehr 30 Kinder als unsicher klassifiziert werden. 44% von den unsicher gebundenen Kindern wurden zu sicher gebundenen und nur 8% (dies entspricht jedoch nur einem Kind) der sicher gebundenen Kinder wurden nach der Intervention als unsicher gebunden klassifiziert (Hoffman et al. 2006, 1023).

In der Studie von Hoffman et al. (2006, 1024) konnte auch gezeigt werden, dass die COS Intervention für sicher gebundene Kinder keine Gefahr darstellt. Von den 13 sicher gebunden klassifizierten Kindern vor der Intervention war nur ein Kind nach der Intervention desorganisiert-kontrollierend gebunden. Es wird von den Autoren allerdings angemerkt,

dass die Mutter des Kindes gegen Ende der 20-wöchigen Intervention aufgrund ihrer Drogensucht rückfällig wurde. Für Hoffman und seine Kollegen gilt das COS Programm deshalb auch als förderlich, sichere Bindungen zu stabilisieren.

Eine weitere Studie soll die Effektivität des Projektes „Tamar’s Children“ zeigen. Da dieses das COS-PP als wesentlichen Interventionsbestandteil enthält, sollen diese Studie und ihre für die vorliegende Arbeit bedeutsamen Erkenntnisse hier ebenfalls betrachtet werden. „Tamar’s Children“ ist ein umfassendes präventives Interventionskonzept. Darin richtete sich COS an schwangere, substanzabhängige, nicht gewalttätige Mütter, die vom Gericht verurteilt wurden. Die Interventionen fanden im Rahmen einer Umgehung eines Gefängnisaufenthaltes statt (Cassidy et al. 2010).

Neben der COS-PP Intervention hatten die Mütter der Studie Zugang zu individuellen Services, wie z.B. Einzel- und Gruppentherapie, häusliche Assistenz und Behandlung des Drogenmissbrauchs. Das Programm wurde aufgeteilt auf zwei Behandlungsphasen. Zu Beginn unterschrieben die Mütter eine Einwilligungserklärung für die Studie und beantworteten selbständig Fragebögen zu ihrer Lebenssituation. Die erste Phase dauerte von der Registrierung der Mütter bis zum sechsten Lebensmonat ihrer Kinder, die Mütter lebten zu dieser Zeit in einer eigens dafür organisierten Einrichtung. Die zweite Phase dauerte vom sechsten bis zum zwölften Lebensmonat der Kinder, während die Mütter und ihre Kinder in Wohngemeinschaften untergebracht waren und sich weiterhin für ihre Interventionstermine in der Einrichtung trafen. Während der gesamten Dauer des Programmes nahmen die Mütter zweimal wöchentlich für jeweils 90 Minuten an der COS Intervention teil bis ihre Kinder zwölf Monate alt waren.

Als die Kinder zwölf Monate alt waren, nahmen die Mutter-Kind-Dyaden an einer 60-minütigen Untersuchung teil. Diese begann mit der Fremden Situation, gefolgt von einer unstrukturierten Snack-Pause, anschließend wurde ein freies Spiel zwischen Mutter und Kind aufgezeichnet. Den Abschluss bildete eine Post-Interventions-Befragung.

Die Studie verfügte über keine Kontrollgruppe. Also wurden die Ergebnisse die Bindungsqualität der Kinder betreffend mit Untersuchungsergebnissen aus anderen Forschungsarbeiten verglichen, um die Wirksamkeit zu beurteilen. Ziel des Programmes war es, desorganisierte Bindungen zu reduzieren und möglichst viele sichere Bindungen zu erzielen.

Am Ende des Interventionsprogrammes waren 14 von 20 Kindern (70%) sicher gebunden. Verglichen mit Untersuchungen an Hoch-Risiko-Samples nach Cyr et al. (in press, zit. nach Cassidy et al. 2010, 343f.) und van Ijzendoorn et al. (1999, zit. nach Cassidy et al. 2010, 343f.) war der Anteil der sicher gebundenen Kinder signifikant höher als der Anteil sicher gebundener Kinder von depressiven Elternteilen (41%). Auch im Vergleich mit Familien mit Samples mit geringem sozioökonomischen Status (48%) war der Anteil sicher gebundener Kinder aus dieser Studie signifikant höher, und auch verglichen mit drogenmissbrauchenden Müttern (26%) und mit Samples mit misshandelten Kindern (5%) blieb der Anteil sicher gebundener Kinder aus dieser Studie mit 70% signifikant höher. Beim Vergleich mit Samples mit niedrigem Risiko (62%) nach van Ijzendoorn et al. (1999, zit. nach Cassidy et al. 2010, 343) zeigte sich, dass die Verteilung der sicher gebundenen Kinder nahezu gleich ausfiel.

Vier der 20 untersuchten Kinder (20%) waren desorganisiert an ihre Mütter gebunden. Auch dieses Ergebnis war signifikant geringer als der Anteil desorganisiert gebundener Kinder in Hoch-Risiko Samples (drogenmissbrauchende Mütter: 43%, misshandelnde Mütter: 67%). Verglichen mit Untersuchungssamples mit geringem sozioökonomischen Status (25%) und mit depressiven Müttern (21%) ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Außerdem unterschied sich der Anteil desorganisierter Kinder auch nicht gravierend vom selben in nordamerikanischen Mittelklasse-Samples (15%) (Cassidy et al. 2010, 344). Diese Ergebnisse sprechen für signifikante Wirksamkeit des Tamar's Children Programmes, in dem COS für die Bindungsentwicklung eine wesentliche Rolle spielt.

4.2 Attachment and Biobehavioral Catch Up (ABC)

Das Attachment and Biobehavioral Catch Up Interventionsprogramm wurde für Ersatzeltern, also Pflege- und Adoptiveltern junger Kinder entwickelt (Dozier et al. 2005, 189). Es ist ein manualisiertes Interventionsprogramm, welches seine Legitimation in empirischen Befunden in Verbindung mit der Bindungstheorie hat (Dozier et al. 2005, 179). Aufgrund der bindungstheoretischen Ausgangsbasis und darauf aufbauender Zielentwicklung ist es für die Beantwortung der Forschungsfrage von Belang.

Im Folgenden wird das Interventionsprogramm mittels der oben entwickelten Kriterien dargestellt, dabei werden Entstehungs- und Verwendungskontext und Zielgruppe in einem

Unterpunkt beschrieben, da sich der Entstehungs- und Verwendungskontext auf die Zielgruppe bezieht. Weitere Punkte behandeln die theoretischen Implikationen, die Ziele des Programmes, die Durchführung und schließlich werden Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Programmes referiert.

4.2.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe

Kinder in Fremdunterbringungen durchlaufen oft problematische Entwicklungen. Vor der Unterbringung leben sie oft unter ungünstigen Bedingungen, erfahren Verwahrlosung, Missbrauch oder häusliche Gewalt (Kohl, Edleson, English, Barth 2005 zit. nach Dozier et al. 2006, 768). Die Fremdunterbringung selbst stellt zusätzlich eine Unterbrechung des Fürsorgeverhältnisses dar. Diese ist auch nicht immer fortwährend stabil, sodass Kinder oft von einem Zuhause zum anderen oder von ihren Pflegeeltern zu ihren biologischen Eltern und wieder zurück müssen. In mehreren Studien konnte belegt werden, dass Pflegekinder unter großen Problemen im emotionalen Erleben und Verhalten leiden und medizinische Schwierigkeiten aufweisen (Chernoff et al. 1994, Clausen et al. 1998, Halfon et al. 1995, alle zit. nach Dozier et al. 2005, 179).

In den USA, wo ABC entwickelt wurde und eingesetzt wird, stieg die Zahl der fremduntergebrachten Kinder in den letzten Jahren auf über 500 000 an. Kinder, die bei Verwandten oder Nachbarn leben, wurden nicht mitgezählt. 14% der Kinder sind zum Zeitpunkt der beginnenden Fremdunterbringung jünger als ein Jahr alt, 22% sind zwischen ein und fünf Jahre alt (U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families 2006, zit. nach Dozier et al. 2006, 768). Für diese Kinder bedeutet die Fremdunterbringung einen Verlust der Bindungspersonen in einem Alter, in dem die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bindung an die Bindungsperson eine notwendige Entwicklungsaufgabe darstellt (Dozier et al. 2005, 178; Dozier et al. 2006, 768f.). In den vergangenen 16 Jahren beschäftigten sich Mary Dozier und Mitarbeiter in einem Forschungsprogramm damit, wie junge fremduntergebrachte Kinder mit den schwierigen Bedingungen zurechtkommen. Sie fanden heraus, dass es für diese Kinder schwierig ist, sichere, vertrauenswürdige Beziehungen zu neuen Fürsorgepersonen aufzubauen (Dozier et al. 2009, 322). Aufgrund ihrer Erkenntnisse und der Tatsache, dass es sehr wenig vielversprechende Interventionen für Pflegeeltern gibt, entwickelten sie das ABC Programm (Dozier et al. 2006, 768). Das ABC Programm wurde für Pflegeeltern junger Pflegekinder von

12 bis 24 Monaten (Dozier et al. 2002, 548) konzipiert, da das Forschungsteam an einer Verminderung früher Beziehungsstörungen interessiert ist und davon ausgeht, dass Interventionserfolge eher zu erwarten sind, wenn die Intervention früh bereit gestellt wird (Dozier et al. 2006, 768).

Obwohl das ABC Programm ursprünglich für Pflege- und Adoptiveltern entwickelt wurde, werden die Interventionen in einer modifizierten Form auch mit biologischen Eltern durchgeführt. Meist handelt es sich hierbei um Familien, deren Kinder nach einer Fremdunterbringung wieder zurückgekehrt sind, oder in denen Kindesmisshandlung nachgewiesen werden konnte, deren Kinder aber noch bei ihnen leben (Dozier et al. 2005, 189f.).

ABC wurde auch an Familien gerichtet, um eine mögliche Fremdunterbringung zu verhindern. In den teilnehmenden Familien wiesen verschiedene Bedingungen auf Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung der Kinder hin bzw. auf drohende oder bestehende Misshandlung oder Vernachlässigung der Kinder durch ihre Eltern. Häusliche Gewalt, Drogenmissbrauch, Obdachlosigkeit und Vernachlässigung der Kinder traten in den teilnehmenden Familien am häufigsten auf (Bernard et al. 2012, 628).

4.2.2 Theoretische Implikationen

Das ABC Programm basiert auf der Bindungstheorie und den Ergebnissen der Forschungen von Mary Dozier und ihren Mitarbeitern. Sie erkannten, dass Pflegekinder und ihre Pflegeeltern mit besonderen Herausforderungen in vier Bereichen konfrontiert sind (Dozier et al. 2005, 179f.; Dozier et al. 2002, 542.). Der erste Bereich umfasst die Erkenntnis, dass Pflegekinder sich oft so verhalten, als benötigten sie keine Zuwendung, indem sie beispielsweise die Pflegeeltern bei Kummer und Stress zurückweisen (Stovall, Dozier, 2000 zit. nach Dozier et al. 2002, 542). Eine weitere Herausforderung stellt die Erkenntnis dar, dass manche Pflegeeltern, aufgrund ihrer eigenen Bindungsrepräsentanzen, nicht feinfühlig genug mit ihren Kindern umgehen können, wenn diese verzweifelt oder traurig sind. Besonders Pflegekinder bedürfen allerdings solch eines fördernden Umganges (Dozier, Stovall, Albus, Bates 2001 zit. nach Dozier et al. 2005, 179). Außerdem stellt auch die bei Pflegekindern oft auftretende Dysregulation im Verhalten, Erleben und auf der physischen Ebene eine Herausforderung für die Pflegeeltern dar. Pflegekinder, die schon ungünstige Erfahrungen in ihrer Vergangenheit gemacht haben, fühlen sich zusätzlich rasch bedroht.

Auch dies ist ein spezielles Merkmal dieser Kinder, mit dem Pflegeeltern konfrontiert werden (Dozier et al. 2004 zit. nach Dozier et al. 2005, 180). Diese Erkenntnisse bilden die Basis, auf der das Programm entwickelt wurde. ABC wird allerdings, wie bereits oben erwähnt, auch mit biologischen Eltern durchgeführt. Dozier et al. (2006, 769f.) und Bernard et al. (2012, 623) heben hervor, dass Kinder, die im jungen Alter verschiedene Notlagen bzw. Widrigkeiten durchleben müssen, geneigt sind, desorganisierte Bindungen zu entwickeln und daher besonders feinfühligere, „therapeutischer“ Pflege durch ihre Eltern benötigen, um organisierte Bindungsqualitäten entwickeln zu können. Dozier et al. (2006) sprechen neben Pflegeunterbringungen vor allem von Misshandlungen als solch widrige Umstände. Bernard et al. (2012) beziehen Vernachlässigung, Missbrauch, Erfahrungen häuslicher Gewalt und Trennungen von den Eltern mit ein. Sie richten das ABC Programm an Hochrisikoeltern und gehen davon aus, dass auch biologische Eltern in ihrem Erziehungsverhalten gefördert werden können. Es sollen im Folgenden die vorher genannten Erkenntnisse von Dozier et al. als Basis des Programmes erläutert werden, allerdings wird nicht nur von Pflegekindern und -eltern gesprochen, sondern von Kindern und Eltern, da das Programm letztlich auch bei biologischen Eltern und Kindern eingesetzt wird.

Die Rolle des Kindes in der feinfühligem Versorgung

Kinder sind biologisch so ausgestattet, dass sie fürsorgliche Zuwendung auslösen können (Dozier 2000; Levine 1983, zit. nach Dozier et al. 2002, 545). Ungeeignete Pflege und Fürsorge bzw. die Erfahrung einer Beziehungsunterbrechung führen dazu, dass Kinder sich oft so verhalten, dass sie diese Zuwendung nicht bekommen. Speziell in bedrohlichen Situationen agieren sie so, als ob sie die Eltern nicht benötigten (Dozier et al. 2002, 545). Dies geschieht besonders in der ersten Zeit der Fremdunterbringung. Stovall und Dozier (2000, zit. nach Dozier et al. 2005, 181) fanden heraus, dass aufgrund des Verhaltens der Kinder auch die Eltern dazu tendieren, übereinstimmend mit diesem Verhalten zu reagieren. Wenn das Kind sich vermeidend verhält, vernachlässigt auch die Pflegeperson die Zuwendung und verhält sich so, als bräuchte das Kind sie nicht. Wenn das Kind sich widersträubend verhält, tendiert auch die Pflegeperson dazu, eher ärgerlich auf das Kind zu reagieren. Diese übereinstimmenden Handlungsweisen lassen sich selbst bei autonomen Pflegeeltern feststellen. Dozier et al. (2005, 181) führen das Beispiel einer autonomen Pflegemutter an, dessen Kind vom Stuhl gefallen ist und sich danach von ihr wegdreht. Die Pflegemutter sagt dann, dass sie froh ist, dass dem Kind nichts passiert ist und weiter ihrer Arbeit nachgehen kann, ohne dem Kind über den Rücken zu streichen oder sich näher zu ihm hinzu-

bewegen, wie sie es wahrscheinlich getan hätte, wenn das Kind seine Verzweiflung gezeigt hätte. Auch Pflegeeltern, die eigentlich feinfühlig und fürsorglich agieren können, verhalten sich nicht so, wenn das Kind so tut, als würde es sie nicht brauchen.

Die feinfühligke Fürsorge und die Bindungsrepräsentanzen der Eltern

Ein Teil der Forschungen von Dozier et al. (2001 et al. zit. nach Dozier et al. 2005, 180) mit Pflegeeltern und ihren Pflegekindern bezog sich auf den Zusammenhang der elterlichen Bindungsrepräsentanzen und der kindlichen Bindungsqualität. Gegen die Vermutungen von Dozier et al. stellte sich heraus, dass die kindlichen Bindungsqualitäten in etwa im gleichen Ausmaß wie bei biologischen Eltern-Kind-Dyaden von den Bindungsrepräsentanzen der Pflegeeltern abhängig sind. Dies galt besonders für autonome Pflegeeltern und sicher gebundene Kinder und konnte sogar bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung älter als 12 Monate waren festgestellt werden (Dozier et al. 2002, 546). Allerdings stellte sich heraus, dass es einen größeren Anteil desorganisiert gebundener Pflegekinder gab, als dies der Fall bei biologischen Eltern-Kind-Dyaden ist. Sobald die Pflegeeltern nicht autonome Bindungsrepräsentanzen aufwiesen, waren ihre Kinder eher desorganisiert gebunden. Dies galt nicht nur für als unbewältigt klassifizierte Pflegeeltern, sondern auch diejenigen, die als verstrickt oder distanziert klassifiziert wurden, hatten desorganisiert gebundene Pflegekinder, obwohl erwartet wurde, dass sie ambivalent oder vermeidend gebundene Pflegekinder hätten (Dozier et al. 2005, 180; Dozier et al. 2009, 4).

Diese Ergebnisse zeigen, dass Pflegekinder Schwierigkeiten haben, organisierte Bindungsstrategien auszubilden, außer wenn sie sehr fürsorgliche, feinfühligke Pflegemütter (charakteristisch für autonome Pflegemütter) haben. Die Annahmen, dass desorganisierte Bindung ein großes Risiko für spätere Psychopathologien darstellt und besonders Pflegekinder oft desorganisiert gebunden sind, erscheinen sehr wichtig für die ABC Intervention. Da es unrealistisch sei, nur autonome Pflegeeltern für Pflegekinder auszusuchen und die Veränderung der Bindungsrepräsentanzen laut den Autoren (Korfmacher et al. 1997 zit. nach Dozier et al. 2009, 4), zu lange dauern würde, erachten die Wissenschaftler es für sinnvoll, die Pflegeeltern anzuleiten herauszufinden, welche Erfahrungen diese daran hindern, feinfühlig mit ihren Kindern umzugehen (Dozier et al. 2009, 324). An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass gleiches für biologische Eltern mit nicht autonomen Bindungsrepräsentanzen und ihre Kinder, die mit ihnen ungünstige, nicht feinfühligke Interaktionen erfahren haben, gelten soll.

Um die verschiedenen Eltern speziell zu unterstützen, wird ihre jeweilige elterliche Bindungsrepräsentanz mittels AAI erhoben. Das AAI bildet einen Bestandteil des ABC Programmes, der es den ABC Trainern, neben der differenzierten Arbeit mit den unterschiedlichen Bindungsrepräsentanzen der Eltern, ermöglicht, abzuschätzen, wie offen die Eltern für die Behandlung und die Veränderungsmöglichkeiten sein werden.

Dabei gehen Dozier und ihre Kollegen aufgrund eigener Beobachtungen während ABC Interventionseinheiten und vorangegangener Studien (Dozier, Sepulveda, 2004; Korfmacher et al. 1997 zit. nach Bick, Dozier 2008, 455ff.) davon aus, dass autonome Eltern offen sind gegenüber Vorschlägen bezüglich ihres Erziehungsverhaltens, zugänglich für die Führung der Trainer und reflektiert mit dem Einfluss eigener Kindheitserfahrungen auf ihre aktuelle Erziehung umgehen.

Eltern mit distanzierten Bindungsrepräsentanzen neigen eher dazu, sich unwohl mit bindungsrelevanten Themen zu fühlen bzw. abwehrend auf solche zu reagieren, wenn sie angesprochen werden. Sie idealisieren oft die Erziehung ihrer Eltern, was es schwierig macht, den Einfluss der Themen auf die aktuelle Fürsorge ihrer Kinder zu erkennen. Distanziert klassifizierte Eltern verweigern oft Diskussionen über Zuwendungsbedürfnisse ihrer Kinder und betrachten ihre Kinder oft als verwöhnt.

Eltern, die durch das AAI als verstrickt klassifiziert wurden, haben mit besonderen Herausforderungen zu kämpfen. Sie erscheinen so, als hätten sie kein Problem, sich an den Interventionstrainer zu wenden, wenn sie Hilfe benötigen. Aber sie haben Schwierigkeiten damit, den Fokus der jeweiligen Sitzung beizubehalten und neigen dazu, sich in aufkommenden Themen zu verfangen. Der Fokus verstrickter Eltern muss immer wieder zurück auf die Bedürfnisse ihrer Kinder nach konstanter Zuwendung gerichtet werden.

Eltern mit unbewältigtem Trauma haben Schwierigkeiten, eine vertrauensvolle Beziehung zum Trainer bzw. Therapeuten zu entwickeln und verbindlich mit dem Behandlungsprogramm umzugehen. Zusätzlich haben sie Probleme mit Interventionseinheiten, durch die ein nicht bedrohlicher Umgang mit ihren Kindern, der diese nicht in Angst versetzt, gefördert werden soll (Bick, Dozier 2008, 455ff.).

Für die Arbeit der Trainer des ABC Programmes sind also das AAI und die daraus gewonnene Erkenntnis der jeweiligen Bindungsrepräsentanzen der Eltern von entscheidender Bedeutung. Die Erwartungen die daraus gewonnen werden können, erlauben es den Therapeuten möglichst effektiv mit den Eltern zu arbeiten, indem die Interventionseinheiten auf die individuellen Bedürfnisse der Eltern zugeschnitten werden (Bick, Dozier 2008, 457).

Dysregulationen der Kinder im Verhalten, auf physischer und emotionaler Ebene

Dozier et al. (2004, zit. nach Dozier et al. 2005, 181; 2006, 770) erläutern, dass Pflegekinder und Kinder, deren Eltern nicht auf ihre Bedürfnisse eingehen, oft physische, emotionale und verhaltensmäßige Dysregulationen aufweisen.

Die Bindung eines Kindes an seine Bindungsperson ermöglicht dem Kind, Nähe in bedrohlichen Situationen zu suchen und aufrecht zu erhalten und dadurch Sicherheit zu erfahren. Der Verlust dieser Bindungsperson oder chronisches Erlebnisse von Unsicherheit führen zur Dysregulation oder zum Zusammenbruch des Verhaltenssystem und auch zum Zusammenbruch biologischer Systeme. Durch die Abwesenheit einer bekannten und/oder einschätzbaren, verlässlichen Bindungsfigur steht dem Kind keine Hilfe zur Verfügung, seine Verzweiflung zu regulieren. Eine vertraute Bindungsfigur, die feinfühlig mit Not und Verzweiflung des Kindes umgeht, ermöglicht es ihm, sich zunehmend selbst zu regulieren. Die wiederkehrende Erfahrung, dass Kummer bewältigt werden kann, unterstützt die Selbstregulation des Kindes, es kann sich dann z.B. selbst beruhigen, wenn es aufwacht. Wenn keine vertraute bzw. coregulierende Bindungsfigur verfügbar ist, wird das Kind nicht erfahren, wie negative Emotionen bewältigt werden können. Die primäre Bindungsperson eines Kindes reduziert auch den Stress eines Kindes. Dozier et al. (2002, 543) gehen davon aus, dass Kinder, die Trennungen oder Missachtung von ihren Bindungsfiguren erfahren (Dozier et al. 2008, 848) den Stresspuffer der Bindungsfigur entbehren müssen und deshalb nicht erfahren, dass Stress bewältigbar ist, sondern Stress als überwältigend und desorganisierend wahrnehmen.

Die Möglichkeit, Cortisol zu messen eröffnete ein Fenster zur Feststellung physischer Reaktionen auf Stress. Pflegekinder und misshandelte Kinder zeigen oft eine sehr atypische Produktion von dem Stresshormon Cortisol. Unregelmäßigkeiten in der Cortisolproduktion wurden schon mit verschiedenen Psychopathologien in Verbindung gebracht. Ob auch Pflegekinder ein erhöhtes Risiko für diese Psychopathologien aufweisen, wird von Dozier und anderen untersucht werden. Auch wenn dies noch nicht bestätigt werden konnte, sei, so die Autoren, der Zusammenbruch des physischen Regulationssystems bei Kindern ein besorgniserregendes Ereignis (Dozier et al. 2002, 543f.; Dozier et al. 2005, 182).

Im Verhalten zeigen sich die Regulationsschwierigkeiten durch Schlaf- oder Essproblematiken bei Kindern, die damit eher Probleme haben als Vergleichskinder (Dozier et al. 2002b, Yarrow, Goodwin, 1973, alle zit. nach Dozier et al. 2005, 182). Ältere Kinder ha-

ben mehr externalisierende (z.B. Aggression, Anm. d. Autorin) und internalisierende (z.B. Ängste, Anm. d. Autorin) Probleme als Vergleichskinder.

Bedrohliche Erfahrungen von Kindern

Eine Funktion von Eltern ist es, ihr Kind vor realer und wahrgenommener Gefahr zu schützen. Fast alle Hochrisikokinder machen die Erfahrung, dass ihre Eltern sie vor Gefahr oder der Trennung von ihnen nicht schützen konnten oder sogar selbst die Bedrohung darstellten. In den schlimmsten Fällen erleben sie beständig explizite oder implizite Gefahren. Wenn Kinder mit den bedrohlichen Situationen nicht umgehen können, müssen sie dissoziieren, um irgendwie mit der Gefahr fertig zu werden. Während des dissoziativen Zustandes befinden sie sich in einem Dilemma, weil die Bindungsperson gleichermaßen Ausgangspunkt von Wohlbehagen als auch Ursprung der Angst der Kinder bildet. Furchterregendes Verhalten der Eltern ist ein Grund für desorganisierte Bindungsqualitäten der Kinder (Dozier et al. 2004 zit. nach Dozier et al. 2005, 183; Main, Hesse 1990, zit. nach Bernard et al. 2012, 624).

Mit jenen vier oben genannten, kritischen Begebenheiten sind Hochrisikofamilien bzw. Pflegekinder und ihre Eltern konfrontiert. Aus ihnen leiten sich die Zieldefinitionen des ABC Programmes ab, die nun angeführt werden sollen.

4.2.3 Ziele

Die Beschreibung der Ziele entspricht den Ausführungen von Dozier et al. (2005), Bick und Dozier (2008) und Bernard et al. (2012). Aus der ersten Erkenntnis, dass Kinder durch ihr Verhalten oft keine Zuwendung bei den Eltern auslösen, leiten sich diese Ziele ab: Den Eltern soll geholfen werden, fürsorglich und feinfühlig auf ihre Pflegekinder zu reagieren, auch wenn die Kinder zeigen, dass sie das scheinbar nicht brauchen. Die Eltern sollen unterstützt werden, die Signale ihrer Pflegekinder neu zu interpretieren.

Aus der zweiten Erkenntnis, dass Eltern aufgrund ihrer eigenen Bindungsrepräsentanzen nicht fürsorglich genug mit ihren Kindern umgehen können, leiten sich folgende Ziele ab: Den Eltern soll geholfen werden, feinfühlig und fürsorglich mit ihren Kindern umzugehen, auch wenn sie nicht als autonom eingestuft werden können. Ihnen soll geholfen werden,

sich über ihre eigenen Belange, die mit der fürsorglichen Pflege interferieren, hinwegzusetzen.

Die Tatsache, dass Hochrisikokinder unter Dysregulationen im Verhalten, Erleben und auf physischer Ebene leiden, führt zu folgenden Zielen: Die Kinder sollen Selbstregulationsfähigkeiten erwerben. Dazu sollen die Eltern unterstützt werden, sich in Interaktionen von ihrem Kind leiten zu lassen (Barnard, Morisset 1995 zit. nach Bick, Dozier 2008, 457f.), ihr Kind zu berühren und zu halten (Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg, Kuhn 2005, Field et al. 2004 zit. nach Bick, Dozier 2008, 458) und negative Emotionen zuzulassen.

Die bedrohlichen Erfahrungen, die Hochrisiko- bzw. Pflegekinder machen, führen zu dem Interventionsziel, bedrohliches Verhalten durch die Eltern zu reduzieren. Dazu soll den Eltern geholfen werden, die Bedeutung bedrohlichen Verhaltens für ihre Kinder zu verstehen und ihr eigenes ängstigendes Verhalten zu reduzieren.

4.2.4 Durchführung

Die manualisierte ABC Intervention besteht aus zehn wöchentlichen Sitzungen zu je 60 Minuten. Diese werden alle zuhause bei den Eltern durchgeführt. Bei den meisten Treffen sind die primäre Bindungsperson und ihr Kind gemeinsam involviert. Die Intervention wird von professionellen Trainern durchgeführt (Dozier et al. 2002, 548f.). Alle Sitzungen werden auf Video aufgezeichnet um die Behandlungen wiedergeben zu können. Zusätzlich werden einige Teile der Einheiten mit einer anderen Kamera aufgenommen, sodass sie dann als Interaktionsvideos für die Arbeit mit den Eltern zur Verfügung stehen (Dozier et al. 2005, 184).

Bevor die häuslichen Treffen stattfinden, wird das AAI mit den Eltern durchgeführt. Dies unternimmt der Trainer, der auch weiterhin die Familie betreut. Das AAI markiert den Anfang der wichtigen therapeutischen Beziehung. Die Auswertung desselben trägt zur differentiellen Intervention bei (Bick, Dozier, 2008, 453).

Die ABC Intervention startet mit dem Augenmerk auf das kindliche Verhalten, das in der entstehenden Beziehung problematisch werden kann. Für die Behandlung der eigenen An-

teile an der Problematik sollte das Vertrauen der Eltern zu ihrem jeweiligen Trainer bereits ausgeprägt sein, deshalb werden diese Themen erst später behandelt (Bick, Dozier 2008, 463f.; Dozier et al. 2005, 184). Im Folgenden wird jede Sitzung kurz beschrieben. Die Ausführungen stammen von Dozier et al. (2005, 184ff.) und Bernard et al. (2012, 629f.).

Die ersten beiden Sitzungen dienen dazu, die Eltern damit vertraut zu machen, wie wichtig es für Kinder ist, fürsorgliche und feinfühligke Pflege zu erhalten, sogar dann, wenn es oft so scheint, als bräuchten sie diese gar nicht (entspricht der ersten theoretischen Implikation und den daraus abgeleiteten Zielen).

In der ersten Sitzung werden den Eltern Videos von Kindern gezeigt, die direkt fürsorgliches Verhalten bei den Eltern auslösen (sicheres Verhalten) und von jenen, die dies nicht schaffen (vermeidendes und widersträubendes Verhalten). Die Eltern werden dazu aufgefordert, darüber nachzudenken, was diese Verhaltensweisen bei Eltern auslösen könnten. Ihnen wird eine Hausübung aufgetragen, bei der sie Aufzeichnungen über das Verhalten ihrer Kinder machen sollen, wenn sie verzweifelt oder traurig sind, und über ihre elterlichen Reaktionen darauf.

In der zweiten Sitzung wird den Eltern vermittelt, die Signale ihrer Kinder neu zu interpretieren. Unter anderem wird die Hausübung besprochen. In dieser Sitzung soll besonders das eigene Verhalten in Reaktion auf das kindliche Verhalten bewusster gemacht werden und den Eltern soll dabei geholfen werden, feinfühlicher und fürsorglicher auf ihre Kinder zu reagieren.

Sitzung drei, vier und fünf (wie auch Sitzung acht und neun) sind dafür vorgesehen, die Eltern anzuleiten, für ihre Kinder eine vorhersagbare, interpersonelle Umwelt zu schaffen, sodass die Kinder Regulationsfähigkeiten ausbilden können (entspricht der dritten theoretischen Implikation und den daraus abgeleiteten Zielen).

In der dritten Sitzung werden die Eltern mit der Idee vertraut gemacht, sich von ihren Kindern leiten zu lassen. Dabei wird ihnen vermittelt, dass den Kindern ein Gefühl von Wirksamkeit zuteil werden soll. Auch der Unterschied zwischen „Initiative übernehmen“, wenn das Kind Kummer hat, und „Initiative überlassen“, wenn das Kind nicht gestresst ist, wird diskutiert. Von den Eltern werden Videos aufgezeichnet, während sie ihren Kindern etwas vorlesen. Dabei sollen sie den Intentionen des Kindes folgen. Als Hausübung sollen die Eltern weitere Bücher mit ihren Kindern lesen, die der Trainer ihnen überlässt.

In der vierten Sitzung sollen die Eltern mit ihren Kindern, nach der Hausübungsbesprechung, Pudding machen (oder eine modifizierte Tätigkeit für Kinder unter einem Jahr). Danach schauen sich die Eltern das Video mit dem Trainer an und besprechen Aspekte, die schwierig für sie waren.

Die fünfte Sitzung ist dazu da, dass Eltern die Signale ihrer Kinder für mehr oder weniger Autonomie einschätzen lernen. Den Eltern wird hier unter anderem mittels Videoaufnahmen geholfen, die Signale ihrer Kinder für mehr oder weniger erwünschte Selbständigkeit zu lesen und darauf zu reagieren. Als Hausübung sollen die Eltern aufzeichnen, wann ihr Kind mehr oder weniger selbständig sein möchte und die Art, wie das Kind dies übermittelt.

Sitzung sechs und sieben sind darauf ausgelegt, dass die Eltern erkennen, inwiefern das eigene Wohlbefinden ihre Feinfühligkeit in Interaktionen mit ihrem Kind beeinflusst (entspricht der zweiten theoretischen Implikation und daraus abgeleiteten Zielen).

In der sechsten Sitzung sollen die Eltern darüber nachdenken, wie ihre eigenen Bindungserfahrungen die Fähigkeit, gute Eltern zu sein beeinflussen mögen. Dazu wird eine Technik aus der COS Intervention verwendet, die „Haifischmusik“ (siehe 4.1.4).

In der siebenten Sitzung wird eine Mini-Fremde-Situation aufgezeichnet und die Eltern sollen darüber nachdenken, welche Gefühle die Reaktionen der Kinder bei ihnen erzeugten und wie wohl ihre eigenen Eltern auf ihren Kummer als Kind reagiert hätten.

In der achten Sitzung liegt das Augenmerk auf der Bedeutung von Berührungen für die Selbstregulationsfähigkeiten der Kinder. Den Eltern wird geholfen, die Signale ihrer Kinder zu deuten. Während einer Videoaufnahme werden sie gebeten Spiele mit dem Kind auf dem Schoß zu spielen. Danach werden die Freude der Kinder und die feinfühligsten Reaktionen der Eltern besprochen.

Die neunte Sitzung hat den Fokus auf der Förderung der Eltern, die Gefühle ihrer Kinder, besonders die negativen, lesen zu lernen. Es soll hier auch das Kind unterstützt werden, Gefühle auszudrücken. Außerdem soll hier die Wichtigkeit nicht furchterzeugender Reaktionen der Eltern hervorgehoben werden.

In der zehnten und letzten Sitzung werden noch einmal alle Themen bekräftigt und Fortschritte der Pflegeeltern gefeiert. Es werden Videos gezeigt, die Stärken der Eltern in den bestimmten Bereichen hervorheben.

4.2.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes

Das ABC Interventionsprogramm wird gegenwärtig auf seine Wirksamkeit in Pflegefamilien hin überprüft. Dabei werden 200 Pflegefamilien auf zufälliger Basis entweder der ABC Intervention oder einer Vergleichsintervention „Developmental Education for Families“ zugeordnet (DEF, Dozier 2003, zit. nach Dozier et al. 2005, 183). Der Fokus der DEF Intervention liegt auf der Förderung der kognitiven und sprachlichen Entwicklung der Kinder. Dabei werden die Eltern unterrichtet, wie sie die intellektuelle Entwicklung ihres Kindes selbst fördern können.

Für die Wirksamkeitsforschungen werden elterliche Verhaltensweisen, wie die Feinfühligkeit, fürsorgliche Pflege, die Fähigkeit dem Kind die Führung zu überlassen und das Ausmaß, inwiefern Pflegeeltern ihr Pflegekind als ihr eigenes Kind während der Pflege betrachten, vor und nach der Intervention (egal ob ABC oder DEF) erhoben und in jährlichen Abständen wiederholt. Ebenso werden die kindlichen Verhaltensweisen, Bindung zum Pflegeeltern, Bewältigung einer schwierigen Aufgabe im Kleinkindalter, Verhaltensprobleme und die Fähigkeit, Verhalten zu unterdrücken untersucht (Dozier et al. 2005, 183).

Von den 200 Pflegeeltern-Pflegekind-Dyaden konnten einige die Interventionen und die entsprechenden Untersuchungen bereits abschließen. Ein Teil der Untersuchungen wurde bereits ausgewertet, sodass vorläufige Hinweise auf die Wirksamkeit des ABC Interventionsprogrammes bereits vorliegen (Dozier et al. 2006, 2008, 2009). Diese sollen nun beschrieben werden.

In den ersten Befunden wurden 60 Kinder, deren Pflegeeltern entweder der ABC- oder der DEF Intervention zugeordnet worden waren, hinsichtlich ihrer morgendlichen und abendlichen Cortisolproduktion und der Verhaltensprobleme, wie sie von den Eltern beurteilt wurden, untersucht. Die Auswertungen ergaben, dass Kinder, deren Pflegeeltern die ABC Intervention erhielten vermehrt typische Cortisolproduktionen, wie sie bei Vergleichskindern, die nie in Fremdunterbringung waren, vorkommen, aufweisen als die Kinder der Kontrollinterventionsgruppe. Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass von den Eltern der ABC Intervention weniger Verhaltensprobleme angeführt wurden als von jenen der DEF Intervention. Dies betraf allerdings die älteren Pflegekinder (18 bis 36 Monate). Bei den jünge-

ren Pflegekindern (0 bis 17 Monate) wurden Verhaltensprobleme im gleichen Ausmaß angegeben (Dozier et al. 2006, 778f.)

In einer weiteren Studie wurden die Cortisollevel von 46 Kindern nach Abschluss der ABC Interventionsgruppe, von 47 Kindern nach Abschluss der DEF Intervention und zusätzlicher 48 Kinder, die nicht fremduntergebracht waren, untersucht. Diesmal wurden die Cortisollevel vor der Fremden Situation und 15 und 30 Minuten nach der Fremden Situation erhoben (Dozier et al. 2008). In den Ergebnissen zeigte sich auch hier deutlich, dass die Pflegekinder, deren Pflegeeltern an der ABC Intervention teilnahmen geringere Cortisollevel aufwiesen als die Pflegekinder, deren Pflegeeltern an der DEF Intervention teilnahmen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass die Kinder der ABC Interventionsgruppe sehr ähnliche Cortisolproduktionen wie die Vergleichskinder aufwiesen, die nicht fremduntergebracht waren. Auch hier sprechen die Ergebnisse für das ABC Programm, das scheinbar normale Cortisollevel unter Pflegekindern begünstigt (Dozier et al. 2008, 853f.)

Eine neuere Studie von Dozier et al. (2009) enthält Befunde über die Wirkung der ABC Intervention auf die Bindungsverhaltensweisen junger Pflegekinder. Untersucht und ausgewertet wurde vermeidendes Bindungsverhalten von 46 Kindern, deren Pflegeeltern entweder die ABC- oder die DEF Intervention abgeschlossen hatten. Ein Monat nach Abschluss der Interventionen sollten die Pflegeeltern für drei Tage ein „Bindungstagebuch“ führen, welche die Verhaltensweisen ihrer Pflegekinder enthalten sollte, wenn sie verzweifelt und traurig (z.B. verletzt, verängstigt oder durch Trennungen verunsichert) waren. Mittels dieser Aufzeichnungen wurde der Anteil an vermeidenden Bindungsverhaltensweisen der Kinder erhoben (Dozier et al. 2009, 327)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder der ABC Interventionsgruppe weniger vermeidendes Verhalten zeigen, wenn sie verzweifelt oder traurig waren, als die Kinder der DEF Interventionsgruppe. Dies deutet darauf hin, dass das ABC Interventionsprogramm wirksam ist, die Fähigkeit von Pflegekindern zu fördern, sich aktiv Unterstützung von ihren Pflegeeltern zu holen (Dozier et al. 2009, 329f.). Vorläufige, unveröffentlichte Ergebnisse zeigen, dass 60% der Pflegekinder in der ABC Gruppe nach der Intervention sicher an ihre Pflegeeltern gebunden waren (Dozier et al. 2007, zit. nach Berlin et al. 2008, 751).

Auch Bernard et al. (2012) konnten in ihrer klinischen Studie positive Auswirkungen des ABC Programmes bestätigen. Das ABC Programm richtete sich bei dieser Studie an Fami-

lien, die risikoreichen Lebensbedingungen ausgesetzt waren und in denen berechtigte Zweifel an einer gesunden Entwicklung der Kinder, aufgrund drohender oder bestehender Kindesmisshandlung, bestanden. Obdachlosigkeit, Drogenmissbrauch, häusliche Gewalt und Vernachlässigung der Kinder waren Gründe für die Teilnahme. Die Familien wurden von Kinderschutzorganisationen vermittelt. Die ABC Interventionen fanden im Rahmen einer Umgehung einer möglichen Fremdunterbringung der Kinder statt. Das Programm wurde von der Jugendwohlfahrt unterstützt.

Die Wirksamkeit des ABC Programmes wurde an 120 Kindern und deren Eltern untersucht. Die Teilnehmer wurden wie in den Studien oben auf zufälliger Basis entweder dem ABC (Untersuchungsgruppe: 60 Kinder) oder dem DEF Programm (Kontrollgruppe: 60 Kinder) zugeordnet. Die Elterntainer hielten in beiden Interventionsmodellen jeweils zehn Interventionseinheiten ab. Die Einheiten wurden in wöchentlichen Intervallen bei den Eltern zu Hause durchgeführt. Die Trainer hielten sich bei der Durchführung an die vorgegebenen Behandlungsleitfäden der Interventionseinheiten.

Zu Beginn der Durchführung der Programme waren die Kinder im Alter von einem Monat bis zu 21 Monaten. Ungefähr ein Monat nachdem die letzte Interventionseinheit stattgefunden hatte (oder später, wenn die Kinder noch zu jung waren) unterzogen sich die Eltern und ihre Kinder den Fremde Situation Tests, damit die Bindungsqualität der Kinder festgestellt werden konnte. Die Kinder waren zu dem Zeitpunkt der Untersuchung zwischen knapp zwölf und 31 Monaten alt. Bernard et al. (2012, 631) weisen darauf hin, dass die Fremde Situation üblicherweise mit Kindern bis zu 24 Monaten durchgeführt wird, jedoch auch in einigen Untersuchungen mit Kindern im Alter bis zu 29 Monaten unternommen wurde. Um verfälschte Ergebnisse zu vermeiden, wurden Analysen der Ergebnisse mit allen Kindern und Analysen ohne Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung älter als 24 Monate alt waren, gemacht.

Bei der Auswertung der Untersuchungen bezüglich desorganisierte vs. organisierte Bindung wurde festgestellt, dass 32% der Kinder der ABC Gruppe desorganisierte Bindungsqualitäten entwickelt hatten. In der DEF Gruppe waren es 57% der Kinder. Auch die Anteile sicher gebundener Kinder war in der ABC Gruppe signifikant höher als in der DEF Gruppe. 52% der Kinder in der ABC Gruppe waren sicher an ihren Elternteil gebunden, während über diese Bindungsorganisation nur 33% der Kinder in der DEF Gruppe verfügten. Die Ergebnisse blieben stabil, wenn Kinder über 24 Monaten exkludiert wurden (Bernard et al. 2012, 631). Die Wirksamkeit des ABC Programmes, sichere Bindungen zu för-

dern und desorganisierte Bindungen gering zu halten, konnte laut den Autoren in dieser Studie bestätigt werden. Die Ergebnisse könnten, so die Autoren, umgelegt werden auf Familien, die sich in Kinderschutzprogrammen befinden und deren Kinder ein Risiko tragen, misshandelt oder vernachlässigt zu werden (Bernard et al. 2012, 632).

4.3 Watch Wait and Wonder (WWW)

WWW ist ein manualisiertes Interventionsprogramm, welches einer „kindorientierten“ Psychotherapie entspricht. Dies bedeutet, dass die kindliche Aktivität im Vordergrund steht und den Weg durch die Intervention vorgibt, während ein Elternteil und der Psychotherapeut ihm die Initiative überlassen. Im WWW Programm sollen die Kinder selbst wirksam werden können und die Eltern befähigt werden, direkt mit ihren Kindern therapeutisch zu arbeiten. Obwohl WWW psychodynamische Modelle inkludiert, betonen die Entwickler sowohl die bindungstheoretischen Elemente der konzeptionellen Basis des Programmes, als auch die bindungsfördernden Ziele (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999a). Aus diesen Gründen ist das Programm WWW für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Dieses Kapitel dient dazu, das Programm WWW näher zu beschreiben. Entstehungs- und Verwendungskontext, Zielgruppe, theoretische Implikationen, sowie Durchführung und Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit werden erläutert. Im Folgenden wird, ebenso wie von den Programmentwicklern für einen Elternteil das Wort Mutter verwendet, da, laut ihnen, in erster Linie Mütter in der Intervention vorstellig werden.

4.3.1 Entstehungskontext und Verwendungskontext

Die Wissenschaftler, die WWW entwickelten, bemängelten, dass in Eltern-Kind-Interventionen, trotz der Anwesenheit des Kindes, das Kind selten als ein Initiator der möglichen Veränderungen betrachtet wird (Muir et al. 1999a, 17). Die Idee, dass das Kind ein kooperativer Partner und Initiator in Eltern-Kind-Therapien sein sollte, wurde erstmals von Mahrer et al. (1976 zit. nach Muir et al. 1999b, 13) vorgeschlagen, um die Entwicklung des Kindes bestmöglich zu fördern. In damaligen Studien zeigte sich, dass die Anerkennung der Eltern gegenüber den Entwicklungskapazitäten ihrer Kinder, die Entwicklung der Kinder allgemein förderte. Mahrer et al. entwickelten eine kindorientierte, therapeuti-

sche Intervention. Durch diese sollte die spontane, kindliche Aktivität und die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind zu beobachten unterstützt werden. Im Setting sollte das Kind sowohl zu seiner Mutter als auch zu manipulierbaren Objekten Zugang haben. Die Mutter wurde aufgefordert, sich zu ihrem Kind auf den Boden zu begeben und keinerlei Aktivitäten zu initiieren oder zu dirigieren. Außerdem sollte sie dem Kind keine Aktivität verbieten und geringschätzende Gesten und Aussagen vermeiden. Dieser Zugang wurde von Johnson et al. (1980 zit. nach Muir et al. 1999b, 13) und Wesner et al. (1982 zit. nach Muir et al. 1999b, 13) weiterentwickelt. Sie gaben der Intervention den Namen Watch, Wait and Wonder, welcher die essentielle Natur des Prozesses einfängt und auch von Muir et al. verwendet wird. Johnson et al. und Wesner et al. instruierten Mütter die Technik von Maharer daheim durchzuführen während sie monatliche Treffen mit einem Therapeuten besuchten, um die Erfahrungen zu diskutieren. Schließlich wurde der ursprüngliche WWW Ansatz von Muir et al. (1989 zit. nach Muir et al. 1999a, 19) für den Gebrauch in klinischen Settings modifiziert. Die Entwicklung des neuen WWW Interventionsprogrammes fand in Neuseeland statt, wo Muir und ihre Mitarbeiter mit Säuglingen und Kleinkindern in einer Psychiatrischen Klinik für Kinder und Familien arbeiteten. Die modifizierte Version beinhaltet die ursprüngliche Beobachtungskomponente und einen darauf folgenden Diskussteil, in dem die Ängste der Mütter thematisiert werden (Muir et al. 1999b, 14).

Mittlerweile findet WWW Anwendung in unterschiedlichen Projekten in England. Rance (2005, 127) beschreibt die Verwendung des WWW Programmes innerhalb eines Projektes in England. Das Projekt war eine Weiterentwicklung der „Under Fives“ Services in Nord-England, die Eltern und ihren Kindern unter fünf Jahren zur Verfügung standen und kurze psychotherapeutische Interventionen fokussierten. Die Erfahrungen des Teams und Erkenntnisse über den Einfluss postnataler Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung veranlassten das Team, ein neunmonatiges Projekt zu starten, um diese Problematik möglichst früh zu behandeln. Zielgruppe waren Eltern und ihre Kinder im Alter bis zu einem Jahr, bei denen Probleme in der Beziehung zwischen ihnen vermutet wurden. Die Therapeuten gingen davon aus, dass oft postnatale Depressionen bei vorstelligen Eltern-Kind-Paaren für die Beziehungsprobleme ausschlaggebend wären. Kindliche Faktoren, die für eine Behandlung sprachen, waren Ess-, Schlaf- und Schreiprobleme. Fünfzehn Eltern-Kind-Paare wurden neun Monate behandelt, wobei die Sitzungen zunächst wöchentlich und später in größeren zeitlichen Abständen erfolgten.

Tucker (2006) erläutert ihre Erfahrungen als Therapeutin mit dem Interventionsprogramm WWW innerhalb des Oxford Parent-Infant-Project, welches ein freiwilliges Beratungsangebot für Mütter und ihre Kleinkinder bei Bindungsproblemen bereitstellt. Tucker modifizierte die WWW Intervention durch zusätzliche Videoaufnahmen und -diskussionen, die sie als äußerst hilfreich für die Mutter und sich als Therapeutin wahrnahm.

4.3.2 Zielgruppe

Muir et al. (1999a, 51) gehen davon aus, dass WWW für eine Mutter und ihr Kind dann sinnvoll ist, wenn das Problem primär in der Beziehung der beiden zu finden ist. Sie sind der Ansicht, dass Bindungsprobleme z.B. in Form von Ess- oder Schlafproblemen, feindseligem Verhalten oder Trennungsängsten auftauchen. WWW sei auch dann indiziert, wenn eine Mutter das Verhalten ihres Kindes nach eigenen Angaben nicht versteht, sich nicht mit ihrem Kind verbunden fühlt oder nicht weiß, wie sie mit ihrem Kind spielen soll. WWW mit Kind und Vater ist dann indiziert, wenn es ein eindeutiges Problem zwischen den beiden gibt, wenn der Vater die primäre Bezugsperson ist, oder die Mutter verstorben ist und auch anschließend an die Mutter-Kind-Therapie, wenn der Vater sich sehr ausgeschlossen fühlt und dies die Effekte der WWW Intervention behindert.

WWW ist für Kinder ab vier Monaten geeignet, da sie erst in diesem Alter ihr Befinden und Verhalten in einem gewissen Ausmaß regulieren können und fähig sind zu explorieren (Cohen et al. 2002/03, 2). Eine definierte Altersobergrenze konnte in der Literatur nicht gefunden werden. Muir et al. (1999a, 43) weisen aber in ihrem Manual auf Besonderheiten bei der Durchführung der WWW Intervention mit älteren Kindern bis zu neun Jahren hin.

4.3.3 Theoretische Implikationen

Die Vertreter des WWW-Konzeptes gehen davon aus, dass frühe Beziehungserfahrungen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben und dass Probleme in frühen Beziehungen des Kindes dafür verantwortlich sein können, dass die späteren sozialen Beziehungen des Kindes, die emotionale Gesundheit, das Denken und die Problemlösungsstrategien dieses Menschen in der Folge beeinträchtigt werden (Cohen et al. 2002/03, 1).

Generell sind Muir et al. (1999a, 24) der Ansicht, dass viele Probleme durch das nicht vorhandene Bewusstsein oder die Verleugnung der Mütter entstehen, dass ihre Kinder von Anfang an kompetente, feinfühlig Interaktionspartner sind und nicht nur passive Empfänger ihrer Fürsorge. Dabei wirken viele Mütter intrusiv auf das entstehende Selbst ihrer Kinder ein oder bringen ihre eigenen vergangenen Beziehungserfahrungen in die Interaktion mit ein. Den interaktionellen Prozess sehen die Autoren als maßgeblich für die Entstehung emotionaler Probleme und von Verhaltensproblemen in der frühen Kindheit an. Dieses Erkenntnis wird mit den Konzepten der Bindungstheorie und Konzepten aus der Psychoanalyse, wie der Projektiven Identifikation und Containment begründet (Muir et al. 1992, 1999a). Die genannten Theorien bilden auch die grundlegenden Leitlinien in der WWW Intervention (Muir et al. 1999a, 23) und sollen im Folgenden erläutert werden.

Die Bindungstheorie

Laut Muir et al. (1999a, 24f.) bildet die Bindungstheorie den primären Rahmen für die WWW Intervention. Sie gehen davon aus, dass Kinder durch die Bindungsbeziehungen zu ihren Müttern innere Arbeitsmodelle bzw. Repräsentationen von Beziehungen ausbilden. Im besten Falle dient die durch solche Beziehungen erfahrene Sicherheit Kindern dazu, ihre soziale und physische Welt zu erkunden (siehe Kapitel 2). Die Exploration der Umwelt wiederum ermöglicht den Kindern ihr Selbst kennen zu lernen und auszubilden. Probleme in der Kindheit entstehen laut Muir et al. (1999a, 25) dann, wenn die Beziehung des Kindes zu seiner Mutter es ihm nicht ermöglicht, zu explorieren und sein eigenes Selbst zu entwickeln. Den Zusammenhang zwischen der Bindungstheorie und der Entwicklung des Selbst erläutern Muir et al. mittels der Konzepte des „Holdings“ (Winnicott 1976 zit. nach Muir et al. 1999a, 25) und des „Containments“ (Bion 1959 zit. nach Muir et al. 1999a, 25).

Holding

Nach Winnicott (1958, 1960a, b zit. nach Muir et al. 1999a, 25) kann man die Fähigkeit einer „good enough“ Mutter, ihr Kind zu „halten“ als einen wesentlichen Aspekt mütterlicher Feinfühligkeit und Responsivität betrachten. Dabei geht es nicht nur um das physische Halten, sondern auch um die Gewährleistung einer Art von Präsenz und Raum. Dafür muss die Mutter ihrem Kind auf zwei Weisen begegnen.

Zunächst sei es wichtig, dass die Mutter eine Umgebung schafft, in der das Kind die Initiative übernehmen kann, um die Mutter auf seine Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Die zweite Funktion, welche gleichermaßen wichtig ist, ist die nicht-intrusive, nicht-

aufdringliche und nicht-interaktive Präsenz der Mutter. Die Erfüllung dieser mütterlichen Funktionen hängen von der Fähigkeit der Mutter ab, ihr Kind von Zeit zu Zeit nicht aktiv in eine Interaktion oder ein Spiel zu verwickeln und ihr Kind ruhig zu beobachten während es in der aufmerksamen Gegenwart der Mutter alleine spielt. Muir und Muir (1992 zit. nach Muir et al. 1999a, 26) lehnen sich an Winnicott an und sind der Meinung, dass diese mütterlichen Funktionen dem Bedürfnis des Kindes entsprechen, ohne Störungen für sich sein zu können und auf diesem Wege sein potentiell Selbst zu erfahren, einen eigenen Sinn für die persönliche, physische und psychische Realität zu entwickeln. Laut Muir et al. (1999a, 26) kann ein Kind nur alleine, während jemand anderer in der Nähe des Kindes ist, seine Selbstwirksamkeit entdecken. Jede Störung des Kindes während seiner aktiven Erkundung führt nach Winnicott (1960b zit. nach Muir et al. 1999a, 26) zu Ängsten und lediglich zu Reaktionen auf bestimmte Stimuli, wodurch sich ein falsches Erleben ausbilde. Die aufmerksame und ansprechbare Mutter, die ihrem Kind Raum gibt, sich selbst in der Welt kennen zu lernen entspricht laut Muir et al. (1999a, 26) einer feinfühlig, verfügbaren und konsequent reaktionsfähigen Mutter, welche eine sichere Bindung ihres Kindes fördern kann. Eine Mutter die nicht fähig ist, ihr Kind auf diese Weisen zu halten wird eher nicht zugänglich, nicht feinfühlig sein und nicht konsequent auf ihr Kind reagieren können.

Containment

Bion (1959 zit. nach Muir et al. 1999a, 27) geht davon aus, dass eine „containende“ (engl. Container dt. Behälter Anm. d. Autorin) Mutter das Verhalten und die Gefühle ihres Kindes akzeptieren kann, während sie ihre eigenen auftretenden Gefühle ebenfalls zuverlässig akzeptiert. Eine containende Mutter denkt über das Verhalten ihres Kindes nach und reagiert dementsprechend auf das Kind emotional und durch ihr Verhalten. Dabei schafft es eine containende Mutter ihrem Kind zu vermitteln, dass sein Verhalten bedeutungsvoll und nicht destruktiv ist. Wenn ihr Kind böse ist, aufgeregt und verletzend, so wird eine containende Mutter sich bewusst sein, dass das Kind dadurch seinen Ärger oder Schmerz zum Ausdruck bringt und dass dieses Verhalten nicht notwendiger Weise einen Angriff auf die Mutter darstellt und ganz sicher keinen, der der Mutter schaden wird. Wenn ihr Kind neugierig ist und sich von ihr wegbewegt, mag die Mutter dies als Zurückweisung empfinden, eine containende Mutter ist jedoch trotzdem in der Lage, ihre Gefühle zu reflektieren und ihr Kind für seine Freude am Abenteuer zu schätzen. Eine containende Mutter sieht das Verhalten ihres Kindes eher als Kommunikation seiner Bedürfnisse und weniger als Kritik an ihr. Laut Bion ist es unwahrscheinlich, dass eine Mutter, die das Verhalten ihres

Kindes gut containen kann, seine Spontaneität behindern wird oder dem Bedürfnis des Kindes nach mütterlicher Nähe nicht nachkommen. Dies beschreibt die optimale Situation.

In klinischen Fällen, so Muir et al. (1999a, 27), zeigen die Symptome des Kindes für gewöhnlich, dass die mütterliche Feinfühligkeit und Verfügbarkeit zusammengebrochen ist. Dies liege an der Unmöglichkeit der Mutter als Container für die Affekte und mentalen Zustände ihres Kindes zu agieren. Die Autoren gehen davon aus, dass die Unfähigkeit zu containen mit den Beziehungsrepräsentationen der Mutter verbunden ist, welche ihr Bild von ihrem Kind und ebenso die Wahrnehmung der kindlichen Affekte und Motive beeinflussen. Dies geschieht unbewusst, ist ein mentaler Prozess und wurde erstmals von Klein (1946 zit. nach Muir et al. 1999a, 27) als Projektive Identifikation beschrieben.

Projektive Identifikation

Klein (1946, 1955/1975 zit. nach Muir 1992, 320), die dieses Konzept entwickelt hat, ist der Ansicht, die „Projektive Identifikation“ bestehe darin, dass zunächst ein Gefühl vom Kleinkind auf die Mutter projiziert wird. Die Mutter identifiziert sich mit diesem Gefühl und projiziert es wiederum auf das Kind, das dann diese Projektion in sich aufnimmt. Die Projektion der Mutter bzw. die Art und Weise wie die Mutter die Äußerung des Kindes versteht und dem Kind dann projiziert ist allerdings maßgeblich beeinflusst von den inneren Beziehungsrepräsentanzen oder verinnerlichten Beziehungssystemen der Mutter. Erfahrungen, die die Mutter mit ihren Bezugspersonen gesammelt hat, beeinflussen die Interaktion zwischen Mutter und Kind, den Ausdruck und die Gefühle der Mutter, wenn sie auf das Kind reagiert. Dies kann Verzerrungen im Erleben von Mutter und Kind auslösen. Die Mutter mag unter diesen Umständen aus dem Bedürfnis ihres Kindes, die Umwelt zu erkunden oder Zugang zur Mutter zu bekommen, negative Motivationen des Kindes ableiten. Sie wird auch bestimmte Fähigkeiten ihres Kindes nicht erkennen und ihm falsche Eigenschaften zuschreiben. Durch das eigene Verhalten der Mutter wird auf unbewusste Weise das erwartete Verhalten beim Kind ausgelöst. Das Kind wird immer mehr dazu gezwungen, sich an die Repräsentationen seiner Mutter anzupassen. Das potentielle Selbst des Kindes wird zugunsten der Repräsentanzen der Mutter aufgegeben, weil das Kind auf seine Mutter angewiesen ist, ihre Pflege und Fürsorge benötigt und fast keine Möglichkeit hat, die Erwartungen seiner Mutter zu verändern. Das Kind hat keine andere Chance als zu entsprechen. Die Signale des Kindes werden missverstanden oder ignoriert, auch wenn die

Mutter versucht, angemessen darauf zu reagieren. Dies führt zu einer wachsenden Not beim Kind, welche von der Mutter als überwältigend, zurückweisend oder furchterregend wahrgenommen wird (Muir et al. 1999a, 28). Mutter und Kind mögen denken, dass dieses Erleben wahr ist. „Das Gefühl der Realität“ ist eine „Begleiterscheinung“ der projektiven Identifikation (Bion 1990, 108-109 zit. nach Hinshelwood 1993, 270).

Muir et al. (1999a, 28) sind der Ansicht, dass die Beziehungsschwierigkeiten, ausgelöst durch die projektive Identifikation, Einfluss auf die Entwicklung der Bindung haben. Da das Kind von der Mutter die Information erhält, dass es so zu sein hat wie die Mutter es wahrnimmt, um existieren zu dürfen (Ogden 1991 zit. nach Muir et al. 1999a, 28) wird die Entwicklung des Selbst des Kindes behindert und es werden auch Trennungsängste im Kind hervorgerufen aufgrund der Angst verlassen zu werden, wenn es nicht entspricht.

Viele der Symptome die in der Praxis zu beobachten sind, so Muir et al. (1999a, 29) stehen in Verbindung mit Trennungsängsten. Bowlby (1975) selbst nannte folgende Symptome als Folge von Trennungen oder drohenden Trennungen: Ess- und Schlafschwierigkeiten, Wutanfälle und Aggression, schlechte Laune, Klammern und Trennungsverweigerungen.

Diese theoretischen Überlegungen sind der Hintergrund der WWW Intervention, sowohl die Ziele, als auch die praktische Arbeit mit den Mutter-Kind-Dyaden werden daraus abgeleitet. Im Folgenden sollen Ziele und Durchführung beschrieben werden.

4.3.4 Ziele

Das oberste Ziel des WWW Programmes ist es, die Mutter zu befähigen, der Initiative ihres Kindes folgen zu können (Cohen et al. 1999, 434). Cohen et al. (2002/2003, 2) erwähnen weitere Kriterien, welche mit der Bindungstheorie übereinstimmen und von der WWW Intervention erfüllt werden. Diese Kriterien lassen sich auch als Ziele formulieren und lauten folgendermaßen: In der WWW Intervention soll dem Kind emotionaler und physischer Zugang zur Mutter gewährleistet werden. Der Fokus soll direkt auf die mütterliche Feinfühligkeit gegenüber dem Verhalten und der emotionalen Signale des Kindes gerichtet sein. Die Mutter soll eine nicht-intrusive Haltung einnehmen können, welche Platz lässt für die Entwicklung und Initiative, Neugier, eigenen Ausdruck und die eigenständige Erkundung der Umwelt des Kindes. In der WWW Intervention soll weitere Raum geschaffen werden, in dem das Kind die Beziehungsprobleme durch Spiel und Interaktion mit der Mutter durcharbeiten kann. Durch den Diskussionsteil soll es der Mutter ermöglicht wer-

den, das Verhalten ihres Kindes zu verstehen und dadurch feinfühlig auf es reagieren zu können (Muir et al. 1999b, 17). Es soll außerdem ein Therapeut zur Verfügung stehen, der als sichere Basis für Mutter und Kind beim Durcharbeiten ihrer Probleme genützt werden kann. Dies alles wird, so Cohen et al. (2002/2003, 2), während der Durchführung sichergestellt. Auf diese soll im Weiteren genauer eingegangen werden.

4.3.5 Durchführung

Zunächst wird jede vorstellige Familie einem Einschätzungsverfahren unterzogen, damit abgeklärt werden kann, welche Intervention indiziert ist. Das Einschätzungsverfahren, das sich über drei und mehr Termine erstrecken kann, dient auch dazu, die bestehenden Probleme auszuformulieren und diese Ausführungen in weiterer Folge als „Therapiefahrplan“ nützen zu können. Die Einschätzung sollte immer den Vater und die Geschwister der Familie einschließen und auch andere Familienmitglieder, die Einfluss auf das bestehende Problem haben oder mögliche Unterstützung gewährleisten könnten (Muir et al. 1999a, 47). Während des Einschätzungsverfahrens werden Familieninterviews, freie Spielepisoden und kindorientierte Spielepisoden durchgeführt, um ein vollständiges Bild der Problematik zu erlangen. In den Spielepisoden ist es für die Therapeuten wichtig, beide Elternteile einzeln in Interaktion beobachten zu können. WWW ist dann indiziert, wenn eindeutig wird, dass das Problem in der Beziehung des Kindes und einem Elternteil besteht, WWW ist nicht indiziert, wenn es bedeutende Konflikte zwischen den Eltern gibt, die Familie gerade mit anderen aufreibenden Einflüssen konfrontiert ist oder ernste psychiatrische Erkrankungen vorliegen. In einigen Fällen können jedoch auch in diesen Fällen Fortschritte durch WWW erzielt werden (Muir et al. 1999a, 58).

Wenn WWW indiziert ist, werden der Familie acht Sitzungen angeboten, mit der Möglichkeit der Verlängerung nach einer neuerlichen Besprechung mit der Familie. Viele Familien benötigen bis zu 20 Sitzungen, um die Therapie abzuschließen. Die Sitzungen finden wöchentlich statt und dauern etwa eine Stunde, wobei 20 bis 30 Minuten Zeit für die kindgeleitete Aktivität sein soll (Muir et al. 1999a, 58; Muir et al. 1999b, 15; Muir 1992, 321).

Der Beratungsraum ist mit einer großen Plastikmatte ausgestattet auf der sich Spielsachen befinden, die immer gleich angeordnet werden. Darunter befinden sich z.B. Babypuppen, Fläschchen, Puppenbetten, Telefone, Bälle usw. Es gibt Spielzeug um etwas zu konstruieren und auch repräsentationale Spielsachen, welche das Kind verwenden kann, um emotionale Themen nachzuspielen, die zentral für seine Symptome sind. Zum Beispiel fühlt sich ein Kind mit Essstörungen oft von den Fütterutensilien wie Löffel und Gabeln angesprochen, während ein Kind mit Schlafproblemen sich eher zu den Puppen und Puppenbetten hingezogen fühlen mag. Am Ende der Matte stehen zwei Stühle für die Mutter und den Therapeuten.

Jede WWW Sitzung besteht aus einem Beobachtungsteil zu Beginn und einem anschließenden Diskussionsteil, die im näheren beschrieben werden sollen.

Der Beobachtungsteil

Jede Sitzung beginnt mit einer Beobachtung. Während dieser Zeit leitet das Kind die Aktivitäten. Die Mutter erhält vom Therapeuten davor bestimmte Instruktionen. Sie soll sich mit ihrem Kind auf den Boden begeben, ihr Kind einfach beobachten, keine eigenen Aktivitäten initiieren und immer den Initiativen des Kindes folgen. Die Mutter wird dazu ermutigt, darauf einzugehen, wenn ihr Kind das Bedürfnis nach Kontaktaufnahme zeigt, ohne jedoch die Aktivität des Kindes zu dirigieren. Sie soll dabei immer bedenken, was ihr Kind gerade zu wollen scheint. Die Mutter wird zu Beginn der Sitzung auch darüber informiert, dass dieser Teil sehr schwierig sein kann, weil Erwachsene für gewöhnlich eigene Ideen davon haben, was passieren sollte. Im Falle der eigenen Unsicherheit, wie gehandelt werden soll, sollte sich die Mutter die Worte „Schau, warte, hinterfrage“ vergegenwärtigen. Der Mutter wird auch mitgeteilt, keine Anweisungen oder Verbote an ihr Kind zu richten. Auch Missfallen an der Aktivität des Kindes soll sie nicht ausdrücken. Der Mutter wird verständlich gemacht, dass alle Aktivitäten des Kindes in der Zeit des Beobachtungsteils in Ordnung seien, solange für die Sicherheit des Kindes gesorgt wird. Der Therapeut sitzt in dieser Zeit an der Seite und teilt die Erfahrungen, stört oder interagiert jedoch nicht, um nichts von der speziellen Zeit für Mutter und Kind wegzunehmen. Auch dies wird der Mutter vorweg erklärt. Die Instruktionen können vor jeder Sitzung wiederholt werden, wenn die Mutter danach fragt oder wenn der Therapeut es für sinnvoll erachtet, dass die Mutter sie noch einmal hören sollte (Muir et al. 1999a, 60f.; Muir et al. 1999b, 15).

Während des Beobachtungsteils übernimmt der Therapeut die Rolle einer haltenden Mutter für die Mutter-Kind-Dyade, die den Prozess der gemeinsamen Interaktion beobachtet, präsent ist, aber nicht stört. Der Therapeut zeigt Interesse an der Mutter-Kind-Interaktion und am inneren Erleben der Mutter-Kind-Dyade. Er selbst „schaut, wartet und hinterfragt“ und zeigt somit die gleiche Haltung, die in der Mutter erzeugt werden soll (Cohen et al. 2002/2003, 2). Wenn das Kind Kontakt zum Therapeuten aufnimmt, zeigt er durch ein kurzes Lächeln seine Anteilnahme, soll dann aber durch einen Blick zur Mutter die Aufmerksamkeit des Kindes wieder auf diese lenken. Der Fokus des Therapeuten, obgleich er Übertragungsgefühle hat, liegt immer auf der Mutter-Kind-Interaktion und darauf, die Mutter in ihren Fähigkeiten, zu schauen, zu warten und über ihr Kind zu staunen und sein Verhalten zu hinterfragen zu unterstützen (Muir et al. 1999a, 63f.).

Die Umsetzung der Instruktionen fällt bei den Müttern sehr unterschiedlich aus. Manche glauben, sie müssten passiv abseits sitzen und dürfen nicht sprechen. Einige wenige Mütter, für gewöhnlich jene, die im freien Spiel sehr intrusiv agieren, sitzen so weit weg von ihrem Kind, sodass es scheint, als absentierten sie sich. Manche verstehen die Instruktionen überhaupt nicht und leiten nach wie vor die Aktivität des Kindes an.

Welche Schwierigkeiten die Mütter auch immer haben mögen, der Therapeut, so empfehlen die WWW Autoren, muss diesen Prozess zulassen, so schwer es ihm auch fallen möge. Die Mutter muss nämlich im anschließenden Diskussionsteil darin unterstützt werden, ihre Schwierigkeiten zu erkennen. Außerdem würde jegliches Eingreifen des Therapeuten die in der Mutter zu veranlassende Haltung, zu schauen, zu warten und sich zu fragen gefährden, weil sie es nicht an sich selbst, sondern durch den Therapeuten erfahren würde (Muir et al. 1999a, 64).

Oben Beschriebenes wird von den Autoren des WWW Programmes als Richtlinien behandelt, die nicht unter allen Umständen eingehalten werden können. Wenn die Mutter z.B. Fragen während des Prozesses besonders in den ersten Sitzungen stellt, das Kind schreit oder hinaus möchte, das Kind einschläft und während der gesamten Sitzung schläft, so wird es am Therapeuten und seinem Ermessen liegen auf diese Situationen einzugehen (Muir et al. 1999a, 64).

Die kindgeleitete Aktivität lässt sich gut abschließen, wenn der Therapeut merkt, dass das Kind müde wird, was naturgemäß nach einiger Zeit (nach 20 bis 30 Minuten) des freien Spiels der Fall ist. Wenn Müdigkeitserscheinungen beim Kind bemerkt werden, soll der

Therapeut den Diskussionsteil mit der Mutter einleiten. Bei besonders intrusiven Müttern kann der Therapeut die kindgeleitete Aktivität schon nach weniger als 20 Minuten abschließen, während er Kindern, die lange brauchen, um ihre Umgebung zu explorieren bis zu 40 Minuten für die kindgeleitete Aktivität geben kann (Muir et al. 1999a, 65). Nach dem Beobachtungsteil bzw. der vom Kind geleiteten Aktivität folgt der Diskussionsteil.

Diskussionsteil

Der Diskussionsteil wird von der Mutter geleitet (Muir et al. 1999b, 16). Während dieser Zeit hat die Mutter die Gelegenheit, über ihre Beobachtungen während der kindgeleiteten Aktivität und ihr eigenes Erleben und die Erfahrungen in der Situation, dem Kind die Führung zu überlassen, zu sprechen (Muir et al. 1999a, 65). Es ist nach Muir et al. (1999a, 66) essentiell, die Mutter zunächst über ihre Beobachtungen nachdenken und sie erzählen zu lassen, was sie gesehen hat (eingeleitet etwa durch die Frage: Ich frage mich, was Sie heute während der Beobachtung ihres Kindes gesehen/bemerkt haben) und ihr dafür soviel Zeit wie nötig einzuräumen, bevor sie ihre Gedanken und Gefühle in den verschiedenen Situationen exploriert und erläutert.

Während des Diskussionsteils gibt der Therapeut keine Instruktionen, keinen Rat und interpretiert auch das Verhalten des Kindes nicht, auch wenn die Mutter dies wünscht. Stattdessen wird ein unterstützender Rahmen geschaffen, eine sichere Basis, von der aus die Mutter selbständig zu einer kompetenten Beobachterin ihres Kindes werden kann (Muir et al. 1999a, 66; Cohen et al. 1999, 434). Der Therapeut folgt in der Diskussion den Impulsen der Mutter und lässt sich von ihr leiten, dabei soll er laut den Autoren nicht intervenieren oder auf Gegenübertragungsgefühle eingehen, sondern schmerzhaft Gefühle und Gedanken der Mutter containen (Muir et al. 1999b, 17; Muir et al. 1999a, 66; Cohen et al. 1999, 434).

Im Diskussionsteil diskutieren Mutter und Therapeut die Beobachtungen der Mutter über die Aktivität ihres Kindes und versuchen Beziehungsthemen zu verstehen, die das Kind zu meistern versucht. Dabei konzentrieren sie sich auf die unabwendbaren Probleme der Mutter, die entstehen, wenn sie den Bedürfnissen ihres Kindes nicht folgen kann (Cohen et al. 1999, 434). In der kindlichen Aktivität werden meist die Probleme zwischen Mutter und Kind sichtbar und somit erwachen auch frühe schmerzliche Erlebnisse der Mutter, die sich in den Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen beiden neu manifestieren. Deshalb ist es notwendig, dass die Mutter, bevor sie ihr Kind als eigenständiges Individuum mit eige-

nem inneren Erleben sehen kann, ihre eigenen Reaktionen und Gefühle und die Auswirkungen dieser auf die Interaktion mit ihrem Kind verstehen lernt (Muir et al. 1999b, 16). In der Diskussion ist es deshalb auch möglich, intergenerationale Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion zu behandeln, wenngleich dies nicht notwendig für die erfolgreiche Intervention ist, so die Autoren (Cohen et al. 1999, 434; Cohen et al. 2002/2003, 2). Insgesamt soll die Mutter verstehen lernen, was die Motive hinter dem Verhalten ihres Kindes sind und darüber hinaus feinfühlig auf dieses zu reagieren, sodass sie ihrem Kind empathisch und wirksam entgegen treten kann (Muir et al. 1999b, 17).

4.3.6 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes

In der Literatur konnte eine Forschungsstudie ausgemacht werden, die verschiedene Effekte des WWW Programmes an teilnehmenden Mutter-Kind-Dyaden untersuchte. Die Forschungsergebnisse werden in zwei Artikeln behandelt und stammen von Cohen et al. (1999, 2002). Dafür wurden 67 zehn bis 30 Monate alte Kleinkinder und deren Mütter über fünf Monate lang wöchentlich durch ein Interventionsprogramm geführt und vor der Behandlung, am Ende der Behandlung und sechs Monate danach untersucht.

Die teilnehmenden Mütter besuchten das Hincks-Dellcrest Centre for Children's Mental Health, welches Teil des regionalen Netzwerkes für seelische Gesundheit im Kindesalter ist. Die Eltern wurden entweder selbständig vorstellig oder kamen auf Empfehlung verschiedener Professionalisten. Die Schwierigkeiten der Familien waren einerseits Fütter-, Schlaf und Verhaltensregulationsprobleme der Kinder, andererseits stellten sich Mütter vor, die Depressionen hatten oder Gefühle, etwas könnte mit der Bindung an ihr Kind nicht stimmen (Cohen et al. 1999, 436).

Aus ethischen Gründen entschied sich das Forschungsteam nicht für eine Kontrollgruppe ohne Intervention, sondern für eine Kontrollgruppe, die eine ähnliche Intervention erhielt, nämlich PPT (Psychodynamic Psychotherapy). Die hilfeschuchenden Eltern sollten nicht auf Unterstützung warten müssen. WWW und PPT ähneln sich in ihrer psychodynamischen Ausrichtung (Cohen et al. 1999, 436).

Die PPT Mutter-Kind-Dyaden wurden nach Fraibergs Konzept behandelt (Fraiberg et al. 1987; Lieberman, 1992 zit. nach Cohen et al. 1999, 435). Dabei wird in den Sitzungen

psychotherapeutischer Gebrauch von der Mutter-Kind-Interaktion gemacht. Typischerweise verliefen die PPT Sitzungen so, dass Diskussionen zwischen Mutter und Therapeut geführt wurden. Die Sitzungen wurden nicht in zwei Teile aufgeteilt. Der Raum wurde mit den gleichen Dingen ausgestattet wie es für WWW üblich ist. Anders als in WWW Sitzungen wurde das Setting flexibler gehandhabt. Je nach Bedarf wurde zusätzlich zu den Mutter-Kind-Sitzungen die gesamte Familie inkludiert oder nur die Eltern oder die Mutter alleine betreut. In den PPT Sitzungen wurden keine Instruktionen wie beim WWW Prozedere gegeben. Die Mutter und das Kind wurden vom Therapeuten lediglich eingeladen, zu spielen und die Mutter zu erzählen. Der Mutter wurde gesagt, dass sie über alles sprechen könnte, aber dass sie und der Therapeut auch versuchen würden, die Aktivität des Kindes im Auge zu behalten. Der Therapeut erklärte den Müttern auch, dass er selbst keine primäre Rolle im Spiel mit dem Kind einnehmen würde, aber die Mutter dabei unterstützt, bei ihrem Kind zu sein. So wie auch in anderen Formen psychodynamischer Psychotherapie wurde von Übertragung, Wiederholung der Vergangenheit, Affekterleben und Interpretation Gebrauch gemacht.

Die Unterteilung in WWW und PPT Interventionsgruppen wurde nach keinen bestimmten Kriterien vorgenommen. Die Gruppen waren ähnlich in Kindesalter, Familieneinkommen und mütterlichem Bildungsgrad (Cohen et al. 1999, 437).

Untersucht wurden zu drei Terminen der Bindungsstatus des Kindes, die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung, die mütterliche Wahrnehmung der Belastung durch die Elternschaft, elterliche Kompetenz und Befriedigung, Depression, kindliche Kognition und Emotionsregulation beim Kind (Cohen et al. 1999, 429).

An dieser Stelle sollen die für diese Arbeit bedeutenden Erkenntnisse erläutert werden. Diese stehen in unmittelbarer Verbindung zur Bindungstheorie und sind in diesem Fall Erkenntnisse zur Bindungsqualität des Kindes und zur mütterlichen Feinfühligkeit, die sich in der Mutter-Kind-Interaktion zeigt. Im Folgenden wird zunächst auf die Ergebnisse eingegangen, die widerspiegeln inwiefern sich die Bindung der Kinder von vor den Interventionen bis unmittelbar nach den Interventionen veränderte.

Vorab ist anzumerken, dass von den 67 Mutter-Kind-Dyaden, die die Behandlungen starteten sechs vorzeitig ausstiegen. Drei Dyaden taten dies aufgrund von Lebensereignissen wie Umzügen und drei aufgrund ambivalenter Gefühle gegenüber der Behandlung. Diese Mutter-Kind-Paare wurden in den Analysen nicht berücksichtigt (Cohen et al. 1999, 438).

Für die Untersuchung des Bindungsstatus des Kindes wurden Fremde Situation Tests mit Müttern und Kindern durchgeführt. Die Kinder wurden standardgetreu vier Kategorien zugeordnet, sicher gebunden, unsicher vermeidend gebunden, unsicher ambivalent gebunden und desorganisiert gebunden (A, B, C, D) (Cohen et al. 1999, 438).

Für die Analyse der Mutter-Kind-Interaktion wurde die Chatoor Spiel-Skala (Chatoor, 1986; Chatoor, Menville, Getson, O'Donnel, 1988 zit. nach Cohen et al. 1999, 438) verwendet. Hierbei wurden zehn Minuten von auf Video aufgezeichnetem, freiem Spiel zwischen Mutter und Kind ausgewertet. Spielsachen wurden dafür vorbereitet und den Müttern wurde gesagt, dass sie mit ihren Kindern spielen sollen wie sie es zuhause tun würden. Vier Dimensionen wurden von den Auswertungsexperten betrachtet, dyadische Wechselwirkung, dyadischer Konflikt, mütterliche Intrusivität und mütterliche Unansprechbarkeit. Die Erkenntnisse der Auswertungen zur Mutter-Kind-Interaktion sind hier bedeutend, um Auswirkungen des WWW auf die Feinfühligkeit der Mutter erkennen zu können. Die Ausprägung der mütterlichen Feinfühligkeit wurde von den Wissenschaftern aus den Auswertungen zu den Dimensionen mütterliche Ansprechbarkeit, Intrusivität und dyadische Wechselwirkung geschlussfolgert (Cohen et al. 1999, 445).

Vor den Interventionen war die Verteilung der Bindungsqualitäten in den beiden Interventionsgruppen ähnlich. Die meisten Kinder waren unsicher (38%, A oder C) oder desorganisiert (39%, D) gebunden. Die verbleibenden Kinder waren sicher gebunden (22%, B). In der WWW Gruppe wurden nach der Intervention Befunde von 34 Kindern ausgewertet, in der PPT Gruppe wurde die Bindungsentwicklung von 32 Kindern untersucht.

Um die Veränderungen der Bindungsqualitäten zu prüfen wurden die Kategorien A und C zusammengefasst, weil es kaum unsicher vermeidend gebundene Kinder gab (0 in der WWW Gruppe und 2 in der PPT Gruppe). Nach der Intervention waren sieben Kinder (20,6%) aus der WWW Gruppe, die vorher unsicher gebunden waren, sicher gebunden. In der PPT Gruppe, veränderte nur ein unsicher gebundenes Kind (3%) seinen Bindungsstatus zu sicher gebunden.

Getestet wurde auch, inwiefern desorganisiert gebundene Kinder ihre Bindungsqualitäten hin zu organisierten Qualitäten (A oder C) verändern konnten. Von den ursprünglich desorganisiert gebundenen Kindern waren nach der WWW Intervention fünf Kinder (14,7%) organisiert gebunden (A oder C), während von der PPT Gruppe drei Kinder (9,4%), die davor desorganisiert gebunden waren, nach der Intervention den Kategorien A oder C zu-

geordnet werden konnten. Es kann also festgehalten werden, dass Kinder aus der WWW Gruppe nach der Intervention eher zu sicher bzw. organisiert an ihre Mutter gebundenen Kindern wurden als diejenigen aus der PPT Gruppe (WWW: 35, 2%; PPT: 12,5%). Fast die Hälfte der Kinder in beiden Interventionsgruppen veränderte sich nicht in ihren Bindungsqualitäten (WWW: 50%; PPT: 59,4%) und einige wenige Kinder wechselten von sicheren Bindungsmustern zu unsicheren (WWW: vier Kinder, 11,4%; PPT: sechs Kinder, 18,7%) bzw. von unsicheren Bindungsmustern zum desorganisierten Status (WWW: ein Kind, 2,9%; PPT: drei Kinder, 9,4%) (Cohen et al. 1999, 441f.).

Hinsichtlich der Mutter-Kind-Interaktion konnte festgestellt werden, dass Mütter und Kinder beider Gruppen gegen Ende der Behandlungen bessere Wechselseitigkeit und weniger Konflikte im gemeinsamen Spiel aufwiesen, als vor dem Beginn der Interventionen. Die Mütter handelten auch signifikant weniger intrusiv. Allerdings konnten keine Veränderungen in der Kategorie Unansprechbarkeit ausgemacht werden. Es gab keine differentiellen Effekte der beiden Behandlungen (Cohen et al. 1999, 442). Die Autoren der Studie sind der Meinung, dass dies interessant sei, weil die WWW Therapie eindeutig bessere Ergebnisse bezüglich der Bindungsentwicklung der Kinder erziele, aber kein differentieller Effekt der Behandlungen bei der mütterlichen Feinfühligkeit, die aus den oben genannten Kriterien abgeleitet werden kann, ausgemacht werden konnte. Dies war unerwartet, weil ein Zusammenhang von mütterlicher Feinfühligkeit und positiver Bindungsentwicklung der Kinder vermutet wurde. Ebenso waren die mütterlichen Einschätzungen der therapeutischen Beziehung in beiden Interventionsgruppen ähnlich positiv. Also musste auch das Kriterium der therapeutischen Beziehung als Vermittler für die besseren Ergebnisse des WWW Programmes ausgeschlossen werden (Cohen et al. 1999, 445).

Weiters konnte in der ersten Studie über die Wirksamkeit der WWW Therapie herausgearbeitet werden, dass die Kinder der WWW Gruppe zu Ende der Therapien besser ihre Emotionen regulieren konnten, gleichzeitig verbesserten sich ihre kognitiven Fähigkeiten eher als die der Kinder in der PPT Gruppe. Beide Therapien hatten gegen Ende der Interventionen einige Resultate gemeinsam. Beide Therapien halfen die Symptome der Kinder zu reduzieren, die Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern und elterlichen Stress in der Erziehung zu reduzieren (Cohen et al 1999, 445).

Sechs Monate nach Ende der Interventionen wurde eine Folgestudie unternommen, um zu sehen, ob die positiveren Ergebnisse der WWW Gruppe bestehen blieben, ob der traditionelle PPT Zugang ähnliche oder sogar bessere Resultate zu einem späteren Zeitpunkt bei den Müttern und Kindern bewirkte und ob andere Ergebnisse erst mit der Zeit sichtbar wurden (Cohen et al. 1999, 448; Cohen et al. 2002, 365).

Die Bindungsqualität wurde wieder mittels Fremde Situation Tests gemessen (Cohen et al. 2002, 369). In beiden Gruppen wurden 25 Kinder untersucht. Einige Eltern nahmen die vereinbarten Termine trotz mehrmaliger Erinnerungen des Forschungsteams nicht wahr (Cohen et al. 2002, 367). In der Folgestudie wurden die Kinder gezählt, die positive Bindungsentwicklungen beibehielten bzw. in der Zeit vom Ende der Behandlung bis sechs Monate danach zu einem sicheren oder organisierten Bindungsstatus wechselten. In der WWW Gruppe waren das acht Kinder (32%) und in der PPT Gruppe waren es neun Kinder (36%).

In der Mutter-Kind-Interaktion konnten sechs Monate nach Ende der Interventionen weitere Fortschritte in beiden Gruppen in Bezug auf dyadische Wechselseitigkeit und ein weiterer Rückgang mütterlicher Intrusivität verzeichnet werden. Die Daten zur mütterlichen Unansprechbarkeit und zum Mutter-Kind-Konflikt im gemeinsamen Spiel veränderten sich nicht von der Untersuchung am Ende der Behandlungen bis zur Folgestudie sechs Monate danach (Cohen et al. 2002, 374).

Auch die Symptomatik der Kinder verbesserte sich weiterhin, nach dem Ende der Behandlungen in beiden Gruppen. Während bei der Untersuchung am Ende der Behandlungen die mütterlichen Depressionen in der WWW Gruppe mehr Rückgang erfuhren als in der PPT Gruppe, erreichten bei der Folgeuntersuchung auch Mütter der PPT Gruppe diese Ziele. Ebenso verhielt es sich mit gesteigerter Kognition und Emotionsregulation der Kinder. Letztlich waren die Resultate über die Wirksamkeit der beiden Therapieformen ähnlich. Vorteilhafte Ergebnisse des WWW Programmes konnten nach sechs Monaten lediglich im besseren Umgang der Mütter mit dem Verhalten ihrer Kinder, das sie in die Klinik gebracht hatte, festgestellt werden und in ihrer Beurteilung ihres elterlichen Stresses generell (Cohen et al. 2002, 374, 376).

4.4 Minding the Baby

Minding the Baby ist ein präventives, beziehungsorientiertes Interventionsprogramm, das für schwangere Frauen aus Hochrisikofamilien entwickelt wurde (Slade 2006, 653). Das Hauptaugenmerk des Interventionsprogrammes wurde sowohl in seiner theoretischen Ausrichtung, als auch in der praktischen Durchführung auf die elterliche Mentalisierungs- bzw. Reflexionsfähigkeit gelegt (Slade et al. 2005, 154). Diese wurde bereits im Kapitel 2.5.3 als Einflussfaktor auf die kindliche Bindungsentwicklung erwähnt. Die elterliche Reflexionsfähigkeit ist mittlerweile Bestandteil der weiterentwickelten Bindungstheorie und –forschung. Daher wurde dieses Programm für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Im Folgenden sollen Entstehungskontext, Zielgruppe, theoretische Implikationen sowie die praktische Durchführung des Programmes und seine Wirksamkeit erläutert werden. In diesem Falle erweist es sich als sinnvoll, Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe in einem Unterpunkt zusammenzufassen, da diese beiden Kategorien unweigerlich miteinander verbunden sind.

4.4.1 Entstehungskontext, Verwendungskontext und Zielgruppe

Minding the Baby wurde 2002 durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Yale Child Study Center und der Yale University School of Nursing entwickelt (Slade et al. 2005, 77). Das Programm wurde für junge Frauen und deren Familien in einem Innenstadviertel in New Haven, Connecticut entworfen (Slade 2006, 652f.). Während nach Slade (2006) auch ein Interventionsprogramm für Familien ohne besonderes Risiko namens „Parents First“ entwickelt wurde, schien es für die Wissenschaftler angebracht, ein von den gleichen Prinzipien getragenes Programm für Hochrisikofamilien zu entwerfen. Die Autoren sprechen von hohem Risiko als Resultat von chronischer Armut, sozialer Benachteiligung und Familienauflösungen. Diese Faktoren seien mit verschiedenen Traumata, Kindesaussetzung und ernsthaften Psychopathologien verbunden. Dies bedeute, so Slade (2006, 653), dass werdende Mütter aus diesen Familien enormen Herausforderungen ausgesetzt sind und es für sie schwierig ist, für ihre Kinder sichere Umgebungen zu schaffen. Die Minding the Baby Wissenschaftler kamen zu dem Entschluss, das Parents First Programm maßgeblich zu erweitern, um den Hochrisikofamilien gerecht zu werden. Die Intensität der Versorgung sollte erhöht werden, deshalb entschieden sich Slade (2006) und

ihre Mitarbeiter für Hausbesuche als Variante, um den Müttern eine optimale Betreuung zu ermöglichen.

Bei der Konzeptionierung von Minding the Baby wurde zu zwei gut beforschten Interventionsmöglichkeiten in den USA recherchiert, die mit Hausbesuchen arbeiten, eines ist NFP (nurse-family-partnership, Pädiatrische Pflege-Familien-Partnerschaft) und das andere ist ein Modell mit Hausbesuchen, bei dem die Arbeit an der seelischen Gesundheit im Vordergrund steht (mental health home visiting model). Die Wissenschaftler weisen darauf hin, dass beide Interventionsmodelle davon ausgehen, dass die sich entwickelnde Beziehung zwischen dem Hausbesucher und der Mutter einen besonders wichtigen Stellenwert bei der Veränderung der Gesamtsituation einnimmt (Slade et al. 2005, 156). Bei den Recherchen hielten sich die Autoren vornehmlich an die von Olds et al. (zit. nach Slade et al. 2005, 157) entwickelte NFP und das von Fraiberg (1980 zit. nach Slade et al. 2005, 157) entwickelte Modell, das an die seelische Gesundheit der Familien gerichtet ist. Zusammenfassend konnten Slade et al. feststellen, dass die Interventionen durch pädiatrisch ausgebildete Pfleger nicht ausreichend dazu ausgestattet waren, bedeutende mentale Schwierigkeiten von Hochrisiko-Säuglingen und ihren Familien zu verändern. Andererseits ging hervor, dass die Modelle, die die seelische Gesundheit fördern sollen, sehr effektiv Beziehungen innerhalb der Familie verändern können und verschiedene Aspekte von Bindung und Erziehung positiv beeinflussen. Jedoch können diese Interventionsmodelle keinen ausreichenden Schutz vor negativen, gesundheitlichen Auswirkungen und Lebensläufen bieten. Aus diesen Gründen erachteten es Slade und ihre Mitarbeiter für sinnvoll, ein Modell zu entwickeln, das beide Zugänge, die Intervention durch pädiatrisch ausgebildete Pfleger und jene durch therapeutisch ausgebildete Sozialarbeiter, in einem organisierten und flexiblen Interventionszugang zusammenzuführen (Slade et al. 2005, 158).

Zusätzlich zu dem integrierenden Ansatz der Wissenschaftler, sollte ihr Interventionsprogramm von Beginn an in das Angebot eines öffentlichen Gesundheitszentrums eingebettet werden, um für die Familien den größtmöglichen Nutzen zu erzielen (Slade 2006, 653).

Angewendet wird das MTB Interventionsprogramm gegenwärtig von der NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children). Die Charity Organisation bietet in Zusammenarbeit mit örtlichen Gesundheitszentren seit November 2011 erstmalig schwangeren Frauen unter 25 Jahren, die zusätzlichen Belastungen wie Armut, Obdachlosigkeit oder Depressionen ausgesetzt sind, das Programm an. Über einen Zeitraum von fünf Jahren

sollen 320 Familien in vier Gebieten Großbritanniens erreicht werden (http://www.nspcc.org.uk/Inform/resourcesforprofessionals/underones/minding_the_baby_wda85606.html, am 20.6.2012).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass MTB ein in ein bestehendes örtliches Gesundheitssystem eingegliedertes Interventionsprogramm sein soll, das für Hochrisikofamilien entwickelt wurde. Die Familien werden von zwei verschiedenen Professionisten betreut, die eine Beziehung zur Familie aufbauen sollen, durch die letztlich Veränderung geschehen kann. Zielgruppe sind Schwangere ab dem zweiten Trimester bis zum zweiten Geburtstag des Kindes (Slade 2006, 653). Das Programm bedient sich eines speziellen theoretischen Konzepts, das für die praktische Durchführung maßgeblich ist, die Reflexionsfähigkeit der Eltern bzw. der Mutter. Diese soll nun im Rahmen des nächsten Kapitels erörtert werden.

4.4.2 Theoretische Implikationen

MTB basiert laut Slade et al. (2005, 154) auf wesentlichen Erkenntnissen der Bindungstheorie und der Sozialökologietheorie. Die Annahme, dass die ersten Bindungsbeziehungen eines Kindes die weitere gesundheitliche, soziale, interpersonelle und kognitive Entwicklung maßgeblich beeinflussen, bildet eine Säule des Programmes (Carlson, Sroufe, 1995 zit. nach Slade et al. 2005, 154). Die zweite grundlegende Erkenntnis, worauf MTB aufbaut, besagt, dass diese Bindungsbeziehungen innerhalb eines komplexen Kontextes von sozialen, biologischen und umweltbedingten Faktoren entstehen (Saner, Fiese 2000 zit. nach Slade et al. 2005, 154). Deshalb erachten es Slade et al. (2005) für notwendig, dass die Förderung früher Bindungsbeziehungen nur auf einer Veränderung beider Ebenen geschehen kann. Damit sind individuelle Veränderungen und Veränderungen verschiedener Beziehungen innerhalb der Familie und weiteren sozialen Kontexten gemeint.

Während die Basis des MTB Programmes von oben genannten Annahmen getragen wird, bilden den Kern des Programmes neuere Erkenntnisse der Bindungstheorie. Slade et al. (2005) halten sich besonders an die Arbeiten von Fonagy et al. (2004), die die Reflexionsfähigkeit der Eltern als maßgeblichen Einflussfaktor für die kindliche Bindungsentwicklung erachten. Slade et al. zielen mit ihrem Programm darauf ab, eine Reihe von sozial-

emotionalen, gesundheitlichen und Bindungsproblemen zu beheben. Dies beabsichtigen sie, indem sie die mütterliche Reflexionsfähigkeit speziell fördern. Im nächsten Abschnitt soll deshalb das Konstrukt der Reflexionsfähigkeit bzw. Mentalisierungsfähigkeit noch einmal kurz erklärt werden (in Kapitel 2.4.1.2 und 2.5.3 wurde bereits dazu geschrieben) und wesentliche Erkenntnisse, die damit zusammenhängen, erörtert werden.

Reflexionsfähigkeit

In den letzten 15 Jahren entwickelten Fonagy et al. (2004) die Theorie der Reflexionsfähigkeit bzw. Mentalisierungsfähigkeit. Damit ist die Fähigkeit gemeint, menschliches Verhalten, eigenes und das von anderen, als Folge seelischer Zustände und verschiedener Intentionen zu verstehen. Im Kontext der Eltern-Kind-Bindung versteht man unter der Reflexionsfähigkeit der Mutter ihre Fähigkeit, sowohl dem Verhalten ihres Kindes einen Sinn zu geben, indem sie ihm Gefühle, Gedanken und Intentionen zuschreibt, als auch ihr eigenes Verhalten in einem mentalen Licht zu sehen. Das Kind muss als eigenständig fühlender und denkender Mensch gesehen werden (Fonagy et al. 2004; Slade 2002 zit. nach Slade et al. 2005, 154). Fonagy und seine Kollegen gehen davon aus, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter es ermöglicht zu erkennen, wenn ihr Baby aufgeregt ist oder andere affektive Erfahrungen macht und sie diese Zustände dadurch auch regulieren kann. Die Voraussetzung dafür sei aber, dass die Mutter ihre eigenen und inneren affektiven Erfahrungen tolerieren und regulieren kann. Dies sei der Schlüssel zur mütterlichen Feinfühligkeit. Insofern ermöglicht die Mentalisierungsfähigkeit auch die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung.

Die mütterliche Reflexionsfunktion ermöglicht auch positiv gefärbte, kohärente und flexible Repräsentationen über das Kind (Slade in press, zit. nach Slade et al. 2005, 154). Weiters spielt sie eine große Rolle in der transgenerationalen Weitergabe von Bindung. So konnten Fonagy et al. (1998b, 2004) herausfinden, dass die mütterliche Reflexionsfunktion mit der mütterlichen Bindungsrepräsentation zusammenhängt, mit der Bindungsqualität ihres Kindes und mit der Fähigkeit ihres Kindes, über die Wünsche und Überzeugungen anderer nachzudenken. Außerdem konnte von Fonagy und seinen Kollegen nachgewiesen werden, dass die Reflexionsfunktion Erwachsene vor den Auswirkungen früher Traumata schützt.

In anderen Studien konnte Ähnliches bestätigt werden. So bewiesen Grienberger, Slade und Kelly und Slade et al. (in press zit. nach Slade et al. 2005) auch, dass eine Beziehung

zwischen der Reflexionsfunktion der Mutter und ihrer Bindungsrepräsentation, eine Verbindung der mütterlichen Reflexionsfunktion zur kindlichen Bindungsqualität und auch zu unterbrochener affektiver Kommunikation in der Dyade bestehen. In diesen Studien stellte sich die mütterliche Reflexionsfunktion auch als vermittelnde Kraft zwischen der Bindungsrepräsentation der Mutter und der Bindungsqualität des Kindes heraus, ebenso konnte sie als Vermittler zwischen atypischem mütterlichem Verhalten und der Bindungsqualität des Kindes herausgearbeitet werden.

Insgesamt lässt die Forschung darauf schließen, dass es Müttern durch die Reflexionsfunktion möglich wird, die inneren Zustände ihrer Kinder genau wahrzunehmen und feinfühlig darauf zu reagieren. Tatsächlich weist alles darauf hin, als seien die Repräsentationen der Mutter über ihr Kind und auch ihr Pflegeverhalten Manifestationen von oder Stellvertreter für die zugrundeliegende Reflexionsfähigkeit. Aus dieser Erkenntnis leiten Slade et al. (2005, 155) und Slade (2006, 642) ab, dass Interventionen, die darauf abzielen, das Verhalten der Mutter bzw. ihre Repräsentationen über ihr Kind zu verändern, auch die mütterliche Mentalisierungsfähigkeit unterstützen. Aus diesem Grund finden es die Autoren sinnvoll in einer Intervention, die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter direkt zu fokussieren und sie zu fördern.

Da MTB Hochrisikofamilien als Zielgruppe hat, war auch die Erkenntnis Fonagys et al. (2004), dass die Mentalisierungsfähigkeit die Auswirkungen früher Traumen auf die psychische Gesundheit Erwachsener in Form von psychiatrischen Krankheiten mindert, maßgeblich für die Entwicklung des Interventionsprogrammes. Diese Hochrisikomütter erfahren nämlich typischerweise wenige, wenn überhaupt, Gefühle von Sicherheit und Komfort mit ihren primären Pflegepersonen. Stattdessen erlitten sie chronische Traumen, Verluste und Vernachlässigung. Dadurch konnten viele von ihnen keine entsprechend schützenden Mentalisierungsfähigkeiten entwickeln und erlebten dysregulierte und unterbrochene Entwicklungsverläufe. Insofern haben diese Mütter große Schwierigkeiten, ihre eigenen Bedürfnisse und die ihrer Kinder zu regulieren und sind oft überwältigt von den physischen und emotionalen Ansprüchen ihrer Elternschaft. Diese Tatsachen machen es für Slade und ihre Kollegen noch wichtiger, speziell in der Hochrisikopopulation die Mentalisierungsfähigkeit zu fördern.

Slade (2006, 648) bezeichnet das Programm MTB als psychoanalytisch orientiert. Dabei geht sie davon aus, dass Projektionen und projektive Identifikationen der Eltern (siehe da-

zu Kapitel 4.3.3) sehr ungünstig für die Entwicklung des Kindes sind, weil sie auch die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind als eigenständigen, von ihr getrennten, fühlenden und denkenden Menschen zu sehen, also ihre Mentalisierungsfähigkeit, beeinträchtigen. Durch die in MTB vollzogene klinische Arbeit mit den Eltern soll angestrebt werden, dass diese ihre eigenen seelischen Zustände und die ihres Kindes annehmen können. Die langsame Entwicklung der Fähigkeit, über innere Erfahrungen nachzudenken führe, laut Slade, dazu, dass Abwehrmechanismen, spezifische Projektionen und projektive Identifikationen, Dissoziationen, Verleugnung und Verweigerung abnehmen. Gleichzeitig würden die Ich-Funktionen und Abwehrmechanismen auf einen höheren Level gebracht und dadurch entstünden realitätsnähere Objektrepräsentationen und bessere Objektbezüge. Diese Veränderungen seien eindeutig als psychoanalytisches Ergebnisse zu verstehen.

Minding the Baby ist also ein psychoanalytisches Interventionsprogramm, dessen theoretischer Kern das Konzept der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit bildet. In der Praxis soll demnach diese Mentalisierungsfähigkeit besonders gefördert und verbessert werden. Welche weiteren bzw. untergeordneten Ziele sich dabei ergeben, soll im nächsten Kapitel erläutert werden.

4.4.3 Ziele

Das übergeordnete Ziel des Interventionsprogrammes MTB liegt, wie schon oben erwähnt, in der Förderung der elterlichen bzw. der mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit. Die Eltern bzw. die Mütter sollen lernen, ihr Kind als eigenständigen, von ihnen bzw. ihr getrennten Menschen mit eigenem seelischen Erleben, eigenen Gedanken und Gefühlen wahrzunehmen. Sie sollen lernen, reflexiv zu denken (Slade 2006, 642). Es lassen sich allerdings Teilziele aus einem Artikel von Slade (2006, 642-648) und Sadler et al. (2006, 279-283) ableiten, die im Dienst der Mentalisierungsfähigkeitsförderung stehen und an dieser Stelle herausgearbeitet werden sollen. Sie gelten laut Slade nicht ausschließlich für MTB, sondern auch für andere an der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit orientierte Interventionsprogramme.

Die Tatsachen, dass die Reflexionsfunktion in einem Kontinuum von sehr niedrig bis sehr hoch angesiedelt sein kann und die Klienten oft über eine sehr niedrige Kompetenz verfügen, machen es nach Slade notwendig, in kleinen Schritten vorzugehen. Eltern, die kaum fähig sind, seelische Zustände bei ihnen und ihren Kindern überhaupt zu bemerken, sollen

zunächst dazu befähigt werden, einfache innere Erfahrungen wahrzunehmen und auszuhalten. Später sollen sie dabei unterstützt werden, sich vorzustellen, welchen Einfluss diese seelischen Zustände auf das Verhalten und andere innere Erfahrungen haben könnten. Erst wenn diese Schritte getan sind, kann die Vorstellung der Eltern gefördert werden, dass die inneren Erlebniswelten mehrerer Personen in einer dynamischen Beziehung zueinander stehen. Slade und ihre Kollegen bemerken immer wieder, dass es für Eltern relativ leicht ist, über die Erfahrungen ihres Kindes zu sprechen, während „richtiges“ Mentalisieren, nämlich mentale Zustände in sich selbst und den anderen zu erkennen ein schwieriges Unterfangen darstellt. Im MTB Programm soll immer nur an dem Level gearbeitet werden, das die Eltern bewältigen können und das nicht bedrohlich für sie ist.

Das übergeordnete Ziel von MTB ist es, eine reflexive Sichtweise bei den Eltern anzuregen.

Dies soll gelingen, indem die Therapeuten den Kindern mentale Zustände zuschreiben und sie so vor den Eltern repräsentieren. Auf dem Weg, die Reflexionsfähigkeit bei den Eltern zu erreichen, ist es ein Teilziel des Interventionsprogrammes, das Hinterfragen des und „Wundern“ über das Verhalten(s) ihrer Kinder bei den Eltern zu fördern. Die Neugier der Eltern über die Erfahrungen ihrer Kinder und die Erkenntnis, dass diese Erfahrungen getrennt von ihren eigenen sind, entstehen oft langsam. Doch erst, wenn die Eltern beginnen zu hinterfragen, wird es für die Therapeuten möglich, sie über die Entwicklung des Kindes zu informieren und ihnen Wissen zu vermitteln, das auf echter Erfahrung aufbaut.

Die MTB-Therapeuten sind der Ansicht, dass Veränderung bei den Eltern am besten unterstützt werden kann, wenn sie starke Emotionen, Affekte, erleben. Deshalb wird „im Moment“, in konkreten Situationen gearbeitet. Die Eltern sollen dabei unterstützt werden, Affekte und Emotionen zu regulieren. Dies sei essentiell für den Prozess der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit, weil dadurch starken Gefühlen eine Bedeutung gegeben wird. Auf dem Weg dorthin scheint das nächste Ziel ein wichtiges Element zu sein.

Ein weiteres Ziel der MTB Therapeuten ist es nämlich, die Eltern und ihre Gefühle im Blick zu haben und sie zu halten. Besonders für Hochrisikoeltern, die selbst nie die Erfahrung machen konnten von ihren eigenen Eltern gehalten zu werden, ist es notwendig, diese Erfahrung mit den Therapeuten nachzuholen. Dabei bezieht sich Slade auf Fraiberg (1980, zit. nach Slade 2006, 647), die davon ausgeht, dass die Fähigkeit der Eltern, das Weinen

ihrer Kinder zu hören in den meisten klinischen Situationen auf der Fähigkeit der Therapeuten basiert, das Weinen der Eltern zu hören. Ohne die Erfahrung, dass eigene bedrohliche Gefühle gehalten und ausgehalten werden können, werden die Eltern höchstens eine unausgereifte Fähigkeit entwickeln, das innere Erleben ihrer Kinder zu verstehen. Über die Beziehung zum haltenden Therapeuten sollen die Eltern fähig werden, ihre Gefühle und Affekte zu regulieren und zu containen.

Oben genannte Ziele beziehen sich allgemein auf die Arbeit mit den Eltern, Slade et al. (2005, 161) erwähnen speziell für die pränatale Interventionszeit folgende Ziele:

Die pädiatrisch ausgebildeten Pfleger und Therapeuten sollen eine Beziehung zu den Eltern bzw. der Mutter und weiteren Familienmitgliedern aufbauen. Sie sollen weiters die gesundheitlichen und psychologischen Funktionsweisen der Mutter erheben. Und sie sollen die Mütter dabei unterstützen, sich das Baby realer vorzustellen und die bevorstehende Elternschaft weniger bedrohlich wahrzunehmen. Im folgenden Kapitel soll auf die Durchführung des MTB Programmes eingegangen werden und darauf, in welchem Rahmen die erwähnten Ziele durchgeführt werden sollen.

4.4.4 Durchführung

Das MTB Programm soll, wie oben erwähnt, in ein öffentliches Gesundheitssystem eingebettet sein, um möglichst effektiv wirken zu können. Mütter, die zum ersten Mal schwanger sind werden in Gruppen für Schwangere rekrutiert. Das MTB Team besteht aus einem pädiatrisch ausgebildeten Pfleger und einem klinisch ausgebildeten Sozialarbeiter (Therapeut), die beide über ein spezielles Training und Kenntnis über Mentalisierungsfähigkeit und Bindungstheorie verfügen, um den Anforderungen der sehr benachteiligten und traumatisierten Zielgruppe zu genügen. Beide sind in die Rekrutierung und anfängliche Evaluationsphase eingebunden und beide treffen eine Mutter regelmäßig. Sie wechseln sich mit den Besuchen bei der Mutter ab, die im letzten Trimester der Schwangerschaft beginnen und wöchentlich stattfinden bis das Baby ein Jahr alt ist. Im zweiten Lebensjahr finden die Besuche unregelmäßiger statt.

Wenn körperliche oder seelische Krisen auftauchen, kann es auch vorkommen, dass die Mutter in einer Woche von beiden Professionisten besucht wird. Die Besuche können unterschiedlich lange dauern, sich während verschiedener Krisen mitunter auch über einige

Stunden erstrecken. Wenn das Heim der Familie zu chaotisch bzw. die Familienverhältnisse zu zerrissen sind, finden die Besuche an verschiedenen anderen Orten, wie z.B. in einem Fast Food Restaurant, statt. Um die Effizienz des Programms testen zu können, werden Mütter und Kinder regelmäßig standardisierten psychologischen, psychiatrischen und entwicklungsorientierten Tests unterzogen (Slade et al. 2005, 81).

Die Hausbesuche haben unterschiedliche Schwerpunkte während der Zeit vor der Entbindung und während des ersten Lebensjahres des Kindes. Diese sollen im Folgenden nach Slade et al. (2005, 161-164) erläutert werden.

Hausbesuche vor der Geburt

Zunächst wird der Fokus in den Gesprächen auf die Mutter und ihre Gesundheit gelegt, um später die zukünftige Elternschaft zu thematisieren und die Ankunft des Babys zu planen. Der Pfleger beginnt damit, die Gesundheit der Mutter, ihr Risikoverhalten und ihre Vorstellungen über die Schwangerschaft und Gedanken zur Entwicklung des Kindes zu erheben. Durch die Informationen über die Ängste der Mutter, ihre Ansichten zur Kindererziehung usw. kann er die Brücke zu verschiedenen Aspekten der eigenen Fürsorge der Mutter schlagen, wie z.B. Ernährung, Sexualpraktiken und Zigarettenkonsum. Dadurch soll der Mutter zum ersten Mal der Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit ihres Kindes verdeutlicht werden. Der pädiatrische Pfleger hilft der Mutter auch, Zeichen und Symptome von Schwangerschaftskomplikationen zu erkennen, spricht mit ihr über Ängste und Fragen, die die Entbindung betreffen und diskutiert mit ihr Möglichkeiten, ihr Kind zu füttern.

Während der vorgeburtlichen Hausbesuche führt der Therapeut ein ausführliches Einschätzungsverfahren mit der Mutter durch, wodurch verschiedene Aspekte der psychologischen Funktionsweisen der Mutter und der Familie erfasst werden können. Dabei werden eine psychosoziale Beurteilung und die Erfassung aktueller Risiken ebenso inkludiert, wie auch häusliche Gewalt, Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und seelische Krankheiten in der Familie erhoben werden. Der Therapeut regt die Mutter auch an, über ihre zukünftige Rolle als Mutter nachzudenken und spricht ebenso ihre Gefühle über die Schwangerschaft an. Er hilft der Mutter, sich Ziele für sich und ihr Kind im ersten gemeinsamen Jahr zu setzen. Üblicherweise gibt es in dieser Zeit viele Bedürfnisse, die soziale Rahmenbedingungen betreffen, etwa die Wohnungssituation oder die Einrichtung für das Baby.

Hausbesuche im ersten Lebensjahr

Während der ersten Lebenswochen des Babys unterstützt die Pflegeperson die Mutter dabei, ihr Kind richtig versorgen zu können. Etwa wird ihr dabei geholfen, die Bewusstseinszustände ihres Neugeborenen erkennen zu können, um so die Signale ihres Kindes erfolgreich lesen zu lernen. Dadurch fühlt sich die Mutter zunehmend kompetent als Elternteil, positive Interaktionen zwischen Mutter und Kind werden wahrscheinlicher und dies vermindert Stress. Die Pflegeperson ist auch dafür zuständig der Mutter Sicherheitsvorkehrungen, Gesundheitsvorsorge und Problemlösungsstrategien beim Füttern zu vermitteln. Außerdem erklärt sie der Mutter, wie sich ihr Kind kognitiv, sprachlich, motorisch und sozioemotional entwickelt. So werden unangemessene Erwartungen der Mutter vermieden und die Mutter wird ermutigt, ihr Kind zu beobachten. Wenn die Mutter lernt zu fragen „Warum macht mein Baby das?“, beginnt sie die Welt durch die Augen ihres Kindes zu sehen und kann besser feinfühlig auf es reagieren.

Dieser Zugang wird auch durch den Therapeuten unterstützt, der auf verschiedene Weisen daran arbeitet, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Die Mutter wird angeleitet zu ihrem Baby zu sprechen, Augenkontakt zu halten und die Bindung an das Kind durch Spiel und einfache fürsorgliche Interaktionen, in denen sie sich auf ihr Kind einlässt, zu intensivieren. Alle positiven Gefühle und Bemühungen der Mutter werden unterstützt und gefördert. Entweder der Therapeut coacht die Mutter während der Hausbesuche oder er bespricht mit ihr kurze auf Video aufgenommene Mutter-Kind-Interaktionen.

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit mit MTB ist es, mit der Mutter einen Dialog zu erarbeiten über ihr emotionales Erleben und ihre oft enttäuschenden und traumatischen familiären und partnerschaftlichen Beziehungen. Dies geschieht durch Elemente der Eltern-Säuglings-Psychotherapie, wobei Gedanken und Gefühle der Mutter bezüglich der sich entwickelnden Beziehung zu ihrem Kind angesprochen werden. Die Mutter wird dabei unterstützt, zu erkennen wie ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse das Baby tatsächlich beeinflussen.

Der Therapeut beobachtet und untersucht weiterhin Aspekte der seelischen Gesundheit und stellt direkte Interventionen bereit, weil viele der Klienten für formellere Psychotherapie nicht zugänglich sind. Zusätzlich ist es für den Therapeuten immer wieder notwendig, die familiäre Umwelt und damit einhergehende Stressfaktoren zu regulieren, da es dort immer wieder zu Umbrüchen wegen multigenerationaler Probleme und ernsthafter Psychopatho-

logien der Familienmitglieder kommen kann. Ebenso ist der Therapeut oft mit Sicherheits- und Gesundheitsfragen beschäftigt (z.B. Autositze, Kinderbetten).

Beide MTB Intervenierenden betonen in ihrer Arbeit die Wichtigkeit des Stillens und ermutigen die Mutter dazu. Beide zeigen Bindungsverhaltensweisen des Kindes auf. Sie übersetzen das Verhalten des Kindes durch Erklärungen über seine Entwicklung, wodurch die Mütter ihre eigene Wichtigkeit für ihre Kinder verstehen. Sobald die Kinder mobiler werden, diskutieren die Intervenierenden mit der Mutter Erziehungs- und Disziplinfragen, wodurch die Mutter Zeit zu reflektieren hat. Sie soll auch ihre eigene Erziehung kritisieren lernen und eigene Ziele in Bezug auf das Verhalten ihres Kindes formulieren können. Während der Hausbesuche wird auch das Spiel zwischen Mutter und Kind besonders gefördert. Den spontanen Bedürfnissen und Aktionen ihres Kindes zu folgen, fällt den Müttern oft besonders schwer, da sie selbst als Kind oft wenig Raum und Zeit zu spielen oder zu explorieren hatten.

4.4.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des Interventionsprogrammes

Obwohl in der Literatur betont wird, dass die MTB Interventionen von den begründenden Wissenschaftlern von Beginn an in ein Forschungsprogramm eingebettet wurden (Sadler et al. 2006), konnten von der Autorin keine Artikel gefunden werden, die konkrete Aufschlüsse über die Wirksamkeitsstudien geben. Lediglich pauschal gehaltene Erkenntnisse über vorläufige Forschungsergebnisse werden in der Literatur angesprochen (Slade et al. 2005; Sadler et al. 2006, Yale Child Study Center 2012).

Durch persönlichen Mailkontakt mit Crista Marchesseault, die als „Project Director“ für MTB am Yale Child Study Center genannt wird, wurde die Autorin darüber informiert, dass gegenwärtig eine fünfjährige Wirksamkeitsstudie durchgeführt wird, die zur Hälfte absolviert wurde und deshalb noch keine offiziellen Ergebnisse für Weitergaben zur Verfügung stehen. Resultate der Studie würden in einigen Jahren veröffentlicht (Crista Marchesseault in einem Mail vom 15.2.2012).

Der Literatur ist zu entnehmen, dass seit der Implementierung des MTB Programmes 2002 auch die Effekte des Programmes auf Mütter und Kinder untersucht wurden. Dabei sprechen die Autoren von einer experimentellen Studie (Sadler et al. 2006, 285) bzw. von einer Pilotstudie (Yale Child Study Center 2012). Untersucht werden die Interventionsgruppe

und eine Kontrollgruppe. Bis jetzt wurden 155 Familien (60 Interventionsfamilien und 40 Familien der Kontrollgruppe) untersucht. Studienteilnehmer sind benachteiligte junge erstgebärende Mütter im Alter von 14 bis 25 Jahren. Für die Studie rekrutiert werden sie in einem örtlichen Gesundheitszentrum, wo sie in Gruppen für Schwangere eingebunden sind. Alle Studienteilnehmer erhalten standardmäßige Betreuung vor der Geburt und danach und primäre kinderärztliche Behandlung im Gesundheitszentrum. Die Interventionsgruppe erhält zusätzlich die manualisierte MTB Intervention (Slade et al. 2006, 285). Alle Teilnehmer unterziehen sich jeweils einer Untersuchungseinheit in der Schwangerschaft, zwei Einheiten während des ersten Lebensjahres des Kindes und einer am Ende des zweiten Lebensjahres des Kindes. Erhoben werden Daten zu mütterlichen psychologischen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, sozialer Unterstützung, demografische Daten und die Reflexionsfunktion der Mutter. Zusätzlich werden die Bindungsqualitäten der Kinder untersucht und die kindliche Entwicklung. Die Reflexionsfunktion wird durch analysierte Interviews mit den Eltern gewonnen, die Daten zur kindlichen Entwicklung werden mittels der „Baley Scales of Infant Development“ und durch Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen erhoben. Die Bindungsqualitäten der Kinder werden mittels Fremder Situation festgestellt (Slade et al. 2005, 164).

Es werden weiterhin Daten der Pilotstudie analysiert. Die bisherigen Ergebnisse seien aber vielversprechend in Bezug auf den gesundheitlichen, seelischen und allgemeinen weiteren Lebensverlauf der Teilnehmer. Erste Auswertungen der Studie ergaben besonders aussagekräftige Resultate bei einem Sample mit Teenagermüttern. In der Interventionsgruppe sind höhere Anteile an sicher gebundenen Kindern und geringere Anteile an desorganisiert gebundenen Kindern als in der Kontrollgruppe auszumachen. Desorganisierte Bindungsqualitäten kommen naturgemäß häufig in dieser Bevölkerung vor. Ebenfalls wurden gesteigerte Reflexionsfunktionen festgestellt nach den 27 Monaten der Intervention, insbesondere unter den verletzlichsten Müttern (Yale Child Study Center 2012).

Sadler et al. (2006, 285) und Slade et al. (2005, 166) sprechen von sehr gering ausgeprägten Reflexionsfunktionen der Mütter vor Beginn der Interventionen, die nach 24 Monaten besser ausgeprägt erscheinen. Laut Sadler et al. (2006), seien mit zwölf bis 18 Monaten nur acht Prozent der Kinder in der Interventionsgruppe desorganisiert gebunden.

In der Literatur konnten keine weiteren Informationen über Ergebnisse der Pilotstudie bezüglich Reflexionsfunktion und Bindungsqualitäten der Kinder während bzw. nach der

MTB Intervention gefunden werden. Wie auch aus dem Mail von Crista Marchesseault hervorgeht, läuft gegenwärtig eine Effektivitätsstudie an zwei Gesundheitszentren in New Haven, deren Ergebnisse vielversprechend aussehen. Zusätzlich wird eine kleine Follow-Up-Studie mit 50 der anfänglichen Familien im Projekt durchgeführt, deren Kinder nun drei bis fünf Jahre alt sind (Yale Child Study Center 2012).

5 Vergleich der Interventionsprogramme

Im folgenden Kapitel sollen die erläuterten Interventionsprogramme verglichen werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollen, jeweils in den oben entwickelten Kategorien, nach denen auch die Programme beschrieben wurden, ausgemacht und analysiert werden. So entsteht auch eine sinnvolle, übersichtliche Zusammenfassung der im vierten Kapitel beschriebenen Interventionsprogramme. Außerdem soll hier geprüft werden, inwiefern die beschriebenen Interventionsprogramme den von Berlin (2005) genannten Merkmalen einer bindungsfördernden Intervention entsprechen, sodass untersucht werden kann, inwiefern diese Merkmale mit den Ergebnissen zur Wirksamkeit der Programme in Verbindung stehen. Die Merkmale werden in 5.4 eingeführt, erörtert werden und sind auch maßgeblich für die Bearbeitung des Kapitels 5.5.

5.1 Entstehungs- und Verwendungskontexte

Bei einem ersten Vergleich fällt auf, dass drei der vier Interventionsprogramme entwickelt wurden, um Familien mit starken seelischen oder soziökonomischen Belastungen zu unterstützen. Sowohl COS als auch MTB wurden speziell für Hochrisikofamilien entwickelt. Beide Programme wurden innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens instituiert (Cooper et al. 2005, Marvin et al. 2003, Slade et al. 2005, Slade 2006). Das ABC Programm wurde aufgrund steigender Fremdunterbringungen und empirischer Befunde über seelische und physiologische Besonderheiten fremduntergebrachter Kinder entwickelt. Diese drei Programme wurden mit der Motivation der Wissenschaftler entwickelt, sozialen Realitäten von Familien und damit verbundenen Risikofaktoren zu entsprechen (Dozier et al. 2006). Das WWW Programm bildet bezüglich der Motivationsgründe der entwickelnden Wissenschaftler eine Ausnahme. Es entstand aus einer Kritik an vorherrschenden Eltern-Kind-Therapien. Das Kind sollte Initiator der Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung sein.

Das beschriebene WWW Interventionsprogramm wurde zunächst in Neuseeland in einer psychiatrischen Klinik durchgeführt. Auch hierin bildet WWW einen Unterschied zu den anderen Programmen, die zunächst in nicht primär klinischen Settings durchgeführt wurden (Muir et al. 1999a).

Die Kontexte für die Verwendung der Programme sind vielfältig. So wurde COS mit Eltern, die sich in einem Kinder- und Jugendschutzprogramm wegen nachweislicher Kindesmisshandlung befanden durchgeführt (Page, Cain 2009), aber auch im klinischen Setting mit Müttern in Deutschland, die postpartal an einer psychischen Krankheit leiden (Ramsauer et al. 2011). Außerdem wurde COS auch an schwangere, substanzabhängige, nicht gewaltsame Mütter im Rahmen eines umfassenden präventiven Interventionskonzeptes gerichtet (Cassidy et al. 2010).

Auch das ABC Interventionsprogramm wird, obwohl es für Pflege- und Adoptivkinder und ihre Eltern entwickelt wurde, in modifizierter Form mit biologischen Eltern und ihren Kindern durchgeführt. Oft handelt es sich hierbei um Familien, deren Kinder nach Fremdunterbringung zurückgekehrt sind oder in denen Kindesmisshandlung nachgewiesen wurde (Dozier et al. 2005). Ebenso wurden bereits Familien, in denen eine gesunde Entwicklung der Kinder bspw. durch Obdachlosigkeit und Drogenmissbrauch der Eltern gefährdet erschien, dem ABC Programm unterzogen. Die Familien waren in ein Programm zur Umgehung einer drohenden Fremdunterbringung ihrer Kinder eingebunden (Bernard et al. 2012).

Das WWW Programm findet vorwiegend in frei zugängigen Projekten in England Anwendung. Es wurde in Nordengland an Mütter mit vermuteten postnatalen Depressionen gerichtet. Ausschlaggebend für eine Behandlung waren Ess-, Schlaf- und Schreiprobleme (Rance 2005). Weiters wird die Anwendung WWWs innerhalb eines freiwilligen Beratungsangebots für Mütter und ihre Kinder in Oxford erwähnt, wobei WWW durch zusätzliche Videoaufnahmen und -diskussionen ergänzt wurde (Tucker 2006).

Minding the Baby wird gegenwärtig von der gemeinnützigen Organisation NSPCC erstgebärenden Frauen unter 25 Jahren, die von Armut, Depression oder Obdachlosigkeit betroffen sind, in vier Gebieten Großbritanniens angeboten

(http://www.nspcc.org.uk/Inform/resourcesforprofessionals/underones/minding_the_baby_wda85606.html, am 22. 6. 2012).

Es fällt auf, dass die Interventionsprogramme vorwiegend im öffentlichen, nicht klinischen Bereich eingesetzt werden. Alle Programme finden in Projekten der Jugendwohlfahrt statt oder sie werden vernetzt mit Kinderschutzprogrammen oder örtlichen Gesundheitszentren angeboten.

5.2 Zielgruppen

Die unterschiedlichen Zielgruppen wurden zum Teil schon unter 5.1 genannt, da sie oft nicht unabhängig vom Entstehungs- bzw. Verwendungskontext betrachtet werden können. An dieser Stelle sollen sie noch einmal kurz zusammengefasst werden. Zwei der vier beschriebenen Interventionsprogramme wurden speziell für Hochrisikofamilien entwickelt, COS und MTB. ABC wurde zunächst für Pflegeeltern und –kinder entwickelt, findet mittlerweile aber auch Anwendung bei biologischen Eltern und ihren Kindern, wenn diese von Misshandlung, Vernachlässigung, häuslicher Gewalt, Drogenmissbrauch in der Familie und Trennungen von ihren Bezugspersonen bedroht sind bzw. ein erhöhtes Risiko tragen, ungünstige Entwicklungen einzuschlagen (Bernard et al. 2012, 623, 628). Es handelt sich also auch hier um den Einsatz bei Hochrisikofamilien. WWW ist das einzige der hier beschriebenen Interventionsprogramme, das bei Problemen in der Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung seine Anwendung finden soll, wenn sich Bindungsprobleme durch Ess-, Schlaf- oder Trennungsprobleme beim Kind äußern oder die Eltern das Gefühl haben, es stimme etwas mit ihrem Kind oder ihren Gefühlen zum Kind nicht (Muir et al. 1999a).

Bezüglich der Altersgruppen lässt sich zusammenfassend sagen, dass COS und ABC für Eltern und ihre Kinder im Kleinkindalter (von zwölf bis 24 Monaten) und COS zusätzlich auch für Kinder im Vorschulalter konzipiert wurden (Cooper et al. 2005, Marvin et al. 2003, Dozier et al. 2002). WWW ist für Kinder ab vier Monaten geeignet (Muir et al. 1999a). Das einzige der hier beschriebenen Interventionsprogramme, das bereits in der Schwangerschaft startet und bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres andauert, ist MTB (Slade 2006).

5.3 Theoretische Implikationen

Theoretische Basis aller Programme bildet die Bindungstheorie. Der explizite theoretische Bezug auf Bindungstheorie und -forschung war ein Auswahlkriterium für die Beschreibung der jeweiligen Programme in der vorliegenden Arbeit. Allerdings unterscheiden sich die Interventionsprogramme hinsichtlich der Schwerpunktsetzung innerhalb der Bindungstheorie und -forschung bzw. gliedern sie auch andere Theorien in ihre grundlegenden Legitimationen mit ein. COS und ABC beziehen sich in ihrer theoretischen Ausrichtung hauptsächlich auf die Bindungstheorie und -forschung. Dies wird bereits im Namen der beiden Programme sichtbar. COS (Circle of Security) wird besonders von Ainsworths Konzepten der sicheren Basis bzw. des sicheren Hafens getragen. Dabei wird von einer Wechselwirkung zwischen kindlichen Explorationsverhaltensweisen und Bindungsverhaltensweisen und dem feinfühligem Umgang der Bindungspersonen damit ausgegangen. Diese Konzepte sollen nicht nur die Basis für die Inhalte, die an die Eltern gerichtet werden sollen, sondern auch in der Beziehung von Therapeut und Elternteil umgesetzt werden. Der Therapeut soll als sichere Basis bzw. sicherer Hafen für die Eltern agieren, wenn sie ihre Schwierigkeiten mit ihrem Kind explorieren. Neben der breiten Grundlage der Konzepte Ainsworths, bildet die Reflexionsfähigkeit der Eltern einen weiteren bindungstheoretischen Grundpfeiler des Programmes. Daneben beziehen sich die Autoren auf die aus der Psychoanalyse stammende Objektbeziehungstheorie, aus der das Konzept der Kernsensibilitäten für COS adaptiert wurde, um besondere Eigenschaften der Eltern diagnostizieren zu können, damit eine maßgeschneiderte Intervention gewährleistet wird. Weiters sehen die Wissenschaftler die Bedeutung der Emotionsregulation nach Schore (1994 zit. nach Cooper et al. 2005, 138) als wesentlich für ihr Programm an (Cooper et al. 2005; siehe auch 4.1.2).

Das Interventionsprogramm ABC (Attachment and Biobehavioural Catch Up) bezieht sich auf empirische Befunde in Verbindung mit der Bindungstheorie. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den theoretischen Implikationen die Feinfühligkeit bzw. das elterliche Verhalten im Umgang mit dem Kind eine bedeutende Rolle einnehmen. Zusätzlich stützen sich die ABC Wissenschaftler auf die Erkenntnis, dass Kinder, die früh mit verschiedenen Notsituationen umgehen müssen, oft an Dysregulationen im Verhalten, auf physischer und emotionaler Ebene leiden. Diese werden durch Messungen der Cortisolproduktion sichtbar. Die Bindungsrepräsentanzen der Eltern nehmen die Entwickler des ABC Programmes in-

sofern ernst, als sie die Beziehung zwischen Intervenierendem und Elternteil und die Arbeit an den verschiedenen Inhalten auf eine bestimmte Art und Weise beeinflussen. Deshalb werden diese vor Interventionsbeginn mittels AAI erhoben. Die Wissenschaftler haben außerdem erkannt, dass Pflegekinder bzw. Kinder, die widrigen Umständen wie Misshandlung ausgesetzt waren, eher desorganisierte Bindungen entwickeln, auch wenn die Eltern organisierte innere Arbeitsmodelle aufweisen. Sie sind der Ansicht, dass die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle zu lange dauern würde, deshalb sehen sie es als sinnvoll, die Eltern darin zu unterstützen, eigene mentale Befindlichkeiten bzw. Erfahrungen, die ihnen feinfühliges Interagieren mit ihren Kindern erschweren, zu erkennen und sich darüber hinwegzusetzen (Dozier et al. 2002, 2005, 2009). Hierin klingt die Theorie zur Mentalisierungsfähigkeit an, die mitunter besagt, dass eigene Gefühle bzw. mentale Zustände und ihre Auswirkungen auf das Verhalten verstanden werden (siehe 4.2.2).

WWW und MTB haben gemeinsam, dass sie neben der bindungstheoretischen Ausrichtung auch explizit psychoanalytisch orientiert sind. Die WWW Wissenschaftler bringen in den theoretischen Implikationen des Programmes die psychoanalytischen Konzepte des Holdings (Winnicott 1976, zit. nach Muir et al. 1999a, 25), des Containments (Bion 1959, zit. nach Muir et al. 1999a, 25) und der Projektiven Identifikation (Klein 1946, 1955/1975, zit. nach Muir 1992, 320) mit der Bindungstheorie in Verbindung (siehe 4.3.3).

Den theoretischen Kern des MTB Interventionsprogrammes bildet die elterliche Reflexionsfähigkeit nach Fonagy et al. (2004), die in der neueren Bindungstheorie und –forschung, wie bereits erwähnt, eine große Rolle spielt. Trotzdem weist Slade (2006, 648) gesondert darauf hin, MTB sei auch psychoanalytisch orientiert. Sie geht davon aus, dass durch eine Förderung der Mentalisierungsfähigkeit, die projektiven Identifikationen der Eltern abnehmen. Insofern spielt die Theorie der Projektiven Identifikation auch hier eine Rolle (siehe 4.4.2).

Obwohl in den theoretischen Implikationen des WWW nicht explizit von Mentalisierungsbzw. Reflexionsfähigkeiten der Eltern gesprochen wird, liegt es nahe, dass auch das WWW Programm letztlich auf die Förderung dieser Fähigkeit angelegt ist. Ein Bezugspunkt dieser Annahme lässt sich in der Theorie des Containments finden. Fonagy ist der Ansicht, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern diesen ermöglicht, für ihre Kinder zu einem „Container“ nach Bion zu werden und ihnen auf diesem Wege Sicherheit vermitteln

zu können (Fonagy 1998b, 356ff.). Containment bezeichnet laut Dornes (2004, 76) die Fähigkeit der Mutter, „*die Affekte des Kindes – insbesondere die negativen – nicht nur zu verstehen und zu beantworten, sondern in ihrer Antwort gleichzeitig so zu verändern, daß sie für das Kind erträglicher werden*“. Auf diese Weise wird Kindern vermittelt, dass unangenehme Dinge ausgehalten, verstanden und gelindert werden können (Datler 2003, 97f.). „*Aus dieser Perspektive ist sichere Bindung Ergebnis erfolgreichen Containments*“ (Fonagy 1998b, 359). Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Eltern führt also zu verbessertem Containment, welches wiederum zu einer Verbesserung der Bindungsqualität beim Kind führt. Letztlich kann davon ausgegangen werden, dass auch die WWW Therapeuten an einer Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Eltern Interesse haben und die Mentalisierungsfähigkeit eine implizite Theorie des WWW Interventionsprogrammes darstellt.

So gesehen wurden die Theorien zur Mentalisierungs- bzw. Reflexionsfähigkeit der Eltern als theoretische Implikation in allen in der Arbeit beschriebenen Interventionsprogrammen gefunden. Wenn dies auch zum Teil nur als Hinweis, wie in ABC bzw. in WWW implizit auszumachen war.

Gemeinsam haben die Programme COS, ABC und WWW, dass in den theoretischen Implikationen jeweils der feinfühlig, verfügbare Umgang der Bindungspersonen nach den Konzepten Ainsworths betont wird und für eine Förderung der Bindung der Kinder steht. Im MTB Programm leiten sich Annahmen über die Feinfühligkeit von den Theorien über die Mentalisierungsfähigkeit ab, indem angenommen wird, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter feinfühliges Verhalten mit ihrem Kind erst ermöglichen (Sadler et al. 2006).

Eine weitere gemeinsame theoretische Implikation (wobei diese nicht unabhängig von der elterlichen Feinfühligkeit gesehen werden kann) stellt die Emotionsregulation dar. Die COS Wissenschaftler weisen in der Literatur explizit darauf hin, allerdings kann die Wichtigkeit der Emotionsregulation auch in den Konzepten der sicheren Basis entdeckt werden. Die Eltern sollen eine sichere Basis sein, wenn ihre Kinder negative Gefühle erleben, und in der Lage sein, diese Gefühle zu halten und regulieren zu können. Auch der Therapeut muss als sichere Basis bei der Erkundung schwieriger, emotionaler Inhalte der Eltern agieren können (Cooper et al. 2005). Im ABC Programm offenbart sich die Wichtigkeit der Emotionsregulation in den Ausführungen zu den Dysregulationen der Kinder. Die Autoren betonen, wie wichtig es für Kinder ist, die früh mit Unterbrechungen in der Fürsorge, Miss-

handlung oder anderen ungünstigen Umständen konfrontiert waren, eine feinfühlig Bindungsperson zu erleben, die mit ihrem Kummer gut umgehen kann. Nur die wiederkehrende Erfahrung, dass Sorgen bewältigt werden können, führt dazu, dass sich die Kinder selbst regulieren lernen können (Dozier et al. 2002; siehe 4.2.2). Im WWW Programm äußert sich die Bedeutung der Emotionsregulation in den Aufzeichnungen zum Containment, das schon weiter oben beschrieben wurde. In der Beschreibung des MTB wird die intakte Mentalisierungsfähigkeit als Voraussetzung für die gelingende Emotionsregulation der Mutter für ihr Kind beschrieben, da es einer Mutter nur durch Mentalisierung gelingt, affektive Zustände ihres Kindes aufzuspüren und sie zu regulieren. Dafür ist es natürlich notwendig, dass sie das auch bei sich selbst anwenden kann (Slade et al. 2005; siehe 4.4.2).

5.4 Ziele

Die Ziele der Interventionsprogramme leiten sich aus den theoretischen Implikationen ab. Hier sollen für einen besseren Überblick, die Ziele der einzelnen Programme kurz zusammengefasst werden. Anschließend soll überprüft werden, inwiefern die Programme vorgeschlagenen Zielen bzw. Aufgaben von bindungsfördernden Interventionen nach Berlin (2005) und den vorgeschlagenen Erweiterungen der Autorin dieser Arbeit gerecht werden. Weitere gemeinsame oder unterschiedliche Ziele werden ebenfalls herausgefiltert. Eindeutig ist, dass das große Ziel aller hier beschriebenen Programme die Förderung sicherer Bindungsqualitäten bzw. die drastische Reduktion desorganisierter Bindungsmodelle bei Kindern, darstellt. Letzteres wird vor allem von den COS Wissenschaftlern als das Kriterium des Erfolgs gesehen (Marvin et al. 2003, 33).

Drei Aufgaben von bindungsfördernden Interventionen

Bei der Vorgehensweise lehnt sich die Autorin an Berlin (2005, 7ff., siehe auch 3.1) an, die sich in ihrem Artikel an Forschungsergebnissen zur Transmission von Bindung (siehe auch 2.5) orientiert, und daraus zwei Ziele für Interventionen ableitet, die frühe Bindung fördern sollen. Interventionen sollen erstens die elterlichen inneren Arbeitsmodelle fokussieren und zweitens das Erziehungsverhalten fokussieren. Ihr Vorschlag ist weiter, dass den elterlichen inneren Arbeitsmodellen der Vorrang zu geben ist, da der Zusammenhang zwischen Arbeitsmodellen und kindlicher Bindungsqualität stärker ist, als der zwischen Erziehungsverhalten und kindlicher Bindungsqualität. Ein weiterer dritter Fokus von bindungs-

fördernden Interventionen sollte laut Berlin, die sich hier an Bowlby (1988) hält, sein, dass der Intervenierende als sichere Basis für die Eltern dient, sodass die sichere Bindung des Elternteils an den Therapeuten das Schlüsselement für die therapeutische Veränderung werden kann.

Zum ersten Punkt erläutert Berlin, dass damit gemeint sei, den Eltern zu helfen, Einsicht in ihre Repräsentationen zu erlangen, insbesondere in engen Beziehungen und/oder emotional geladenen Situationen. Dies wird nach Bowlby (1988, 71) am besten erreicht durch die Diskussion früher familiärer Beziehungen der Eltern, aktueller, enger Beziehungen und den Einflüssen früher Beziehungen auf aktuelle. Erst, wenn die Eltern den Zusammenhang zwischen früheren Beziehungen und den aktuellen Beziehungen verstehen und damit auch das Ausmaß begreifen, inwiefern früh erworbene Strategien die aktuellen Beziehungen stören oder sich förderlich auf sie auswirken, können sie ihr Verhalten und schließlich ihre eigenen Arbeitsmodelle ändern.

Der zweite von Berlin vorgeschlagene Fokus bezieht sich auf die Förderung des Erziehungsverhaltens der Eltern. In der Bindungstheorie ist damit vor allem das feinfühliges Verhalten der Eltern gemeint, die Bedürfnisse des Kindes so genau wie möglich zu interpretieren, prompt darauf zu reagieren und als sichere Basis für das Kind zur Verfügung zu stehen. Die COS Wissenschaftler entwickelten eine Grafik (siehe Abb. 1), die die beiden Aufgaben jenes Elternteils beschreibt, der als sichere Basis agiert. Es gilt zu erkennen, wann das Kind Nähe sucht, besonders wenn es unter Stress steht, um ihm dann emotionale und physische Nähe und Geborgenheit zu schenken, bis es sich besser fühlt und es darin zu unterstützen, wieder ins Spiel zurückzufinden. Wenn das Kind Interesse für die Erkundung und Bewältigung seiner Umwelt zeigt, soll der Elternteil die Exploration unterstützen, das Kind gehen lassen, nur helfen, wenn es notwendig ist und sich mit dem Kind über seine Selbständigkeit freuen.

Laut Bowlby (1988) und anderen, so Berlin (2005, 8), gelingen die ersten beiden therapeutischen Aufgaben in einer Intervention nur dann, wenn es eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil gibt. Insbesondere soll der Therapeut eine sichere Basis darstellen, von der aus der Elternteil sich selbst und seine Beziehung zu seinem Kind mental explorieren kann. Bowlby ging davon aus, dass neue Bindungen einer der Faktoren sind, die innere Arbeitsmodelle verändern können. Lieberman argumentiert, dass bei der Arbeit mit

Kleinkindern der Therapeut nicht nur sichere Basis sein muss, sondern auch ein Vorbild für empathisches und unterstützendes Verhalten. Wegen der Möglichkeit, negative Erwartungen der Eltern zu verändern und Erfahrungen von Vertrauen zu vermitteln, kann man die therapeutische Beziehung als korrektive Bindungserfahrung betrachten (Lieberman, 1991; Liebermann, Pawl, 1993 zit. nach Berlin 2005, 9).

Die ersten beiden Fokussierungen bzw. Ziele von Berlin (2005) werden von der Autorin dieser Arbeit um zwei wesentliche Erkenntnisse der neueren Bindungsforschung, die auch einen Beitrag zum Transmissionsmodell bzw. zur Transmissionslücke leisten, ergänzt. Das erste Ziel wird so erweitert, dass eine Intervention, die bindungsfördernd zu sein beansprucht, die inneren Arbeitsmodelle und/oder die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern fokussieren soll. Dies geschieht aufgrund der neueren Erkenntnis, dass die Mentalisierungs- bzw. Reflexionsfähigkeit der Eltern die Bindungsqualität eines Kindes mit einem Jahr in gleichem Maße voraussagt, wie die Bindungsrepräsentanzen der Eltern (Dornes 2004, 75). Der zweite Fokus wird so erweitert werden, dass eine Intervention, die bindungsfördernd sein soll, das Erziehungsverhalten der Eltern (d.h. ein feinfühliges Verhalten und ein Verhalten als sichere Basis der Eltern) fördern und/oder ängstigendes Verhalten der Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind vermeiden helfen soll. Es wurde nämlich durch Forschungen festgestellt, dass ein größerer Zusammenhang zwischen ängstigendem, ängstlichem oder widersprüchlichem Verhalten der Eltern und desorganisierten Bindungsmustern ihrer Kinder besteht als zwischen dem unfeinfühligem Verhalten und desorganisierten Bindungsqualitäten bei den Kindern (Lyons-Ruth et al. 2006). Der dritte Fokus, die sichere, therapeutische Beziehung, bleibt gleich. Im Folgenden sollen die Interventionsprogramme COS, ABC, WWW und MTB dahingehend untersucht werden, ob sie alle drei Kriterien erfüllen.

Es wird so vorgegangen, dass zunächst jeweils die Ziele der einzelnen Programme zusammengefasst werden und sodann erläutert wird, inwiefern sie unter die drei Aufgaben nach Berlin eingeordnet werden können oder eben nicht. Außerdem werden weitere auffällige Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Zielformulierungen der Programme erwähnt werden.

COS ist so konzipiert, dass es die Eltern zu einem Verständnis der kindlichen Bindungs- und Explorationsbedürfnisse führen soll. Dies geschieht mittels einer Grafik, die den Kreis der Sicherheit verdeutlicht. Die Eltern sollen ihre Beobachtungsfähigkeit schärfen und

folglich die Bedürfnisse ihrer Kinder erkennen. Sie sollen angeleitet werden, reflexiv über ihre Gefühle bzw. Affekte und die ihrer Kinder nachzudenken und lernen sie zu regulieren, sodass sie letztendlich empathisch mit ihren Kindern umgehen können. Neben den allgemeinen Zielen gibt es in diesem Programm auch individuelle Ziele für jede Eltern-Kind-Dyade, die sich aus den Erkenntnissen des COSI und der Bindungs-Fürsorge-Qualitäten der Dyade ableiten. Dies alles sollen die Eltern innerhalb einer Halt gebenden Beziehung mit dem Therapeuten lernen, der als sichere Basis für die Eltern zur Verfügung steht. Ein Ziel der guten, therapeutischen Beziehung ist nach Cooper et al. (2005, 140) die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle, da nur dadurch eine dauerhafte Veränderung der Bindungsqualität beim Kind erreicht werden könne (siehe 4.1.3 bzw. 4.1.2).

COS erfüllt die Implementierung aller drei Merkmale nach Berlin. Diese zeigen sich explizit in den Zielvorstellungen des Programmes. Die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle der Eltern ist offensichtlich ein Ziel. Außerdem wird auch die Förderung der Mentalisierung durch das reflexive Nachdenken über eigene Gefühle und die der Kinder explizit. Die Förderung des Erziehungsverhaltens zeigt sich in der Schulung der Beobachtungsfähigkeit und daraus resultierend darin, dass die Eltern die Bedürfnisse besser erkennen können. Außerdem sollen die Eltern über den Kreis der Sicherheit mittels der Grafik unterrichtet werden. Durch die therapeutische Beziehung soll die Erreichung der Ziele gewährleistet werden.

Die Entwickler des ABC Interventionsprogrammes legen sich in den Zieldefinitionen, abgeleitet aus den theoretischen Implikationen auf die Förderung des fürsorglichen, feinfühligem Verhaltens der Eltern mit ihren Kindern, fest. Diese sollen darin unterstützt werden, auch dann feinfühlig mit ihren Kindern umzugehen, wenn es so aussieht, als würden die Kinder das nicht brauchen. Die Signale der Kinder sollen neu interpretiert werden. Die Eltern sollen angeleitet werden, sich in der Interaktion von ihrem Kind leiten zu lassen, ihr Kind zu berühren, negative Emotionen zuzulassen und sie zu halten. Dadurch soll die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes angeregt werden. Wichtig ist auch, dass die Eltern verstehen lernen, welche Bedeutung bedrohliches Verhalten für ihre Kinder hat und wie sie dieses reduzieren können. In Zusammenhang mit den Bindungsrepräsentanzen der Eltern, soll das Ziel nicht sein, diese zu verändern, sondern es soll erreicht werden, dass die Eltern eigene Erfahrungen bzw. Gemütslagen, die ihnen ein feinfühliges Agieren mit ihrem Kind

erschweren, erkennen und sich darüber hinwegsetzen können (Dozier et al. 2005; Bick, Dozier 2008; Bernard et al. 2012; siehe 4.2.3).

ABC erfüllt explizit zunächst die Implementierung des zweiten Zieles einer bindungsfördernden Intervention nach Berlin (2005). Das feinfühliges Verhalten der Eltern soll in verschiedener Hinsicht gefördert werden, die Signale bzw. Bedürfnisse neu erkannt werden. Die Förderung des Verhaltens der Eltern als sichere Basis kann in den Zielen, dass die Eltern sich von ihrem Kind leiten lassen bzw. negative Emotionen zulassen sollen, gesehen werden. Außerdem wird auch die Erweiterung des zweiten Merkmals, bedrohliches Verhalten der Eltern vermeiden zu helfen explizit formuliert. Zum ersten Merkmal bindungsfördernder Interventionen äußern sich die Wissenschaftler insofern, dass die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle kein Ziel ihrer Intervention sein soll. Allerdings lässt sich die Mentalisierungsförderung in den Zielformulierungen erkennen. Das Nachdenken über eigene Erfahrungen, die sich auf die feinfühliges Interaktion mit ihren Kindern auswirken bzw. dieser im Weg stehen, deutet darauf hin. Auch in der Durchführung des ABC Programmes sind zwei Sitzungen auszumachen, in denen die Mentalisierungsförderung eindeutig eine Rolle spielt (siehe weiter unten).

Die vertrauensvolle, therapeutische Beziehung zwischen Intervenierendem und Eltern ist keine explizite Komponente des Programmes, dennoch gibt es Hinweise, dass diese Beziehung für wichtig erachtet wird. So argumentieren Bick und Dozier (2008, 453), dass das AAI den Anfang der wichtigen therapeutischen Beziehung markiert, gleichzeitig wird über die Informationen aus dem AAI die erfolgreiche Arbeit zwischen Therapeut und Eltern-Kind-Dyaden ermöglicht (siehe 4.2.4). Explizit werden also beide Ziele nach Berlin bzw. die erweiterten Aspekte im Programm implementiert und auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung wird an verschiedenen Stellen betont, wenn auch implizit.

WWW entstand aus einer Kritik an vorherrschenden Interventionsmodellen. Den Wissenschaftlern war es ein Anliegen, dass das Kind als Initiator der Veränderung gesehen wird. Dementsprechend ist ein wichtiges Ziel, die Eltern zu befähigen, der Initiative ihres Kindes folgen zu können, die Mutter wird angeleitet zu beobachten, zu warten und zu hinterfragen (watch, wait and wonder). Dem Kind soll emotional und physisch Zugang zur Mutter gewährleistet werden und diese soll feinfühlig gegenüber dem Verhalten des Kindes und seinen emotionalen Signalen agieren lernen. Die Mutter gerät dadurch in eine Position, in der sie intrusives Verhalten vermeiden und der eigenständigen Erkundung ihres Kindes Raum

geben kann. Das Kind soll die Möglichkeit haben, Beziehungsprobleme mit der Mutter durch Spiel und Interaktion mit ihr durchzuarbeiten. In der Diskussion kann die Mutter die Motive hinter dem Verhalten des Kindes verstehen lernen. Auch im WWW Programm wird die Wichtigkeit eines Therapeuten für Mutter und Kind hervorgehoben, der als sichere Basis genutzt werden soll (Cohen et al. 1999, 2002/2003; siehe auch 4.3.4).

Die WWW Wissenschaftler sehen es also auch als Ziel ihrer Intervention, dass die Mutter feinfühlig im Umgang mit ihrem Kind wird. Es lässt sich hier auch das zu fördernde Verhalten der Eltern als sichere Basis erkennen. Die Eltern sollen einerseits lernen, dem Kind die Initiative zu überlassen, wodurch sie als sichere Basis auf der Ebene des Explorationsverhaltens gesehen werden können. Andererseits sollen sie physisch zugänglich für das Kind sein (sie sollen dem Kind auch Nähe gewähren, wenn es diese braucht, siehe 4.3.5), wodurch sie als sichere Basis auf der Ebene des Bindungsverhaltens gesehen werden können. Zusätzlich gilt es, intrusives Verhalten der Eltern zu vermeiden, insofern wäre auch die Ergänzung der ersten Aufgabe einer bindungsfördernden Intervention erfüllt. Die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle bzw. der Bindungsrepräsentanzen ist kein explizites Ziel der Intervention. Aber die Autoren betonen, dass in WWW auf der Verhaltensebene und auf der Repräsentationsebene gearbeitet wird (Cohen et al. 1999, 433). Sie erläutern, dass es den Eltern in der Diskussion ermöglicht wird, sich reflexiv mit den inneren Erfahrungen ihrer Kinder und mit ihrem eigenen Erleben, das durch das Verhalten ihrer Kinder ausgelöst wird, auseinanderzusetzen und sie dadurch Reflexionsfähigkeit erlangen (Cohen et al. 2002, 377; Muir et al. 1999a, 68). Insofern sind auch in WWW alle drei Aufgaben einer bindungsfördernden Intervention implementiert worden.

Das übergeordnete Ziel des MTB Interventionsprogrammes ist es, die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern zu fördern. Sie sollen ihr Kind als eigenständige Person mit eigenen Gefühlen, Motivationen und Gedanken begreifen können. Dazu ist es notwendig Schritt für Schritt vorzugehen. Zunächst werden die Eltern angeleitet, einfache innere Erfahrungen bei ihrem Kind zu erkennen, um in einem weiteren Schritt über die Auswirkungen dieser auf das Verhalten des Kindes nachzudenken. Erst dann kann die Erkenntnis der Eltern angebahnt werden, dass die unterschiedlichen inneren Welten verschiedener Personen in einer Wechselwirkung stehen. Das Fragen und „Wundern“ der Eltern über ihre Kinder soll angeregt werden. Der Therapeut kann dies durch mentale Zuschreibungen erreichen, die die innere Welt der Kinder vor den Eltern zusätzlich repräsen-

tieren. Ein wichtiges Ziel und Voraussetzung für eine ausgereifte Mentalisierungsfähigkeit im MTB Programm ist es, dass die Eltern eigene starke Affekte regulieren und aushalten lernen, dass sie lernen starken Gefühlen eine Bedeutung zu geben. Dabei werden sie durch einen haltenden Therapeuten unterstützt, da davon ausgegangen wird, dass die Eltern selbst die Erfahrung machen sollen, dass ihre negativen Emotionen von jemandem ausgehalten und modifiziert werden können. Ohne diese Erfahrung wäre es den Eltern nicht möglich, gleiches bei ihrem Kind zu tun (Slade, 2006; Sadler et al. 2006; siehe auch 4.4.3).

Im MTB Interventionsprogramm wird der erste Fokus einer bindungsfördernden Intervention nach Berlin bzw. deren Erweiterung erfüllt. Ein wichtiges Ziel im Programm ist es, die mütterliche Mentalisierungsfähigkeit zu fördern. Diese wird langsam in den Eltern entstehen. Zunächst sollen seelische Zustände in den Eltern und ihren Kindern erkannt und bemerkt werden. Später versuchen sich die Eltern die Auswirkungen dieser Zustände auf das Verhalten und andere seelische Zustände vorzustellen. Erst dann kann in den Eltern ein Verständnis angeregt werden, dass die inneren Erlebniswelten mehrerer Personen in einer Wechselwirkung zueinander stehen (Slade, 2006, 642-648; Sadler et al. 2006, 279-283). Die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle ist hingegen kein explizites Ziel des Programmes. Der zweite Fokus bindungsfördernder Interventionen auf die Förderung des Erziehungsverhaltens bzw. das Vermeiden von ängstlichem Verhalten ist im MTB Interventionsprogramm ebenfalls nicht so offensichtlich. Die an der Entwicklung des MTB Programmes beteiligten Wissenschaftler sind allerdings der Ansicht, dass aus den Forschungsstudien zur elterlichen Reflexions- bzw. Mentalisierungsfähigkeit (siehe 2.5.3) hervorgeht, dass elterliche Repräsentationen über ihre Kinder und auch elterliches Erziehungsverhalten Manifestationen oder Stellvertreter der zugrunde liegenden Reflexions- bzw. Mentalisierungsfähigkeiten der Eltern darstellen. Slade et al. (2005a, 155) sind daher der Ansicht, dass jegliche Intervention, die unternommen wird, um das Erziehungsverhalten oder die elterlichen Repräsentationen zu verändern unbedingt mit der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit der Eltern verflochten gehört. Deshalb denken sie, eine Intervention sollte direkt auf die Förderung dieser Fähigkeit abzielen. Letztlich ermögliche nämlich die Mentalisierungsfähigkeit den Eltern, die Bedürfnisse ihrer Kinder genau wahrzunehmen und feinfühlig darauf zu reagieren. Implizit wird also auch der zweite Fokus umgesetzt. Die Fokussierung auf die therapeutische Beziehung zwischen Intervenierenden und Eltern ist wiederum ein sehr wichtiges Element des Interventionsprogrammes. Die Etablierung der therapeutischen Beziehung stellt für die Wissenschaftler des MTB Programmes

das Ziel dar, das zuerst erreicht werden muss. Nur in einer guten, vertrauensvollen Beziehung zwischen Intervenierenden und Eltern kann die Förderung der Mentalisierung erfolgreich sein (Sadler et al. 2006, 277f.). Im MTB Interventionsprogramm werden explizit also das erste, erweiterte Ziel und das dritte Merkmal bindungsfördernder Interventionen nach Berlin implementiert. Das Ziel, die Feinfühligkeit zu erhöhen, lässt sich nur mittelbar nachweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in COS und WWW die drei Aufgaben einer bindungsfördernden Intervention nach Berlin (2005) bzw. die Erweiterungen implementiert wurden. Das Ziel, das Erziehungsverhalten bzw. die Feinfühligkeit zu fördern, bzw. die Unterstützung der Eltern ängstigendes Verhalten zu vermeiden, wird in COS, ABC und WWW ersichtlich, in MTB wird die Erfüllung dieses Zieles mittelbar durch die Förderung der Mentalisierung erwartet. Die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle bzw. die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit wird in den Zielformulierungen aller Programme als Ziel betrachtet. Das dritte Merkmal bindungsfördernder Interventionen, die therapeutische Beziehung zwischen Intervenierenden und Eltern wird in den Programmen COS, WWW und MTB betont. In der Literatur zum ABC Programm können implizite Hinweise auf die Wichtigkeit dieser Beziehung gefunden werden, aber explizit wird dies nicht im Programm implementiert.

Es soll auch festgehalten werden, dass in den Interventionsprogrammen ABC und WWW explizit die Erweiterung des zweiten Zieles bindungsfördernder Interventionen impliziert wurde, indem bedrohliches bzw. intrusives Verhalten der Eltern vermieden werden soll, welches desorganisierte Bindungsmodelle bei Kindern offenbar begünstigt (siehe 2.5.4).

Ein weiteres Ziel, das häufig präsentiert wird, ist es, die Emotionsregulation der Eltern bzw. durch Anleitung jene der Kinder zu fördern. Natürlich gehört die Emotionsregulation auch zum elterlichen Verhalten. Da darunter, speziell in der Bindungstheorie aber oft die Feinfühligkeit verstanden wird und das Ziel der Emotionsregulation in der Literatur der Programme als eigenständiges Ziel betont wird, soll es hier auch eigenständig erwähnt werden. Lediglich im WWW Programm wird dies nicht explizit als Ziel angeführt. Dennoch ist, wie oben unter 5.3 ausgeführt, durch die theoretische Implikation des Containments, davon auszugehen, dass die Eltern darin unterstützt werden sollen, die Gefühle und Affekte ihrer Kinder containen zu können. Letzteres kann mit Emotionsregulationsförderung gleichgesetzt werden. Außerdem könnte in der Zielformulierung, dass das Kind zur

Mutter emotionalen und physischen Zugang haben soll, auch die Bereitschaft zur Emotionsregulation gemeint sein. Zusätzlich werden in den Studien zur Wirksamkeit des Programmes auch die Emotionsregulationsfähigkeiten der Kinder überprüft (Cohen et al. 1999, 2002). Wie die Ziele umgesetzt werden und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich dadurch unter den Interventionsprogrammen ergeben, wird im folgenden Kapitel erläutert.

5.5 Durchführung

An dieser Stelle sollen zunächst die verschiedenen Settings und die Art der Einschätzungsverfahren in den Interventionsprogrammen beleuchtet und unterschieden werden, bevor auf spezifische Techniken in der Durchführung eingegangen wird. Diese werden anhand der vorher erörterten Aufgaben nach Berlin (2005) und deren Erweiterung untersucht. Das bedeutet, dass Techniken, die der Umsetzung der Ziele bzw. Aufgaben der Programme dienen, zusammengefasst und verglichen werden.

Settings

Drei von den vier in dieser Arbeit beschriebenen Interventionsprogrammen finden mit den Mutter- bzw. Vater-Kind-Dyaden und den Intervenierenden statt. Nur COS stellt eine Gruppeninterventionsform dar, in der nur die Eltern ohne ihre Kinder anwesend sind. WWW findet in einem Praxisraum statt, während ABC und MTB Interventionsprogramme darstellen, die als Hausbesuche durchgeführt werden.

MTB ist das Interventionsprogramm, das bereits im letzten Trimester der Schwangerschaft startet und bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr des Kindes andauert. Dies ist das am längsten durchgeführte Programm. Die anderen Interventionsformen beginnen erst, wenn das Kind auf der Welt ist und haben eine relativ kurze Zeitspanne, WWW dauert acht Wochen, mit der Option zur Verlängerung auf 20 Wochen. ABC sieht eine Dauer von zehn Wochen vor und COS 20 Wochen. In jedem Programm wird eine Sitzung pro Woche, die meistens in etwa eine Stunde dauert, vorgesehen. Die Hausbesuche des MTB Programmes können auch mehrere Stunden dauern und finden im zweiten Lebensjahr des Kindes unregelmäßig statt. Meistens werden die Interventionen von einem Therapeuten durchgeführt, nur MTB beinhaltet die Betreuung einer Mutter-Kind-Dyade durch jeweils eine pädiatrisch ausgebildete Pflegeperson und einen Sozialarbeiter, die sich mit den Besuchen abwechseln.

Einschätzungsverfahren

In den verschiedenen Programmen werden vor Beginn und in manchen auch nach der Intervention, bei MTB während der Hausbesuche zur Zeit der Schwangerschaft, diagnostische Einschätzungsverfahren vorgenommen. Diese werden zu unterschiedlichen Zwecken durchgeführt.

Im Programm COS werden außerordentlich genaue Untersuchungen vor und innerhalb von zehn Tagen nach Ende der Intervention durchgeführt. Hier werden die Eltern-Kind-Dyaden vor der Intervention mittels Fremder Situation untersucht, um die Bindungsmuster der Kinder, aber auch die Fürsorgeverhaltensweisen der Eltern zu klassifizieren. Außerdem wird das „Circle of Security Interview“ (COSI) durchgeführt, um die inneren Arbeitsmodelle der Bezugspersonen zu erkennen und die spezifischen Sensibilitäten der Eltern zu erkennen, sodass differenzierte Ziele festgelegt werden können. Zusätzlich werden Videos der Dyaden aufgenommen, die Eltern und Kinder bei gemeinsamen Interaktionen zeigt. Das Videomaterial wird auch für die therapeutische Arbeit mit den Eltern benötigt. Die Untersuchungen nach der Intervention dienen der Feststellung, inwiefern das Programm wirksam war (Cooper et al. 2005; siehe auch 4.1.4).

Im ABC Programm wird vor Beginn der Intervention mit den Eltern das AAI durchgeführt, es dient dazu die inneren Arbeitsmodelle der Eltern deutlich zu machen, sodass die Therapeuten wissen, wie schon oben erwähnt, wie sie die Eltern am besten fördern können (Bick, Dozier, 2008; siehe auch 4.2.4 bzw. 4.2.2).

Im WWW kann sich das Einschätzungsverfahren über drei und mehr Termine erstrecken. Es dient hier in erster Linie dazu, festzustellen, ob WWW oder eine andere Intervention für die Familie sinnvoll ist. Alle bestehenden Probleme werden aufgezeichnet, um dies dann als „Therapiefahrplan“ nutzen zu können (Muir et al. 1999a; siehe auch 4.3.5).

MTB beinhaltet regelmäßige, standardisierte Untersuchungen, um die Wirksamkeit des Programmes überprüfbar zu machen (siehe 4.4.4). Darunter befinden sich natürlich Fremde Situation Tests und Untersuchungen zur mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit (Slade et al. 2005, 164).

Einerseits werden Tests bzw. Einschätzungsverfahren vorgenommen, um individuelle Ziele bzw. Herangehensweisen formulieren, andererseits um die Wirksamkeit der Interventionsprogramme beurteilen zu können. Auffällig ist, dass nur in einem Programm (COS,

Cooper et al. 2005) die Bindungsmuster der Kinder vor Beginn der Intervention untersucht werden.

Die Art und der Verlauf der Durchführung aller hier beschriebenen Interventionsprogramme sind in manualisierten Protokollen festgehalten, das heißt, die in dieser Arbeit beschriebenen Programme folgen einem ganz bestimmten, strukturierten Handlungsablauf. Die Ziele der Programme sollen während der Durchführung umgesetzt werden. Im Folgenden werden spezielle Techniken, die in den Programmen zur Umsetzung der implementierten Ziele dienen, zusammengefasst und verglichen.

Umsetzung der implementierten Merkmale bzw. Ziele

Es sollen nun die drei Merkmale bzw. Ziele bindungsfördernder Interventionen nach Berlin (2005) bzw. ihre Erweiterungen auf ihre Umsetzung in den verschiedenen Programmen untersucht werden. Außerdem soll geklärt werden, wie weitere Ziele der Interventionsprogramme umgesetzt werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden festgehalten.

Das erste Ziel, die inneren Arbeitsmodelle zu verändern bzw. die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern zu fördern wird in allen beschriebenen Interventionsprogrammen implementiert. Im COS Programm zeigt sich die Mentalisierungsförderung durch die Übung eines reflexiven Dialogs zwischen Therapeut und Elternteil, der anlässlich verschiedener Videosequenzen des betreffenden Elternteils und seines Kindes entsteht. Dabei soll durch Diskussionen mit dem Therapeuten über die Videosequenzen und über die dadurch wachgerufenen Erinnerungen des Elternteils für ihn die Möglichkeit entstehen, seine unangenehmen Gefühle zu spüren, während er über die gleichen Gefühle und ihre Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten reflektiert. Der reflexive Dialog hat drei Komponenten: Beziehung, Affekt und Reflexion. Es wird davon ausgegangen, dass solche Dialoge die Eltern dazu führen, dass sie unangenehme Ereignisse aus der Vergangenheit erinnern können und sich dennoch nicht dadurch in der Gegenwart von ihnen ängstigen lassen (Cooper et al. 2005, 138). Dies entspricht den oben erläuterten Meinungen Bowlbys (1988) darüber, wie Veränderung der inneren Arbeitsmodelle entstehen kann. Insofern werden durch diese Übung in Verbindung mit der guten, therapeutischen Beziehung auch die inneren Arbeitsmodelle der Eltern verändert.

Auch die Übung „Haifischmusik“ wird zur Mentalisierungsförderung eingesetzt (siehe S. 51f.). Durch diese Technik sollen die Eltern darüber nachdenken, inwiefern manche Signa-

le ihrer Kinder plötzlich eine persönliche „Haifischmusik“, also ängstliche oder aufregende Gefühle in ihnen auslösen, sowie bemerken, wann dies der Fall ist und die Gefühle während der persönlichen „Haifischmusik“ containen lernen (Cooper et al. 2005, 137f).

Im ABC Interventionsprogramm lässt sich die Implementierung des Zieles der Mentalisierungsförderung ebenfalls erkennen. Diesem Ziel werden zwei Sitzungen gewidmet. Hier sollen die Eltern herausfinden, wie ihre eigenen Bindungserfahrungen die Fähigkeit, gute Eltern zu sein beeinflussen und anhand eines Videos einer Mini-Fremden-Situation von sich und ihrem Kind darüber nachdenken, welche Gefühle sie selbst dabei hatten und wie wohl die eigenen Eltern auf ihren Kummer als Kind reagiert hätten (Dozier et al. 2005, 185). Außerdem wird auch die Übung „Haifischmusik“ aus dem COS entlehnt und angewendet (siehe 4.2.4).

Im WWW steht der Diskussionsteil zur Verfügung, um die Mentalisierung der Eltern zu fördern. Mutter und Therapeut diskutieren über deren Beobachtungen während der vom Kind geleiteten Aktivität. Dabei konzentrieren sie sich auf Schwierigkeiten der Mutter, die entstehen, wenn sie den Bedürfnissen ihres Kindes nicht folgen kann. Durch die Probleme in der vom Kind geleiteten Aktivität können frühe, schmerzliche Erfahrungen der Mutter wachgerufen werden. Im Gespräch darüber kann die Mutter lernen, sich selbst und die Auswirkungen eigener Gefühle und Gedanken zu verstehen. Dann kann sie auch die Motivationen des Verhaltens ihres Kindes nachvollziehen (Muir et al. 1999b; siehe auch 4.3.5).

Auch im MTB werden, um die Mentalisierungsfähigkeit der Mütter gezielt zu fördern, spezielle Techniken eingesetzt. Drei typische Vorgehensweisen der Intervenierenden werden erwähnt. Sie erfragen immer das innere Befinden der Mutter und des Babys und die Intentionen bzw. Bedeutungen ihres Verhaltens. Dadurch werden sie zur Stimme des inneren Erlebens von allen Beteiligten. Sie fragen die Mutter immer wieder nach ihren Gefühlen und denen ihres Kindes und sie animieren auch dazu, Pausen zu machen, um eine Situation für einen Moment genauer zu betrachten. Weiters sprechen die Therapeuten für das Baby und ermutigen die Mutter dazu, mit ihrem Kind zu spielen. Auch Videos von „face to face“ Interaktionen, die aufgenommen werden, wenn die Kinder vier Monate alt sind, werden in gewissen Abständen gemeinsam angeschaut. Auch hier sprechen die Intervenierenden ab und zu für Mutter und Kind und fassen so das jeweilige Erleben in Worte (Sadler et al. 2006, 283; siehe auch 4.4.4).

Das Erziehungsverhalten der Eltern bzw. die Vermeidung von ängstlichem Verhalten wird in den Programmen COS, ABC und WWW explizit gefördert. In den Programmen COS und ABC wird dazu vorrangig mit Videos gearbeitet, die die Eltern mit ihren Kindern in verschiedenen Interaktionen zeigen. Diese werden besprochen, Signale der Kinder sollen erkannt bzw. reinterpretiert und das eigene Verhalten bewusster gemacht werden. In beiden Programmen wird thematisiert, dass Kinder ihre Eltern oft ins falsche Bild ihre wahren Bedürfnisse betreffend setzen, d.h. sie senden falsche Signale (Cooper et al. 2005; Dozier et al. 2005). Durch den Beobachtungsteil im WWW soll die Mutter in die Lage versetzt werden, feinfühlig und weniger intrusiv mit ihrem Kind zu interagieren. Sie soll sich vom Kind leiten lassen und schauen, warten und das Verhalten ihres Kindes hinterfragen (Muir et al. 1999a).

In den Programmen COS, WWW und MTB wird die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung explizit betont. Mittels der guten Beziehung zwischen Intervenierenden und Eltern sollen die Ziele der Programme erreicht werden. In der Literatur zu den Programmen werden die Therapeuten als interessiert und wohlwollend beschrieben. Sie sollen eine sichere Basis für die Eltern darstellen und ihre Gefühle containen können. Die Therapeuten sollen außerdem so mit den Eltern umgehen, wie diese erlernen sollen, es mit ihren Kindern zu tun. In diesem Sinne sind sie auch Vorbilder. Die Intervenierenden im MTB Programm fördern die therapeutische Beziehung am Anfang zusätzlich durch Hilfestellungen im alltäglichen Leben. Auf diese Weise fühlen sich die Mütter ernst genommen und Vertrauen wird aufgebaut (Cooper et al. 2005, Cohen et al. 1999, Sadler et al. 2006).

In COS, ABC und MTB soll auch die Emotionsregulation der Kinder bzw. der Eltern gefördert werden. Im COS werden die Eltern vom Therapeuten und durch die Grafik „Kreis der Sicherheit“ („Organize my feelings“) darüber aufgeklärt, dass ihre Kinder Hilfe dabei benötigen, ihre Befindlichkeiten und Erfahrungen regulieren zu lernen. Während der Gruppenintervention lernen die Eltern emotionale Erfahrungen ihrer Kinder zu bemerken, zu identifizieren und sie zu benennen. Anlässlich verschiedener Videobetrachtungen sollen die Eltern in einen reflexiven Dialog über die emotionalen Erfahrungen ihrer Kinder treten. Dadurch lernen die Eltern gleichzeitig, ihre eigenen aufkommenden Emotionen zu regulieren (Cooper et al. 2005, 139).

Der Therapeut im ABC Programm vermittelt den Eltern bezüglich der Selbstwirksamkeit, wie wichtig eine vorhersagbare interpersonelle Umwelt für ihre Kinder ist. Die Eltern sollen sich von ihren Kindern in Interaktionen leiten lassen, sodass in ihnen ein Gefühl von Wirksamkeit entsteht. Auch der Unterschied zwischen „Initiative übernehmen“, wenn das Kind Kummer hat, und „Initiative überlassen“, wenn das Kind nicht unter Stress steht, wird diskutiert. Videos der Eltern-Kind-Dyaden werden hinsichtlich der kindlichen Signale nach Selbständigkeit untersucht. In weiteren Sitzungen wird auch die Bedeutung von Berührungen für die Selbstregulation der Kinder verdeutlicht. Hierbei werden ebenfalls Videos aufgenommen, in denen Eltern und Kind bspw. Schößspiele spielen. Danach wird den Eltern gezeigt, wie sehr die Kinder daran Gefallen finden und wie feinfühlig sie interagiert haben. Auch die Bedeutung ängstigen Verhaltens für die Entwicklung der Kinder wird den Eltern vermittelt.

Die MTB Intervenierenden „zeigen“ den Eltern innerhalb der therapeutischen Beziehung zunächst, dass ihre eigenen bedrohliche Gefühle und Affekte von den Therapeuten ausgehalten und containt werden können, sodass sie diese Erfahrung nach und nach bei sich selbst und dann bei ihren Kindern anwenden können (Sadler et al 2006).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die implementierten Ziele auf verschiedene Arten während der Durchführung der Programme umgesetzt werden. Ähnlichkeiten sind in der Art der Durchführungen der Programme COS und ABC zu finden. In beiden sind die Sitzungen in Themen über die Wochen verteilt. Die Technik der Videobetrachtungen und deren Diskussion passend zu den jeweiligen Themen werden in beiden Programmen verwendet. In beiden Programmen werden zunächst weniger bedrohliche Themen bzw. eher das feinfühlige Verhalten thematisiert und erst später werden eigene elterliche Anteile an weniger gut gelingenden Interaktionen mit den Kindern behandelt (siehe 4.1.4, 4.2.4). Auch im Programm MTB wird hin und wieder mit Videos gearbeitet, dennoch ist dies nicht regelmäßig der Fall. WWW verzichtet ganz auf Videos. Im WWW bleibt die Technik in jeder Sitzung gleich. Der Beobachtungsteil dient eher der Förderung des Erziehungsverhaltens, während im Diskussionsteil eher auf einem repräsentativen Level gearbeitet wird. Im MTB werden vor allem sprachliche Techniken der Intervenierenden verwendet, die das innere Erleben von Mutter und Kind verdeutlichen.

5.6 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Interventionsprogramme

In diesem Kapitel sollen die Forschungsergebnisse zusammenfassend beleuchtet werden, um in einem weiteren Schritt, erfolgreiche Resultate mit den Erkenntnissen aus den Vergleichen der fünf vorangegangenen Kategorien in Verbindung zu setzen.

Insgesamt wurden von der Autorin mehr publizierte Forschungsstudien erwartet, als tatsächlich gefunden wurden. Vor allem bei Programmen, die schon länger umgesetzt werden, wie WWW, wurde in kürzerer Vergangenheit keine Studie veröffentlicht. Leider gibt es auch noch keine veröffentlichte Studie von Ergebnissen des Programmes MTB.

Deutlich wurde ebenfalls, dass in den meisten hier beschriebenen Wirksamkeitsstudien vor allem Informationen über die Veränderung der kindlichen Bindungsqualität vorliegen. Weitere bindungsspezifische Aspekte bzw. Ziele der Interventionsprogramme wie die mütterliche Feinfühligkeit wurden nur in zwei Studien untersucht, in jener von Cassidy et al. (2010) über die Integration des COS-PP in ein umfassendes Programm zur Gefängnisumweltumgebung substanzmissbrauchender, schwangerer Frauen, und in den Wirksamkeitsstudien über das Program WWW. Grundsätzlich bilden die Studien über WWW und ABC die detailreichsten vorliegenden Untersuchungen. In den Wirksamkeitsstudien über das WWW Programm wurden auch die kindlichen Emotionsregulationsfähigkeiten und mütterliche Einschätzungen über die therapeutische Beziehung erhoben. In den ABC Studien wurden implementierte Ziele dahingehend untersucht, ob sie erreicht wurden. So wurden die Cortisolproduktion und das Verhalten von Pflegekindern, wenn diese traurig waren, untersucht (Dozier et al. 2006, 2008, 2009).

Als erfolgreiche Interventionsprogramme mit guten Ergebnissen hinsichtlich der Bindungsqualität der Kinder stellten sich COS und ABC dar. Die vorläufigen Ergebnisse des MTB Programmes sehen ebenfalls vielversprechend aus, während die Wirksamkeit des WWW, vor allem im Vergleich mit einer ähnlichen Studie über das COS Programm, nicht so eindeutig erscheint. Dies soll an dieser Stelle noch einmal verdeutlicht werden.

In der Untersuchung des COS Programmes von Hoffman et al. (2006) war es, durch die Erhebung der Bindungsqualität des Kindes vor Interventionsbeginn, möglich zu zeigen, wie sich diese nach der Intervention verändert hatte. Es wurden Kinder mit dem durch-

schnittlichen Alter von 32 Monaten untersucht. Dabei war zu sehen, dass fast 70% der vorher desorganisiert gebundenen Klein- und Vorschulkinder nach der Intervention ein organisiertes Bindungsmuster entwickelt hatten. Und fast die Hälfte, 44% der zunächst unsicher gebundenen Kinder, waren nachher sicher gebunden. Diese Ergebnisse sind sehr aussagekräftig. Die starke Wirksamkeit des COS Interventionsprogrammes zeigt sich auch im Vergleich zu einer ähnlichen Studie über das WWW Programm (Cohen et al. 1999). Ähnlich sind die Studien deshalb, weil auch in der Studie von Cohen et al. bereits vor der Intervention der kindliche Bindungsstatus erhoben wurde. Nach der Intervention waren von den ursprünglich desorganisiert gebundenen Kindern 14,7% organisiert gebunden und von den Kindern, die vor der Intervention unsicher gebunden waren, waren danach 20,6% sicher gebunden. In der Studie von Cohen et al. wurden durch WWW zwar bessere Ergebnisse erzielt als durch die Kontrollintervention, verglichen mit den prozentualen Anteilen in der COS Studie von Hoffman et al. jedoch zeigen sich bezüglich der Bindungsqualität der Kinder die eindeutig besseren Ergebnisse auf der Seite des COS Programmes. Tatsächlich bezeichnen auch die Autoren der WWW Studie die positiven Ergebnisse als „mäßig“ (Cohen et al. 2002, 446). Es muss allerdings angemerkt werden, dass hier der Unterschied der Zielgruppe ausschlaggebend sein könnte. WWW wendet sich an Familien, die klinisch vorstellig werden, während COS sich an Hochrisikoeitern wendet. Laut Bakermans-Kranenburg et al. (2005, 199) scheint es insgesamt schwierig zu sein, desorganisierte Bindungsmuster in klinischen Gruppen zu verändern. Die Autoren bezeichneten in ihrer Analyse WWW als das erfolgreichste Programm in dieser Gruppe.

Im Vergleich mit der Kontrollinterventionsgruppe war WWW am Ende der Behandlungen erfolgreicher in der Veränderung der kindlichen Bindungsqualitäten hin zu organisierten bzw. sicheren Modellen. Außerdem konnten die Kinder aus der WWW Gruppe besser ihre Emotionen regulieren als die der Vergleichsgruppe. Die Feinfühligkeit der Mütter wurde aber in beiden Interventionsgruppen verbessert, sodass dieser Faktor von den Autoren nicht als vermittelnder Faktor für die besseren Bindungsqualitäten im WWW gesehen werden konnte. Ebenfalls wiesen die mütterlichen Einschätzungen der therapeutischen Beziehung in der WWW Gruppe und der in der Kontrollinterventionsgruppe PPT keine signifikanten Unterschiede auf, sodass von den Autoren auch der Faktor einer guten, therapeutischen Beziehung nicht als vermittelnd für die verbesserten Bindungsqualitäten der Kinder in der WWW Gruppe am Ende der Behandlung interpretiert wurde (Cohen et al. 1999). Interessanterweise konnte sechs Monate nach dem Behandlungsende, mittels einer „Follow Up“-

Studie festgestellt werden, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen der WWW Gruppe und der PPT Gruppe mehr bestanden. Sowohl der Anteil der sicher bzw. organisiert gebundenen Kinder, als auch die Emotionsregulationsfähigkeiten waren in beiden Gruppen ähnlich. Das deutet darauf hin, dass bestimmte Ergebnisse durch WWW schneller erzielt werden (Cohen et al. 2002).

COS wurde auch in einem Projekt eingesetzt, durch das ein Gefängnisaufenthalt substanzmissbrauchender, schwangerer Mütter umgangen werden kann. Hier wurde das COS-PP, eine modifizierte Form des COS Protokolls für Schwangere und ihre zukünftigen Kinder, angewandt, um eine gesunde Bindungsentwicklung der Kinder zu fördern. Als die Kinder zwölf Monate alt waren, wurden die Mutter-Kind-Dyaden mittels der Fremden Situation untersucht. Es hat sich herausgestellt, dass 70% der Kinder sicher gebunden waren. Dieser Anteil erwies sich im Vergleich mit den Anteilen sicher gebundener Kinder in anderen Hochrisikogruppen als signifikant höher. Eher kann man diesen Anteil sicher gebundener Kinder in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Risiko finden. Lediglich 20% der Kinder waren desorganisiert an ihre Mütter gebunden. Dies stellt einen viel geringeren Anteil dar, als es üblicherweise in Hochrisikosamples der Fall ist, und ähnelt dem Anteil desorganisiert gebundener Kinder in nord-amerikanischen Mittelklassesamples. Das Programm war auch erfolgreich hinsichtlich der mütterlichen Feinfühligkeit (Cassidy et al. 2010).

Auch das ABC Programm scheint sehr wirksam für Kinder zu sein, die fremduntergebracht sind und ebenso für Kinder, die ein hohes Risiko tragen, von ihren Eltern misshandelt bzw. vernachlässigt zu werden (Dozier et al. 2006, 2008, 2009, Bernard et al. 2012). Es zeigte sich, dass die Cortisollevel fremduntergebrachter Kinder nach der Intervention eher denen von Vergleichskindern glichen, die nie fremduntergebracht waren, als die der Kinder aus der Kontrollinterventionsgruppe. Eine normale Cortisolproduktion dürfte durch das ABC Interventionsprogramm bei fremduntergebrachten Kindern begünstigt werden (Dozier et al. 2006, 2008). Dies bedeutet gleichzeitig, dass Stress reduziert werden kann und die Kinder über eine verbesserte Emotionsregulation verfügen.

Außerdem wurde festgestellt, dass die fremduntergebrachten Kinder der ABC Interventionsgruppe weniger vermeidende Verhaltensweisen zeigten, wenn sie traurig waren, als die der Vergleichsgruppe. Dies deutet darauf hin, dass ABC wirksam ist, die Fähigkeit von Pflegekindern zu fördern, sich aktiv Unterstützung von ihren Eltern zu holen (Dozier et al. 2009).

In einer bisher unveröffentlichten Studie zeigten sich 60% der Pflegekinder nach der ABC Intervention als sicher gebunden. Dieser Anteil an sicher gebundenen Kindern kommt in Bevölkerungsgruppen mit geringem Risiko vor (Dozier et al. 2007, zit. nach Berlin et al. (2008, 751).

Eine sehr neue Studie zeigt, dass ABC auch bei Kindern, die bei ihren biologischen Eltern leben, dort jedoch einem großen Risiko für Misshandlung bzw. Vernachlässigung ausgesetzt sind, wirksam ist. Nach der Intervention waren 32% der Kinder der ABC Gruppe desorganisiert gebunden, während 57% der Kinder aus der Vergleichsinterventionsgruppe desorganisierte Bindungsmuster entwickelt hatten. 52% der Kinder aus der ABC Gruppe waren sicher an ihre Mütter gebunden jedoch nur 33% der Kinder, die die Vergleichsintervention erhielten (Bernard et al. 2012). Verglichen mit Samples mit misshandelten Kindern, in denen der Anteil sicher gebundener Kinder nur 5% beträgt ist dies ein sehr erfreuliches Ergebnis. Samples mit niedrigem Risiko enthalten 62% sicher gebundener Kinder, der Unterschied zu 52% der sicher gebundenen Kinder nach der ABC Intervention ist also gering (Cassidy et al. 2010).

Leider gibt es vom MTB Programm noch keine veröffentlichte Studie. Erste Ergebnisse der Untersuchungen lassen aber auch hier auf ein sehr wirksames Programm schließen. Sadler et al. (2006) sprechen von verbesserten mütterlichen Mentalisierungsfähigkeiten nach 24 Monaten und ihre Auswertungen konnten einen sehr geringen Anteil desorganisiert gebundener Kinder zwischen 12 und 18 Monaten feststellen. Dieser betrug nur acht Prozent, was dem Anteil in nord-amerikanischen Mittelklasse-Samples (15%) ähnelt und weitaus geringer als in anderen Hochrisiko Samples (21%-67%) (Cassidy et al. 2010) ist.

Die Interventionsprogramme COS, ABC und MTB scheinen also sehr wirksam zu sein, um sichere Bindungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, in denen die Kinder ein erhöhtes Risiko aufweisen, negative Bindungsentwicklungen einzugehen, zu fördern. Gleichzeitig gelingt es offensichtlich durch sie, desorganisierte Bindungen zu reduzieren. Auch WWW zeigte dahingehend Erfolge, allerdings nicht so eindeutige. Weitere Interpretationen zu den Ergebnissen in Verbindung mit den Erkenntnissen aus den vorhergegangenen Kapiteln werden abschließend vorgenommen.

6. Resümee

In diesem letzten Kapitel sollen die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien über die Interventionsprogramme mit Erkenntnissen der Vergleiche in den vorangegangenen sechs Kategorien zusammenfassend in Verbindung gebracht werden. Es wird auch auf Literatur Bezug genommen, die bereits im Forschungsstand (Kapitel 3) erwähnt wurde, um eventuell bestehende Erkenntnisse zu bestätigen, zu erweitern, oder zu differenzieren und zu klären, in welchen Punkten noch Forschungsbedarf besteht. Weiters sollen in diesem Kapitel die Forschungsfragen der Arbeit explizit beantwortet werden.

6.1 Diskussion der Erkenntnisse und Ausblicke

COS und MTB wurden für Hochrisikofamilien entwickelt, in denen Kinder erfahrungsgemäß ein erhöhtes Risiko tragen, desorganisierte Bindungen mit ihren Bezugspersonen einzugehen. ABC wurde ursprünglich für Pflegeeltern und ihre Pflegekinder konzipiert, wird aber auch in biologischen Familien eingesetzt, in denen die Kinder drohender Misshandlung oder Vernachlässigung ausgesetzt sind, also auch in Hochrisikofamilien. Diese Gemeinsamkeit und der große Erfolg der Interventionsprogramme, desorganisierte Bindungen zu minimieren bestätigen die Aussage von Bakermans-Kranenburg et al. (2005, 209f.), dass Interventionseffekte in jenen Gruppen größer sind, in denen das Risiko desorganisierter Bindungen am höchsten ist, wie das in Hochrisikofamilien der Fall ist, weil hier die Bindungsorganisationen den größten Raum haben, sich zu verbessern. Verglichen mit dem Interventionsprogramm WWW, welches nur mäßigen Erfolg zeigte und Eltern-Kind-Dyaden mit Problemen in der Beziehung fokussierte, kann dem jedenfalls zugestimmt werden. In der WWW Studie waren vor der Intervention weniger Kinder desorganisiert gebunden, als in der ABC Studie (Cohen et al. 1999, Hoffman et al. 2006). Außerdem wurde, wie schon oben erwähnt, festgestellt, dass desorganisierte Bindungen in klinischen Gruppen schwieriger zu verändern seien. WWW stellte sich dahingehend als erfolgreichste Intervention dar (Bakermans-Kranenburg et al. 2005). Diese Tatsachen für sich können bzw. sollen aber hier nicht ausschließlich als ausschlaggebende Faktoren für den signifikanten Erfolg der Interventionsprogramme COS, ABC und MTB gesehen werden.

Die Interventionsprogramme COS und ABC wurden für die Arbeit mit Eltern und ihren Kindern im Kleinkindalter (COS zusätzlich für Vorschulkinder) entwickelt und werden eher kurz gehalten (zehn bzw. 20 Wochen), während MTB für schwangere Mütter ab dem letzten Trimester bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr des Kindes vorgesehen ist und somit eine über zweijährige Interventionsspanne vorsieht. Bakermans-Kranenburg et al. (2005, 209) befanden, dass die effektivsten Interventionen, um desorganisierte Bindungen zu reduzieren, diejenigen seien, die ab einem Kindesalter von sechs Monaten starten. Dies gilt nur für COS und ABC. Für das MTB Programm trifft die Aussage Egeland et al. (2000, 79) zu, dass besonders für Hochrisikofamilien früh einsetzende Interventionen, die lange dauern, intensiv und vernetzt mit anderen Unterstützungsformen am wirksamsten sind. In der vorliegenden Arbeit haben sich sowohl die Kurzzeitinterventionen als auch die Langzeitinterventionsform des MTB mit einem sehr geringen Anteil von 8% desorganisiert gebundener Kinder als erfolgreich herausgestellt, desorganisierte Bindungen zu reduzieren und sichere Bindungen zu begünstigen.

In oben genannten Fällen geht es um die äußeren Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Interventionsprogramme stattfinden. Was lässt sich aber über den Inhalt der Interventionsprogramme und dessen Einfluss auf den Erfolg in den Wirksamkeitsstudien sagen?

Alle vier Interventionsprogramme beinhalten mehr als ein Merkmal bindungsfördernder Interventionen nach Berlin (2005). Zur Erinnerung sollen diese an der Stelle noch einmal deutlich gemacht werden. Das erste Ziel einer bindungsfördernden Intervention ist die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle bzw. die Förderung der elterlichen Mentalisierungsfähigkeit. Das zweite Ziel stellt die Förderung des Erziehungsverhaltens (Feinfühligkeit, Verhalten als sichere Basis) bzw. die Vermeidung ängstigen Verhaltens dar. Die beiden Ziele sollen drittens innerhalb einer guten therapeutischen Beziehung, in der der Therapeut als sichere Basis fungiert, erreicht werden.

In den Ausführungen über COS und WWW sind alle Merkmale einer bindungsfördernden Intervention explizit vorhanden. Im ABC Programm sind die beiden Ziele explizit vorhanden, die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Interventionsprozess kann implizit ausgemacht werden. Im MTB sind ausdrücklich die Fokussierungen auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit und auf die therapeutische Beziehung gegeben, die Förderung der Feinfühligkeit wird aber mittelbar über die gesteigerte Mentalisierungsfähigkeit erwartet. Keines der Programme widmet sich ausschließlich dem elterlichen Erziehungs-

verhalten bzw. der Feinfühligkeit der Eltern. Hinsichtlich des Erfolges der Interventionsprogramme COS, ABC und den vorerst vielversprechenden Ergebnissen des MTB Programmes kann die Ansicht Bakermans et al. (2003, 2005) nicht bestätigt werden, dass vor allem auf die Feinfühligkeit fokussierte Interventionen erfolgreich sind, sichere Bindungen zu fördern bzw. desorganisierte Bindungen zu minimieren. Im Gegenteil, in allen Programmen wird die Wichtigkeit der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit erkannt. Bei der Betrachtung der Interventionsprogramme fiel ein weiteres gemeinsames Ziel auf, die Emotionsregulation wird von den Wissenschaftlern aller Programme als wichtige zu fördernde Komponente angesehen. Im WWW Programm wird die Bedeutung implizit durch die Theorie des Containments sichtbar.

Die Emotionsregulation der Kinder wurde von Cohen et al. (1999) und von Dozier et al. (2006, 2008) vor und nach den Interventionen untersucht. In beiden Untersuchungen stellte sich heraus, dass die Kinder der Untersuchungsgruppen, also in der ABC Gruppe und in der WWW Gruppe nach der Intervention besser ihre Emotionen regulieren konnten als die Kinder aus den Vergleichsinterventionsgruppen. In der ABC Studie wurden fremduntergebrachte Kinder untersucht. Die Kinder aus der ABC Gruppe hatten nach der Intervention sogar ähnliche Cortisollevel wie Kinder, die nie fremduntergebracht waren. Diese Ergebnisse und die (wenn auch mäßig durch WWW) verbesserten Bindungsqualitäten der Kinder aus den ABC und WWW Interventionsgruppen weisen eventuell auf einen Zusammenhang zwischen der Förderung der emotionalen Selbstregulation der Kinder und verbesserten Bindungsqualitäten dieser hin.

Die Fähigkeit zur Emotionsregulation eines Kindes kann nur mit Hilfe der Unterstützung der Bezugspersonen entstehen. Dabei müssen die Bezugspersonen intensive negative und positive Gefühle, die das Kind nicht selbst regulieren kann, „coregulieren“ (Schore 1994, zit. nach Cooper et al. 2005, 138). Durch diese Erfahrung erlangt das Kind die Vorstellung, dass emotionale Befindlichkeiten bzw. Bedürfnisse erkannt werden, geteilt werden können und nicht überwältigend sind (Bowlby 1982; Marvin, Britner 1999, zit. nach Cooper et al. 2005, 139). Nach Cooper et al. (2005, 139) fördert das Eingehen der Eltern auf jegliche Emotionen des Kindes, in rückversichernder, abgestimmter und coregulierender Art und Weise, beim Kind ein Gefühl von Unterstützung und emotionaler Sicherheit. In diesem Sinne könnte die Fähigkeit der Eltern als Coregulator mit dem Kind zu interagieren, die kindliche Emotionsregulation fördern und damit auch die Bindungssicherheit des Kindes.

Ein weiteres positives Ergebnis der Studie von Dozier et al. (2009) ist, dass Pflegekinder nach der ABC Intervention bei Kummer weniger vermeidende Verhaltensweisen zeigen. Sie können sich also aktiv Unterstützung bei ihren Eltern holen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Ziel des Interventionsprogrammes, dass die Eltern die Signale ihrer Kinder neu interpretieren sollen, weil diese sich oft so verhalten mögen, als würden sie keine Unterstützung benötigen, ebenfalls erreicht wurde. Möglicherweise deutet diese Erkenntnis zusätzlich an, dass die Eltern vom Kind als zuverlässiger Coregulator gesehen werden. Dies wiederum würde für die Bedeutung der Emotionsregulation sprechen.

Leider wurden in den beschriebenen Wirksamkeitsstudien der anderen Interventionsprogramme, auch in der Studie von Bernard et al. (2012), die ABC in biologischen Familien untersuchten, diesbezüglich keine Erhebungen gemacht, obwohl die Emotionsregulationsförderung darin ein Ziel darstellt. Hier sollten zukünftige Untersuchungen anknüpfen, damit besser verstanden werden kann, ob die Verbesserung der Emotionsregulation der Kinder tatsächlich zu mehr sicheren bzw. weniger desorganisierten Bindungen führt. Wie schon unter 5.3 beschrieben, sehen Slade et al. (2005) die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern als notwendig an, um Emotionen regulieren zu können. Diese ermöglicht den Eltern nämlich erst, affektive Zustände in sich selbst und ihren Kindern wahrzunehmen. Dies würde für eine Förderung beider Fähigkeiten der Eltern sprechen, die der Mentalisierungsfähigkeit und der Emotionsregulation.

Weitere vielversprechende Erkenntnisse bezüglich der Mentalisierungsfähigkeit sind den vorläufigen Ergebnissen der MTB Untersuchungen zu entnehmen, in denen von einer besseren Reflexionsfähigkeit der Mütter nach 24 Monaten und nur acht Prozent desorganisiert gebundener Kinder im Alter von zwölf bis 18 Monaten gesprochen wird (Sadler et al. 2006). Da das Hauptaugenmerk des MTB Programmes auf der Mentalisierungsförderung liegt, ist anzunehmen, dass diese mit den Ergebnissen zusammenhängt. Die Veröffentlichung der Studie wird zeigen, inwiefern dies zutrifft.

Bisher wurden die Mentalisierungsfähigkeiten der Eltern in Studien zu Interventionsprogrammen nicht beforscht, auch nicht in den Wirksamkeitsstudien der vier vorgestellten Programme. Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit kann als Ziel in allen beschriebenen Programmen erkannt werden. Weitere Forschungen, die belegen, ob die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern durch diese Programme gefördert wird, könnten einen

wichtigen Beitrag zu der Klärung, welche Komponenten in Interventionsprogrammen zu deren Erfolg führen, leisten.

Bezüglich der Art der Durchführung der Interventionsprogramme wurden wesentliche Ähnlichkeiten zwischen COS und ABC gefunden. Beiden Interventionsprogrammen liegen Einschätzungsverfahren vor Beginn der Interventionseinheiten zu Grunde, die den Interventionsierenden Einblick in die inneren Repräsentanzen der Eltern verschaffen, sodass die Interventionen an die Eltern gut angepasst werden können. Dies geschieht in ABC durch das AAI, in COS durch das spezielle COSI-Interview. In beiden Programmen werden die zu behandelnden Themen in Wochen aufgeteilt. Dabei werden Einheiten, die für die Eltern bedrohlicher sind, in denen also eigene Anteile an problematischen Interaktionen besprochen werden, erst später vorgenommen. Es werden ähnliche Techniken verwendet, wobei Videobetrachtungen die essenzielle Methode der beiden Programme sind. Angesichts der Tatsache, dass beide Programme sehr erfolgreich bei Hochrisikofamilien dazu beitragen, dass sichere Bindungen bzw. desorganisierte Bindungen in prozentualen Anteilen so häufig auftreten wie in Bevölkerungsgruppen mit einem geringen Risiko, ist es sinnvoll zu fragen, inwiefern Videofeedbackverfahren dazu beitragen. Auch in MTB werden regelmäßig mit der Mutter Videos betrachtet und auch hier sind vorläufige Ergebnisse zur Bindungsentwicklung vielversprechend. Bakermans-Kranenburg et al. (in press, zit. nach Berlin et al. 2008) sind der Ansicht, dass das Kind zum „Co-therapeuten“ wird, wenn die Eltern Videos ihrer Interaktion mit dem Kind betrachten. Die Eltern beobachten besonders genau die Reaktionen ihres Kindes. Wenn das Kind in einer Situation dankbar lächelt, in der die Eltern feinfühlig agierten, nimmt es die Rolle des Therapeuten ein. Die Autoren gehen davon aus, dass dieser Prozess nach den Interventionseinheiten anhält. Tucker (2006) wendet Videobetrachtungen und -diskussionen in der Durchführung des WWW an. Sie berichtet von deutlichen Vorteilen sowohl für ihre therapeutische Arbeit als auch für die Eltern. Es sollte untersucht werden, inwiefern das WWW signifikantere Erfolge aufweisen kann, wenn zusätzlich Videobetrachtungen mit den Eltern durchgeführt würden. Die Bedeutung von Videobetrachtungen in erfolgreichen Interventionsprogrammen sollte durch Untersuchungen weiterhin beforscht werden, weil dadurch bestätigt werden könnte, dass die Verwendung dieser in Interventionsprogrammen die Bindungsentwicklung verbessert.

Ebenso besteht weiterer Forschungsbedarf bezüglich des Transmissionsmodells innerhalb der Interventionsprogramme. Zeanah und Lieberman (1999, zit. nach Berlin et al. 2008,

757) bemerkten, dass in keiner Studie jemals gleichzeitig elterliche Repräsentationen bzw. die Mentalisierungsfähigkeiten (Erweiterung durch die Autorin dieser Arbeit), Feinfühligkeit bzw. ängstiges Verhalten (Erweiterung durch die Autorin dieser Arbeit) und Bindungsqualitäten der Kinder vor und nach der Intervention untersucht wurden. Dies gilt, zumindest für die vier beschriebenen Programme, immer noch. Dabei würde sich dies bei den Programmen COS und ABC anbieten, da bei der Durchführung dieser vor Beginn der Intervention die elterlichen Repräsentanzen ohnehin untersucht werden, im COS zusätzlich auch die Bindungsqualität der Kinder. Aufgrund der Aktualität der Programme werden mehr Wirksamkeitsstudien erwartet. Ebenso muss erst erforscht werden, inwiefern die positiven Ergebnisse bzw. die verbesserten Bindungsqualitäten der Kinder nach längerer Zeit erhalten bleiben.

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst detailliert über die Entwicklung der Bindung beim Kind Aufschluss gegeben. Dabei wurden die kindlichen Bindungsmodelle, die inneren Arbeitsmodelle und die Mentalisierungsfähigkeit erörtert. Es wurde thematisiert, inwiefern unsichere und vor allem desorganisierte Bindungsqualitäten der Kinder Risikofaktoren für deren weitere Entwicklung bergen. Außerdem konnten vielfältige elterliche Einflussfaktoren auf die kindliche Bindung erklärt werden, wie die Feinfühligkeit, die inneren Arbeitsmodelle, die Reflexionsfähigkeit und ängstliche, ängstigende und andere atypische Verhaltensweisen von Eltern.

In einem weiteren Schritt wurden Forschungsarbeiten, die sich mit bindungsfördernden Interventionen beschäftigen, thematisiert. Aus dem Forschungsstand leiteten sich die drei Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit ab. Diese sollten mittels eines Literaturreviews und eines anschließenden zusammenfassenden Vergleiches untersucht werden. Im Folgenden sollen die drei Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet werden.

1. Welche Eltern-Kleinkind-Interventionsprogramme für die ersten drei Lebensjahre sind in der Literatur beschrieben, die explizit bindungstheoretisch begründet sind und ausdrücklich die Förderung der Bindung oder damit in Zusammenhang stehende Komponenten zum Ziel haben?

In der Literatur konnten verschiedene Interventionsprogramme gefunden werden, die die Kriterien der Forschungsfrage erfüllen. Da die Programme jedoch ausführlich beschrieben werden sollten und der Rahmen der Diplomarbeit begrenzt ist, wurden vier Interventionsprogramme für die Untersuchung ausgewählt. Diese sind: „Kreis der Sicherheit“ („Circle of Security“- COS) (Marvin et al. 2003; Cooper et al. 2005), „Attachment and Biobehavioural Catch Up“ (ABC) (Dozier et al. 2005; 2006), „Watch, Wait and Wonder“ (WWW) (Cohen et al. 1999; Muir et al. 1999) und „Minding the Baby“ (MTB) (Slade et al. 2005; Slade 2006). Die Gründe für die Auswahl der Interventionsprogramme bzw. Ausschlussgründe für die anderen Programme wurden unter dem Kapitel 3.2 „Methode“ (S. 38) erörtert.

2. Welche Forschungserkenntnisse gibt es im Bereich, inwiefern diese Programme Bindungsentwicklungen beeinflussen?

Von der Autorin der vorliegenden Arbeit wurden mehr Forschungsstudien erwartet, als durch die Literaturrecherche gefunden werden konnten. Die gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Bindungsentwicklung von Kindern deuten allerdings in den meisten Fällen auf eine signifikante Wirksamkeit der untersuchten Interventionsprogramme hinsichtlich der Förderung sicherer Bindungen und der Geringhaltung desorganisierter Bindungen hin. Letzteres ist besonders bedeutsam, wenn es sich um Hochrisikofamilien handelt. COS und ABC zeigten sich dahingehend als erfolgreich bei Kleinkindern aus Hochrisikofamilien und bei fremduntergebrachten Kleinkindern. Beide Gruppen neigen dazu, desorganisierte Bindungen zu entwickeln. Untersuchungen nach den Interventionen zeigen allerdings in beiden Fällen Anteile sicher gebundener und desorganisiert gebundener Kinder, die üblicherweise in Bevölkerungsgruppen mit geringem Risiko auftreten. Leider wurden über das MTB Programm noch keine Wirksamkeitsstudien veröffentlicht. Vorläufige Forschungsergebnisse sind aber auch hier vielversprechend. Es wird von verbesserter Mentalisierungsfähigkeit der Mütter und einem geringen Anteil desorganisiert gebundener Kinder von nur acht Prozent gesprochen. Lediglich durch das Interventionsprogramm

WWW konnte eine nur mäßige Verbesserung der kindlichen Bindungsqualitäten nachgewiesen werden.

3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich bei einem Vergleich der Programme feststellen?

Bei einem Vergleich der Programme wurde herausgefunden, dass die Interventionsprogramme in unterschiedlichen Kontexten entstanden sind und verwendet werden. Ebenso wenden sie sich in der Anwendung an unterschiedliche Zielgruppen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vier Interventionsprogramme mittlerweile vorwiegend im öffentlichen Bereich eingesetzt werden und vernetzt sind mit Organisationen bzw. Zentren des gesundheitsfördernden Gemeinwesens, wobei WWW aber auch COS zusätzlich im klinischen Bereich angewendet werden. Zielgruppen der Interventionsprogramme sind häufig Hochrisikofamilien, aber auch Pflegeeltern und ihre Kinder, sowie Eltern und Kinder mit Problemen in der Beziehung. WWW wendet sich an Eltern von Kindern im Alter von vier Monaten bis ins Schulalter, COS wird bei Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter angewendet, ABC bei Kindern im Alter zwischen zwölf und 24 Monaten. MTB ist das einzige Interventionsprogramm, das bereits an schwangere Frauen ab dem letzten Trimester gerichtet wird. Dies ist auch das einzige Langzeitinterventionsprogramm, es dauert bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr des Kindes. Die anderen Programme sind zeitlich auf zehn Wochen (ABC), 20 Wochen (COS) oder acht bis 20 Wochen (WWW) begrenzt.

In den Interventionsprogrammen wird vorwiegend mit den Eltern-Kind-Dyaden gearbeitet. Nur in COS wird in Gruppen mit den Eltern und ohne Kinder gearbeitet. ABC und MTB werden als Hausbesuche durchgeführt.

In ihren theoretischen Grundlagen beziehen sich die Programme auf unterschiedliche Aspekte der Bindungstheorie und -forschung. In COS, ABC und MTB spielen auch psychoanalytische Theorien eine Rolle. Im ABC Programm sind eigene Forschungsarbeiten der Entwickler des Programmes über die Bindung von Pflegekindern in den theoretischen Implikationen enthalten.

Die Zieldefinitionen wurden hinsichtlich dreier Merkmale bindungsfördernder Interventionen nach Berlin (2005) und den Erweiterungen durch die Autorin der vorliegenden Arbeit untersucht, die folgendermaßen lauten: Bindungsfördernde Interventionen sollten auf die

inneren Arbeitsmodelle der Eltern und/oder auf die elterliche Mentalisierungsfähigkeit fokussiert sein. Durch sie sollten das elterliche Erziehungsverhalten (insbesondere Feinfühligkeit und Verhalten als sichere Basis) gefördert und/oder ängstigendes Verhalten der Eltern vermieden werden und beides sollte im Rahmen einer guten therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Eltern stattfinden, in der der Therapeut als sichere Basis für die Eltern agiert.

In allen vier Programmen sind mindestens zwei der drei Kriterien in den Zielen enthalten. In den Programmen COS und WWW werden alle vier Kriterien implementiert. In ABC beziehen sich die Wissenschaftler in den Zielformulierungen nicht explizit auf die therapeutische Beziehung. Es wird aber in der Literatur implizit auf die Wichtigkeit dieser Beziehung hingewiesen. Im MTB Programm wird die Verbesserung des Erziehungsverhaltens mittelbar über die Mentalisierungsförderung erwartet. Zusätzlich zu den drei Merkmalen nach Berlin wurde die Emotionsregulation der Kinder als wichtiges Ziel der Programme ersichtlich. In der Durchführung werden die Ziele mittels verschiedener Techniken umgesetzt. Die Art der Durchführung gestaltet sich in den Programmen COS und ABC ähnlich. Unter anderem wird in beiden Programmen mittels Videobetrachtungen gearbeitet. Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Interventionsprogramme in ihren Anwendungskontexten, Zielgruppen, Settings und Durchführungen unterscheiden, die implementierten Ziele jedoch ähnlich sind und dass vor allem die neueren Interventionsprogramme sehr vielversprechend die kindliche Bindungsqualität fördern.

6.3 Weiterführende Bemerkungen

Abschließend sollen einige Gedanken dazu erläutert werden, inwiefern die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit von pädagogischer Relevanz sind. Es konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, dass die Bindungstheorie und -forschung in ihren praktischen Anwendungen innerhalb verschiedener Interventionsprogramme zu einer gesunden Entwicklung von Kindern beiträgt und damit für die Pädagogik als Handlungsfeld von größter Bedeutung ist.

Besonders interessant erscheint, dass neuere Anteile der Bindungstheorie, wie Erkenntnisse über die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern und über ängstigendes elterliches Verhalten, zunehmende Bedeutung in den Interventionsprogrammen erlangen und mitunter deren

Erfolg mit beeinflussen. Dies muss jedoch durch weitere Untersuchungen bestätigt werden. Allerdings lässt sich allgemein sagen, dass die Evaluationen der Interventionsprogramme nicht nur zu Zwecken ihrer Überprüfung durchgeführt werden und zu eventuellen Veränderung der Programme führen, sondern mitunter auch einen Beitrag zur Differenzierung bzw. Erweiterung der Bindungstheorie leisten können bzw. hilfreich dafür sind, die „Transmissionslücke“ in der Bindungstheorie zu schließen. Folglich werden Erkenntnisse darüber, welche Faktoren als wirksam für die Förderung früher sicherer Bindungen bzw. für die Vermeidung desorganisierter Bindungen, also Erkenntnisse darüber, was förderlich für eine gesunde Entwicklung der Kinder ist, auch Einfluss auf die Pädagogik, ihre Theorien und Handlungsfelder haben.

An dieser Stelle sei noch einmal auf die Emotionsregulation hingewiesen. Die in der vorliegenden Arbeit gewonnene Erkenntnis, dass womöglich die Förderung der Emotionsregulation der Kinder zu besseren Bindungsentwicklungen führt, muss weiter beforscht werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwiefern die Fähigkeit der Eltern, ihr Kind bei der Emotionsregulation zu unterstützen mit ihrem Verhalten als sichere Basis für das Kind zusammenspielt. Cassidy et al. (2005) sind der Ansicht, dass das Verhalten der Eltern als sichere Basis eventuell eher einen verbindenden Mechanismus zwischen den Bindungsrepräsentanzen der Eltern und den Bindungsqualitäten der Kinder darstellt als die Feinfühligkeit. Da bei der Zurverfügungstellung der sicheren Basis auch Emotionen der Kinder durch die Eltern reguliert werden, wäre es sinnvoll zu überprüfen, ob und gegebenenfalls welcher Zusammenhang besteht.

Schließlich kann nochmals auf das bereits angesprochene Verhältnis von Theorie und Praxis in allgemeiner Perspektive hingewiesen werden. Weil kein linearer Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis angenommen werden kann, können die theoretischen Konzepte, wie die Bindungstheorie, die Theorie des Holdings, des Containments, bzw. die Theorie der Mentalisierungsfähigkeit einer nur *indirekten* Überprüfung unterzogen werden. Umso wichtiger wäre es, dass innerhalb der jeweiligen Konzepte die theoretischen Bezugnahmen explizit gemacht würden und nicht erst erschlossen werden müssen, wie dies beim Programm WWW und der Mentalisierungstheorie der Fall war. Darüber hinaus müsste die Dokumentation der konkreten Praxis der jeweiligen Konzepte verfeinert werden, weil auch darin ein Hinderungsgrund für die wissenschaftlich genaue Überprüfung der Interventionsprogramme zu sehen ist. Aber auch auf der Ebene der Evaluation der Programme gilt es

das Instrumentarium zu schärfen: diesem Anspruch wurde versucht mit der Integration von zwei zusätzlichen Kriterien (der Mentalisierungsfähigkeit und der Vermeidung ängstigen Verhaltens) gerecht zu werden. Um die angesprochene Differenzierung der Interventionsprogramme demnach einerseits zu fördern, sie aber andererseits nicht zulasten der Vergleichbarkeit, die eine Voraussetzung für deren Verbesserung darstellt, voranzutreiben, bedarf es der begleitenden Forschung ebenso, wie einem Bewusstsein in der Praxis für die Rückbindung an Theoriebildung, wie Evaluationsforschung. Die pädagogische Relevanz dieser Arbeit kann demnach zusätzlich darin gesehen werden, dass sie - ganz im Sinne eines Literaturreviews - dazu beiträgt, den Blick sowohl in wissenschaftlich-methodologischer, als auch in praktischer Hinsicht auf die Notwendigkeit des Zusammenwirkens höchst unterschiedlicher Faktoren zu richten, um einen Fortschritt im Rahmen theoriegeleiteten pädagogischen Handelns zu ermöglichen. Darin ist zugleich der Versuch enthalten, auf jene Aufgaben hinzuweisen, vor der zukünftige pädagogische Forschung steht.

Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (2004): Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung, Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag; München; 63-80.

Ainsworth, M.D.S. (1967): *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*. John Hopkins University Press; Baltimore.

Ainsworth, M.D.S.; Bell S.M.; Stayton, D.J. (1974): Infant-mother attachment and social development: Socialisation as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards, M.J.M. (Ed.): *The integration of a child into a social world*. Cambridge University Press; London; 99-135.

Ainsworth, M.D.S. (1974): Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (Hrsg.) (2003): *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby Mary, Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta; Stuttgart; 414-421.

Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.C.; Waters, E.; Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum; Hillsdale, NJ.

Bakermans-Kranenburg, M.J.; Van Ijzendoorn, M.H.; Juffer, F. (2003): Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. In: *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 2, 195-215.

Bakermans-Kranenburg, M.J.; Van Ijzendoorn, M.H.; Juffer, F. (2005): Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-Analysis. In: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 26, No. 3, 191-216.

Berlin, L. (2005): Interventions to Enhance Early Attachments. The State of the Field Today. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. The Guilford Press; New York, London; 3-33.

Berlin, L.; Zeanah, C.H.; Lieberman, A. (2008): Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press; New York; 2nd edition; 745-761.

Bernard, K.; Dozier, M.; Bick, J.; Lewis-Morrarty, E.; Lindheitm, O.; Carlson, E. (2012): Enhancing Attachment Organization Among Maltreated Children: Results of a Randomized Trial. In: *Child Development*, Vol. 83, No. 2, 623-636.

Bick, J.; Dozier, M. (2008): Helping Foster Parents Change: The Role of Parental State of Mind. In: Steele, H.; Steele, M. (Eds.): *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*. The Guilford Press; New York; 452-470.

Bowlby, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler Verlag; München.

Bowlby, J. (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler Verlag; München.

Bowlby, J. (1987): Bindung. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (Hrsg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby Mary, Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta; Stuttgart; 22-26.

Bowlby, J. (1988): A Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory. Nach Ernst Reinhardt Verlag; München; 2008.

Bretherton, I. (1991): The roots and growing points of attachment theory. In: Parkes, C.M.; Stevenson-Hinde, J.; Marris, P. (Eds.): Attachment Across the Life Cycle. Tavistock/Routledge; London, New York; 9-32.

Brisch, K.H. (2003): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta; Stuttgart; 105-135.

Brisch, K.H. (2010): SAFE - Sichere Ausbildung für Eltern: Sichere Bindung für Eltern und Kind. Klett-Cotta; Stuttgart.

Cassidy, J.; Woodhouse, S.; Cooper, G.; Hoffman, K.; Powell, B.; Rodenberg, M. (2005): Examination of the Precursors of Infant Attachment Security. Implications for Early Intervention Research. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy. The Guilford Press; New York, London; 34-60.

Cassidy, J. (2008): The Nature of the Child's Ties. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. The Guilford Press; New York; 2nd edition; 3-22.

Cassidy, J.; Ziv, Y.; Stupica, B.; Sherman, L.J.; Butler, H.; Karfgin, A.; Cooper, G.; Hoffman, K.T. (2010): Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. In: Attachment & Human Development, Vol. 12, No. 4, 333–353.

Cohen, N.; Muir, E.; Parker, C.J.; Brown, M.; Lojkasek, M.; Muir, R.; Barwick, M. (1999): Watch, Wait and Wonder. Testing the Effectiveness of a New Approach to Mother-Infant Psychotherapy. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 20, No. 4; 429-451.

Cohen, N.; Lojkasek, M. ; Muir, E. ; Muir, R. ; Parker, C.J. (2002): Six-Month Follow Up of Two Mother-Infant Psychotherapies. Convergence of Therapeutic Outcomes. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 23, No. 4, 361-380.

Cohen, N.; Lojkasek, M.; Muir, E. (2002/2003): Watch, Wait and Wonder. An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. In: Newsletter of Infant Mental Health Promotion Project (IMP), Vol. 35, 1-4.

Cooper, G.; Hoffman, K.; Powell, B.; Marvin, R. (2005): The Circle of Security Intervention. Differential Diagnosis and Differential Treatment. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy. The Guilford Press; New York, London; 127-151.

Datler (2003): Ist Bindungstheorie von psychoanalytischer Relevanz? Über unmittelbare und mittelbare Folgen der Bindungsforschung für Psychoanalytische Pädagogik. In: Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hrsg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Psychosozial Verlag; Gießen; 71-108.

Dornes, M. (1998): Bindungstheorie und Psychoanalyse. In: Bohleber, W. (Hrsg.): Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Jhg. LII. Klett-Cotta; Stuttgart; 299-348.

Dornes, M. (2004): Die emotionale Welt des Kindes. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH; Frankfurt am Main; 4. Auflage.

Dozier, M.; Higley, E.; Albus, K.; Nutter, A. (2002): Intervening with Foster Infants' Caregivers: Targeting three Critical Needs. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 23, No. 5, 541-554.

Dozier, M.; Sepulveda, S. (2004): Foster Mother State of Mind and Treatment Use: Different Challenges for Different People. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 24, No. 4, 368-378.

Dozier, M.; Lindhiem, O.; Ackerman, P. (2005): Attachment and Biobehavioral Catch Up: An Intervention Targeting Empirically Identified Needs of Foster Infants. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy. The Guilford Press; New York, London; 178-194.

Dozier, M.; Peloso, E.; Lindhiem, O.; Gordon, M.K.; Manni, M.; Sepulveda, S.; Ackerman, J. (2006): Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. In: Journal of Social Issues, Vol. 62, No. 4, 767-785.

Dozier, M.; Peloso, E.; Lewis, E.; Laurenceau, J.P.; Levine, S. (2008): Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. In: Development and Psychopathology, Vol. 20, 845-859.

Dozier, M.; Lindhiem, O.; Lewis, E.; Bick, J.; Bernard, K.; Peloso, E. (2009): Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviours: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. In: Child and Adolescent Social Work Journal, Vol. 26, No. 4, 321-332.

Egeland, B.; Weinfield, N.S.; Bosquet, M.; Cheng, V.K. (2000): Remembering, Repeating, and Working Through: Lessons from Attachment-Based Interventions. In: Osofsky, J.D.; Fitzgerald, H.E. (Eds.): WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Volume four. Infant Mental Health in Groups at High Risk. John Wiley & Sons, Inc.; New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto; 36-89.

Egeland, B.; Erickson, M.F. (2004): Lessons from STEEP: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: Sameroff, A.J., McDonough; Rosenblum, K.L. (Eds.): Treating parent-infant relationship problems; Guilford Press; New York; 213-242.

Fonagy, P. (1998a): Prevention, The Appropriate Target of Infant Psychotherapy. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 19(2), 124-150.

Fonagy, P. (1998b): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In: Bohleber, W. (Hrsg.): Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Jhg. LII. Klett-Cotta; Stuttgart; 349-368.

Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta; Stuttgart.

Fremmer-Bombik, E. (1999): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, G.; Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta; Stuttgart; dritte durchgesehene Auflage; 109-119.

Grossmann, K.E. (2004): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag, München, 21-38. Keller, H. (2004): Kultur und Bindung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag; München; 110-123.

Hart, C (2008): Doing a Literature Review. Releasing the Social Science Research Imagination. Sage; London, California, India, Singapore.

Hinshelwood, R.D. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse; Stuttgart.

Hoffman, K.T.; Marvin, R.S.; Cooper, G.; Powell, B. (2006): Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.74, No.6, 1017-1026

Juffer, F.; Bakermans-Kranenburg, M.J.; van Ijzendoorn, M.H. (2008): Promoting Positive Parenting. An Attachment-Based Intervention. Taylor & Francis Group; New York.

Köhler, L. (1998): Anwendungen der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis, Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In: Bohleber, W. (Hrsg.): Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Jhg. LII. Klett-Cotta; Stuttgart; 369-397.

Köhler, L. (2004): Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. In: Forum Psychoanalyse 20; 158-174.

Lyons-Ruth, K.; Jacobvitz, D. (2008): Attachment Disorganization. Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. The Guilford Press; New York; 2nd edition; 666-697.

Lyon-Ruth K.; Melnick, S.; Bronfman, E. (2006): Desorganisierte Kinder und ihre Mütter. Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In: Brisch, K.H.; Grossmann, E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Klett-Cotta; Stuttgart; 2. Auflage; 249-276.

Main, M. (1999): Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler, G.; Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta; Stuttgart; dritte durchgesehene Auflage; 120-139.

Marvin, R.S.; Cooper, G.; Hoffman, K.; Powell, B. (2003): Das Projekt "Kreis der Sicherheit": Bindungsgeleitete Intervention bei Eltern-Kind-Dyaden im Vorschulalter. In: Scheurer-Englisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.K.P. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Psychosozial-Verlag; Gießen; 25-49.

Marvin, R.S.; Britner, P.A. (2008): Normative Development. The Ontogeny of Attachment. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. The Guilford Press; New York; 2nd edition; 269-294.

Muir, E. (1992): Watching, Waiting and Wondering. Applying Psychoanalytic Principles to Mother-Infant Intervention. In: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 13, 319- 328.

Muir, E.; Lojkasek, M.; Cohen, N. (1999a): Watch, Wait & Wonder. A Manual Describing a Dyadic Infant-led Approach to Problems in Infancy and Early Childhood. The Hincks-Dellcrest Centre and The Hincks-Dellcrest Institute; Toronto.

Muir, E.; Lojkasek, M.; Cohen, N. (1999b): Observant Parents. Intervening through Observation. In: *Infant Observation*, Vol. 3, No. 1, 11-23.

Page, T. F.; Cain, D.S (2009): "Why Don't You Just Tell Me How You Feel?": A Case Study of a Young Mother in an Attachment-Based Group Intervention. In: *Child and Adolescent Social Work Journal*, Vol. 26, 333-350.

Ramsauer, B.; Gehrke, J.; Lotzin, A.; Powell, B.; Romer, G. (2011): Bindung und Bindungstherapie. Die Hamburger Interventionsstudie „Kreis der Sicherheit“. In: *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 60, 417- 429.

Rance, S. (2005): Attending to early relationship difficulties: Applying the "Watch Wait and Wonder" approach in a pilot project for babies and parents. In: *Infant Observation*, Vol. 8, No. 2, 125-138.

Sadler, L.; Slade, A.; Mayes, L. (2006): Minding The Baby: A Mentalization-Based Parenting Program. In: Allen, J.G.; Fonagy, P. (Eds.): *Mentalization-Based Treatment*. John Wiley&Sons Ltd., 271-288.

Schaub, H.; Zenke, K.G. (2000): Wörterbuch Pädagogik. Deutscher Taschenbuchverlag; München; überarbeitete und erweiterte Auflage.

Scheithauer, H.; Petermann, F. (2000): Frühinterventionen und -präventionen im Säuglings-, Kleinkind- und frühen Kindesalter. In: Petermann, F.; Niebank, K.; Scheithauer, H.

(Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Hogrefe-Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; 331-356.

Slade, A.; Sadler, L.; Dios-Kenn, C.D.; Webb, D.; Currier-Ezepchick, J.; Mayes, L. (2005): Minding the Baby: A Reflective Parenting Program. In: Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 60, 74-100.

Slade, A.; Sadler, L.; Mayes, L. (2005): Minding the Baby: Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy. The Guilford Press; New York, London; 152-177.

Slade, A. (2006): Reflective Parenting Programs: Theory and Development. In: Psychoanalytic Inquiry, Vol. 26, No. 4, 640-656.

Solomon, J.; George, C. (2008): The Measurement of Attachment Security and Related Constructs in Infancy and Early Childhood. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. The Guilford Press; New York; 2nd edition; 383-416.

Suess, G.J.; Hantel-Quitmann, W. (2008): Bindungsbeziehungen in der Frühintervention. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag; München; 2. Auflage; 332-350.

Tucker, J. (2006): Using video to enhance the learning in a first attempt at "Watch, Wait and Wonder". In: Infant Observation, Vol. 9, No. 2, 125-138.

Zimmermann, P.; Suess, G.J.; Scheurer-Englisch, H.; Grossmann, K.E. (2000): Der Einfluß der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit. In: Petermann, F.; Niebank, K.; Scheithauer, H. (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Hogrefe-Verlag; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; 301-327.

Ziv, Y. (2005): Attachment-Based Intervention Programs. Implications for Attachment Theory and Research. In: Berlin, L.; Ziv, Y.; Amaya-Jackson, L.; Greenberg, M.T. (Eds.): Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy. The Guilford Press; New York, London; 61-78.

Internetquellen

NSPCC:

http://www.nspcc.org.uk/Inform/resourcesforprofessionals/underones/minding_the_baby_wda85606.html am 20.6.2012

Yale Child Study Center (2012):

<http://childstudycenter.yale.edu/community/baby.aspx> am 17.6.2012

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: "Kreis der Sicherheit". In: Marvin, R.S.; Cooper, G.; Hoffman, K.; Powell, B. (2003): Das Projekt "Kreis der Sicherheit": Bindungsgeleitete Intervention bei Eltern-Kind-Dyaden im Vorschulalter. In: Scheurer-Englisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.K.P. (Hrsg.): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Psychosozial-Verlag; Gießen; 25-49.

Margot Meidl

Persönliche Informationen

Geb.: 03.10.1980 / Oberpullendorf

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung

2003 - 2012 Studium der Bildungswissenschaften / Universität Wien
(Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik & Sozialpädagogik)

2000 - 2003 Pädagogische Akademie (Diplompädagogin für das Lehramt an Volksschulen) / Ettenreichgasse - Wien

1991 - 1999 Gymnasium / BG & BRG Mattersburg

1987 - 1991 Volksschule / Wimpassing a. d. Leitha

Berufserfahrung

seit 2009 Volksschullehrerin / OVS Stolberggasse 53

2008 - 2009 Sozialpädagogische Familienintensivbetreuung für Jugendamt / Neusiedl am See

2006 - 2008 Pädagogin in den Mutter-Kind-Heimen des Vereins „Rat und Hilfe“ / Wien

Okt 06 - Jun 08 Wissenschaftliches Praktikum „Die Entwicklung der Beziehung zwischen Mutter und Baby“ / Uni Wien
in Kooperation mit Dr. Kornelia Steinhardt und Prof. Dr. Rüdiger Kießgen

Sep 2005 Pädagogisches Praktikum in sozial- und rehabilitationspädagogischen Gruppen / NZ Rosenhügel - Wien

2003 - 2004 Computertrainerin bei „Profikids Österreich“ / Wien

Jul 03 & Jul 04 Praxis in Integrationsgruppe des Kindergartens Auwinkel / Mattersburg

2000 - 2003 Unterrichtspraxis in Volksschul-, Sonderschul- und Integrationsklassen / Wien

seit 1996 Private Kinderbetreuung / Burgenland & Wien
