No 6 MARCH 09

DMM news

www.iasa-dmm.org

The international association for the study of attachment

iasa

SPECIAL CONFERENCE ISSUE

Benvenuti in Italia!

Andrea Landini

Wir hatten noch nicht einmal einen Namen als IASA vor 18 Monaten in Newcastle, UK entstand. Aber wir hatten Leute. Mehr als 50 enthusiastische Personen aus 22 Ländern nahmen P.O. Svanbergs Einladung an, nach Newcastle zu kommen, um unsere eigene Organisation zu gründen.

Heute existiert IASA! Wir sind eine Gruppe mit einer Absicht und Mitgliedern und einem großen, durchschlagenden Namen: **'The International Association for the Study of Attachment'.** Unser Newsletter, die *DMM News*, wird an mehr als 3500 Fachleute in 40 Ländern verschickt. Ungefähr 200 von ihnen kamen nach Bertinoro, Italien, zu unserer ERSTEN biannualen Konferenz.

Bertinoro, einer der Hügel der Romagna, war schon seit langer Zeit ein spezieller Ort für uns. Wir haben uns hier getroffen für Klinische Fortgeschrittenen Kurse, für Basiskurse und um neue Assessments zu entwickeln. Es fühlte sich sehr natürlich an, Bertinoro für unsere erste Konferenz auszuwählen. Die spektakuläre Lokation, ein Schloss auf der Spitze eines Berges, trug zum Reiz, hierher zu kommen, bei.

Unsere Ziele bestanden darin, unsere Identität zu etablieren, uns gegenseitig kennen zu lernen und zu arbeiten. Wir erreichten dieses und mehr! Wir hatten nicht genug Platz in den Veranstaltungsräumen, so dass wir hinaus in die Schlosshallen und Schlosshöfe strömten. Wir hatten solch hervorragende Sprecher, dass viele von uns an mehr als einer Veranstaltung gleichzeitig teilnehmen wollten. Wir füllten das Schloss, das ganze Dorf Bertinoro und sogar das Nonnenkloster (!) mit unseren Arbeiten und Ideen. Viele neue Freundschaften wurden in den ersten warmen, sonnigen Herbsttagen in Italien geknüpft.

Die Konferenz rückte IASA's wesentliche Anliegen in den Fokus: präzise, beobachtende Assessments für Forschung und Behandlung; frühe Intervention und Prävention von Entwicklungsrisiken; die Erforschung von schwierigen mentalen und psychosomatischen Störungen; forensische Anwendungen des DMM für den Kindesschutz, für die Kindesplatzierung sowie für Bereiche von Kriminalität. Das am meisten beeindruckende Merkmal lag darin, wie Forschung und Intervention nie weit auseinander lagen. So möchten wir es haben!

Diese Ausgabe der *DMM News* rekapituliert die Konferenz und wir hoffen, Sie an einen Teil des Reizes, dort gewesen zu sein, teilhaben lassen zu können. Wir hoffen, dass Sie zur Nächsten kommen möchten. Der Ort für 2010 wird in der nächsten Ausgabe bekannt gegeben!

Bis dahin, wünschen wir Ihnen Erinnerungen an strozzapreti (strangulierte Priester!) und Sangiovese.

Benvenuti in Italia! Kommen Sie wieder, bleiben Sie lange!

Andrea Landini, Konferenz Koordinator und IASA Gründungs- und Vorstandsmitglied

Inhalt:

Seite

1. **Benvenuti in Italia**
2. **Was ich wissen möchte**
5. **Weg nach Bertinoro**
6. **Formt Bindung das mütterliche Gehirn?**
8. **Raising Parents**
10. **Psychen, die heilen**

„Der Tagungsort war traumhaft und die Landschaft atemberaubend." *(UK)*

„Gute Redner, ein variantenreicher Mix von Workshops zu interessanten Themen & und ein toller Mix von Leuten, mit denen man reden konnte." *(UK)*

„Es war eine herrliche Atmosphäre aus Beteiligung und Eintracht." *(Italien)*

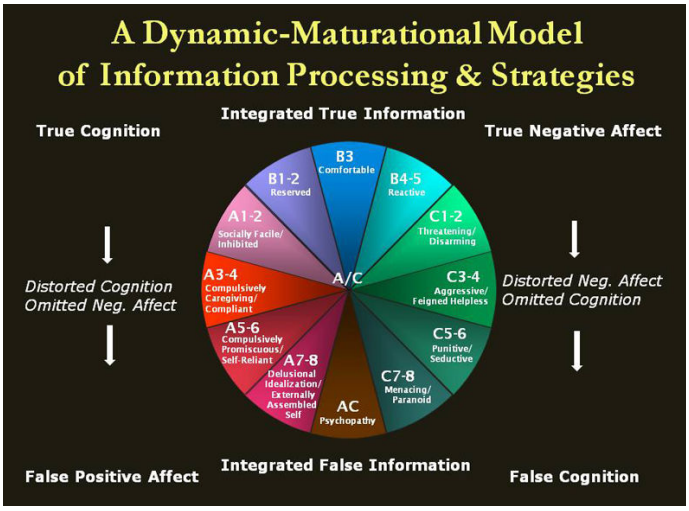
Die Herausgeber möchten den Übersetzern dieser Ausgabe dafu¨r danken, dass sie es Leuten möglich gemacht haben, die DMM-News in ihrer eigenen Sprache zu lesen. Der Übersetzer dieser Ausgabe ist Nicola Sahhar.

Was ich wissen möchte: Mysterien, Paradoxien, & Dringende Themen

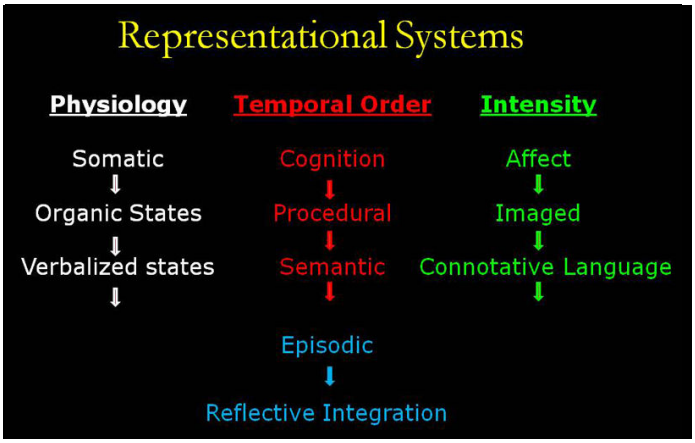
Diese Konferenz stellt einen Wendepunkt in der Entwicklung des Dynamisch-Maturationalen Modells (DMM) von Bindung und Adaptation dar. Seit den frühen 80iger Jahren, zunächst unter Mary Ainsworth arbeitend und heute mit Kollegen aus zahlreichen Länder, habe ich das Bindungsdenken an belasteten Kindern und Erwachsenen angewandt. In diesem Prozess habe ich sowohl eine beobachtende, analytische Art der Arbeit entwickelt als auch ein Modell, wie frühe Exposition gegenüber ungeschützten Gefährdungen und ohne anschließenden Trost zu maladaptiven Verhalten führen kann, welches veränderungsresistent ist, d.h., dass es Individuen vulnerabel für Dysfunktion und Psychopathologie belässt.

Was wir erreicht haben

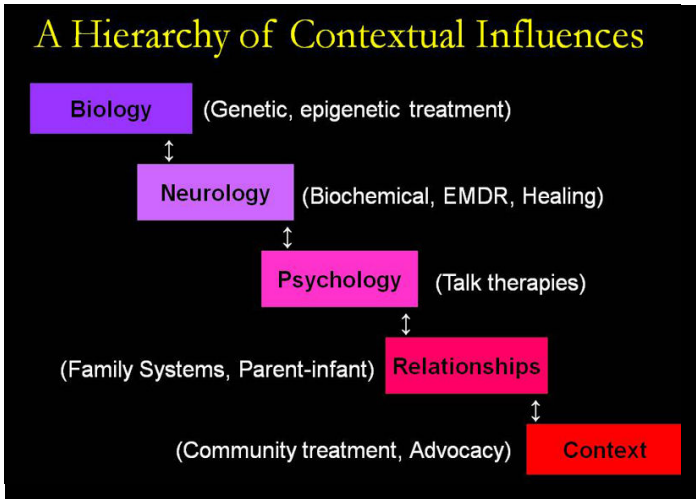
Die wesentlichen Komponenten des DMM sind sein (a) Entwicklungsbezug, (b) die Beschreibung von interpersonalen, selbst-protektiven Strategien (Fig.1), und Integration von Verhalten mit sowohl (c) der zugrunde liegenden Neurologie von Informationsverarbeitung (Fig. 2) als auch (d) dem weiteren Kontext, in welchem Verhalten adaptiv oder maladaptiv ist (Fig. 3).



Figur 1. Selbst-protektive Strategien im Erwachsenenalter



Figur 2. Repräsentationale Systeme



Figur 3. Eine Hierarchie von interaktiven, kontextuellen Einflüssen

Heute, obiges zumindest skizziert, sind meine brennenden Fragen:

> *Warum - wenn Menschen sich wirklich ändern wollen - ist es häufig so schwierig, dieses zu erreichen?*
>
> *Warum – wenn Fachleute so sehr diese Veränderung unterstützen wollen –gibt es so wenig Belege für deren Erfolg?*

Hinter diesen beiden Fragen liegt die eine, zentrale Frage:

Wie können wir Menschen dabei helfen, sich so zu verändern, dass es ihr Leiden reduziert, adaptives Verhalten fördert und sie dazu befähigt, zufrieden stellende Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen?

Eine Agenda für die Zukunft

Das Problem

Warum, nach einem Jahrhundert der Mühen brillianter Köpfe (z.B. zu Anfang Freud und Skinner, dann Bowlby und Bateson in der Mitte des Jahrhunderts) und von Tausenden engagierter Fachleute, und mit mehr als 1000 veröffentlichten Behandlungen, wissen wir nicht, welche Behandlungen anzubieten sind, welche für Individuen passend sind und welche ihr psychisches Leiden verbessern? Tatsächlich nimmt die Prävalenz vieler Störungen (z.B. Depression, ADHS, Autismus) zu. Weiterhin tauchen Beweise auf, dass Behandlung schädlich sein kann. Diese Belege von Schädigung führen zu einem dringenden Anliegen: Werden wir systematisch die Möglichkeit von Schädigung messen und, falls wir finden, dass wir unabsichtlich Schaden zugefügt haben, wie werden wir dieses erklären und was werden wir dagegen tun?

Die Effektivität von Behandlung

Eine große Menge von Literatur verweist darauf, dass grob ein Drittel der Patienten vor Beendigung der Behandlung aussteigen, und dass, für die verbleibenden Zweidrittel die Behandlung in ungefähr 65% der Fälle effektiv ist. Dieses fällt auf 50% innerhalb des ersten Jahres nach Beendigung der Behandlung. Andererseits, allein auf der Warteliste für psychologische Behandlung zu stehen ist, ist zu 50% wirksam, was einer psychologischen Behandlung höchstens einen 15%igen Vorteil gegenüber einer Nichtbehandlung verschafft. Trotz des häufig glühenden Glaubens der Therapeuten in ihrer Form der Behandlung, ist weiterhin bisher kein Zugang gefunden worden, welche Intervention effektiver als die anderen ist.

Ein kleinerer Teil von Belegen, verweist darauf, dass psychologische Behandlung in durchschnittlich 15% der Fälle manchmal schädlich ist.

Dieses legt nahe, dass (a) Assessments negativer Effekte Teil aller Behandlungseffizienzstudien werden sollte, (b) dass das Wissen um die

Ursache und die Richtung von Dysfunktion verbessern könnte, wie wir Behandlungen auswählen und (c) ein Kernpunkt kann darin liegen, Behandlungen an die selbst-protektiven Strategien der Individuen anzupassen.

Das DMM als eine Basis, um eine integrative und umfassende Theorie von Behandlung zu entwickeln

Das DMM bietet mehrere Vorteile als Basis zur Generierung einer umfassenden Theorie von Behandlung. Erstens wurde es aus allen großen Theorien von menschlicher Entwicklung und psychologischer Behandlung erhoben. Zweitens stellt das DMM einen Zugang dar, um Informationen zu generieren, welche auf Observation, empirischen Tests und klinischer Relevanz basieren. Drittens ist es der einzige Zugang, um Dysfunktion zu definieren, welcher mit dem Studium der kindlichen Entwicklung und der individuellen Unterschiede in der Entwicklung des Kindes begann, und sich dann systematisch weiter bis ins Erwachsenenalter hinein entwickelte. Für jedes Alter berücksichtigt das DMM eine mehrschichtige Hierarchie systemischer Einflüsse und transaktionaler Prozesse: genetische und epigenetische, biologische und reifungsbedingte, dyadische, familiäre, kontextuelle (Schule, Nachbarschaft) und kulturelle Einflüsse. D.h., dass das DMM die Adaptation von Individuen im Lichte eines komplexen Feldes von Kontexten adressiert, in denen das Individuum funktioniert. Schlussendlich hat das DMM formale Assessments für die gesamte Lebensspanne, welche sowohl Neigungen in der Informationsverarbeitungen als auch selbst-protektive Strategien erheben.

Diese Vorteile ermöglichen es DMM psychologische ‚Störungen' nicht als abgeschlossene Einheiten, wie z.B. DSM oder ICD Diagnosen, zu fassen, sondern eher als strategisch organisierte, psychologische Prozesse, die es einem Individuum ermöglichen, in gefährdenden Kontexten sicherer zu sein. Gefahr und Reproduktion sind die kritischen Themen für das Überleben. Maladaptives Verhalten impliziert fast immer, dass das Individuum sich gefährdet erlebt oder andere gefährdet (insbesondere Partner und Kinder) und, in den schwerwiegendsten Fällen von Maladaption zu sexuellen Problemen führt. Das DMM nimmt zwei grundlegende, psychologische Prozesse an (Kognition und Affekt), welche von Menschen, deren Erfahrungen mit Gefahr sich unterscheiden, verschieden angewandt werden. Dieses kann eine Erklärung dafür bereitstellen, warum Individuen mit den gleichen Symptomen manchmal unterschiedlich auf die gleiche Therapie reagieren (insbesondere unterscheiden sie sich in ihrer Abhängigkeit von Kognition oder Affekt, um ihr Verhalten zu entscheiden). Wichtiger noch, stellt es ein Grundprinzip zur Verfügung, um die Effekte von Behandlung auf psychologische Prozesse zu testen, indem danach gefragt wird, wie Behandlungen kognitive und affektive Repräsentationen verändern. In der Folge kann dieses die Grundlage werden, um die Behandlung, gekoppelt an die mentale Verarbeitung des Individuums, auszuwählen.

DMM Theorie und Entwicklung hat bereits unser Verständnis für viele Probleme und Störungen verändert: (1) mütterliche Sensitivität gegenüber ihren Babys und die vorangegangene Erfahrung von Gefahr für die Mütter, (2) Kindesmisshandlung, (3) Pflegeunterbringung, (4) Adoption, (5) postnatale Depression, (6) Konversionsstörungen, (7) ADHS & Autismus, (8) Essstörungen, (9) PTBS, (10) Psychose, (11) psychosomatische Störungen, (12) sexuelle Dysfunktion, (13 schwere Kriminalität. Manche dieser Erkenntnisse finden sich in publizierten Studien, einige Studien befinden sich in der Prüfung oder sind noch in Entwicklung und einige bestehen aus Clustern von Fallstudien, aber alle veränderten unser Verständnis von der Natur der Dysfunktionen. Mehr noch, sie wenden eine Theorie für eine Vielfalt von Problemen an.

Eine einzelne und umfassende Theorie von Maladaption und Behandlung zu haben, könnte sowohl die Verwirrung um konkurrierende Behandlungen als auch das Leiden von Menschen reduzieren, die mit der Last zerstörter Träume und der Suche nach Hoffnung zu uns kommen.

„Meine Komplimente. Es ist sehr komplex, eine internationale Konferenz zu organisieren, insbesondere die Erste. Ich meine, dass dieses sehr gut gelungen ist. I mag wirklich die Runden Tische (insbesondere zu Rechtsfragen), welche besonders dadurch stimulierend waren, indem man die jeweiligen Stile und Kulturen hervortreten sah." *(Italien)*

„Der Höhepunkt bestand darin, andere Leute zu treffen und sich über Kindesentwicklung in risikoreichen Umgebung-gen auszutauschen. Der Konferenzort (Kultur & Umgebung) war wunderbar." *(Russland)*

„Ich mochte die Vielfalt und die Gelegenheit, Kollegen mit so unterschiedlichen Hintergründen und Kulturen zu treffen und von diesen zu lernen, die Aufregung und den Stolz, Teil von IASA und deren ersten Konferenz zu sein, die Gelegenheit, um Präsentationen aus der Forschung zu hören, welche wegweisend ist und Hoffnung macht sowie Inspiration für die Zukunft darstellt, und ich schätzte die Gelegenheit, gleich gesinnte Fachleute zu treffen." *(UK)*

„Der Aufenthaltsort gestatte Zeit, um sich auf Bindungsthemen zu fokussieren, ohne ablenkendes Büro. Die Parallelsitzungen funktionierten so gut, dass ich die für mich relevanten Vorträgen besuchen konnte. Das Setting war so gut; sie sollten das immer dort stattfinden lassen; I liebe einfach Italien." *(Irland)*

„Die Konferenz stellte eine wunderbare Erfahrung dar. In Bertinoro stellte ich Fragen, bekam Antworten und teilte ein Lernen, das ich nie erwartet habe und einen Sinn für Kameradschaft, den ich hier in den Staaten selten erlebe. Andere verstanden mich. Es war aufschlussreich, sich mit Leuten mit unterschiedlichen Hintergründen zu unterhalten und ich schätze diese professionellen Verbindungen und freue mich darüber, diese bis zur nächsten Konferenz aufrecht zu erhalten. Ich bin so froh, dass ich da war." *(USA)*

„Danke für diese fantastische Konferenz! Die Gespräche, die Umgebung, das Essen und all die wunderbaren Leute aus der ganzen Welt, die so ähnlich arbeiten und denken wie ich und meine Kollegen. Das DMM ist für meine klinische Arbeit bedeutungsvoll und genau das, was ich in meiner Ausbildung vermisst habe. Allein schon die Plenardiskussionen waren die Reise wert!" *(Norwegen)*

Weg nach Bertinoro

Donatella Landi

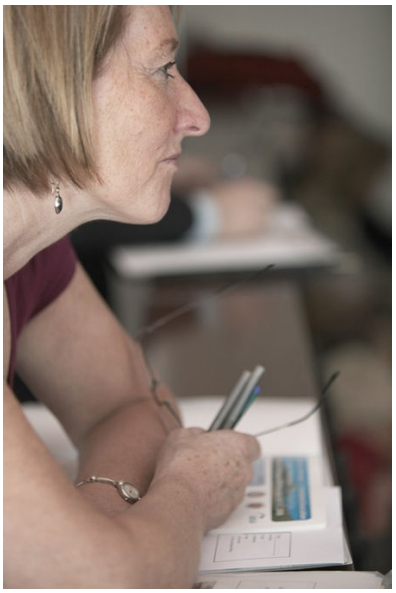
Meine Reise nach Italien begann vor acht Jahren, als ich ein Buch in die Hand bekam: *The Organisation of Attachment: Maturation, Culture, and Context* von Patricia Crittenden. Hier fand ich einen frischen Rahmen von Bowlbys inspirierenden Ideen und deren wichtigsten Beiträge vom Denken psychologischer Realität. Wie Bowlby verortete Crittenden Beziehungen und Bezogenheit als Mittelpunkt des menschlichen Lebens und emotionalen Wohlbefindens.

In diesem Buch wurden vertraute Ideen in einer Sprache erweitert, welche sich robust und herausfordernd anfühlte. War Bindungstheorie eine ethnozentrische, westliche, noch nicht universell etablierte Theorie? Warum wurden die Dyaden immer noch als isoliert betrachtet? Warum wurden auch wesentliche Variablen wie Kontext und Kultur immer noch vernachlässigt?

Hier war eine couragierte Forscherin, wie einst Entdecker nicht entmutigt vom ‚dichten Wald und dem heimtückischen Terrain'. Des Weiteren entdeckte ich, dass Crittenden ihre Fragen dadurch fundiert hatte, dass sie die Kodierungsmethoden, die mir vertraut waren, umfangreich erweitert hatte, um ein über die Lebensspanne reichendes extrem detailliertes, verfeinertes neues Modell zu kreieren. Ihre Hypothesen über Adaptation gewannen empirische, systematische Unterstützung von einem Netzwerk von Forschern und Fachleuten, das sie etabliert hatte, während sie ihr Modell lehrte, ihre Beobachtungen teilte, und indem sie Diskrepanz als den Hinweis für Aufmerksamkeit und Veränderung beachtete.

Mit meinen enthusiastischen Kollegen des *Attachment Journal* entschieden wir uns an der ersten IASA Konferenz teilzunehmen. Bertinoro ist ein Kleinod zwischen den Appeninnen und dem Meer hängend wie ein Adlernest. Tatsächlich tauchte Schönheit in Hülle und Fülle auf, nach jede Kurve in den sich steil windenden Straßen, welche hoch zum Schloss führten und in die stolze Massivität der antiken Rocca in der Fernsicht mündeten.

Die Konferenz, überbucht, nahm Besitz von dem Ort, mit den Teilnehmern, welche um den Berg herum untergebracht waren. Für einige bedeutete dieses, dass ihre Unterkunft sehr karg war, aber die behutsame Gastfreundlichkeit und die exquisite Küche stellten eine genussvolle Belohung dar. Eine traumhafte Atmosphäre setzte mit dem Abend ein. Wir verwandelten uns in Urlauber, mit dem Bonus, sich mit jemanden, der interessante Geschichten zu berichten hatte oder wichtige Fragen ansprach über Tisch in einem Restaurant oder bei einem Drink an der Bar auszutauschen; angereichert durch die unterschiedlichen Plätze, Sprachen und Stile, führte dies zu einem Transfer von Interessen, Anliegen und Leidenschaften.


„Die emotionale Nähe unter den Fachleuten, die das DMM benutzen." *(Griechenland)*

Es erwuchs die Erkenntnis innerhalb dieser Gemeinschaft, dass etwas Wichtiges dabei war, sich zu entwickeln und dabei einen großen Bereich von Fachleuten und Feldforschern: Psychologen, Forscher, Sozialarbeiter, Psycho-therapeuten, Kinderpsychiater, Krankenschwestern im Sozialdienst aus aller Welt. Die meisten gelangten über das DMM zu einem einträglicheren Weg zu arbeiten, zu einem genaueren Beobachtungsstil und zu einem umfassenderen und respektvolleren Zugang zu ihren ‚Subjekten': Müttern, Kindern, Familien.

Informationen, gewonnen aus der Exploration und dem Vergleich von Forschungsergebnissen, aus unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften, bestimmte die erste Zusammenkunft der DMM Forscher und Kliniker.

„Es waren so viele Leute aus unterschiedlichen Ländern mit einem gemeinsamen Ziel anwesend: die Chancen zu unterstützen, um mit guter mentaler Gesundheit aufzuwachsen." *(Luxemburg)*

Kann die Einschätzung von Bindung eine Perspektive zu subtilen, unbewussten Phänomenen anbieten und dann neue Wege eröffnen, um den Einfluss von Großereignissen auf die Gesellschaft zu verstehen? Rifkat Muhamadrahimovs Forschung in Russland legt diese Möglichkeit nahe. Kann eine ganze Nation bedroht und allmählich geheilt werden, indem das Verstehen der Bindungstheorie ihrem Leiden zugeführt wird? Mary Courchene berichtete über die Misshandlungen, welchen die kanadischen Ureinwohner (First Nation People) über Generationen hinweg erlitten und sprach über die Regeneration, welche gerade stattfindet. Ein Beobachtungsinstrument wurde als Werkzeug eingesetzt, um Bedürfnisse zu messen, ein nicht-intrusiver Weg, um internale Zustände zu beobachten und um Informationen zu gewinnen, an denen Intervention angesetzt werden kann . So ein Werkzeug ist besonders kostbar, wenn es die besonders frühen Entwicklungsphasen in den Blick rückt; Bente Nilsen demonstrierte, wie der *CARE-Index* unverbalisiertes Leiden offen legt und sorgende Fachleute leitet, welche die Wunden der vergangenen Gefährdungen durch Eltern zu heilen versuchen

Als Psychotherapeutin fand ich die Berichte über die Anwendung des *AAI* im Kontext von Prä- und Posttherapie sowie für Forschung, in der die mentalen Zustände des Therapeuten hinsichtlich Bindung exploriert werden, herausfordernd und interessant. Die Studie des Therapeuten provozierte Reflektion, insbesondere über die Dynamiken, welche in der therapeutischen Dyade durch die Passung – oder Nicht-Passung – der Bindungsstrategien von Patient und Therapeut induziert werden. Furio Lambruschi berichtete, wenn auch nicht überraschend, dass Therapeuten im Allgemeinen Aspekte von ungelösten Traumata und Verlusten präsentieren, - genauso wie ihre Klienten. Kann uns das darüber informieren, wie Therapeuten ausgebildet werden?

Ich fragte meine Mitbewohnerin, eine Kinder- und Jugendlichenpsychiaterin, welche ein umfangreiches Training mit Crittenden absolviert hatte, was sie besonders schätzte. Sie antwortete, dass das, was das DMM ihrer Praxis brachte, ein Verstehen sei, dass jedes Verhalten eine Bedeutung und eine Funktion hat, selbst wenn es desorganisiert wirkt. Die Strategien des Klienten werden an irgendeinem Zeitpunkt in der elterlichen Beziehung adaptiv gewesen sein und das Nachdenken über diese Beziehung hilft ihr dabei, die Schwierigkeiten des Patienten zu erfassen und eine therapeutische Fragestellung zu formulieren. Ich denke, dieses ist genau das, was Bowlby selbst gerne gehört hätte.

Donatella Landi, Attachment Journal, The Bowlby Centre, London

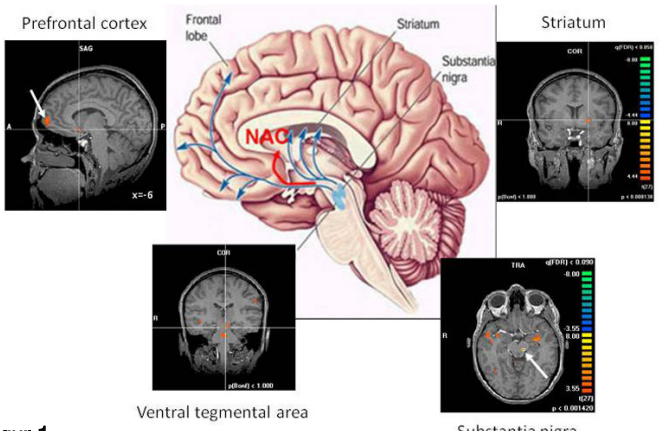
Formt Bindung das mütterliche Gehirn? Erforschung der Neurobiologie von Bindung

Lane Strathearn

Hintergrund

Kindliche Signale, wie lächelnde oder weinende Gesichtsausdrücke sind kraftvolle Motivatoren menschlichen Elternverhaltens und aktivieren Dopamin assoziierte Belohungszirkel im Gehrin der Mütter (Bild 1) (Strathearn, Li, Fonagy, & Montegue, 2008)). Desgleichen haben Tierstudien demonstriert, dass das Hirnhormon Oxytozin eine kritische Rolle im Aufbau des responsiven mütterlichen Verhaltens spielt.

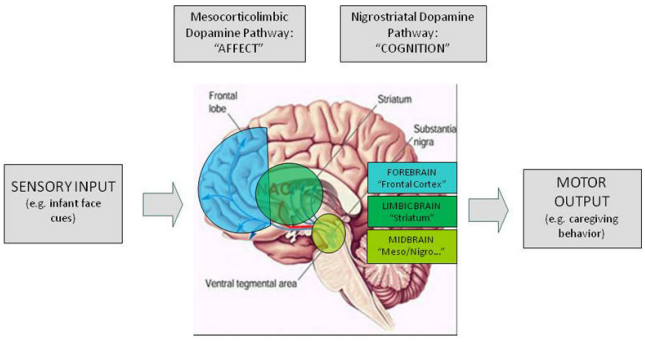
Aus Sicht des Dynamisch-Maturationalen Modell von Bindung (DMM), können die mütterlichen Bindungserfahrungen die Qualität der ihrem Kind angebotenen Fürsorge vorhersagen. Diese Studie explorierte, ob die Bindungsstrategie der Mutter, unter Anwendung des DMM, das Ausmaß sowohl der Aktivierung von Belohnungszirkeln im Gehirn als auch der perihpären Oxytozin-Ausschüttungen auf die Signale ihres Kindes vorhersagen könnte.



Figur 1

Hypothesen

Es wurde angenommen, dass Mütter, deren AAIs als Typ A klassifiziert wurden, einen Präferenz in der Aktivierung von nigrostriataler Dopaminbahnen zeigen würden,welche mit Handlungskontingenzen oder "Kognition"assoziiert sind, während Typ B Mütter eine vergleichbar höhere Aktivierung mesocorticolimbischer Bahnen zeigen würden, welche an Belohnung und affektiver Informationsverarbeitung beteiligt sind (Bild 2 and 3). Weiterhin wurde angenommen, dass Typ B Mütter eine höhere Oxytozin Ausschüttung zeigen würden, wenn sie mit ihren Kindern während des freien Spiels interagieren und, dass diese Ausschüttungen mit Aktivierungsmustern im Gehirn korrelieren würden.



Figur 2

Methode

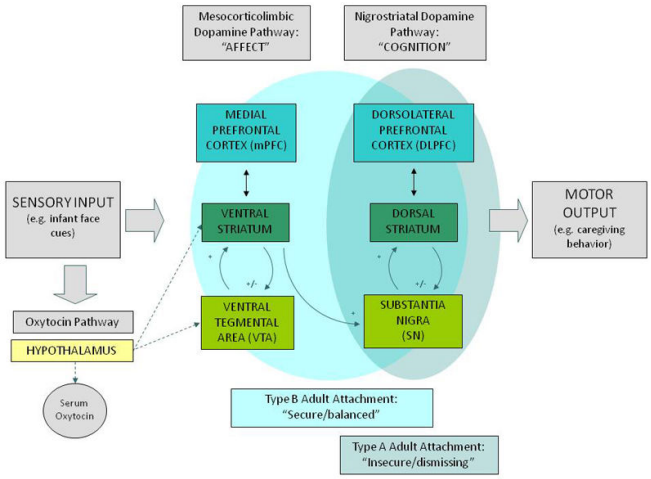
Stichprobe: Erstgebärende Mütter mit Typ B Bindung (n=15), bestimmt vor der Kindesgeburt unter Anwendung des Erwachsenenbindungsinterviews (AAI), wurden mit Müttern der Typ A Bindung (n=15) verglichen. Die Gruppen unterschieden sich nach Selbsteinschätzung nicht hinsichtlich der erhobenen Skalen wie sozioökonomischen Status, Erwachsenen/Kindestemperament, Stillen, Depression oder elterlichen Stress.

Prozedur: Das Serum Oxytozin wurde den Müttern vor, während und nach konzentrierter, spielerischer Interaktion mit ihren 7-Monate alten Kinder entnommen. Später wurde den Müttern, unter Nutzung eines ereignisbezogenen FMRI, 60 neue Bilder vom Gesicht ihrer eigenen Kinder und einem entsprechenden unbekannten Kind gezeigt (Bild 4). Between-Group Unterschiede in der Oxytozin-Ausschüttung und der Gehirnaktivität wurden berechnet, wobei Varianz-und Random-Effect-Analysen angewandt wurden.

Ergebnisse

Entsprechend der Hypothesen, zeigten Mütter mit einem balancierten (Typ B) Erwachsenenbindungsmuster eine Aktivierungspräferenz zweier Belohungsregionen, dem ventralen Stratium und dem medialen präfrontalen Cortex, wenn sie die glücklichen Gesichter ihrer eigenen Kinder sahen ($p<0.05$, false discovery rate corrected). Sie zeigten auch höhere Oxytozin-Ausschüttungen im Blut nach der Interaktion mit ihrem Kind ($p<0.05$), was positiv mit der Gehirnaktivität im ventralen Stratium korrelierte ($r_S=0.57$, $p=0.002$).

Während Typ B Mütter auch diese Belohungsregionen bei der Betrachtung ihrer weinenden Kindergesichter aktivierten, wiesen Typ A Mütter höhere Aktivitäten im dorsolateralen, präfrontal Cortex auf, welcher an der kognitiven Informationsverarbeitung beteiligt ist, ebenso wie in der Insula, einer Region assoziiert mit Gefühlen von Schmerz, Ekel und negativen Affekt.



Figur 3

Schlussfolgerungen

Somit wiesen Typ B Mütter in Reaktion auf, sowohl glückliche, als auch traurige Kindesgesichter, eine signifikant höhere Aktivierung von Regionen auf, welche an Dopamin-assoziierten Belohungsprozessen beteiligt sind. Im Kontrast dazu, schienen Typ A Mütter mehr kognitive Gehirnaktivierungen zu zeigen und schienen den negativen Affekt ihrer Kinder zu spiegeln, verbunden mit einer stärkeren Aktivierung der Insula. Derzeitige Forschung untersucht wie Unterschiede in mütterlichen Gehirnaktivitäten die kindlichen Bindungsmuster unter Anwendung der Fremde-Situation-Prozedur vorher-

sagen kann. Wir untersuchen auch mütterliche Gehirnaktivitäten in Hochrisiko-Populationen, wie z.B. neue Mütter, welche Kokain konsumieren. Das Verstehen von Gehirn und hormonalen Korrelaten von elterlichen Bindungsmustern könnte letztlich zu verfeinerteren behavioralen oder pharamkotherapeutischen Interventionen führen, um Mütter darin zu unterstützen, sensitiver auf die Verhaltens- und Affektsignale ihrer Kinder zu reagieren, und möglicherweise die Transmissionmuster von unsicheren Bindungen abzuändern.

Lane Strathearn, MBBS, FRACP, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine

Literatur

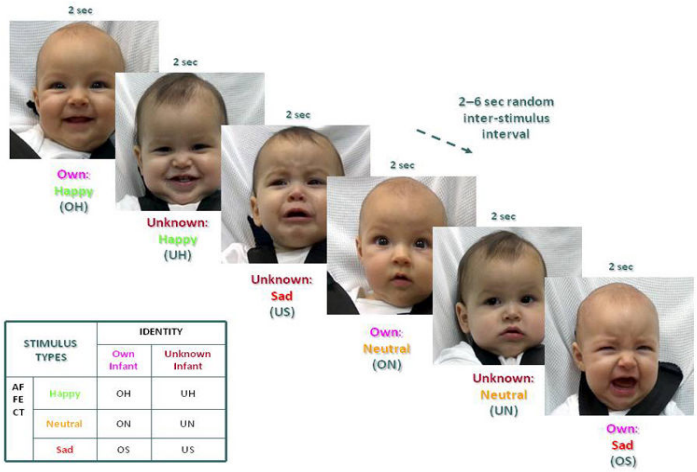
(1) Strathearn L, Li J, Fonagy P, Montague PR. What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. Pediatrics 2008 Jul 1;122(1):40-51.

Bild 1: Aktivierung von Belohnungsregionen im Gehirn, wenn Mütter das lächelnde Gesicht ihres Kindes beobachten

Bild 2: Dopamin-assoziierte Bahnen, welche in der mütterlichen Antwort auf die sensorischen Kindessignale aktiviert werden

Bild 3: Wie Unterschiede von Erwachsenenbindungsmuster mit Bahnen der Belohungsinformationsverarbeitung korrespondieren können

Bild 4: Präsentationsparadigma von Babygesichtern im funktionalen MRI-Experiment. Nachgebildet mit Erlaubnis von *Pediatrics*, Vol. 122, Seiten 40-51, Copyright © 2008 durch die AAP.



STIMULUS TYPES		IDENTITY: Own Infant	IDENTITY: Unknown Infant
AFFECT	Happy	OH	UH
	Neutral	ON	UN
	Sad	OS	US

Figure4

Konferenz Höhepunkte . Konferenz Höhepunkte

„Die vier Stränge, angepasst an Personen mit unterschiedlichen Interessen, funktionierten sehr gut, die Präsentationen, die ich besuchte in Eltern-Kind-Bereich waren sehr gut." *(UK)*

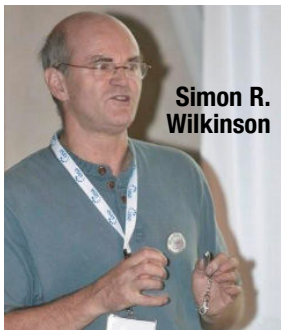
„Inhaltlilch schätze ich die Hauptvorträge und fand diese wirklich anregend; in Sachen Umgebung liebte ich ganz einfach den Konferenzort." *(Deutschland)*

„Standardisierung eines akzeptablen Bindungsprotokolls für die Anwendung vor Gericht." *(Viele)*

„Als ein Anwalt für Familienrecht liebte ich und profitierte ich sehr von den informellen interdisziplinären Kontakten. Ich rechnete damit, die Konferenz zu genießen und einige der Präsentationen interessant zu finden. Ich war überraucht darüber, wie sehr ich dieses genoss; alle Reden, die ich besuchte, waren nicht nur interessant, sondern auch noch zweckdienlich." *(UK)*

Buchbesprechung (im Original): Raising Parents: Attachment, Parenting and Child Safety

Crittenden, PM. (2008) Ediciones Willan. ISBN 978-1-84392-498-2



Simon R. Wilkinson

When Pat Crittenden analyses tapes of dyadic interactions or transcripts of adult attachment interviews with groups of professionals, her cry goes up: Where is the evidence for what you say?

Here you see a masterful feast for thought that attempts to integrate an enormous breadth of evidence from biology to psychology. The illustrative vignettes place parenting in a developmental perspective and clarify the difference between 'dispositional representations', and 'internal working models'. The book is a rigourous scientific enquiry and timely attempt to improve the basis of clinical practice and child protection. It confirms the adage that the more we know, the more we know that we do not know.

We all need to explore what sort of evidence we have for what we do – be that as a healer or a parent. We are always partially blind to what drives us and noticing the paradoxes is difficult, but vital, to seeing what is there. As the Danish philosopher Kirkegaard put it: A thinker without a paradox is like a lover without passion.

Pat Crittenden has passion. She relentlessly tracks down the paradoxes in attachment observations and in the accepted attachment story too. Focusing on how self-protection, adaptation, and reproduction shape information processing, Crittenden addresses the complexity of development. This radically improves the clinical usefulness and applicability of theory Attachment theory starts to become accessible to clinical practice. The devil is in the details. The going gets tough when the sort of detail required to understand the most deviant psychopathological strategies is included. Nevertheless, this book shows why it is worth the struggle.

The Dynamic Maturational Model (DMM) aims to wed epigenetics, evolutionary psychology and other sciences in a coherent whole. The book raises questions about presuppositions regarding the precedence of biological processes in the aetiology of neuropsychiatric disorders. Here readers need to have followed the details in the early chapters, particularly her use of a transactional bio-psycho-social model to integrate information across modalities. If you did, then you can judge whether she has gone beyond the evidence or shown shortcomings in the 'evidence'.

At the end of the day, remember her mantra: Where is the evidence? Ask yourself if Pat Crittenden really does have enough evidence, or whether you can help build the knowledge base by asking further critical questions. The search for paradoxes in her thesis should be celebrated in style and shared with colleagues. In the meantime, good hunting. Feast on this book.

Simon R Wilkinson, Ullevål University Hospital, Oslo

„Ich habe nie vollständig von meiner Überraschung darüber erholt, wie viele Leuten aus vielen Teilen der Welt and diesem Thema von Bindung interessiert sind." *(Kanada)*

„Ein wunderbarer Tagungsort! Aber, was ich am meisten mochte, war der Austausch mit Klinikern und Untersuchern, welche mit einer Bindungsperspektive in der ganzen Welt arbeiten." *(Spanien)*

Liebe Pat,

Ich bin seit einigen Jahren an dem DMM interessiert und habe soeben Ihr Buch Raising Parents gelesen. Normalerweise schreibe ich nicht an die Autoren (Im Grunde bin ich Engländerin!), aber ich möchte Ihnen dazu gratulieren, dass Sie das Modell so zugänglich gemacht haben. Ich habe bereits 25 Jahre als systemische Familientherapeut und als psychoanalytische Psychotherapeut hinter mir, aber im Augenblick kann ich mich an kein einziges Buch erinnern, das ich hilfreicher empfunden habe. Genug der Lobhudelei.

Ich habe soeben ein dreizenjähriges Mädchen mit einer zweijährigen Krankengeschichte von ME , psychogenen Abdominalschmerzen und einem Verlust an Ausbildung gesehen. Es war nicht schwierig, sie im Bereich A3-4 zu finden, so hatte ich eine gute Ahnung von dem Modell, dass sie negative Affekte abgespalten hatte.

Innerhalb der letzten Jahre, hatten drei oder vier Fachleute, welche einem weitestgehend kognitiven Modell folgten, Schluss gefolgert, dass alles in der Familie in Ordnung war, weil es keine offensichtlichen negativen Gefühle gab. Ich wusste vom DMM, dass dieses sehr unwahrscheinlich war.

Im Glück, um meine Hypothese zu testen, sprudelte ihr tiefes Unglück hervor, als ihr Vater nicht in der Lage war, der Behandlung beizuwohnen. Sie dachte, dass ihr Vater komplett uninteressiert an ihr war. Es erschien mir, dass je mehr sie versuchte, ihm zu gefallen, desto kranker wurde sie und umso frustrierter wurde er ihr gegenüber…usw. in einem grauenhaften Kreislauf.

Auch die Mutter hatte damit aufgegeben, den Vater zu beeinflussen, welcher ein entrückter, aber erfolgreicher Manager war. Ich vermute, sie fühlte sich auch zutiefst unglücklich und gefangen.

Nach der Sitzung half ich der Mutter des Mädchens damit, einfach die Gefühle ihrer Tochter abzutun (Mutter hatte nicht ernstnehmende Eltern) oder ihre Tochter aufzuheitern, aber, stattdessen wirklich die Gefühle des Mädchens das erste Mal zu halten. Schließlich sagte die Tochter: "Ich will lieber schnell krank werden als dass meine Familie auseinander bricht", was wie eine Zusammenfassung wirkte.

Ich meine, dass das zentrale Thema, zu dem mich das DMM führte, in der Beziehung zwischen der überbetonten Kognition und dem minimalsierten Affekt liegt. Das DMM machte mich darauf aufmerksam, nicht den vorangegangenen Perspektiven der Fachleute zu glauben, dass dort 'keine Schwierigkeiten in der Familie' bestanden.

Stattdessen, bevor ich die Familie traf, war mein standardmäßiger Ausgangspunkt, dass höchst wahrscheinlich 'emotionale' Schwierigkeiten in der Familie bestanden, über welche bisher niemand bedeutungsvoll hatte reden können. Sicherlich half mir dabei, dass der Vater nicht teilnahm. Möglicherweise wäre ich letztendlich dorthin gelangt, aber das DMM stellte natürlich einen Fokus auf versteckte Affekte und verzerrte Kognitionen bereit.

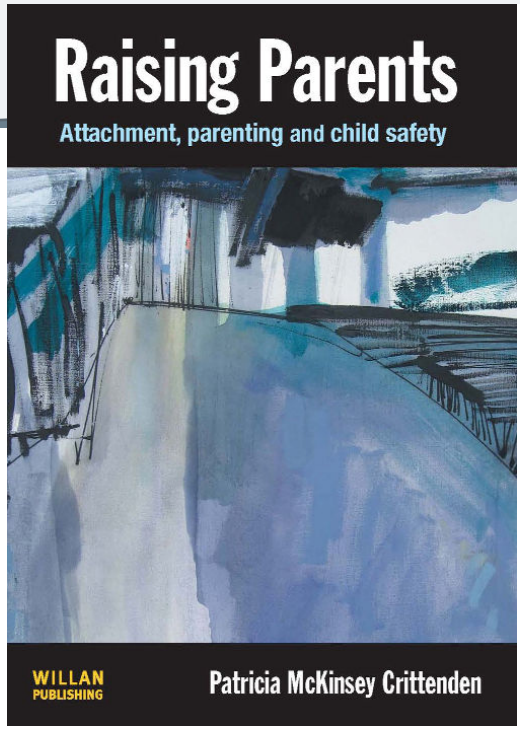
Jedenfalls – Meine Hauptabsicht war es meine Dankbarkeit *Raising Parents*-Buch rückzumelden und der Fall stellte eine Illustration dar, wie es geholfen hatte, einen klaren Fokus in der Sitzung aufrecht zu erhalten, welche 10 Minuten bevor ich mit dem Schreiben begann, endete.

Ich fühlte mich sehr gut durch Ihr Modell geleitet.

David Pocock

Leiter der Familien Therapie
Kinder und Familien Beratungsservice, Marlborough , UK

„Die Vielfalt der Präsentationen."
(Schweiz)



„Ich habe eine weitere Ausgabe von ‚Raising Parents' meinem Supervisor gegeben. Seine Spezialisierung liegt in der Paar- und Familientherapie. Er sagte, dass er bisher nicht so etwas wie dieses gelesen hat."
(USA)

Psychen die heilen:
Eigenschaften von Therapeuten, die erfolgreiche Therapien fördern

Furio Lambruschi

Einleitung und Begründung

Zentrale Ideen

Der *psychotherapeutische Prozess* kann beschrieben werden als ein Treffen zweier Seelen, welche sich reziprok beeinflussen. Dieser Prozess geht davon aus, dass eine der zwei Psychen sowohl ein spezifisches und prozedurales Equipment (abgeleitet von einer Theorie der von Behandlung) besitzt, als auch eine spezifische Art von persönlicher psychologischer Organisation besitzt, welche die Integration unterschiedlicher Formen von Repräsentationen widerspiegelt.

Die *Wahl der Techniken therapeutischer Intervention* für den jeweiligen Patienten sollte auf einer adäquaten Einschätzung des Patienten basieren, welche zu detaillierten Hypothesen führen über die spezifischen Eigenarten der Selbstorganisation, zu deren Formung der Patient während seiner/ihrer Entwicklung in der Lage war. Therapeutische Techniken können dann gewählt werden, um eine graduelle Harmonisierung (größere Bereiche von Integration) seiner/ihrer psychologischen Prozesse zu fördern.

Jedoch ist die *Umgebung*, in welcher die therapeutische Techniken angewandt werden, möglicher Weise von größerer Wichtigkeit als die therapeutischen Strategien, weil es die physiologische Basis ist, welche die Integration des Selbst des Patienten fördert. Um hilfreich zu sein, sollte der Therapeut ein adäquates metakognitives Überwachen seiner/ihrer eigenen kognitiven und emotionalen Prozesse entfalten und frei sein von wichtigen, integrativen Defiziten.

Frühere Studien

Die psychotherapeutische Beziehung ist verschiedentlich aus einer bindungstheoretischen Perspektive analysiert worden. Jedoch tendierte die Forschung dazu, darauf zu achten, wie Bindungsstrategien des *Patienten* das therapeutische Bündnis und den Behandlungserfolg beeinflussten, was folglich implizierte, dass das Funktionieren des Therapeuten ohne Konsequenzen ist oder angenommen wurde, dass Therapeuten integrativ funktionieren. Eine oder beide dieser Annahmen können inakkurat sein. Wenn dem so ist, dann könnte dies den Erfolg von Psychotherapien für Patienten beeinflussen.

Die Bindungsstrategien von Therapeuten können partiell dem zugrunde liegen, was als *Gegenübertragung* (Goodwin, 2003) verstanden wird. *Sichere (Typ B) und vermeidende (Typ A)* Therapeuten scheinen besser abzuschneiden als Therapeuten, welche eine Typ C-Srategie nutzen; Allerdings scheint es, dass es für den *unsicher* gebundenen Therapeuten wichtig ist eine dem Patienten gegensätzliche Bindungsstrategie zu haben (Dozier, 1990; Dozier *et al*, 1994; Tyrrell *et al*, 1999; Mallinckrodt, 2000; Meyer and Pilkonis, 2001; Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000; Black, et all., 2005; Bruck et al, 2006).

Die Forschungsfrage

Wie sind die Bindungsstrategien innerhalb italienischer Psychotherapeuten verteilt?

Wie ist der Vergleich dieser Verteilung zu normativen italienischen Erwachsenen und zu italienischen Patienten in Psychotherapie ?

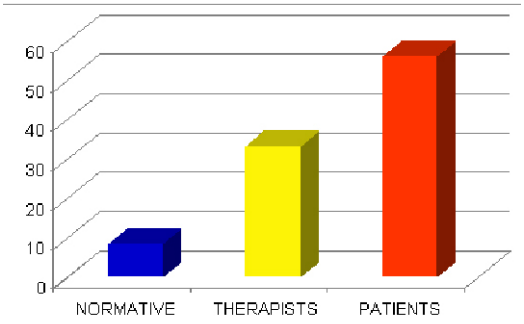
Methode

Einundfünzig (51) AAIs italienischer Psychotherapeuten wurden gesammelt und unter Anwendung der Klassifizierungsmethode des Dynamisch Maturationalen Modells (Crittenden, 1999) klassifiziert. Jedes Interview wurde von mindestens zwei Auswertern kodiert und im Falle einer Nichtübereinstimmung, wurde immer eine dritte Meinung gesucht. Die Verteilung der Klassifikationen wurde verglichen mit Archivdaten von normativen Erwachsenen (N = 128) und erwachsenen Patienten in Psychotherapie (N = 279), wobei die selben Klassifikationsmethoden angewandt wurden.

Die Verteilung von Bindungsstrategien

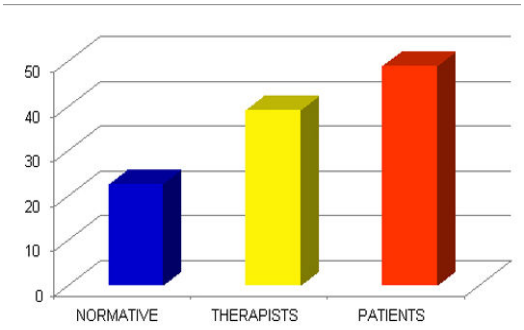
Vorläufige Ergebnisse

Verglichen mit der Patientenstichprobe (0%), wurden italienische Psychotherapeuten (25,5%) und die Stichprobe Normativer (29,7%) häufiger als Type B klassifiziert. Jedoch nutzten fast 40% der Psychotherapeuten, in ihrem eigenen Lebensalltag interpersonelle Strategien, die typisch für Menschen sind, welche extrem gefährdet waren, welche im Erwachsenenalter nicht integriert wurden und einer Psychotherapie bedürfen (extreme Subklassifikation: A5-8, C5-8)! Das heiß, dass Therapeuten scheinbar eine bimodale Gruppe darstellen, entweder sehr gut integriert und psychologisch balanciert oder extrem unintegriert und hoch gestört in ihrem Denken. Unsere Besorgnis besteht darin, wie dieses das Verhalten mit Patienten beeinflusst könnte.



Ungelöstes Trauma

Ein Drittel der Therapeuten hat nicht traumatische Ereignisse in ihrer Kindheit erlebt, sondern sind auch noch gegenwärtig diesbezüglich ungelöst.



Ungelöste Verluste

Des Weitern weisen mehr als ein Drittel der Therapeuten ungelöste Probleme in Bezug auf Verluste von Bindungsfiguren in ihrer Kindheit auf.

Extreme Formen von fehlender Auflösung von Trauma oder Verlust

'Großzügige' 27.5% der Therapeuten wurden als betroffen von den extremsten Formen von ungelösten Traumata und Verlusten klassifiziert. Insbesondere, anstatt zu einem Akzeptieren und Verstehen vergangener gefährdender Erfahrungen zu gelangen, verschoben diese Therapeuten die Erfahrung auf etwas oder jemanden anderes, erlebten stellvertretend Traumata einer Bindungsfigur als die eigenen, stellten sich vor, dass das Trauma psychologische Symptome erklärte, die ziemlich sicher nicht damit verbunden waren, deuteten an, dass jemand sie in gefährlicher Weise getäuscht hatte, blockierten das Trauma von der Erinnerung oder brachten verschiedene traumatische Ereignisse in einer desorganisierten Form durcheinander.

Modifikatoren

Zusätzlich waren 20% der italienischen Psychotherapeuten dabei, ihre psychologischen Prozesse in Richtung von Integration zu *reorganisieren.* Dieses war signifikant mehr als unter den Patienten (7%).

Auf der anderen Seite, waren annähernd 6% der Therapeuten 'desorientiert', d.h, sie verwechselten Quellen von Informationen sowie Perspektiven und Interessen unterschiedlicher Personen. Ist es möglich, dass dieses einen *iatrogenen* Ursprung hat? Das bedeutet, dass die Desorientierung von Psychotherapeuten ein Resultat von langwierigen persönlichen Analysen sein kann, wobei Zugänge angewandt werden, die vorwiegend interpretativ sind oder größtenteils auf semantischen Repräsentationen und, vielleicht, auf ‚Gehorsam' in der Therapie, mit geringer Berücksichtigung, Erkennung und Artikulation der impliziten Repräsentationen basieren.

Schlussfolgerungen

Insgesamt erscheint das psychologische Funktionieren der Psychotherapeuten zwischen die normative Population und die der Patienten zu fallen. Unsere Bedenken betreffen die fast Zweidrittel der Therapeuten, die eher wie Patienten funktionieren.

Diese Daten legen nahe, dass das Training von Psychotherapeuten derart strukturiert werden sollte, dass eine größere Integration von impliziten Repräsentationen mit expliziten semantischen Repräsentationen zu beachten und voranzutreiben. Das gewünschte Ergebnis würde größere Flexibilität, Kohäsion und metakognitive Kompetenz im mentalen Funktionieren der zukünftigen Therapeuten sein. Zukünftige Forschung wird sich mit der Beziehung spezifischer Theorien psychologischer Behandlung (z.B. psychodynamisch, kognitiv und Familiensystemisch) und den Bindungsstrategien von Psychotherapeuten befassen.

Was sollten die Hauptbereiche unsere Anliegen sein sein? Sicherlich alle ungelösten Verluste und Traumata in der Lebensgeschichte des Therapeuten, welche nicht adäquat in das tägliche Leben des Therapeuten integriert sind. Lassen Sie uns besondere Aufmerksamkeit den Therapeuten mit Typ C-Organisationen widmen, was indikativ ist für eine Voreingenommenheit mit den eigenen Gefühlen und Perspektiven; deren Schwierigkeiten, eine angemessene Allianz aufzubauen, und im Adressieren und Lösen von unvermeidbaren Brüchen in der therapeutischen Beziehung könnte Patienten schaden. Trainees dabei zu helfen, sich selbst zu beobachten in Beziehung mit verschiedenen Patienten, in komplementären und nicht-komplementären Situationen, könnte eine nützliche Technik sein. Schließlich könnte Supervision von Trainees als auch unabhängigen Psychotherapeuten am besten unterrichtet sein durch ein initiales AAI und laufenden Beobachtungsmethoden, z.B., Videoband oder Live-Observation von Behandlung im Gegensatz zu leicht verzerrbaren semantischen Zugängen, welche sich auf das verlassen, was der Therapeut erinnert und dem Supervisor berichtet.

Literatur

Black, S., Gillian, H., Graham, T., & Glenys, P. (2005). Self reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78, 363-377, The British Psychological Society.

Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., & Muran, J. C. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. American Journal of Psychotherapy, 20, 4.

Crittenden, P. M., (1999). Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview, Milano, Cortina.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Development and Psychopathology, **2**, 47–60.

Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers. Role of attachment organization in treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **62**, 793–800.

Goodwin, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. Clinical Psychology Review, **23**, 35–56.

Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. Journal of the Society for psychotherapy Research, X, 3, 239-266.

Meyer, B., & Pilkonis, P. (2001). Attachment style. Psychotherapy, 38, 466–472.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. Psychotherapy Research, 10, 408–420.

Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G., et al. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. The importance of attachment states of mind. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **67**, 725–733.

[1] Diese Übersicht wurde als Plenarvortrag präsentiert und baisert auf einem Artikel mit selbem Titel mit folgenden Koautoren: Furio Lambruschi, Patricia Crittenden, Andrea Landini, und Francesco Ciotti.

Konferenz Höhepunkte . Konferenz Höhepunkte

„Die Integration von Theorie, Forschung & und Anwendung." *(Israel)*

" „Es war wie eine große Familie zu finden, von der man nicht wusste, dass man sie hatte."
(Norwegen)

unterschiedlichen Zweigen unserer Arbeit nutzten: für Kinder, Erwachsene, psychosomatische Themen, Adoptivmütter, Erlternsein, Therapeuten, misshandelnde Eltern, misshandelte Kinder, Großeltern, institutionalisierte Frühgeborene, geschiedene Paare, Pflegekinder, Konversionsstörungen, depressive Mütter, Persönlichkeitsstörungen, Risikofamilien, Essstörungen, autistische Kinder; d.h. alles und mehr!" *(Italien)*

„Zum Schluss – das Essen!"
(Chile, Kanada – jedermann!!!)