

Brisch KH (2008) Bindung und Umgang. In: Deutscher Familiengerichtstag (Hrsg.) "Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl". (Brühler Schriften zum Familienrecht, Band 15). Verlag Giesecking Bielefeld, S. 89-135

PD Dr. med. Karl Heinz *Brisch*, München

Bindung und Umgang

Einleitung

Aus der Säuglingsforschung kennen wir heute verschiedene Entwicklungssysteme, die für das Überleben eines Menschen absolut grundlegend sind. Hierzu gehören die Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen (etwa Luft zum Atmen, Hunger, Durst, Schlaf, Ruhe, Wärme), die Erkundung (Erforschen der Umwelt, Reflexion über Gefühle und Erfahrungen), Suche nach sensorischer – einschließlich sexueller – Stimulation auf allen Wahrnehmungsbereichen (Fühlen, Hören, Sehen, Riechen, Schmecken), das Bedürfnis nach Selbsteffektivität (Aktivitäten selbst erfolgreich zu tun und abzuschließen) und die Abwehr von negativen Reizen, wie etwa die Vermeidung von Schmerzen. Zu diesen Überlebenssystemen gehört weiterhin auch die Befriedigung der Bedürfnisse nach „emotionaler Bindung“.

Die „emotionale Bindung“ eines Menschen an eine Bindungsperson ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ein zwar unsichtbares, aber fühlbares emotionales Band ist, das eine Person zu einer anderen Person anknüpft und das diese zwei Menschen über Raum und Zeit sehr spezifisch miteinander verbindet. Diese Bindung ist für das Überleben eines Menschen so grundlegend wie etwa die Luft zum Atmen, Ernährung, Schlaf. Die emotionale Entwicklung sichert geradezu das Überleben des Säuglings und letztlich eines jeden Menschen, denn positive emotionale Versorgung kann man nicht mit der Ernährung aufnehmen. Von Vitaminen wissen wir, dass sie ebenfalls lebensnotwendig sind, denn der Körper kann sie selbst nicht produzieren, daher müssen sie unbedingt und in ausreichender Dosierung über die Ernährung aufgenommen werden, sonst kommt es im Körper zu Symptomen der Vitamin-Mangelversorgung und schließlich zum Tod. Eine ähnlich vitale Funktion hat die emotionale Versorgung und die Zufuhr von positiven affektiven Erlebnissen in einer zwischenmenschlichen Beziehung. Allerdings kann diese nicht mit der Ernährung zugeführt oder in Kapseln verabreicht werden, vielmehr ist hierzu eine Bezugsperson, ein menschliches Gegenüber, notwendig, damit diese frühe Erfahrung von emotionaler Versorgung durch unzählige spezifische Interaktionen schon von einem Säugling von der Geburt an gemacht werden kann und ihm auf verschiedene Weise dadurch – etwa von seinen Eltern – geholfen wird, zu überleben.

Wenn ein Säugling oder ein Kind oder auch ein Erwachsener nicht ausreichend emotional durch zwischenmenschliche sehr spezifische Interaktionen versorgt werden, wie dies z. B. bei emotionaler Vernachlässigung geschieht, werden keine ausreichenden Wachstumshormone gebildet. Dies betrifft sowohl die spe-

Karl Heinz Brisch

zifischen Wachstumshormone, die für das Körperwachstum zuständig sind, wie auch die spezifischen neuronalen Wachstumshormone, die für die Verschaltungen zwischen den Nervenzellen und den Aufbau von funktionierenden Netzwerken im Gehirn absolut erforderlich sind. Deswegen sind Kinder, die unter deprimatorischen Bedingungen in Familien, Ersatzfamilien oder Heimen aufwachsen, von ihrer Körperstatur häufiger kleinwüchsig und ihr Kopfumfang ist ebenfalls kleiner, weil das Gehirnwachstum nicht voranschreitet (Johnson & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006). Wir sprechen dann auch vom „psychogenen Minderwuchs“. Zusätzlich entwickeln diese Kinder schwere Verhaltensstörungen, ihre körperliche, motorische, soziale und emotionale Entwicklung stagniert oder entwickelt sich sogar zurück, im schlimmsten Fall können sie trotz ausreichender Kalorienzufuhr ganz ausgezehrt an dem sog. Marasmus sterben, wie ihn Spitz erstmals in seinen Pioneer-Studien über den „Hospitalismus“ beschrieben hat (Spitz, 1945b; Spitz, 1946).

Die Bindungstheorie wurde in den 50er-Jahren von dem englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby begründet, um die Entstehung und den Verlauf dieser überlebenswichtigen emotionalen Bindung eines Menschen an einen anderen zu erklären und schließlich durch viele Studien wissenschaftlich zu untersuchen (Bowlby, 1958; Bowlby, 1975). Die Bindungstheorie besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt. Das Bindungsverhalten wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch das Erleben von Angst aktiviert, etwa durch äußere oder innere Bedrohung und Gefahr. Das Bindungsverhalten drückt sich insbesondere darin aus, dass der Säugling nach der Bindungsperson sucht, dass er weint, ihr nachläuft und sich an ihr festklammert. Durch körperliche Nähe zur Bindungsperson wird das Bindungsbedürfnis des Kindes wieder beruhigt. Ist die Hauptbindungsperson – oft die Mutter – nicht erreichbar, so können statt ihrer ersatzweise auch andere sekundäre Bindungspersonen aufgesucht werden, wie etwa der Vater, die Großmutter, die Tagesmutter. Der Säugling entwickelt im Lauf des ersten Lebensjahres eine Hierarchie von einigen wenigen Bindungspersonen, in der Regel sind dies nicht mehr als 3–4 Personen, die wie in einer Pyramide angeordnet sind und an deren Spitze die „Hauptbindungsperson“ steht. Diejenige Bindungsperson, die an der Spitze der Hierarchie steht, wird bei Aktivierung des Bindungssystems durch Angst und Gefahr als erste aufgesucht. Ist diese nicht anwesend, wendet sich das Kind an die zweite oder auch an die dritte Person in der Hierarchiereihe und sucht dort ersatzweise Trost und Beruhigung. Die Hauptbindungspersonen müssen allerdings nicht die biologischen Eltern sein, denn die Entwicklung einer Bindungsbeziehung zwischen dem Säugling und einer Pflegeperson kommt nicht durch die genetische Verwandtschaft zustande, sondern durch spezifisch feinfühlig Interaktionserfahrungen mit einer Pflegeperson.

Bindung und Umgang

Für das unselbständige menschliche Neugeborene und Kleinkind ist die Schutzfunktion durch eine Bindungsperson von lebenserhaltender Bedeutung. Die Bindungsperson bietet als zuverlässige Pflegeperson in Gefahrensituationen einen „sicheren körperlichen und emotionalen Hafen“. Dorthin kann sich der menschliche Säugling retten und Schutz und Hilfe erwarten (Bowlby, 1994), denn der menschliche Säugling ist im Unterschied zu anderen Säugetieren in jeder Hinsicht (körperlich, psychisch, sozial) auf die gut abgestimmte Versorgung durch eine Pflegeperson angewiesen, die seine physiologischen Bedürfnisse (etwa Hunger, Durst, Wärme), seine psychischen Bedürfnisse (etwa nach Zwiegespräch, emotionaler Anregung oder Beruhigung sowie Entängstigung) sowie seine sozialen Bedürfnisse (etwa nach Austausch in einer Gruppe) wahrnimmt und entsprechend seinem Alter angemessen beantwortet.

Das Bindungssystem, das sich im Lauf des ersten Lebensjahres entwickelt, bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Deshalb suchen auch Erwachsene in Gefahrensituationen die Nähe zu anderen Personen auf, von denen sie sich emotionale Hilfe und Unterstützung erwarten (Brisch, 1999; Parkes, 1991). In Situationen von Lebensbedrohung suchen sie ebenfalls Körperkontakt zur Beruhigung des aktivierten Bindungssystems.

Werden diese Bedürfnisse befriedigt, so wird das Bindungssystem beruhigt. Es kann dann als Ergänzung zum Bindungssystem das System der „Exploration“ aktiviert werden. Ein Säugling, der sich sicher und geborgen fühlt, kann etwa von der Mutter als „sicherem Hafen“ aus die Umwelt erforschen. Droht ihm dort aber Gefahr, kann er jederzeit auf seine Mutter als „sichere emotionale Basis“ zurückgreifen. Ohne sichere emotionale Bindung ist keine offene uneingeschränkte Exploration möglich (Marvin et al., 2002). Wenn Kinder unter Störungen in ihrer Bindungsentwicklung leiden, kann sich diese Pathologie im Bindungssystem auch in mangelnder, eingeschränkter oder sogar verweigerter Exploration zeigen, obwohl die Bindungspersonen als „sicherer emotionaler Hafen“ neben den Kindern sitzen und diese bei gesundem Bindungssystem freudig ihre Umwelt zunehmend mehr neugierig erkunden sollten. Unter diesen Bedingungen sind die Bindungspersonen aber keine emotionale Sicherheit für die Kinder und oft sind Erfahrungen von Gewalt und Deprivation vorausgegangen, aus denen sich die Störung in der Bindung und in der Exploration entwickelt hat. Das Bindungssystem und das Explorationssystem stehen somit in einer reziproken Beziehung: Ist das Bindungssystem durch die Erfahrung von Sicherheit und Schutz durch die Bindungsperson beruhigt, kann ein Kind ausgelassen und neugierig erkunden. Umgekehrt, ist das Bindungssystem dauerhaft erregt, weil die Bindungsperson nicht anwesend ist oder weil die Erfahrungen mit der Bindungsperson für das Kind dauerhaft stressvoll sind, kann keine oder keine ausreichende Erkundung stattfinden, weil das Kind eigentlich weiter primär nach Bindungsberuhigung sucht.

Karl Heinz Brisch

Die Konzepte der Bindungsforschung

Durch intensive entwicklungspsychologische Forschungsarbeiten und Längsschnittstudien konnten verschiedene Konzepte der Bindungstheorie empirisch validiert werden (für einen umfassenderen Überblick siehe Spangler & Zimmermann, 1995; Brisch, 1999a; Brisch et al., 2002)

Konzept der Feinfühligkeit

Als Mitarbeiterin von John Bowlby untersuchte Mary Ainsworth die Bedeutung des feinfühligem Pflegeverhaltens der Bindungsperson (Ainsworth, 1977). Sie fand heraus, dass Säuglinge sich an diejenige Pflegeperson binden, die ihre Bedürfnisse in einer feinfühligem Weise beantworten. Dies bedeutet, dass die Pflegeperson die Signale des Säuglings richtig wahrnimmt und sie ohne Verzerrungen durch eigene Bedürfnisse und Wünsche auch richtig interpretiert. Weiterhin muss die Pflegeperson die Bedürfnisse angemessen und prompt – entsprechend dem jeweiligen Alter des Säuglings – beantworten. Je älter der Säugling wird, umso länger können auch die Zeiten sein, die ihm bis zur Bedürfnisbefriedigung zugemutet werden.

Der Sensibilität der Mutter für die Signale ihres Säuglings sowie ihre emotionale Verfügbarkeit entspricht einer intrapsychischen Repräsentation, die von George (1989; 1999) auch als „internal model of caregiving“ bezeichnet wird. Wenn Mütter in Interviews über ihr potentiell Verhalten in bindungsrelevanten Situationen befragt werden, so schildern sie – abhängig von ihrer eigenen Bindungshaltung –, wie sie in solchen Situationen voraussichtlich gegenüber ihrem Kind reagieren würden. In der täglichen Pflege- und Spielerfahrung einer Mutter mit ihrem Kind werden aber auch Erinnerungen und Gefühle aus der eigenen mütterlichen Kindheit und den Bindungserfahrungen mit den eigenen Eltern wachgerufen. Die damit verbundenen angenehmen sowie emotional belastenden Gefühle und Bilder können durch Projektionen die Feinfühligkeit und das Verhalten gegenüber dem eigenen Kind bereichern oder auch erheblich behindern. Im schlimmsten Fall werden wiedererlebte Erinnerungen – etwa eine Missbrauchs- oder eine Verlassenheitserfahrung – mit dem eigenen Kind wiederholt (Fraiberg et al., 1980; Lieberman & Pawl, 1993).

Forschungen aus jüngerer Zeit haben das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit in der Interaktion mit dem Säugling um die Bedeutung der Sprache ergänzt sowie auch auf den Einfluss des Rhythmus und der Zeit in der Interaktion hingewiesen.

Die Ergebnisse von Jaffe et al. (2001) weisen daraufhin, dass ein mittleres Maß an rhythmischer Koordination in der zeitlichen Abfolge von Interaktionen zwischen Mutter und Säugling besonders förderlich für die sichere Bindungsentwicklung ist. Bemerkenswert ist, dass das Ziel nicht eine perfekt synchrone Kommunikation ist, die offensichtlich nicht so entwicklungsfördernd für die emotionale

Bindung und Umgang

Entwicklung ist, sondern im Gegenteil: Wahrgenommene und korrigierte Missverständnisse können sich geradezu beziehungsfördernd auf die Bindungsentwicklung auswirken, sofern sie nicht so ausgeprägt sind, dass die Interaktion vollständig abbricht oder auseinanderdriftet. Analysen der sprachlichen Interaktion zwischen Mutter und Säugling konnten eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes vorhersagen, wenn die Mutter aufgrund ihrer Empathie in der Lage war, die affektiven Zustände ihres Säuglings angemessen zu verbalisieren (Meins, 1997). Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, weil sie daraufhin weisen, wie die Säuglinge nicht nur auf einer Verhaltensebene in der konkreten Pflege die Feinfühligkeit ihrer Bezugspersonen wahrnehmen und sich an diese sicher binden, sondern sich auch durch die empathische Verbalisation von Affektzuständen verstanden fühlen, auch wenn sie entwicklungsbedingt den deklarativen Inhalt der Worte der Mutter noch gar nicht verstehen können. Es muss also mehr um die Aufnahme von prosodischen Inhalten (etwa Tonfall, Melodie, Rhythmus, Lautstärke) in der mütterlichen Sprache gehen, die den inneren und äußeren Zustand des Säuglings erfassen und diesem widerspiegeln, sodass sich der Säugling feinfühlig verstanden fühlt. In diesem Zusammenhang weisen die Forschungsergebnisse von Fonagy et al. (1991; Steele et al., 1991) darauf hin, dass eine sichere Bindungsentwicklung auch die Fähigkeit des Säuglings zu einer selbstreflexiven mentalen Funktion fördert. Diese Fähigkeit ermöglicht dem Kind in zunehmendem Ausmaß, über sich, andere und die Welt in einer empathischen Weise nachzudenken und nachzuspüren. Darin könnte nach Fonagy ein wesentlicher Vorteil einer sicheren Bindung liegen.

Bindungsqualität des Kindes

Werden die Bedürfnisse des Säuglings in dieser von Ainsworth geforderten feinfühligsten Art und Weise von einer Pflegeperson beantwortet, so besteht eine relativ große Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling zu dieser Person im Laufe des ersten Lebensjahres eine *sichere Bindung* (Typ B) entwickelt. Dies bedeutet, dass er diese spezifische Person bei Bedrohung und Gefahr als „sicheren Hort“ und mit der Erwartung von Schutz und Geborgenheit aufsuchen wird.

Wird die Pflegeperson eher mit Zurückweisung auf seine Bindungsbedürfnisse reagieren, so besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling sich an diese Pflegeperson mit einer *unsicher-vermeidenden* Bindungshaltung (Typ A) bindet. Ein *unsicher-vermeidend* gebundenes Kind wird etwa nach einer Trennungserfahrung die Bindungsperson eher meiden oder nur wenig von seinen Bindungsbedürfnissen äußern. Es hat eine Anpassung an die Verhaltensbereitschaften seiner Bindungsperson stattgefunden. Nähewünsche werden vom Säugling erst gar nicht so intensiv geäußert, da er weiß, dass diese von seiner Bindungsperson auch nicht so intensiv mit Bindungsverhalten im Sinne von Nähe, Schutz und Geborgenheit gewährt beantwortet werden. Dies führt aber zu einer erhöhten inneren Stressbelastung des Säuglings, die an erhöhten Werten

Karl Heinz Brisch

für Cortisol gemessen werden kann (Spangler & Schieche, 1998). Allerdings reagieren diese unsicher-vermeidend gebundenen Kinder bei extremer Aktivierung ihres Bindungssystem, wie etwa durch einen schweren Unfall, indem sie ihre Bindungsvermeidung aufgeben und sich hilfe- und schutzsuchend an ihre Mütter wenden. Auch die Mütter können in diesen Situationen großer Bedrohung und Angst ihre Säuglinge schützen. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass bei diesen „vermeidenden“ Mutter-Kind-Paaren die „Schwelle“ für Bindungsverhalten sowohl bei den Kindern als auch bei ihren Müttern höher liegt als bei Mutter-Kind-Paaren, die auf einer sicheren Bindungsbasis interagieren.

Werden die Signale manchmal zuverlässig und feinfühlig, ein anderes Mal aber eher mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet, so entwickelt sich eine *unsicher-ambivalente* Bindungsqualität (Typ C) zur Bindungsperson, z. B. zur Mutter. Diese Säuglinge mit einer *unsicher-ambivalenten* Bindung reagieren auf eine Trennung von ihrer Hauptbindungsperson mit einer intensiven Aktivierung ihres Bindungssystem, indem sie lautstark weinen und sich intensiv an die Bindungsperson klammern. Nach einer kurzen Trennung – wenn diese überhaupt gelingt – und der baldigen Rückkehr der Mutter sind sie für längere Zeit kaum zu beruhigen und können nicht mehr zum Spiel in einer ausgeglichenen emotionalen Verfassung zurückkehren. Während sie sich einerseits an die Mutter klammern, zeigen sie andererseits aber auch aggressives Verhalten. Wenn sie etwa bei der Mutter auf dem Arm sind, strampeln sie und treten nach der Mutter mit den Füßchen, während sie gleichzeitig mit ihren Ärmchen klammern und Nähe suchen. Dieses Verhalten wird als Ausdruck ihrer Bindungsambivalenz interpretiert.

Erst später wurde noch ein weiteres Bindungsmuster gefunden, das als *desorganisiertes und desorientiertes* Muster (Typ D) bezeichnet wurde (Main & Solomon, 1986).

Diese desorganisierten Bindungsverhaltensweisen, wie sie bereits bei 12 Monate alten Säuglingen beobachtet werden können (Main & Hesse, 1990a), sind insbesondere durch motorische Sequenzen von stereotypen Verhaltensweisen gekennzeichnet, oder die Kinder halten im Ablauf ihrer Bewegungen inne und erstarren für die Dauer von einigen Sekunden, was auch als „Einfrieren“ bezeichnet wird. Diese tranceartigen Zustände erinnern an dissoziative Phänomene. Nach einer Trennung von der Mutter laufen manche desorganisierten Kinder bei der Wiederbegegnung mit der Mutter auf diese zu, halten auf halbem Weg inne, drehen sich plötzlich um, laufen von der Mutter weg und oszillieren so in ihrem motorischen Verhalten „vor und zurück“. Wieder andere bringen vorwiegend non-verbal deutliche Zeichen von Angst und Erregung zum Ausdruck, wenn sie mit ihrer Bindungsperson wieder zusammenkommen (Main & Hesse, 1990a).

Die Aktivierung von emotional sich widersprechenden Bindungserfahrungen könnte sich in den desorientierten Bindungsverhaltensweisen des Kindes wider-

Bindung und Umgang

spiegeln und Ausdruck eines desorganisierten „inneren Arbeitsmodells“ der Bindung zur spezifischen Bindungsperson sein (Main & Solomon, 1986). Die Mutter wurde etwa für diese Kinder nicht nur zu einem sicheren emotionalen Hafen, sondern auch manchmal zu einer Quelle der Angst und Bedrohung, weil sie sich etwa den Kindern gegenüber in Bindungssituationen aggressiv und damit ängstigend, oder auch selbst sehr ängstlich gegenüber ihren Kindern verhielt (Schuengel et al., 1999; Schuengel et al., 1997; Hesse & Main, 2002). Ein solches ängstliches Verhalten der Mutter kommt in ihrer Gestik und Mimik zum Ausdruck. Es könnte von den Kindern in der Interaktion registriert werden und wiederum deren Verhalten gegenüber der Mutter beeinflussen.

Vorteile einer sicheren Bindung

Aus vielen Längsschnittstudien ist bekannt, dass ein sicheres Bindungsmuster ein Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung ist, besonders bei Belastungen (Werner, 2000; Werner & Smith, 2001; Grossmann, 2003). Diese Kinder reagieren mit einer größeren psychischen Widerstandskraft („resilience“) auf emotionale Belastungen, wie etwa eine Scheidung der Eltern.

Diese Kinder haben mehr Bewältigungsmöglichkeiten, sie holen sich eher Hilfe, zeigen mehr gemeinschaftliches Verhalten, leben häufiger in befriedigenden Beziehungen und haben mehr Freunde, sie sind kreativer, flexibler und ausdauernder bei der Lösung von Problemen. Ihre Gedächtnisleistungen und ihre Lernfähigkeiten sind größer, und ihre Sprachentwicklung ist besser (Dieter et al., 2005). Der größte Vorteil für zwischenmenschliche Beziehungen aber ist ihre ausgereifere Empathiefähigkeit, denn sie können sich in das Verhalten, Denken und Fühlen von anderen Menschen besser hineinversetzen. Schon im Kindergartenalter entwickeln sie eine ausgeprägte „Theory of Mind“, indem sie schon in diesem Alter wissen, dass das Denken und Fühlen von anderen Menschen von dem eigenen Denken und Fühlen unterschiedlich ist, dass es aber trotzdem möglich ist, aufgrund der Empathiefähigkeit, an dem Denken und Fühlen von anderen teilzuhaben und sich darüber auszutauschen. Diese Fähigkeit ermöglicht schon Kindern, befriedigende Beziehungen einzugehen, später Freundschaften und Partnerschaften zu führen und selbst für die eigenen Kinder empathische Eltern zu werden.

Eine unsichere Bindungsentwicklung dagegen ist ein Risikofaktor, sodass bei Belastungen häufiger eine psychische Dekompensation droht oder Konflikte weniger sozial kompetent in einer Beziehung geklärt werden. So zeigen etwa Kinder mit unsicheren Bindungsmustern schon im Kindergartenalter aufgrund geringerer Empathiefähigkeit in Konfliktsituationen weniger prosoziale Verhaltensweisen und eher aggressive Interpretationen des Verhaltens ihrer Spielkameraden (Suess et al., 1992). Sie ziehen sich bei Belastungen eher zurück und versuchen, Probleme alleine zu lösen. Im Jugendalter sind sie eher isoliert,

Karl Heinz Brisch

haben weniger Freundschaftsbeziehungen und schätzen Beziehungen insgesamt weniger bedeutungsvoll für ihr Leben ein.

Bindungsrepräsentation (Bindungshaltung) der Bezugsperson

Durch ein spezifisches, halbstrukturiertes Erwachsenen-Bindungs-Interview (Main & Goldwyn, 1982) gelang es auch einen Aufschluss über die Bindungshaltung der Erwachsenen zu gewinnen. Es fanden sich ähnliche Bindungsstile wie bei den Kindern.

Erwachsene mit einer *sicheren* Bindungshaltung (Typ „free-autonomous“) können im Interview frei und in einem kohärenten Sprachfluss über ihre Erfahrungen von Bindung, Verlust und Trauer sprechen, die sie mit ihren Eltern und wichtigen Bezugspersonen erlebt haben.

Erwachsene mit einer *unsicher-distanzierten* Bindungshaltung (Typ „dismissive“) weisen zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionalen Bindungen wenig Bedeutung zu.

Erwachsene mit einer *unsicher-verstrickten* Bindungshaltung (Typ „preoccupied“) zeigen im Interview durch eine langatmige, oft inkohärente Geschichte und Beschreibung ihrer vielfältigen Beziehungen, wie emotional verstrickt sie z. B. mit ihren Eltern und anderen Beziehungen bis zum Erwachsenenalter noch sind. Es wurde später noch ein weiteres Bindungsmuster in Zusammenhang mit ungelösten, traumatischen Erlebnissen gefunden, wie etwa nach *unverarbeiteten Verlusten* sowie nach *Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen* (Typ „unresolved loss and trauma“) (Main & Hesse, 1990b; Hesse & Main, 1999).

Bindungskontinuität zwischen den Generationen

Durch verschiedene Längsschnittstudien sowohl in Deutschland als auch in den USA und in England konnte nachgewiesen werden, dass mit einer 75 % Übereinstimmung sicher gebundene Mütter häufiger auch sicher gebundene Kinder haben, beziehungsweise Mütter mit einer unsicheren Bindungshaltung auch häufiger Kinder, die mit einem Jahr unsicher gebunden sind. Ähnliche Zusammenhänge, wenn auch nicht mit gleicher Intensität (nur 65 % Übereinstimmung), fanden sich für die Beziehung zwischen der Bindungshaltung der Väter und der Bindungsqualität ihrer Kinder (van IJzendoorn & Sagi, 1999).

Diese Studien weisen auf eine Weitergabe von Bindungsstilen und -mustern zwischen Generationen hin. Die eigene Bindungshaltung der Mutter (bzw. des Vaters) beeinflusst ihr Verhalten gegenüber ihrem Säugling. Es konnte nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter sich auch in der Pflegeinteraktion mit ihren Kindern feinfühler verhielten als dies unsicher gebundene Mütter taten. Die Mutter-Kind-Interaktion scheint einer der wichtigen Prädiktoren zu sein, aus dem heraus sich in Teilbereichen die Ausbildung der Bindungsqualität des Säuglings im ersten Lebensjahr erklären lässt (van IJzendoorn & Baker-

mans-Kranenburg, 1997). Neuere Längsschnittstudien kamen allerdings zu dem Ergebnis, dass nur 36 % der Varianz in der Bindungsentwicklung der Kinder durch die mütterliche Feinfühligkeit aufgeklärt wird (Raval et al., 2001). Dieses Ergebnis weist auf die Bedeutung von anderen sozialen Einflussfaktoren hin.

Bindungsstörungen

In klinischen Stichproben von Patienten finden sich darüber hinaus verschiedene Bindungsstörungen, die auf tief greifendere Veränderungen und Deformierungen in der Bindungsentwicklung zurückzuführen sind (Brisch, 1999a; Zeanah & Emde, 1994). Grundlegend bei allen Bindungsstörungen ist, dass frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen und bei ängstlicher Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet wurden. Dies kann insbesondere bei vielfältigen abrupten Trennungserfahrungen des Kindes durch Wechsel der Betreuungssysteme, wie etwa bei Kindern, die in Heimen aufwuchsen, bei psychisch kranken Eltern oder bei erheblicher chronischer sozialer Belastung und Überforderung der Eltern entstehen (etwa durch Krankheit, Armut, Verlust des Arbeitsplatzes).

Bindungsstörungen weisen mit den oben skizzierten Mustern der Bindungssicherheit bzw. -unsicherheit kaum mehr Ähnlichkeiten auf. In bindungsrelevanten Situationen sind die Störungen in ihrem Bindungsverhalten so ausgeprägt, dass diese als Psychopathologie diagnostiziert werden können. In der klinischen, psychotherapeutischen Arbeit sehen wir Kinder und auch Jugendliche, die ausgeprägte Störungsvarianten in ihrem Bindungsverhalten aufweisen (Brisch, 1999). Zwei extreme Formen der reaktiven Bindungsstörung können auch nach der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10) klassifiziert und diagnostiziert werden (Dilling et al., 1991b): eine Form mit *Hemmung* (F 94.1) und eine mit *Enthemmung* (F 94.2) des Bindungsverhaltens. Nur bei Bindungsstörungen – als einzige Ausnahme – werden in der ICD-10 Ursachen für die Entstehung der Störung angegeben. Ausdrücklich werden Erfahrungen im Zusammenhang mit schwerer Deprivation, Missbrauch und Misshandlung als unmittelbarer Grund für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen einer Bindungsstörung aufgeführt. Eine Bindungsstörung mit Symptomen einer „Enthemmung“ mit indifferentem Pseudo-Bindungsverhalten gegenüber unbekanntem Personen wird als Folge von vielfach wechselnden Betreuungssystemen in den ersten Lebensjahren gesehen.

Eine Bindungsstörung sollte allerdings nicht vor dem 8. Lebensmonat diagnostiziert werden, da Säuglinge häufig in diesem Alter eine so genannte „Fremdenangst“ entwickeln. Dieser entwicklungsbedingten Durchgangsphase liegt vermutlich zugrunde, dass die Säuglinge in diesem Alter bereits eine so klare psychische Repräsentation von ihrer Hauptbindungsperson entwickelt haben, dass sie beim inneren Abgleich der Wahrnehmung einer fremden Person mit der

Karl Heinz Brisch

„abgespeicherten“ Bindungsperson genau den Unterschied erkennen und hierauf mit Angst reagieren. Die psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten sollten mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten und in verschiedenen Beziehungssystemen – etwa sowohl mit den eigentlichen Bindungspersonen, als auch mit weniger vertrauten Personen, oder sogar mit Fremden – beobachtet worden sein, um von einer Bindungsstörung sprechen zu können.

Weitere, in den internationalen Klassifikationssystemen bisher nicht erfasste Formen von Bindungsstörungen können sich nach Brisch (1999; Brisch, 2002b) klinisch dadurch äußern, dass Kinder *kein Bindungsverhalten* (Typ I) zeigen. Auch in Bedrohungssituationen wenden sie sich an keine Bezugsperson, in Trennungssituationen zeigen sie keinen Trennungsprotest.

Eine andere Form ist durch *undifferenziertes Bindungsverhalten* (Typ II a) gekennzeichnet (vgl. auch die Diagnose „Bindungsstörung mit Enthemmung“ im ICD-10). Solche Kinder zeigen eine soziale Promiskuität: Sie verhalten sich undifferenziert freundlich gegenüber allen Personen, denen sie begegnen, gerade auch gegenüber fremden Menschen. Sie suchen in Stresssituationen zwar Trost, ohne aber eine bestimmte Bindungsperson zu bevorzugen. Jeder, der sich in ihrer Nähe befindet, kann sie auf den Arm nehmen und trösten, auch eine absolut fremde Person.

Andere Kinder neigen zu einem deutlichen *Unfallrisikoverhalten* (Typ II b): In Gefahrensituationen suchen sie nicht eine sichernde Bindungsperson auf, sondern begeben sich vielmehr durch zusätzliches Risikoverhalten in unfallträchtige Situationen. Auf diese Weise mobilisieren sie das Fürsorgeverhalten etwa ihrer Eltern, die nur angesichts der massiven Unfallbedrohung oder realen Verletzung ihres Kindes adäquates Bindungsverhalten zeigen.

Eine weitere Form der Bindungsstörung drückt sich durch übermäßiges Klammern (Typ III) aus. Diese Kinder sind, obwohl schon im Vorschulalter, nur in absoluter, fast körperlicher Nähe zu ihrer Bezugs- und Bindungsperson wirklich ruhig und zufrieden. Sie sind aber damit in ihrem freien Spiel und in ihrer Erkundung der Umgebung entsprechend eingeschränkt, weil sie immer auf die Anwesenheit der Bindungsperson angewiesen sind. Sie wirken insgesamt sehr ängstlich und können sich kaum von ihrer Bindungsperson trennen, sodass sie in der Regel keinen Kindergarten besuchen bzw. außerhalb des familiären Rahmens nicht bei anderen Kindern spielen können. Sie haben somit selten Freunde und wachsen von Gleichaltrigen sozial isoliert auf. Unvermeidlichen Trennungen setzen sie erheblichen Widerstand entgegen und reagieren mit größtem Stress und panikartigem Verhalten.

Andere Kinder wiederum sind im Beisein ihrer Bindungsperson übermäßig angepasst und in ihrem Bindungsverhalten *gehemmt* (Typ IV) (vgl. auch die Diagnose „Bindungsstörung mit Hemmung“ im ICD-10). Sie reagieren in

Bindung und Umgang

Abwesenheit der Bezugsperson weniger ängstlich als in deren Gegenwart und können ihre Umwelt in der Obhut von fremden Personen besser erkunden als in Anwesenheit ihrer vertrauten Bindungs- und Bezugsperson. Auf diese Art und Weise reagieren besonders Kinder etwa nach körperlicher Misshandlung und bei Erziehungsstilen mit körperlicher Gewaltanwendung oder -androhung.

Bei einer weiteren Art von Bindungsstörung verhalten sich Kinder oft aggressiv (Typ V) und versuchen, hierdurch eine Bindungsbeziehung herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Solche Kinder haben zwar eine mehr oder weniger bevorzugte Bindungsperson, aber sowohl mit dieser als auch mit anderen Menschen nehmen sie über aggressive Interaktionsformen sowohl körperlicher als auch verbaler Art Kontakt auf. Dies führt dann in der Regel zur Zurückweisung, da ihr versteckter Bindungswunsch nicht gesehen wird. Auf diese Weise entsteht schnell ein Teufelskreis, durch den die zugrunde liegenden emotionalen Bedürfnisse nach Nähe und Sicherheit nicht erkannt werden.

Manchmal ist die Bindungsstörung dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer *Rollenumkehr* (Typ VI) kommt. Solche Kinder müssen dann für ihre Eltern, die z. B. körperlich erkrankt sind oder an Depressionen – mit Suizidabsichten und Ängsten – leiden, als sichere Basis dienen. Diese Kinder können ihre Eltern nicht als „Hort der Sicherheit“ benutzen, vielmehr müssen sie selbst diesen die notwendige emotionale Sicherheit geben. Dies hat zur Folge, dass die Ablösungsentwicklung der Kinder gehemmt und verzögert wird und eine große emotionale Verunsicherung besteht: Diese Kinder wenden sich etwa in Gefahrensituationen, in denen sie sich befinden und in psychischer Not nicht an ihre Bindungsperson, da sie von dieser keine Hilfe erwarten können, weil sie mit sich und ihren eigenen Bedürfnissen ganz beschäftigt ist und den Kindern vielmehr noch Anlass zur Sorge gibt.

Im Rahmen von Bindungsstörungen kann es auch zur Ausbildung von psychosomatischen Störungen kommen, etwa mit Schrei-, Schlaf- und Essproblemen im Säuglingsalter, oder auch zu ausgeprägten psychosomatischen Reaktionen im Kleinkindalter, wie etwa zur psychogenen Wachstumsretardierung bei emotionaler Deprivation oder zu multiplen somatoformen Störungen (Typ VII).

Bindungsstörungen können auch durch die Pflege- und Bindungspersonen gefördert werden, etwa durch Drohung mit Entzug der elterliche Liebe oder auch der Nähe und emotionalen Verfügbarkeit, durch Drohung mit Suizid oder mit Ermordung des Kindes sowie durch Tabuisierung und Verschweigen von traumatischen Erfahrungen oder durch Auferlegen eines Schweigegebots unter Androhung von Strafen, manchmal mit Todesbedrohung.

Bindung und Trauma

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen desorganisiertem Bindungsmuster bei Kindern und ungelösten Traumata der

Karl Heinz Brisch

Eltern gibt (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Diese Eltern haben in der eigenen Kindheit Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung erlebt, mussten Verluste wichtiger Bezugspersonen erleiden oder andere schwere Traumata. Das Verhalten des eigenen Kindes, etwa das Schreien eines Säuglings, triggert das einst erlebte Trauma, da es etwa an das eigene Weinen und den eigenen Schmerz erinnert. Dadurch können dissoziative oder auch traumaspezifische und das Kind ängstigende Verhaltensweisen bei der Mutter oder dem Vater ausgelöst werden (Lyons-Ruth et al., 1999; Liotti, 1992; Brisch & Hellbrügge, 2003). Dies könnte auch erklären, warum Eltern, deren Kinder stationär in der Kinderklinik aufgenommen worden waren, selbst mehr Traumata erlebt hatten und ihre Kinder mehr Bindungsstörungen und Verhaltensstörungen zeigten als eine Vergleichsgruppe von Eltern und Kindern, die nicht stationär pädiatrisch behandelt wurden (Kügel et al., 2003; Kroesen et al., 2003). In einer prospektiven Längsschnittstudie konnten Brisch et al. (2003a) zeigen, dass Frühgeborene, die neurologisch erkrankt sind, signifikant häufiger eine unsichere Bindung an ihre Mutter entwickeln als neurologisch gesund entwickelte Frühgeborene, ganz unabhängig von der mütterlichen Bindungsrepräsentation. Dieses Ergebnis fand sich nicht mehr, wenn die Eltern an einer psychotherapeutischen Intervention teilgenommen hatten. Für die Bindungsentwicklung von Kindern mit besonderen somatischen Risiken, wie etwa Frühgeborene oder pädiatrisch erkrankte Kinder, oder für Kinder mit Traumaerfahrungen könnten außer der elterlichen Bindungsrepräsentation auch die elterlichen Bewältigungsfähigkeiten und die erfahrene soziale Unterstützung von Bedeutung sein (siehe auch Brisch et al., 2003b). Das Kind könnte sich somit in der Lage befinden, dass es dieselbe Person, die es etwa durch sein Verhalten oder seine Erkrankung ängstigt, gleichzeitig als Trostspender braucht. Die Bindungsperson steht ihm aber emotional nicht zur Verfügung, da die Eltern, etwa wegen der Erkrankung des Kindes, mit ihren eigenen Ängsten und Bewältigungsversuchen beschäftigt sind. Auf dieser Basis wird das rasch wechselnde, desorganisierte Annäherungs- und Vermeidungsverhalten der Kinder mit desorganisierter Bindung gut nachvollziehbar (Lyons-Ruth, 1996).

Eine Metaanalyse aus 80 Studien mit 6.282 Eltern-Kind-Dyaden und 1.285 als desorganisiert gebunden klassifizierten Kindern ergab folgende Ergebnisse (van IJzendoorn et al., 1999):

In nicht-klinischen Stichproben beträgt der Anteil an Kindern mit desorganisiertem Bindungsmuster 15 %, wobei er in niedrigeren sozialen Schichten je nach Messinstrument zwischen 25–34 % variiert. In klinischen Stichproben zeigen Kinder mit neurologischen Auffälligkeiten zu 35 % desorganisierte Bindungsmuster und Kinder von alkohol- oder drogenabhängigen Müttern zu 43 %. Den höchsten Anteil desorganisiert gebundener Kinder, nämlich 48–77 %, hatten misshandelnde Eltern.

Bindung und Umgang

Faktoren wie etwa Konstitution und Temperament sowie das Geschlecht ergaben keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsmusters.

Der stärkste Prädiktor für eine desorganisierte Bindung ist die Kindesmisshandlung (siehe auch Lyons-Ruth & Block, 1996).

Der zweitstärkste Effekt auf die Entwicklung desorganisierter Bindung des Kindes besteht in erlebten Traumata der Eltern. Traumatisierungen und damit einhergehendes dissoziatives, ängstigendes Verhalten der Erziehungsperson beeinflussen die Entwicklung einer desorganisierten Bindung mehr als Scheidung der Eltern oder Depression (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Lyons-Ruth et al., 1990; Lyons-Ruth et al., 1986). Als Folge desorganisierter Bindung ergaben sich signifikant häufig dissoziative Symptome und externalisierende Verhaltensstörungen (Lyons-Ruth, 1996; Putnam, 1993; Green & Goldwyn, 2002).

Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen frühen Verhaltensproblemen – besonders bei Jungen – und unsicher-desorganisierter Bindung feststellen konnten (Lyons-Ruth et al., 1993; Speltz et al., 1999). Es wurde eine Verbindung zwischen ungelösten Traumata der Eltern bzw. desorganisierten Bindungsmustern der Kinder *und* aggressiven Verhaltensproblemen und Defiziten sprachlicher Fertigkeiten dieser Kinder gefunden (Lyons-Ruth, 1996). Wenn traumatische Erfahrungen der Eltern und/oder der Kinder Prädiktoren für die Entwicklung einer desorganisierten Bindung sind und desorganisierte Bindung wiederum ein Prädiktor für externalisierende Verhaltensstörungen ist, wozu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen gehören, liegt die Hypothese nahe, dass Traumata des Kindes oder der Eltern in einem Zusammenhang mit der Entstehung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) stehen könnten. Dieser Zusammenhang wurde allerdings bisher nicht ausreichend untersucht. Das Bindungsmuster fungiert möglicherweise als vermittelnde Variable, wobei desorganisierte Bindung als Vulnerabilitätsfaktor und sichere Bindung als Schutzfaktor angenommen werden könnten (Brisch, 2003b; Kreppner et al., 2001).

Die längsschnittlichen Untersuchungen über die emotionale Entwicklung von Säuglingen und Vorschulkindern, die unter den Bedingungen schwerer früher Deprivation in rumänischen Heimen aufgewachsen waren und dann von englischen und kanadischen Familien adoptiert wurden, sind für das Verständnis der Entwicklung von Bindungsstörungen von großer Bedeutung. Diese Kinder litten teilweise auch Jahre nach der Adoption noch an den Symptomen von ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen mit zusätzlichen Störungen in der Aufmerksamkeit, Überaktivität und solchen Verhaltensstörungen, die den Symptomen von Störungen aus dem autistischen Erkrankungsspektrum ähnelten (Rutter et al., 1999; Rutter et al., 2001). Obwohl sich bei 20 % der Kinder eine Tendenz zur emotionalen Normalisierung im weiteren Entwicklungsverlauf zeigte, fand

Karl Heinz Brisch

sich insgesamt eine hohe Stabilität für die pathologische Symptomatik des ADHD auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen (O'Connor et al., 1999). Je länger die Erfahrung der frühen Deprivation unter Heimbedingungen gewesen war, desto ausgeprägter waren die Symptome des ADHD. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der ADHD-Störung und den Symptomen einer Bindungsstörung. Die gefundenen Effekte konnten nicht durch schlechte Ernährung, niedriges Geburtsgewicht oder kognitive Defizite der Kinder erklärt werden (Kreppner et al., 2001). Diesen Befunden entspricht auch die klinische Erfahrung, dass Kinder mit Bindungsstörungen gehäuft traumatische Erfahrungen durchgemacht haben, häufig desorganisierte Verhaltensweisen in Beziehungen zeigen, die in der Summe den Symptomen eines ausgeprägten ADHD-Syndroms vergleichbar sein können. Wenn pathogene Faktoren, wie Deprivation, Misshandlung, schwerwiegende Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion, nur vorübergehend oder phasenweise auftreten, können sie häufig mit desorganisiertem Bindungsverhalten assoziiert sein. Sind sie dagegen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster und wurden die pathogenen Bindungserfahrungen über mehrere Jahre gemacht, können hieraus Bindungsstörungen resultieren, die selbst nach Milieuwechsel, etwa durch Adoption, unter besseren emotionalen familiären Bedingungen weiter bestehen bleiben und eine hohe Belastung für die neue Adoptiveltern-Kind-Beziehung darstellen (Steele et al., 2002). Bindungsstörungen lassen oftmals wegen der extremen Verzerrungen im Verhaltensausdruck die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder nicht mehr erkennen und können sich im schlimmsten Fall zu überdauernden psychopathologischen Mustern einer schweren Persönlichkeitsstörung verfestigen (Brisch & Hellbrügge, 2003).

Bedeutung von Trennungserlebnissen und ihre psychischen Folgen

Kinder reagieren auf Trennungen mit Aktivierung ihrer Bindungsbedürfnisse und können folgende Verhaltensweisen zeigen: Angst, Bindungssuche mit Trennungsprotest, Weinen, Rufen, Suchen der Bindungsperson, Desorganisation, Resignation, Anpassung und Verstummen, Trauer bis Depression, psychosomatische Symptome (Einnässen, Schlafstörungen, Essstörungen).

Spitz (Spitz, 1945a; Spitz, 1946) hat die Veränderungen bei Säuglingen, die nach der Trennung von der Mutter in Heimen aufgewachsen sind, als Hospitalismus beschrieben. Hierzu gehören charakteristische Verhaltensweisen wie etwa extreme Angst und Panikattacken, Stereotypien, Entwicklungsrückstand (motorisch und kognitiv, emotional), Wachstumsretardierung bis -stillstand, autistische Verhaltensweisen, und Bindungsstörungen. Diejenigen Kinder, die auf Dauer von ihren Bindungspersonen getrennt sind, leiden an einem „emotionalen Hunger“ und die Folgen sind gravierende Entwicklungsstörungen (Hellbrügge, 2003; Rutter, 2006).

Bindung und Umgang

Aber auch ohne so massive Trennungserfahrungen müssen Kinder „natürliche“ und „unnatürliche“ Trennungssituationen bewältigen, die mit einer Aktivierung ihrer Bindungsbedürfnisse verbunden sind. Auf „natürliche“ Trennungssituationen müssen Kinder aber ebenso vorbereitet werden und die Trennungen dürfen erst zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden, wenn die Kinder mit den Eltern oder auch der fremden Betreuungsperson soweit vertraut sind, dass diese auch zur Beruhigung eines aktivierten Bindungsbedürfnisses als „sicherer Hafen“ benutzt werden kann. Solche Trennungen sind etwa Einschlafen des Kindes (Brisch, 2007a), Eltern gehen aus/Babysitter kommt, Kindergartenbeginn, Übernachtung bei Freunden, Einschulung, Schullandheim, Wechsel auf weiterführende Schulen, Freizeit/Urlaub, Sprachreisen und ein Auslandsjahr. „Unnatürliche“ Trennungssituationen, die in der Regel von den Kindern auch nicht gewünscht werden, sind dagegen etwa Umzug sowie Migration und Flucht, Krankenhausaufnahme, Scheidung der Eltern, chronische oder lebensbedrohliche Krankheit eines Elternteils und damit verbundene „emotionale Trennung“ vom Elternteil, der für die Bindungsbedürfnisse des Kindes nicht mehr so verfügbar ist (etwa bei Krebserkrankung, Sucht/Alkohol/ Depression/Pschose, Tod einer wichtigen Bezugsperson (Elternteil, Geschwisterkind, Freund, Großeltern, Erzieherin/Lehrer/in). Hierbei muss man nochmals unterscheiden, ob der Verlust durch eine natürliche Todesursache oder etwa durch einen Unfalltod ohne Abschied oder sogar Suizid zustande kam. Bei unnatürlichen Todesursachen gibt sich das Kind oft die Schuld an dem Tod und grübelt, wie und ob es den Tod etwa eines Elternteils hätte verhindern können.

Unter diesen Umständen kann das Trennungserlebnis zu einem Psychotrauma werden, besonders, wenn die Trennung als plötzliches, überwältigendes Ereignis erlebt wird, auf das das Kind keinen Einfluss nehmen kann und wenn keine Bindungsperson zur Verfügung steht, an die das Kind sich mit seiner Angst wenden könnte, etwa wenn es die Hauptbindungsperson verloren hat. Es entsteht eine Übererregung des vegetativen Nervensystems, besonders des Sympathikus. Die Reaktionen sind sehr ausgeprägt, wenn weder eine Möglichkeit zur Angstminderung durch Körperkontakt mit einer Bindungsperson besteht, noch Möglichkeiten zu Flucht oder Kampf gegeben sind. In einer solchen Situation von Ohnmacht und Ausweglosigkeit kommt es nach innen zur vegetativen Dauererregung und nach außen zum Erstarren und „Einfrieren“ der Affekte.

Entstehung von Posttraumatischen Belastungsstörungen

Unter den oben geschilderten traumatischen Bedingungen nach einem Trennungserlebnis kann die körperliche Übererregung für längere Zeit bestehen bleiben und zu charakteristischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung führen. Diese sind charakterisiert etwa durch sich aufdrängende Gedanken und Erinnerungen an die traumatische Verlustsituation, einschließende Bilder mit großer Erregung, Schlafstörungen mit sich wiederholenden Alpträumen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörung, Übererregung mit emotionaler Taub-

Karl Heinz Brisch

heit, Vermeidungsverhalten für die Orte und Situationen, die an den Verlust erinnern, bis hin zur Dissoziation von Gefühlen und Gedanken und zur Amnesie für das traumatische Ereignis.

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern:

Wenn Kinder nach traumatischen Trennungs- und Verlustsituationen eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, zeigen sie kindspezifische Symptome, wie etwa wiederholendes Durchspielen der traumatischen Situation, verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten (von aggressivem bis depressivem Verhalten, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen), einen raschen Wechsel von Affekten, Verstummen, Sprachlosigkeit, Lernstörungen mit Entwicklungsrückschritten, Wachstumsstillstand, psychosomatische Symptome etwa mit Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, Essstörungen. Weitere Diagnosen, die im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen auftreten können, sind Depressionen, Panikstörungen und Suchterkrankungen sowie somatoforme Störungen, die durch körperliche Beschwerden ohne organischen Befund gekennzeichnet sind, wie etwa Schmerzen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen). Auch dissoziative Störungen, die früher als „Konversionsneurosen“ bezeichnet wurden, werden diagnostiziert, etwa mit Störungen in der Motorik, in der Sensibilität oder den Wahrnehmungsfunktionen (psychogene Lähmungen, psychogene Sensibilitätsstörungen, psychogene Visusverschlechterung bis zur Blindheit).

Entstehung und Folgen von Bindungsstörungen

Häufige, wiederholte, nicht vorhersehbare oder willkürliche Trennungs- und Verlusttraumata in der frühen Kindheit können zu Bindungsstörungen führen, denn durch das Trauma wird in der Regel die sichere emotionale Basis für das Kind zerstört oder erst gar nicht aufgebaut, sodass die emotionale Sicherheit und das Gefühl eines Urvertrauens verloren gehen.

Die Folgen von Bindungsstörungen bedeuten eine schwerwiegende Gefährdung des Kindeswohls, denn sie sind gekennzeichnet durch mangelnde Beziehungsfähigkeit, weniger prosoziales Verhalten im Konflikt, geringe Stresstoleranz bei Belastungen, ein Risiko für die Entwicklung von psychosomatischen Störungen und ein Risiko für dissoziative Erkrankungen. Oftmals werden Bindungsstörungen an die nächste Generation weitergegeben, weil auf dem Boden von unverarbeiteten Trennungstraumata der Eltern eine Gefahr besteht, dass diese mit den Kindern der nächsten Generation wiederholt werden, indem den Kindern auch unnatürliche Trennungs- und Verlusterlebnisse zugemutet werden, sodass diese ebenfalls Bindungsstörungen entwickeln könnten.

Aus vielen Längsschnittstudien ist bekannt, dass ein sicheres Bindungsmuster ein Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung ist (Werner, 2001; Grossmann et al., 2005). Sicher gebundene Kinder reagieren mit einer größeren

Bindung und Umgang

psychischen Widerstandskraft („resilience“, Resilienz) auf emotionale Belastungen, wie etwa eine Scheidung der Eltern. Eine unsichere Bindungsentwicklung dagegen ist ein Risikofaktor, sodass es bei Belastungen leichter zur Entwicklung von psychischen Symptomen kommt oder Konflikte in einer Beziehung weniger sozial kompetent geklärt werden (Opp & Fingerle, 1999; Brisch et al., 2002).

So zeigen etwa Kinder mit unsicheren Bindungsmustern schon im Kindergarten weniger prosoziale Verhaltensweisen und eher aggressive Interpretationen des Verhaltens ihrer Spielkameraden (Suess, 1987; Brisch, 2002a). Im Jugendalter sind sie eher isoliert, haben weniger Freundschaftsbeziehungen und schätzen Beziehungen insgesamt als weniger bedeutungsvoll für ihr Leben ein (Becker-Stoll, 2002).

Diagnostik von Bindungsstörungen

Zur Diagnostik einer Bindungsstörung ist eine ausführliche biografische Anamnese notwendig, eine organische Abklärung, eine Interaktionsbeobachtung, bei kleineren Kindern etwa beim Spiel mit ihren Bindungspersonen, ein Bindungsinterview mit den Bezugspersonen, sowie eine ausführliche anamnestiche Erfassung speziell von traumatischen Trennungserlebnissen des Kindes und der Bindungspersonen (Brisch, 2007).

Indikationen für die Psychotherapie des Kindes

Wenn ein Kind Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer desorganisierten Bindung oder sogar die Zeichen einer frühen Psychopathologie aus dem Spektrum der Bindungsstörungen zeigt, oder durch immer wiederkehrende psychosomatische Symptome und erhebliche, besonders auch ängstliche und aggressive, Verhaltensstörungen auffällt, ist dies eine klare Indikation für eine Psychotherapie des Kindes oder des Jugendlichen.

Zu Beginn der Psychotherapie müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Hierzu gehören ein sicherer äußerer Rahmen mit verlässlichen Strukturen und kein Kontakt mit einem Täter, z. B. in Form von begleiteten Umgangskontakten. Weiterhin benötigt das Kind sehr gute emotionale Sicherheit, etwa durch Pflegeeltern, zur Stabilisierung, damit es seinen Stress und heftige Affekte besser regulieren lernen kann. Grundsätzlich ist von Bedeutung, dass mit einer Psychotherapie so früh wie irgendwie möglich und in einer ausreichenden Stundenzahl (mindestens zwei Therapiestunden pro Woche) begonnen und diese auch so lange und ausreichend fortgeführt werden sollte, bis es zu einer überprüfbaren Stabilisierung und Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse gekommen ist. Nur so kann einer Chronifizierung einer posttraumatischen Belastungsstörung vorgebeugt werden, die bei einem zu späten Beginn der Therapie oder zu niedriger Dosierung entstehen kann. Mit modernen Methoden der Traumatherapie kann man auch bereits bei Säuglingen und Kleinkindern entsprechend

Karl Heinz Brisch

frühzeitig behandeln, wenn sie etwa Opfer von Gewalterfahrungen geworden sind (Besser, 2002; Hofmann & Besser, 2003).

Bevor eine therapeutische Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse, die etwa zu einer Bindungsstörung geführt haben, möglich wird, ist der Aufbau einer „sicheren therapeutischen Bindung“ zwischen Kind und Therapeut oder Therapeutin, aber ebenso so auch mit den Bindungspersonen des Kindes selbst notwendig. Hierzu sind besonders feinfühliges Verhaltensweisen der Therapeuten notwendig, sowie eine Kenntnis der verschiedenen Muster von Bindungsstörungen, damit diese erkannt und entsprechend darauf reagiert werden kann. Erst wenn die „therapeutische Bindung“ aufgebaut ist und das Kind etwa seine Bindungsbedürfnisse auf den Therapeuten überträgt, kann es sich in der Therapie sicher fühlen und angsterfüllte Erlebnisse besprechen bzw. verarbeiten, wie etwa Trennungserlebnisse, die mit Gefühlen von Trauer und Schmerz, Einsamkeit und Verlassenheit, Panik und Ohnmacht verbunden sind. Im Laufe der Therapie können die mit den traumatischen Erlebnissen verbundenen Affekte, die anfangs vom Kind oft als sehr bedrohlich erlebt werden, integriert und die Erlebnisse neu bewertet werden. Aus einem Gefühl von „ich bin ausgeliefert, verlassen, ich sterbe“ wird ein Gefühl von „es ist vorbei, ich habe die Trennung überlebt“. Dies ermöglicht eine Neuorientierung in der Zukunft und bereitet den Boden für neue Beziehungserfahrungen, die nicht mehr von den alten unverarbeiteten Affekten überschattet oder blockiert werden.

Wenn Kinder vielfältige traumatische Erfahrungen durchlitten haben, so heißt das nicht, dass sie deswegen für den Rest ihres Lebens eine schwerwiegende Bindungsstörung behalten müssten. In der psychotherapeutischen Arbeit muss der Kindertherapeut oder Pädagoge in seinem Verhalten gegenüber dem Kind als verlässliche psychische und physische Basis fungieren können, sodass sich trotz der Bindungsstörung des Kindes ein sicheres Arbeitsbündnis entwickeln kann. Der Therapeut und Pädagoge ermöglicht ein Spielverhalten, das dem Kind Ansätze bietet, seine erlebten Bindungsbeziehungen im Symbolspiel darzustellen. Im Spiel auftauchende bindungsrelevante Themen werden vom Therapeuten und Pädagogen aufgegriffen, der verbal oder durch teilnehmende Spielinteraktion fördert, dass sie Ausdruck finden. Durch neue sichere Bindungserlebnisse ermöglicht der Therapeut und Pädagoge, dass das Kind sich von alten destruktiv unsicheren Bindungsmustern lösen und eine sichere Bindungsqualität entwickeln kann (Brisch, 2004c).

Bindungsstörungen bei traumatisierten Risikogruppen erfordern eine bindungsorientierte therapeutische Herangehensweise und stellen für die Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Der Therapeut und Pädagoge muss sich darüber im Klaren sein, dass ein Kind in der Spielsituation auch an ihn bindungsrelevante Erwartungen hat. Das Kind sucht auch zum Therapeuten und Pädagogen – wie zu einer sicheren Bindungsperson – eine hoffnungsvolle sichere Basis, von der aus es sein Spiel und die damit verbundenen Erkundun-

Bindung und Umgang

gen starten kann. Werden diese Bedürfnisse von den psychotherapeutischen und pädagogischen Bindungspersonen nicht feinfühlig beantwortet oder sogar abgewiesen, so kann sich das Spiel als eine Wiederholungssituation von früher erlebten Traumatisierungen gestalten, wodurch die Psychopathologie des Kindes verstärkt wird. Aus diesem Grunde ist es von großer Bedeutung, dass auch Pädagogen und Therapeuten die normalen Varianten der Bindungsmuster und die Zusammenhänge zwischen Bindungs- und Erkundungssystem kennen, da sie dann in der Spielsituation hierauf adäquater eingehen können und sich selbst als die zentrale sichere Basis verstehen, von der aus eine emotionale Entwicklung der Kinder gelingen kann.

Trennung, Bindung und Umgang bei Scheidung der Eltern

Im Idealfall können die Partner ihre Partnerschaftskonflikte lösen und die Elternebene bleibt weitgehend frei von aggressiven und depressiven Spannungen zwischen den Eltern. So könnte das Kind eine sichere Bindung zu beiden Elternteilen behalten und im freien Umgang beide Elternteile auch nach einer Scheidung als sichere emotionale Basis nutzen. Auf diese Weise wäre das Kindeswohl durch Bindungssicherheit zu beiden Elternteilen am besten gewährleistet.

Können die Partner ihre Konflikte nicht lösen, wird die Elternebene regelmäßig auch mehr oder weniger von den aggressiven Auseinandersetzungen und depressiven Entwicklungen der Eltern „infiziert“ und das Kind gerät „zwischen die Fronten“ in einem emotionalen Loyalitätskonflikt. Es kann hierbei selbst Affekte der Eltern aus der Ebene des Paarkonfliktes übernehmen und depressiv oder auch aggressiv reagieren. In der Regel hat das Kind sehr viel Angst und kann beide Eltern im Umgang nicht mehr als sichere emotionale Basis nutzen, da oftmals beide Elternteile sich wechselseitig beschimpfen und entwürdigen, als bedrohlich darstellen und dem Kind Angst machen, sollte es den Kontakt mit dem beschimpften, als bedrohlich geschilderten Elternteil suchen. Wegen der Angst und der Verunsicherung in der Bindung sind auch die explorativen Fähigkeiten des Kindes eingeschränkt, und es kommt regelmäßig zu einer Verschlechterung seiner kognitiven Fähigkeiten mit Schulproblemen bis -versagen. Eine Stabilisierung des Kindes könnte durch eine dritte Person gelingen, die etwa eine weitere Bindungsperson ist, oder auch durch eine rasch beginnende Psychotherapie.

Wenn die Partnerschaftskonflikte eindeutig dadurch gekennzeichnet sind, dass ein Elternteil gegenüber dem anderen sich gewalttätig verhielt und damit den Partner bedrohte und ihm Angst machte, erlebt dies auch das Kind als bedrohlich. Werden Kinder Zeuge von Gewalt zwischen den Bindungspersonen, so wird dies von den Kindern so erlebt, als ob sie selbst angegriffen worden wären, da durch die Identifikation mit dem angegriffenen Elternteil das Stresssystem des Kindes intensiv mitreagiert, fürchtet das Kind doch oft um Leib und Leben

Karl Heinz Brisch

seiner Bindungsperson, die – angegriffen – nicht mehr für Schutz und Sicherheit des Kindes zur Verfügung steht. Auch der Angreifer ist kein „sicherer emotionaler Hafen“ mehr für das Kind, sodass das Kind bei einer solchen Konstellation auch große Angst im freien Umgang zwischen beiden Elternteilen erlebt, sein Bindungssystem also keine Beruhigung erfährt. Der freie Umgang des Kindes mit einem gewalttätigen Elternteil – selbst wenn dieser nie Gewalt gegen das Kind selbst ausgeübt hat, sondern immer nur gegen den anderen Elternteil – ist für das Kind eine sehr angstvolle Situation, da sich das Kind in Identifikation mit der angegriffenen Bindungsperson selbst vor dem gewalttätigen Elternteil sehr fürchtet. Oftmals haben die Kinder große Schuldgefühle, weil sie denken, dass sie selbst die Ursache für die gewalttätigen Eskalationen zwischen den Eltern gewesen seien und dass sie den einen Elternteil besser vor den Angriffen des anderen Elternteils hätten schützen müssen. Auch hier bestünde eine Lösung darin, dass das Kind rasch durch eine Psychotherapie und eine zusätzliche dritte Person eine Hilfestellung erfährt, und die Eltern selbst sich in Einzel- oder Paarberatung und Mediation begeben, um die Situation zu entspannen und damit zur Entängstigung des Kindes beizutragen.

Trennung bei Gefährdung des Kindeswohls

Wenn das Wohl und die Entwicklung des Kindes durch seine elterlichen Bindungspersonen erheblich gefährdet sind, etwa bei jeglicher Form von Gewalt gegenüber dem Kind, wird oftmals eine Trennung des Kindes von seinen Bindungspersonen überlegt oder auch durch eine Inobhutnahme des Kindes durchgeführt. Bei akuter Gefährdung des Kindes muss diese manchmal als Notfallmaßnahme erfolgen, ohne dass diese Maßnahme mit dem Kind oder den Eltern vorher besprochen oder geplant werden konnte. Eine solche Trennung von den leiblichen Eltern und Bindungspersonen zum Schutz des Kindes nach traumatischer Erfahrung soll das Kind vor weiterer Gefährdung mit allen Gefühlen von Angst und Panik schützen. Angestrebt wird eine Beruhigung des kindlichen Bindungsbedürfnisses, indem das Kind eine Chance für neue Erfahrungen der Bindungssicherheit mit Pflegeeltern erhält, weil es dort räumlich, körperlich, emotional und sozial in Sicherheit ist und dadurch eine Heilung von Bindungsstörungen beginnen kann. Die Neuerfahrung von kontinuierlicher und längerfristiger Sicherheit in den Pflegebeziehungen ermöglicht dem Kind, dass die Pflegeeltern – oder evt. die späteren Adoptiveltern – zu neuen Bindungspersonen werden, bei denen das Kind vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben ein Gefühl von emotionaler Sicherheit entwickeln kann. Diese Neuerfahrung kann ein Schutzfaktor für spätere Lebensbelastungen werden. Oftmals ist aber zusätzlich zu den sicheren neuen emotionalen Erfahrungen bei Pflegeeltern eine eigene Psychotherapie für das Kind notwendig sowie eine Supervision für die Pflegeeltern, damit diese für die vielfältigen Fragen in der Beziehung zum Kind „Sicherheit“ für die eigenen Verhaltensweisen bekommen können. Nur wenn die Pflegeeltern sich

Bindung und Umgang

ihrerseits sicher fühlen und etwa keine Angst vor dem Pflegekind und seinen Verhaltensweisen haben, können sie für das Kind zu einer neuen „emotional sicheren Basis“ werden.

Die Bindungsentwicklung zwischen Kind und Pflegeeltern wird gestört durch Angst des Kindes vor Drohung einer Rückführung, erzwungenen Besuchskontakten, Umgangsrecht der leiblichen Täter-Eltern mit dem Kind. Alle diese Situationen lösen massive Angst bis Panik beim Kind aus und verhindern eine emotionale Heilung.

Zusätzlich wird der Heilungsprozess gestört durch fehlende rechtliche Sicherheit für die Pflegeeltern und durch mangelnde emotionale Sicherheit bei fehlender Supervision. Eine nicht voraussehbare drohende Trennung vom Pflegekind aktiviert das Bindungssystem der Pflegeeltern und führt damit zu vermehrter Angst und Suche nach Sicherheit bei den Pflegeeltern. Wird diese nicht gefunden oder durch gute Begleitung und Supervision der Pflegeeltern hergestellt, kann es dazu kommen, dass sich die Pflegeeltern emotional vom Kind distanzieren oder sich emotional mit dem Kind verstricken. Über die Erkenntnisse der Bindungsforschung und ihre Bedeutung für das Familienrecht und die Jugendhilfe berichten schon Lempp (1982) und Zenz (1982) sowie Zenz (2001; 2002) auch aktuell unter Einbeziehung der Studien zur Trauma- und Resilienzforschung.

Der Besuchskontakt und Umgang mit leiblichen Eltern nach traumatischen Erfahrungen mit Täter-Eltern erzeugt Angst beim Kind und aktiviert die pathologischen Bindungsmuster als Bindungsstörungen. Es kann zur Re-Traumatisierung des Kindes beim Kontakt mit den Eltern kommen, weil die traumatischen Erfahrungen durch den Kontakt wieder in die Erinnerung des Kindes zurückgeholt werden können. Das Kind wird dann erneut von Affekten der Angst und der Ohnmacht überschwemmt, mit denen es in der Regel nicht umgehen kann, sodass es oft regelmäßig nach solchen Besuchskontakten zur erneuten Symptombildung kommt, wie sie auch bei der Herausnahme des Kindes aus der Familie vorlag.

Die Begleitung des Umgangs gibt keine emotionale Sicherheit, da in der Regel die Besuchsbegleiterin ein für das Kind fremde Person ist, mit der keine emotionale Sicherheit besteht, sodass diese Person das aktivierte Bindungssystem des Kindes nicht beruhigen kann. Wirkliche emotionale Sicherheit ist nur durch Kontaktsperre mit den Täter-Eltern gegeben. Unter diesen Bedingungen kann das Kind in der Beziehung mit den Pflegeeltern neue emotional sichere Erfahrungen machen und sich hierdurch sowie durch die Erfahrungen in einer Psychotherapie stabilisieren (Brisch, 2006a).

Rückführung

Ob eine Rückführung des Kindes aus der Pflegefamilie in die Ursprungsfamilie sinnvoll ist, aus der es wegen Traumatisierung etwa durch seine leiblichen

Karl Heinz Brisch

Eltern herausgenommen wurde, ist unter bindungsdynamischen Gesichtspunkten sehr genau zu überlegen. Wenn die leiblichen Eltern etwa ihrem Kind gegenüber nach eigenen Aussagen gewalttätig geworden waren, sich aber aus eigener Motivation und aufgrund von Leidensdruck einer langfristigen Psychotherapie unterzogen haben, es hierdurch zu einer messbaren Veränderung der „Täterpsychopathologie“ gekommen ist und sich somit bei ihnen eine psychische Heilung entwickeln konnte, kann evtl. an eine Rückführung gedacht werden. Eine Veränderung der elterlichen Psychopathologie sowie ihrer pädagogischen Fähigkeiten sollten vor der Überlegung einer Rückführung durch entsprechende psychiatrische Gutachten und auch durch Gutachten zur Erziehungsfähigkeit überprüft werden. Es reicht nicht aus, dass sich die familiäre Situation äußerlich stabilisiert hat, um ein Kind rückzuführen. Entscheidend neben der äußeren Sicherheit ist die emotionale Sicherheit, die das Kind nach einer Rückführung zu seinen Eltern vorfindet. Ist diese gar nicht gegeben oder nicht konstant gegeben oder nicht zu klären, dann sollte im Zweifelsfall das Kind in der Pflegefamilie verbleiben, um dort seine sichere emotionale Entwicklung fortsetzen zu können, die für seine ganze körperliche, psychische und soziale Entwicklung von fundamentaler Bedeutung ist. Jede frühzeitige, übereilte, nicht langfristig vorbereitete Rückführung, unter Umständen noch in unklare äußere Verhältnisse und zu Eltern mit wechselnden psychischen Verfassungen, erschüttert das emotionale Fundament des Kindes aufs Neue und ist zu seinem Schaden. Muss das Kind wegen einer missglückten Rückführung erneut aus der Familie genommen und in Pflege untergebracht werden, hinterlässt dies die größten psychischen Wunden und der anschließend notwendige Heilungsprozess ist umso länger und komplizierter, und oftmals gelingt er auch nicht mehr, sodass ein Kind zeitlebens psychisch geschädigt bleibt.

Eine Rückführung benötigt eine langfristige Vorbereitung und kann nicht gegen den Willen des Kindes erfolgen, weil damit – durch eine gegen seinen Willen erzwungene Trennung von den Pflegeeltern, die ihm als sichere emotionale Basis verloren gingen – eine erneute Traumatisierung erfolgen würde.

Wenn das Kind selbst einen Kontakt zu seinen leiblichen Eltern wünscht und für es körperliche, soziale und emotionale Sicherheit gegeben zu sein scheinen, etwa wenn sich die leiblichen Eltern durch eine Psychotherapie positiv verändert haben und dies auch gutachterlich untersucht und bestätigt wurde, erst dann kann eine erste Wiederbegegnung stattfinden.

Werden unter diesen Bedingungen durch solche vorbereiteten und geplanten Kontakte mit den leiblichen Eltern keine alten bindungsgestörten Verhaltensweisen beim Kind reaktiviert, was man an einem Wiederauftreten von Symptomen, wie etwa erneuten Alpträumen und Angst- bis Panikzuständen, psychosomatischen Symptomen, erkennen könnte, können in sensibler Absprache mit allen Beteiligten weitere Kontakte geplant werden, die zu einer neuen Entwicklung von Bindung zwischen dem Kind und seinen leiblichen Eltern führen

werden. Dies setzt voraus, dass sich die Eltern feinfühlig verhalten und dass sie für die Bedürfnisse des Kindes emotional verfügbar sind. In diesem Falle sind die Pflegeeltern die primären sicheren Bindungspersonen, und die leiblichen Eltern könnten zu sekundären, im allerbesten, idealen Fall auch sicheren Bindungspersonen werden.

Das Bindungssystem ist und bleibt ein grundsätzlich offenes System mit der potentiellen Möglichkeit, dass andere Personen, mit denen das Kind auf seinem Lebensweg zeitlich einen intensiveren und auch feinfühligeren Kontakt in Interaktionen hat, auch zu weiteren sekundären Bindungspersonen werden. Dies könnten unter günstigen Umständen auch die leiblichen Eltern sein, von denen das Kind ursprünglich wegen Traumatisierung weggenommen und vor denen es in Sicherheit gebracht wurde (Brisch, 2004a; Brisch & Hellbrügge, 2006; Nienstedt & Westermann, 1998).

Die pathologische Bindung des Kindes an den Täter

Selbst wenn Kinder wegen traumatischen Erfahrungen durch Bindungspersonen von diesen getrennt werden, etwa von ihrem Vater, kann man beobachten, dass die Kinder durchaus sich wünschen, weiterhin mit der Bindungsperson, die ihnen Leiden zugefügt hat, Kontakt zu haben. Dieses Verhalten erscheint auf den ersten Blick paradox. Dies veranlasst oft Richter dazu zu vermuten, dass die Traumatisierung nicht so schwerwiegend gewesen sein könnte, oder sogar nicht stattgefunden hat.

Selbst wenn Bindungspersonen, etwa Eltern, ihrem Kind schlimmste Gewalt antun, so sind sie dennoch für das Kind Bindungspersonen, bei denen es oft gleichzeitig Schutz und Sicherheit sucht, auch wenn es dort Gewalt erfährt. Denn letztlich hat das Kind oft keine anderen Bindungspersonen als diejenigen, die es manchmal oder auch regelmäßig durch Misshandlung traumatisieren. Für das Überleben ist es immer noch besser, eine Bindungsperson zu haben, die einem Gewalt zufügt, aber real vorhanden ist, als überhaupt keine Bindungsperson zu haben, weil dies die größte Angst auslöst. Deswegen drohen die Täter auch in der Regel damit, dass sie sich, das Kind, oder die Mutter umbringen, oder dass sie ins Gefängnis müssten, falls das Kind etwas von der Traumatisierung an andere Personen berichtet. Aus diesem Grund berichten die Kinder oft lange Zeit nicht, was sie erleben, obwohl die Erfahrungen etwa von sexueller und körperlicher Gewalt ihnen große Angst bis Panik bereiten, weil sie fürchten, ihre Bindungsperson, die gleichzeitig Täter ist, zu verlieren. Der Verlust wäre angesichts der evolutionsbiologischen Bedeutung von Bindung, das Überleben zu sichern, noch bedrohlicher, als die Angst vor der nächsten Gewalterfahrung mit der Bindungsperson. Allerdings entwickelt sich unter diesen traumatischen Erfahrungen, wenn die Bindungsperson vielleicht manchmal sogar schützt, bei anderen Gelegenheiten aber das Kind bedroht und verletzt, keine sichere Bindung, sondern eine Bindungsstörung, die immer eine gravierende Gefährdung

Karl Heinz Brisch

des Kindeswohls bedeutet. Durch die Bindungsstörung hat das Kind trotzdem eine Bindung an seine Bindungsperson, die es misshandelt, aber in Form einer Bindungspsychopathologie, die ganz gravierend die körperliche, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes gefährdet. Trennt man das Kind durch Inobhutnahme von seiner Bindungsperson, bei dem es Gewalt erfahren hat, so kann es trotzdem sein, dass das Kind sich wünscht, zu dieser Bindungsperson zurückzukehren, eben wegen der Bindung an diese mit pathologischem Muster. Würde man das Kind aber wegen seines Wunsches zu seiner Bindungsperson zurückführen, würde man es erneut Angst, Bedrohung und Gewalt aussetzen, sodass die Bindungsstörung nur weiter als Psychopathologie fixiert würde. Dies wäre zum weiteren Schaden für das Kind, denn je länger sich die Bindungsstörung entwickelt und besteht, um so länger dauert die psychotherapeutische Behandlung des Kindes, um die Bindungsstörung wieder in Richtung eines gesunden Bindungsmusters zu verändern (Brisch & Hellbrügge, 2003).

Besonders bei deprimatorischen Erfahrungen, wenn die Kinder körperlich und besonders emotional nicht ausreichend von ihren Eltern versorgt wurden, sind u. U. keine so offensichtlichen körperlichen Verletzungen des Kindes wie bei gewalttätigen Misshandlungen erkennbar. Aber die Kinder sind in der Regel in ihrer Entwicklung in Bezug auf ihr Alter in vielen Entwicklungsbereichen retardiert. Ihre Körpergröße und ihr Kopfumfang sind oft für ihr Alter zu klein. Obwohl Folgen von körperlicher Misshandlung in Form von Verletzungen für den Untersucher des Kindes eindrücklicher und erschreckender sind und eine raschere Identifikation mit dem erfahrenen Leid des Kindes ermöglichen, hinterlassen die Folgen von emotionaler Misshandlung in Form von Deprivationserfahrungen, bei denen das Kind sozusagen emotional von den Eltern getrennt ist, gravierendste Schädigungen in der neuronalen Reifung des Gehirns, weil die Wachstumshormone für den Körper und die neuronalen Verschaltungen nicht ausreichend gebildet werden (Brisch, 2004b). Solche Schädigungen durch Deprivation finden wir bei psychisch kranken Eltern, suchtkranken Eltern, oder auch chronisch körperlich kranken Eltern, die etwa an Krebs erkrankt sind. Unter diesen Erkrankungsbedingungen sind die Bindungspersonen selbst und oft auch weitere potentielle Bindungspersonen in der Familie, wie Partner, nicht mehr ausreichend oder gar nicht mehr für die emotionalen und sozialen Bedürfnisse des Kindes und manchmal selbst nicht einmal mehr für die körperliche Versorgung ausreichend verfügbar. Dies bedeutet für das Kind eine kontinuierlich große Stressbelastung wegen der Dauererregung des Bindungssystems. Deswegen werden wesentliche integrative Funktionen und besonders auch Verknüpfungen in den präfrontalen Hirnregionen nicht gut ausgebildet, sodass etwa die Fähigkeit zur Affektregulation zusätzlich beeinträchtigt ist. In der emotionalen Entwicklung zeigen die Kinder oft eine Bindungsstörung vom indifferenten Typ, d. h. sie suchen promiskuitiv Nähe und Körperkontakt zu fremden Menschen, auch und besonders, wenn sie Angst haben. Sie verhalten sich so, weil sie keine spezifische Bindung zu ihren Eltern aufgebaut haben, sondern

Bindung und Umgang

vielmehr eine Bindungsstörung vom indifferenten Typ entwickelten, die wiederum aber eine schwerwiegende frühe Psychopathologie des Kindes ist. In Heimen, in denen Kinder unter emotional deprivatorischen Bedingungen aufwachsen, sehen wir viele Kinder mit solchen indifferenten Bindungsstörungen. Auf der Verhaltensebene imponieren diese Kinder als „distanzlos“ und werden so in vielen Jugendamtsberichten auch beschrieben. De facto haben sie aber eine Bindungsstörung, die sich als distanzloses Verhalten äußert. Deswegen laufen diese Kinder bei Begegnungen mit ihren Eltern auch freudig auf diese zu, aber sie würden eben auch auf jede andere fremde Person ebenso freudig zulaufen, weil sie eben keine spezifische sichere Bindung an ihre Eltern unter den emotional deprivatorischen Bedingungen entwickelt haben, sondern eine Bindungsstörung vom indifferenten, promiskuitiven Typ. In osteuropäischen Kinderheimen werden die Dienstpläne für den Pflegedienst der Kinder so organisiert, dass eine Erzieherin keine Möglichkeit hat, über eine längere Zeit kontinuierlich immer wieder die gleichen Kinder zu pflegen. Vielmehr gibt es in großen Institutionen ein ausgeklügeltes Rotationsssystem im Dienstplan, sodass die Kinder immer wieder neue Erzieherinnen sehen. Dies hat zur Folge, dass sehr viele Kinder eine Bindungsstörung vom indifferenten Typ entwickeln. Wenn unter diesen Umständen potentielle Adoptiveltern in ein Heim kommen, springen diese Kinder vollkommen beliebig und austauschbar jedem potentiellen Adoptivelternpaar auf den Arm, küssen die Eltern und wollen mit ihnen mitgehen. Diese sind darüber in der Regel hochofren und fühlen sich unmittelbar zu dem potentiellen Adoptivkind hingezogen, weil sie sich vom Kind besonders angesprochen fühlen. Sie wissen nicht, dass diese Reaktion unspezifisch ist. Auf diese Weise erhofft man sich, dass möglichst viele Kinder Adoptiveltern finden und dass weder die Kinder noch die Erzieherinnen durch die Trennung von den Kindern leiden, weil sie ihrerseits auch keine spezifische Bindung zu den Kindern aufgebaut haben. Oft zeigen die Kinder erst 6–8 Monate nach der Adoption zunehmend mehr ein großes Ausmaß von Verhaltensstörungen, wenn sie begonnen haben, sich bei den Adoptiveltern emotional sicherer zu fühlen. In der Regel sind die Adoptiveltern vollkommen überrascht und überfordert, oft auch alleingelassen, wenn sie sich mit der Psychopathologie konfrontiert sehen, die zu diesem Zeitpunkt im kindlichen Verhalten als Störung zunehmend mehr sichtbar wird. Sie verstehen nicht, dass eigentlich die zunehmenden Symptome des Kindes ein großes Kompliment an ihre gute emotionale Arbeit mit dem Kind sind, das sich jetzt in der Beziehung zu seinen Adoptiveltern emotional so sicher fühlt, dass es etwa seine innere Not, seine heftigen Gefühle von Einsamkeit, Wut und Aggression, Suche nach Nähe und panischer Angst vor Nähe zeigen kann. Die gleiche Dynamik entwickelt sich auch zwischen bindungsgestörten Kindern und Pflegeeltern oder pädagogischen Mitarbeitern in einer Institution, sobald die Pflege und die pädagogische Arbeit der Pflegeeltern feinfühlig über eine längere Zeit und mit großer emotionaler Verfügbarkeit der Pflegeeltern mit dem Kind realisiert werden kann. Diese Entwicklung kann dagegen nicht gelin-

Karl Heinz Brisch

gen, wenn sich die Pflegeeltern, Adoptiveltern oder auch pädagogische Mitarbeiter in einem Heim nicht emotional auf ein Kind einlassen, das in ihrer Obhut ist.

Die durch die Deprivation entstandenen Retardierungen im körperlichen Wachstum und in der Vernetzung der Nervenzellen im Gehirn mit geringerem Gehirnwachstum und folglich kleinerem Kopfumfang (Johnson & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006) werden unter günstigen Milieubedingungen in einer Pflegefamilie langsam aufgeholt, sodass oft an eine Rückführung gedacht wird, sobald eine Symptomverbesserung zu sehen ist. Eine Rückführung etwa in die Ursprungsfamilie, wo die Deprivation des Kindes stattfand, macht aber nur dann einen Sinn, wenn sich an den Fähigkeiten zur emotionalen Verfügbarkeit und Feinfühligkeit der Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind durch entsprechende Therapie der Eltern tatsächlich etwas verändert hat. Diese Veränderung sollte durch eine externe Begutachtung belegt sein. Ansonsten würde man dem Kind statt einer emotional gesunden Entwicklungsatmosphäre erneut deprimatorische, schädigende Erfahrungen zumuten, mit allen Konsequenzen für die gesunde altersgerechte Reifung des Kindes. Oftmals können die Eltern selbst unter Anleitung ihre Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind nur wenig verändern, weil sie Feinfühligkeit und emotionale Versorgung als Kind durch die eigenen Eltern selbst nicht erfahren haben. Aus diesem Grunde benötigen die Eltern oft erst eine längerfristige eigene Therapie, in der sie neue emotionale Erfahrungen mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin machen können, bevor auf der Verhaltensebene gegenüber dem eigenen Kind feinfühligere Veränderungen dauerhafter beobachtet werden können. Auf jeden Fall sollte vor einer Vorbereitung oder gar dem Beginn einer Rückführung durch eine diagnostische Untersuchung sichergestellt werden, ob sich durch eine Therapie die psychische Situation der Eltern tatsächlich verändert hat. Diese Veränderung sollte sich in feinfühligere Fähigkeiten der Eltern für die Signale des Kindes widerspiegeln und könnte in der Eltern-Kind-Interaktion beobachtet sowie etwa durch Video-Diagnostik nachvollziehbar ausgewertet werden. Wenn die Eltern durch eine mehrjährige Therapie ihre Fähigkeiten verbessern, weil sie zuvor ihre eigenen traumatischen Kindheitserfahrungen verarbeitet haben, ist in der Regel viel Zeit verstrichen, in denen die Pflegeeltern hoffentlich zu einer sicheren Bindungspersonen mit heilender Neuerfahrung für das Kind geworden sind. Es ist sehr kritisch zu sehen, ob es nach vielen Jahren noch dem Kindeswohl entspricht, das Kind zu seinen leiblichen Eltern jetzt zurückzuführen, oder ob es nicht geboten ist, das vorgeschädigte Kind in der Pflegefamilie zu belassen und seine heilende Entwicklung nicht zu irritieren. Unter diesen Bedingungen könnten die leiblichen Eltern über vorbereitete Besuchskontakte evtl. im Lauf der Zeit sekundäre Bindungspersonen für ihr Kind werden. Ob das Kind zu den leiblichen Eltern dann doch noch eine sekundäre Bindung aufbauen kann, hängt sehr von den veränderten Fähigkeiten der leiblichen Eltern ab. Selbst wenn deren Fähigkeiten nicht konstant positiv sind, könnte sich

eine sekundäre Bindungsbeziehung entwickeln, wenn die sichere primäre Bindung zu den Pflegeeltern als Basis erhalten bliebe, d. h. auch der Lebens- und Entwicklungsmittelpunkt des Kindes bei den Pflegeeltern unverändert bestehen bleibt (Nienstedt & Westermann, 2007).

Vorbereitung von Trennungen

Auch bei „natürlichen“, d. h. geplanten und von den Bindungspersonen gewollten Trennungen, wie der Aufnahme in die Krippe oder den Kindergarten, benötigt das Kind eine ausreichend lange Begleitung durch eine Hauptbindungsperson in der neuen Umgebung. Dort muss möglichst ein und dieselbe Erzieherin oder Pflegerin feinfühlig während der Eingewöhnungsphase zur Verfügung stehen und sich emotional auf das Kind einlassen. Im Beisein der bisherigen Bindungsperson wird sich das Kind auf neue Erfahrungen mit der Erzieherin einlassen, bis es beginnt, diese als eine weitere sichere Bindungsperson zu akzeptieren. Sobald sich dies abzeichnet, etwa wenn das Kind sich bei kleineren stressvollen Ereignissen auch von der Erzieherin trösten lässt, kann die primäre Bindungsperson beginnen, sich zunächst für kürzere, dann für immer längere Zeiten zu verabschieden und Kind und Erzieherin alleine zu lassen. Wenn dies gelingt, kann das Kind schließlich für mehrere Stunden bei der Erzieherin bleiben.

Insofern für die Sicherung des Kindeswohls eine vorübergehende Fremdunterbringung des Kindes bei Pflegeeltern notwendig wird, etwa weil die familiären Betreuungsmöglichkeiten für eine sichere Versorgung des Kindes vorübergehend oder auch längerfristig erschöpft sind, und damit eine Trennung notwendig wird, ist – wenn immer möglich – dem Kind eine Zeit für den Übergang in eine Pflegefamilie zu geben. Die Trennung macht am wenigsten Angst, wenn eine erste sichere Bindung zu Ersatz-Bindungspersonen wie Pflegeeltern bereits vor der Trennung durch regelmäßige Besuche und Kontakte aufgebaut werden konnte. Hierbei sind Rituale, die eine Trennung vorhersehbar machen, eine Ankündigung der Trennung sowie eine Erreichbarkeit der elterlichen Bindungspersonen – wenn immer möglich – hilfreich. Über Stress mindernde Faktoren bei der Trennungsverarbeitung, wie etwa Übergänge und Rituale, berichteten schon J. Robertson & J. Robertson (1975, S. 659). Dem Kind muss man seinen Schmerz und seine Trauer wegen der Trennung zugestehen, seine Wut verstehen und diese mit feinfühligem emotionaler Verfügbarkeit aushalten.

Prävention von Trauma, Bindungsstörung und Fremdplatzierung

Es wäre wünschenswert, dass Kinder in der Beziehung mit ihren leiblichen Eltern keine traumatischen Erfahrungen machten und dass es nicht mehr nötig wäre, Kinder aus ihren Ursprungsfamilien herauszunehmen. Viele Eltern, die ihre Kinder traumatisieren, haben selbst in unterschiedlichem Ausmaß schwerwiegende Formen von Gewalt erlebt und sich geschworen, ihren Kindern nie

Karl Heinz Brisch

anzutun, was sie selbst schmerzlich erlebt haben. Die Realität zeigt aber, dass unverarbeitete Traumaerfahrungen der Eltern mit den eigenen Kindern reinszeniert und auf diese Weise von Generation zu Generation weitergegeben werden. Die Kinder selbst können durch ihre Verhaltensweisen traumatische Erfahrungen der Eltern wieder in Erinnerung rufen („triggern“) und die Eltern auf diese Weise etwa dazu bringen, erneut – entgegen besseren bewussten Vorsätzen – gewalttätig zu werden oder ihren Kindern unfeinfühligere Trennungserfahrungen zuzumuten.

Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“

Ziele der primären Prävention

Eine primäre Prävention im psychischen Bereich sollte die Förderung der psychischen Gesundheit von Eltern und Kind zum Ziel haben. Die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens ist hierbei eine grundlegende Zielsetzung, die mit erheblichen Vorteilen für die Entwicklung von Kindern verbunden ist. Kinder mit einer sicheren Bindungsentwicklung sind in der Lage, sich in Not-situationen Hilfe zu holen, sie haben mehr freundschaftliche Beziehungen, ein ausgeprägtes und differenziertes Bewältigungsverhalten, sie können auf verschiedenste Bewältigungsstrategien zurückgreifen, können partnerschaftliche Beziehungen eingehen, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den Partner beinhalten und für beide Seiten befriedigend sind. In ihren kognitiven Funktionen sind Kinder mit einer sicheren Bindung kreativer, ausdauernder und differenzierter. Ihre Gedächtnisleistungen und ihr Lernverhalten sind besser. Sie lösen Konflikte konstruktiver und sozialer und zeigen in Konfliktsituationen weniger aggressives Verhalten. Auch die Sprachentwicklung von Kleinkindern ist besser und weist weniger Störungen auf (Dieter et al., 2005; Klann-Delius, 2002). Alle diese positiven Effekte sind bei Kindern mit unsicherer Bindungsentwicklung verlangsamt oder weniger ausgeprägt; Kinder mit Bindungsstörungen dagegen zeigen in all diesen Entwicklungsbereichen sogar erhebliche Irritationen und psychopathologische Auffälligkeiten (Brisch, 2006b).

Das Ziel einer primären Prävention sollte daher darin bestehen, die Eltern möglichst bereits vor der Geburt für die emotionalen Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder zu sensibilisieren. Feinfühligere Eltern, die emotional für die Signale ihrer Kinder verfügbar sind, fördern eine sichere Bindungsentwicklung ihrer Kinder. Wenn die Eltern dagegen traumatisierend auf ihre Kinder einwirken, indem sie ihnen gegenüber körperliche, emotionale oder sexuelle Gewalt ausüben, können bei den Kindern aus diesen Erfahrungskontexten Bindungsstörungen mit verschiedensten Mustern entstehen (Brisch, 2003b). In der Prävention sollten die Eltern daher für die Signale ihrer Kinder mit Videofeedback sensibilisiert und sollte feinfühliges Interaktionsverhalten der Eltern mit ihrem Säugling eingeübt werden. Gerade die Videodemonstration von Interaktionsverhaltensweisen zwi-

Bindung und Umgang

schen Eltern und Kind erweist sich als hervorragendes Instrument und Hilfsmittel, um die Eltern für die Signale ihrer Säuglinge zu sensibilisieren und ihnen eine angemessene Interpretation der Signale zu ermöglichen (Downing & Ziegenhain, 2001; Downing, 2003; Papousek, 2000).

Aus der klinischen Arbeit ist bekannt, dass Eltern mit eigenen unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen dazu neigen, diese Erfahrungen mit den Kindern zu inszenieren, und sie so zu Mitakteuren in einem alten Theaterstück machen. Genau dies sind die klassischen Situationen, in denen die Eltern durch Reaktivierung alter Traumata vielfältige heftige Affekte wie Wut, Scham und Angst wiedererleben und – unbewusst, ungewollt und mit eingeschränkter Fähigkeit zur Handlungssteuerung – ihre Kinder zu Opfern von körperlichen, emotionalen oder sexuellen Gewalttaten machen. Genau diese Verhaltensweisen der Eltern aber führen zur Entwicklung von Bindungsstörungen bei ihren Kindern. Es entsteht auf diese Weise ein Teufelskreis von traumatischen Erfahrungen, die von der Eltern- auf die Kindergeneration übertragen werden, sodass wir aufgrund der Traumatisierung Bindungsstörungen über Generationen diagnostizieren können. Man könnte annehmen, dass solche Weitergaben von Entwicklungsstörungen genetisch bedingt wären; eine Familienanamnese zeigt aber, dass die „Familiengeschichten“ von Gewalt seit Generationen durch unfeinfühlig bis gewalttätige Verhaltensweisen der Eltern gegenüber ihren Kindern weitergegeben werden (Brisch, 2003a; Brisch & Hellbrügge, 2003).

Zielgruppe für eine Prävention

Die Zielgruppe für eine primäre Prävention zur Förderung einer sicheren Bindungsentwicklung sind insbesondere werdende Eltern – sowohl Erst- wie auch Mehrgebärende –, damit diese schon mit Beginn der Schwangerschaft in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten geschult und für die Bedürfnisse ihres Kindes emotional und auch kognitiv sensibilisiert werden. Grundsätzlich sollten die Eltern die Motivation mitbringen, sich auf die emotionale Entwicklung ihres Kindes einzulassen und hierfür als unterstützende Maßnahme ein Präventionsprogramm in Anspruch zu nehmen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Eltern gerade während der Schwangerschaft sehr mit ihren eigenen traumatischen Erfahrungen aus ihrer Kindheit beschäftigt sind. Gerade die Beziehung zu den eigenen Eltern – sowohl mit den positiven Bindungserfahrungen wie auch mit traumatischen Erfahrungen – wird wieder aus der Erinnerung wachgerufen und ist den Eltern während der Schwangerschaft, mit allen affektiven Erinnerungen von Freude, Angst, Wut und Enttäuschung, oftmals sehr nahe. Die Eltern überlegen sich, ob sie im Entwurf einer eigenen Mutterschaft oder Vaterschaft so werden möchten wie ihre Eltern oder ob sie auf gar keinen Fall die eigenen Erfahrungen mit ihren Eltern in der neuen eigenen Elternschaft wiederholen möchten.

Karl Heinz Brisch

Gerade während der Schwangerschaft sind die Eltern aufgrund der eigendynamischen Prozesse bei der Beschäftigung mit ihrer Kindheit und Vergangenheit sehr motiviert und bereit, sich mit den selbst erlebten Erfahrungen nochmals auseinanderzusetzen. Ist ein Baby erst einmal geboren, sind die Eltern mit vielen dynamischen Prozessen beschäftigt, die aus den täglichen Anforderungen – wie Füttern, Wickeln und Schlaf des Babys – entstehen. Daher treten nach der Geburt Erfahrungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit – positive wie schmerzliche – wieder in den Hintergrund.

In dieser Phase nach der Geburt benötigen die Eltern während des ersten Lebensjahres zusätzliche Hilfestellungen, da viele Fragen erst in dem Moment auftauchen, wenn sie konkret durch das Baby damit konfrontiert sind. Oft sehen wir Eltern in der psychosomatischen Ambulanz erst dann, wenn viele interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Schlafen, Beziehungsaufbau sich bereits chronifiziert haben, ein Baby also etwa bereits über mehrere Wochen täglich für viele Stunden weint und sich nicht beruhigen lässt. Die Eltern suchen unsere Ambulanz oftmals erst zu einem Zeitpunkt auf, wenn sie bereits im Stadium der psychischen Dekompensation sind. Um solche Zustände möglichst frühzeitig abzufangen und den Eltern unmittelbar bei den ersten Irritationen und Schwierigkeiten eine Hilfestellung anzubieten, sollte ein Präventionsprogramm Eltern mit einem Säugling möglichst während des ersten Lebensjahres in der Adaptationsphase nach der Geburt unterstützen.

Inhalte des Programms SAFE®

Auf diesem Hintergrund wurde ein primäres Präventionsprogramm mit dem Namen „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ entwickelt, das spezifisch eine sichere Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind fördert, die Entwicklung von Bindungsstörungen verhindert und ganz besonders die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen verhindern soll. Aus diesem Grund wurde auch der Name SAFE® gewählt, der symbolisch impliziert, dass die Entwicklung sowohl für die Eltern als auch für das Kind sicher sein soll.

Die Eltern werden über die Auslage von Informationsmaterial in Apotheken, Arztpraxen (Gynäkologen, Kinderärzte), Familienbildungsstätten, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie durch Presseberichte über das Präventionsprogramm informiert und für neue SAFE®-Gruppen geworben. Es gibt unterschiedliche Finanzierungsmodelle, die jeweils davon abhängen, wo die SAFE®-Gruppen stattfinden und wer der Organisator ist. Teilweise werden SAFE®-Gruppen über Familienbildungsstätten oder Schwangerschaftsberatungsstellen organisiert und angeboten und auch über Zuschüsse finanziert, sodass die Eltern selbst nur einen kleinen Teilnehmerbeitrag zahlen müssen; manchmal werden die Gruppen aber auch etwa von niedergelassenen Hebam-

Bindung und Umgang

men und Psychotherapeuten organisiert, die direkt von den Eltern eine verabredete Honorarvergütung erhalten, die sie zuvor mit diesen vereinbart haben. In der Regel werden die Gruppen gemeinsam von einem Leiter (einer Leiterin) und einer Co-Leitung über den gesamten Zeitraum von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres geführt.

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

SAFE® – pränatales Modul

Im *pränatalen Modul* treffen sich die Elterngruppen an vier Sonntagen während der Schwangerschaft, beginnend ab ca. der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) und dann folgend in der 24., 28. und der 32. SSW. Das Programm beginnt bereits sehr frühzeitig zu einem Zeitpunkt, an dem in der Regel die Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik abgeschlossen ist und es somit an der Existenz und der Fortführung der Schwangerschaft keinen großen Zweifel mehr geben sollte. Der Sonntag hat sich als exzellenter Kurstag bewährt, da die Elternpaare an diesen Tagen in der Regel sehr entspannt teilnehmen können und besonders auch die Väter stärker motiviert sind.

Die Inhalte des pränatalen Moduls beinhalten umfassende Informationen und den Austausch in der Gruppe, etwa über Kompetenzen des Säuglings und der Eltern, Erwartungen der Eltern – z. B. an das ideale Baby, die ideale Mutter, den idealen Vater –, über Phantasien und Ängste der Eltern, die pränatale Bindungsentwicklung und Eltern-Säuglings-Interaktionen. Diese Interaktionen werden mit Videobeispielen veranschaulicht, und die Eltern werden dabei gezielt geschult, die Signale eines Babys genau wahrzunehmen und richtig zu interpretieren. Das Video-Interaktionstraining ermöglicht den Eltern, ganz spezifisch an konkreten Videoaufnahmen etwa zum Füttern, Stillen, Wickeln sowie zum Spiel und Zwiegespräch zwischen Eltern und Kind erste Erfahrungen zu sammeln und sich auf die Signale des Säuglings feinfühlig einzustellen. Hierbei werden auf diese intensive Weise anhand von kurzen Videosequenzen auch elterliche Kompetenzen und die Reaktionsbereitschaft des Säuglings geschult.

Weiterhin erlernen die Eltern bereits von Kursbeginn Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren, um mit stressvollen Situationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt besser umgehen zu können. Es ist aus der Forschung

Karl Heinz Brisch

bekannt, dass sich Ängste und Stresserleben während der Schwangerschaft sowohl auf die emotionale Bereitschaft der werdenden Mutter, sich im Sinne der vorgeburtlichen Bindung auf den Säugling einzulassen, als auch auf den Säugling selbst und seine Reizbarkeit und Stresstoleranz negativ auswirken können. Weiterhin können die Eltern die pränatal gelernten Stabilisierungs- und Entspannungstechniken sehr gezielt nach der Geburt einsetzen, wenn stressvolle Phasen mit dem Säugling entstehen, und in der Regel entwickeln sich solche Phasen bei allen Eltern-Kind-Paaren früher oder später. Solange das Baby aber noch im Bauch versorgt ist, haben die Eltern mehr Zeit und innere Bereitschaft, solche Entspannungsverfahren zu erlernen. Ist das Baby erst einmal da, und fordert es die Eltern Tag und Nacht, finden sie weniger bis oft keine Ruhe mehr, sich auf das Erlernen neuer Entspannungsverfahren einzulassen.

SAFE® – postnatales Modul

Nach der Geburt werden die Elterngruppen bei sechs ganztägigen Sonntagsseminaren im 1., 2., 3., 6., 9. und 12. Monat fortgeführt. Die Eltern werden somit während der schwierigsten Zeit der Kindesentwicklung und Adaptation nach der Geburt des Säuglings sowie auch in der Phase der Umstellung in der Partnerschaft und der Neuentwicklung einer Beziehung zu dritt mit dem Säugling unterstützt.

Auch postnatal zeigt sich die Kohäsion in der Gruppe als hilfreicher Faktor, da alle Eltern in einem vergleichbaren Entwicklungsprozess stecken. Einzelne Eltern mit ihren Säuglingen treffen sich auch außerhalb der Gruppensonntage, um sich auszutauschen und gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen. Es entwickelt sich somit eine Eltern-Peer-Gruppe, die sich bereits vor der Geburt stabilisierend auf die Eltern ausgewirkt hat. Dieser positive Effekt intensiviert sich noch nach der Geburt. Die postnatalen Inhalte beziehen sich auf die Verarbeitung des Geburtserlebnisses, das nicht immer mit positiven Erfahrungen verbunden ist. Manchmal erfolgt die Geburt als „Notfall“ durch Kaiserschnitt oder auch zu früh (Frühgeburt), sodass in der Gruppe und auch individuell eine intensivere psychotherapeutische Hilfestellung notwendig ist, damit sich die Eltern-Kind-Beziehung nicht mit Angst und Schrecken entwickelt. Unverarbeitete Erlebnisse von der Geburt können sich negativ auf den Aufbau der Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung auswirken. Auch die postpartale Depression, an der 12–15 % aller Mütter laut Längsschnittstudien erkranken, könnte durch eine frühzeitige psychotherapeutische Gruppenbegleitung vielleicht verhindert werden.

Als weitere Inhalte nach der Geburt stehen die elterlichen Kompetenzen, die Triangulierung zwischen Mutter, Vater und Kind, interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Stillen, Schlafen sowie der Aufbau der emotionalen Beziehung im Mittelpunkt. Die Eltern bringen die Babys zu den Terminen mit, sodass das

Bindung und Umgang

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

Individuelle Traumapsychotherapie

Mit allen Eltern wird ein Erwachsenen-Bindungs-Interview (Adult Attachment Interview – AAI) durchgeführt. Der spezifische Zweck dieses Interviews ist es, jeweils bei der werdenden Mutter und dem werdenden Vater festzustellen, welche Bindungsressourcen und welche traumatischen Erfahrungen, die eventuell noch ungelöst sind, von ihnen mit in die Beziehung zu ihren Kindern hineingebracht werden. Nach den bisherigen Erfahrungen gibt es bei ca. 30 % der Eltern solche ungelösten traumatischen Erfahrungen, die eine *individuelle Traumapsychotherapie* benötigen.

Besonders diese *ungelösten* traumatischen Erfahrungen sind von großer Bedeutung, weil die klinische Erfahrung zeigt, dass Kinder durch ihre Verhaltensweisen ganz ungewollt bei ihren Eltern traumatische Erfahrungen und die dazugehörigen Affekte wieder wachrufen können. Diese sind wie „Geister im Kinderzimmer“ (Fraiberg et al., 1975), die ungerufen kommen. So kann etwa das Weinen eines Kindes, die Suche nach Zärtlichkeit, können Wutanfälle oder auch Forderungen des Kindes nach Nähe und Kontakt ungelöste traumatische Erfahrungen bei der Mutter oder dem Vater in Erinnerung bringen. Wenn dies unkontrolliert und unbewusst geschieht, können sich die Eltern plötzlich auf

Karl Heinz Brisch

einer imaginären Bühne „im Kampf“ befinden. Ihr Kind wird im schlimmsten Fall gleichzeitig Akteur und Opfer in einem alten traumatischen Theaterstück, in dem ihm eine Rolle zugeschrieben wird, die es sich selbst nicht ausgesucht hat. Es kann etwa von selbst zur Zielscheibe und Projektionsfläche für gewalttätige Phantasien werden, und im schlimmsten Fall kann es zu einer realen Wiederholung von Gewalterfahrungen kommen, indem das Kind unbeabsichtigt von der Mutter oder dem Vater geschüttelt wird. Solche oft zeitlich kurzen traumatischen Reinszenierungen können fatale Folgen haben, da das Kind etwa durch eine Hirnblutung oder eine Augenblutung nach einem Schütteltrauma zeitlebens behindert oder geschädigt sein kann.

Wenn sich in dem Bindungsinterview zeigt, dass die Eltern solche unverarbeiteten eigenen traumatischen Erfahrungen mitbringen, werden sie von uns darauf hingewiesen, dass diese Erfahrungen wegen der bisherigen Nichtverarbeitung einen gewissen Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes und die Eltern-Kind-Beziehung darstellen. Es könnte sich eine Möglichkeit ergeben, in der die Eltern solche eigenen traumatischen Erfahrungen mit ihrem Kind zu irgendeinem Zeitpunkt wiederholen und sich dadurch der Teufelskreis von etwaiger selbsterlebter Gewalt und der Weitergabe dieser Gewalt in der nächsten Generation wiederholt.

Es ist ein spezielles Ziel von SAFE®, diese Teufelskreise zu durchbrechen. Wenn die Eltern sich motivieren lassen und bereit sind, können wir mit ihnen bereits während der Schwangerschaft beginnen, ihre psychische Situation durch gezielte Stabilisierungstechniken aus der Traumpsychotherapie zu verbessern. Nach der Geburt besteht die Möglichkeit, den Eltern in individuellen traumazentrierten psychotherapeutischen Sitzungen durch eine Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse mit modernen Methoden der Traumatherapie (z. B. mit der Methode des Eye Movement Desensitization Reprocessing – EMDR (Hofmann, 1999) zu helfen. Gerade dieser Anteil von SAFE® zielt auf Prävention durch Vermeidung einer Wiederholung des erlebten Traumas mit den eigenen Kindern.

Hotline

Ein weiteres Interventionsmodul besteht in einer *Hotline*. Gerade nach der Geburt sind Schwierigkeiten mit Adaptationsprozessen – etwa beim Einschlafen – relativ typisch, sodass Eltern hier in der Regel zum ersten Mal in Not geraten, wenn ihr Baby sich nicht ablegen lässt und stundenlang weint, ohne dass sie das Baby beruhigen können oder ohne dass sie für das unstillbare Schreien einen Grund ausmachen können (Brisch, im Druck). Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass die Eltern in diesen sehr stressvollen Situationen oft erst viel zu spät Hilfe suchen. Im schlimmsten Fall kommen sie erst in die Kinderklinik, wenn es bereits zu einer Gewalthandlung gegenüber dem schreienden Baby gekommen ist.

Bindung und Umgang

Die Hotline bietet den Eltern die Möglichkeit, die SAFE®-Gruppenleiter (innen) anzurufen und sich unmittelbar Rat und Unterstützung zu holen. Hierbei ist es von großem Vorteil, dass die- oder derjenige, die/der an der Hotline erreichbar ist, den Eltern bereits aus den Gruppensitzungen vor der Geburt bekannt ist und hier ein Vertrauensverhältnis entstanden ist (Brisch 2000b). Die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Hotline ist sehr unterschiedlich und schwankt sowohl beim einzelnen Elternpaar als auch zwischen den Elternpaaren, je nach individuellen Krisen- und Belastungssituationen, die sich nur schwer voraussagen lassen. Die möglichen Interventionen sind jetzt sehr gezielt einsetzbar, weil die individuelle Geschichte der Eltern und ihre Ressourcen sowie ihre besonderen Risiken und Schwierigkeiten dem/der Gruppenleiter/in durch die vorausgegangenen Seminartage sowie auch durch das Erwachsenen-Bindungsinterview sehr gut bekannt sind. In der Regel konnten die Fähigkeiten der Eltern, Signale eines Babys wahrzunehmen und zu interpretieren, auch schon vor der Geburt anhand des Videotraining erkannt und gefördert werden. Aufgrund der individuellen Videoaufnahmen, die mit den Eltern selbst und ihrem Baby etwa beim Wickeln und Füttern gemacht wurden, sind die elterlichen Kompetenzen und Ressourcen sehr gut bekannt, sodass bei einem Anruf über die Hotline eine rasche und gezielte Intervention und Beratung ermöglicht werden kann. Falls die Eltern eigene unbewusste Ängste und Erwartungen auf ihr Baby projizieren und diese die Ursache der Interaktionsstörung sind, können solche Probleme im Rahmen einer Eltern-Säuglings-Therapie frühzeitig erkannt und behandelt werden (Brisch, im Druck).

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

SAFE®-Mentorenausbildung

Zur Verbreitung des Programms besteht die Möglichkeit, sich als SAFE®-Mentor am Dr. von Haunerschen Kinderspital in München ausbilden zu lassen (Info unter http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/dt_psy.htm). In Zukunft sollen auch regionale Ausbildungsgruppen entstehen. Hierzu können sich grundsätzlich alle Berufsgruppen, die mit Schwangeren, Eltern und ihren Säuglingen arbeiten, als potentielle SAFE®-Mentoren melden, wie etwa Schwangerschaftsberaterinnen, Hebammen und Stillberaterinnen, Krankenschwestern, Geburtshelfer, Psychologen, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Entscheidend für die Arbeit in SAFE®-Gruppen ist die Fähigkeit, sich auf Schwangere und Eltern mit Säuglingen einzulassen und aus der alltäglichen beruflichen Praxis bereits konkrete praktische Erfahrungen in der Arbeit mit dieser Zielgruppe mitzubringen.

Karl Heinz Brisch

Die Ausbildung zum SAFE®-Mentor umfasst drei ganztägige Seminartage und zusätzliche Praxistage, die je nach praktischer Vorerfahrung unterschiedlich lang und intensiv sein können. Die Mentoren organisieren dann jeweils vor Ort unter ihren spezifischen Arbeitsbedingungen SAFE®-Gruppen. Vorzugsweise wird mit Mentorenpaaren, d. h. mit Gruppenleitung und Co-Leitung, gearbeitet. Dieses Leitungsmodell eröffnet die Möglichkeit, dass ein Mentor jeweils Inhalte vermitteln kann, während der andere die gruppenspezifischen Prozesse im Auge behält und die Gruppe leitet.

Evaluation und Forschung zum Programm SAFE®

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

Zusätzlich werden mit Hilfe von Fragebogen prä- und postnatale Daten erhoben, und bei allen Eltern werden Erwachsenen-Bindungsinterviews durchgeführt. Sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern werden vor und nach solchen Interviews – sowie auch bei den Kindern vor und nach der Untersuchung der Bindungsqualität – physiologische Stressparameter anhand von Untersuchungen der Werte des Stresshormons Cortisol im Speichel erhoben.

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

Ziel dieses Präventionsprogramms ist die sekundäre Prävention von aggressiven und ängstlichen Verhaltensstörungen bei 3–6-jährigen Kindergartenkindern und Grundschulkindern im Sinne einer besseren Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit. Kinder mit fehlender oder wenig ausgeprägter Empathiefähigkeit verhalten sich in Konflikten häufiger aggressiver gegenüber Gleichaltrigen und sind häufiger unsicher gebunden (Parens, 1989; Parens, 1993b; Parens, 1993a; Parens & Kramer, 1993; Parens et al., 1995; Suess et al., 1992). Kinder, die nach frühen

Traumatisierungen eine Bindungsstörung entwickelten, haben extreme Schwierigkeiten, sich in die Fühl- und Denkwelt von anderen hineinzusetzen und reagieren auf Trennungssituationen mit größerer Ängstlichkeit und teilweise Panikattacken oder einer Bindungsstörung mit Hypervigilanz gegenüber der Bindungsperson, sodass Trennungen von der Bindungsperson gar nicht möglich werden (Fonagy, 1998b; Fonagy, 1998a; Fonagy, 2003; Bokhorst et al., 2003). Mit der Fähigkeit zur Empathie und mit der Entwicklung von selbstreflexiven Kompetenzen soll erreicht werden, dass sich Kinder weder feindselig noch ängstlich gegenüber anderen verhalten, da sie deren Absichten, Gefühle und Intentionen besser verstehen können. Stattdessen sollen sich die Kinder in der Kindergartengruppe kooperativer, prosozialer und insgesamt kreativer und aufmerksamer verhalten, wogegen Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten, sowie Angst- und Trennungsprobleme in den Hintergrund treten sollen.

Inhalte des Programms B.A.S.E.[®] – Babywatching im Kindergarten

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

Karl Heinz Brisch

Baby in dieser oder jener Form der Interaktion emotional geht. Die letzte Stufe der Babybeobachtung ist die Empathiestufe. Hierbei müssen die Kinder die Frage beantworten, wie es ihnen selbst erginge und was sie selbst emotional erleben würden, wenn sie sich einmal probeweise in die Position der Mutter bzw. des Babys fantasieren.

Ergebnisse einer Pilotstudie

In einem prospektiv randomisierten Design mit einer Kontrollgruppe wurden in einem Kindergarten die Verhaltensauffälligkeiten von Kindern (N=50) vor dem Babywatching und ein Jahr danach eingeschätzt. Sowohl die Erzieherinnen als auch die Eltern füllten neben verschiedenen anderen Fragebögen auch die Child-Behavior-Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) aus, mit der Verhaltensauffälligkeiten gemessen werden konnten. Die Ergebnisse vor Beginn und am Ende der Intervention nach einem Jahr Babywatching wurden miteinander verglichen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe nach Babywatching. Insgesamt fanden sich positive Effekte bei Jungen und Mädchen in der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Die positiven Veränderungen betrafen sowohl externalisierende als auch internalisierende Störungen. Sowohl die Jungen als auch die Mädchen verhielten sich nach einem Jahr in der Einschätzung der Erzieherinnen und auch der Eltern weniger aggressiv, zeigten mehr Aufmerksamkeit und weniger oppositionelles Verhalten. Zusätzlich fanden sich positive Veränderungen bei internalisierenden Störungen, denn sowohl Jungen wie Mädchen waren auch weniger ängstlich-depressiv, zogen sich nicht so schnell zurück und waren in Konfliktsituationen emotional reaktiver. Nur die Mädchen in der Interventionsgruppe fielen nach Einschätzung ihrer Erzieherinnen dadurch auf, dass sie über weniger körperliche Beschwerden klagten, und nach der Einschätzung ihrer Eltern auch weniger Schlafstörungen hatten. Die Ergebnisse und Einschätzungen der positiven Veränderungen wurden von den Erzieherinnen und den Eltern jeweils in die gleiche Richtung angegeben. Bei der Kontrollgruppe konnten diese Veränderungen nicht festgestellt werden.

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

Das Babywatching ist eine kostenneutrale sekundär-präventive Intervention mit positiven Ergebnissen bei Jungen und Mädchen, sowohl bei externalisierenden als auch bei internalisierenden Verhaltensstörungen. Die Ergebnisse sind vorläufig und werden in weiteren Evaluationsstudien in randomisierten, prospek-

tiven Längsschnittstudien überprüft. Insbesondere soll das Babywatching in ausgeprägten sozialen Brennpunkten mit einem hohen Anteil von Kindergartenkindern mit Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt werden. In Zukunft wird das Babywatching auch bei Kindergartengruppen mit einem hohen Anteil von Ausländerkindern, die wenig oder gar kein Deutsch sprechen, verschiedenen Altersgruppen, heilpädagogischen Heimen, heilpädagogischen Tagesstätten und kinderpsychiatrischen Stationen erprobt werden und etwa auch in Grundschulklassen pilotmäßig untersucht und eingeführt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Bindungstheorie ist sehr gut geeignet, um den Aufbau von gesunden Bindungsbeziehungen zu erklären und zu beschreiben. Gleichzeitig kann aber auch die Entwicklung von Bindungsstörungen diagnostiziert und als Folge von traumatischen Erfahrungen in Bindungsbeziehungen, wie etwa mit leiblichen Eltern, erklärt werden.

Die Traumatisierung eines Kindes durch Bindungspersonen bedeutet immer eine Gefährdung des Kindeswohls, sodass die Herausnahme eines Kindes aus einem solchen Lebenskontext und seine Versorgung durch Pflege- und Adoptiveltern immer eine Maßnahme zum Schutz des Kindes darstellt, die ihm, entsprechend der Bindungstheorie, in der Regel sowohl neue äußere als auch neue emotionale Sicherheit gibt.

Es wäre wünschenswert, dass es für alle Beteiligten – einschließlich der Familienrichter und -richterinnen – zur verbindlichen theoretischen Richtschnur würde, alle Maßnahmen im Kontext von Inobhutnahme, Pflege und Adoption sowie Besuchskontakten, Rückführung und Psychotherapie des Kindes eindeutig unter bindungsdynamischen Gesichtspunkten zu sehen und durchzuführen. Eine solche Richtschnur könnte auf dem Boden fundierter entwicklungspsychologischer Forschung für alle Maßnahmen und Entscheidungen zum Wohle des Kindes eine eindeutige Orientierung sein, da die Bindungstheorie heute die durch empirische Studien am besten belegte Theorie über die emotionale Entwicklung darstellt.

Literatur

- Achenbach, T. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT (University of Vermont, Department of Psychiatry).
- Ainsworth, M. D. S. (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: Geist und Psyche*. München (Kindler), S. 98–107.

Karl Heinz Brisch

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

Besser, L.-U. (2002): Vom Vergessen und Wiederholen medizinischer Traumata zum heilsamen Erinnern. Posttraumatische Belastungs- und Somatisierungsstörungen bei Frühgeborenen und Kleinkindern. In: Sachsse, U., Özkan, I., Streeck-Fischer, A. (Hrsg.) *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 174–193.

Bokhorst, C. L., M. J. Bakermans-Kranenburg, R. M. P. Fearon, M. H. van IJzendoorn, P. Fonagy & C. Schuengel (2003): The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development*, 74, 1769–1782.

Bowlby, J. (1958): *Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung*. *Psyche*, 13, 415–456.

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

Bowlby, J. (1994): *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung* (Dexter-Verlag).

Brisch, K. H. (1999): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (8. Auflage 2007). Stuttgart (Klett-Cotta).

Brisch, K. H. (2002a): Bindungsstörungen – Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 353–373.

Brisch, K. H. (2002b): Klassifikation und klinische Merkmale von Bindungsstörungen. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 150, 140–148.

Brisch, K. H. (2003a): Bindungsstörungen und Trauma. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 10–19.

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

Brisch, K. H. (2004a): Bindung und Bindungsstörungen im Kontext von Pflege- und Adoptionskindern. Wiss. Symposium der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes, Recklinghausen, 2. November 2004.

Brisch, K. H. (2004b): Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*, 2, 29–44.

Brisch, K. H. (2004c): Störungsspezifische Diagnostik und Psychotherapie von Bindungsstörungen. In: Lehmkuhl, U. & G. Lehmkuhl (Hrsg.) *Frühe psy-*

- chische Störungen und ihre Behandlung*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 135–152.
- Brisch, K. H. (2006a): Adoption aus der Perspektive der Bindungstheorie und Therapie. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 222–258.
- Brisch, K. H. (2006b): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. *Psychotherapie im Dialog. Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien*, 4, 382–386.
- Brisch, K. H. (2007): Diagnostik und Intervention bei frühen Bindungsstörungen. In: Opp, G. & M. Fingerle (Hrsg.) *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Auflage 2007). München (Reinhardt), S. 136–157.
- Brisch, K. H. (im Druck): Prävention von Gewalt durch die Förderung von Bindungssicherheit und Empathie: „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ und B.A.S.E.® – Babywatching im Kindergarten. In: Franz, M. & B. West-Leuer (Hrsg.) *Bindung, Trauma, Prävention. Entwicklungschancen bei Kindern und Jugendlichen als Folge generationsübergreifender soziokultureller Beziehungserfahrungen*. Gießen (Psychosozial), S. .
- Brisch, K. H., D. Bechinger, S. Betzler & H. Heinemann (2003a): Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*, 5, 120–135.
- Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.) (2002): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention, klinische Praxis* (2. Auflage 2006). Stuttgart (Klett-Cotta).
- Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (2. Auflage 2006). Stuttgart (Klett-Cotta).
- Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) (2006): *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie* (2. Auflage 2007). Stuttgart. (Klett-Cotta).
- Brisch, K. H., D. Munz, K. Bemmerer-Mayer, R. Terinde, R. Kreienberg & H. Kächele (2003b): Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 91–97.
- Dieter, S., M. Walter & K. H. Brisch (2005): Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. *Logos Interdisziplinär*, 13, 170–179.
- Dilling, H., W. Mombour & M. H. Schmidt (1991a): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto (Verlag Hans Huber).

Karl Heinz Brisch

- Dilling, H., W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.) (1991b): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern, Göttingen, Toronto (Huber).
- Downing, G. (2003): Video-Mikroanalyse-Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In: Scheuerer-Englisch, H., J. G. Suess & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.) *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 51–68.
- Downing, G. & U. Ziegenhain (2001): Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen – die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In: Suess, G. J., Hermann-Scheuerer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.) *Bindungstheorie und Familiendynamik*. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 271–295.
- Fonagy, P. (1998a): Frühe Bindung und Bereitschaft zu Gewaltverbrechen. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.) *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 91–127.
- Fonagy, P. (1998b): Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. *Psyche*, 52, 349–368.
- Fonagy, P. (2003): Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In: Fonagy, P. & M. Target (Hrsg.) *Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Gießen (Psychosozial), S. 31–48.
- Fonagy, P., M. Steele, H. Steele, G. S. Moran & A. C. Higgitt (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201–218.
- Fraiberg, S., E. Adelson & V. Shapiro (1975): Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 387–422.
- Fraiberg, S., E. Adelson & V. Shapiro (1980): Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. In: Fraiberg, S. (Hrsg.) *Clinical studies in infant mental health*. New York (Basic Books), S. 164–196.
- George, C. & J. Solomon (1989): Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, 10, 222–237.
- George, C. & J. Solomon (1999): Attachment and caregiving: The Caregiving behavioral system. In: Cassidy, J. & P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London (Guilford), S. 649–670.
- Green, J. & R. Goldwyn (2002): Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential impli-

- cations for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835–846.
- Grossmann, K., K. E. Grossmann & E. Waters (Hrsg.) (2005): *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford (New York).
- Grossmann, K. E. (2003): Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklungen über den Lebenslauf. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 15–33.
- Hellbrügge, T. (2003): Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. Mit einer Hommage an den Kinderforscher René Spitz. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 34–52.
- Hesse, E. & M. Main (1999): Second-generation effects of unresolved trauma in non maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481–540.
- Hesse, E. & M. Main (2002): Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen – Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 219–248.
- Hofmann, A. (1999): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart (Thieme).
- Hofmann, A. & L.-U. Besser (2003): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 172–202.
- Jaffe, J., B. Beebe, S. Feldstein, C. L. Crown & M. D. Jasnow (2001): Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. In: Overton, W. F. (Hrsg.) *Monographs of the Society for Research in Child Development*: 66, No. 2. Boston, Oxford (Blackwell), S. .
- Johnson, D. E. & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP) (2006): Zusammenhänge zwischen dem Wachstum von psychisch belasteten Kindern und kognitiver sowie emotionaler Entwicklung. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 138–160.
- Klann-Delius, G. (2002): Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 87–107.

Karl Heinz Brisch

- Kreppner, J. M., T. G. O'Connor, M. Rutter & the English and Romanian Adoptees Study Team (2001): Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513–528.
- Kroesen, S., C. Kügel, D. Thaler, S. Wörle & K. H. Brisch (2003): Traumataerfahrungen und posttraumatische Belastungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.) *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 35.
- Kügel, C., S. Kroesen, D. Thaler, S. Wörle & K. H. Brisch (2003): Bindungsstörungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.) *Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 35.
- Lieberman, A. F. & J. H. Pawl (1993): Infant-parent psychotherapy. In: Zeanah, C. H. (Hrsg.) *Handbook of infant mental health*. New York, London (The Guilford Press), S. 427–442.
- Lempp, R. (1982): Kinderpsychologische und psychiatrische Aspekte des Themas. In: Deutscher Juristentag (Hrsg.) Soll die Rechtsstellung der Pflegekinder unter besonderer Berücksichtigung des Familien-, Sozial- und Jugendrechts neu geregelt werden? Verhandlungen des 54. Deutschen Juristentages Band II (Sitzungsberichte, Teil I) München (C. H. Beck), S. 43–64.
- Liotti, G. (1992): Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196–204.
- Lyons-Ruth, K. (1996): Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64–73.
- Lyons-Ruth, K., L. Alpern & B. Repacholi (1993): Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585.
- Lyons-Ruth, K. & D. Block (1996): The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257–275.
- Lyons-Ruth, K., E. Bronfman & E. Parsons (1999): Frightened, frightening, and atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies. In: Vondra, J. & D. Barnett (Hrsg.) *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Chicago (University of Chicago Press), S. 67–96.
- Lyons-Ruth, K., D. B. Connell & H. U. Grunebaum (1990): Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 85–98.

Lyons-Ruth, K. & D. Jacobvitz (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J. & P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York, London (Guilford), S. 520–554.

Lyons-Ruth, K., D. Zoll, D. Connell & H. Grunebaum (1986): The depressed mother and her one-year-old infant: Environmental context, mother-infant interaction and attachment and infant development. In: Tronick, E. & T. Field (Hrsg.) *Maternal depression and infant disturbances. New directions for child development*. San Francisco, CA (Jossey-Bass), S. 61–82.

Main, M. & R. Goldwyn (1982): *Adult attachment interview: Scoring and classification manual*. Unpublished Manual. University of California, Department of Psychology, Berkeley.

Main, M. & E. Hesse (1990a): The insecure disorganized/disoriented attachment pattern in infancy: Precursors and sequelae. In: Greenberg, M., D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.) *Attachment during the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago (University of Chicago Press), S. 161–182.

Main, M. & E. Hesse (1990b): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M., D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. Chicago (University of Chicago Press), S. 161–184.

Main, M. & J. Solomon (1986): Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: Brazelton, T. B. & M. W. Yogman (Hrsg.) *Affective development in infancy*. Norwood (Ablex), S. 95–124.

Marvin, R. S., G. Cooper, K. Hoffman & B. Powell (2002): The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107–124.

Meins, E. (1997): Security of attachment and maternal tutoring strategies: Interaction within the zone of proximal development. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 129–144.

Nienstedt, M. & A. Westermann (1998): *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien*. Münster (Juventa).

Nienstedt, M. & A. Westermann (2007): *Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen*. Stuttgart (Klett-Cotta).
O'Connor, T. G., D. Bredenkamp & M. Rutter (1999): Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20, 10–29.

Karl Heinz Brisch

Opp, G. & M. Fingerle (Hrsg.) (1999): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2. Auflage 2007). München, Basel (Ernst Reinhardt Verlag).

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

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

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

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

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

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

Parkes, C. M. (1991): Attachment, bonding, and psychiatric problems after bereavement in adult life. In: Parkes, C. M., J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Hrsg.) *Attachment across life cycle*. London, New York (Tavistock), S. 268–292.

Putnam, F. W. (1993): Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17, 39–45.

Robertson, J. & J. Robertson (1975): Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen. *Psyche*, 29, 626–665.

Rutter, M. (2006): Die psychischen Auswirkungen früher Heimerziehung. In: Brisch, K. H. & T. Hellbrügge (Hrsg.) *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 91–137.

Rutter, M., L. Andersen-Wood, C. Beckett, D. Bredenkamp, J. Castle, C. Groothues, J. Kreppner, L. Keaveney, C. Lord, T. G. O'Connor & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (1999): Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537–549.

Rutter, M., J. M. Kreppner, T. G. O'Connor & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2001): Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97–103.

Schuengel, C., M. H. van IJzendoorn, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. Blom (1997): Frightening, frightened and/or dissociated behavior, unresolved loss and infant disorganization. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development: Caregiving Correlates and Longitudinal Outcomes of Disorganized Attachments in Infants (Symposium, Chairman: D. Jacobvitz), Washington, D. C., April 1997.

Schuengel, C., M. H. van IJzendoorn, M. J. Bakermans-Kranenburg & M. Blom (1999): Attachment and loss: Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54–63.

Spangler, G. & M. Schieche (1998): Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 681–706.

Spangler, G. & P. Zimmermann (Hrsg.) (1995): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart (Klett-Cotta).

Speltz, M., M. DeKlyen & M. T. Greenberg (1999): Attachment in boys with early onset conduct problems. *Developmental Psychopathology*, 269–285.

Spitz, R. (1945a): Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In: Freud, A., H. Hartmann & E. Kris (Hrsg.) *The psychoanalytic study of the child*. New York (International Universities Press), S. 53–74.

Spitz, R. A. (1945b): Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53–74. Spitz, R. A. (1946): Hospitalism: A follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113–116.

Steele, M., J. Hodges, J. Kaniuk, K. Henderson, S. Hillman & P. Bennett (2002): Weitererzählungen von Geschichten als Methode zur Erfassung der inneren Welt des Kindes – Implikationen für die Adoption. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 339–352.

Steele, M., G. S. Moran, H. Steele & A. C. Higgitt (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–216.

Suess, G. J. (1987): *Auswirkungen frühkindlicher Bindungserfahrungen auf Kompetenz im Kindergarten*. Dissertation. Universität Regensburg.

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

Karl Heinz Brisch

- van IJzendoorn, M. H. & M. J. Bakermans-Kranenburg (1997): Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In: Atkinson, L. & K. J. Zucker (Hrsg.) *Attachment and psychopathology*. New York, London (Guilford), S. 135–170.
- van IJzendoorn, M. H. & A. Sagi (1999): Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy, J. & P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment – Theory, research and clinical applications*. New York, London (Guilford), S. 713–734.
- van IJzendoorn, M. H., C. Schuengel & M. J. Bakermans-Kranenburg (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- Werner, E. E. (2000): Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff, J. P. & S. J. Meisels (Hrsg.) *Handbook of early childhood intervention*. 2. Aufl. Cambridge (Cambridge Press), S. 115–132.
- Werner, E. E. (2001): Protective factors in high-risk families: Perspectives from a 40-year longitudinal study. *Pediatrics and Related Topics*, 40, 411–422.
- Werner, E. E. & R. S. Smith (2001): *Journeys from childhood to midlife – Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, New York (Cornell University Press).
- Zeanah, C. H. & R. N. Emde (1994): Attachment disorders in infancy and childhood. In: Rutter, M., E. Taylor & L. Hersov (Hrsg.) *Child and adolescents psychiatry: Modern approaches*. 3rd. Aufl. Oxford (Blackwell Scientific Publications), S. 490–504.
- Zenz, G. (1982): Gutachten „Soziale und psychologische Aspekte der Familienpflege und Konsequenzen für die Jugendhilfe“ In: Deutscher Juristentag (Hrsg.) *Soll die Rechtsstellung der Pflegekinder unter besonderer Berücksichtigung des Familien-, Sozial- und Jugendrechts neu geregelt werden? Verhandlungen des 54. Deutschen Juristentages Band I (Gutachten, Teil A)*, München (C. H. Beck), S. 9–61.
- Zenz, G. (2001): Zur Bedeutung der Erkenntnisse von Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung für die Arbeit mit Pflegekindern. In: Stiftung „Zum Wohl des Pflegekindes“ (Hrsg.) *2. Jahrbuch des Pflegekinderwesens: Pflegekinder in Deutschland – Bestandsaufnahme und Ausblick zur Jahrtausendwende*. Idstein (Schulz-Kirchner), S. 21–35.
- Zenz, G. (2002): Konflikte um Pflegekinder. In: Salgo, L., G. Zenz, J. M. Fegert, Bauer, Weber & Zitelmann (Hrsg.) *Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche: ein Handbuch für die Praxis*. Köln (Bundesanzeiger-Verlag), S. 217–236.