

9. Prävention von Bindungsstörungen

Karl Heinz Brisch

9.	Prävention von Bindungsstörungen.....	1
9.1.	Emotionale Auswirkungen von Bindungsstörungen	1
9.2.	Primäre Prävention von Bindungsstörungen durch das Präventionsprogramm „SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern“	2
9.2.1.	Zielgruppe für eine Prävention von Bindungsstörungen	3
9.2.2.	Inhalte des Programms SAFE®	4
9.2.3.	SAFE®-Mentorenausbildung.....	8
9.2.4.	Evaluation und Forschung zum Programm SAFE®	9
9.2.5.	Zusammenfassung	9
9.3.	Sekundäre Prävention von emotionalen Störungen durch „B.A.S.E.® - Babywatching gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie“	10
9.3.1.	Inhalte des Programms B.A.S.E.®	11
9.3.2.	Ergebnisse einer Pilotstudie	11
9.3.3.	Zusammenfassung	12

9.1. Emotionale Auswirkungen von Bindungsstörungen

Die Prävention von emotionalen Störungen etwa durch eine sichere Bindung an eine spezifische Bindungsperson ist ein hervorragendes Fundament für eine gesunde motorische, kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern. Es ist daher eine vordringliche Aufgabe, sichere Bindungsentwicklungen von Kindern zu fördern und frühe Bindungsstörungen zu verhindern, weil mit solchen emotionalen Störungen Verzögerungen bis zu schwerwiegenden Störungen in der motorischen und der kognitiven Entwicklung sowie auch in den empathischen Fähigkeiten der Kinder verbunden sind. Kinder mit Bindungsstörungen zeigen gravierende Defizite in der Aufnahme und Gestaltung von Bindungsbeziehungen, sie verhalten sich in Konflikten eher aggressiv und können sich schlecht in die emotionalen Bedürfnisse, Gedanken und Handlungsabsichten ihres Gegenübers einfühlen. Hieraus können erhebliche Missverständnisse bis Störungen in alltäglichen Interaktionen entstehen, was sich etwa besonders im Jugend- und Erwachsenenalter in Schwierigkeiten in partnerschaftlichen Beziehungen zeigen kann (Becker-Stoll, 2002; Zimmermann et al., 1997). Bindungsstörungen zeigen eine gewisse Per-

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

sistenz und können ohne neue sichere emotionale Beziehungserfahrungen oder therapeutische Interventionen nicht aufgelöst werden. Sie zeigen vielmehr eine Tendenz, sich zu verfestigen und können nach klinischer Erfahrung auf die eigenen Kinder übertragen und somit an die nächste Generation weitergegeben werden (Brisch, 2002;Brisch, 1999;Brisch, 2003).

Eine primäre Prävention von Bindungsstörungen ist daher ein vordringliches Ziel und könnte zur Prävention und Förderung der emotionalen psychischen Stabilität beitragen.

9.2. Primäre Prävention von Bindungsstörungen durch das Präventionsprogramm „SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern“

Eine primäre Prävention im psychischen Bereich sollte die Förderung der psychischen Gesundheit von Eltern und Kindheit zum Ziel haben. Die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens ist hierbei eine grundlegende Zielsetzung, die mit erheblichen Vorteilen für die Entwicklung von Kindern verbunden ist. Kinder mit einer sicheren Bindungsentwicklung sind in der Lage, sich in Notsituationen Hilfe zu holen, sie haben mehr freundschaftliche Beziehungen, ein ausgeprägtes und differenziertes Bewältigungsverhalten, sie können auf verschiedenste Bewältigungsstrategien zurückgreifen, können partnerschaftliche Beziehungen eingehen, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den Partner beinhalten und für beide Seiten befriedigend sind. In ihren kognitiven Funktionen sind Kinder mit einer sicheren Bindung kreativer, ausdauernder und differenzierter. Ihre Gedächtnisleistungen und ihr Lernverhalten sind besser. Sie lösen Konflikte konstruktiver und sozialer und zeigen weniger aggressives Verhalten in Konfliktsituationen. Auch die Sprachentwicklung von Kleinkindern ist besser und weist weniger Störungen auf (Dieter et al., 2005;Klann-Delius, 2002). Alle diese positiven Effekte sind bei Kindern mit unsicherer Bindungsentwicklung verlangsamt oder gestört, dagegen zeigen Kinder mit Bindungsstörungen sogar erhebliche Irritationen und psychopathologischen Auffälligkeiten in all diesen Entwicklungsbereichen (Brisch, 1999;Brisch, in press;Minde, 2003;Zeanah & Emde, 1994). Das Ziel einer Prävention sollte daher darin bestehen, die Eltern für die emotionalen Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder zu sensibilisieren. Feinfühliges Eltern, die emotional für die Signale ihrer Kinder verfügbar sind, fördern eine sichere Bindungsentwicklung ihrer Kinder. Eltern, die selbst unter Bindungsstörungen leiden, können Kinder in ihren Bedürfnissen und Signalen nur unzureichend erkennen, interpretieren die Signale oft falsch und fördern unsichere Bindungsentwicklungen ihrer Kinder. Wenn die Eltern zusätzlich traumatisierend auf ihre Kinder einwirken, indem sie gegenüber ihren Kindern körperliche, emotionale oder sexuelle Gewalt ausüben, entstehen aus diesen Erfahrungskontexten bei den Kindern Bindungsstörungen mit verschiedensten Mustern (Brisch, 1999). In der Prävention sollte daher auf der einen Seite feinfühliges Interaktionsverhalten der Eltern eingeübt werden und die Eltern für die Signale ihrer Kinder mit Videofeedback sensibilisiert werden. Gerade die Videodemonstration von Eltern-Kind-Interaktionsverhaltensweisen erweist sich als hervorragendes Instrument, um mit Hilfe dieses Mediums die Eltern für die Signale und die Interpretation der Signale ihrer Säuglinge zu sensibilisieren (Grossmann et al., 1985;Kindler & Grossmann, 1997).

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Aus der klinischen Arbeit ist bekannt, dass Eltern mit eigenen unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen dazu neigen, ihre Kinder als Projektionsfläche zu benutzen, wenn traumatische Erfahrungen durch das Verhalten der Kinder getriggert werden. In diesen Situationen beginnen die Eltern, eigene traumatische Erfahrungen mit den Kindern zu inszenieren und sie so zu Mitakteuren in einem alten Theaterstück zu machen. Genau dies sind die klassischen Situationen, in denen die Eltern durch Reaktivierung von alten Traumata in allen Bereichen heftige Affekte wieder erleben und – unbewusst – ihre Kinder zu Opfern von körperlichen, emotionalen oder sexuellen Gewalttaten machen. Genau diese Verhaltensweisen aber führen zu Bindungsstörungen bei den Kindern. Es entsteht auf diese Weise ein Teufelskreis von traumatischen Erfahrungen, die von der Eltern- auf die Kindergeneration übertragen wird, so dass wir aufgrund der Traumatisierung Bindungsstörungen über Generationen diagnostizieren können. Man könnte annehmen, dass solche Weitergaben von Entwicklungsstörungen genetisch bedingt sind, eine Familienanamnese zeigt aber, dass die „Familiengeschichten“ seit Generationen von Gewalt und unfeinfühligem Verhaltensweisen der Eltern gegenüber ihren Kindern geprägt sind (Brisch, 2003;Brisch, 2003;Brisch, 2003;Brisch, 2003;Brisch, 2004).

9.2.1. Zielgruppe für eine Prävention von Bindungsstörungen

Die Zielgruppe einer primären Prävention von emotionalen Entwicklungsstörungen richtet sich an Väter und Mütter. Insbesondere werdende Eltern, sowohl Erst- wie auch Mehrgebärende, sollten an primären Präventionsprogrammen teilnehmen, damit schon mit Beginn der Schwangerschaft Eltern in ihren elterlichen Kompetenzen und Fähigkeiten durch Unterricht, Seminare und zusätzliche Medienmöglichkeiten wie Videofeedback geschult und für die Bedürfnisse ihres Kindes emotional und auch kognitiv sensibilisiert werden. Grundsätzlich sollten die Eltern eine Motivation mitbringen, sich auf die emotionale Entwicklung ihres Kindes einzulassen und hierfür ein Präventionsprogramm als unterstützende Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Eltern gerade während der Schwangerschaft sehr mit ihren eigenen traumatischen Erfahrungen aus ihrer Kindheit beschäftigt sind. Gerade die Beziehung zu den eigenen Eltern sowohl mit den positiven Bindungserfahrungen wie auch mit traumatischen Erfahrungen werden wieder wachgerufen aus der Erinnerung und sind oftmals den Eltern während der Schwangerschaft mit allen affektiven Erinnerungen von Freude, Angst, Wut und Enttäuschung sehr nahe. Die Eltern überlegen sich, ob sie im Entwurf einer eigenen Mutterschaft oder Vaterschaft so werden möchten wie ihre Eltern oder ob sie auf gar keinen Fall die eigenen Erfahrungen mit ihren Eltern in der neuen eigenen Elternschaft wiederholen möchten. Gerade während der Schwangerschaft sind die Eltern aufgrund der eigendynamischen Prozesse in Beschäftigung mit ihrer Kindheit und Vergangenheit sehr motiviert und aufnahmebereit, sich mit den selbst erlebten Erfahrungen auch nochmals auseinander zu setzen. Ist ein Baby erst einmal geboren, sind die Eltern mit vielen dynamischen Prozessen der aktuellen Gegenwart, wie Füttern, Wickeln und Schlafen des Babys beschäftigt, so dass die Erfahrungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit – positive wie schmerzliche - wieder in den Hintergrund treten oder ganz verschwinden. In dieser Phase nach der Geburt benötigen die Eltern während des 1. Lebensjahres zusätzliche Hilfestellungen, da viele Fragen erst dann auftauchen, wenn

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

die Eltern konkret durch das Baby damit konfrontiert sind. Oft sehen wir in der psychosomatischen Ambulanz Eltern erst dann, wenn viele interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Schlafen, Beziehungsaufbau, bereits ein gewisses Maß an Verfestigung und Chronifizierung zeigen, also ein Baby etwa bereits über mehrere Wochen täglich für viele Stunden weint und sich nicht beruhigen lässt. Die Eltern suchen unsere Ambulanz oftmals erst auf, wenn sie bereits im Stadium der psychischen Dekompensation sind. Um solche Zustände möglichst frühzeitig abzufangen und den Eltern unmittelbar bei den ersten Irritationen und Schwierigkeiten eine Hilfestellung anzubieten, sollte ein Präventionsprogramm möglichst auch Eltern mit einem Säugling während des 1. Lebensjahres in der Adaptationsphase nach der Geburt unterstützen.

9.2.2. Inhalte des Programms SAFE®

Auf diesem Hintergrund wurde ein primäres Präventionsprogramm mit dem Namen „SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern“ entwickelt, das spezifisch eine sichere Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind fördern, die Entwicklung von Bindungsstörungen verhindern und ganz besonders die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen verhindern soll. Aus diesem Grund wurde auch der Name SAFE® gewählt, der symbolisch impliziert, dass die Entwicklung sowohl für die Eltern als auch für das Kind sicher sein soll. Die Eltern werden über die Auslage von Flyern in Apotheken, Arztpraxen (Gynäkologen, Kinderärzte), Familienbildungsstätten, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie in Presseberichte über das Präventionsprogramm informiert und für neue SAFE®-Gruppen geworben. Es gibt unterschiedliche Finanzierungsmodelle, die jeweils davon abhängen, wo die SAFE®-Gruppen stattfinden und wer der Organisator ist. Teilweise werden SAFE®-Gruppen über Familienbildungsstätten oder Schwangerschaftsberatungsstellen organisiert und angeboten und auch über Zuschüsse finanziert, so dass die Eltern selbst nur einen kleinen Teilnehmerbeitrag zahlen müssen, manchmal werden die Gruppen aber etwa auch von niedergelassenen Hebammen und Psychotherapeuten organisiert, die eine modifizierte Honorarvergütung direkt von den Eltern erhalten, die sie direkt mit diesen vereinbaren. In der Regel werden die Gruppen von einem LeiterIn mit Co-Leitung über den gesamten Zeitraum von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres gemeinsam geführt.

Das SAFE®-Programm besteht insgesamt aus vier Modulen (Tab. 1).

Tabelle 1 bitte hier einfügen

Im pränatalen sowie postnatalen Modul treffen sich die Eltern in Elterngruppen. Die Gruppe mit den Eltern, die gleichzeitig in ähnlichen Schwangerschaftsphasen sind, stellt dabei einen wesentlichen haltenden Rahmen für das gesamte Programm dar. Es entsteht über die Kursdauer von der 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ende des 1. Lebensjahres eine große Gruppenkohäsion. Die individuelle Traumapsychotherapie sowie die Benutzung einer Hotline werden von den Eltern individuell in Anspruch genommen. Somit kombiniert SAFE® gruppentherapeutische Effekte wie auch individualtherapeutische Möglichkeiten in einem einzigen Präventionsprogramm.

SAFE® - pränatales Modul

Im pränatalen Modul treffen sich die Elterngruppen an 4 Sonntagen während der Schwangerschaft, beginnend ab ca. der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) und dann folgend in der 24., 28. bis zur 32. SSW. Das Programm beginnt bereits sehr frühzeitig zu einem Zeitpunkt, an dem in der Regel die Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik abgeschlossen ist und es somit an der Existenz und der Fortführung der Schwangerschaft keinen großen Zweifel mehr geben sollte. Der Sonntag hat sich als exzellenter Kurstag bestätigt, da an diesen Tagen die Elternpaare in der Regel sehr entspannt teilnehmen können und besonders auch die Väter motivierter sind. Die Inhalte des pränatalen Moduls umfassen intensive Informationen und Austausch in der Gruppe, etwa über Kompetenzen des Säuglings und der Eltern, Erwartungen der Eltern, wie an das ideale Baby, die ideale Mutter, den idealen Vater, Fantasien und Ängste der Eltern, die pränatale Bindungsentwicklung und Eltern-Säuglings-Interaktionen. Diese werden mit Videobeispielen veranschaulicht, und die Eltern werden daran gezielt geschult, die Signale eines Babys genau wahrzunehmen und richtig zu interpretieren. Dieses Video-Interaktionstraining ermöglicht den Eltern, ganz spezifisch an konkreten Videoaufnahmen etwa zum Füttern, Stillen, Wickeln sowie zum Spiel und Zwiegespräch zwischen Eltern und Kind erste Erfahrungen zu sammeln und sich auf die Signale des Säuglings feinfühlig einzustellen. Hierbei werden auch elterliche Kompetenzen und die Reaktionsbereitschaft des Säuglings auf diese intensive Weise anhand von kurzen Videosequenzen geschult. Weiterhin erlernen die Eltern bereits von Kursbeginn Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren, um mit stressvollen Situationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt besser umgehen zu können. Es ist aus der Forschung bekannt, dass sich Ängste und Stresserleben während der Schwangerschaft sowohl auf die emotionale Bereitschaft der werdenden Mutter, sich im Sinne der vorgeburtlichen Bindung auf den Säugling einzulassen, als auch auf den Säugling selbst und seine Reizbarkeit und Stresstoleranz negativ auswirken können. Weiterhin können die Eltern die pränatal gelernten Stabilisierungs- und Entspannungstechniken sehr gezielt nach der Geburt einsetzen, wenn stressvolle Phasen mit dem Säugling entstehen, und in der Regel entstehen sie bei allen Eltern-Kind-Paaren früher oder später. Solange das Baby aber noch im Bauch versorgt ist, haben die Eltern mehr Zeit und innere Bereitschaft, solche Entspannungsverfahren bereits vor der Geburt zu erlernen. Ist das Baby erst einmal da und fordert die Eltern Tag und Nacht, finden sie weniger bis oft keine Ruhe mehr, sich auf das Erlernen neuer Entspannungsverfahren einzulassen.

SAFE® - postnatales Modul

Nach der Geburt werden die Elterngruppen an 6 ganztägigen Sonntagsseminaren fortgeführt, beginnend vom 1., 2., 3., 6., 9. und 12. Monat. Die Eltern werden somit während der schwierigsten Zeit der Kindesentwicklung und Adaptation nach der Geburt des Säuglings sowie auch in der Phase der Umstellung in der Partnerschaft und der Neuentwicklung einer Beziehung zu dritt mit dem Säugling unterstützt. Auch postnatal zeigt sich die Kohäsion in der Gruppe als hilfreicher Faktor, da alle Eltern im vergleichbaren

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Entwicklungsprozess stecken. Einzelne Eltern sich auch außerhalb der Gruppensonntage mit ihren Säuglingen, um sich auszutauschen und gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen. Es entsteht somit eine Eltern-Peer-Gruppe, die sich bereits vor der Geburt stabilisierenden auf die Eltern ausgewirkt hatte. Dieser positive Effekt intensiviert sich noch nach der Geburt. Die postnatalen Inhalte beziehen sich auf die Verarbeitung des Geburtserlebnisses, das nicht immer mit positiven Erfahrungen verbunden ist. Manchmal erfolgt die Geburt notfallmäßig durch Kaiserschnitt oder auch durch eine Frühgeburt, so dass intensivere psychotherapeutische Hilfestellung in der Gruppe und auch individuell notwendig ist, damit sich die Eltern-Kind-Beziehung nicht mit Angst und Schrecken entwickelt. Unverarbeitete Erlebnisse von der Geburt können sich negativ auf den Aufbau der Eltern-Kind-Interaktion und –Bindung auswirken. Auch die postpartale Depression, an der 12-15% aller Mütter laut Längsschnittstudien erkranken, könnte vielleicht durch frühzeitige psychotherapeutische Gruppenbegleitung verhindert werden.

Als weitere Inhalte nach der Geburt stehen die elterlichen Kompetenzen, die Triangulierung zwischen Mutter, Vater und Kind, interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Stillen, Schlafen sowie der Aufbau der emotionalen Beziehung im Mittelpunkt. Die Eltern bringen die Babys zu den Terminen mit, so dass das Bindungsverhalten der Eltern und das des Kindes sowie das Explorationsverhalten des Babys im Mittelpunkt der Gruppe direkt beobachtet und daraus gelernt werden kann.

Während dieser Zeit werden von den Eltern und ihrem Baby auch individuelle Videoaufnahmen angefertigt, mit Interaktionen zum Wickeln, Füttern, Stillen, Spielen. Diese Videoszenen werden sowohl mit der Mutter als auch mit dem Vater in einem individuellen Feedbacktraining besprochen. Ziel ist es, dass die Eltern nun mit den realen aktuellen Erfahrungen mit ihrem Baby lernen sollen, dessen individuelle Signale besser zu erkennen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt hierauf zu reagieren. Irritationen und emotionale Schwierigkeiten der Eltern sowie Fehlinterpretationen und Projektionen aus der eigenen Kindheitsgeschichte können bereits in diesem Stadium frühzeitig erkannt und besprochen sowie korrigiert werden. Wenn die Eltern einverstanden sind, können ihre individuellen Videoaufnahmen mit ihrem Baby auch in der Gruppe als Feedbacktraining für alle Teilnehmer verwendet werden. Die Eltern sind sehr motiviert, ihre Interaktionsverhaltensweisen auch der Gruppe zur Verfügung zu stellen, damit sowohl aus den positiven Interaktionen für alle gelernt werden kann, als auch aus Feinabstimmungsschwierigkeiten oder „Missverständnissen“ in der Interaktion andere Hinweise bekommen, was sie bei ihrem Baby vielleicht anders sehen oder besser interpretieren könnten. Wegen der Vertrauensbeziehungen, die sich bis dahin innerhalb der Gruppe entwickelt haben, bestehen in der Regel keine größeren Schwierigkeiten, sehr offen über Ängste, Befürchtungen und auch interaktionelle Schwierigkeiten zu sprechen.

Individuelle Traumapsychotherapie

Mit allen Eltern wird ein Erwachsenen-Bindungs-Interview (Adult Attachment Interview - AAI) durchgeführt. Der spezifische Zweck dieses Interviews ist es, jeweils bei

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

der werdenden Mutter und dem werdenden Vater festzustellen, welche Bindungsressourcen und welche traumatischen Erfahrungen, die eventuell noch ungelöst sind, von den Eltern mit in die Beziehung zu ihren Kindern hineingebracht werden. Nach den bisherigen Erfahrungen zeigen ca. 30% der Eltern solche ungelösten traumatischen Erfahrungen, die eine individuelle Psychotherapie benötigen. Besonders diese *ungelösten* traumatischen Erfahrungen sind von großer Bedeutung, weil die klinische Erfahrung zeigt, dass Kinder ganz ungewollt durch ihre Verhaltensweisen traumatische Erfahrungen und die dazugehörigen Affekte bei ihren Eltern wieder wachrufen können. Diese sind wie „Geister im Kinderzimmer“ (Fraiberg et al., 1975), die ungerufen kommen. So kann etwa das Weinen eines Kindes, die Suche nach Zärtlichkeit, Wutanfälle oder auch Forderungen des Kindes nach Nähe und Kontakt ungelöste traumatische Erfahrungen bei der Mutter oder dem Vater in Erinnerung bringen. Wenn dies unkontrolliert und unbewusst geschieht, können sich die Eltern plötzlich im Kampf auf einer imaginären Bühne befinden. Ihr Kind wird im schlimmsten Fall gleichzeitig Akteur und Opfer in einem alten traumatischen Theaterstück, in dem ihm eine Rolle zugeschrieben wird, die es sich selbst nicht ausgesucht hat. Es kann etwa von selbst zur Zielscheibe und Projektionsfläche für gewalttätige Fantasien werden, und im schlimmsten Fall kann es etwa zu einer realen Wiederholung von Gewalterfahrungen kommen, indem das Kind unbeabsichtigt von der Mutter oder dem Vater geschüttelt wird. Solche oft zeitlich kurzen traumatischen Reinszenierungen können fatale Folgen haben, da das Kind etwa durch eine Hirnblutung oder Augenblutung nach einem Schütteltrauma zeitlebens behindert oder geschädigt sein kann. Wenn sich in dem Bindungsinterview zeigt, dass die Eltern solche unverarbeiteten eigenen traumatischen Erfahrungen mitbringen, werden sie von uns darauf hingewiesen, dass diese Erfahrungen wegen der bisherigen Nichtverarbeitung einen gewissen Risikofaktor darstellen. Es könnte sich eine Möglichkeit ergeben, in der die Eltern solche eigenen traumatischen Erfahrungen mit ihrem Kind zu irgendeinem Zeitpunkt wiederholen und dadurch sich der Teufelskreis etwa von selbst erlebter Gewalt und der Weitergabe dieser Gewalt in der nächsten Generation wiederholt. Es ist ein spezielles Ziel von SAFE[®], diese Teufelskreise zu durchbrechen. Wenn die Eltern sich motivieren lassen und bereit sind, bieten wir ihnen bereits schon während der Schwangerschaft in getrennten individuellen Sitzungen im Sinne einer Stabilisierungsphase der Traumatherapie an. Nach der Geburt besteht die Möglichkeit, in individuellen traumazentrierten psychotherapeutischen Sitzungen durch eine Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse mit modernen Methoden der Traumatherapie (z.B. mit EMDR) den Eltern zu helfen. Gerade dieser Anteil von SAFE[®] zielt auf eine Prävention einer Wiederholung des erlebten Traumas mit den eigenen Kindern.

Hotline

Ein weiteres Interventionsmodul besteht in einer „Hotline“. Gerade nach der Geburt sind alle Adaptationsprozesse mit Schwierigkeiten etwa beim Einschlafen relativ typisch, so dass Eltern hier in der Regel zum ersten Mal in Not geraten, wenn ihr Baby sich nicht ablegen lässt und stundenlang weint, ohne dass sie das Baby beruhigen können oder für das unstillbare Schreien einen Grund ausmachen können (Brisch, in press). Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass die Eltern in diesen sehr stressvollen

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Situationen oft erst viel zu spät Hilfe suchen. Im schlimmsten Fall kommen sie erst in die Kinderklinik, wenn es bereits zu einer Gewalthandlung gegenüber dem schreienden Baby gekommen ist. Die Hotline bietet den Eltern die Möglichkeit, die SAFE[®]-GruppenleiterInnen anzurufen und sich unmittelbar Rat und Unterstützung zu holen. Hierbei ist es von großem Vorteil, dass die- oder derjenige, der an der Hotline erreichbar ist, den Eltern bereits aus den Gruppensitzungen vor der Geburt bekannt ist und hier ein Vertrauensverhältnis entstanden ist (Brisch, 2000). Die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Hotline ist sehr unterschiedlich und schwankt sowohl beim einzelnen Elternpaar als auch zwischen den Elternpaaren, je nach individuellen Krisen- und Belastungssituationen, die sich nur schwer voraussagen lassen. Die möglichen Interventionen sind jetzt sehr gezielt einsetzbar, weil die individuelle Geschichte der Eltern und ihre Ressourcen sowie ihre besonderen Risiken und Schwierigkeiten dem Gruppenleiter/In durch die vorausgegangenen Seminartage sowie auch durch das Erwachsenen-Bindungsinterview sehr gut bekannt sind. In der Regel konnten die Fähigkeiten der Eltern, Signale eines Babys wahrzunehmen und zu interpretieren, auch schon vor der Geburt anhand des Videotrainings erkannt und gefördert werden. Aufgrund der individuellen Videoaufnahmen, die mit den Eltern selbst und ihrem Baby etwa beim Wickeln und Füttern erstellt wurden, sind die elterlichen Kompetenzen und Ressourcen sehr gut bekannt, so dass eine rasche gezielte Interventions- und Beratungsmöglichkeit bei einem Anruf über die Hotline ermöglicht werden kann. Falls die Eltern eigene unbewusste Ängste und Erwartungen auf ihr Baby projizieren, und diese die Ursache der Interaktionsstörung sind, können diese im Rahmen einer Eltern-Säuglings-Therapie frühzeitig erkannt und behandelt werden (Bakermans-Kranenburg et al., 1998; Beebe, 2000; Bodeewes, 2002; Brisch, 1995; Brisch & Lehmkuhl, 2003; Kühle et al., 2001; Papousek, 2000; Schmücker et al., 2005; Zelenko & Benham, 2000).

Ziel des gesamten SAFE[®]-Programms ist es, dass nach dem Ablauf des 1. Lebensjahres möglichst viele Kinder von Eltern, die an der SAFE[®]-Gruppe teilgenommen haben, sichere Bindungsmuster aufweisen und sich die Erfahrungen der elterlichen Traumata nicht mit dem Säugling wiederholt haben.

9.2.3. SAFE[®]-Mentorenausbildung

Zur Verbreitung des Programms besteht die Möglichkeit, sich als SAFE[®]-Mentor am Dr. von Haunerschen Kinderspital in München ausbilden zu lassen (Info unter http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/dt_psy.htm). In Zukunft sollen aber auch regionale Ausbildungsgruppen entstehen. Hierzu können sich grundsätzlich alle Berufsgruppen, die mit Schwangeren, Eltern und ihren Säuglingen arbeiten, als potentielle SAFE[®]-Mentoren melden, wie etwa Schwangerschaftsberaterinnen, Hebammen und Stillberaterinnen, Krankenschwestern, Geburtshelfer, Psychologen, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sprachheilpädagogen, Sprachtherapeuten und andere. Entscheidend für die Arbeit in SAFE[®]-Gruppen ist die Fähigkeit, sich auf Schwangere, Eltern und Eltern mit Säuglingen einzulassen und aus der alltäglichen beruflichen Praxis hier bereits „hands on“ Erfahrungen mitzubringen. Die Ausbildung zum SAFE[®]-Mentor umfasst 3 ganztägige Seminartage und zusätzliche Praxistage, die

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

je nach praktischer Vorerfahrung unterschiedlich lang und intensiv sein können. Die Mentoren organisieren dann jeweils vor Ort unter ihren spezifischen Arbeitsbedingungen SAFE[®]-Gruppen. Vorzugsweise arbeitet man als Mentorenpaar im Sinne einer Gruppenleitung und Co-Leitung. Dieses Leitungsmodell eröffnet die Möglichkeit, dass ein Mentor jeweils Inhalte vermitteln kann, während der andere die gruppendynamischen Prozesse im Auge behält und die Gruppe leitet.

9.2.4. Evaluation und Forschung zum Programm SAFE[®]

In der Pilotphase konnte das SAFE[®]-Programm und seine Inhalte sehr gut realisiert werden. Inzwischen wird eine prospektive randomisierte Längsschnittstudie durchgeführt, die die SAFE[®]-Gruppenintervention im Vergleich zu einer herkömmlichen Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung und Stillbegleitung evaluiert. Die Kontrollgruppe trifft sich für die gleiche Seminardauer und -häufigkeit wie die SAFE[®]-Gruppe, so dass die Effekte der unterschiedlichen Interventionen, SAFE[®]-Gruppe versus konventionelle Schwangerschafts, Geburts- und Nachgeburtsbegleitung, untersucht werden können. In der Kontrollgruppe sind ebenfalls Eltern, die sich im gleichen Zeitfenster bis zum Ende des 1. Lebensjahres ihres Säuglings zu ganztägigen Seminartagen an Sonntagen treffen. In der SAFE[®]- und der Kontrollgruppe werden jeweils zu den gleichen Zeitpunkten die Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktion mit verschiedenen Videoaufnahmen beim Wickeln, Füttern sowie beim Spielen evaluiert als auch am Ende des 1. Lebensjahres die Entwicklung der Bindungsqualitäten der Säuglinge untersucht und ausgewertet.

Zusätzlich werden mit Hilfe von Fragebogen prä- und postnatale Daten erhoben und bei allen Eltern werden Erwachsenen-Bindungsinterviews durchgeführt. Sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern werden vor und nach solchen Interviews sowie auch bei den Kindern vor und nach der Untersuchung der Bindungsqualität physiologische Stressparameter anhand von Speichelcortisoluntersuchungen erhoben.

9.2.5. Zusammenfassung

Das Hauptziel der präventiven Intervention des SAFE[®]-Programms ist es, möglichst viele Eltern so zu unterstützen und zu fördern, dass ihre Kinder mit ihnen eine sichere Bindungsentwicklung aufbauen können, weil die Eltern trotz eigener schmerzlicher bis traumatischer Erfahrungen durch die Hilfestellungen im SAFE[®]-Programm für die Signale ihrer Kinder emotional verfügbar werden und angemessen feinfühlig darauf reagieren können.

Das SAFE[®]-Programm beginnt bereits in der Schwangerschaft und wird bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Säuglings fortgesetzt. Es nutzt sowohl gruppentherapeutische Effekte als auch die Möglichkeiten einer individuellen einzelpsychotherapeutischen Beratung bis zur traumazentrierten Psychotherapie. Auf diese Weise kombiniert es Effekte von Gruppen- und Einzelberatung bzw. Therapie. Es besteht die Möglichkeit, dass Eltern Teufelskreise von selbst erlebter Traumatisierung, insbesondere Gewalt, durch individuelle traumazentrierte Psychotherapie durchbrechen können. Die Hotline bietet

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

für interaktionelle Schwierigkeiten im Alltag Sicherheit und stellt einen „kurzen Draht“ zu kompetenten Mentoren her. Diese können im optimalen Fall schneller in der Lage sein, auf die elterlichen Hilferufe einzugehen, weil sie deren Geschichte bereits kennen. Das SAFE[®]-Programm steht allen Eltern, Müttern wie Vätern sowie Alleinerziehenden offen. Es wird gezielt nicht nur bei sogenannten „Risikoeltern“ mit bekannten psychosozialen Risiken angeboten, da aus der klinischen Erfahrung bekannt ist, dass traumatisierte Eltern in allen sozialen Schichten vorkommen. Gerade Eltern aus der Mittel- und Oberschicht fällt es besonders schwer, über traumatische Erfahrungen zu sprechen und sich jemand anzuvertrauen. Gleichzeitig besteht aber bei diesen Eltern genauso die Gefahr, eigene traumatische Erfahrungen an ihre Kinder durch Reinszenierung weiterzugeben. Durch die grundsätzliche Offenheit des SAFE[®]-Programms für alle Schichten von Eltern besteht die Möglichkeit, viele soziale Gruppierungen mit den unterschiedlichsten psychischen Problemen und Strukturen zu erreichen. Die Durchführung der Elternseminare an Sonntagen ermöglicht es offensichtlich auch Vätern besonders gut, an der SAFE[®]-Gruppe teilnehmen zu können. Das frühe Ansprechen bereits während der Schwangerschaft, wenn alle Eltern gleichzeitig noch mit ihrer individuellen Entwicklung der Mutterschaft, Vaterschaft und Elternschaft beschäftigt sind und die Schwierigkeiten, ein Baby zu versorgen, noch nicht im Vordergrund stehen, scheint die Motivation für die Teilnahme an einer SAFE[®]-Gruppe zu erhöhen. Durch das Einbinden in einen 1 ½ jährigen individuellen *und* gruppentherapeutischen Prozess wird die Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit an der Teilnahme gefestigt.

Es ist zu erwarten, dass das SAFE[®]-Programm von vielen Eltern angenommen werden kann, weil es keine Elterngruppe stigmatisiert. Wenn das SAFE[®]-Programm durch die Mentoren eine angestrebte größere Verbreitung findet, könnten auf diese Weise zukünftig möglichst viele Kinder eine sichere emotionale Bindung zu ihren Eltern aufbauen und damit eine bedeutungsvolle Grundlage für ihre weitere soziale, emotionale und kognitive Entwicklung zur Verfügung haben.

9.3. Sekundäre Prävention von emotionalen Störungen durch „B.A.S.E.® - Babywatching gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie“

Ziel dieses Präventionsprogramms ist die sekundäre Prävention von aggressiven und ängstlichen Verhaltensstörungen bei 3-6-jährigen Kindergartenkindern im Sinne einer besseren Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit. Kinder mit fehlender oder wenig ausgeprägter Empathiefähigkeit verhalten sich in Konflikten häufiger aggressiver gegenüber Gleichaltrigen und sind häufiger unsicher gebunden (Parens, 1989;Parens, 1993;Parens, 1993;Parens & Kramer, 1993;Parens et al., 1995;Suess et al., 1992). Kinder, die nach frühen Traumatisierungen eine Bindungsstörung entwickelten, haben extreme Schwierigkeiten, sich in die Fühl- und Denkwelt von anderen hineinzusetzen (Fonagy, 1998;Fonagy, 1998;Fonagy, 2003;Fonagy, 2003).

Mit der Fähigkeit zur Empathie und mit der Entwicklung von selbstreflexiven Kompetenzen soll verhindert werden, dass sich Kinder weder feindselig noch ängstlich gegen-

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

über anderen verhalten, da sie deren Absichten, Gefühle und Intentionen besser verstehen können. Stattdessen sollen sich die Kinder in der Kindergartengruppe kooperativer, prosozialer und insgesamt kreativer und aufmerksamer verhalten, wogegen Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten, in den Hintergrund treten sollen.

9.3.1. Inhalte des Programms B.A.S.E.®

In diesem Programm, das auf den Arbeit von Henri Parens beruht (Parens & Kramer, 1993), beobachten 3-6jährige Kinder über den Zeitraum von ca. einem Jahr eine Mutter mit ihrem Säugling. Für viele Einzelkinder ist dies die erste und oft einzige Möglichkeit, die Meilensteine der Entwicklung eines Babys während des gesamten ersten Lebensjahres kontinuierlich zu beobachten. Der Säugling ist nur wenige Wochen alt, wenn die Mutter zum ersten Mal mit ihm in die Kindergruppe kommt und sich und ihren Säugling in einem Stuhlkreis von den Kindergartenkindern beobachten lässt. Diese Form der teilnehmenden Interaktionsbeobachtung kann nach der Geburt beginnen und wird ungefähr bis zum Ende des 1. Lebensjahres oder Anfang des 2. Lebensjahres fortgeführt. Wenn der Säugling zum freien Laufen gekommen ist und die ersten Worte spricht, verabschiedet sich die Mutter wieder aus diesem Stuhlkreis. In der Regel kommt die Mutter mit ihrem Säugling einmal pro Woche in den Stuhlkreis und die Beobachtung des Säuglings und der Mutter wird für ca. 20-30 Minuten durchgeführt. Dabei werden die Kinder angeleitet, wie sie Mutter und Kind und die Interaktion beobachten sollen. Eine Erzieherin führt in der Regel die Gruppe, während eine andere die Beobachtung anleitet. Über die Durchführung der Beobachtung wird Protokoll geführt. Dabei fokussiert die Erzieherin auf verschiedene Ebenen der Beobachtung: die Kinder beschreiben unter Anleitung der Erzieherin sowohl, was die Mutter mit dem Säugling macht, wie die Handlungsebene aussieht, als auch, was der Säugling in der gleichen Zeit unternimmt und wie beide sich wechselseitig in ihrer Interaktion beeinflussen. Danach oder gleichzeitig machen sich die Kinder Gedanken über die Motivation der Handlung von Mutter und Kind. Eine dritte Ebene der Beobachtung ist die emotionale Ebene: die Kinder fühlen sich in die emotionale Situation von Mutter bzw. Baby ein und müssen Fragen beantworten, wie es der Mutter und dem Baby in dieser oder jener Form der Interaktion emotional geht. Die letzte Stufe der Babybeobachtung ist die Empathiestufe. Hierbei müssen die Kinder die Frage beantworten, wie es ihnen selbst erginge und was sie selbst emotional erleben würden, wenn sie sich einmal probeweise in die Position der Mutter bzw. des Babys fantasieren.

9.3.2. Ergebnisse einer Pilotstudie

In einem prospektiv randomisierten Design mit einer Kontrollgruppe wurden in einem Kindergarten die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern (N=50) vor dem Babywatching und ein Jahr danach eingeschätzt. Sowohl die Erzieherinnen als auch die Eltern füllten neben verschiedenen anderen Fragebögen auch die Child-Behavior-Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) aus, mit der Verhaltensauffälligkeiten gemessen werden konnten.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Die Ergebnisse vor Beginn und am Ende der Intervention nach 1 Jahr Babywatching wurden miteinander verglichen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe nach Babywatching. Insgesamt fanden sich positive Effekte bei Jungen und Mädchen in der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Die positiven Veränderungen betrafen sowohl externalisierende als auch internalisierende Störungen. Sowohl die Jungen als auch die Mädchen verhielten sich nach einem Jahr in der Einschätzung der Erzieherinnen und auch der Eltern weniger aggressiv, zeigten mehr Aufmerksamkeit und weniger oppositionelles Verhalten. Zusätzlich fanden sich positive Veränderungen bei internalisierenden Störungen, denn sowohl Jungen wie Mädchen waren auch weniger ängstlich-depressiv, zogen sich nicht so schnell zurück und waren in Konfliktsituationen emotional reaktiver. Nur die Mädchen in der Interventionsgruppe fielen nach Einschätzung ihrer Erzieherinnen dadurch auf, dass sie über weniger körperliche Beschwerden klagten, und nach der Einschätzung ihrer Eltern auch weniger Schlafstörungen hatten. Die Ergebnisse und Einschätzungen der positiven Veränderungen wurden von den Erzieherinnen und den Eltern jeweils in die gleiche Richtung angegeben. Bei der Kontrollgruppe konnten diese Veränderungen nicht festgestellt werden.

9.3.3. Zusammenfassung

Das Babywatching war für alle Beteiligten ein emotional positives Erlebnis. Es zeigte sich, dass die Ergebnisse der Empathieförderung aus der Mutter-Kind-Beobachtung auf die Art der Spielinteraktion und der Interpretation der Verhaltensweisen der Spielkameraden untereinander übertragen werden konnten. Auf diese Weise können die Veränderungen in der Verhaltensbeobachtung nach einem Jahr erklärt werden.

Das Babywatching ist eine kostenneutrale sekundär-präventive Intervention mit positiven Ergebnissen bei Jungen und Mädchen, sowohl bei externalisierenden als auch bei internalisierenden Verhaltensstörungen. Die Ergebnisse sind vorläufig und werden in weiteren Evaluationsstudien in randomisierten prospektiven Designs überprüft. Insbesondere soll das Babywatching in ausgeprägten sozialen Brennpunkten mit einem hohen Anteil von Kindergartenkindern mit Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt werden. In Zukunft wird das Babywatching auch bei verschiedenen Altersgruppen erprobt werden und etwa auch in Grundschulklassen pilotmäßig untersucht und eingeführt werden.

Dank

Ein besonderer Dank gilt der „Aktion Mensch“ und dem „Hauner Verein zur Unterstützung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals“, die das Programm SAFE[®] - Sichere Ausbildung für Eltern - finanziell unterstützen, Das „Bündnis für Kinder. Gegen Gewalt“ der Bayerischen Staatsregierung fördert ebenfalls die Verbreitung dieses Programms, da SAFE[®] auch ein Programm zur Prävention von elterlicher Gewalt gegen Kinder ist. Ein weiterer Dank gilt den Eltern und ihren Kindern, die an diesem Programm teilgenommen haben und mit der Möglichkeit der Forschungsevaluation zur

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Qualitätssicherung dieses Programms beigetragen haben. Abschließend möchte ich meinen Mitarbeiterinnen, Frau Dipl. Psych. Lisa Speer, Frau Dipl. Psych. Borbala Balazs, Frau Dipl. Psych. Christiane Roithmaier, Frau Dipl. Päd. Anke Laukemper sowie Frau cand. psych. Simone Luber danken, die mit großem Engagement zur Verbreitung dieses Programms beigetragen haben, sowie meiner Sekretärin Frau Roswitha Schmid, die viele Aufgaben der Koordination und Anmeldung der Eltern dankenswerterweise souverän bewältigt hat.

Mein besonderer Dank gilt den Erzieherinnen, Eltern und den Müttern mit Säuglingen, die das Babywatching durchgeführt und sich an der Datenerhebung beteiligt haben, sowie den Kindern, die sich – mit viel Spaß - auf diese neue Form der Empathie-Schulung eingelassen haben. Frau cand. psych. Simone Luber und Frau cand. med. und psych. Michaela Kohler sei Dank für die zuverlässige Vorbereitung der Datenerhebung und Datenerfassung.

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Literatur

Achenbach, T. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Bakermans-Kranenburg, M., Juffer, F. & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? Infant Mental Health Journal, 19, 202-219.

Becker-Stoll, F. (2002). Bindung und Psychopathologie im Jugendalter. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), Klinische Bindungsforschung (196 - 213). Stuttgart, New York: Schattauer.

Beebe, B. (2003): Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal*, 24, 24-52.

Bodeewes, T. (2002). Videogestützte Mikroanalyse des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Säugling als Basis der frühen Sprachanbindung. Pediatrics and Related Topics, 41, 497-501.

Brisch, K.-H. (2002). Bindungsstörungen - Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention. In K.-H. Brisch, Grossmann, K. E., Grossmann, K., Köhler, L. (Hrsg.), Bindung und seelische Entwicklungswege Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (1995). Feinfühligkeitstraining für werdende Eltern. München:

Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. (5. Auflage 2003), Stuttgart: Klett-Cotta, engl. Ausgabe: (2002) *Treating attachment disorders. From theory to therapy*. London, New York, Guilford Press; Koreanische Ausgabe (2003). Sigma Press, Seoul /Südkorea.

Brisch, K. H. (2000). The use of the telephone in the treatment of attachment disorders. In J. Aronson (Hrsg.), Use of the telephone in psychotherapy (375-395). New Jersey: Aronson.

Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Zeitschrift für Individualpsychologie, 28, 10-19.

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

Brisch, K. H. (2003). Transgenerationale Weitergabe von Traumata. St. Gallen / Schweiz:

Brisch, K. H. (2003). Traumatische Ursachen von Bindungsstörungen. Düsseldorf:

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Brisch, K. H. (2004). Kinder nach traumatischer Erfahrung. Behindertenpädagogik in Bayern, 47. JG, 50-51.

Brisch, K. H. (in press). Sleep and attachment disorders in children. In S. R. Pandi-Perumal, M. Kramer & R. R. Ruoti (Hrsg.), Sleep and psychosomatic medicine Abingdon: Taylor & Francis.

Brisch, K. H. & Lehmkuhl, U. (2003). Störungsspezifische Diagnostik und Psychotherapie von Bindungsstörungen. Wien: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dieter, S., Walter, M. & Brisch, K. H. (2005). Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. Logos Interdisziplinär, 13, 170-179.

Fonagy, P. (1998). Frühe Bindung und Bereitschaft zu Gewaltverbrechen. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), Adoleszenz und Trauma (91-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Fonagy, P. (1998). Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche, 52, 349-368.

Fonagy, P. (2003). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In (Hrsg.), Frühe Bindung und psychische Entwicklung (31-48). Gießen: Psychosozial.

Fonagy, P. (2003). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. In (Hrsg.), Frühe Bindung und psychische Entwicklung (49-69). Gießen: Psychosozial.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 14, 387-422.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G. & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.), Growing points of attachment theory and research (231-256). Chicago: University of Chicago Press.

Kindler, H. & Grossmann, K. (1997). Longitudinal sequelae of fathers' sensitivity while challenging the child during joint play. University of Regensburg, Germany: Institut of Psychology.

Klann-Delius, G. (2002). Bindung und Sprache in der Entwicklung. In K. H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), Bindung und seelische Entwicklungswege - Grundlagen, Prävention und klinische Praxis (87-107). Stuttgart: Klett-Cotta.

Kühle, H.-J., Hoch, C., Rautzenberg, P. & Jansen, F. (2001). Kurze videogestützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50, 605-621.

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Minde, K. (2003). Attachment problems as a spectrum disorder: Implications for diagnosis and treatment. *Attachment & Human Development*, 5, 289-296.

Papousek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611-627.

Parens, H. (1989). Toward a reformulation of the psychoanalytic theory of aggression. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Hrsg.), *The course of life* (83-127). Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.

Parens, H. (1993). Does prevention in mental health make sense? In H. Parens & S. Kramer (Hrsg.), *Prevention in mental health* (123-148). Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.

Parens, H. (1993). Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation. *Forum der Psychoanalyse*, 9, 107-121.

Parens, H. & Kramer, S. (1993). *Prevention in mental health*. Northvale NJ, London: Jason Aronson.

Parens, H., Scattergood, E., Singletary, W. & Duff, A. (1995). *Kindliche Aggressionen*. München: Kösel.

Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H. & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26, 423-441.

Suess, G. J., Grossmann, K. E. & Sroufe, L. A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43-65.

Zeanah, C. H. & Emde, R. N. (1994). Attachment disorders in infancy and childhood. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Hrsg.), *Child and adolescents psychiatry: Modern approaches* (490-504). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Zelenko, M. & Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21, 192-203.

Zimmermann, P., Fremmer-Bombik, E., Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1997). Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In W. Koops, J. B. Hoeksma & D. C. van den Boom (Hrsg.), *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches* (281-292). Amsterdam: North-Holland.

Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Bindungsstörungen. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.) *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen (Hogrefe), S.

Kapitel 9: Prävention von Bindungsstörungen. Karl Heinz Brisch

Tab. 1: Die vier Module des Präventionsprogramms SAFE®

1. pränatales Modul (20. bis 32. Schwangerschaftswoche)
2. postnatales Modul (1. bis 12. Monat nach der Geburt)
3. Individuelle Traumapsychotherapie (für traumatisierte Eltern)
4. Hotline (zur Krisenintervention).