

CATHERINE YOUNG

Multimodale Bindungstherapie

Ein integrativer, ganzheitlicher Ansatz,
um Bindungsverletzungen bei Kindern
und Familien zu verstehen und zu lindern

Aus dem amerikanischen Englisch übertragen
von Marlies Ruß



Arbor Verlag
Freiburg im Breisgau

*Dieses Buch ist all den erfinderischen und engagierten
Therapeutinnen und Therapeuten gewidmet, die Kinder
und deren Familien auf ihrem Heilungsweg begleiten,
und ebendiesen mutigen Kindern und Familien, die uns
erlauben, sie zu begleiten. Ich schätze mich glücklich,
ein paar von ihnen kennengelernt zu haben!*

Inhalt

| | | |
|------------------|---|----|
| | Einführung | 11 |
| KAPITEL 1 | <i>Zu diesem Buch</i> | |
| | Zielgruppe | 15 |
| | Möglichkeiten und Grenzen | 15 |
| | Terminologie | 17 |
| | Das Anliegen dieses Buchs | 18 |
| KAPITEL 2 | <i>Bindungstheorie: Ein Überblick</i> | 21 |
| KAPITEL 3 | <i>Kinder mit Bindungsverletzungen</i> | 27 |
| | Bindungsverletzungen bei Kindern verstehen | 27 |
| | Die Weltsicht von Kindern mit Bindungsverletzungen | 37 |
| | Verhaltensweisen von Kindern mit Bindungsverletzungen | 39 |
| | Das Versagen traditioneller Therapien bei Kindern mit Bindungsverletzungen | 42 |
| | Bindungsverletzungen und psychologische Diagnostik | 47 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| KAPITEL 4 | <i>Die Multimodale Bindungstherapie (M-MAT) im Überblick</i> | |
| | Was eine effektive Bindungstherapie ausmacht | 49 |
| | Zielgruppe | 50 |
| | Zentrale Konzepte | 51 |
| | Therapeutische Haltung | 59 |
| | Die Struktur | 63 |
| | Der Therapieverlauf | 68 |
| KAPITEL 5 | <i>M-MAT Spiel: Der Rahmen Teil 1</i> | |
| | Was ist bindungsgestütztes Spiel und wozu dient es? | 73 |
| | Spaß und Spiel in der Bindungserfahrung | 75 |
| | Die Elemente von <i>M-MAT Spiel</i> | 76 |
| | Leitlinien für die Umsetzung von <i>M-MAT Spiel</i> | 80 |
| | Was tun, wenn ... | 89 |
| KAPITEL 6 | <i>M-MAT Füttern und Fragen: Der Rahmen Teil 2</i> | |
| | Was ist <i>Füttern und Fragen</i> und wozu dient es? | 93 |
| | Bindungsfragen | 95 |
| | Der Ablauf | 96 |
| KAPITEL 7 | <i>M-MAT Gespräch</i> | |
| | Was ist <i>M-MAT Gespräch</i> und wozu dient es? | 99 |
| | Neu-Erzählen | 101 |
| | Kompetenzen entwickeln | 128 |

| | | |
|-------------------|--|-----|
| | Gefühle erkennen und ausdrücken | 131 |
| | Psychoedukation | 139 |
| | Verhalten thematisieren | 143 |
| | Andere Methoden und therapeutische Tools integrieren | 160 |
| KAPITEL 8 | <i>Elternarbeit</i> | |
| | Die Eltern mit an Bord holen | 164 |
| | Bindungsbasierte Erziehung | 168 |
| | Unterstützung für die Eltern | 180 |
| | Hausaufgaben | 185 |
| | Unterschiede in der Arbeit mit leiblichen Eltern und anderen Bezugspersonen | 186 |
| | Zusammenfassung | 189 |
| KAPITEL 9 | <i>Alles zusammensetzen</i> | |
| | Altersgemäße Anpassungen | 191 |
| | Mit Teenagern arbeiten | 193 |
| | Therapieplan | 194 |
| | Überblick M-MAT-Gesprächs-Themen und -Interventionen | 197 |
| | Beispielsitzung | 198 |
| KAPITEL 10 | <i>M-MAT Einzeltherapie</i> | |
| | Grundprinzipien | 201 |
| | Die M-MAT Einzeltherapie im Überblick | 203 |

| | |
|--|-----|
| Therapeutische Grenzen | 203 |
| Sitzungsstruktur | 205 |
| M-MAT Einzeltherapie: Spiel | 206 |
| M-MAT Einzeltherapie: Gespräch | 207 |
| M-MAT Einzeltherapie: Nicht-direktives Spiel | 211 |
| M-MAT Einzeltherapie: Erfolgsfragen | 212 |
| Bindung übertragen | 213 |
| Abschluss | 215 |
| ANHANG A <i>Bindungsbasierte Spiele und Aktivitäten</i> | 219 |
| ANHANG B <i>Quellen</i> | |
| Bindungsthematik für Eltern | 233 |
| Kommunikation | 234 |
| Bilderbücher | 234 |
| Namhafte Autoren zum Forschungsbereich | 235 |
| ANHANG C <i>Terminologie zu frühkindlichem Trauma und Bindung</i> | 237 |
| Danksagung | 243 |
| Über die Autorin | 245 |

Einführung

Kinder, die unter Bindungsverletzungen leiden, sind häufig traurig, wütend, ängstlich, depressiv, verletzt und verletzend gegenüber anderen, sprechen jedoch schlecht auf gängige Therapien für Kinder an. Diese Kinder haben während ihrer allerersten Lebensjahre tiefe Verletzungen in ihrer primären Bindung erfahren, also genau in der Beziehung, die ihrem frühkindlichen Selbst Halt, Schutz und Geborgenheit angedeihen lassen sollte. Sie sind permanent am Kämpfen und weisen oft genau die Angebote zurück, die sie für ihren Heilungsprozess bräuchten: Liebe, Beziehung und Verbindung. Dies stellt Eltern wie Therapeut:innen vor enorme Herausforderungen.

Vielleicht gibt es ja einen besseren Weg, um diese Kinder zu erreichen. Vielleicht sind unsere bisherigen Therapiemodelle einfach nicht geeignet für die Bedürfnisse von bindungsverletzten Kindern.

Ich arbeite seit über fünfundzwanzig Jahren als Therapeutin mit Kindern mit schweren Emotions- und Verhaltensstörungen und ihren Familien. Darüber hinaus unterstütze ich andere Kinder- und Familientherapeut:innen als klinische Supervisorin. Eine meiner ersten Arbeitsstellen

war in einer Tagesklinik für Kinder mit psychischen Störungen im Alter von sieben bis zwölf Jahren. Viele dieser Kinder waren nur einen Schritt davon entfernt, aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten aus ihrer Familie herausgenommen zu werden. Meine Ausbildung, einschließlich der wissenschaftlichen Literatur, die ich gelesen hatte, lag schwerpunktmäßig im Bereich nicht-direktiver Spieltherapie und Verhaltenstherapie. Ich merkte schon bald, dass diese Kinder weit mehr brauchten: mehr Struktur, mehr Beziehungsfokus und mehr Anleitung, wie sie aus destruktiven Verhaltensmustern und -schleifen herausfinden konnten.

So machte ich mich auf die Suche nach wirksameren Therapien. Ich erlernte EFT (*Emotional Freedom Techniques/ Klopfakupressur*) und EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), beide meiner Erfahrung nach hilfreich, um Trauma-Symptome bei Kindern zu lindern. Begeistert hat mich auch die Entdeckung der Narrativen Therapie: Sie bietet einen hilfreichen Rahmen und konkrete Interventionen, wie Kinder lernen können, ihre Lebensgeschichten neu zu erzählen. Als ich dann Bindungstherapien entdeckte, wuchs in mir die Hoffnung, eine zuverlässig wirksame und effiziente Therapie entwickeln zu können, die diesen Kindern helfen und die nachhaltige und tiefgreifende Veränderung herbeiführen würde, die mir vorschwebte.

Ich vertiefte mich in Bindungstherapie, las Bücher und besuchte Seminare dazu. Zu den frühesten mir bekannten ausdrücklichen Bindungstherapien zählt die kontrovers diskutierte Festhaltetherapie und weitere ähnliche Techniken, die vielerorts Bedenken auslösten. Diese frühen Bindungstherapien führten den direktiven, kontrollierenden Aspekt ganz offensichtlich ins Extreme, vielleicht aus Frustration darüber, dass nicht-direktive Therapien bei bindungsverletzten Kindern wirkungslos zu sein schienen, oder aber in Anlehnung an das oft hochgradig kontrollierende Verhalten dieser Kinder selbst.

Dann begegnete ich Therapeuten wie Daniel Hughes und Daniel Siegel, die mit deutlich sanfteren Methoden positive Resultate erzielten. Außerdem besuchte ich einen zweitägigen Theraplay[®]-Workshop, in dem ich das Konzept des bindungsbasierten Spielens kennenlernte.

Ich entwickelte meine eigene Version von bindungsbasiertem Spiel unter Verwendung der Elemente, die aus meiner Sicht ausschlaggebend für die Unterstützung von Bindungserfahrungen sind. Als ich dazu überging, das bindungsbasierte Spiel mit bindungsfokussierten, narrativen, verhaltenstherapeutischen Gesprächsanteilen zu kombinieren, bemerkte ich zunehmend mehr und länger anhaltende Veränderungen bei den Kindern, mit denen ich arbeitete. Dieselben positiven Veränderungen ließen sich beobachten, wenn Kollegen und Kolleginnen nach meiner Anleitung mit diesem Modell arbeiteten.

Ich habe Elemente aus verschiedenen Therapieformen aufgegriffen (bindungsbasiertes Spiel, andere bindungsgestützte Therapien, Kognitive Verhaltenstherapie, Narrative Therapie, Spieltherapie, Lösungsorientierte Therapie und sicherlich noch einige weitere Ansätze, die über die Jahre in meine Arbeit eingeflossen sind,) und zu einem neuen, strukturierten und systematischen Therapiemodell zusammengefügt, das sich meiner Erfahrung nach als äußerst effektiv darin erwiesen hat, diese sehr fordernden Kinder zu erreichen.

Weil alles einen Namen braucht, habe ich dieses Modell »Multimodale Bindungstherapie« (*Multi-modal Attachment Therapy*), kurz M-MAT, genannt – multimodal, weil es eine Vielfalt therapeutischer Methoden in einem System kombiniert, um Kinder mit ausgeprägten Bindungsverletzungen zu behandeln.¹

1 Das englische Akronym M-MAT (*Multi-modal Attachment Theory*) wurde durchgehend belassen, da im Deutschen bis dato keine eigene Kurzform zur Bezeichnung der Multimodalen Bindungstheorie gebräuchlich ist (Anm. d. Lekt.).

M-MAT ist gezielt auf die Bedürfnisse bindungsverletzter Kinder zugeschnitten. Als Ansatz, der die Integration verschiedener Gehirnareale fördert, verbindet M-MAT mehrere Methoden, um genau die Bereiche anzusprechen, die durch die Verletzung am stärksten beeinträchtigt sind: Bindung, Selbstbild, Weltbild sowie Defizite in bestimmten Fertigkeiten. Das Resultat ist eine kraftvolle, in sich schlüssige und umfassende bindungsgestützte Therapie.

Ich konnte beobachten, wie distanzierte, zornige, aggressive, emotional dysregulierte, mitunter bizarr agierende, manchmal in sich zurückgezogene Kinder sich in liebevolle, fröhliche, emotional verbundene Verwandten. Diese Kinder galten üblicherweise als so schwer zu therapieren, dass manchen Eltern von Fachpersonal geraten wurde, nicht zu viel von ihrem Kind zu erwarten: nicht zu viel Liebe, nicht zu viel Wachstum, nicht zu viel Bindung.

Unter meinen Klient:innen waren Adoptiveltern, die fast schon die Hoffnung aufgegeben hatten. Obwohl sie alles für ihr Kind gaben, ging ihnen allmählich die Kraft aus und sie waren sich nicht mehr sicher, ob sie ihr Kind noch länger bei sich behalten konnten. Sie hatten alles Mögliche versucht, einschließlich Therapie, manchmal über Jahre hinweg, ohne Erfolg. Für das Kind – aber auch für die Gesellschaft als Ganzes – ist der Verlust eines liebevollen Zuhauses, also genau dessen, was es am Dringendsten für seine Heilung braucht, eine Tragödie mit lang nachwirkenden, desaströsen Folgen. Diese Tatsache und der Wunsch, betroffenen Familien Hoffnung zu geben, solche Kinder zu heilen und den an ihrer Heilung arbeitenden Therapeut:innen ein wirksames Werkzeug an die Hand geben zu können, haben mich dazu bewogen, dieses Buch zu schreiben.

KAPITEL 1**Zu diesem Buch***Zielgruppe*

Dieses Buch ist ein Praxisbuch für Therapeutinnen und Therapeuten, die die Multimodale Bindungstherapie (M-MAT) anwenden wollen. Auch andere Fachkräfte sowie Eltern, die ihr Verständnis von Bindung und der Arbeit mit bindungsverletzten Kindern vertiefen wollen, können es mit Gewinn lesen.

Möglichkeiten und Grenzen

Um die therapeutischen Bedürfnisse bindungsverletzter Kinder zu identifizieren und die Grundprämissen des M-MAT-Modells herauszuarbeiten, habe ich einen kurzen Überblick über die Bindungstheorie und eine Schilderung der Symptomatik von Kindern mit Bindungsverletzungen vorangestellt. Es handelt sich dabei nicht um eine erschöpfende Erörterung der

Bindungstheorie, da dies die Grenzen dieses Buches sprengen würde und dafür überdies zahlreiche gute Quellen zur Verfügung stehen. Ich empfehle dennoch, die entsprechenden Abschnitte zu lesen, auch wenn man sich mit Bindungstheorie bereits gut auskennt, da die hier hervorgehobenen Aspekte für das vorgestellte Therapiemodell besonders relevant sind.

Der Hauptfokus des Buches liegt auf der Beschreibung der Grundprinzipien und praktischen Anwendung der Multimodalen Bindungstherapie (M-MAT). Diese richtet sich primär an Kinder zwischen fünf und zwölf Jahren mit leichten bis schweren Bindungsverletzungen, die zumindest einen Erwachsenen haben, der sie unterstützt und in der Lage ist, an der Therapie teilzunehmen. Auch Teenager können mit M-MAT therapiert werden: Die für sie nötigen Anpassungen werden in Kapitel 9 beschrieben.

Kinder ohne eine erwachsene Bezugsperson, welche sie unterstützt und die Therapie mitmachen kann, stellen eine besondere Herausforderung dar und sind gleichzeitig die am stärksten gefährdete Gruppe und diejenigen, die am leichtesten durchs System fallen. Dazu zählen Pflegekinder in nicht dauerhafter Unterbringung, Kinder, deren Eltern abwesend oder verstorben sind, oder Kinder von Eltern bzw. Fürsorgeberechtigten, die eine Suchtthematik oder psychische Probleme haben, aufgrund derer sie sich nicht um das Kind kümmern und begleitend an der Therapie teilnehmen können. Es können auch Adoptiveltern sein, die nicht mehr bereit sind, sich ernsthaft für ihr Adoptivkind zu engagieren, oder ein Vormund/eine sorgeberechtigte Person, der oder die sich nicht auf die Therapie einlassen will, vielleicht infolge eigener erlittener Bindungsverletzungen.

Diesen Kindern kann mit der Multimodalen Bindungstherapie als Einzeltherapie (M-MAT Einzeltherapie) geholfen werden, die in Kapitel 10 dieses Buches beschrieben wird. Das M-MAT-Modell liefert auch hierfür die Grundlage. Wenn die Prinzipien und Vorgehensweisen dieses

Basismodells verstanden sind, kann man nach dieser Methode auch allein mit bindungsverletzten Kindern arbeiten. Das Modell M-MAT Einzeltherapie ist also eine Adaption des Basismodells M-MAT.

Terminologie

In diesem Buch werden die Begriffe »Bezugsperson« und »Eltern(teil)« austauschbar verwendet: Alle bezeichnen die primäre Bezugsperson bzw. Bezugspersonen, egal ob es sich um biologische, Pflege- oder Adoptiveltern, um Familienangehörige oder einen Vormund handelt. Dabei können ausdrücklich immer eine oder auch zwei Bezugspersonen gemeint sein, auch wenn dies, der sprachlichen Einfachheit halber, nicht explizit gesagt wird.

In den Dialogbeispielen wird die Anrede »Mama« für die primäre Bezugsperson verwendet, es könnte aber genauso gut »Papa«, »Tante«, »Oma« usw. sein.

Der Begriff »Therapeut/Therapeutin« soll ebenfalls so weit wie möglich gefasst werden, es kann sich dabei um Psycholog:innen, psychologische/ärztliche Therapeut:innen, Sozialpädagog:innen, Heilpädagog:innen oder andere handeln, die das Kind therapeutisch begleiten.

Ich verwende lieber den Begriff Bindungsverletzung als den der Bindungsstörung. Kinder mit Bindungsverletzungen weisen eine Reihe von Bindungsschwierigkeiten auf, die von leicht bis schwer reichen und vielfältige Ausdrucksformen haben können. Der Begriff »Bindungsverletzung« gefällt mir besser, weil er das Kind von der Verletzung trennt und weil Verletzungen heilen können. Im übertragenen Sinne gilt, wie auch auf körperlicher Ebene, dass manche Verletzungen einen Eingriff erfordern, damit sie heilen beziehungsweise gut verheilen. Darüber hinaus ist der Begriff der »Reaktiven Bindungsstörung« im DSM-5 recht eng gefasst

und hat sich über die Jahre hinweg mit vielen emotional aufgeladenen Assoziationen angereichert.² Auch die »Bindungsstörung mit Enthemmung« (neu im DSM-5; ehemals »Reaktive Bindungsstörung, enthemmte Form« im DSM-IV) ist in ihrer Definition begrenzt und beschreibt nur *eine* Erscheinungsform des bindungsverletzten Kindes.

Wenn ich hin und wieder vom »bindungsverletzten Kind« spreche, meine ich damit ein Kind mit mittelschweren bis schweren, unbehandelten Bindungsverletzungen. Dies dient allein der sprachlichen Vereinfachung und soll keinesfalls Kinder brandmarken. Jedes einzelne Kind ist mehr als seine Kämpfe, und das gilt auch für Kinder, die mit Bindungsverletzungen ringen. Ein Kind mit Bindungsverletzungen kann, genau wie jedes andere Kind, intelligent oder musisch begabt oder kreativ oder humorvoll sein, oder beliebige weitere Stärken zeigen, die Teil seiner Persönlichkeit sind.

Der Kürze halber verwende ich häufig die Abkürzung M-MAT für die Multimodale Bindungstherapie (*Multi-modal Attachment Theory*).

Das Anliegen dieses Buchs

Mein primäres Anliegen mit dem Verfassen dieses Buchs ist, dass die vielen begabten, engagierten und erfinderischen Therapeutinnen und Therapeuten weltweit in die Lage versetzt werden, die hier beschriebenen Prinzipien und Praxisformen anzuwenden und damit Kinder und Familien in ihren Heilungsprozessen zu unterstützen.

2 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). In Deutschland relevant ist das ICD-10, hier: ICD-10 F94.1, für das aber das Identische gilt (Anm. d. Lekt.).

Mein zweites Anliegen ist, dass die Forschung mittels gründlicher Studien die Wirksamkeit dieses Modells wird belegen können. Ich kann nur von meiner eigenen Erfahrung als Therapeutin und klinischer Supervisorin ausgehend die Wirksamkeit des Modells bestätigen. In unserer Zeit der evidenz-basierten Praxis ist jedoch die Forschung in vielen Bereichen entscheidend, damit wirksame Techniken zur Anwendung kommen. Dank seiner sehr strukturierten Herangehensweise bietet sich M-MAT geradezu für breite systematische Anwendung und Überprüfung an und ist somit eine geeignete Kandidatin für die Forschung.

KAPITEL 2

Bindungstheorie: Ein Überblick

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass die Bindung oder Verbindung die ein Kind in den ersten drei Lebensjahren zu seiner primären Bezugsperson entwickelt, eine dramatische und tiefgreifende Auswirkung auf die Entwicklung dieses Kindes hat. Emotionale, ethische, Verhaltens- und Beziehungsaspekte im Leben eines Kindes werden stark von den allerersten Beziehungen geprägt.

Bruce Perry definiert Bindung als eine beständige emotionale Beziehung mit einer bestimmten Person, die Sicherheit, Geborgenheit, Beruhigung und Wohlfühl vermittelt, wobei der Verlust oder drohende Verlust dieser Person starke Angstgefühle auslöst. Das Kind erfährt im Kontext dieser Beziehung Geborgenheit und Sicherheit. Hervorzuheben ist, dass diese Beziehung *beständig* und *emotional* sowie auf *eine bestimmte Person* ausgerichtet sein muss: Damit das Kind eine gelungene Bindung entwickelt, muss es wenigstens eine bestimmte, konstante Bezugsperson

geben, die Sicherheit, Geborgenheit, Beruhigung und Wohlgefühl vermittelt. Die erste oder primäre Bindung ist üblicherweise die zwischen Mutter und Kind, und sie bildet das Muster für alle späteren Beziehungen.

Bindung hängt unmittelbar mit der Entwicklung des Gehirns zusammen. Perry verknüpft Bindungsfähigkeit im folgenden Abschnitt unmittelbar mit der frühen Gehirnentwicklung:

Die Fähigkeit und der Wunsch, emotionale Beziehungen einzugehen, hängen von der Organisation und dem Funktionieren bestimmter Gehirnareale ab. Genauso wie wir dank unseres Gehirns sehen, riechen, schmecken, denken, sprechen und uns bewegen können, ermöglicht uns dieses Organ, zu lieben – oder eben nicht. Jene Systeme des menschlichen Gehirns, die uns erlauben, Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, entwickeln sich im Säuglingsalter und den ersten Lebensjahren. Die Erfahrungen, die wir in dieser frühen, verletzlichen Lebensphase machen, sind entscheidend dafür, ob wir die Fähigkeit entwickeln, intime und emotional gesunde Beziehungen einzugehen.³

Somit können wir Bindungsverletzungen als eine Minderentwicklung von Gehirnarealen betrachten. Dies ist hilfreich für Behandlungsansätze und für die Frage, wie wir das Gehirn trainieren und stimulieren können, um die Fähigkeit zur Bildung gesunder Beziehungen zu verbessern.

Wichtig ist, sich bewusst zu machen, dass das Gehirn eines Kindes noch enorm wachsen und sich verändern kann, je nachdem, welche Eindrücke und Botschaften es erhält. Der Begriff Neuroplastizität bezeichnet

3 Perry, Bruce: *Bonding und Attachment in Maltreated Children* auf: www.childtrauma.org

die Fähigkeit des Gehirns, sich auf der Grundlage von Erfahrungen zu verändern und zu wachsen. Dieses Prinzip gilt für die gesamte Lebensspanne, ist jedoch in der Kindheit besonders stark ausgeprägt.

Genauso wie Trauma das Gehirn beeinflussen kann, vermag dies auch Heilung. Wenn wir Erfahrungen machen, bewirken diese, dass Neuronen feuern. Wiederkehrende Erfahrungen verstärken bestimmte neuronale Verknüpfungen und beeinflussen dadurch das Gehirn und das Nervensystem umso nachhaltiger. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung von Wiederholung und Beständigkeit für Heilungsprozesse.

Bindung bezieht sich nicht nur auf Eltern-Kind-Beziehungen, sondern auch auf Beziehungen zu engen Freund:innen, Familienangehörigen und Lebenspartner:innen. Allerdings bereiten die ersten Beziehungen des Kindes den Boden für alle späteren. Die Qualität und Art der späteren Bindungen eines Menschen beziehungsweise die Bindungsfähigkeit überhaupt hängen stark von der ersten, primären Bindung ab.

Bindung ist dabei nicht etwas, was das Kind tut oder die Eltern tun. Vielmehr ist es die Verbindung, die sich durch gegenseitige Interaktion zwischen Eltern und Kind formt. Schreit das Kind, so reagiert die Bezugsperson. Macht die Bezugsperson lustige Geräusche, so lächelt das Kind. Idealerweise ist die Bezugsperson eingestimmt auf die Signale des Kindes und vermittelt Stimulation, Geborgenheit und liebevolle Zuwendung. Durch positive Interaktionen mit der Bezugsperson entwickelt das Kind ein Gefühl von Selbstwert, von Wirksamkeit in der Welt sowie ein Muster für alle zukünftigen Beziehungen.

Eine gesunde Bindungserfahrung zur Bezugsperson trägt dazu bei, dass das Kind ein positives Gefühl von sich selbst entwickeln kann, dass es seine Gefühle regulieren, ein starkes Wertesystem ausbilden, Resilienz im Umgang mit Herausforderungen, soziale Verhaltensweisen und Mitgefühl gegenüber anderen erwerben kann. Aus der Resilienzforschung wissen wir, dass schon eine einzige gesunde Beziehung/Bindung in der

Über die Autorin

Catherine Young, staatlich lizenzierte Ehe- und Familientherapeutin, ist Autorin, Trainerin, Beraterin, klinische Supervisorin, Kinder- und Familientherapeutin und Mutter. Seit über 25 Jahren arbeitet sie in der Kinder- und Familienhilfe in so unterschiedlichen Kontexten wie Kinder-Tagespflegeeinrichtungen, Behörden für Adoption und Vermittlung von Pflegeeltern, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Behandlung von Kindern mit frühkindlichen Entwicklungsstörungen, in Schulen, im offenen Jugendstrafvollzug und in privater Praxis.

Sie entwickelte ein neues, praxisorientiertes Therapiemodell zur Behandlung von Kindern mit besonders herausforderndem Verhalten und ihren Familien: die Multimodale Bindungstherapie (*Multi-Modal Attachment Therapy*, M-MAT). Aus dem Wunsch heraus, ihre Ideen zu teilen und mehr Kindern und Familien zu helfen, hat sie zwei Bücher veröffentlicht.

Arbor Verlagsprogramm

Umfangreiche Informationen zu unseren Themen, ausführliche Leseproben aller unserer Bücher, einen versandkostenfreien Bestellservice und unseren kostenlosen Newsletter. All das und mehr finden Sie auf unserer Website.

www.arbor-verlag.de

Mehr von Catherine Young:

www.arbor-verlag.de/catherine-young

Arbor Seminare

Die gemeinnützige *Arbor-Seminare gGmbH* organisiert regelmäßig Seminare und Weiterbildungen mit führenden Vertreter:innen achtsamkeitsbasierter Verfahren. Zudem informiert sie über aktuelle Entwicklungen in diesem Bereich und trägt Achtsamkeit auf diese Weise nachhaltig in die Gesellschaft. Nähere Informationen finden Sie unter:

www.arbor-seminare.de

Arbor Online-Center

Mit dieser Plattform hat Arbor einen virtuellen Ort der Inspiration und des Lernens rund um das Thema Achtsamkeit geschaffen. Lernen Sie die Autor:innen unserer Bücher und die Referent:innen unserer Veranstaltungen kennen: in Interviews, Vorträgen, Meditationsübungen, Webinaren, Podcasts sowie Online-Kursen und zahlreichen weiteren Ressourcen.

www.arbor-online-center.de