

1 **Grundlagen der I.B.T.-Methode**

Die I.B.T.-Methode hat sich ursprünglich aus der praktischen traumaintegrativen Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern und deren Familien entwickelt. Im Laufe der Zeit kamen zunehmend »ältere« Patient*innen mit vor sprachlichen bzw. Traumata vor dem fünften Lebensjahr und ihren Familien auf mich zu und fragten, ob diese Methode nicht auch für sie anwendbar wäre. Da mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht identisch wie mit Säuglingen gearbeitet werden kann, sah ich mich vor der Herausforderung, die I.B.T.-Methode für die nun ältere Zielgruppe weiterzuentwickeln, in dem ich zusätzliche Methoden und Aspekte miteinbezog. So versteht sich die I.B.T.-Methode mehr denn je als eine integrative Methode und bezieht verschiedene bewährte Aspekte und Übungen der traumaintegrativen und psychotherapeutischen Gedankenwelt mit ein. Um diese Methode in ihrer Gänze verstehen zu können, ist es bedeutend, zuerst die einzelnen Elemente für sich selbst zu beleuchten und im Praxisteil als Großes zusammen zu setzen. So werden in diesem ersten Teil die Entstehung und Formen früher Traumata sowie deren langfristige Folgen bei ausbleibender Integration dargestellt. Auch soll auf die strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen dieser Arbeit, Stabilisierungs- und Stressregulationsmöglichkeiten für die Patient*innen und das Erkennen und Erarbeiten verschiedenster innerer Anteile bei Patient*innen eingegangen werden. Diese Grundkenntnisse und Methoden sind notwendig, um die I.B.T.-Methode zu verstehen, aber auch anwenden zu können.

1.1 **Formen früher Traumata inkl. Bindungstraumata**

Nach den Forschungen u. a. des Gehirnforschers Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth ist die Lebenszeit ab Zeugung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres die für das gesamte weitere Leben prägendste Zeit (Roth & Strüber, 2016). Kein späterer Zeitpunkt im Leben habe so großen Einfluss auf unsere gesamte Gehirnentwicklung und damit auf unsere Wahrnehmung von uns selbst, unserer Umwelt und damit verbunden, wie wir reaktiv mit unserer Umwelt in Kontakt treten. Nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip wird die Arbeitsweise unseres Gehirns und damit, wie wir mit der Umwelt

in Kontakt treten und wie wir auf unsere eigenen Bedürfnisse reagieren, durch bestimmte Hormonsysteme beeinflusst (Strüber, 2019). Bereits in der Schwangerschaft wird die Gehirnentwicklung und damit die Wirkmöglichkeit bestimmter Hormonsysteme durch individuell verschiedene Genvarianten (Allele), die bei der Zeugung durch die Eltern mitgegeben werden, geprägt. Ebenso programmieren bereits in der Schwangerschaft Stresshormone der Mutter die Stresssysteme des Kindes weiter durch sogenannte epigenetische Mechanismen. So entstehen durch den Einfluss unserer Gene und den frühesten Erfahrungen individuelle Persönlichkeitssysteme. Welche Reize als Stress empfunden werden als auch die Intensität der Stressreaktion sowie der emotionale und rationale Umgang mit Stress-Situationen werden hier bereits festgelegt. Ist diese Zeit nun durch viel Angst und Stress von Seiten der Mutter geprägt, kann dies bereits in der Schwangerschaft negative Folgen auf die Gehirnentwicklung des Kindes und damit für das gesamte weitere Leben nach sich ziehen. So fällt es Menschen mit extremen und/oder anhaltenden frühen Stresserlebnissen häufig schwerer, angemessen auf akuten Stress zu reagieren. Sie neigen mehr zu externalisierenden Verhaltensweisen und zeigen eher ein hochaktives autonomes Nervensystem. Postnatal, also nach der Geburt, werden weitere Nervenzellen zunächst übermäßig miteinander verknüpft, um später weniger genutzte Verbindungen ab- und häufig genutzte Verbindungen auszubauen (Roth & Strüber, 2016; Strüber, 2019). Nach Cierpka ist besonders das Fehlen von Bindungssicherheit in den ersten Lebensjahren eines der maladaptivsten Erlebnisse mit den belastendsten Folgen (Cierpka, 2014). Häufig ist das Fehlen von Bindungssicherheit gepaart mit Vernachlässigung und Erleben von psychischer und physischer Gewalt (Statistisches Bundesamt, 2024). Gleichzeitig betonen Roth und Strüber, dass hochfeinfühlige Bezugspersonen gerade in den ersten zwei Lebensjahren auf Grund der hohen Neuroplastizität unseres Gehirns ungünstige Genvarianten und belastende frühe Lebenserfahrungen ausgleichen können. Besonders die stresshemmende Wirkung von Oxytocin kann sich hier positiv auswirken (Roth & Strüber, 2016). Bleiben diese feinfühligen Erfahrungen in den ersten zwei Lebensjahren jedoch aus, bleibt die stresshemmende Wirkung von Oxytocin beeinträchtigt und begünstigt damit eine erhöhte Stressempfindlichkeit im weiteren Lebensverlauf. Auch nach dem dritten Lebensjahr können wir weiterhin auf die Neuroplastizität unseres Gehirns hoffen. Allerdings benötigt es hier mehr Zeit an korrigierenden Lebenserfahrungen und ggf. therapeutischer Unterstützung, um die frühen Belastungserlebnisse im Alltag auszugleichen. Im therapeutischen Kontext kann eine tragfähige Behandler*innen-Patient*innen-Beziehung, die von Seiten der Behandler*innen durch eine hohe Feinfühligkeit gegenüber den Patient*innen geprägt ist, ebenfalls Korrekturen ermöglichen (► Kap. 1.6.3). Das Erleben und Empfinden im therapeutischen Kontext von den Behandler*innen gesehen und verstanden zu werden, löst sowohl bei den Patient*innen als auch bei den Behandler*innen selbst eine Oxytocin-Ausschüttung aus, die sich stresshemmend und damit korrigierend auf das Umstrukturieren belastender Lebensereignisse auswirkt (Roth & Strüber, 2016).

Besonders beeindruckend zeigen sich in diesem Kontext auch die Ergebnisse der Bucharest Early Intervention Project-Studie (Smyke, Zeanah, Fox, & Nelson, 2007). In dieser Studie wurden in den 1990er Jahren in rumänischen Waisenhäusern die

Auswirkungen von institutioneller Pflege auf die weitere Entwicklung von Kindern untersucht. 136 Kinder, die von Geburt an in Kinderheimen in Bukarest lebten, wurden bis zum achten Lebensjahr regelmäßig von der Forschungsgruppe um Smyke et al. begleitet. Sie konnten zeigen, dass die Hälfte der Kinder, die in den Waisenhäusern aufwuchsen, langfristig signifikante Defizite in der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung aufzeigte. Ihnen fiel es deutlich schwerer, Bindungen zu Bezugspersonen aufzubauen und sie zeigten verschiedene Anzeichen von Bindungsstörungen wie emotionale Taubheit, Verhaltensweisen, die für Bindungsstörungen typisch sind, wie distanzloses, enthemmtes, aber auch stark zurückgezogenes Verhalten, sowie eine deutlich höhere Anfälligkeit für verschiedene psychische Erkrankungen. Auch blieben sie im Vergleich zur Kontrollgruppe, die früh von Pflegefamilien aufgenommen wurden, hinter ihren altersentsprechenden kognitiven Fähigkeiten zurück und zeigten zudem Schädigungen im Bereich der grauen und weißen Materie auf, die als Sitz des Bewusstseins und der höheren Funktionen gilt, was auf mangelnde Unterstützung und Förderung zurückgeführt wurde. Die Kinder der Kontrollgruppe hingegen, die zwischen einem Alter von sechs Monaten und zweieinhalb Jahren in Pflegefamilien aufgenommen wurden, zeigten signifikant weniger Auffälligkeiten und kaum bis keine Veränderungen in ihren Gehirnstrukturen. Die Forscher schlussfolgerten daraus, dass verlässliche und feinfühlige Bezugspersonen frühe Belastungsfaktoren ausgleichen können (Smyke et al., 2007).

Die Grundlage dessen, was wir Menschen als Stress und vielleicht sogar als traumatischen Stress empfinden, wird in den Monaten während der Schwangerschaft über unsere Gene, die epigenetische Prägung und unsere ersten Erfahrungen im Mutterleib geprägt (Roth & Strüber, 2016). Vor, während und nach der Geburt können Menschen vielfältigen Ereignissen mit Traumapotential ausgesetzt sein. Ob diese dann zu einer Traumatisierung mit reaktiven Traumafolgeerkrankungen führen oder nicht, ist individuell. Wir können also nicht vom Ereignis selbst auf eine Traumatisierung schließen. Nach Gysi gibt es Ereignisse mit einem niedrigeren bzw. höheren Traumapotential, das Behandler*innen Hinweise auf die Behandlungsprognose geben kann (Gysi, 2020). Ereignisse mit einem geringeren Traumapotential sind die sogenannten Typ-1-Traumata oder auch Monotrauma genannt. Hier handelt es sich um einmalige Ereignisse von kurzer Dauer wie zum Beispiel eine schwierige Geburt, ein einmaliger Vorfall von häuslicher Gewalt, ein Verkehrsunfall etc. Ereignisse mit höherem Traumapotential sind die sogenannten Typ-2-Traumata. Dabei handelt es sich um Traumata, die länger andauern und/oder sich häufiger wiederholen wie langandauernde Naturkatastrophen, aber auch andauernde häusliche Gewalt, körperliche und/oder emotionale Gewalt, Missbrauch, Folter, chronische lebensbedrohliche Erkrankungen.

Als eine bedeutende Unterkategorie der Typ-2-Traumata werden die Bindungs- traumata mit besonders gravierenden Auswirkungen verstanden (Gysi, 2020). Die sogenannten Bindungstraumata können wiederholte und/oder anhaltende psychische Gewalt, Vernachlässigung, aber auch körperliche Gewalt durch bedeutende Bezugspersonen sein. Ebenso haben die Frühgeburtlichkeit mit anschließender Inkubator-Behandlung als auch schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren für das Kind das Potential eines Bindungstraumas. Bindungstraumata

mata können eine desorganisierte Bindung zwischen Bezugsperson und Kind als Folge haben. Aus diesem Grund ist eine möglichst frühe Aufarbeitung dieser Erlebnisse von besonderer Bedeutung (Gysi, 2020). Trotz der gravierenden Auswirkungen von Bindungstraumata kann eine Diagnosestellung durch das sogenannte A-Kriterium, dem Traumaereignis, erschwert werden. Bestehende Diagnosesysteme wie das ICD-11 oder DSM-5 berücksichtigen als A-Kriterium-Stressor lebensbedrohliche Ereignisse oder körperliche Gewalt. Anhaltende Vernachlässigung oder psychische Gewalt kann dadurch als Traumaereignis unter Umständen verkannt werden. Die American Psychological Association (APA) empfiehlt hier die noch nicht offizielle Diagnose der Entwicklungsstörung durch Trauma (Developmental Trauma Disorder, DTD), um Betroffene auch diagnostisch erfassen und eine entsprechende Behandlung ermöglichen zu können (Abrams, 2021).

Tab. 1.1: Übersicht Trauma-Kategorien (adaptiert von Gysi, 2020)

Art der Gewalt	Typ-1-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/langfristig)	Bindungstrauma
Interpersonelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt 	<ul style="list-style-type: none"> Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend Geiselhaft, Folter Krieg 	<ul style="list-style-type: none"> Bindungstraumatisierungen: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt
Akzidentielle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdrutsch, Flugzeugunfall u. a. Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u. a. Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami 	<ul style="list-style-type: none"> Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe Langandauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre, Überflutungen 	
Medizinische Traumata	<ul style="list-style-type: none"> Schwere Verletzungen nach Unfällen Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter) 	<ul style="list-style-type: none"> Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/AIDS, schwere Herzinsuffizienz u. a. Chronische schwere unbehandelbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind) Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren

Tab. 1.2: Überblick über die ersten Prägungen (adaptiert von Roth & Strüber, 2016)

Biologisch	Epigenetisch	Pränatal/ Perinatal	Postnatal 0–2 LJ	Postnatal ab 2 LJ
Gene	Epigenetik	Einfluss der Erfahrungen v. a. der Mutter und eigene während der Schwangerschaft/Geburt	Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen	Erfahrungen mit erweiterten Bezugspersonen, Peer-Group
Gen-Umwelt-Reaktion, hier v. a. Einfluss der Allele	Unverarbeitete traumatische Erfahrungen bes. der Mutter bereits vor der Schwangerschaft	Hormone der Mutter, v. a. Cortisol, haben Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung des Kindes	Sehr hohe Feinfähigkeit der Bezugspersonen, Begleitung im Wahrnehmen, Zeigen und Co-Regulation von Emotionen (bes. Wut), Selbstwirksamkeitserleben	Weitere Prägungen durch Erfahrungen, kein deutlicher Effekt mehr auf die Ausbildung der Persönlichkeit
→ Wie sensibel reagiert ein Mensch nach der Geburt auf verschiedene Reize, v. a. bzgl. Oxytocin, Dopamin, Serotonin. Noradrenalin, Cortisol → Temperament	→ Ähnlicher Effekt wie eine schwere Traumatisierung während der Schwangerschaft durch epigenetische Prägung		→ Kann die ersten drei genannten Bereiche bei optimalen Bedingungen deutlich abmildern	→ Korrekturen sind durch Psychotherapie (möglichst integrativ) möglich

Take Home

- Die prägendste Zeit unseres Lebens ist die Zeit von der Zeugung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres.
- Frühe Traumata, besonders Bindungstraumata, haben die gravierendsten negativen Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und Stressverarbeitungsmechanismen.
- Eine hohe Feinfähigkeit der Bezugspersonen und der Behandler*innen können korrigierende Bindungserfahrungen ermöglichen und sich damit korrigierend auswirken.

1.2 Bedeutung von Bindung

Die Feinfühligkeit und damit die Bindungsqualität zwischen Bezugsperson und Kind sind ein ausschlaggebendes Moment in der weiteren Entwicklung von Traumafolgestörungen. So gilt eine sichere Bindungserfahrung zwischen Bezugsperson und Kind als der bedeutendste Resilienzfaktor im Leben und der größte Schutz vor der Entwicklung einer Traumafolgestörung nach Ereignissen mit Traumapotential (Egle et al., 1997). Die Bindungsforschung selbst geht auf den Kinderpsychiater John Bowlby und die Psychologin Mary Ainsworth zurück. In den 1950er Jahren erforschten sie in verschiedenen Studien die Auswirkungen von frühen Mutter-Kind-Trennungen im Zusammenhang mit der Feinfühligkeit der Mutter-Kind-Interaktion. Basierend auf diesen empirischen Beobachtungen beschreiben sie vier Bindungstypen, die sich, abhängig von der Fähigkeit der Bezugspersonen auf die Bedürfnisse des Kindes möglichst prompt, sowie situations- und altersadäquat zu reagieren, nach der Geburt entwickeln und in der Regel bis ins hohe Lebensalter stabil bleiben (Grossmann & Grossmann, 2011; Holmes & Dornes, 2006; Brisch, 2020; Bowlby, 2024). Dieses früh verinnerlichte Bindungsmuster wird nach der Bindungstheorie über das eigene Verhalten mit sehr großer Wahrscheinlichkeit an die eigenen Kinder weitergegeben. Andere Studien aus der pränatalen Psychologie und Neurobiologie zeigen, dass ein feinfühliges Bindungsverhalten nicht erst ab Geburt, sondern bereits während der Schwangerschaft von großer Bedeutung ist und nachhaltige Wirkung zeigt (van den Bergh, 2006; Hidas & Raffai, 2006; Huijink, 2006; von Klitzing, 2006; Rittelmeyer, 2005). Weitere Erkenntnisse der Bindungsforschung zeigen, dass unser Bindungsmuster nicht beständig aktiviert ist. Sind wir entspannt und fühlen uns wohl, ruht unser Bindungsverhalten. In diesen Momenten ist unser Explorationsbedürfnis aktiviert. Wir sind neugierig, erkunden die Welt und sind in der Lage, neues Wissen und neue Erkenntnisse aufzunehmen. In Situationen, die in uns Stress auslösen, wird die Exploration eingestellt und unser Bindungsmuster aktiviert. Dies können unbekannte, aber auch subjektiv unangenehme oder sogar bedrohliche Situationen sein, für die eine besondere Achtsamkeit zur Bewältigung notwendig ist. Wir suchen geprägt durch unser Bindungsmuster intuitiv nach (Bezugs-)Personen, die uns Sicherheit und Orientierung geben können. Sind die (Bezugs-)Personen in der Lage, uns situations- und altersadäquat das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, beruhigen sich dadurch das Nervensystem sowie unser Bindungsmuster und die Exploration wird wieder aktiviert. Da sich im weiteren Lebenslauf unsere früh geprägten Bindungsmuster also überwiegend in Stress-Situationen zeigen, beeinflussen unsere frühesten Bindungserfahrungen auch unsere Fähigkeit zu Feinfühligkeit und Co-Regulation gegenüber Pflege- und Heimkindern bzw. leiblichen Kindern in belastenden Lebenssituationen. Damit geben wir unser Bindungsmuster an unsere eigenen Kinder weiter. In entspannten Situationen ruht unser Bindungsmuster und erhöht damit deutlich die Möglichkeiten der Bezugspersonen feinfühlig sowie situations- und altersadäquat auf ihre Kinder zu reagieren. Je besser dies Bezugspersonen gelingt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eine sichere Bindung zu seinen Kindern zu entwickeln. Dies zeigt erneut auf, wie bedeutend die

Fähigkeit zur Selbstregulation sowie die Aufarbeitung eigener Belastungssituatiosen der eigenen Lebensgeschichte für die Bezugspersonen ist, um den Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen und frühe Belastungssituationen gut co-regulativ begleiten zu können (Grossmann & Grossmann, 2011; Holmes & Dornes, 2006; Brisch, 2020; Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008).

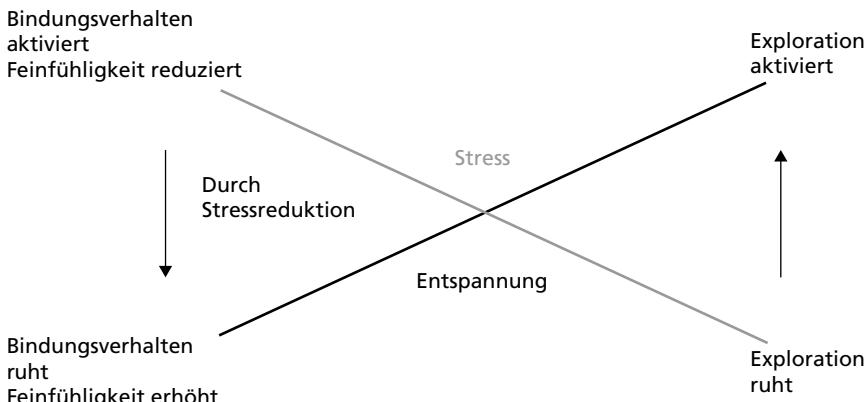


Abb. 1.1: Bindungswippe

Mit dem Bindungsverhalten (Attachment) sichert sich ein Kind bereits ab der Geburt sein Überleben, in dem es in Stress-Situationen signalisiert, dass es jetzt Hilfe und Unterstützung durch seine Bezugspersonen benötigt. Abhängig davon wie gut die Bezugspersonen »Baby lesen« und damit situations- und altersadäquat auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren können (bonding), entwickelt sich besonders in den ersten zwei Lebensjahren ein unsichtbares Band zwischen Bezugsperson und Kind (Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008).

Der weitverbreitetste Bindungstyp in den westlich orientierten Gesellschaften ist der Typ B, auch »sichere Bindung« genannt. Der sicheren Bindung wird der größte Resilienzfaktor und damit der größte Schutz vor der Entwicklung von Psychopathologien inkl. Traumafolgeerkrankungen zugeschrieben. Menschen mit einer sicheren Bindung hatten in ihren ersten Lebensjahren sehr feinfühlige Bezugspersonen, die zuverlässig, situations- und altersadäquat, möglichst prompt auf die Bedürfnisse des Kindes reagierten. Damit kann sich eine sichere innere Repräsentanz der Bezugsperson bilden, die auch mit einem Empfinden von Urvertrauen beschrieben wird. Erwachsene mit einer sicheren Bindung sind in Stress-Situatiosen in der Lage, sich angemessene Unterstützung zu suchen und auch anzunehmen. Sie können sich in der Regel gut emotional regulieren und stabile, anhaltende Beziehungen eingehen (Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008).

Die unsicheren Bindungsmuster, wie die unsicher-vermeidende (Typ A) als auch die unsicher-ambivalente Bindung (Typ C), zeigen sich in den westlich orientierten Gesellschaften ebenfalls als sehr weit verbreitet und sind in anderen Kulturen zum Teil auch als primäre Bindungsmuster gewünscht (Bowlby, 2024; Brisch, 2014;

Brisch & Hellbrügge, 2008). So erlebten unsicher-vermeidend gebundene Kinder in ihren ersten Lebensjahren ihre Bezugspersonen mehr als Hilfe ablehnend, Freude ermutigend und unsicher-ambivalent gebundene Kinder ihre Bezugspersonen einerseits als unterstützend und gleichzeitig als ablehnend, sich selbst überlassend (Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008). Beide Bindungsmuster weisen im weiteren Lebensverlauf beim Erleben von Ereignissen mit Traumapotential ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Traumafolgestörung auf. Anders als sicher gebundene Menschen suchen sie sich in großen Stress-Situationen nicht intuitiv angemessene Unterstützung bei ihren nahestehenden Mitmenschen. Je nach Bindungstyp und Erfahrungen in der eigenen Lebensgeschichte entwickeln sie für sich andere Möglichkeiten der Stressbewältigung. So neigen Menschen des Bindungstyps A (unsicher-vermeidend) dazu, in Stress-Situationen emotionale Nähe eher zu meiden und auf sich selbst gestellt Lösungen zu finden. Damit wirken sie schnell unnahbar und wenig feinfühlig gegenüber ihren Mitmenschen. Sie neigen mehr als andere Bindungstypen dazu, Ereignisse zu bagatellisieren und als *nicht so schlimm* darzustellen. Sie vertreten eher die Haltung, *man solle sich nicht so anstellen und müsse sich auch mal durchbeißen*. Gefühle nach außen zu zeigen, fällt diesen Menschen besonders in Belastungssituationen häufig sehr schwer. Menschen des Bindungstyps C (unsicher-ambivalent) wiederum entwickeln in Belastungssituationen flexiblere, häufig vorsichtige Strategien, indem sie Nähe und Unterstützung suchen und gleichzeitig (vorsichtig) ablehnen. Sie wirken dadurch unentschlossen und unsicher. Sie neigen mehr als andere Bindungstypen zu großen Emotionsdurchbrüchen und können sich dabei schwerer beruhigen. Sie fordern in Belastungssituationen gerne Unterstützungen ein und lehnen sie gleichzeitig mit der Begründung wieder ab, dass *dies ja nicht funktionieren könne* oder *sie dies bereits erfolglos versucht hätten*. Menschen beider Bindungsmuster gelten im Kontakt mit ihren Kindern bzw. Mitmenschen in großen Belastungssituationen als geringer feinfühlig und sind in diesen Momenten erschwerter in der Lage, co-regulativ, sowie unterstützend auf das Gegenüber einzuwirken. In entspannten Momenten jedoch, wenn das Bindungsmuster ruht, kann ihnen dies gut gelingen (► Abb. 1.1). Trotz des höheren Risikos eine Psychopathologie zu entwickeln, gelten diese Bindungsmuster ebenfalls als unbedenklich »normal« und prägen die Vielfalt unserer Gesellschaft (Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008).

Die desorganisierte Bindung (Typ D) ist der einzige Bindungstyp, der im psychotherapeutischen Verständnis als pathologisch und damit als behandlungswürdig angesehen wird (Remmel, Kernberg, Vollmoeller & Strauss, 2006). Aus diesem Bindungstyp können sich die sogenannten Bindungsstörungen nach dem ICD-11 entwickeln. Menschen mit einem desorganisierten Bindungsmuster wurden in den ersten Lebensjahren von angstregenden, nicht durchschaubaren und nicht berechenbaren Bezugspersonen geprägt, so dass sich kein konstantes inneres Bindungsmuster ausbilden konnte. Die Gründe dafür können vielfältig sein. So können unverarbeitete Traumata der Bezugspersonen, besonders wenn diese durch Trigger aktiviert worden sind, zu angstmachenden, beängstigenden oder auch hilflosen Interaktionen mit dem Kind führen. Bezugspersonen in einem Flashback wiederholen unter Umständen ihre eigenen Traumata im Kontakt mit dem Kind

und bringen es dadurch in ausweglose und ausgelieferte Situationen. Auch psychische Erkrankungen, Substanzmissbrauch durch die Eltern, (Hoch-)Konflikthaftigkeit der Eltern, mangelnde Erziehungskompetenzen, Überforderung etc. können Ursachen sein. Die Ausprägung einer desorganisierten Bindung wird häufig mit den oben aufgeführten Bindungstraumata in Verbindung gebracht. In der Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind können reaktiv fehlende oder unpassende Wahrnehmung und Reaktionen auf die kindlichen Bedürfnisse beobachtet werden. Dies kann eine Spannbreite zeigen von fehlender Liebe, Zuneigung und Respekt, fehlender Unterstützung, Mangel an Förderung, Ablehnung/Ignorieren des Kindes, Mangel an Grenzen, bis hin zu übermäßigem Kontrollieren des Kindes oder überhöhter Leistungsansprüche an das Kind. Verbale Gewalt, Einschüchterung, Lächerlich-Machen und Beschämen, Liebesentzug, Androhung oder Zerstören von persönlichen Gegenständen, Zeugenschaft von Gewalt auch gegenüber Haustieren kommen häufig noch mit dazu (Egle et al., 1997, 2002). Die Unvorhersehbarkeit und Unberechenbarkeit der Bezugspersonen verhindern, dass sich hinreichend gute Objektrepräsentanzen bilden und verinnerlichen, aber auch, dass ausreichend Fähigkeiten zur Selbstregulation entwickelt werden können. Dadurch kann sich kein Urvertrauen entwickeln, so dass eine tiefere Verunsicherung im Inneren der Betroffenen bestehen bleibt. Bei anhaltender Vernachlässigung oder Misshandlung in den ersten Lebensjahren und pathologischen Auffälligkeiten bereits vor dem fünften Lebensjahr können die sogenannten Bindungsstörungen diagnostiziert werden (Ziegenhain & Fegert, 2004; Ziegenhain, 2009). Menschen mit einer Bindungsstörung zeigen häufig Schwierigkeiten im Wahrnehmen und Differenzieren von eigenen Gefühlen sowie in der Selbstregulation. In Belastungssituationen zeigen sie eine Spannbreite von Verhaltensweisen wie das Suchen von Kontakt und Nähe bei einer (Bezugs-)Person (Hemmung des Bindungsverhaltens im Rahmen einer reaktiven Bindungsstörung) bis hin zu einem wahllosen, zum Teil auch distanzlosen Kontaktverhalten gegenüber auch fremden Personen (Bindungsstörung mit Enthemmung). Sekundäre Symptome wie mangelnde Kooperation gegenüber den Bezugspersonen in Form von ausgeprägtem Ungehorsam oder überängstlicher Angepasstheit, als auch stark kontrollierendes Verhalten gegenüber Bezugspersonen sind häufig zu erkennen. So zeigen die Betroffenen ein altersunangemessenes überfürsorgliches Verhalten bis hin zu extrem dominantem oder bestrafendem Verhalten gegenüber Bezugspersonen. Auf Grund der fehlenden Rückversicherung bei schutzgebenden Personen wird auch häufig ein Hochrisikoverhalten beobachtet (Ziegenhain & Fegert, 2004; Ziegenhain, 2009). Menschen mit diesem Bindungstyp zeigen das höchste Risiko der Entwicklung von Psychopathologien im Allgemeinen und sind am deutlichsten in ihrer Feinfühligkeit und Fähigkeit zur Co-Regulation im Kontakt mit Mitmenschen eingeschränkt. Eine Veränderung dieses Bindungsmuster benötigt viele korrigierende Beziehungserfahrungen im Alltag, aber auch das Aufarbeiten der frühen belastenden Lebenserfahrungen in einem therapeutischen Kontext (Boger, 2022; Bowlby, 2024; Brisch, 2014; Brisch & Hellbrügge, 2008). In der Arbeit mit bindungstraumatisierten Menschen, besonders bei Bindungsstörungen, haben Phase 1 und 2 der I.B.T.-Methode eine besonders große Bedeutung. Da in der ersten Phase die Belastungen der Bezugspersonen in Bezug auf die eigenen Erfahrungen

mit dem Kind als auch im Blick auf die belastenden Ereignisse des Kindes, die im weiteren Verlauf mit dem Kind bearbeitet werden sollen, selbst betrachtet werden, kann eine Stabilisierung der Bezugspersonen erreicht werden. Ziel sollte sein, dass die Bezugsperson vom Kind als *sicherer Ort* erlebt werden kann. Gelingt dies nicht, da die Bezugsperson auf Grund ihrer eigenen Lebensgeschichte zu belastet ist oder die Sinnhaftigkeit dieser Arbeit nicht verstehen kann oder möchte, ist eine alternative Bezugsperson notwendig (► Kap. 2.2.2 und ► Kap. 2.2.3). In der zweiten Phase der I.B.T.-Methode steht neben der Installation von Ressourcen-Anteilen und damit einer Verbesserung der Beziehung zu sich selbst (► Kap. 2.3.1), der Aufbau von korrigierenden Beziehungserfahrungen durch die Ermöglichung eines reflektierten Verhaltens statt reflexhaften Verhaltens der Bezugspersonen im Vordergrund (► Kap. 2.3.2). Gerade bei Menschen mit Bindungsstörungen kann diese Phase besonders viel Raum im therapeutischen Prozess einnehmen. Erst wenn diese zwei Phasen erfolgreich abgeschlossen sind, kann eine Aufarbeitung der frühen belastenden Lebensereignisse im therapeutischen Kontext erfolgen (► Kap. 2.4). Eine Einbeziehung von aktuellen Bezugspersonen kann sehr hilfreich sein, wenn diese im Leben der Betroffenen weiterhin eine tragende Rolle spielen und fortführend korrigierende Beziehungserfahrungen anbieten können.

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!

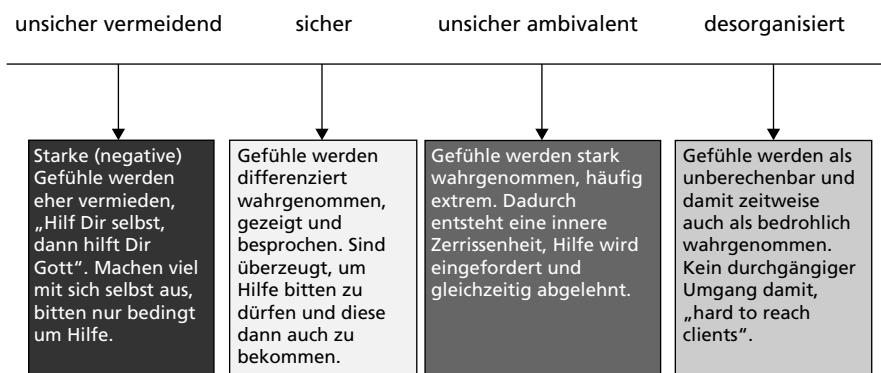


Abb. 1.2: Überblick Bindungsmuster im Jugend- und Erwachsenenalter

Take Home

- Unser Bindungsmuster entwickelt sich über frühe Beziehungserfahrungen mit den ersten Bezugspersonen.
- Bindungsmuster sind nur in Stress-Situationen erkennbar und können damit die Feinfühligkeit in diesen Momenten beeinträchtigen.
- Bindungsmuster beeinflussen unsere Fähigkeit der Feinfühligkeit und der Co-Regulation des Gegenübers in Belastungssituationen.