

*Karl Heinz Brisch*

## **Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung**

Die Bindungstheorie wurde erstmals von John Bowlby formuliert, der als Psychiater und Psychoanalytiker in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in London lebte. Diese Theorie besagt, dass ein Säugling bei seiner Geburt eine angeborene Motivation mitbringt, sich an einen Menschen zu binden, der für ihn zum sicheren emotionalen Hafen wird. Wann immer der Säugling Angst erlebt, etwa durch die Trennung von seiner Bindungsperson, werden seine Bindungsbedürfnisse aktiviert und er sucht aktiv die Nähe und den Körperkontakt zu seiner Bindungsperson. Körperkontakt beruhigt auf vorzügliche Weise das aktivierte Bindungssystem eines Menschen (Bowlby, 1975).

Alle Menschen können potentiell für einen kleinen Säugling zur Bindungsperson werden. Es ist die vortrefflichste Aufgabe einer Bindungsperson, das Überleben des Säuglings zu sichern, der in jeder Hinsicht von dieser Bindungsperson abhängig ist. Dieses motivationale System „Bindung“ steht mit einem anderen motivationalen System, dem Erkundungssystem, in einem engen Wechselkontakt. Beide Systeme stehen wie auf einer Wippe zueinander in Bezug. Wenn etwa das Bindungsbedürfnis aktiviert ist, weil das Kind in einer pädagogischen Einrichtung Angst hat, kann Lernen nicht sehr ausgeprägt oder entspannt stattfinden. Bindungssicherheit ist eine Voraussetzung für kognitive und emotionale Lernprozesse. Ein Kind kann weder Klavier noch Geige spielen lernen, obwohl es eine begabte Geigen- oder Pianolehrerin neben sich sitzen hat, wenn es Angst vor der Lehrerin hat. Unter diesen Umständen ist sein Bindungsbedürfnis aktiviert und die Möglichkeit zur Exploration des Musizierens ist nicht sehr ausgeprägt. Auch wenn die Lehrerin technisch noch so perfekt und pädagogisch hervorragend ausgebildet ist, wird der Lernprozess eines Kindes miserabel schlecht sein, wenn die Lehrerin ihm Angst macht.

Umgekehrt, wenn sich in einem Kind ein Gefühl von Bindungssicherheit ausbreitet, weil die Angst sozusagen durch die Nähe zur Bindungsperson gedämpft wird und Beruhigung entsteht, kann Lernen besonders gut stattfinden. Dann ist ein Säugling oder ein Kind in der Lage, die Welt zu erkunden, in dem es sich von seinem Explorations- und Neugierverhalten leiten lässt. Mit einem inneren Gefühl von Bindungssicherheit kann man schließlich um die ganze Welt fahren und das Leben in seinen verschiedensten Varianten erkunden.

## Die Entwicklung von Bindungssicherheit

Feinfühliges Interaktionsverhalten, etwa der Mutter, des Vaters oder einer Pädagogin, eines Pädagogen, ebenso einer Sozialarbeiterin oder eines Sozialarbeiters, fördert die Entwicklung einer sicheren Bindung. Eine dialogische Sprache ist ebenfalls für die sichere Bindungsentwicklung förderlich. Mütter wie Väter sprechen mit ihren Säuglingen so, dass sie die Affektzustände des Säuglings benennen. Die Mutter sagt etwa: Meine Güte, hast du Hunger, bist du durstig, hast du eine Wut. Für kleine Säuglinge ist das emotionale Erleben insgesamt mit einer unspezifischen Stressreaktion verbunden, denn Säuglinge können verschiedene Affekte noch nicht sehr gut differenzieren. Viele Kinder, die in Jugendhilfeeinrichtung betreut werden, sind auf einem frühen Stadium der undifferenzierten Affektentwicklung stehen geblieben, da ihnen in den frühen Entwicklungsjahren feinfühlig-interaktive Partner fehlten, die mit ihnen sprachen, sich in ihre Affektwelt eingefühlt haben und ihren Affekten Worte gaben. Kinder sind ebenso auf feinfühlig-interaktive Pädagoginnen und Pädagogen sowie Sozialarbeiter angewiesen, die diese Sprachfunktion übernehmen und verschiedene Affekte in ihrem spezifischen Kontext benennen. Der sprachliche Austausch muss in einem gewissen dialogischen Rhythmus erfolgen, damit hierdurch die sichere Bindungsentwicklung gefördert wird (Ainsworth, 2003; Ainsworth und Bell, 2003).

In Interaktionsstudien konnte man sehen, wie Mütter selbst mit ihren drei Monate alten frühgeborenen Säuglingen beim Wickeln feinfühlig auf vielen Ebenen interagieren können (Brisch u. a., 2005). Auch wenn die frühe Startzeit nicht so feinfühlig verläuft, besteht die Möglichkeit, durch spätere feinfühlig-interaktive Erfahrungen eine sichere Bindung zu entwickeln. Dies kann sich im Säuglingsalter, aber auch in der Adoleszenz bei Jugendlichen ereignen. Neue feinfühlig-interaktive und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen, die über einen längeren Zeitraum vorhersehbar sind und bei denen die Bindungsperson emotional für die Signale des Gegenübers verfügbar ist, helfen dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für eine sichere emotionale Entwicklung. Das Bindungssystem bleibt zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und somit für Veränderungen. Dies ist besonders für die pädagogische Arbeit und die Soziale Arbeit von großer Bedeutung, weil es Ziel dieser Arbeit ist, den Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen neue emotionale Erfahrungen in Beziehungen zu ermöglichen.

## Bindungsqualitäten

Werden die Bedürfnisse des Säuglings in dieser von Ainsworth (1977) geforderten feinfühlig-interaktiven Art und Weise von einer Pflegeperson beantwortet, so besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling zu dieser Person im Laufe des ersten Lebensjahres eine *sichere Bindung* entwickelt. Wenn man Säuglinge im Alter

von einem Jahr in einer Trennungssituation von ihrer Bindungsperson untersucht, zeigen in nicht-klinischen Stichproben ca. 60% der Kinder mit 12 Monaten eine sichere Bindung an ihre Bindungsperson, etwa die Mutter, und ca. 50% an ihren Vater. Dies bedeutet, dass ein sicher gebundener Säugling seine spezifische Bindungsperson bei Bedrohung und Gefahr als „sicheren Hort“ und mit der Erwartung von Schutz und Geborgenheit aufsuchen wird. Wenn sich etwa die Mutter von ihm trennt und bei ihm Angst aufkommt, dann wird das Bindungsbedürfnis aktiviert und wir können beim Säugling Bindungsverhalten beobachten. Dies zeigt sich darin, dass er weint, ruft, der Mutter nachläuft, er sucht aktiv wieder Körperkontakt mit der Mutter, um sich schließlich auf ihrem Arm wieder rasch zu beruhigen (Ainsworth und Wittig, 2003).

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 bindet (ca. 25 % der Säuglinge). Ein *unsicher-vermeidend* gebundenes Kind wird in Notsituationen eher die Bindungsperson meiden oder nur wenig von seinen Bindungsbedürfnissen äußern. Es hat eine Anpassung an die Verhaltensbereitschaften seiner Bindungsperson gefunden, das heißt Nähewünsche werden von ihm erst gar nicht so intensiv geäußert, da der Säugling weiß, dass diese von der Pflegeperson auch nicht so intensiv mit Bindungsverhalten, im Sinne von Schutz und Geborgenheit gewähren, beantwortet werden. Dies führt aber zu einer erhöhten inneren Belastung des Säuglings, die an erhöhten Werten des Stresshormons Kortisol gemessen werden kann (Brisch u. a., 1999). Bindungsvermeidende Kinder verhalten sich scheinbar „cool“ in Angst machenden Situationen. Sie sind sehr beliebte Prototypen und viele Mütter wünschen sich solche Kinder, weil man sie schnell mal bei der einen oder anderen Betreuungsperson unterbringen kann und sie jeden fremden Babysitter scheinbar problemlos akzeptieren. Sie weinen nicht, rufen nicht, laufen nicht hinter der Mutter her und protestieren nicht. Vielmehr tun sie so, als sei etwa eine Trennung von der Mutter für sie gar kein Problem. Misst man dann aber Cortisol als Stresshormon im Speichel und im Blut, zeigen diese Kinder nach einer Trennungssituation maximalen Stress, obwohl sie bis zum ersten Lebensjahr schon gelernt haben, diesen nicht mehr zu äußern, was sie sonst evolutionsbiologisch eigentlich täten.

Werden die Signale manchmal zuverlässig und feinfühlig, ein anderes Mal aber eher mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet, so entwickelt sich eine *unsicher-ambivalente* Bindungsqualität (ca. 10%) zur Pflegeperson, zum Beispiel zur Mutter. Diese Säuglinge mit einer *unsicher-ambivalenten* Bindung reagieren auf Trennungen von ihrer Hauptbindungsperson mit einer intensiven Aktivierung ihres Bindungssystems, indem sie lautstark weinen und sich intensiv an die Bindungsperson klammern. Über lange Zeit sind sie kaum zu beruhigen und können nicht mehr zum Spiel in ausgeglichener emotionaler 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 (Ainsworth und Wittig, 2003).

In der Bindungsforschung wird noch unterschieden, ob ein Kind ein „organisiertes“ oder ein „desorganisiertes“ Bindungsmuster entwickelt hat. Die sicheren und unsicheren Bindungsqualitäten sind *organisierte* Bindungsmuster. Dies bedeutet, dass eine Mutter bei ihrem einjährigen Säugling genau weiß, wie er reagieren wird, wenn sie sich etwa von ihm trennt. Die Mütter können genau vorhersagen, ob ihr Kind weint oder ob es eher „cool“ im Sinne der unsicher-vermeidenden Bindungsqualität reagiert. Innerhalb des ersten Lebensjahres hat sich somit ein vorhersagbares Bindungsverhalten entwickelt, dem eine neurobiologische Repräsentation oder ein neuronales Muster zu Grunde liegt, das auch als ein „Inneres Arbeitsmodell von Bindung“ bezeichnet wird. Dieses legt fest, wie Bindungsverhalten zwischen einem einjährigen Säugling und seiner Bindungsperson reguliert wird.

Erst später wurde noch ein weiteres Bindungsmuster gefunden, welches als *desorganisiertes und desorientiertes* Muster bezeichnet wurde. Diese Kinder zeigen Sequenzen von stereotypen Verhaltensweisen, oder sie halten im Ablauf ihrer Bewegungen inne und erstarrten für die Dauer von einigen Sekunden. Dies wird dahingehend interpretiert, dass diese Kinder keine aktuelle Bindungsverhaltensstrategie zur Verfügung haben. Diese Kinder laufen manchmal auf die Mutter zu, wenn die Mutter nach einer Trennung wiederkommt, nach einer anderen Trennung laufen sie vor der Mutter davon, bleiben plötzlich stehen, geraten in tranceartige Zustände – und dieses wechselnde Verhalten ist nicht vorhersehbar. Ungefähr 15 %–20% der Kinder in unausgewählten Stichproben zeigen ein solches desorganisiertes Bindungsmuster. Aus mehreren Längsschnittstudien ist bekannt, dass bei unverarbeiteten Traumaerfahrungen der Eltern und manchmal auch bei Traumaerfahrungen der Säuglinge dieses desorganisierte Bindungsmuster auf bis zu 70 %–80 % der Kinder ansteigen kann. Viele Kindern und Jugendliche, die in Pflegefamilien und Heimen leben, zeigen solche desorganisierten Verhaltensweisen in bindungsrelevanten Situationen (Main und Hesse, 1992; van IJzendoorn u. a., 1999; Solomon und George, 1999).

## **Bindungsrepräsentation der Bezugsperson**

Durch ein spezifisches, halbstrukturiertes Erwachsenen-Bindungs-Interview (George u. a., 2001) 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 können im Interview frei und in einem kohärenten Sprachfluss über ihre Erfahrungen von Bindung, Verlust und Trauer, die sie mit ihren Eltern und wichtigen Bezugspersonen erlebt haben, sprechen.

Erwachsene mit einer *unsicher-distanzierten* Bindungshaltung weisen zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionalen Bindungen wenig Bedeutung zu. Erwachsene mit einer *unsicher-verstrickten* Bindungshaltung zeigen im Interview durch eine langatmige, oft inkohärente Geschichte und Beschreibung ihrer vielfältigen Beziehungen, wie emotional verstrickt sie zum Beispiel 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* (Ainsworth und Eichberg, 1991; Lyons-Ruth und Jacobvitz, 1999; Schuengel u. a., 1996).

### *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.

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 feinfühlicher verhielten als dies unsicher gebundene Mütter taten. Die Mutter-Kind-Interaktion scheint ein wichtiger Prädiktor zu sein, aus dem heraus sich in Teilbereichen die Ausbildung der Bindungsqualität des Säuglings im ersten Lebensjahr erklären lässt (Brisch, 2003b; Egeland u. a., 2001; Fonagy und Target, 2005; Brisch u. a., 2002).

## **Sichere Bindung als Schutzfaktor**

Sichere und unsichere Bindungsentwicklungen sind noch keine Psychopathologie, sondern sie sind Schutz- und Risikofaktoren. Denn Kinder mit einer sicheren Bindung sind gegenüber psychischen Belastungen widerstandsfähiger, wie z. B. bei einer Scheidung der Eltern, die für viele Kinder eine große emotionale Belastung darstellt. Sicher gebundene Kinder haben bessere Bewältigungsmöglichkeiten, sie können sich selbst mehr Hilfe holen, sie fragen nach Hilfe, zeigen mehr gemeinschaftliches Verhalten, sind gerne mit anderen zusammen, leben lieber in Gruppen. Und, was ganz entscheidend ist, sie haben bessere Empathiefähigkeiten. Das heißt, sie können sich in die Welt der Gefühle, Gedanken und Handlungsabsichten

von anderen besser hinein versetzen. Kinder im Alter von 3–4 Jahren entwickeln in dieser Zeit im Kontext von Bindungsbeziehungen zum ersten Mal die selbstreflexive Fähigkeit, dass sie sagen können: „ich denke, dass du denkst, dass ich denke“; oder „ich fühle, dass du fühlst, dass ich fühle“; oder: „ich weiß, dass deine Denke und meine Denke und dass dein Fühlen und mein Fühlen ganz unterschiedlich sein können“. Jüngere Kinder gehen davon aus, dass alle Hunger haben, wenn sie selbst Hunger haben, oder dass alle müde sind, wenn sie selbst müde sind und ins Bett wollen. Manche Jugendliche, die in pädagogischen Heimen betreut werden, sind auf einem sehr frühen Stadium vor dem Erwerb dieser selbstreflexiven Fähigkeiten stehen geblieben und haben nie eine Empathiefähigkeit entwickelt. Diese ist aber eine Vorausbedingung, um befriedigende Beziehungen zu gestalten. Kinder mit sicheren Bindungen sind auch kreativer, aufmerksamer, haben eine bessere Ausdauer, sind flexibler, wenn sie Aufgaben lösen müssen, ihre Lern- und Gedächtnisleistungen und die Sprachentwicklung sind besser. Viele Kinder mit Bindungsstörungen dagegen haben auch Sprachentwicklungsstörungen (Brisch, 2000; Brisch und Hellbrügge, 2003; Hüther, 2003).

## **Bindungsstörungen**

Wenn ein Kind in der frühen Entwicklungszeit traumatische Erfahrungen mit seinen potenziellen Bindungspersonen gemacht hat, die eigentlich für Schutz und Sicherheit zuständig sind, entwickelt es eine Bindungsstörung. Diese stellt eine schwere frühe Psychopathologie dar, die immer auch eine Gefährdung des Kindeswohls bedeutet. Viele Kinder in Heimen haben solche traumatischen Erfahrungen gemacht und leiden unter Bindungsstörungen. Ein Beziehungstrauma bedeutet, dass ein großer Stress erlebt wird, wenn Bedrohung und Angst bis zu Panik und Todesangst erlebt wird. Wenn die Eltern selbst die Kinder bedrohen, kann die Angst nicht gelöst werden, da die Kinder etwa vor ihren Eltern nicht fliehen können und auch Kampf als Notfallstrategie nicht zur Verfügung steht, da die Kinder in der Regel in jeder Hinsicht von ihren Eltern abhängig sind. Unter diesen Umständen entsteht eine massive körperliche Überregung, die psychosomatische Reaktionen und Beschwerden zur Folge haben kann. Durch die extreme Stresssituation wird die Produktion von Hormonen wie etwa Cortisol angestoßen, die auf einem hohen Niveau langfristig fixiert bleiben kann. Diese Stresshormone machen bei einer Dauererregung Veränderungen im Gehirn, die dann als organisierte Verhaltensstörung in bindungsrelevanten Situationen beobachtet und als Bindungsstörungen diagnostiziert werden können. Es ist somit nicht nur eine Frage, ob man sich als Kind gut oder schlecht fühlt, vielmehr wirkt das Stresshormon Cortisol bei ständig hohen Werten im Gehirn neurotoxisch, so dass Gehirnzellen regelrecht abgebaut werden. Dies hat zur Folge, dass die Hirnräume größer werden und auch das Gehirnwachstum sich verlangsamt. Ein Kind, das wegen familiärer Gewalt traumatisiert wird, erlebt einen massiven Dauerstress, der neurobiologische Schädigungen zur Folge hat. Frühe Vernachlässigung hat sicherlich die schwerwiegendsten

Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und Gehirnreifung, obwohl man nicht unbedingt blaue Flecken, einen gebrochen Arm oder eine Schädelfraktur sieht.

In der Sozialen Arbeit sehen wir Kinder und auch Jugendliche mit ausgeprägten Störungsvarianten in ihrem Bindungsverhalten, die als Psychopathologie diagnostiziert werden. Zwei extreme Formen der reaktiven Bindungsstörung können auch nach Internationalen Klassifikation der Psychiatrischen Erkrankungen (ICD 10) klassifiziert und diagnostiziert werden: eine Form mit Hemmung (F 94.1) und eine mit Enthemmung (F 94.2) des Bindungsverhaltens (Brisch, 2010 a).

Eine Bindungsstörung sollte allerdings nicht vor dem 8. Lebensmonat wegen der in diesem Alter bekannten „Fremdenangst“, die eine entwicklungsbedingte Durchgangsphase mit Angst des Säuglings gegenüber Fremden ist, diagnostiziert werden. Die psychopathologischen Auffälligkeiten sollten mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten und in verschiedenen Beziehungssystemen beobachtet worden sein.

Weitere, in den internationalen Klassifikationssystemen bisher nicht erfasste Formen von Bindungsstörungen können sich 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 weitere Form ist durch *undifferenziertes Bindungsverhalten (Typ II a)* gekennzeichnet. Solche Kinder zeigen eine soziale Promiskuität: sie zeichnen sich durch undifferenzierte Freundlichkeit gegenüber allen Personen aus. Sie suchen in Stresssituationen zwar Trost, aber ohne die Bevorzugung einer bestimmten Bindungsperson. 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, obwohl schon im Vorschulalter, sind nur in absoluter, fast körperlicher Nähe zu ihrer Bezugs- und Bindungsperson wirklich ruhig und zufrieden. Sie sind aber dadurch 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, so dass sie in der Regel keinen Kindergarten besuchen oder außerhalb des familiären Rahmens bei anderen Kindern spielen können. Sie haben somit selten Freunde und wachsen von Gleichaltrigen sozial isoliert auf. Unvermeidlichen Trennungen setzen sie massiven 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)*. Sie reagieren in Abwesenheit der Bezugsperson weniger ängstlich als in deren Gegenwart und können

in der Obhut von fremden Personen besser ihre Umwelt erkunden als in Anwesenheit ihrer vertrauten Bindungs- und Bezugsperson. Besonders Kinder etwa nach körperlicher Misshandlung und bei Erziehungsstilen mit körperlicher Gewaltanwendung oder -androhung reagieren auf diese Art und Weise.

Bei einem weiteren Stil der Bindungsstörung verhalten sich Kinder oft *aggressiv (Typ IV)* als Form der Bindungs- und Kontaktaufnahme. 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 aber in der Regel zur Zurückweisung, da der versteckte Bindungswunsch nicht gesehen wird. Auf diese Weise entsteht schnell ein Teufelskreis, der die zugrunde liegenden emotionalen Bedürfnisse verdeckt.

Manchmal ist die Bindungsstörung dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer *Rollenumkehr (Typ VI)* kommt. Diese Kinder müssen dann für ihre Eltern, die zum Beispiel 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 in eigenen Gefahrensituationen und psychischer Not etwa nicht an ihre Bindungspersonen, da sie dort keine Hilfe erwarten, weil diese mit sich und ihren Bedürfnissen ganz beschäftigt sind und den Kindern vielmehr Grund zur Sorge geben.

Im Rahmen von Bindungsstörungen kommt es manchmal auch zur Ausbildung von psychosomatischen Störungen, wie etwa mit Schrei-, Schlaf- und Esssymptomatik im Säuglingsalter, oder auch zu ausgeprägten psychosomatischen Reaktionen im Kleinkindalter, wie etwa zur psychogenen Wachstumsretardierung bei emotionaler Deprivation (*Typ VII*) (Brisch und Hellbrügge, 2006; Johnson und Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006).

## Beispiele für Bindungsstörungen bei Säuglingen

Ein Kind mit einer so genannten undifferenzierten Bindungsstörung weint etwa, nachdem die Mutter im sogenannten „Fremde-Situations-Test“ den Raum verlassen hat. Als die fremde Person zunächst daraufhin den Raum betritt, lässt sich das Kind von einer Fremden trösten, sucht aktiv Körperkontakt und hört unmittelbar auf zu weinen. Als dagegen die Mutter den Raum betritt, verhält es sich ihr gegenüber deutlich bindungsvermeidend, indem es sich nur schlaff hochnehmen lässt und den Körperkontakt mit der Mutter deutlich abweist.

In einem zweiten Beispiel aus dem „Fremde-Situation-Test“, das ein Kind mit einer Bindungsstörung mit Hemmung des Bindungssystems zeigt, weint der Säugling nach der Trennung von der Bindungsperson und ist deutlich zusätzlich durch das Fokussierungsgeräusch der Kameras geängstigt. Als die Bindungsperson zurückkehrt, erwartet man, dass sich ihr Kind aktiv an sie wenden würde, um getröstet



zu werden und somit in seinem aktivierten Bindungsbedürfnis wieder zur Ruhe zu kommen. Es wird aber deutlich, dass der Säugling seine Bindungsperson nicht als sichere emotionale Basis nutzen kann und vielmehr vor dieser Angst hat und in einen unlösbaren Konflikt gerät: er möchte sich einerseits an die Bindungsperson wenden, andererseits hat er Angst vor ihr und weicht immer weiter zurück. Das Kind ist und bleibt in hoher Alarmbereitschaft und es findet keine Lösung oder Beruhigung des erregten Bindungssystems statt.

Wenn Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter solche Bindungsstörungen entwickeln, verhalten sie sich auch als Jugendliche in Beziehungen oder bindungsrelevanten Situationen – etwa immer wenn sie Angst haben – ausgesprochen auffällig, indem sie verschiedene Verhaltensmuster der zuvor beschriebenen Bindungsstörungen zeigen können. Sie zeigen weniger prosoziales, und mehr aggressives Verhalten in Konfliktsituationen, sie präsentieren sich mit vielen psychosomatischen Störungen, geraten oft wieder in Missbrauchs- und Misshandlungskontexte. Als Eltern verhalten sie sich traumatisierend gegenüber ihren eigenen Kindern. Dramatisch ist, dass sie somit ihre eigene Bindungsstörung durch ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern an die nächste Generation weitergeben. Es sieht so aus, als sei dieses Verhalten genetisch fixiert. Neue Bindungserfahrungen, die die Kinder etwa in einer neuen Pflegestelle oder im Kontext sozialer Arbeit mit neuen Bindungspersonen machen können, zeigen aber, dass das Verhalten veränderbar ist (Brisch und Hellbrügge, 2003).

## **Bindungsorientierte pädagogische und Soziale Arbeit**

Trotz oft schwieriger Arbeitsbedingungen gelingt es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Institutionen und Pflegestellen, dass Kinder mit Bindungsstörungen durch die pädagogische und soziale bindungsorientierte Arbeit neue Erfahrungen machen können, die nicht die alten traumatischen Muster wiederholen. Diese schwierige und emotional sehr anstrengende beziehungsorientierte Arbeit verdient allen Respekt und alle Wertschätzung. Wenn ein Kind mit einer Bindungsstörung neu in eine Einrichtung kommt, hat es Angst, und sein Bindungsbedürfnis ist oft maximal aktiviert. Angst ist ein ständiger Begleiter dieser Kinder in allen möglichen bindungsrelevanten Situationen. Diese Kinder mit Bindungsstörungen sind von ihrer emotionalen Entwicklung erst 1,5 oder 2 Jahre alt, obwohl sie biologisch etwa schon in der Adoleszenz sein können, so dass das emotionale Entwicklungsalter und das biologische Alter weit auseinanderklaffen. Mit ihrem aktivierten Bindungsbedürfnis richten sich die Kinder an die Pädagogin, den Pädagogen, Sozialarbeiter mit der Hoffnung, es möge sich für sie vielleicht erstmals im ganzen Leben eine neue Chance zu einer sicheren Bindungserfahrung eröffnen. Gleichzeitig haben sie aber auch große Angst, dass sich die alten Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch erneut wiederholen könnten. Dennoch gelingt es oftmals, dass bindungsfördernde, feinfühligere Erlebnisse möglich werden. Jede neue Interakti-

onserfahrung des Kindes mit einem Betreuer wird neuronal als Muster sozusagen „abgespeichert“ und registriert. Sind diese neuen Erfahrungen kontinuierlich und wiederholbar, gekennzeichnet von Feinfühligkeit, dialogischer Sprache, prompter Wahrnehmung und korrekter Interpretation der Beziehungssignale, werden Affekte vom Betreuer in Worte gefasst, geben feinfühligke, respektvolle Berührungen sowie Körperkontakt den gesuchten Schutz und Halt, ändert sich langsam das bindungsgestörte Verhalten und es entsteht auch auf der neurobiologischen Ebene ein neues inneres Arbeitsmodell von Bindung, Auf diese Weise kann eine Entwicklung von der Bindungsstörung zur Bindungsdesorganisation und später zur unsicherer bis sicheren Bindung unterstützt werden, auch wenn dieser Prozess lange Zeit in Anspruch nimmt. Aber jede noch so kleine Veränderung in Richtung Bindungssicherheit wäre ein Riesengewinn für Lernen, für Entwicklung und für Beziehungsfähigkeit des Kindes. Für diese Kinder wäre selbst ein neues unsicherdesorganisiertes Muster statt einer früheren Bindungsstörung schon ein großer Fortschritt, weil sie dann zumindest zeitweise in Angst machenden Situationen in ersten Ansätzen ein sicheres Bindungsverhalten zeigen könnten. Sobald sich die bindungsgestörten Kinder etwas sicherer fühlen – das ist manchmal erst nach mehreren Monaten zu beobachten – beginnen sie, ihre traumatischen Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen zu reinszenieren. Wenn ein Kind etwa mit seiner Bindungsperson in der Pflegestelle alte traumatische Situationen in Szene setzt, darf sich das Team ein Kompliment machen. Denn die Reinszenierung bedeutet, dass das bindungsgestörte Kind inzwischen so viel Vertrauen und Sicherheit verinnerlicht hat, dass es etwa seine Gewalt- und seine Missbrauchserfahrungen in Form von sexualisiertem und aggressivem Verhalten angstfreier zeigen kann. Das Kind vertraut darauf, dass das Team mit der Reinszenierung umgehen kann und keine Wiederholung der ursprünglich traumatischen Erfahrung ermöglicht. Wenn das bindungsgestörte Kind statt einer Wiederholung verschiedene emotionale Neuerfahrungen in der Beziehung erleben kann, weil das Team anders als erwartet handelt, ist dies sehr bedeutungsvoll und wird sicherlich auch im Gehirn „verankert“ werden. Viele konstante Neuerfahrungen dieser Art werden mit der Zeit zu einem generalisierbaren Muster, das schließlich auch neue Verhaltensweisen mit Spielkameraden außerhalb der Institution ermöglicht, wie etwa in der Schule (Brisch, 2006; Brisch, 2004; Brisch und Hellbrügge, 2010; Brisch, 2010b).

### **Allgemeine Gesichtspunkte zur bindungsbasierten Sozialen Arbeit**

Der Klient ist wegen seiner Probleme beunruhigt und voll Angst, wenn er etwa einen Sozialarbeiter / Sozialpädagogen aufsucht. Der Sozialarbeiter muss sich dessen bewusst sein, dass das Bindungssystem des Klienten mehr oder weniger aktiviert ist. Dieser wird mit allen ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten seines – auch durch entsprechende Störungen verzerrten – Bindungsverhaltens nach einer Person suchen, die die Rolle der Bindungsperson übernehmen wird. Diese Erwartung wird vom Klienten auf den Sozialarbeiter übertragen.

In Anlehnung an Bowlby muss der Sozialarbeiter nach meiner Erfahrung folgende Aspekte berücksichtigen und ihnen entsprechen:

- Der Sozialarbeiter muss sich in seinem Fürsorgeverhalten durch das aktivierte Bindungssystem des hilfeschendenden Klienten ansprechen lassen und ihm zeitlich, räumlich und emotional zur Verfügung stehen.
- Der Sozialarbeiter muss als eine verlässliche sichere Basis fungieren, von welcher aus der Klient seine Probleme mit emotionaler Sicherheit bearbeiten kann.
- Der Sozialarbeiter verhält sich in Kenntnis der unterschiedlichen Bindungsmuster flexibel im Hinblick auf den Umgang mit Nähe und Distanz in der realen Interaktion mit dem Klienten sowie im Hinblick auf die Gestaltung des Settings.
- Der Sozialarbeiter sollte den Klienten dazu ermutigen, sich Gedanken darüber zu machen, in welcher Beziehungsform er heute seinen wichtigen Bezugspersonen begegnet.
- Der Klient muss angeregt werden, und der Sozialarbeiter muss darauf fokussieren, die sozialarbeiterische Beziehung genau zu überprüfen, weil sich hier alle von den Selbst- und Elternrepräsentanzen geprägten Beziehungswahrnehmungen widerspiegeln.
- Der Klient sollte behutsam aufgefordert werden, seine aktuellen Wahrnehmungen und Gefühle mit denen aus der Kindheit zu vergleichen.
- Dem Klienten sollte einsichtig gemacht werden, dass seine schmerzlichen Bindungs- und Beziehungserfahrungen und die daraus entstandenen verzerrten Selbst- und Objektrepräsentanzen für die aktuelle Lebensbewältigung von relevanten Beziehungen vermutlich nicht mehr angemessen, also überholt sind.
- Der Sozialarbeiter verhält sich bei der behutsamen Lösung des sozialarbeiterischen Bündnisses als Vorbild für den Umgang mit Trennungen. Die Initiative für die Trennung wird dem Klienten überlassen. Dieser wird darin ermutigt, Trennungsgänge einerseits und die Neugier auf Erkundung eigenständiger Wege ohne Begleitung andererseits zu verbalisieren und vielleicht auch auszuprobieren. Eine vom Sozialarbeiter forcierte Trennung könnte vom Klienten als Zurückweisung erlebt werden. Die physische Trennung ist nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der »sicheren Basis«. Die Möglichkeit, bei erneuter »Not und Angst« zu einem späteren Zeitpunkt auf den Sozialarbeiter zurückzugreifen, bleibt bestehen.
- Frühzeitige Wünsche nach Trennung und/oder mehr Distanzierung in der sozialarbeiterischen Beziehung könnten bei Klienten mit bindungsvermeidendem Muster dadurch ausgelöst worden sein, dass der Sozialarbeiter zu viel emotionale Nähe anbot, die der Klient noch nicht aushielt und als Bedrohung erlebte.

Diese Aspekte und Forderungen für eine sozialarbeiterische Technik basieren auf einem interaktionellen Verständnis, das die Situation der frühkindlichen Interaktion zwischen Mutter und Kind auf die Soziale Arbeit überträgt. Dabei wird dem Bindungsaspekt zur Herstellung einer sozialarbeiterischen Beziehung eine grundle-

gende, wesentliche Funktion zugeordnet, die als zentrale Variable im Hilfe-Prozess gesehen wird. Dies wird umso verständlicher, als die Klienten mit ihren Störungen in ihren sozialen Beziehungen in der Regel keine sichere Bindungseinstellung in die Beziehung zum Sozialarbeiter mitbringen. So ist es die zentrale Aufgabe des Sozialarbeiters, eine sichere Basis mit dem Klienten herzustellen. Dies erfordert sehr viel Feinfühligkeit und Empathie und macht es nötig, sich auf die verzerrten Bindungsbedürfnisse und auf das daraus abgeleitete, oft bizarre Interaktionsverhalten des Klienten einzustellen oder einzustimmen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich auch die Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen in keiner Weise. Die von Ainsworth geforderten Qualitäten der Feinfühligkeit im Wahrnehmen der Signale des Klienten, im richtigen Verständnis und in der angemessenen und prompten Reaktion auf diese Signale, wie sie zur Herstellung der Bindung zwischen Mutter und Kind hilfreich sind, können direkt auch auf die sozialarbeiterische Situation übertragen werden. Auch wenn der Patient ein bestimmtes Leitsymptom – wie etwa Dissozialität – scheinbar ohne Beziehungsbezug in den Vordergrund rückt, werden sich relativ rasch Beziehungskonstellationen mit dem Symptom verknüpfen, die der Sozialarbeiter als bedeutungsvolle Auslöser oder aufrechterhaltende Faktoren der Symptomatik erkennt.

Bowlbys Forderung, mit dem Klienten über derzeitige und frühere Beziehungsformen zu wichtigen Bezugspersonen zu sprechen, wird sich sehr wahrscheinlich in der Sozialen Arbeit nicht automatisch erfüllen lassen, weil der Klient zwar kommt, um – mehr oder weniger bewusst – über interaktionelle Beziehungsprobleme und soziale Schwierigkeiten zu sprechen, sein Unbewusstes diesem Wunsch wegen der Angst machenden Themen und Konflikte aber Widerstände entgegensetzt. Wegen dieser Problematik ist es so entscheidend, *wie* der Sozialarbeiter die Arbeitsbeziehung gestaltet. Bowlby geht davon aus, dass die Selbst- und Elternrepräsentanzen mit den entsprechenden Bindungs- und Explorationsmustern aus der frühen Kindheit in der helfenden Beziehung reaktiviert werden. Damit wird die Chance aufgetan, in der aktuellen sozialarbeiterischen Interaktion aufgetauchte reale Bindungserlebnisse zu anzusprechen. Bowlbys Forderung, den Klienten behutsam auf die Wiederbelebung von Gefühlen aus der frühen Kindheit, die im Hier und Jetzt ausgelöst wurden, hinzuweisen, entspricht ganz der Vorstellung eines angemessenen und feinfühligem Umgangs mit dem, was der Klient in der Sozialen Arbeit präsentiert. Nach Bowlbys Vorstellungen entsteht in der frühkindlichen Entwicklung Aggression, wenn die Bindungsbedürfnisse des Kindes oder seine Explorationsbedürfnisse nicht in adäquater Weise befriedigt werden. Eine solche Vorstellung steht ganz im Einklang mit der Aggressionstheorie von Parens. Dieser unterscheidet auf der einen Seite zwischen einer gutartigen, gesunden Aggression im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der Welt. Sie steht in sehr engem Kontext mit einem Explorationskonzept. Auf der anderen Seite definiert er eine destruktive Aggression, deren Ursache er in massiven frühkindlichen Frustrationserlebnissen sieht (Parens, 2010).

## Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

In der Sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist es noch naheliegender, dass der Sozialarbeiter eine sichere Bindungsbasis für das Kind oder den Jugendlichen herstellen muss, weil sie zeitlich noch näher zugeordnet ist. Je jünger das Kind ist, desto mehr ist es auf eine *reale* Bindungsperson angewiesen. Der Sozialarbeiter muss noch stärker als beim erwachsenen Klienten auch durch seine physische Präsenz als sichere Basis fungieren. Auch hier ist das feinfühlig-interaktionsverhalten des Sozialarbeiters von grundlegender Bedeutung. Kinder sind wesentlich ehrlicher und direkter als Erwachsene, die eine Beziehung auf einer kognitiven Ebene pro forma eingehen können. Wenn die Bindungsbedürfnisse von Kindern in den Anfangsbegegnungen einer sozialpädagogischen Arbeit nicht beantwortet und angemessen berücksichtigt werden, kommt die Beziehung in der Regel gar nicht zustande, oder sie endet nach wenigen Stunden mit einem Abbruch.

Auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kann auf bindungsrelevante Inhalte von Bindung, Trennung, Exploration fokussiert werden. Je nach Alter des Kindes und sozialarbeiterischer Orientierung können bindungsrelevante, feinfühlig-interaktionsverhalten zwischen Kind und Sozialarbeiter sehr hilfreich sein. Wenn frühere Beziehungserfahrungen etwa sehr angst- und aggressionsbesetzt sind, muss man nach meiner Erfahrung sehr vorsichtig vorgehen, weil ein Überfluten durch die mit den Erlebnissen verbundenen Affekte eine noch nicht so sichere Bindung überfordern können.

Bei Unterbrechungen der Sozialen Arbeit, am Wochenende oder bei längerem Urlaub und Erkrankungen, wird das Bindungssystem aktiviert. Manche Kinder bitten um eine Postkarte oder auch um regelmäßige Postkarten als »Beweis«, dass der Sozialarbeiter durch die Trennung nicht als Bindungsperson verlorengegangen ist.

In der Behandlung von Kindern spielt die begleitende Arbeit mit Eltern oder Bezugspersonen eine große Rolle. Da das Kind seine in der sozialpädagogischen Arbeit gewonnenen Fortschritte nur so weit realisieren kann, wie die Eltern in der Lage sind, diese zu akzeptieren und wohlwollend oder auch verständnisvoll zu begleiten, muss der Sozialarbeiter die Eltern über das Vorgehen, das Verständnis des Kindes, die zugrundeliegende Theorie und die zu erwartenden Probleme und Veränderungen beim Kind informieren. Darüber hinaus kann je nach sozialer Not der Eltern auch eine intensivere Einzelbetreuung der Eltern und der ganzen Familie stattfinden. Wenn die Beziehung des Sozialarbeiters zum Kind oder die Veränderungen im Verhalten des Kindes für die Eltern eine Verunsicherung darstellt und wenn diese eine Ablehnung durch den Sozialarbeiter spüren oder ihn ihrerseits ablehnen, wird die Arbeit früher oder später misslingen, weil die Eltern dann aus Angst zum Abbruch der Behandlung neigen. Mit großer Feinfühligkeit für die Bindungsbedürfnisse der Eltern – bei der Mutter und beim Vater können sie durchaus unterschiedlich sein – muss der Sozialarbeiter auch für diese eine emotionale sichere Basis herstellen, von der aus sie im Laufe der Arbeit eigene Verletzungen, Krän-

kungen, Verlust- und Trennungserlebnisse aus ihrer Lebensgeschichte besprechen können. Dabei sind in der Regel auch Bindungs- und Explorationsbedürfnisse im Rahmen der Beziehung der Eltern untereinander von wesentlicher Bedeutung. Sind diese in der Partnerschaft nicht gut integriert, so kann es zur Übertragung von Bindungswünschen und -bedürfnissen eines Partners auf das Kind kommen, und dieses kann in eine Partnerersatzfunktion gedrängt werden. Ähnliche Übertragungswünsche können auch auf den Sozialarbeiter gerichtet sein.

## Umgang mit Bindungsstörungen

Bei Klienten mit Bindungsstörungen ist es von Bedeutung, den eigentlichen abgewehrten Bindungsbedürfnissen entgegenzukommen und das Verhalten der Klienten nicht nur im Sinne von Widerstand zu deuten. Hierzu ist es notwendig, dass Sozialarbeiter das Spektrum der Bindungsmuster kennen. Nur so wird es ihnen möglich sein, relevante Störungen des Bindungsverhaltens zu erkennen. Hierbei muss ein besonderes Augenmerk auf der Bedeutung von realen Trennungs- und Verlusterlebnissen liegen.

Ein Wechsel von Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren sowie inkonsistentes und ambivalentes Zuwendungsverhalten der Bezugsperson müssen berücksichtigt werden, weil sie das aktuelle Bindungsmuster des Klienten geprägt haben.

Bindungsvermeidende Störungen stellen hohe Anforderungen an den Sozialarbeiter, weil er einerseits auf abgewehrte Bindungsbedürfnisse angemessen eingehen, andererseits das störungsbedingte Distanzierungsbedürfnis des Klienten berücksichtigen sollte. Eine Befriedigung von abgewehrten Bindungsbedürfnissen könnte aus diesem Grunde für den Klienten mit zu großer emotionaler Nähe verbunden sein. Dies könnte eine Bedrohung für die sozialarbeiterische Beziehung darstellen und zum Therapieabbruch führen.

In der Behandlung von Klienten mit bindungsambivalenter Störung wird neben der verlässlichen, vorhersagbaren emotionalen Präsenz des Sozialarbeiters die Klarheit und Rahmen setzende Struktur des Settings der Arbeit von besonderer Bedeutung sein. Der Sozialarbeiter sollte durch Veränderungen des Settings (Verschiebung von Terminen, Absagen) und andere Verhaltensweisen, wie verspäteter Beginn der Termine durch Verschulden des Sozialarbeiters, nicht unnötigerweise erneut das Bindungssystem dieser Klienten aktivieren.

Es hat sich bewährt, Zuwendung und emotionale Nähe in der »Dosis« anzubieten, wie sie vom Klienten selbst reguliert werden kann, z. B. indem der Klient die Häufigkeit von Terminen mitbestimmen kann.

Besonderes Augenmerk muss auch auf bindungs- und trennungsrelevante Situationen gerichtet werden. Hierzu gehören der Anfang und das Ende von Treffen, Unterbrechungen durch Urlaub und Erkrankungen. Gerade in diesen Situationen wird das Bindungsbedürfnis der Klienten aktiviert, und dadurch ausgelöste Affekte werden einer Besprechung zugänglich.

## Exploration

Neben einem Fokus auf bindungsrelevanten Erlebnissen steht als zweiter Punkt die Explorationsseite im Mittelpunkt. Auch die Explorationsbedürfnisse eines Kindes können durch Interaktionen mit der Mutter/mit dem Vater und anderen relevanten Bezugspersonen in der frühkindlichen Zeit behindert, ja extrem verzerrt oder gestört worden sein. Grund für eine Störung im Explorationsverhalten kann etwa eine mangelnde Bindungssicherheit der Mutter/des Vaters sein. Man kann sich vorstellen, dass ein Kind durch eine elterliche Psychopathologie extrem von einem Elternteil »geklammert« wird. Wegen Ängsten der Eltern werden keine Explorationsmöglichkeiten für das Kind zugelassen. Auch die Explorationsseite wird früher oder später in der sozialpädagogischen Arbeit aktiviert. Wenn der Sozialarbeiter die Notwendigkeit zur Exploration nicht anerkennt, kann das Verhalten der Klienten leicht als Widerstand gegen die Bearbeitung, als Agieren oder Vermeidung der Übertragungsbeziehung gedeutet werden. Ein Sozialarbeiter, der um den Zusammenhang von Bindung und Exploration weiß, wird überlegen, ob die Explorationsfreude des Klienten auch als Hinweis auf eine wachsende sichere Basis gesehen werden kann. Er wird den Klienten darin unterstützen, sich an seinen Explorationsmöglichkeiten und Erfahrungen zu freuen.

Das Spektrum von denkbaren möglichen Explorationsformen ist nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Adoleszenten und Erwachsenen groß; hier sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt.

Eine Haltung, die dem Klienten bei der Gestaltung des Settings eine Variabilität und gewisse Wahlmöglichkeiten offen lässt, könnte im Einzelfall mehr Chancen bieten, gerade das Wechselspiel zwischen Bindung und Exploration zu versuchen, als ein sozialarbeiterisches Setting, das starre Termine und Regeln vorgibt. Besonders in der Behandlung von Jugendlichen hat sich eine solche Vorgehensweise sehr bewährt, weil bei ihnen in der Sozialen Arbeit die Explorationsautonomie, manchmal unter Verleugnung von Bindungsbedürfnissen, im Vordergrund steht. Die sichere Bindungsbasis in der sozialen Arbeit ermöglicht eine korrigierende emotionale Erfahrung. Sie ist die Grundvoraussetzung für die Veränderung von alten maladaptiven Bindungsmustern und damit verbundenen sozialen Verhaltensweisen.

## Bindung und Trauma

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen desorganisierte Bindungsmuster bei Kindern und ungelösten Traumata der Eltern gibt (Lyons-Ruth und 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. Da-

durch können dissoziative oder auch traumaspezifische und das Kind ängstigende Verhaltensweisen bei der Mutter oder dem Vater ausgelöst werden (Lyons-Ruth u. a., 1999; Liotti, 1992; Brisch und Hellbrügge, 2003).

Das Kind befindet sich so in der Lage, dass es dieselbe Person, die es ängstigt, gleichzeitig als Trostspender braucht. Auf dieser Basis wird das rasch wechselnde, desorganisierte Annäherungs- und Vermeidungsverhalten der desorganisierten Bindung gut nachvollziehbar (Lyons-Ruth, 1996).

Eine Metaanalyse aus 80 Studien mit 6282 Eltern-Kind Dyaden und 1285 als desorganisiert gebunden klassifizierten Kindern ergab folgende Ergebnisse (van IJzendoorn u. a., 1999):

In nichtklinischen 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.

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 und 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 und Jacobvitz, 1999; Lyons-Ruth u. a., 1990; Lyons-Ruth u. a., 1986). Als Folge desorganisierter Bindung ergaben sich signifikant häufig dissoziative Symptome und externalisierende Verhaltensstörungen (Lyons-Ruth, 1996; Putnam, 1993; Green und Goldwyn, 2002).

Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen frühen Verhaltensproblemen – besonders bei Jungen – und unsicher-desorganisierter Bindung feststellen konnten (Lyons-Ruth u. a., 1993; Speltz u. a., 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 Vulnera-



bilitätsfaktor und sichere Bindung als Schutzfaktor angenommen werden könnten (Brisch, 2003 a; Kreppner u. a., 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 (Castle u. a., 1999; Rutter u. a., 2001). Obwohl sich bei 20 % der Kinder eine Tendenz zur emotionalen Normalisierung im weiteren Entwicklungsverlauf zeigte, fand sich insgesamt eine hohe Stabilität für die pathologische Symptomatik des ADHD auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen (O'Connor u. a., 1999). Je länger die Erfahrung der frühen Deprivation unter Heimbedingungen gewesen war, desto ausgeprägter waren die Symptome des ADHD. Es bestand ein deutlicher 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 u. a., 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-Syndrom 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 u. a., 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 und Hellbrügge, 2003).

## **Bindung, Genetik und Neurobiologie**

An einer nichtklinischen Stichprobe ergab sich ein Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und einer strukturellen Auffälligkeit des D<sub>4</sub>-Dopamin-Re-

zeptors (Lakatos u. a., 2000; Lakatos u. a., 2002; Lakatos u. a., 2003). Dabei wurde eine Interaktion zwischen dem Polymorphismus im Dopamin D<sub>4</sub> Rezeptorgen DRD<sub>4</sub> (exon III 48 basepair repeat polymorphism 7 repeat allele und – 521 C/T single nucleotide polymorphism (regulatorische Einheit des Rezeptors)) beobachtet, welche das Risiko für die Entwicklung einer desorganisierten Bindung um das 10-fache erhöht (Lakatos u. a., 2002).

Es wurden auch Untersuchungen durchgeführt, welche einen direkten Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und ADHD, sowie zwischen dopaminerger Auffälligkeiten und ADHD fanden.

Im Rattenversuch schlugen sich Unterschiede mütterlicher Fürsorge bei den Jungen im Verhalten und in der endokrinen Antwort auf Stress nieder. Fürsorgliche Rattenmütter hatten weniger ängstlichen Nachwuchs, der in Stresssituationen angemessenere Reaktionen der hormonellen Regulation zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Nebennierenrinde (HPA-Achse) zeigte. Zudem zeigte sich der gut umsorgte weibliche Rattennachwuchs seinen eigenen Jungen gegenüber ebenfalls fürsorglich. Die Studie zeigte, dass die Art der Aufzucht und nicht die Abstammung das spätere Fürsorgeverhalten der weiblichen Ratte und die Stressregulation determiniert. Die Effekte blieben über drei Generationen hinweg beobachtbar (Francis u. a., 1999).

Es wurde beobachtet, dass eine „Behandlung“ (kurzes Streicheln der Tiere) das Fürsorgeverhalten der weniger fürsorglichen Rattenmütter positiv beeinflusste (Meaney u. a., 1990).

Sogar die molekulargenetische Strukturen der behandelten Nachkommen haben sich während der Behandlung so stark verändert, dass sie sich von denen der nicht behandelten Nachkommen der stark fürsorglichen Rattenmütter nicht mehr signifikant unterscheiden ließen (Francis u. a., 1999).

Die Autoren interpretieren diese Ergebnisse auch so, dass das Fürsorgeverhalten sowie die Stressregulation auf die nächste Generation durch einen Interaktionseffekt aus genetischer Vulnerabilität und unterschiedlicher Fürsorge (*Umweltfaktor*) vererbt wird.

Bisherige Studien an Menschen legen auch offen, dass frühe Erfahrungen der weiblichen Säuglinge mit ihren Müttern einen großen Einfluss auf ihr späteres Fürsorgeverhalten gegenüber ihrem Nachwuchs haben. Sie stellen fest, dass dieser psychobiologische Mechanismus für die intergenerationelle Übertragung des Fürsorgeverhaltens und der Feinfühligkeit der Mutter auf die Töchter verantwortlich ist (Silverman und Lieberman, 1999; Fleming u. a., 1999).

Die Interaktion zwischen 'nature' und 'nurture' findet auf der Bindungsebene statt (Lehtonen, 1994), wobei die primäre Bindungsperson als psychobiologischer Regulator bzw. Dysregulator der Hormone des Kindes wirkt, welche die direkte Gentranskription steuern. Der Spiegel des Cortisols im Säuglingsgehirn, das für die Stressbereitschaft verantwortlich ist, wird signifikant durch die Mutter-Kind-Interaktion beeinflusst (Schore, 1997; Meaney u. a., 1988). Aus all diesem geht hervor, dass Neurotransmitterstörungen nicht angeboren sein müssen, sondern

durch Einflüsse psychologischer Variablen auf die frühe Entwicklung beeinflusst werden können (Braun, 1996; Braun u. a., 2000).

### **Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf Funktion und Struktur des Gehirns**

Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre öffnen die Tür zu einem Denken, welches das Erleben eines seelischen Traumas mit der Entwicklung von Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns verknüpft. Teicher (2002) kam in seinen Studien an der Harvard Medical School zu neuen Forschungsergebnissen: Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit wiesen im Erwachsenenalter im Vergleich mit nicht missbrauchten Kontrollprobanden strukturelle Veränderungen mit Volumenverminderungen im Hippocampus, dem Corpus Callosum und der Amygdala auf. Perry et al. (1995; 2001) stellten bei der Schilderung ihrer Untersuchungen die gebrauchtsabhängige Entwicklung des Gehirns dar. Das sich entwickelnde Gehirn organisiert und internalisiert neue Informationen in einer gebrauchtsabhängigen Art und Weise. Je mehr das Kind sich in einem Zustand des Hyperarousal oder der Dissoziation befindet, umso mehr wird es nach einer Traumaerfahrung neuropsychiatrische Symptome in Richtung einer posttraumatischen Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder – PTSD) entwickeln. Der momentane Zustand der neuronalen Aktivierung und der humoralen Stressreaktion kann als Anpassung an die überfordernden traumatisierenden Situationen persistieren und in eine Eigenschaft der Fehlanpassung übergehen. Als Folge kann das Individuum auf spezifische Erfordernisse der sozialen Umwelt nicht adäquat reagieren. Im sich entwickelnden Gehirn hängen die noch undifferenzierten neuronalen Systeme von Schlüsselreizen der Umwelt und der Mikroumwelt ab (etwa von Neurotransmittern und Neurohormonen, zu denen auch das Cortisol und das neuronale Wachstumshormon zählen), um sich von ihren undifferenzierten, unreifen Formen zu ihren vorgesehenen Funktionen zu entwickeln. Das Fehlen oder eine Störung innerhalb dieser sensiblen Phasen oder dieser kritischen Schlüsselreize kann etwa zu anormalen neuronalen Teilungen und Synapsenentwicklungen führen. Nach Perry et al. (1995) ist die Wirkung früher kindlicher Interaktionserfahrungen in einem Entwicklungsmodell der gebrauchtsabhängigen Ausformung neuronaler und organischer Hirnstrukturen zu konzeptualisieren (vgl. auch Hüther, 1996; Hüther, 1998; Hüther, 1999 a; Hüther, 1999 b; Hüther, 1999 c; Hüther u. a., 1999; Liu u. a., 1997; Meaney u. a., 1988; Meaney u. a., 1990; Spitzer, 2000). Ein ähnlicher Einfluss insbesondere auf die Reifung der orbito-frontalen Hirnregion, die für die Steuerung, Integration und Modulation von Affekten zuständig ist, kann auch für andere traumatische Erfahrungen im Kindesalter während der Reifungszeit des kindlichen Gehirns angenommen werden (Schoe, 1996; Schoe, 1997; Schoe, 2001 b; Schoe, 2001 a). Misshandlung bzw. Traumata in der frühen Kindheit verändern auch stark die Entwicklung der rechten nonverbalen Gehirnhälfte, die für verschiedene Aspekte der Bindung und Affektregulation verantwortlich ist (Schoe, 2001 a).

Aufgrund der bis jetzt gefundenen Zusammenhänge kann vermutet werden, dass ein ungelöstes Trauma der Mutter und/oder des Vaters und/oder des Kindes selbst zu entsprechenden Störungen in der ganz frühen Interaktion zwischen Eltern und Säugling führt. Diese Störung in der Interaktion könnte die Ausbildung eines desorganisierten Bindungsverhaltensmusters sowie eines desorganisierten „inneren“ Arbeitsmodells der Bindung beim Säugling zur Folge haben. Falls es zu wiederholten traumatischen Trennungserfahrungen kommt, könnte sich nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern – quasi als psychopathologische Steigerung – eine Bindungsstörung entwickeln.

Säuglinge mit einer genetischen Veränderung im Dopamin-Regulationssystem könnten hierfür besonders empfänglich sein. Die neuronalen Muster, die dadurch ausgebildet werden, spiegeln die inkohärenten Verhaltensweisen der Mutter bzw. des Vaters in der Interaktion wider. Diese inkohärenten neuronalen Muster bilden sich in den desorganisierten Verhaltensweisen des Säuglings oder Kindes in bindungsrelevanten Situationen ab. Diese kindlichen Verhaltensweisen bei desorganisiertem Bindungsmuster haben auf der Symptomebene Ähnlichkeiten mit dem ADHD-Syndrom und sind im Kindergarten- und Grundschulalter häufig mit aggressiven Verhaltensweisen assoziiert. Somit wäre ein desorganisiertes Bindungsmuster bei Säuglingen und Kleinkindern ein Vorläufer für eine ADHD-Symptomatik bei Vorschulkindern und Schulkindern sein (Brisch u. a., 2010a; Brisch u. a., 2010b; Kern u. a., 2011; Vuksanovic und Brisch, 2010).

## **Prävention von Bindungsstörungen**

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.

„SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ ist ein Präventionsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind, das vom Autor an der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität in München entwickelt wurde. SAFE® hat zum Ziel, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind zu fördern (Brisch, 2010c). Dadurch sollen insbesondere Bindungsstörungen und die Weitergabe von belastenden Erfahrungen über Generationen durch das primäre Präventionsprogramm vorgebeugt werden. Durch die Teilnahme an SAFE® soll es Eltern ermöglicht werden, die emotionalen Bedürfnisse ihrer Kinder – insbesondere im Hinblick auf die Bindungsentwicklung – besser wahrzunehmen und durch feinfühliges Interaktionsverhalten die Entwicklung einer sicheren Bindung zu fördern. Nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Bindungsforschung zeigen Kinder mit einer sicheren Bindung u. a. mehr prosoziales und weniger aggressives Verhalten, bessere kognitive Fähigkeiten und mehr Bewältigungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen und sie sind kreati-

ver und ausdauernder bei Leistungsanforderungen als Kinder mit einer unsicheren Bindungsentwicklung.

SAFE® richtet sich an alle werdenden Eltern bis etwa zur 28. Schwangerschaftswoche und wird bis zum Ende des ersten Lebensjahres in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt. Die (werdenden) Mütter und Väter erhalten an insgesamt zehn ganztägigen Seminartagen (vier vor der Geburt, sechs nach der Geburt im Laufe des 1. Lebensjahres) Informationen zur emotionalen Entwicklung des Säuglings und zur Bindungsentwicklung von Kindern zu ihren Eltern vor und nach der Geburt. In Kleingruppen unter fachkundiger Leitung von SAFE®-Mentoren gibt es Raum für die Fragen der Eltern, und um über ihre Hoffnungen und Ängste im Hinblick auf die neue Lebenssituation mit Kind zu sprechen. Wichtiger Bestandteil des Elterntrainings ist ein Feinfühligkeitstraining, bei welchem sie sensibilisiert werden für die Signale des Säuglings, durch die er seine Bedürfnisse mitteilt. Somit können Eltern lernen, von Anfang an dessen Bedürfnisse und Emotionen wahrzunehmen sowie prompt und angemessen auf diese zu reagieren.

Das SAFE®-Programm beinhaltet vier Module: ein pränatales und ein postnatales Seminar-Modul, die Möglichkeit der Einzelberatung und eine Hotline, unter der sich die Eltern an ihre SAFE®-MentorInnen wenden können, um sich bei schwierigen Situationen Rat zu holen, z. B. wenn sich ihr Baby nicht beruhigen lässt. Bei Bedarf können Eltern mit besonderen Belastungssituationen bei der Suche nach weiteren Hilfestellungen unterstützt werden.

Hebammen, FrauenärztInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen, SozialpädagogInnen, KinderärztInnen, Kinderkrankenschwestern- und -pfleger sowie ErzieherInnen können sich zu SAFE®-MentorInnen ausbilden lassen. In vielen Städten Deutschlands sowie auch in anderen Ländern werden inzwischen SAFE®-Gruppen von ausgebildeten SAFE®-MentorInnen angeboten. Inzwischen gibt es über 3.000 SAFE®-MentorInnen ([www.safe-programm.de](http://www.safe-programm.de)).

Ein weiteres Präventionsprogramm ist *B.A.S.E® – Babywatching gegen Aggression und Angst für Sensitivität und Empathie*.

In diesem Präventionsprogramm kommt eine Mutter mit einem Säugling einmal in der Woche für ca. 30 Minuten in den Kindergarten. Zu Beginn ist der Säugling erst wenige Wochen alt und die Mutter kommt mit ihm bis zum Ende des ersten Lebensjahres, wenn der Säugling läuft und seine ersten Worte spricht. Unter Anleitung von geschulten Erzieherinnen werden ca. 25 Kinder für eine halbe Stunde zur Mutter-Kind-Beobachtung angeleitet, während sie im Stuhlkreis sitzen. Diese angeleitete Beobachtung schult die Empathiefähigkeit der Kinder und es können positive Verhaltensänderungen gesehen werden. Für viele Einzelkinder besteht zum ersten Mal die Chance, über die Dauer von einem Jahr ein Baby zu beobachten und sich empathisch in die Nöte, Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Ängste eines Babys und seiner Mutter einzufühlen. Diejenigen Kinder, die in diesen

Babybeobachtungsgruppen waren, verhalten sich im Vergleich mit Kindern einer Kontrollgruppe nach einem Jahr weniger aggressiv, sind weniger ängstlich, verhalten sich kooperativer, sind flexibler, und holen sich eher Rat und Hilfe bei der Erzieherin. Dies zeigt, dass vermutlich die erlernten Empathiefähigkeiten von den Kindern auch auf die alltäglichen Interaktionen untereinander übertragen werden können und es zu einer Generalisierung der erlernten Verhaltensweisen kommt (Haneder, 2011).

Es wäre wünschenswert, dass wir in Zukunft die Kompetenzen vieler Eltern, Pädagogen und Sozialarbeiter schulen könnten, so dass sie emotional für die Sorgen und Nöte der ihnen anvertrauten Kinder verfügbarer wären, weil sie die eigenen Traumata aus ihrer Kindheit möglichst verarbeitet hätten. Dadurch könnten sie empathie- und beziehungsfähiger werden und möglichst ihre eigene, erworbene sichere Bindungsrepräsentation als Ressource für ihre Autonomie und für die Entwicklungsförderung einer sicheren Bindung dieser Kinder nutzen.