

Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
für Jugend- und Eheberatung e.V.

## Erziehungsberatung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung

**DAJEB**

Informationsrundschriften  
Nr. 210                      Mai 2005

## Inhaltsverzeichnis

Rolf Holtermann:	Zu diesem Heft	2
Renate Gamp	Zum Gedenken an Regine Schwarz-Wörner	3
Jörg Maywald	Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch	4
Michael Naumann-Lenzen	Posttraumatische Belastungsstörungen	22
Liane Will	Bindungstheorie, Grundlagen der Bindungstheorie	54
Andrea Möhle	Bindungstheorie, Die Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie	71
Ulrich Kruse:	Rezension: Franz Knist, Gitte Landgrebe: <i>Qualitätsentwicklung in der Beratungsarbeit</i>	91
Ulrich Kruse:	Rezension: David Servan-Schreiber: <i>Die neue Medizin der Emotionen</i>	92
Ehrenfried Erbsch:	Rezension: Marshall B. Rosenberg: <i>Erziehung, die das Leben bereichert. Gewaltfreie Kommunikation im Schulalltag</i>	93

## Zu diesem Heft

Liebe Leser und Leserinnen,

ein afrikanisches Sprichwort sagt: "It takes a village to raise a child". Ein ganzes Dorf ist nötig, um ein Kind zu erziehen. Erziehung ist also die Aufgabe vieler; nicht nur der Eltern, auch der Erzieher(innen), der Lehrer(innen), der Pastor(inn)en etc. Wir beobachten, dass Unsicherheiten und Probleme im Erziehungsalltag bei Erziehenden und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen zunehmen. Eltern fühlen sich immer öfter mit den Erziehungsaufgaben überfordert, manche haben als Folge der antiautoritären Erziehung erzieherische Vorbilder verloren. Private Fernsehsender haben dieses Phänomen erkannt. Sie schlachten den Erziehungsnotstand in deutschen Familien für ihre kommerziellen Zwecke medien- und publikumswirksam aus. Sie führen dabei die Kinder vor, stellen sie in skandalöser Form vor Millionen von Fernsehzuschauern bloß. Super-Nannys suggerieren schnelle Lösungen für Erziehungsprobleme. Da wecken die Medien falsche Erwartungen; aber es ist zu begrüßen, wenn Erziehende erleben, dass sie nicht allein mit ihren Problemen dastehen. Wichtig ist jedoch, dass sie qualifizierte Beratung suchen und kompetente Hilfe in Anspruch nehmen, wenn sie "mit ihrem Latein am Ende sind".

Mitarbeiter(innen) von Beratungsstellen für Ehe-, Familien- und Lebensfragen werden immer häufiger um Erziehungsberatung gebeten. Die Beratungsstellen müssen sich auf die Nachfrage einstellen, Qualitätssicherung betreiben, ihr Angebot erweitern und ihre Mitarbeiter(innen) beim Erwerb von Kompetenzen in der Erziehungsberatung unterstützen.

Die DAJEB hat durch ihr Engagement ebenfalls versucht, die Kompetenzen von Beratern in den Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen im Bereich der Erziehungsberatung zu stärken. Von Oktober 2004 bis März 2005 hat die DAJEB fünf Module "Grundlagen der Erziehungsberatung für Ehe-, Familien- und Lebensberater" angeboten. Der Zuspruch für diese Weiterbildungsmaßnahme war überwältigend. Auch dieses DAJEB-Info will seinen Beitrag zur Qualitätssicherung der Beratungsarbeit leisten und greift einige Aspekte der Erziehungsberatung, der Beratung und Therapie bei Störbildern auf.

"Kinder sind unschlagbar", davon ist Jörg Maywald überzeugt. Er wagt in seinem Beitrag einen Rückblick in die Geschichte der Gewalt gegen Kinder und macht bewusst, dass das Recht auf Schutz der Kinder vor Gewalt noch eine junge Überzeugung ist. Um Gewalt gegen Kinder weiter zurückzudrängen, plädiert er für ein interdisziplinäres Vorgehen. Diese Notwendigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und einer kombinierten Behandlungsführung postuliert auch Michael Naumann-Lenzen in seinem Beitrag über Störungsbilder und Therapie von traumatisierten Kindern.

Die Basis für eine liebe- und respektvolle Erziehung wird schon durch das Bindungsverhalten in der Kindheit mitgeprägt. Für die Beiträge über Bindungstheorie

haben wir zwei Autorinnen gewinnen können, die gegenwärtig ihre Ausbildung als Ehe-, Familien- und Lebensberaterin bei der DAJEB machen. Liane Will und Andrea Mösle haben ihre Literaturarbeiten in der Form von Referaten zur Verfügung gestellt. Bowlby, einer der Väter der Bindungstheorie, erkannte: Bindung ist ein Urbedürfnis des Menschen. Es drückt seine Sehnsucht nach stabilen Bindungen aus. Das Ernstnehmen dieses Grundbedürfnisses ist so wichtig für das Überleben des Menschen wie Essen und Trinken. Unbewusste Konflikte, Störungen und Verunsicherungen im Bindungsverhalten in der eigenen Kindheit der Eltern sind mitverantwortlich für Störungen zwischen Eltern und Kindern heute.

Für diese Beiträge sowie die Buchhinweise und Rezensionen am Schluss danke ich im Namen des Vorstandes allen Autoren und wünsche Ihnen wieder gute Anregungen für die eigene Arbeit,

Ihr Rolf Holtermann

### Zum Gedenken an Regine Schwarz-Wörner

Mit großer Bestürzung haben wir im August 2004 die Nachricht vom Tod von Regine Schwarz-Wörner aufgenommen – sie starb am 24.2.2004; sie war verheiratet und hinterlässt 2 Kinder.

Regine Schwarz-Wörner war seit 1984 Mitglied bei uns, davon vier Jahre auch im Vorstand tätig. Hier hat sie mit großem Elan die Pressearbeit verantwortet. Dies war zu der Zeit ein Novum, da wir festgestellt hatten, dass der Kontakt zur Presse nur sinnvoll ist, wenn er professionell geschieht. Dafür stand Regine Schwarz-Wörner. Sie hat auch für uns die Vertretung beim Deutschen National-Komitee der Weltfamilienorganisation übernommen.

Bei der Jahrestagung 1990 war sie für die Durchführung mitverantwortlich. Das Thema damals war: "Vom Umgang mit dem Altern – Mythen – Wirklichkeit – Möglichkeiten". Ein noch heute höchst aktuelles Thema! Diese Jahrestagung ist uns darüber hinaus in besonderer Erinnerung, da wir zum ersten Mal Kolleginnen und Kollegen aus der – damals noch existierenden – DDR begrüßen konnten.

Regine Schwarz-Wörner schied aus der Vorstandsarbeit aus, weil sie sich sowohl in der beraterischen als auch der unternehmerischen Arbeit intensiver engagieren wollte. Denn sie musste den Familienbetrieb in Solingen übernehmen. Ich erinnere mich noch gut, wie sie von der Verpflichtung gegenüber dem Unternehmen sprach, gleichzeitig aber auch die interessante Erfahrung machte, die zusätzliche beraterische Kompetenz in die Führung der Firma mit einbringen zu können.

Renate Gamp

# Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch

## Eine Übersicht aus sozialwissenschaftlicher Perspektive

(Nachdruck aus Familie-Partnerschaft-Recht, Heft 6/2003 mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Beck-Verlages Frankfurt)

To cure is the voice of the past, to prevent the divine whisper of today.<sup>1</sup>

**Zusammenfassung: Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch sind die häufigsten Anlässe für ein Verfahren nach § 1666 BGB (Gefährdung des Kindeswohls). Bezüglich der Frage, wie den betroffenen Kindern am besten geholfen werden kann, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. Neben den rechtlichen spielen medizinische, psychiatrische, psychologische und sozialpädagogische Aspekte eine Rolle. Nicht zuletzt muss das Gewalthandeln in einem soziokulturellen Kontext und vor dem Hintergrund historischer Veränderungen im Generationenverhältnis verstanden werden. Ziel aller Bemühungen ist es, durch verbesserte Prävention die Gewalt gegen Kinder immer weiter zurückzudrängen.**

### I. Die Stellung des Kindes: ein allmählicher Wandel

Die Auffassung, dass Kinder ein Recht auf Schutz vor Gewalt haben, ist historisch jung und auch heutzutage im Bewusstsein vieler Menschen nicht fest verankert. "Die Geschichte der Kindheit ist ein Alptraum, aus dem wir gerade erst erwachen. Je weiter wir in der Geschichte zurückgehen, desto unzureichender wird die Pflege der Kinder, die Fürsorge für sie, und desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder getötet, ausgesetzt, geschlagen, gequält und sexuell missbraucht wurden", heißt es bei de Mause in seiner psychogenetischen Geschichte der Kindheit unter dem Titel "Hört ihr die Kinder weinen?".<sup>2</sup> An anderer Stelle fährt er fort: "Bei antiken Autoren (gibt es) Hunderte von eindeutigen Hinweisen darauf, dass das Umbringen von Kindern eine allgemein akzeptierte alltägliche Erscheinung war. Kinder wurden in Flüsse geworfen, in Misthaufen und Jauchegräben geschleudert, in Gefäßen eingemacht, um sie darin verhungern zu lassen, auf Bergen und an Wegrändern ausgesetzt als Beute für Vögel, Futter für wilde Tiere, die sie zerreißen würden".<sup>3</sup>

<sup>1</sup> British Med.J. 17 (1903), S. 154-155

<sup>2</sup> de Mause, *Hört ihr die Kinder weinen?* (1977), S. 12

<sup>3</sup> de Mause, a.a.O., S. 46

Auch wenn es Zeugnisse dafür gibt, dass Eltern in der Antike durchaus zu Mitgefühl fähig und ihnen die Kinder nicht gleichgültig waren, ist doch festzustellen, dass Kinder lange Zeit nicht als vollwertige Menschen galten. Bezeichnend ist, dass im Griechischen und Lateinischen die Begriffe für "Kind" (*pais* bzw. *puer*) zugleich auch "Sklave" und "Diener" bedeuten. Im patriarchalischen Römischen Recht lag es in der Hand des Vaters, ein neu geborenes Kind anzunehmen oder dem Tode auszusetzen (*ius vitae et necis*). Bis zum 4. nachchristlichen Jahrhundert galt der Kindermord weder vor dem Gesetz noch in der öffentlichen Meinung als etwas Unrechtes.

Tiefgreifende Änderungen ergaben sich durch das Aufkommen des Christentums. Es ist vermutlich kein Zufall, dass es erst eines Massenmordes an Kindern durch den Römischen Statthalter Herodes bedurfte, das Bild vom Kind nachhaltig zu verändern und Kinder als den Erwachsenen zumindest vor Gott gleich gestellte Menschen anzuerkennen. In Folge der sich allmählich durchsetzenden christlichen Fürsorgepflicht (*Caritas*) wurden Kindesaussetzungen verboten und es kam zur Gründung von Kinderschutzeinrichtungen. In Mailand wurde 787 n. Chr. das erste Asyl für ausgesetzte Kinder eröffnet.

Im Zuge der Aufklärung wandelte sich das Bild vom Kind erneut. Neben die Anerkennung eines eigenständigen Lebensrechts des Kindes trat die Auffassung, dass Kinder einer besonderen Förderung bedürfen. Die Kindheit als "Erfindung der Moderne" – als Lebensabschnitt mit eigenen Bedürfnissen – wurde geboren. Neben der Familie etablierte sich die Schule als öffentlicher Ort der Erziehung. Im 18. und vor allem im 19. Jahrhundert wurden Arbeitsschutz- und Misshandlungsverbotsgesetze erlassen, nicht zuletzt unter dem Eindruck, dass durch die massenhafte Ausbeutung und Misshandlung von Kindern die Bereitstellung eines gut funktionierenden Nachwuchses für Wirtschaft und Militär zu leiden drohte.

Das Recht der Eltern und Lehrer auf körperliche Züchtigung blieb davon allerdings vorerst unberührt. Als im Jahre 1900 das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) in Kraft trat, wurde zwar das bis dahin bestehende Züchtigungsrecht des Ehemannes gegenüber seiner Ehefrau aufgehoben; im Verhältnis zu den Kindern hatte der Vater jedoch gemäß der ursprünglichen Fassung des § 1631 Abs. 2 weiterhin ausdrücklich das Recht, "kraft des Erziehungsrechts angemessene Zuchtmittel gegen das Kind anzuwenden".

### II. Vom patriarchalen Züchtigungsrecht zum Recht auf gewaltfreie Erziehung

Es dauerte fast sechzig Jahre, bis diese Regelung im Zuge des Gleichberechtigungsgesetzes 1958 ersatzlos gestrichen wurde. In der Praxis änderte sich dadurch kaum etwas. Denn während das Jugendarbeitsschutzgesetz aus dem Jahre 1960 ein ausdrückliches Züchtigungsverbot im Lehr- und Arbeitsverhältnis enthielt, fehlte eine solche Norm für das Eltern-Kind-Verhältnis. In der öffentlichen Meinung und auch in der Rechtsprechung wurde die körperliche Züchtigung weiterhin als Gewohnheitsrecht der Eltern betrachtet, obwohl ein solches

angebliches Recht in keinem Gesetz zu finden war. So schlossen sich im Jahre 1970 in einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach fast 40% der Erwachsenen der Meinung an: "Schläge gehören zur Erziehung, das hat noch keinem Kind geschadet." Noch Ende der 1980er Jahre verkündete der Bundesgerichtshof in einer Entscheidung, dass die Verwendung eines stabilen Wasserschlauches als Schlaggegenstand als solches nicht als entwürdigende Behandlung anzusehen sei.<sup>4</sup>

Allmählich allerdings setzte ein Stimmungsumschwung ein. Im Jahre 1998 – also beinahe dreißig Jahre später – waren nur noch knapp 15% der Erwachsenen in Ost und West der Ansicht, dass Schläge zur Erziehung gehören, während der Anteil derer, die es grundsätzlich verkehrt finden, ein Kind mit Schlägen zu bestrafen, von 28% im Jahre 1970 auf immerhin fast 40% im Jahre 1998 angestiegen ist. Parallel hierzu gab es wichtige Veränderungen in Rechtsprechung und Gesetzgebung. Bereits 1968 stellte das Bundesverfassungsgericht, in einer Grundsatzentscheidung fest, dass das Kind "ein Wesen mit eigener Menschenwürde und einem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit im Sinne der Art. 1 Abs. 1 und 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ist".<sup>5</sup> In der Folge dieses Urteils setzt sich durch, das Elternrecht ausschließlich als ein pflichtgebundenes Recht zu verstehen, das seine Begrenzung im Wohl des Kindes findet. Im Zuge der großen Sorgerechtsreform kam dann 1980 der Übergang von der elterlichen Gewalt zur elterlichen Sorge und mit ihr die neue Vorschrift des § 1631 Abs. 2 BGB, die lautete: "Entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig."

Die Verabschiedung der Kinderrechtskonvention durch die Vereinten Nationen am 20.11.1989 gab der öffentlichen und rechtspolitischen Debatte zusätzlichen Schwung. Seit Inkrafttreten des Gewaltächtungsgesetzes am 8.11.2000 haben Kinder in Deutschland auch im Verhältnis zu den eigenen Eltern ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Die nun geltende Neufassung des § 1631 Abs. 2 BGB lautet: "Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig."

In der Begründung für das Gesetz heißt es ausdrücklich, dass damit keine Kriminalisierung der Familie beabsichtigt ist. Nicht die Strafverfolgung oder der Entzug der elterlichen Sorge sollen in Konfliktlagen im Vordergrund stehen, sondern Hilfen für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern. Ergänzend wurde daher im § 16 Abs. 1 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) die Pflicht der Jugendbehörden angefügt, "Wege aufzuzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können."

Mit der Verabschiedung eines Rechts von Kindern auf Erziehung ohne Gewalt genügt Deutschland zusammen mit neun weiteren Ländern (Dänemark, Finnland, Israel, Kroatien, Lettland, Norwegen, Österreich, Schweden und Zypern)

<sup>4</sup> BGH JZ 1988, 617

<sup>5</sup> BVerfG 24, 119, 144

nun auch den in der UN-Kinderrechtskonvention formulierten internationalen Ansprüchen. In Artikel 19 Abs. 1 der von Deutschland 1992 ratifizierten Konvention heißt es: "Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltausübung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut."

### III. Definition und Umfang der Gewalt gegen Kinder

Der gesetzlichen Ächtung steht die tatsächlich gegen Kinder ausgeübte Gewalt gegenüber. Bei allen epidemiologischen Untersuchungen, die auf das Ausmaß von Kindesmisshandlung zielen, hängen die Ergebnisse stark von den definitorischen Vorgaben ab. Darüber, wann auf einem Kontinuum aller möglichen Verhaltensweisen im Verhältnis zu Kindern die Schwelle zur Misshandlung überschritten wird, gehen die Meinungen auseinander. Zu beachten ist, dass bei den Definitionsversuchen neben rechtlichen und sozialwissenschaftlichen Aspekten immer auch kulturelle Werturteile eine Rolle spielen, die ihrerseits historischen Veränderungen unterliegen.

In der Praxis sind vor allem drei Definitionen von Bedeutung: (1) der an strafrechtliche Bestimmungen angelehnte, eng gefasste Begriff von Kindesmisshandlung, (2) ein an medizinischen Maßstäben orientiertes Verständnis sowie (3) eine auf sozialwissenschaftliche Kriterien bezogene, weit gefasste Definition.

1. Strafrechtlich wird die "Misshandlung von Schutzbefohlenen" in § 225, die "Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht" in § 171 des Strafgesetzbuches (StGB) erfasst. Sexueller Missbrauch wird strafrechtlich in § 174 (Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen), § 176 (Sexueller Missbrauch von Kindern), § 179 (Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen), § 180 (Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger) und § 182 StGB (Sexueller Missbrauch von Jugendlichen) behandelt. Die dort benutzten Definitionen von Misshandlung und sexuellem Missbrauch orientieren sich sämtlich an dem strafrechtlichen Rechtsgüterschutz mit dem Ziel der Ermittlung und Verfolgung des Täters.
2. Im medizinisch-therapeutischen Bereich gilt weithin die 1974 im "Child Abuse Prevention and Treatment Act (Public Law 93-247)" festgelegte klassische US-amerikanische Definition von Kindesmisshandlung als Maßstab. Sie lautet: "Kindesmisshandlung und -vernachlässigung umfasst die körperliche oder seelische Verletzung, den sexuellen Missbrauch, die Vernachlässigung oder schlechte Behandlung eines Kindes unter 18 Jahren durch eine Person,

die für das Wohlergehen des betreffenden Kindes verantwortlich ist, und unter Umständen, die anzeigen, dass dadurch Gesundheit und Wohlergehen des Kindes geschädigt oder bedroht werden."<sup>6</sup> Bei dieser Definition stehen die sich aus der Misshandlung ergebenden gesundheitsschädigenden Folgen für das Kind im Mittelpunkt.

3. In sozialwissenschaftlicher Perspektive hat das Kinderschutz-Zentrum Berlin eine differenzierte Definition entwickelt: "Kindesmisshandlung ist eine das Wohl und die Rechte eines Kindes (nach Maßgabe gesellschaftlich geltender Normen und begründeter professioneller Einschätzung) beeinträchtigendes Verhalten oder Handeln bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge durch Eltern oder andere Personen in Familien oder Institutionen (wie z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Heime oder Kliniken), das zu nicht-zufälligen, erheblichen Verletzungen, zu körperlichen und seelischen Schädigungen und/oder Entwicklungsgefährdungen eines Kindes führt, die die Hilfe und eventuell das Eingreifen von Jugendhilfe-Einrichtungen in die Rechte der Inhaber der elterlichen Sorge im Interesse der Sicherung der Bedürfnisse und des Wohls eines Kindes notwendig machen."<sup>7</sup> Diese Definition knüpft mit der Schwelle zur Kindesmisshandlung an gesellschaftliche Normsetzungen an. Sie bezieht institutionelle Formen der Misshandlung mit ein, orientiert sich an den Folgen für das Kind und unterstreicht dessen Schutz- und Hilfebedürfnis.

Wegen der Schwierigkeit einer einheitlichen Definition und aufgrund des Dunkelfeldes lässt sich das gesamte Ausmaß der Gewalt gegen Kinder nur schwer ermitteln. Bei allen veröffentlichten Angaben zu Inzidenz (Anzahl der neuen Fälle in einem bestimmten Zeitraum) und Prävalenz (Gesamtzahl aller Fälle von Kindesmisshandlung) ist selbst bei Zugrundelegung einer einheitlichen Definition kaum zu entscheiden, welchen Anteil an der Gesamtzahl das jeweils festgestellte Hellfeld beleuchtet.

Allerdings gibt es deutliche Belege dafür, dass körperliche Züchtigung in der Familie auch heute noch weit verbreitet ist. In einer Untersuchung von Bussmann<sup>8</sup> unter 2.400 Jugendlichen aus Ost und West gaben 81,5% der befragten Jugendlichen an, geohrfeigt worden zu sein. 43,5% berichteten über deftige Ohrfeigen und 30,6% über eine Tracht Prügel. In einer ergänzenden Umfrage unter 3.000 Erwachsenen äußerten 61,2%, ihren Kindern gegenüber leichte und deftige Ohrfeigen einzusetzen. 20,6% berichteten, schon einmal eine Tracht Prügel verabreicht zu haben.

---

<sup>6</sup> Ten Bensele, Kinder in einer Welt der Gewalt: Misshandlung im geschichtlichen Rückblick, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 40

<sup>7</sup> Kinderschutz-Zentrum Berlin (Hg.), Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen (2000), S. 26

<sup>8</sup> Bussmann, Changes in Family Sanctioning Styles and the Impact of Abolishing Corporal Punishment, in: Frehsee u. a. (Hg.): Family Violence Against Children (1996), S. 39 ff

Die Sachverständigenkommission des 10. Kinder- und Jugendberichts geht aufgrund einer Studie von Wetzels<sup>9</sup> davon aus, dass jährlich rund 150.000 Kinder von ihren Eltern körperlich misshandelt werden. Entsprechende Untersuchungen zur psychischen Misshandlung und Kindesvernachlässigung liegen nicht vor. Nach vorsichtigen Schätzungen<sup>10</sup> ist davon auszugehen, dass insgesamt etwa 20% aller Erwachsenen in ihrer Kindheit mit schwerwiegenden bzw. häufigen Formen der körperlichen oder sexuellen Gewalt konfrontiert waren. Die entsprechenden Zahlen bei Vernachlässigung werden auf 5% bis 10% geschätzt.

#### IV. Formen der Misshandlung

Die Misshandlung eines Kindes besteht nur selten in einer einmaligen gewaltsamen Handlung, auch wenn ein einzelner Vorgang (z. B. das Schütteln eines Säuglings mit der Folge eines Hirntraumas) mit erheblichen Verletzungen für das Kind verbunden sein kann. Typischerweise ist Kindesmisshandlung ein aus mehreren Elementen zusammengesetztes Syndrom negativer Einwirkungen (Handlungen und Unterlassungen) auf ein Kind.

Auch wenn es für eine diagnostische Fokussierung sinnvoll ist, verschiedene Formen der Misshandlung zu unterscheiden, kommen diese in der Praxis selten isoliert vor. Besonders in schweren Misshandlungsfällen sind häufig komplexe Mischformen zu beobachten, die sich gegenseitig überlappen und verstärken. So haben körperliche Misshandlungen immer auch in seelischer Hinsicht schädigende Folgen für das Kind. Vernachlässigungen und sexuelle Misshandlungen sind sowohl mit körperlichen als auch mit psychischen und psychosomatischen Konsequenzen verbunden. Gerade die Verschränkung der verschiedenen Aspekte macht ihre pathogene Wirkung aus.

##### IV.1. Körperliche Misshandlung

Körperliche Misshandlung umfasst alle Handlungen, vom einzelnen Schlag mit der Hand, über Prügeln, Festhalten und Würgen bis hin zum gewaltsamen Angriff mit Riemen, Stöcken, anderen Gegenständen und Waffen, die zu einer nicht-zufälligen körperlichen Verletzung eines Kindes führen, wobei es vor allem zu Blutergüssen, Prellungen, Schädel- und Knochenbrüchen, aber auch zu inneren Verletzungen und zu Verbrennungen, Verbrühungen oder Vergiftungen kommt. Sie sind einerseits die Folge gezielter Gewaltausübung, z. B. bei exzessiven Kontrollmaßnahmen. Andererseits stellen körperliche Misshandlungen eine Form impulsiver sowie reaktiver Gewalttätigkeit dar. Dies ist vor allem in zugespitzten Stress-Situationen der Fall.

---

<sup>9</sup> Wetzels, Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Forschungsbericht Nr. 59 des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (1997)

<sup>10</sup> Johns, Gewaltfreie Erziehung – geht das überhaupt?, in: "frühe Kindheit" (4/1999), S. 20-25

## IV.2. Seelische Misshandlung

Psychische Misshandlung bezeichnet qualitativ und quantitativ ungeeignete und unzureichende, altersinadäquate Handlungen, Haltungen und Beziehungsformen von Sorgeberechtigten zu Kindern in der Form der Ablehnung, des Überfordern, des Herabsetzens und Geringschätzens, des Ängstigens und Terrorisierens, des Isolierens, des Korrumpierens, der Ausbeutung und der Verweigerung von emotionaler Zuwendung und Unterstützung, wodurch das Bestreben eines Kindes, seine affektiven, kognitiven und moralischen Entwicklungsbedürfnisse zu befriedigen, in einem Maße eingeschränkt und frustriert wird, dass die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes beeinträchtigt und geschädigt wird. Seelische Misshandlung kann als momentanes Geschehen in einem extremen Verhaltensakt (z. B. einer verbalen Attacke) bestehen. Sie kann sich aber auch als chronisches Interaktionsmuster ausdrücken, das durch subtile Verhaltensweisen (z. B. emotionale Unnahbarkeit) gekennzeichnet ist.

Chronische psychische Misshandlungen führen, soweit kompensatorische Erfahrungen nicht gemacht werden, in der Regel zu erheblichen Verhaltens-, Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen, vor allem zu einem schwachen Selbst, zu unsicher-ambivalenten oder desorientierten Bindungsmustern, zu irritierter Selbst- und Fremdwahrnehmung und zu einer Einschränkung sozialer und kognitiver Kompetenzen und Potentiale.

## IV.3. Vernachlässigung

Kindesvernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns durch sorgeverantwortliche Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann bewusst oder unbewusst, aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Die Vernachlässigung kann sich neben der mangelnden Befriedigung körperlicher Bedürfnisse (Nahrung, Bekleidung, Unterkunft, Sicherheit) auf den emotionalen Austausch, die allgemeine Anregung, die Sprache, die Grob- oder Feinmotorik und/oder auf die mangelnde Beaufsichtigung und Gesundheitsfürsorge des Kindes beziehen. Eine besondere Form der Vernachlässigung stellt der Drogenkonsum in der Schwangerschaft dar, bei der die Mutter durch die Einnahme von Alkohol oder anderer Gifte die Gesundheit des Fötus schädigt.

Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung hemmt, beeinträchtigt oder schädigt die körperliche, geistige und seelische Entwicklung des Kindes und kann besonders bei Säuglingen und Kleinkindern zu gravierenden bleibenden Schäden, nicht organischen Gedeihstörungen (Non organic failure to thrive) oder gar zum Tode führen.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> vgl. *Deutscher Kinderschutzbund NRW e.V. u. a.*, Kindesvernachlässigung. Erkennen, Beurteilen, Handeln (2000)

Vernachlässigung weist auf eine schwerwiegende Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind hin, in der es in zugespitzten Krisensituationen häufig parallel zu körperlichen Misshandlungen kommt.

## IV.4. Sexueller Missbrauch / sexualisierte Gewalt

Sexueller Missbrauch (sexualisierte Gewalt) ist eine geltende Generations-schranken (unter Ausnutzung einer Macht- und Autoritätsposition) überschreitende sexuelle Aktivität eines Erwachsenen oder Jugendlichen mit Minderjährigen in der Form der Belästigung, der Masturbation, des oralen, analen oder genitalen Verkehrs oder der sexuellen Nötigung bzw. der Vergewaltigung sowie der sexuellen Ausbeutung durch Nötigen von Minderjährigen zu pornographischen Aktivitäten und Prostitution, wodurch die körperliche und seelische Entwicklung, die Unversehrtheit und Autonomie, die sexuelle Selbstbestimmung der Minderjährigen gefährdet und beeinträchtigt werden und die Gesamtpersönlichkeit nachhaltig gestört wird. Der Täter bzw. die Täterin nutzt seine/ihre Machtposition und die Abhängigkeit des Kindes aus und ignoriert die Grenzen des Kindes. Sexueller Missbrauch ist oft mit seelischen Misshandlungen (Erpressungen) und in schweren Fällen häufig mit Vernachlässigungen verknüpft.

In 80% bis 90% der Fälle werden Missbrauchshandlungen an Kindern durch männliche Täter begangen. Immerhin rund ein Drittel aller Fälle geht auf das Konto jugendlicher Täter.

Die Schwere des Traumas sexueller Misshandlungen ist abhängig vom Alter der Betroffenen bei Misshandlungsbeginn und von der Dauer, Häufigkeit und Intensität der sexuellen Aktivität und der emotionalen Beziehung zwischen den Beteiligten. Generell gilt, dass chronische gewaltsame Missbrauchserfahrungen zu weitaus schwereren Schädigungen führen, als dies bei verbalen Entgleisungen (sexueller "Anmache") oder bei exhibitionistischen und voyeuristischen Vorgängen der Fall ist.

## IV.5. Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom (Münchhausen-Syndrom by proxi) ist eine relativ selten vorkommende, für das betroffene Kind mit schweren Folgen verbundene Kombination von physischer und psychischer Misshandlung. Hier simulieren die Eltern bei ihrem (oft sehr kleinen) Kind eine Krankheit. Manchmal handelt es sich nur um erfundene, berichtete Krankheitssymptome, manchmal werden jedoch auch körperliche Symptome herbeigeführt, um eine Krankheit vorzutäuschen. Häufig werden die Kinder zahlreichen und schmerzhaften medizinischen Eingriffen unterzogen, die alle ohne krankhaften Befund bleiben. Ohne dies zu beabsichtigen, wirkt das medizinische Personal dadurch an der Misshandlung des Kindes mit. Im Gegensatz zu den elterlichen Berichten bei körperlicher Misshandlung, wo typischerweise ein Widerspruch zwischen unerklärten Befunden und den zur Erklärung von den Eltern dargestellten Geschichten besteht, wird im Falle des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms nicht nur die Ge-

schichte erfunden, sondern auch die Krankheit selbst. Die Eltern bestreiten jegliche Kenntnis der Krankheitsursache und liefern ihr Kind dadurch langwierigen diagnostischen Prozeduren aus.

#### IV.6. Andere Formen der Misshandlung

Weitere selten vorkommende Formen von Kindesmisshandlung sind bizarre und gesundheitsgefährdende Ernährungsformen (z. B. makrobiotische Ernährung im ersten Lebensjahr, Verabreichung von Kaffee an kleine Kinder), Wasserentzug und Wasservergiftung, erzwungener Drogenkonsum, psychosoziale Fettsucht im Kindesalter, das Vorenthalten lebensrettender medizinischer Maßnahmen (z. B. aus religiöser Überzeugung), das Anhalten des Kindes zu verbotener Kinderarbeit sowie bestimmte Formen des sexuellen Sadismus.

#### V. Ursachen von Misshandlung

Kindesmisshandlung ist nicht monokausal erklärbar. Vielmehr handelt es sich um ein vieldimensionales, prozesshaftes Geschehen, an dem in der Regel mehrere Personen beteiligt sind und das in einen familialen, institutionellen und gesellschaftlich-kulturellen Kontext eingebettet ist. Misshandlungen entstehen multifaktoriell. Ihr Auftreten wird durch das Aufeinandertreffen verschiedener Risikofaktoren begünstigt.

Kindesmisshandlung ist nicht allein ein Unterschichtproblem. Sie kommt aber in sozial benachteiligten Milieus aufgrund der größeren psychosozialen Belastung gehäuft vor. Soziale Not verringert die Chance, für ein Kind gut sorgen zu können. Auch kulturelle Anpassungsschwierigkeiten erhöhen das Risiko von Gewalt gegen Kinder, besonders dann, wenn eine mangelnde Verwurzelung in der Herkunftskultur begleitet wird von geringen Chancen der Integration in die Aufnahmekultur. Dabei ist allerdings nicht die Kultur "in sich und aus sich heraus kausal, sondern sie funktioniert in den je gegebenen Konstellationen von Risiko- und protektiven Faktoren".<sup>12</sup>

Trotz vielfältiger und im Einzelfall sehr unterschiedlicher Faktoren, die für die Entstehung von Kindesmisshandlung ursächlich sind, gibt es typische Muster, soziale Bedingungen, Beziehungskonstellationen und Krisensituationen, die sich wechselseitig verstärken und als Risikofaktoren an der Entstehung von Misshandlungen beteiligt sind. Zu unterscheiden sind (1) psychosoziale Risikofaktoren, (2) elterliche Risikofaktoren, (3) auf das Kind bezogene Risikofaktoren und (4) auslösende Faktoren für Misshandlungen.

1. Zu den psychosozialen Risikofaktoren gehören Arbeitslosigkeit, finanzielle und materielle Notlagen (sozialer Abstieg), Leistungsdruck bzw. berufliche Probleme, kulturelle Anpassungsschwierigkeiten, soziale Isolation und sehr enge Wohnverhältnisse.

<sup>12</sup> Korb, Kindesmisshandlung im kulturellen Kontext, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 72

2. Elterliche Risikofaktoren sind akute und chronische Belastungen wie Krankheit oder Sucht, Gewalterfahrungen in der eigenen Kindheit und mangelnde Bewältigungsstrategien sowie gravierende Beziehungs- und Partnerkonflikte. Gefährdungen entstehen auch, wenn Eltern einen rigiden (z. B. bei vehementer Befürwortung eines elterlichen Züchtigungsrechts) oder inkonsistenten Erziehungsstil verfolgen und wenn sie überhöhte oder unrealistische Erwartungen an das Kind stellen.
3. Faktoren, die mit der Geschichte und Konstitution des Kindes zusammenhängen, erhöhen oder verringern das Risiko einer Misshandlung und führen häufig dazu, dass gerade ein Kind unter mehreren in einer Familie besonders gefährdet ist (Aschenputtel-Syndrom).

Zu den pränatalen Risikofaktoren gehören unerwünschte Schwangerschaft, unklare Vaterschaft, geplanter aber nicht realisierter Schwangerschaftsabbruch, kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaft, Risiko-Schwangerschaft, Schwangerschafts-Depression, psychosoziale Krisen während der Schwangerschaft und sehr junge Elternschaft.

Perinatale Risiken sind Frühgeburtlichkeit, Missbildung oder Behinderung des Kindes sowie die Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt.

Postnatale Faktoren, die das Risiko einer Misshandlung erhöhen, sind kränkelnde Säuglinge, körperlich oder geistig behinderte Kinder, Kinder mit Ge-deih- oder Regulationsstörungen (Schrei-, Ess- oder Schlafstörungen) sowie Kinder, die gegenüber der ursprünglichen Erwartung das "falsche" Geschlecht haben.

4. Auslösende Faktoren für Misshandlungen sind zumeist Stress- und Krisensituationen, die in psychischen Überforderungen gipfeln. Geringfügige Anlässe im Zusammenspiel mit chronischen Belastungen führen zum Zusammenbruch des psychischen Gleichgewichts. In einem Krisenzyklus werden typischerweise wie in einem Teufelskreis die äußere Realität überschätzt, die eigenen Handlungsmöglichkeiten dagegen unterschätzt. Ein Gefühl der Hilflosigkeit stellt sich ein, das sich in Aggression wandelt, die sich dann auf dem Rücken des Kindes entlädt.

Zur offenen Misshandlung und/oder Vernachlässigung kann es typischerweise dann kommen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen kumulativ gegeben sind: Ein in der Eltern- oder Pflegeperson vorhandenes Potential zur Misshandlung wird in Zusammenhang mit Erinnerungsresten an die in der eigenen Kindheit erlittene Schädigung aktiviert. Dieses aktivierte Potential wird durch die Begegnung mit einem ganz bestimmten Kind und durch das Fehlen jedweden stützenden Systems in Folge der eigenen Isolation oder der Unerreichbarkeit von Hilfsdiensten verstärkt und kommt im Zuge einer physischen, psychischen oder im Umfeld liegenden Belastung oder Krise zum Ausbruch.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> vgl. Helfer u. a., Überlegungen zur Prävention aus entwicklungspsychologischer Perspektive, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 886

## VI. Folgen von Kindesmisshandlung

Die Folgen von Kindesmisshandlung sind so vielfältig wie die zugrunde liegenden Formen der Gewalt. Ihr Schweregrad hängt u. a. von der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) des Kindes und vom Vorhandensein protektiver Faktoren ab (z. B. das Vorhandensein einer Vertrauensperson im sozialen Umfeld). Manche Kinder verkraften aufgrund konstitutioneller oder anderer Faktoren Misshandlungen besser oder schlechter als andere. Eine wichtige Rolle spielt darüber hinaus, ob das Kind zusätzlich zu der ihm zugefügten Gewalt für die Misshandlung selbst verantwortlich gemacht wird bzw. sich dafür schuldig fühlt oder ob die Verantwortung eindeutig bei dem Verursacher liegt. Manche Folgen können vorübergehender Natur sein, andere ein Leben lang anhalten. Besonders bei schweren Formen der Gewalt beziehen sich die Folgen in der Regel auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes. Zu unterscheiden sind (1) organische, (2) psychosomatische, (3) intellektuell-kognitive und (4) psychische Störungen.

1. Organische Störungen: Narben; Frakturen; Gedeih- und Wachstumsstörungen; Mangelerscheinungen; bleibende Behinderungen; organspezifische Verletzungen; Geschlechtskrankheiten
2. Psychosomatische Störungen: Einnässen/Einkoten; Kopfschmerzen; Bauchschmerzen; Schlafstörungen; Ernährungsstörungen (Adipositas, Anorexie, Bulimie)
3. Intellektuell-kognitive Störungen: Entwicklungsrückstände; Sprachstörungen; Lern- und Schulleistungsschwäche, Pseudodebilität
4. Psychische Störungen: Verhaltensstörungen; Persönlichkeitsstörungen; Angstsyndrome/Alpträume; spätere Kriminalität; Suchtprobleme; sexuelle Störungen; Depressionen bis hin zum Suizid

Zu den deutlich umrissenen Störungen kommen unspezifische Beeinträchtigungen, unter denen viele misshandelte Kinder bis weit ins Erwachsenenalter hinein leiden. Hierzu gehören ein schwach ausgebildetes Identitätsgefühl, eine begrenzte Fähigkeit zur Kommunikation (vor allem in Bezug auf die eigenen Gefühle), ein häufig mit depressiven Verstimmungen einhergehendes geringes Selbstwertgefühl, die begrenzte Fähigkeit, sich anderen Menschen zuzuwenden (oberflächliche und instabile Beziehungsgestaltung), erhebliche Versagensängste und die mangelnde Bereitschaft zum Versuch (die wiederum die Wahrscheinlichkeit des Versagens erhöht) sowie Schwierigkeiten, mit den üblichen Problemen des täglichen Lebens fertig zu werden.

## VII. Posttraumatische Belastungsstörung

Die multiplen und vielschichtigen Folgen nach schweren Traumata wie Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch werden auch mit dem Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beschrieben (im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch als Posttraumatic Stress Disorder bezeichnet). Ein Trauma (Verletzung) ist dadurch gekennzeichnet, dass die dem Individuum

zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen in Bezug auf den von außen kommenden Angriff versagen. Ein Gefühl des Überwältigtwerdens stellt sich ein, die Kontrolle über die Situation und das psychische Gleichgewicht brechen zusammen. Der Handlungsspielraum ist stark eingeschränkt. Die inneren Bilder von sich selbst und von der Welt sind bedroht.

Die Überflutung mit Stressfaktoren führt zu einer affektiven Alarmreaktion, die bei Menschen, die unter einer PTBS leiden, in der Regel eine stark erniedrigte Reizschwelle gegenüber potentiell bedrohlichen Außensignalen zur Folge hat. Diese Menschen sind ständig auf der Hut, aus Angst, erneut Opfer einer Traumatisierung zu werden: Sie "leben permanent wie in einem Horrorfilm. Aus der Atmosphäre von solchen Filmen ist uns bekannt, dass in einer bestimmten, paranoid gefärbten Stimmung bereits Signale wie das Knacken einer Treppenstufe, ein zuschlagendes Fenster, eine Windböe oder ein wehender Vorhang eine akute Stressreaktion auslösen können."<sup>14</sup> Weitere mögliche Symptome sind eine Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung (z. B. können an sich positive Gefühlsbotschaften negativ aufgefasst werden), Impulssteuerungsprobleme wie Jähzorn, überschießende Reaktionen, allgemeine Reizbarkeit sowie Selbstentfremdung und Dissoziation. Dabei gilt Dissoziation als ein "komplexer psycho-physiologischer Prozess, bei dem es zur teilweisen oder völligen Desintegration psychischer Funktionen kommen kann. Erinnerungen an die Vergangenheit, unmittelbare Empfindungen, Wahrnehmungen des Selbst und der Umgebung werden in ihrer Bewusstmachung beeinträchtigt. (...) Diese Selbstentfremdung, die durch die Aufspaltung des Selbst in einen distanzierten Beobachter und einen Akteur gekennzeichnet ist, kann auch noch nach dem Entkommen aus der traumatischen Situation fortgesetzt anhalten."<sup>15</sup> Gemeinsam ist den beschriebenen Symptomen, dass sie eine sinnvolle ("normale") Reaktion auf eine in hohem Maße schädigende ("unnormale") Umwelt darstellen.

Phänomenologisch kann die einmalige und akute Traumatisierung (Typ-1-Trauma: z. B. ein Schädel-Hirn-Trauma infolge einer körperlichen Misshandlung oder der einmalige sexuelle Missbrauch durch eine dem Kind fremde Person) von der chronisch wiederkehrenden Traumatisierung (Typ-2-Trauma: z. B. eine langdauernde Vernachlässigung oder der wiederholte sexuelle Missbrauch durch eine dem Kind nahestehende Person) unterschieden werden.<sup>16</sup> Die seelischen Folgen eines Traumas nach Typ 2 sind meist weitaus schwerwiegender. Während die akute und einmalige Traumatisierung mit vollständiger Erinnerung bei möglichen Wahrnehmungsverzerrungen einhergeht, kommt es bei einer chronisch wiederkehrenden Traumatisierung zu Erinnerungsverlust, Verleugnung und psychischer Betäubung.

<sup>14</sup> *Streeck-Fischer et al.*, Perspektiven der Traumaforschung (2001), S. 20

<sup>15</sup> *Resch*, Selbstentfremdung: Entwicklungsstörung oder Selbstfürsorge?, in: Lehmkuhl (Hg.), Abschied und Neubeginn, Kontinuität und Wandel in der Individualpsychologie (2001), S. 110

<sup>16</sup> vgl. *Terr*, Was passiert mit Erinnerungen nach traumatischen Belastungen?, in: *Streeck-Fischer et al.* (Hg.), Perspektiven der Traumaforschung (2001), S. 25

Da das Erleben eines Traumas stark subjektiv geprägt ist und u. a. von den Vorerfahrungen abhängt und weil die sozialen Folgen sehr unterschiedlich sein können, ist es irreführend, den Schweregrad der Traumatisierung für ein Individuum allein an der Intensität des auslösenden Ereignisses festzumachen: "Es gibt also einen hohen Anteil an Eigenbeteiligung des Traumatisierten, nicht nur in Bezug auf die Erlebnisbereitschaft oder die Bereitschaft, ein unangenehmes Erlebnis überhaupt mitzuteilen, sondern auch im Sinne eines aktiven Sichaussetzens gegenüber bestimmten Risikokonstellationen."<sup>17</sup> Bekannt ist z. B., dass misshandelte Kinder das ihnen zugefügte Leid an anderen Orten unbewusst reinszenieren und dadurch Gefahr laufen, erneut misshandelt zu werden, ohne dass ihnen dabei allerdings eine Mitverantwortung oder gar Mitschuld für die Misshandlung angelastet werden darf.

### VIII. Intervention bei Kindesmisshandlung

Die Misshandlung eines Kindes löst nicht nur in der Familie, sondern auch bei den zahlreich betroffenen Berufsgruppen heftige Gefühle von Wut, Angst und nicht selten Hilflosigkeit aus. Es entsteht das Bedürfnis, ein Kind schnell retten zu wollen. Da durch blinden Aktionismus weiterer Schaden zugefügt werden kann und jede Intervention bei Kindesmisshandlung zumeist mit gravierenden Folgen für Kind und Eltern verbunden ist, sind für alle beteiligten Professionen in einer solchen Situation ruhige Überlegung, kollegialer Rat, interdisziplinärer Austausch sowie planmäßiges und abgestimmtes Vorgehen unerlässlich.

Im Vordergrund jeder Intervention steht die psychosoziale Hilfe und gegebenenfalls medizinische Behandlung für das betroffene Kind. Daneben benötigen die einzelnen Familienmitglieder und die Familie insgesamt Hilfe und Unterstützung. Häufig müssen zum Schutz des Kindes zivilrechtliche Maßnahmen (z. B. nach § 1666 BGB) in Betracht gezogen werden. In schweren, strafrechtlich relevanten Fällen besteht außerdem ein gesellschaftliches Bedürfnis nach Überführung, Anklage und Verurteilung des Täters/der Täterin.

Die hier angegebenen Interventionslinien zeigen bereits, dass in Misshandlungsfällen eine große Zahl von Berufsgruppen mit sehr unterschiedlicher Zielsetzung beteiligt sein kann. Unabdingbar sind daher eine professionelle Koordination (Case Management) sowie entsprechend den unterschiedlichen Aufgaben eine klare Abgrenzung, aber auch die Kooperation der unterschiedlichen Professionen: "Alle im Kinderschutz professionell Tätigen müssen sich darüber im Klaren sein, dass ihr Wissen begrenzt ist und dass es Vorteile hat, die eigene Begutachtung eines Falles von Kindesmisshandlung mit der Begutachtung durch andere Fachvertreter zu koordinieren".<sup>18</sup> Bewährt haben sich die Etablierung multidisziplinärer Kinderschutz-Teams und die Orientierung an so genannten

"Gewalt-Leitfäden", in denen die Kompetenzen und Ansprechpartner der unterschiedlichen Berufsgruppen in einer Region aufgeführt sind.<sup>19</sup>

Für alle Beteiligten besonders wichtig ist eine eindeutige Unterscheidbarkeit zwischen denjenigen Interventionen, die auf Hilfe bzw. Behandlung und denen, die im strafrechtlichen Sinne auf Verfolgung und Verurteilung des Täters hin orientiert sind. Eine Vermischung dieser grundsätzlich verschiedenen Ziele – wenn etwa ein Jugendamt sich kriminalistisch betätigt oder ein Staatsanwalt über therapeutische Maßnahmen urteilt – führt zu Verwirrung und unprofessioneller Grenzüberschreitung.

Eine Anzeigepflicht gegenüber Polizei oder Justiz existiert nicht. Allerdings besteht die – auch strafrechtlich relevante – Verpflichtung, ein Kind vor weiterem Schaden zu bewahren, da ansonsten eine unterlassene Hilfeleistung nach § 323 c StGB vorliegt. Bedacht werden muss, dass diejenige Person, die sich zu einer Strafanzeige entschließt, in der Regel nicht weiter hilfeorientiert tätig sein kann, weil die Familie dies kaum zulassen wird. Eine einmal erstattete Anzeige kann nicht zurückgezogen werden, da Kindesmisshandlung als Officialdelikt gilt und Polizei und Staatsanwaltschaft von sich aus jedem Hinweis nachgehen müssen.

Ausgangspunkt eines hilfeorientierten Vorgehen durch das Jugendamt oder durch Träger der freien Jugendhilfe (z. B. Kinderschutz-Zentren) ist das Recht des Kindes auf Gewährleistung von Mindestbedingungen in körperlicher, seelischer, intellektueller und moralischer Hinsicht. Der Schutz des Kindes vor einer Gefährdung dieser minimalen Ansprüche hat Vorrang vor anderen Überlegungen und muss notfalls durch eine familiengerichtliche Entscheidung auch gegen die Willen der Eltern bzw. Sorgeberechtigten durchgesetzt werden. Zugleich machen es die Grund- und Freiheitsrechte der Familie und ihrer einzelnen Mitglieder erforderlich, das Prinzip der Freiwilligkeit der Hilfe so weit wie möglich aufrechtzuerhalten. Soweit dies mit den Rechten des Kindes vereinbar ist, sollte die Integrität und der Schutz der Privatsphäre der Familie erhalten bleiben. Eine in manchen Fällen zur Sicherung des Kindeswohls notwendige Aufkündigung des Prinzips der Freiwilligkeit sollte der Familie gegenüber offen angekündigt und sachlich begründet werden.

Wenn eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt, kommt eine Inobhutnahme des Kindes nach § 42 Abs. 3 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) z. B. in einem Kinder- oder Jugendnotdienst, einer Bereitschaftspflegestelle oder einem Mädchenhaus in Frage. Falls das Kind körperlich verletzt wurde, ist auch abzuklären, ob eine medizinische Untersuchung und differentialdiagnostische Abklärung des Kindes oder gegebenenfalls ein stationärer Klinikaufenthalt erforderlich sind. Über die eventuelle Fortführung der Inobhutnahme muss spätestens am zweiten Tag das zuständige Familiengericht entscheiden, es sei denn, die Eltern stim-

<sup>17</sup> Resch, a.a.O., S. 109

<sup>18</sup> Seagull, Die Begutachtung der Familie, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 231

<sup>19</sup> vgl. z. B. *Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz u. a.* (Hg.), Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Was ist zu tun? – Ein Leitfaden für Berlin (2002)

men von sich aus einer weiterhin notwendigen Fremdunterbringung des Kindes zu.

Wenn die Eltern hierzu nicht gewillt oder nicht in der Lage sind und andere Hilfen erfolglos sind, stellt § 1666 BGB die zentrale Norm dar, nach der Kinderschutz gegen den Willen der Eltern gewährt werden kann und muss. Voraussetzung dafür ist, dass eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt. Das Gesetz unterscheidet vier Tatbestände der Gefährdung: Missbrauch der elterlichen Sorge, Vernachlässigung, unverschuldetes Versagen der Eltern und das Verhalten einer dritten Person. Der Maßstab für die Beurteilung, ob ein solcher Tatbestand gegeben ist, darf sich dabei nicht an optimalen Erziehungsstandards ausrichten, sondern an allgemeinen Mindestanforderungen.

Bei der Entscheidung, ob die Voraussetzungen nach § 1666 vorliegen, ist regelmäßig eine Risikoabschätzung vorzunehmen. Wichtige Faktoren, die in eine solche Risikomatrix eingehen sollten, sind: (1) psychische Gesundheit der Eltern; (2) elterliche Kompetenz; (3) Eltern-Kind-Interaktion (einschließlich Art und Qualität des Bindungsverhaltens); (4) Faktoren, die mit dem Misshandlungsgeschehen selbst zu tun haben (z. B. Grad der Wiederholungsgefahr); (5) Faktoren, die mit der Person des Kindes zu tun haben (Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren); (6) Bereitschaft, Hilfe anzunehmen (Problem- und Hilfeakzeptanz); (7) Stabilität der Familienbeziehungen und des sozialen Umfeldes.<sup>20</sup>

Auf die Aufdeckung der Misshandlung und den Schutz des Kindes muss in einem zweiten Schritt die Konfrontation der Eltern mit den vorliegenden Befunden und eine umfassende Bestandsaufnahme der in der Familie bestehenden Probleme folgen. Dabei sind aggressive Konfrontationen wie Beschuldigungen, Vorhaltungen etc. zu vermeiden. Eine sachliche und verständnisvolle Gesprächsführung kann dazu beitragen, eine bei den Eltern häufig bestehende Verleugnung der Misshandlung und deren Folgen zu verändern und die Bereitschaft zur Akzeptanz von Hilfen zu erhöhen. Ziel der Gespräche ist eine ressourcenorientierte Hilfe- und Perspektivplanung.

Auch mit den Kindern müssen Gespräche geführt werden. Aufgrund ihrer in der Regel engen Bindung an die Eltern neigen misshandelte Kinder dazu – vor allem solange sie noch klein sind –, die Schuld für die ihnen angetane Gewalt bei sich selbst zu suchen. Sie hoffen auf diese Weise, die verloren gehende Liebe der Eltern doch noch erhalten zu können, und sei es um den Preis der Selbstverleugnung. Vorschnelle und nicht ausreichend vorbereitete Entscheidungen wie z. B. die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim können daher – besonders wenn sie nicht dem Willen des Kindes entsprechen – sekundärtraumatische Folgen haben, die den Erfolg der Hilfe in Frage stellen oder sogar vereiteln. Ziel der Arbeit mit dem Kind ist (auf Basis der Achtung bestehender Bindungen) eine realistische Vermittlung der elterlichen Verantwortung für die Miss-

<sup>20</sup> vgl. Jones, Die Behandlung des misshandelten Kindes, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 801

handlung und die vorrangige Berücksichtigung von Kindeswohl und Kindeswille in der weiteren Hilfe- und Perspektivplanung.

Dritter Schritt ist die Aufstellung eines Hilfeplans nach § 36 Abs. 2 SGB VIII (KJHG), in dem neben Feststellungen über den Hilfebedarf Angaben über die zu gewährende Art der Hilfe sowie über die notwendigen Leistungen aufzuführen sind. Die Eltern und das Kind oder der Jugendliche sind an der Aufstellung des Hilfeplans zu beteiligen.

Eine realistische Einschätzung der elterlichen Möglichkeiten wird bei einem erheblichen Teil der misshandelten Kinder zu einer dauerhaften Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim bzw. einer sonstigen betreuten Wohnform führen. Eventuell bestehende Ängste des Kindes vor einem Lebensortwechsel müssen konkret aufgegriffen werden. Besonders in Fällen sexuellen Missbrauchs ist vielen Kindern eine Heimunterbringung angedroht worden. Wichtig in diesen Fällen ist deshalb die Beteiligung des Kindes an der Auswahl des neuen Lebensortes.

## IX. Prävention

Das durch Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch entstehende menschliche Leid ist immens. Auch die damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten sind hoch. Der Prävention von Gewalt gegen Kinder kommt daher eine überragende Bedeutung zu. Gemessen daran sind die tatsächlichen Präventionsbemühungen gering.

Prävention kann auf unterschiedlichen Ebenen im primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Bereich ansetzen: Die primäre Prävention umfasst Bemühungen, die auf ganze Gruppen der Bevölkerung zielen und bei den tieferliegenden oder gesellschaftlichen Ursachen von Kindesmisshandlung ansetzen (z. B. Gewaltdarstellung in den Medien, Akzeptanz der körperlichen Züchtigung als Erziehungsmaßnahme, Armut). Sekundäre Prävention umfasst Bemühungen zugunsten von Individuen, die als risikobelastet identifiziert sind (z. B. minderjährige Eltern oder auch Eltern, die als Kinder selbst misshandelt wurden); diese Bemühungen zielen auf die Korrektur von Faktoren, die ein solches individuelles Risiko begründen (z. B. mangelnde elterliche Fähigkeiten, mangelnde Kenntnis der kindlichen Entwicklung). Tertiäre Prävention (oft als "Behandlung" bezeichnet) schließlich umfasst Strategien gegenüber Eltern, die ihre Kinder bereits misshandelt haben; mit diesen Strategien sollen die betroffenen Eltern veranlasst werden, auf Dauer von ihrem schädigenden Verhalten abzulassen.<sup>21</sup>

Komponenten eines primärpräventiven Zehn-Punkte-Programms<sup>22</sup> könnten sein:

<sup>21</sup> vgl. Donnelly, Prävention physischer Misshandlung, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 863

<sup>22</sup> vgl. Helfer u. a., Überlegungen zur Prävention aus entwicklungspsychologischer Perspektive, in: Helfer u. a., Das misshandelte Kind (2002), S. 908

1. Gründung eines sozial engagierten Konsortiums vor Ort, dessen erklärte Botschaft lautet, dass familiales Gewalthandeln nicht akzeptabel ist
2. Fortlaufende Kampagne der Medien zur Information der Öffentlichkeit
3. Trainingsangebote an alle Ersteltern zum Thema der Kommunikation mit ihrem kleinen Kind
4. Programm von Hausbesuchen für alle Eltern nach der Geburt des ersten Kindes
5. Förderprogramme zur Stärkung sozialer und emotionaler Kompetenzen von Kindern in Kindergärten und Grundschulen
6. Erwachsenenbildungsprogramm für zwei Gruppen von Adressaten – für diejenigen, deren Kindheitserfahrung positiv war und die ihr Kindheitsverständnis sozusagen nur auffrischen wollen, bevor sie selbst Kinder haben, und für diejenigen, deren Kindheitserfahrung negativ war und die einen Kompaktkurs zum Thema Kindheit brauchen, bevor sie selbst Eltern werden.
7. Frühe und regelmäßige Erfassung von Risikofaktoren im Gesundheitsbereich einschließlich der pränatalen Versorgung
8. Förderung von Selbsthilfegruppen und anderen Formen nachbarschaftlicher Unterstützung
9. Bereitstellung von Therapieprogrammen für misshandelte Kinder und junge Erwachsene
10. Bereitstellung direkter Hilfen bei der Kinderversorgung

## X. Ausblick

Im Laufe der von der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem neuen Gewalttächtungsgesetz 2001 initiierten Kampagne "Mehr Respekt vor Kindern" wurden wichtige Erfahrungen gesammelt, wie der Schutz von Kindern besser gewährleistet werden kann. Hierzu abschließend vier Thesen:

1. Kinder, die ihre Rechte kennen, sind besser vor Gewalt und anderen Gefährdungen geschützt. Kinder müssen daher weitaus mehr als bisher ihre Rechte vermittelt bekommen. Eltern, andere Erziehungspersonen und alle für und mit Kindern tätigen Fachleute sollten sich über die Rechte der ihnen anvertrauten Kinder informieren und sich als treuhänderische Verfechter der Kinderrechte verstehen.
2. Eltern, die Kinder an den sie betreffenden Entscheidungen beteiligen, kommen eher ohne Gewalt aus. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Schutz-, Förder- und Beteiligungsrechten. Partizipation ist der Schlüssel für den Übergang des Kindes von der Fremd- zur Selbstkontrolle. Eltern sollten mehr als bisher erfahren und lernen können, wie sie ihre Kinder im Alltag beteiligen.
3. Kinderrechte sollten Eingang in alle Kindergärten, Schulen, Kirchen sowie in die Sport- und Freizeiteinrichtungen finden. Nicht nur als Unterrichtsgegen-

stand, sondern als Selbstverpflichtung. Sinnvoll wäre z. B., die Kinderrechte zum Bestandteil der Schulordnungen zu machen.

4. Notwendig sind neuartige und bessere Angebote in den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Bildung und Kinder- und Jugendgesundheit, die Kinder selbst erreichen können. Es geht um niedrigschwellige Angebote und verlässliche Hilfen aus einer Hand an den Orten, an denen sich Kinder sowieso täglich aufhalten. Bei der Ausgestaltung dieser Angebote sollten wiederum die Kinder und Jugendlichen einbezogen werden. In Anlehnung an angelsächsische Vorbilder hat Salgo<sup>23</sup> ein dreistufiges Info- und Beratungssystem für Kinder und Jugendliche vorgeschlagen, das von öffentlicher Aufklärung über Rechtsberatungsstellen für Kinder bis zur Etablierung spezialisierter Interessenvertreter(innen) in gerichtlichen und behördlichen Verfahren reicht.

Es liegt an uns, der Würde des Kindes auch im Bereich der Familie uneingeschränkt Geltung zu verschaffen und die Gewalt gegen Kinder immer mehr zurückzudrängen. Damit wäre am Beginn dieses noch jungen Jahrhunderts endlich deutlich: Kinder sind unschlagbar.

*Dr. Jörg Maywald ist Soziologe, Geschäftsführer der Deutschen Liga für das Kind und Sprecher der National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland. Er ist Mitbegründer des Berliner Kinderschutz-Zentrums und war viele Jahre in der Jugendhilfe und im Jugendgesundheitsbereich tätig.*

---

<sup>23</sup> Salgo, Die Berücksichtigung der Meinung des Kindes, in: "frühe Kindheit" (2/2001), S. 14-21

## Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern

(Mehrere überarbeitete Fassungen eines Vortrages, erstmalig gehalten auf der DGPT-Tagung in Fulda 27.9.1997)

Wenn man in der Geschichte der Traumaforschung zum Stichwort 'Traumatisierung im Kindesalter' zurück zu den Anfängen blättert, so stößt man, neben René Spitz, vor allem auf Anna Freud und Dorothy Burlingham. Sie führten während und nach dem Zweiten Weltkrieg vergleichende Untersuchungen an Kleinkindern durch, die während der Bombenangriffe auf London bei ihren Eltern bleiben konnten und Kindern, die evakuiert worden waren. Dabei stellten sie fest, dass die Folgen des Separationstraumas deutlich die Belastungen der Kinder übertrafen, die bei ihren vertrauten Bezugspersonen verbleiben konnten (A. Freud & Burlingham 1980). Diese Untersuchungen regten die Eheleute Robertson zu eigenen Untersuchungen über das Trennungsverhalten von Kleinkindern an (1964, 1975). Diese und vor allem Bowlbys WHO-Bericht (1973/1951) sowie seine bahnbrechenden Untersuchungen zu Bindung, Trennung und Verlust in der Kindheit (1986, 1983) haben sowohl einen Wandel im öffentlichen Bewusstsein als auch auf institutionellen Ebenen eingeleitet.

Nur zögernd hatte sich die Forschung der direkten systematischen Untersuchung posttraumatischer Störungen bei Kindern zugewandt. Später wandte man sich dann der Frage zu, ob diese Störungen ebenfalls in die aufkommende diagnostische Kategorie der 'posttraumatischen Belastungsstörung' (im folgenden: PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) einzuordnen seien. Man ging über zu einer 'dose-of-exposure'-Klassifizierung d. h. zu einer Skalierung entsprechend Art und Schweregrad der Trauma-Exposition. Diese Studien ergaben, dass sich bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen die gesamte Bandbreite posttraumatischer Belastungsstörungen findet, dass diese jedoch im spezifischen Kontext kindlicher Reifung und Entwicklung eine besondere Dynamik entfalten. Immer wieder konzentrierten sich die Untersuchungen hierbei auf die entscheidende, protektive Rolle des familialen Umfeldes.

Inzwischen hat eine enorme Differenzierung der Fragestellungen stattgefunden, die weit über den Bereich der PTSD hinausgreift und im wesentlichen drei thematische Felder abdeckt: zum einen ist man aus der Perspektive so unterschiedlicher Forschungsansätze wie psychodynamische, kognitiv-behavioristische oder neurobiologische Theorien bemüht um eine Aufklärung des traumatischen und posttraumatischen Vorganges bei Kindern d. h. der daran beteiligten Regelmechanismen. Zweitens beschäftigen sich viele Untersuchungen mit der Frage der Risikofaktoren, die auf intrapsychischer ('Vulnerabilität'), interpersoneller und

gesellschaftlicher Ebene anfallen. Und drittens wird die Frage nach sog. protektiven Faktoren auf denselben Ebenen gestellt.

Die 50 Jahre nach diesen Anfängen haben uns eine Plethora an Forschungsbefunden aus den unterschiedlichsten Bereichen beschert - sei dies nun die Holocaust-Forschung, die Erforschung von Traumatisierung durch Kriegseinwirkungen, Missbrauch und Gewalt in Familie und Nachbarschaft. Diese Befunde legen beredtes Zeugnis ab von der Verletzbarkeit und Zerbrechlichkeit kindlicher Entwicklung - ja, auch von den ihr innewohnenden und uns immer wieder erstauenden Selbstheilungskräften. - 50 Jahre nach diesen Anfängen nun eröffnet der amerikanische Traumaforscher Bruce Perry 1995 einen Aufsatz über kindliche Traumatisierung mit folgender Feststellung: "Erwachsene deuten kindliche Handlungen, Worte und Äußerungen durch die verzerrende Brille eigener Überzeugungen. Glücklicherweise reichen diese erwachsenen Fehldeutungen den meisten Säuglingen und Kindern nicht zum Nachteil. In vielen Fällen jedoch können sie verheerend sein. Ein besonders dramatisches Beispiel hierfür ist die Bagatellisierung der Wirkung traumatischer Ereignisse auf Säuglinge und kleine Kinder. Es ist von äußerster Ironie, dass Erwachsene ausgerechnet Säuglingen und kleinen Kindern, die für die negativen Auswirkungen traumatischer Erfahrungen am empfänglichsten sind, die größtmöglichen Abwehrkräfte unterstellen." (Perry et al. 1995, S. 272) Oft wird hierbei die Ansicht vertreten, das noch nicht voll entwickelte kindliche Kognitionsniveau wirke wie ein Palliativ gegen traumatische Schädigung ("das Kleine konnte ja noch gar nicht begreifen, was da mit ihm geschah"). Als weiterer Beleg wird auch das oft scheinbar unbeeindruckte Verhalten von Kindern angeführt. Derlei Fehldeutungen werden jedoch beispielsweise ängstlich-vermeidend gebundene Kinder von potentieller Hilfeleistung ausschließen, da die Diskrepanz zu prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen bei ihnen vergleichsweise gering ist. Oder dies wird insbesondere Mädchen benachteiligen, da diese meist, im Vergleich zu Jungen, deren posttraumatische Auffälligkeiten eher auf dem 'extrovertiert'-aggressiven Verhaltenskontinuum angesiedelt sind, zu weniger 'lärmenden', nämlich dissoziativen posttraumatischen Reaktionen neigen (depressiv-introvertiertes Verhaltenskontinuum). Ihre Reaktionen folgen eher dem 'Unterwerfungs-Schema' (surrender pattern). Wie Perry bissig im Hinblick auf die unterschiedliche gesellschaftliche Bewertung geschlechtsspezifischer Symptombilder bemerkt: "Potentieller Mord stellt eine Bedrohung dar, potentieller Selbstmord ist lediglich unangenehm" (a.a.O., S. 283).

Ein typisches Beispiel hierfür: So wurde mir vor einiger Zeit ein 9jähriger Junge wegen aggressiver Kontrollverluste, Konzentrations- und Lernstörungen und Hyperaktivität vorgestellt. Es stellte sich recht bald heraus, dass die Beschwerden im Sinne einer posttraumatischen Belastungsreaktion auf die traumatisierenden Begleitumstände der vor einem Jahr einsetzenden psychotischen Dekompensation des Vaters einzuordnen waren. Das massive, depressiv-dissoziative Rückzugsverhalten der ein Jahr jüngeren Schwester jedoch hatten weder Ärzte, Lehrer oder Sozialarbeiter als auffällig eingestuft. Erst mein insistierendes Nachfragen führte zur Einleitung therapeutischer Hilfe.

In der Tat sind Kinder, und unter ihnen besonders Mädchen – so die einhellige Auffassung in Fachkreisen – nach wie vor diejenige gesellschaftliche Gruppe, die über die 'falschen' mentalen und geringeren sozialen Ressourcen verfügt, um sich wirkungsvoll gegen die Folgen der allermeisten traumatischen Einwirkungen zu schützen. Sie werden somit paradoxerweise und entgegen landläufiger Auffassung, am ehesten an posttraumatischen Belastungsstörungen leiden – ein Umstand, der umso schwerer wiegt, als man mittlerweile erkannt hat, dass diese Störungen, insbesondere, was deren dissoziativen Kern anbelangt, sich als umso therapieresistenter erweisen,

- je früher es im Lebensalter zur schädlichen Einwirkung gekommen ist. Dadurch entsteht häufig ein negativ-kumulativer Effekt: weil die Folgen bagatellisiert werden, gelangen die betroffenen Kinder, wenn überhaupt, erst spät zur Vorstellung, was
- die Prognose zusätzlich verschlechtert, da inzwischen oft eine Generalisierung und Chronifizierung des traumatogenen Reaktionsmusters eingetreten ist. Und
- drittens tritt eine geschlechtsspezifische Kumulation bestimmter posttraumatischer Störungsbilder bei Mädchen hinzu, denen häufig nicht Krankheitswert zuerkannt wird und die somit erst spät, wenn überhaupt, einer Behandlung zugeführt werden.

Ich möchte mich im weiteren nun den folgenden Aspekten zuwenden:

Zunächst werde ich einige Fragestellungen benennen, die sich im Hinblick auf die klinische Beurteilung des traumatischen Geschehens im Kontext des jeweiligen Entwicklungsniveaus des Kindes stellen. Danach werde ich eine **Typisierung traumatischer Erfahrung** vorschlagen und **charakteristische Störungsbilder** kindlicher posttraumatischer Reaktionen skizzieren (I.).

Anschließend werde ich **II. einige Überlegungen aus neurobiologischer und gedächtnis-theoretischer Sicht** anfügen, um die psychodynamischen Gegebenheiten bei PTSD aus dieser für mein Empfinden aufschlussreichen Perspektive zu beleuchten. Diese Überlegungen bergen

weitreichende Implikationen im Hinblick auf schließlich **und (III.) sich eröffnende klinische Optionen**. Dieser letzte Punkt enthält zugleich die These, die ich zur Diskussion stellen und schon hier umreißen möchte, um Ihnen die Überprüfung meiner darauf hinführenden Argumentation zu erleichtern.

Posttraumatische Belastungsstörungen gehören zu den Krankheitsbildern, die in mehrfacher Hinsicht für uns als Therapeuten außergewöhnliche persönliche Belastungen mit sich bringen. Nicht ohne Grund wurde der Begriff der 'sekundären, behandlungsinduzierten Traumatisierung des Therapeuten' in diesem Zusammenhang geprägt (vicarious traumatization); oft wird unsere Fähigkeit zu Affekt-toleranz und 'Containment' einer extremen Belastung unterzogen. Des weiteren - und damit komme ich zu meiner eigentlichen These, stellen diese Behandlungen

eine außerordentliche Herausforderung an unsere fachliche Kompetenz dar. In vielen Fällen, insbes. bei den komplexen Traumatisierungen, benötigen posttraumatische Belastungsstörungen und die in ihrem Windschatten auftretenden Folgestörungen einer indikativ kombinierten Behandlungsführung. Diese ist, wegen der Problematik möglicher Interferenzen, oft nicht durch einen Therapeuten realisierbar. Was wir wohl nirgends dringender als gerade im ambulanten Bereich der Behandlung von PTSD benötigen, ist eine größere Einsicht in und Bereitschaft zu interdisziplinärer Kooperation insbesondere zwischen psychodynamischen und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Ansätzen. Obwohl dies im stationären Setting mittlerweile selbstverständlich und auch viel unkomplizierter durchführbar ist, gilt dies für den ambulante Versorgungsbereich, nicht zuletzt aus kassen- und abrechnungstechnischen Gründen, in nach wie vor nur sehr eingeschränktem Maße. Psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren tragen jeweils auf ihre Weise bestimmten Gegebenheiten und behandlingstechnischen Schritten bei PTSD Rechnung.

### I. Traumatypus und assoziiertes Störungsbild

In analytischen Kreisen haben insbesondere die durch ausführliche empirische Untersuchungen fundierten Überlegungen von Lenore C. Terr viel Beachtung und Anerkennung gefunden (1970, 1979, 1983, 1985, 1987a,b, 1988, 1989, 1990a,b). Weniger gilt dies für die Veröffentlichungen von Bruce Perry (1994, 1995), von Pynoos, Steinberg und Goenjian (z. B. 1996), Putnam (1997) sowie von Bessel van der Kolk und seinen Mitarbeitern (z. B. 1996). Auf Befunde dieser Autoren werde ich – exemplarisch – im weiteren immer wieder zurückgreifen, da ihr Bezugsrahmen das für ein Verständnis posttraumatischer Störungen so wesentliche, neurobiologische und gedächtnistheoretische Paradigma ist.

Pynoos, Steinberg und Goenjian (1996, S. 343) haben in einer tabellarischen Übersicht die Wechselwirkungen zwischen Stress-induzierter Psychopathologie und kindlichen Entwicklungsaufgaben dargestellt. Diese Übersicht veranschaulicht, dass es kaum einen wichtigen Funktionsbereich gibt, der nicht durch die einsetzende Pathologie in Mitleidenschaft gezogen würde (siehe Kasten nächste Seite):

Lenore C. Terr unterscheidet zwei Klassen kindlicher Traumaerfahrung; die Berechtigung für diese Differenzierung liegt darin, dass aus den unterschiedlichen Erfahrungstypen auch unterschiedliche Störungsbilder resultieren. **Typus I** beinhaltet die Folgen eines einmaligen und oft unerwarteten, jähen Ereignisses, das wie ein 'Schlag' empfunden wird, beispielsweise eine natürliche Katastrophe, ein Unfall oder ein Gewaltverbrechen. **Typus II** beinhaltet die Folgen oft langanhaltender, zunehmend erwartungskonsistenter traumatischer Einwirkungen, beispielsweise langandauernder innerfamiliäre Gewalt und sexueller Missbrauch. Sehr häufig ist man in der Praxis jedoch mit einer Kombination dieser beiden Traumaklassen konfrontiert.

Entwicklungsbereich		Stress-induzierte Psychopathologie
selektive Aufmerksamkeit/Kognition/Lernen	↔	Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
Entwicklung intensiver neg. Emotionen		Depression
Selbst-Zuschreibungen	↔	Phobien
Autonomiestrebungen		Entwicklung von Konzentrations- und Hyper-
Wahrnehmung von Selbst-Wirksamkeit		Aktivitätsstörungen (Attention Deficit Hyper-
Spezifische psychodynamische/psychosoziale/		activity Disorder ADHD)
narzißtische Interessen	↔	Andere Angststörungen
Impulskontrolle		Schlafstörungen
Moralische Entwicklung		Somatisierung
Erleben von historischer Kontinuität		Bindungsstörungen
Selbst- und Objektrepräsentanzen	↔	Verhaltensstörungen (soziale Regelakzeptanz)
Biologische Reifung		Dissoziative Reaktionen
Interpersonelle und innerfamiliäre Entwick-		Essstörungen
lungsschritte (transitions)	↔	Drogenabusus
Kompetenzerwerb		

Tabelle 1 Die Wechselwirkung zwischen stress-induzierter Psychopathologie und den Bereichen kindlicher Entwicklung (Übernommen aus: Pynoos, Steinberg, Goenjian (1996), S. 343)

Lenore Terr (1991/1995, S. 304) hebt nun zunächst 5 Merkmale hervor, die in den meisten Fällen kindlicher Traumatisierung gefunden werden, gleichgültig, auf welchem Traumatypus sie basieren:

**(1.) flash-backs:** dies sind lebhaft, oft visualisierte und hartnäckige iterative, unwillkürlich ausgelöste Erinnerungen oder szenische Intrusionen. Sofern Kinder zum Zeitpunkt der Traumatisierung reifungsbedingt noch nicht in der Lage waren, verbal-semantische Erinnerungen zu bilden, stützen sich diese Erinnerungseinbrüche vor allem auf bildhafte Encodierungen des sog. Imaged Memory System (Schacter & Tulving, 1994) und auf Hinweise aus dem prozeduralen Gedächtnis, die dann häufig auch in Verbindung mit

**(2.) repetitiven Verhaltensweisen** auftreten. Dies können etwa das stereotype Wiederholen von Spielsequenzen oder Zeichnungen oder zwanghaft wiederholte Verhaltensweisen sein, die auf psychodynamischer Ebene den Zweck magischer Angstabwehr erfüllen können. Auf sensorisch-regulativer Ebene dienen sie häufig dem Versuch der Selbstberuhigung (pacification, down-regulation).

**(3.) Traumabezogene Ängste und Befürchtungen:** hierbei handelt es sich in der Regel um eng umschriebene Objekte oder situative Gegebenheiten, die in direkter Verbindung mit dem traumatischen Erleben stehen, beispielsweise die spezifische Angst vor einer einschlägigen Hunderrasse im Gegensatz zu einer allgemeinen Hundephobie. Diese Art von detaillierten Ängsten ist meist als Hinweis auf eine zugrundeliegende traumatische Erfahrung zu werten. Mit fortlaufender Dauer posttraumatischer Anpassung setzen dann allerdings, wie

bei Ängsten üblich, Angstausbreitung (Angstgeneralisierung) sowie habituelle Vigilanz ein.

Die verheerendste Auswirkung des traumatischen Erlebens besteht jedoch in einem die Gesamtpersönlichkeit und Gesamtentwicklung beeinträchtigenden, allgemeinen

**(4.) Einstellungswandel gegenüber Mitmenschen, dem Leben und der Zukunft.** Dieser Wandel besteht in einem tiefgreifenden Vertrauens- und Sicherheitsverlust, in der Aufgabe zentraler Kontrollüberzeugungen bezüglich Selbstkompetenz und Beeinflussbarkeit des eigenen Schicksals. Das Kind verliert seinen Entwicklungsoptimismus. Es lebt gleichsam nur noch 'von Tag zu Tag'. Zu Beginn einer posttraumatischen pathologischen Entwicklung wird das Symptombild noch überwiegend von Ängsten bestimmt sein. Sofern sich dieser Zustand jedoch konsolidiert, treten sekundär im Laufe der Zeit deutliche depressive Anteile hinzu (sog. unconscious pathogenic self-defeating beliefs and strategies beispielsweise in Form "erlernter Hilflosigkeit"). Dieser grundlegende Einstellungswandel erschüttert ebenso die Bindungsüberzeugungen des Kindes und es wird im Nachgang zu traumatischen Erfahrungen bei Kindern immer wieder eine dramatische Verschlechterung der Bindungsqualität dokumentiert, bis hin zu eintretender Bindungsdesorganisation (vgl. James, 1994; Schore, A.N. 2001, 1994). Schließlich sind noch

**(5.) repetitive Träume oder Traumserien** als ein wesentliches Merkmal zu erwähnen, jedoch mit der Einschränkung, dass sie nicht in jedem Fall und auch, reifungsbedingt, erst ab dem 3. bis 5. Lebensjahr zu finden sind (Terr, 1987). Zustände generalisierter Übererregung führen häufig zu Schlafstörungen, da diese Kinder die Fähigkeit zur Regulation des physiologischen Spannungsniveaus einbüßen; zudem fürchten sie die Alpträume, welche der Schlaf bereithält.

Unvorhergesehene, einzelne Ereignisse konstituieren die klassische kindliche Traumaerfahrung vom **Typus I**, wie Anna Freud (1980, S. 1819 ff) sie beschrieb. Im Nachgang zu diesen Erfahrungen finden sich üblicherweise die Merkmale der Repetition, Vermeidung und Hypervigilanz.

Besonders kennzeichnend ist jedoch die Persistenz ungewöhnlich detailgenauer und lückenloser Erinnerungen und die anhaltende kognitive Neubewertung und Überprüfung des Geschehens [cognitive reappraisal, vgl. Terr (1991); Pynoos et al. (1987)]. Das Kind ringt dabei um eine Legitimation, eine Erklärung für das Ereignis: Warum geschah das, was geschah und warum traf es gerade mich? Wie hätte ich es vermeiden können? Da das Motiv für dieses insistierende Grübeln darin besteht, die persönliche Kontrolle über die Willkür von Schicksalsschlägen wiederherzustellen, besteht die Gefahr einer Übernahme von persönlicher Verantwortung für das Geschehen mit all den negativen Folgen einer sich anschließenden Schulddynamik. Schließlich finden sich bei diesem Traumatypus häufig auch visuelle Fehlwahrnehmungen und mitunter bizarre Halluzinationen, die irreführend psychosenah anmuten können. Terr vermutet, dass "die massive Ausschüttung von Neurotransmittern im Gehirn zum Zeitpunkt des Schreckens für

diese Wahrnehmungsprobleme verantwortlich sein könnten, doch deren stoffliche Eigenart und die zugrundeliegenden Mechanismen sind bislang unaufgeklärt (1991, S. 311)."

Sofern traumatische Erlebnisse vom **Typus II** vorliegen, sofern also das Kind langanhaltenden, zunehmend erwartungskonsistenten Erfahrungen ausgesetzt ist, wird sich seine mentale Aktivität zunächst auf die Frage konzentrieren, wie eine Wiederholung der Bedrohung vermieden werden kann (Coping). Sofern und je länger diese gleichsam alloplastischen Bemühungen scheitern, werden sie in zunehmend autoplastische umschlagen (intrapsychische Abwehr). Allfällige Merkmale sind dann "massive Verleugnung, Verdrängung, Dissoziation, Selbstbetäubung, Selbsthypnose, Identifikation mit dem Aggressor und Autoaggression" (a.a.O., S. 311 f), die in der Regel zu einem tiefgreifenden Persönlichkeitswandel führen. Vorherrschende Affektlagen sind Gefühlsleere, diffuses Wutempfinden und aggressive Reaktionsbereitschaft, sowie persistierende Traurigkeit. Diese Gefühle sind unterfüttert von allgegenwärtiger Angst. Die häufig getroffenen diagnostischen Einordnungen erstrecken sich auf Verhaltensstörungen und ADHD einerseits, und auf depressive und dissoziative Störungen andererseits. Diagnostisch assoziiert sind ebenfalls narzißtische und Borderline-Störungen, sowie Dissoziative Identitätsstörungen (Dissociative Identity Disorder DID, ehemals Multiple Persönlichkeitsstörung /Multiple Personality Disorder MPD).

Van der Kolk et al. (van der Kolk et al. 1996, S. 312 ff) bezeichnen die Dissoziation als das Wesensmerkmal des posttraumatischen Prozesses und unterscheiden daran drei Komponenten:

- die primäre Dissoziation auf perzeptueller Ebene. Hierbei überfluten in somatosensorischen flashbacks Sprengstücke des Geschehens - in Form visueller, olfaktorischer, auditiver, kinästhetischer Empfindungen oder als Affektstürme - das Wahrnehmungsfeld.
- Die sekundäre oder peritraumatische Dissoziation entspricht dem, was Fromm (1965) als die "Trennung zwischen beobachtendem und erfahrendem Ich" bezeichnet hat. "Traumaopfer berichten häufig von veränderten Zeit-, Orts- und personbezogenen Erfahrungsweisen, wodurch das Geschehen als unwirklich empfunden wurde (...) es kommt zu einem verlangsamten oder akzelerierten Zeitempfinden. Viele Opfer erleben Depersonalisation, Gefühle, den Körper verlassen zu haben, Verwirrung, Desorientierung, verändertes Schmerzempfinden und Körperbild, Tunnelvisionen (...)" (van der Kolk et al. 1996, S. 313).
- Die tertiäre Dissoziation entspricht einer allmählichen, persönlichkeitsverändernden Anpassung des Opfers an die Chronifizierung der dissoziativen Reaktion. Dies geschieht in Form ihrer Generalisierung. Das gesamte Affekt-erleben wird vom dissoziativen 'Bazillus' gleichsam infiziert; Affekte als solche werden zunehmend gemieden und stehen infolgedessen als orientierende Signale nur noch sehr eingeschränkt zur Verfügung. Die Komorbidität nimmt graduell zu. Beispiele dafür sind, dass Störungen wie BPD (Herman et al.

1987), Somatisierungsstörungen (Saxe et al. 1994), schwere Depressionen und PTSD hohe, prämorbidite Anteile traumatischer und dissoziativer Vorerfahrungen aufweisen. In prospektiver Hinsicht ist Dissoziation prädiktiv für selbstverletzendes Verhalten (vgl. Sachsse 1996) und Suizidversuche (van der Kolk, Perry & Herman 1991). Gut belegt und allgemein anerkannt ist inzwischen, dass unter diesen Patientengruppen die Prävalenz traumatischer Kindheitserfahrungen hochsignifikant ist.

Auffallend ist die begriffliche Nähe zwischen dem dissoziativen Vorgang als 'traumakompensatorische Strategie' (Fischer/Riedesser o. J.) und dem, was die Psychoanalyse als 'Spaltungsabwehr' erkennt. Sofern man die Dissoziation als Versuch zur Wiedererlangung der zusammengebrochenen Fähigkeit sieht, zwischen "freundlichen und feindlichen Objekten bzw. zwischen sicheren und unsicheren Orten zu unterscheiden" (Fischer/Riedesser a.a.O., S. 27) (basale Orientierung), so deckt sich dies modal mit der Spaltungsabsicht, 'gute' von 'bösen' Objekten zu sondern. Wenn man sich weiterhin die außerordentlich hohe Komorbidität der sog. frühen Störungen (insbes. vom Borderline-Typus) bei PTSD vor Augen führt, so ist es aus heutiger Sicht doch erstaunlich, dass sich bei Kernberg, dem Nestor der psychoanalytischen Borderline-Forschung, keine nennenswerten Hinweise finden auf realtraumatische Faktoren in der Ätiologie der Borderline-Störung. Dies ist kennzeichnend für eine (in den letzten Jahren zunehmend auch inneranalytisch bemängelte) epochale Tendenz in der Psychoanalyse zur Bagatellisierung des Realtraumas in der Ätiologie gegenüber der intrapsychischen Wunsch- und Phantasiedynamik. Fischer und Riedesser fordern deshalb in diagnostischer Sicht m. E. völlig zurecht "die notwendige Transformation vieler Aspekte der traditionellen Psychopathologie in Psychotraumatologie." Sie prognostizieren, "dass in den diagnostischen Manualen der Zukunft die psychotraumatischen Syndrome weit über die jetzige Psychotraumatische Belastungsstörung hinaus den gebührenden Raum einnehmen und z. B. auch einen Teil der Angststörungen, der depressiven und dissoziativen sowie der Somatisierungsstörungen umfassen werden. Ferner dürfte der relative Anteil der psychotraumatischen Ätiologie an Syndromen deutlicher werden, die ansonsten noch auf einer anderen, beispielsweise organischen Ätiologie und Pathogenese beruhen." (a.a.O., S. 52 f)

Interessanterweise verbinden sie mit dieser Prognose eine weitere: dass nämlich eine ätiologische Neubewertung realtraumatischer Einflüsse die Konvergenz verhaltens- und lerntheoretischer einerseits und psychoanalytischer Erklärungsansätze andererseits beschleunigen werde. Ich halte dies nicht nur für schlüssig (vgl. Naumann-Lenzen, 1996), sondern auch für eine wünschenswerte und längst überfällige Entwicklung. Mittlerweile mehrten sich auch in der Psychoanalyse die Stimmen [beispielsweise Basch 1988; Gedo 1991; Levin 1991, 1995; Schwartz 1992; Cooper 1992; Hadley 1989, 1992; Olds 1992; Wexler 1992; Jones 1995; Lichtenberg 1989], die diese Konvergenz vorantreiben. Ich bin überzeugt, dass diese Annäherung auf dem Boden der Psychotraumatologie erfolgen wird. Moderne lerntheoretische Modelle könnten m. E. enorm von der psy-

choanalytischen Repräsentanz- und Abwehrlehre profitieren und vice versa (vgl. Cooper 1992, S. 374 ff).

## II. Neurobiologische und gedächtnistheoretische (memory systems) Überlegungen zur Psychodynamik posttraumatischer Belastungsstörungen (PTSD) bei Kindern

In einem nächsten Schritt möchte ich mich nun einigen neurobiologischen Befunden sowie Überlegungen aus der Gedächtnisforschung zuwenden. Man geht mittlerweile davon aus, dass PTSD zu den Störungen zu zählen ist, die wie wenige andere tiefgreifend d. h. auf sehr 'primitiven' Steuerungsebenen in neurobiologische Regelkreise eingreift, und dass diese Veränderungen wesentlich auch die Gegebenheiten auf psychodynamischer Ebene beeinflussen werden. Dies gilt aus entwicklungsneurologischen Gründen, die ich nun erörtern möchte, in ganz besonderer Weise für Kinder. D. h. traumatische Einwirkungen beeinflussen Kinder 1. in anderer Weise als Erwachsene und 2. verarbeiten Kinder diese Erfahrungen häufig in geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Mustern.

Man muss sich dabei zunächst vor Augen führen, dass unser Gehirn strukturell so ausgelegt ist, dass es – unter durchschnittlich zu erwartenden Bedingungen – optimal seinen übergeordneten Zweck erfüllen kann, nämlich das Überleben des Gesamtorganismus zu sichern. Es ist, wie ein Neurobiologe es prägnant formulierte, "an anticipation machine in the face of survival". Diese 'Maschine' folgt dabei der heuristischen Leitlinie 'better safe than sorry' (sie geht auf 'Number sicher'). Auf mehreren, insbes. auf den evolutiv alten bzw. ontogenetisch frühen Steuerungsebenen sind multiple biologische Voranpassungen installiert. Diese befähigen den Organismus zu überlebenssichernden Anpassungsprozessen unter Ausschluss langwieriger und riskanter Lernerfahrungen. Ein Beispiel dafür sind etwa die festgelegten, interaktionellen Handlungsmuster (fixed action patterns) im Bereich der Mutter-Kind-Bindung. Aber, und dies ist im Hinblick auf das traumatische Geschehen entscheidend, dies ist eine Voranpassung, die sich evolutiv bewährt hat im Kontext durchschnittlich zu erwartender Bedingungen. Eben diese Bedingungen aber sprengt der traumatische Prozess.

Man kann nun mit einiger Berechtigung sagen, dass das Wesensmerkmal des posttraumatischen Prozesses schlechthin in einem gescheiterten und äußerst erfahrungsresistenten one-trial learning (im Falle des Traumatypus I) oder einem multiple-trial learning (im Falle des Typus II) besteht – also in einem gescheiterten Lernprozess, der eine Kaskade weitergehender Fehlanpassung auslöst. Diese basiert auf einer abnormen Sensibilisierung neuronaler Netzwerke für bestimmte Merkmale des äußeren und/oder inneren Milieus. Diese Sensibilisierung kann, wie gesagt, durch eine einmalige und nachhaltige Prägung oder ebenso durch serielle Häufung von Stressoren erfolgen. In jedem Fall resultiert dies in sog. 'vigilanten' mentalen Präkonzepten, durch welche weitere Informationsaufnahme und -bewertung gefiltert wird. Ist erst einmal eine derartige Sensibilisierung eingetreten, kann eine gleichstarke neuronale Aktivierung (Amplitude des 'neuronalen Feuerns') durch eine weit geringere Stimulus-Intensität ausgelöst

oder sogar durch assoziativ im erweiterten neuronalen Umfeld lediglich lose konnotierte Stimuli bewirkt werden. So kann beispielsweise das Bild eines Schäferhundes oder auch nur ein in der ursprünglichen traumatischen Szene vorüberfahrendes Auto zu identischer Angstmobilisierung wie die Urszene führen und in eine Angstepisode einmünden. Bildlich gesprochen befindet sich das Gehirn in einem permanenten stand-by-and-scanning-Modus im Hinblick auf potentielle, traumaverwandte Gefahrenquellen und deren Abwehr. Der Post-Trauma-Status besteht somit in herabgesetzten Schwellenwerten für diejenigen neuronalen Reaktionsbereitschaften, die in assoziativer Verbindung stehen mit der oder den traumatischen Erfahrungen. Aus Sicht der analytischen Abwehrlehre wäre anzufügen, dass es sich hierbei häufig um eine 'kaschierte' Verbindung zur ursprünglichen, bedrohlichen und angstausslösenden bzw. traumatisierenden Situation handeln wird. Dies geschieht beispielsweise in Form der 'Verschiebung' des Angstgeschehens auf Objekte, die ein Mindestmaß an Kontrolle und somit Sicherheitsgefühl gestatten (vgl. Fischer/Riedesser, a.a.O., S. 56) (Agoraphobie, Trennungängste, Zwänge, die Kontrolle über den anorektischen Körper etc.).

Ein weiteres und im Hinblick auf ein Verständnis der Trauma-Reaktion wesentliches neuronales Organisationsprinzip ist das Prinzip der **multiplen Repräsentation** (parallel processing of information, 'Konnektionismus'). Es beinhaltet das mehrfache Encodieren und Auswerten von eintreffender Information in unterschiedlichen neuronalen Netzen (Daum, Schugens, Ackermann, Lutzenberger, Dichgans, Birbaumer 1993; Olds 1992, S. 419 ff). Um bei akuter Bedrohung schnell und wirkungsvoll Gegenmaßnahmen einleiten zu können, hat die Evolution das menschliche Hirn durch diese multiple Repräsentation mit abgestuften Optionen auf eine Abkürzung der Informations-, Auswertungs- und Reaktionszeiten ausgestattet. Dies geschieht im Wege der Abkürzung neuronaler Kreisläufe (der Informationsverarbeitung) auf mehreren Systemebenen ('fast track loops'). Auf der ersten Ebene des

- **Stammhirns und des peripheren Nervensystems** beinhaltet dies das angeborene Repertoire an Reflexen, das es uns ermöglicht, auf Gefahren in fixierter und unwandelbarer Weise im Mikrosekundenbereich motorisch zu reagieren. Ein Beispiel dafür wäre der Lidreflex. Eine zweite evolutive Ebene hat ihren Sitz im
- **peripheren Nervensystem, im Stamm- und Kleinhirn sowie den vermittelnden Strukturen** (das sog. reptilian brain). Dort werden sensomotorische Schemata erlernt und organisiert nach Maßgabe des operanten Konditionierens. Innerhalb einer temporalen Ordnung werden dort unmittelbar aufeinanderfolgende Ereignisse in einem Ursache-Wirkungs-Bezug erlebt. Diese 'Arbeitshypothese' ist in den meisten Fällen richtig und hilfreich, in manchen zwar unzutreffend, aber harmlos, in einigen Fällen jedoch unzutreffend und schädlich. Der Organismus beantwortet bestimmte Schlüsselereignisse mit einer, so könnte man sagen, zunehmend und gleichsam 'zwanghaft' konditionierten Reaktion, die sich zusammensetzt aus angeborenen Reflexen und deren motorischen Abwandlungen, eben den sensomotorischen Schemata

(Crittenden 1997, S. 3 f). Diese Reaktionen beantworten somit die Frage, wann eine Gefahr eintritt; sie erfolgen sehr rasch und sind ebenfalls vorbewusst. Wichtig ist, dass diese beiden Reiz-Reaktions-'Kurzschluss-Schleifen' völlig unabhängig von den höheren Nervenfunktionen der Hirnrinde und des limbischen Systems operieren können (Glickstein 1992). In der Regel birgt dies überlebensentscheidende Vorteile. In Situationen jedoch, die nach einer differenzierteren kognitiven Auswertung verlangen, kann dieser 'Zeitvorsprung' der niederen neuralen Systeme die höheren mentalen Funktionen vor gleichsam irreversible 'faits accomplis' stellen, vergleichbar der Hase-und-Igel-Metapher.

Von entscheidender Wichtigkeit für das Erkennen und die Abwehr einer Gefahr ist jedoch ebenso Information darüber, wo diese auftreten wird (vgl. Crittenden 1997, S. 4). Diese Information liefert eine dritte neurale Ebene: das

- **limbische System und der Paleokortex.** Hier werden bestimmte, bevorzugte Stimuli in Affekte umgewandelt (Le Doux 1995; MacLean 1987, 1990). Im Falle des Erkennens von Gefahren handelt es sich dabei im wesentlichen um die Signale 'Angst' oder 'Wohlbefinden'. Sie weisen darauf hin, mit welcher Sollwert-Abweichung ein Kontext als gefährlich oder sicher eingestuft werden kann. Zusätzlich stellen sie, neben der motivierenden Initialzündung, ein 'Rumpf'-Handlungsprogramm bereit (Tomkins 1962, 1963, 1991, 1993; Izard 1994; Schwartz 1992; Basch 1988; Krause 1990, 1983; Moser & von Zepelin 1996; Jones 1995). "Angstauslösende Reize bestehen vornehmlich aus distalen (d. h. von der Körpermitte abgewandten, M. N.-L.) Reizen, beispielsweise Dunkelheit, plötzliche laute Geräusche oder Stille, bestimmte Gerüche, mangelnde Fluchtmöglichkeit, Alleinsein. Diese Reize lösen (neben den Reaktionen auf autonomer Ebene, also beispielsweise erhöhte Herz- und Atemfrequenz und Blutdruck, M. N.-L.) Kampf, Flucht oder Schreckstarre aus (fight, flight or freeze). Mit Wohlbefinden und Behagen assoziierte Reize sind eher proximaler Natur d. h. körpernah, beispielsweise enger Körperkontakt, streichelnde und wiegende Bewegungen. Diese bewirken Explorationsverhalten." (Crittenden 1997, S. 4) Anders ausgedrückt: die affektiven Vorgänge auf limbischer Ebene (insbes. die Nuclei Amygdalae) - also die Ausschüttung von Neurohormonen - signalisieren dem Gehirn die Bedeutung von Informationen und sorgen beispielsweise dafür, ob eine Erinnerung Aufnahme in das Langzeitgedächtnis findet. Eine massive neurohormonelle Ausschüttung zum Zeitpunkt eines Traumas etwa würde dies bewirken. Dies kann dazu führen, dass diese Erinnerung zu lange 'zu leicht' auslösbar bleibt - d. h. wenn sie eigentlich für gegenwärtige Erfahrung belanglos ist - und dieselben traumatischen Erlebnisqualitäten herbeiführt, was seinerseits eine Verstärkung der Sensibilisierung bewirkt usw. (van der Kolk et al. 1996, S. 214 ff). Es entsteht dadurch eine Art 'geschlossenes System' ( vgl. Basch 1988, S. 104 ff), das für Erfahrungslernen hochresistent geworden ist und sich stattdessen mit immer denselben, gleichsam autogenen Rückkoppelungsereignissen versorgt.

Steuerungs-Schleifen auf dieser dritten, limbischen Ebene stellen eine weitere Möglichkeit des Organismus dar, das Kriterium des Zeitgewinns, das bei der Gefahrenabwehr oft die entscheidende Rolle spielt, auf vorbewusster Ebene zu berücksichtigen. Auch hier besteht ein wesentlicher Vorteil darin, dass die Risiken von Erfahrungslernen vermieden werden, da es sich um angeborene (kategorische) Affekt-Programme handelt. Allerdings werden diese Akzelerations-Vorteile auf Kosten der Stimulus-Unterscheidung und somit folgerichtig auch der reaktiven Differenzierung erzielt. Denn diese fast-track loops unterlaufen die differenziertere Kontextanalyse auf der vierten, der

- **kognitiven Ebene (Hirnrinde, insbes. präfrontaler Kortex und Cerebellum,** vgl. van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (1996, S. 279 ff). Nur hier kann in vielen Fällen der unterschiedliche Bedeutungsgehalt ähnlicher Reize erkannt werden. Dies kann im Hinblick auf Fehlanpassung und Pathogenese von wesentlicher Bedeutung sein, wenn der ähnliche Reiz objektiv nicht mit Gefahr gekoppelt ist, subjektiv aber als Hinweis auf Gefahr gedeutet wird.

Das Gehirn behandelt diejenigen Objekte in seinem Wahrnehmungsumfeld bevorzugt, die aufgrund ihrer Charakteristika bestimmte Schwellenwerte hinsichtlich 'Reizneuheit' und 'Reizintensität' überschreiten. Handelt es sich dabei um einen potentiell bedrohlichen Reiz, wird die Option auf eine differenziertere Analyse (im präfrontalen Kortex) definiert durch den Raum-Zeit-Dringlichkeitskoeffizienten, den das limbische System signalisiert. Bewegt sich die Aktivierung in einem mittleren Bereich, ist es, wie wenn die Arbeitsanweisung an das Gehirn lautete: "Es besteht noch Zeit (und Raum) zum Überlegen! Nimm sie dir für nüchterne Überlegung!" Dies gibt dem präfrontalen Kortex Gelegenheit zu weiterer, differenzierter, integrativer Auswertung der aus der sensorischen Peripherie und den verschiedenen Bereichen des ZNS eintreffenden Daten. Und es gewährt in vielen Fällen immense Vorteile im Hinblick auf erfolgreiche Anpassung und, in der Folge, psychische Gesundheit. Bei hoher Aktivierung hieße es umgekehrt: "Schnell! Ohne weitere Überlegung zum Handeln übergehen!" (denn es handelt sich um eine zeitlich und räumlich unmittelbare Gefahr).

Die Kehrseite der Hypersensibilisierung für bestimmte Reize besteht nun in einem Ausschluss von oder einer verminderten Ansprechbarkeit für eine Vielzahl von Reizen, die beantwortet werden müssten, um sich angemessen im Hier-und-Jetzt orientieren zu können. Dadurch erfährt die absolute und relative mentale Präsenz des Traumas eine zusätzliche Steigerung. Die verminderte Ansprechbarkeit für traumairrelevante Ereignisse bewirkt Veränderungen im ZNS, die den Auswirkungen anhaltenden Reizentzuges ähneln. Auf der Ebene der Fähigkeit, Affekte zu erkennen, sie als Signale für die Fokussierung der Aufmerksamkeit einzusetzen (alerting function) und zu artikulieren, tritt allmählich das ein, was als 'emotional shutdown' bezeichnet worden ist (eine Art emotionaler Analfabetismus, vergleichbar der Alexithymie oder der 'pensée opératoire'). Kryptal (1968) bezeichnet diese Menschen deshalb als 'dead to the world'. Er bemerkte (1978), dass die "Gefühle von Menschen mit PTSD anscheinend ihre Signalfunktion eingebüßt haben, nämlich als Aufforderung, zu Anpassungshand-

lungen überzugehen. Bei PTSD sind Gefühlsaktivierung und zielgerichtetes Handeln oft entkoppelt. Deshalb verwenden diese Menschen Aktivierung häufig nicht mehr als Aufforderung, auf Empfangsbereitschaft für neu eintreffende Informationen zu schalten. Stattdessen neigen sie zum unvermittelten Übergang vom Reiz zur Reaktion, ohne dass sie in der Lage wären, die Bedeutung des Geschehens auszuloten. Ihre Antwort besteht in Kampf-oder-Flucht-Reaktionen. Dies bewirkt Schreckstarre oder veranlasst sie zu überschüssigen Reaktionen, mit denen sie andere, als Reaktion auf unbedeutende Provokationen, einschüchtern." (van der Kolk 1996, S. 219) Ihre Fähigkeit zum 'Denken als Probehandeln' (Freud) ist stark eingeschränkt, da die Phantasiefunktion - als affektgeleitetes Spiel mit diversen Optionen - eingefroren wird. Studien an traumatisierten Kindern (z. B. Rieder & Cichetti 1989) haben gezeigt, dass die generalisierte Affekthemmung gleichsam als 'Sicherung' gegen traumatischen Kurzschluss dient und zur Lähmung der Spiel- und Phantasiefunktion führt. Dies wiederum führt zu einer empfindlichen Einbuße an Kreativität, Flexibilität und Lern- bzw. Aufnahmefähigkeit. Bereits erreichte Entwicklungserrungen werden aufgegeben und es kommt häufig zu einer regressiven Wende in mehreren Funktionsbereichen.

Viel ist über das Kernelement der posttraumatischen Kondition, den dissoziativen Vorgang, spekuliert worden. Wie ist es zu erklären, dass so viele Traumaopfer keine verbal-expliziten oder narrativen Erinnerungen an das Geschehen organisiert haben - immerhin, wie man weiß, eines der wesentlichen Hindernisse für eine therapeutische Re-Evaluation? Die Hirnforschungen der letzten Jahre vermitteln uns jedoch mittlerweile ein besseres Verständnis dafür, wie intensive Erregungszustände das 'richtige' Bearbeiten und Speichern von Informationen behindern und dazu führen können, dass diese lediglich auf somatosensorischer und ikonischer Ebene verfügbar sind. So haben z. B. Neuro-Imaginationsstudien mit PTSD-Patienten unter Trauma-Exposition eine verminderte Aktivität des Sprachzentrums (Broca'sches Zentrum) ergeben (van der Kolk et al. 1996), also der Hirnregion, die wesentlich an der Transformation von Erfahrung in Sprache beteiligt ist. Gleichzeitig war eine erheblich gesteigerte Aktivierung derjenigen Bereiche in der rechten Hemisphäre feststellbar, von denen man annimmt, dass sie wesentlich an der Affektgenerierung beteiligt sind (limbisches System, bes. die Amygdala). Da das Erleben von Angst besonders eng mit diesem Bereich assoziiert ist, spricht man auch vom 'worry circuit'. Weiterhin wiesen PTSD-Patienten ein vermindertes Volumen des hippocampalen Bereiches im limbischen System auf. Die Aufgabe des Hippocampus besteht in der Erstellung einer 'kognitiven Landkarte', die als Arbeitsvorlage zur 'Endredaktion' an die kortikalen Bereiche weitergereicht wird (working memory). Die Weiterleitung der aus dem limbischen System bzw. der Amygdala eintreffenden Informationen an den Hippocampus und die Einordnung in dieser 'Landkarte' wird nach Maßgabe der Koordinaten 'Raum', 'Zeit' und 'Kausalität' vorgenommen. Dem Hippocampus kommt also eine ganz entscheidende integrative Funktion zu im Hinblick auf die vollständige und insofern detailgenaue Auswertung von Informationen. Man weiß nun, dass ein hohes limbisches Stimulationsniveau (bzw. eine entsprechende

neuroendokrine Aktivierung, ausgelöst durch einen sog. 'state-dependent recall', wie es unter traumatischen Bedingungen vorherrscht), diese Zuordnung der von der Amygdala eintreffenden Informationen 'unterbricht' bzw. behindert. Dies, so nimmt man an, führt zu einer hippocampalen Volumeneinbuße, sofern diese Unterbrechung des Informations-Transfers posttraumatisch beibehalten wird. Im Endeffekt resultiert dies in der vorhin erwähnten 'Kurzschluss-Bearbeitung' eintreffender Informationen (fast-track-loop): diese bestehen dann lediglich aus raum-, zeit- und kausalitätslosen sensorischen Sprengstücken, die dem Verarbeitungsniveau des Thalamus und der Amygdala entsprechen. Die Alarmreaktion verhindert, dass sie vom Hippocampus bearbeitet und von dort an den präfrontalen Kortex zur vollgültigen Integration und Handlungsplanung weitergereicht werden können (van der Kolk 1996, S. 293 ff). Traumaopfer verspüren unter Reaktivierung somit heftige, aber gleichsam namenlose Affekte, Empfindungen und sog. 'heiße' Erinnerungen: "Ihre Körper geraten in einen Erregungszustand, unter Umständen mit begleitender Aktivierung von Erinnerungs-Bruchstücken. Aber sie sind unfähig, klare mentale Konstrukte der Erfahrung zu bilden. Unter dem Druck, ihr inneres Gleichgewicht wiederzufinden, benutzen sie ihre Muskeln. Entladung in die unwillkürliche Muskulatur führt hierbei zu psychosomatischen Reaktionen, Entladung in die gestreifte Muskulatur zu Handlungen. Beide Lösungen ziehen mit aller Wahrscheinlichkeit Nachteile nach sich; keine von beiden birgt viel Aussicht auf Erfahrungslernen." (a.a.O., S. 296) Studien an traumatisierten Kindern (u. a. Burgess, Hartmann & Baker 1995; Terr 1988; Gaensbauer, Chatoor & Drell 1995) bestätigen, dass viele dieser Kinder, ganz ähnlich wie Erwachsene, das Trauma nicht in explizite Erinnerung umwandeln, sondern es, psychoanalytisch gesprochen, im Verhalten 'agieren'. In diesem Zusammenhang ist folgende Anmerkung von van der Kolk für klinische Erwägungen von höchstem Interesse. Er bemerkt, dass "das Weiterbestehen störender, traumabezogener Empfindungen, auch nach narrativer Rekonstruktion, in Widerspruch zu der Annahme steht, dass die wachsende Fähigkeit, die traumatische Erfahrung in Worte zu fassen, zuverlässig dazu beitragen wird, flashbacks zu vermeiden - eine scheinbar zentrale Annahme einer Vielzahl von Behandlungskonzepten." (van der Kolk 1996, S. 289).

Wenn wir diese Befunde nun in Verbindung setzen mit der frühen, also der Traumatisierung im Kindesalter, so tritt folgerichtig der Reifungs- und Entwicklungsgesichtspunkt hinzu. Dieser Gesichtspunkt nötigt uns, sehr genau zwischen den neurobiologischen, psychodynamischen und persönlichkeitsrelevanten Folgen einer Traumatisierung im Kindes- und einer solchen im Erwachsenenalter zu unterscheiden. Worin bestehen diese Unterschiede?

In der psychoanalytischen Entwicklungslehre geht man üblicherweise vom Prinzip der Epigenese aus d. h. von der Auffassung, dass ontogenetisch frühere Erregungszustände die nachfolgenden Entwicklungsschritte weitgehend (ceteris paribus) präjudizieren. Dies hat der Psychoanalyse oft einen pauschalen Determinismus-Verdacht beschert sowie den Vorwurf, sie behauptete, 'Mit der Kindheit sei eigentlich alles entschieden' und stelle die Möglichkeit psychischen Wandels in

Abrede. Abgesehen davon, dass dies eine theoriegeschichtliche Verzerrung darstellt, erhärten mittlerweile die Befunde der neurobiologischen und neuroanatomischen Entwicklungsforschung, in welchem Ausmaß in der Tat das epigenetische Prinzip den Verlauf neuronal-mentaler Entwicklungsprozesse beherrscht – und zwar sowohl, was die mentale software, als auch die 'harte' Verdrahtung angeht.

Ich hatte vorhin das die neuronalen Vorgänge regulierende Prinzip der Sensibilisierung erläutert und umrissen, wie dies posttraumatische Reaktionsbereitschaften steuert. Wenn wir nun diesen Sensibilisierungs-Gesichtspunkt, sowie das Prinzip der multiplen Repräsentation mit dem Reifungsgesichtspunkt zusammendenken, ergibt sich folgendes Bild: "Erfahrungen, die im ausgereiften Gehirn zu Sensibilisierung führen (beispielsweise PTSD, M.N.-L.) oder Lernen ermöglichen, werden beim noch reifenden Gehirn dessen generelle Leistungsfähigkeit bestimmen. Im wesentlichen bedeutet dies, dass dieselben einzigartigen molekularen Merkmale des nervösen Gewebes, welche das reife Gehirn befähigen, neue Information zu speichern, auch verantwortlich sind für die Organisation des Gehirns während seiner Entwicklung." (Perry 1995, S. 275) Perry bezeichnet dies als "use-dependent development of the brain" und er fährt fort: "Dies bedeutet, dass die verschiedenen Areale des ZNS sich sukzessive organisieren und deshalb entweder (in sog. 'kritischen Perioden' - man spricht auch von 'biologischen Fenstern') organisierende Erfahrungen (und die mit diesen Erfahrungen verknüpften neurotrophen Signale) benötigen oder in den sog. 'sensiblen Perioden' sehr empfänglich für diese sind. Eine Störung der erfahrungsabhängigen neurochemischen Signale in diesen Phasen kann zu größeren und mitunter irreversiblen Abweichungen oder Defiziten neurologischer Entwicklung führen. Solche Störungen können entstehen durch (1.) sensorischen Reizmangel in kritischen Perioden (Beispiel: Hospitalisierungsfolgen, M. N.-L.), oder, (2.) und üblicher, durch atypische oder abnorme Muster neuronaler Aktivierung aufgrund extremer Erfahrungen (beispielsweise Kindesmisshandlung). Die einfache und unvermeidbare Schlussfolgerung aus dieser schrittweisen Neuroentwicklung besteht darin, dass das sich organisierende, sensible Gehirn eines Säuglings oder Kleinkindes durch Erfahrung formbarer ist als das ausgereifte Gehirn (...) Weil sich das Gehirn in früher Kindheit durch maximale Plastizität (Reizempfindlichkeit) auszeichnet, ist die Vulnerabilität des Kindes in diesem Zeitraum durch Erfahrungsvarianz auch am größten." (S. 276) Anzufügen wäre hier, dass wir im klinischen Bild sehr häufig eine Kombination dieser Muster der Erfahrungsorganisation sehen. Insgesamt kommt es also zu einem tiefgreifenden, anwendungsinduzierten Wandel neuronaler Funktionsabläufe. Dieser Wandel ist - um es nochmals zusammenzufassen - dadurch gekennzeichnet, dass

- 1.) eine hochgradige, chronifizierte Reaktionsbereitschaft (Sensibilisierung) auf niederem mentalen Funktionsniveau erfolgt und dass dadurch
- 2.) sämtliche mental hochrangige Funktionen eine empfindliche Einbuße an Differenzierung erleiden. Sie bleiben habituell und zunehmend von wesentlichen Steuerungsprozessen ausgeschlossen, da sie sich wiederholt als für

das Wohlbefinden des Kindes, seine Sicherheit, Planung und Voraussicht als irrelevant oder wirkungslos erwiesen haben.

Diese verschiedenen Gesichtspunkte hat Perry (a.a.O., S 274) in einer tabellarischen Synopse anschaulich gebündelt anhand eines "Bedrohungskontinuums".

### Die akute Reaktion auf Bedrohung → → → →

Anpassungsreaktion	Ruhezustand (Männl. Erwachs.)	Wachsamkeit (Vigilanz)	Schreckstarre (Freeze)	Flucht	Kampf
Übererregungskontinuum	Ruhe Kind (Junge)	Wachsamkeit (Weinen, Rufen)	Widerstand (Schreckstarre)	Herausfordernder Trotz 'drohen'	Aggression
Dissoziatives Kontinuum	Ruhezustand Kind (Mädchen)	Vermeidung (Weinen, Rufen)	Gefügigkeit (Compliance) Schreckstarre	Dissoziation Gefühllosigkeit/ Abstumpfung/ Selbstbetäubung	Ohnmacht 'Mini-Psychose'
Primäre -sekundäre Gehirnanale	Neokortex -Subkortex	Subkortex -Limbisches Syst.	Limbisches Syst. -Mittelhirn	Mittelhirn -Stammhirn	Stammhirn -Autonomes NS
Kognition	Abstrakt	Konkret	'emotional'	reaktiv	Reflexhaft
Mentaler Zustand	(Gemüts-)Ruhe (calm)	Erregung Aktivierung	Alarmzustand	Angst	Schrecken (Terror)

Tabelle 2 (Perry et al. 1995, S. 274)

Es enthält die Darstellung der allmählichen Zustandsveränderungen verschiedener Parameter bei zunehmender akuter Bedrohung. Er merkt dazu an (ebd.): "Wachsende Bedrohung verändert den mentalen Zustand, Denkstil (Kognition), sowie physiologische Parameter (z. B. erhöhte Herz-, Atemfrequenz und Muskeltonus). Während sich die Person (steigender Gradient, M.N.-L.) entlang des Bedrohungskontinuums bewegt, von einem Zustand der Ruhe, über Aktivierung, Alarmreaktion und Furcht bis hin zu Schrecken, steuern und orchestrieren unterschiedliche Hirnbereiche die mentalen und körperlichen Funktionen. Je bedrohlicher sich die Person fühlt, desto 'primitiver' (oder regredierter) werden Denk- und Verhaltensstil. Wenn etwa ein traumatisiertes Kind sich in einem alarmierten Zustand befindet (weil es, beispielsweise, an das Trauma denkt), wird seine Konzentrationsfähigkeit abnehmen, es wird ängstlicher und es wird 'nonverbalen' Reizen, wie Stimmmodulation, Körperhaltung und Gesichtsausdruck mehr Beachtung schenken (limbische Ebene, M.N.-L.). Dies ist von Bedeutung für das Verständnis, wie das Kind in einer gegebenen Situation Informationen mental bearbeitet, wie es lernt und reagiert. Ein traumatisiertes Kind hat oft ein erhöhtes Angst-Ausgangsniveau und reagiert häufig mit hyperaktiver oder dissoziativer Anpassung. Die emotionale, Verhaltens- und kognitive Ebene werden diesen oft regredierten Zustand widerspiegeln."

### III. Klinische Optionen

Für die **initiale klinisch-anamnestische Beurteilung** sind vier Fragen zu klären (Pynoos 1993; Pynoos, Steinberg & Wraith 1995; Pynoos, Steinberg & Goenjian 1996):

- erstens ist eine möglichst detaillierte Feststellung und Klärung der objektiven Umstände und Merkmale des traumatischen Geschehens zu leisten, da dies als autobiographischer Bezugspunkt für das Traumaopfer von großem Nutzen sein wird bei der Wiedererlangung narrativer Konsistenz in Bezug auf das Geschehen. Wieweit dies allerdings möglich sein wird, hängt von einer Vielzahl äußerer Faktoren ab, nicht zuletzt aber auch vom kognitiven Entwicklungsniveau des Kindes. Hierbei muss man in Rechnung stellen, dass dieses Niveau durch die Traumatisierungsfolgen ohnehin beeinträchtigt ist. Dies wird beispielsweise die Fähigkeit des Kindes zu narrativer Konsistenz oder zur Metakognition synchroner, jedoch widersprüchlicher Affekte einschränken. Oder unterschiedliche Sinneseindrücke können modal nicht mehr im präfrontalen Kortex ('working memory') integriert werden, was zu Wahrnehmungsverzerrungen führt, oder Rettungs- und Schuldphantasien werden in das Geschehen eingearbeitet etc. Eine Klärung des Geschehens ist in jedem Falle anzustreben, da die fehlerhaften narrativen Konstrukte gleichsam der Rohstoff sind, aus dem Kinder pathogene Überzeugungen und Erwartungen (Weiss & Sampson 1986) formen. Wichtig ist also, was das Kind wie (auf welchen neuronalen Ebenen) als Wissen über das traumatische Geschehen mental repräsentiert hat, da dies auch das Symptombild, insbes. die sog. flashbacks, mitunterhält. Laub und Auerhahn (1993) haben eine Art 'Wissenskontinuum' vorgeschlagen, das Auskunft darüber geben soll, wie das Wissen einer Person im Sinne emotionaler Nähe zur traumatischen Repräsentanz organisiert ist. Dies beginnt
  - (1.) bei 'Nicht-Wissen' d. h. völliger Dissoziation, schreitet graduell fort über
  - (2.) Fugue-Zustände (in denen traumatische Ereignisse in einem veränderten Bewusstseinszustand, meist einem Dämmerzustand, wiederbelebt werden), dann
  - (3.) das Wiedererleben sensorischer Sprengstücke der traumatischen Empfindungen, denen jedoch keinerlei subjektive Bedeutung attribuiert werden kann und die daher als sehr ichfremd erlebt werden, weiter zu
  - (4.) Übertragungs- und Reinszenierungstendenzen von entscheidenden Aspekten des traumatischen Musters oder der traumakompensatorischen Strategien (vgl. Fischer & Riedesser o. J.), sodann
  - (5.) die Fähigkeit, Teile des traumatischen Geschehens zum Ausdruck zu bringen, verbunden mit überwältigenden Emotionen, bis zum
  - (6.) bewussten Erkennen persistierender, identitätsstiftender Lebensthemen, die aus dem Trauma abgeleitet worden sind und schließlich
  - (7.) das explizite narrative Wissen über das traumatische Geschehen. Wichtig hierbei ist, dass diese verschiedenen Wissens-'Stufen' sich wechselseitig nicht ausschließen müssen [außer (1.) und (7)].
- Zweitens geht es um eine vorläufige Einschätzung der subjektiven, intrapsychischen (psychodynamischen) Bedeutung, welche Geschehen für das Kind annimmt. Freud (1955, GW XIV, S. 201) hatte bemerkt, wie "in der Beziehung zur traumatischen Situation (...) äußere und innere Gefahr, Realgefahr und Triebanspruch zusammen(treffen)" und welche Anstrengungen (beispielsweise Passiv-Aktiv-Wendung im Spiel, mannigfache Abwehrmanöver, Symptombildung, Kompensation) das Ich unternimmt, um Kontrolle und Si-

cherheit wiederzuerlangen. Das heißt, wir müssen uns ein Überblick verschaffen über den Entwicklungsstand bei der Lösung der phasenspezifischen Aufgaben, Sorgen, Nöte und Konflikte des Kindes und die dabei zur Anwendung gelangenden Abwehr- und Coping-Mechanismen, über die gegenwärtige Bilanz progredienter und regressiver Kraftfelder in den verschiedenen Persönlichkeitsbereichen [Bindung, Affekt/Kognition, Psychosexualität, Autonomie, Kreativität; (vgl. Basch 1988, 1997)] und motivationalen Bereichen (Lichtenberg 1989). Auf diese Weise gelangen wir nicht nur zu einem Verständnis für die unbewusste Sinnggebung, die das Kind dem Trauma und seinen besonderen Umständen anheftet, sondern vor allem können wir nun besser die zusätzlichen Aufgaben und Belastungen erkennen, die für das Kind daraus erwachsen. Darüber hinaus verhilft uns dies zu einer Einschätzung der inneren Ressourcen, die dem Kind bei der Bewältigung all dessen zur Verfügung stehen. Die konsequente Fokussierung auf den Entwicklungs-Gesichtspunkt bewahrt uns davor, unseren Blickwinkel auf Vorkommen und Persistenz von meist recht dramatischen, posttraumatischen Stress-Reaktionen einzuengen und darüber die Langzeitwirkungen im Sinne der Beschädigung von Entwicklungslinien (A. Freud) zu vernachlässigen. Traumatische Schädigungen erschüttern das Fundament persönlicher Kontrollüberzeugungen und des kindlichen Entwicklungsoptimismus. Das Kind glaubt oft nicht mehr daran, durch seine Aktivität den Lauf der Dinge wirkungsvoll beeinflussen zu können - und dies stellt ein gravierendes Langzeitrisko dar mit Folgeeffekten in sämtlichen Entwicklungsbereichen. Diese Effekte müssen rechtzeitig erkannt und behandelt werden, auch wenn die akute posttraumatische Belastungsreaktion längst abgeklungen ist.

- Drittens sollte eine anamnestiche Klärung erfolgen hinsichtlich weiterhin bestehender, äußerer wie innerer, traumabezogener Auslöserereignisse. Wann und wie könnte das Kind diesen Erinnerungen an das Trauma neuerlich ausgesetzt sein? Was können Eltern und Kind dazu beitragen, um diese Auslöser zu vermeiden? Wie kann die Unterscheidungsfähigkeit des Kindes zwischen wirklichen und fälschlich attribuierten Gefahren verbessert werden? Wie können Toleranz-Schwellenwerte beim Kind erhöht werden? Wie kann sich das Kind gegen unvermeidbare und wie gegen unvorhergesehene Auslöserereignisse mental wappnen, wie kann es sich schneller nach einem Einbruch traumatischer Erinnerungen bzw. den damit einhergehenden somatischen Begleitumständen erholen? Insgesamt ist eine Reduktion der Häufigkeit der Reaktivierung traumatischer Erinnerungen und Zustände während der Rekonvaleszenz anzustreben, da Untersuchungen ergeben haben (Berkovitz et al. 1994), dass eine häufige Inzidenz derartiger 'Wiederbelebungen' mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Chronifizierung der posttraumatischen Belastungsreaktion führt.
- Viertens sollte eine Bestandsaufnahme und Einschätzung sekundärer, belastender Folgewirkungen des traumatischen Geschehens vorgenommen werden (wie etwa Orts- und Schulwechsel, Operationen, Krankenhausaufenthalte, rehabilitative Maßnahmen, Verlust der Eltern, Kontaktverluste, schuli-

sche Lernstörungen usw.). Oft sind diese sekundären Folgewirkungen gravierender als die eigentliche primäre Traumabelastung, da sie das Kind und oft auch seine Familie von dringend benötigten Hilfsquellen abschneiden. Psychotherapeutische Interventionen müssen hier darauf ausgerichtet sein, die "Ursachen sekundärer Belastungen und die daraus folgenden intrapsychischen Konflikte anzusprechen und Coping-Fähigkeiten zu fördern", wobei der Therapeut als "Anwalt des Kindes" häufig zu milieuförderlichen Interventionen aufgerufen ist. (Pynoos et al. 1996, S. 341)

**Resistenz, Resilienz, Vulnerabilität:** Bei der 'Wahl' unterschiedlicher Reaktionsmuster, die das Kind angesichts einer Bedrohung trifft, spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Bei längst nicht allen Kindern entwickelt sich aus dem extremen Stress, der mit der traumatischen Erfahrung einhergeht, eine PTSD. Eine wesentliche Frage der Traumaforschung ist es deshalb, welche Faktoren dazu beitragen, den Übergang in eine posttraumatisch chronifizierte Reaktion abzuwenden. Prätraumatische Persönlichkeitsmerkmale und Coping-Stile können ein protektiver Faktor sein (van der Kolk et al. 1996, S. 295). Offensichtlich spielt das Alter ebenso eine Rolle, denn klinische Erfahrungen zeigen, dass dissoziative Anpassung zunimmt, je jünger und somit hilfloser die betroffenen Kinder sind. Weiterhin bedingt die 'Physiognomie' des Traumas die Antwort des Opfers: zunehmende Bewegungseinschränkung, Hilf- und Machtlosigkeit, Verletzung, Schmerz oder Folter lösen allesamt und graduell zunehmend dissoziative Reaktionen aus – im Extrem dissoziative Identitätsstörung (auf die ich in dieser Übersicht nicht näher eingehe, da sie einer gesonderten Würdigung bedürfte – vgl. Kluff/Fine, 1993; Silberg, 2000; Shirar, 1996; Phillips/Frederick, 2000; Putnam, 1997; Psa. Inquiry 2/2000; Huber, 1997). Und schließlich besteht auch eine deutliche geschlechtsspezifische Häufung: ebenso wie Frauen auf dem dissoziativen Kontinuum überrepräsentiert sind, sind es auch Mädchen gegenüber Jungen. Beispielsweise waren unter den 120 in den Child Trauma Programs vorgestellten und schwerwiegend traumatisierten Kindern aller Altersgruppen, die allesamt dramatische Symptome physiologischer Hypererregung aufwiesen, die Jungen im Verhältnis 4 : 1 überrepräsentiert (Perry et al., 1995, S. 284). Diese Befunde stimmen mit epidemiologischen Daten überein, die zeigen, dass bei Kindern mehr Jungen diagnostische Kriterien für sog. 'externalisierende' Störungen erfüllen (ADHD, Störungen des Sozialverhaltens mit aggressiver Komponente) und bei Mädchen eine Häufung sog. 'internalisierender' Störungen (Depressionen, Ängste, Dissoziation) anzutreffen ist (Perry et al., a.a.O., S. 283).

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass es für kleinere Kinder in vielen Fällen nicht sinnvoll scheint, sich auf eine Kampf-oder-Flucht-Reaktion zu verlassen sondern eher zum Behelf dissoziativer Verhaltensmuster zu greifen [Schreckstarre (freeze) und Unterwerfungsmuster (surrender pattern)]. Jedenfalls rekonstruiert die Paläoanthropologie Evolutions-Szenarien, welche die transgenerationelle Selektion dieser Überlebens-Muster erklären, (Leakey 1994) - was natürlich in keiner Weise Rückschlüsse auf deren Überlegenheit im zeitgenössischen Einzelfall zulässt. "Angesichts einer Bedrohung (besonders bei Raubzügen feindli-

cher Clans) diene es dem Selbstschutz von Kindern (und Frauen), sich als empfindungslos, nicht-hysterisch, gefügig, folgsam und friedfertig zu erweisen. Flucht würde in Isolation und sicherem Tod enden. Kämpfen wäre sinnlos." (Perry et al. a.a.O., S. 282)

Weiterhin wurde in einer Studie an 50 Kindern eine deutliche positive Korrelation gefunden zwischen dem Anpassungsstil, der während der akuten traumatischen Erfahrung und dem unmittelbaren, postakuten Zeitraum angewandt wurde und dem - eher dissoziativen oder eher hypererregten - vorherrschenden Anpassungsstil sechs Monate nach dem Trauma (Perry 1994, 1995).

Hieraus erhellt, von welcher entscheidender Wichtigkeit im Hinblick auf die Entstehung posttraumatischer psychischer Störungen 1. die schnelle Unterbrechung der äußeren Trauma-Konditionen im Milieu und 2. die frühe therapeutische Intervention im posttraumatischen Zeitraum sind.

Wie eingangs erwähnt, stehen der zügigen Intervention oft landläufige Vorurteile bezüglich der psychischen Abwehrkräfte und der kognitiven Auffassungsfähigkeit von Kindern entgegen. In sämtlichen Veröffentlichungen zur Behandlung posttraumatischer Störungen bei Kindern wird einhellig die Auffassung vertreten, dass der kritische Zeitraum für die Abwendung nachhaltiger Folgen unmittelbar nach dem Trauma anzusiedeln ist. Aus diesem Grund wird immer wieder auf die Einrichtung von Früherkennungsdiensten und vorbeugenden Programmen gedrängt. Die von mir skizzierten entwicklungsneurologischen Befunde sprechen in dieser Hinsicht eine sehr deutliche Sprache, da sie eindringlich vor Augen führen, wie tiefgreifend die kindlichen Anpassungsversuche an das Trauma mentalpsychische Reifungsprozesse beeinflussen können, besonders dann, wenn das Kind diesen Bedingungen über einen längeren Zeitraum ausgesetzt ist.

Dies bedeutet, dass unter den protektiven und milieugegebenen Faktoren die Verfügbarkeit eines gesunden und verantwortungsvollen Erwachsenen oder Sorgeberechtigten zur Unterstützung und Versorgung des Kindes nach dem Trauma an erster Stelle steht. Sofern der Erwachsene selber durch das Ereignis traumatisiert wurde, muss diesbezüglich weitere Unterstützung bereitgestellt werden. Sofern die Traumatisierung durch den Erwachsenen/Sorgeberechtigten selber verursacht wurde, wie im Falle von Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch, hat die Schaffung eines sicheren Umfeldes für das Kind oberste Priorität vor jeder Einleitung weiterer therapeutischer Hilfe.

#### Nun zu den **klinischen Optionen im einzelnen:**

Zunächst muss man feststellen, dass es im Bereich der klinischen Ergebnisforschung zur Behandlung posttraumatischer Störungen bei Kindern meiner Kenntnis nach bislang keine abgesicherte Datenlage nach Maßgabe wissenschaftlicher Reliabilitätskriterien gibt. Die Beforschung posttraumatischer Interventionen bei Erwachsenen weist demgegenüber eine vergleichsweise günstigere Datenlage auf, auch wenn sie auch noch in den Anfängen steckt (van der Kolk et al. 1996, S. 417). Es ist also im wesentlichen so, dass man bei der Behandlung von

Kindern in vielen Fragen angewiesen ist auf Rückschlüsse und Extrapolationen aus mehr oder weniger abgesicherten Untersuchungsergebnissen, die an anderen Populationen gewonnen wurden, beispielsweise Kriegsveteranen, Katastrophen-, Folter- oder Vergewaltigungs- und Gewaltopfern. Wenn wir dies jedoch mit dem klinischen Erfahrungsschatz aus vorliegenden Einzelfallstudien anreichern, so gelangen wir immerhin zu einer plausiblen, vorläufigen Heuristik, die jedoch weiterer Überprüfung und Modifikation unterzogen werden muss im Hinblick auf ihre Eignung für den therapeutischen Einsatz bei Kindern.

Nur wenige Studien haben die Effizienz psychodynamischer Verfahren bei PTSD untersucht, obwohl dies die für diesen Störungsbereich geläufigsten Verfahren sind. Mit zwei Ausnahmen konnten hier keine stabilen Symptombesserungen nachgewiesen werden (van der Kolk 1999, S. 417). Die Aussagefähigkeit derartiger Effizienzstudien wird allerdings dadurch geschmälert, dass in der Sammelbezeichnung 'psychodynamische Verfahren' Wirksamkeitsunterschiede der einzelnen, darunter subsumierten Verfahren nivelliert werden. Weiterhin – und dies gilt nicht nur für die outcome- und follow-up-Studien im Falle psychodynamischer Behandlungsansätze – erfolgt in den allermeisten Studien keine genaue Differenzierung hinsichtlich der zur Behandlung gelangenden Traumtypen, da diesbezüglich anamnestisch oft nicht klinisch detailliert erhoben wurde. So wird etwa ein 'deklarer' Traumtyp I von einer VT-Intervention nicht in dem zu erwartenden Maß profitieren, wenn z. B. eine nicht erkannte, multiple Traumatisierung von Typ II gleichzeitig vorliegt.

In den meisten veröffentlichten Behandlungsstudien kamen zwei Varianten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren zum Einsatz, deren Resultate "recht positiv" waren (ebd.). Dies waren einmal Expositions-Verfahren wie etwa EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ein Desensibilisierungsverfahren, das mit sakkadischen Augenbewegungen arbeitet und gute Erfolge vorweisen kann (vgl. z. B. Wilson, Tinker & Becker 1994; Silver, Brooks & Obenchain 1995; Grainger, Levin, Allen-Byrd & Fulcher 1994; Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999) oder Systematische Desensibilisierung (SD). Andererseits handelte es sich um unterschiedliche Verfahren aus dem Bereich des Anxiety Management Training (AMT), von denen das Stress Inoculation Training (SIT, Stress-Immunisierungs-Training) die größte Verbreitung genießt. Die verschiedenen Varianten von AMT beinhalten meist und unter anderem Kombinationen von Biofeedback, Relaxations- und kognitiven Umbautechniken sowie hypnotherapeutischen Elementen.

Meine eigenen klinischen Erfahrungen beziehen sich auf den Einsatz von EMDR bei Kindern und Jugendlichen (ambulantes Setting) in bislang über 70 Fällen, die sowohl einfache (meist rezente) als auch komplexe (multiple, langanhaltende und ontogenetisch früh einsetzende) Traumatisierungen umfassen. Im ersten Fall gelang meist innerhalb von max. 10 Sitzungen eine stabile Remission (kamtanestisch überprüft über einen Zeitraum von bislang max. 2 Jahren). Hier hat sich EMDR als erfolgreiche, 'bedienerfreundliche' (gute Dosierbarkeit) Intervention bewährt – und dies verhält sich auch konsistent zu den diesbezüglichen kli-

nischen Erfahrungen, welche man in der kasuistischen Literatur findet und die mir auch von Kollegen berichtet werden. Bei den komplexen posttraumatischen Störungsbildern (v. a. bei sog. early onset) liegen die Dinge komplizierter. Hier ist der zügige Einsatz von EMDR oft aus den unterschiedlichsten Gründen zunächst nicht indiziert: lange Klärungs-, Stabilisierungs- und Ressourcenentwicklungs-Phasen müssen vorgeschaltet werden, wobei Techniken unterschiedlichster Provenienz, beispielsweise aus dem hypno- oder körpertherapeutischen Bereich zum Einsatz kommen können; der Aufbau einer sicherhaltenden therapeutischen Beziehung kann lange Zeit in Anspruch nehmen etc. Eine entwicklungs-fördernde und empathische Grundhaltung des Therapeuten (i. S. d. bindungsförderlichen Behandlungsmaximen, wie sie Bowlby (1995) forderte), ist in jedem Fall essentiell. Auch hier werden wir es – 'trotz EMDR' – mit langwierigen Behandlungen zu tun haben, in deren Verlauf EMDR ein – wenn auch meiner Erfahrung nach entscheidendes – Modul sein kann, um Stagnationen im Behandlungsprozess aufzulösen. Ebenso essentiell war in diesen Behandlungen für das Verständnis der zum Einsatz gelangenden 'traumakompensatorischen Schemata' (Fischer/Riedesser, 1998) eine psychodynamische Auffassung der intrapsychischen Konflikte und Abwehrmanöver. Daraus resultierende Deutungen erfüllen dabei weniger den Zweck konfliktbezogener Konfrontation als vielmehr klärenden Entlastung und Stabilisierung und ebenen so oftmals der fokussierten Konfrontation mit dem traumatischen Geschehen den Weg, reduzieren die 'Angst vor der Angst'.

Sehr deutlich ist – und dies gilt in aller Eindeutigkeit für Traumtyp I -, dass eine konfliktuell aufgeladene Übertragungsbeziehung sich nicht einstellt und strategisch auch nicht beabsichtigt sein kann. Der Therapeut ist die, allenfalls in idealisierender Übertragung, 'secure base'. Im Falle von Behandlungen bei Typ II, die sich in aller Regel langwierig gestalten, sehe ich den analytischen Kindertherapeuten in einer Doppelrolle: einerseits muss er in jedem Fall auch die sichere Basis darstellen (körperlich, emotional, kognitiv): er muss reale Sicherheit vermitteln (der Körper ist in Sicherheit), er muss die Affekttoleranz des Patienten beachten und fördern und ihm ein Verständnis für die Natur seiner Störung bereitstellen. Andererseits müssen einsetzende Übertragungsprozesse genau überwacht und dosiert werden, da sie bei diesen Patienten oft maligner und selbstschädigender Natur sind. Negative Übertragungen sollte man nicht gewährend sich entwickeln lassen, sondern 'an der kurzen Leine führen'.

Vielfach werden in der Literatur Kombinationen von Desensibilisierungstechniken beschrieben, die mit kontrollierter Traumaexposition arbeiten, sowie sog. Angst-Management-Verfahren. Beide gelten als Mittel der Wahl. Dabei verfolgt man das Ziel, mittels kontrollierter Exposition eine schrittweise Habitualisierung, insbesondere im Bereich der sensomotorischen Schemata und auf limbischer Ebene herbeizuführen. Die vorhin erläuterten, 'kurzschlüssigen' neuronalen Schaltkreise sollen derart geöffnet werden, dass das Niveau der Affektmobilisierung gesenkt wird bzw. kritische Schwellenwerte erhöht werden. Dies ermöglicht Re-Evaluation im kortikalen Bereich und somit den Umbau von abgeleiteten,

fehlangepassten Verhaltensmustern und unbewussten pathogenen Überzeugungen (vgl. Lang 1977).

Zwei Überlegungen zu diesen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken sind nun anzubringen:

- in vielen Fällen, wenn diese Verfahren zügig und innerhalb kurzer Frist nach erfolgter Traumatisierung zum Einsatz kommen, können sie als therapeutisch-rehabilitative Maßnahme ausreichen, damit das Opfer allmählich wieder sein normales Leben aufnehmen kann. Für die Behandlung des posttraumatischen Belastungssyndroms im engeren Sinne haben sie sich bewährt.
- Oft jedoch stehen wir klinisch vor den o. e. Situationen langandauernder Traumatisierung, in deren Gefolge auf mehreren Ebenen ein sekundärer, wesentlicher Umbau der Persönlichkeit stattgefunden hat. Das heißt, Pathogenese und Symptombild werden zusätzlich zu einem erheblichen Anteil durch psychodynamische Anstrengungen des Opfers, mit den Auswirkungen der traumatischen Kondition umzugehen, mitdefiniert (vgl. Fischer & Riedesser o.J.). Dieser Umstand trägt wahrscheinlich wesentlich dazu bei, dass in den meisten Therapien traumatisierter Patienten psychodynamische Verfahren zur Anwendung gelangen (Blake 1993), da Patienten primär wegen dieser 'Folgestörungen' um Hilfe nachsuchen bzw. von den Eltern vorgestellt werden. Psychodynamische Verfahren eignen sich ja auch bestens für die Behandlung der in diesen Fällen ursächlichen, unbewussten pathogenen Überzeugungen. Dies wird in den Untersuchungen auch immer wieder betont - beispielsweise, wenn im Zentrum der sekundären Folgestörungen generalisierte Vermeidungsmuster stehen (Brom et al. 1989). Die Beschränkung auf ein psychodynamisches Verfahren kann jedoch in vielen Fällen dazu führen, dass der 'primäre' traumatische Bereich, d. h. die vorgelagerten, neurobiologisch fundierten Einschränkungen, nur unzureichend behandelt werden und es zu unvermeidlichen Stagnationen im therapeutischen Verlauf kommt. Im Bereich der Behandlung der allermeisten posttraumatischen Störungen, insbesondere dann, wenn aufgrund einer Chronifizierung ein gravierender Umbau unbewusster Erwartungen, Überzeugungen und Verhaltensmuster erfolgt ist, müssen infolgedessen immer zwei Schritte geleistet werden (van der Kolk et al. 1996, S. 420): zum einen die gezielte Angstdekonditionierung auf primärer Ebene und zweitens muss ein Wandel fehlangepasster, unbewusster Folgemuster eingeleitet werden. Die vorliegenden Erfahrungen deuten darauf hin, dass dies den Einsatz von Verfahrenskombinationen erforderlich macht, was, wie bereits erwähnt, im stationären Bereich geläufiger zu sein scheint als im ambulanten.

Van der Kolk et al. (1996, S. 425) plädieren deshalb für **eine "phasenorientierte Behandlung"** von PTSD (inkl. deren Folgestörungen), in deren Verlauf die individuell sehr unterschiedlichen Toleranzen für die Wiederbelebung der traumaassoziierten Affekte genau beachtet und respektiert werden sollten, um nicht

durch exzessive Stimulierung zu weiterer Sensibilisierung statt zu einer Habitualisierung beizutragen. Sie unterscheiden fünf Behandlungsphasen:

- eine Phase der **Stabilisierung**. Hier werden orientierende Informationen über Merkmale der Störung vermittelt, das Erkennen und Benennen von Gefühlen in Form der Verbalisierung körperlicher Empfindungen werden eingeübt. Dies ermöglicht es den Patienten, eine heilsame emotionale Distanz zum Geschehen und damit Kontrollmöglichkeiten der überwältigenden Affekte aufzubauen. Eine detaillierte Verhaltens- und Milieuanalyse hilft, auslösende und weiterhin bestehende Risikofaktoren zu erkennen und zu vermeiden sowie erreichbare Hilfsquellen zu aktivieren. Mitunter ist die Erstellung von Tages- und Wochenplänen hilfreich im Sinne der Wiedereingliederung in eine Routine: dies erhöht das Gefühl von Sicherheit und Kompetenz und stärkt persönliche Kontrollüberzeugungen. Unterstützend sollten ggf. Relaxations- und stress-immunisierende Techniken eingesetzt werden. Bei Erwachsenen werden in vielen Fällen zusätzlich Psychopharmaka zur Stabilisierung eingesetzt (vgl. Davidson & van der Kolk 1996, S. 510 ff); für den Bereich der Arbeit mit traumabelasteten Kindern habe ich diesbezüglich keine Hinweise gefunden.
- Die **Dekonditionierung** traumatischer Erinnerungen und Reaktionen. Für diese beiden ersten Phasen gibt es im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich, wie erwähnt, erprobte Techniken. Ziel ist es hier, zu einer sekundärprozesshaften Repräsentation des Geschehens beizutragen d. h. zu einer 'Übersetzung' somatisch dissoziierter Erinnerung in narrative, explizite, autobiographische Erinnerung. Zurecht weisen van der Kolk et al. (1996, S. 430) darauf hin, dass es bei diesen ersten beiden Schritten nicht um die person-unabhängige 'Applikation' von Techniken gehen kann, sondern um einen sehr persönlichen Einsatz des Therapeuten, der in einer sicheren Umgebung sich als sichere Basis zur Exploration des Traumas zur Verfügung stellt. Dieser Aspekt der 'sicheren Bindung' bezeichnet van der Kolk als den "Eckpfeiler" des therapeutischen Bündnisses, analog dem bereits erwähnten Bowlby'schen Postulat der "sicheren Basis" (Bowlby 1995/1988) - Die drei nachfolgenden Abschnitte scheinen besser zu psychodynamischen Verfahren zu passen, da hier die sekundären Folgen der traumatischen Belastung angesprochen werden, nämlich:
- Das **Durcharbeiten und Restrukturieren** persönlicher (bewusster und unbewusster) Traumaschemata und traumakompensatorischer Schemata, vorzugsweise mittels psychodynamischer Verfahren. Kritische Themen, die hier in die therapeutischen Beziehung Eingang finden und diese oft extremen Belastungsproben aussetzen, sind vor allem: Sicherheit, Schutz, Hilflosigkeit, Vertrauen, Enttäuschung und Vergeltung.
- Eine vierte Phase ist die **Wiederherstellung sicherer sozialer Beziehungen und interaktiver Kompetenzen**. Allgemein herrscht Übereinstimmung, dass sichere Bindungsbeziehungen sowie die Wiederherstellung hilfreicher sozialer Netzwerke den wirksamsten Schutz gegen die Entstehung von PTSD darstellen (van der Kolk et al. 1996, S. 432). Dies gilt in ganz besonderer Weise

für Kinder. Bei sicherer, emotionaler und physischer Verfügbarkeit vertrauter Bezugspersonen beweisen Kinder eine erstaunliche Fähigkeit zu Spontanremission bzw. Resistenz gegen die Folgen traumatischer Erschütterungen. Gruppentherapeutische Verfahren sind in diesem Zusammenhang ebenfalls bedeutsam, da sie Isolierung durchbrechen und entlastende Alter-Ego-Erfahrungen ermöglichen. Der Mikrokosmos der Kleingruppe bereitet so darauf vor, sich dem Makrokosmos 'dort draußen' zu stellen.

- Schließlich: Die Gelegenheit zu **revitalisierenden emotionalen Erfahrungen**. Hier geht es darum, dass die Patienten Erfahrungen machen, die mit dem Erleben von Kontrolle, Kompetenz und Vergnügen einhergehen, beispielsweise sportliche Aktivitäten oder körperliche Herausforderungen, Hobbies und dgl.

Bei den skizzierten Schritten wird es oft möglich sein, schnell von einer Behandlungsphase zur nächsten überzugehen, oft ist es jedoch ebenso erforderlich, die initialen Stabilisierungsphasen mehrmals zu wiederholen.

Ich komme zum Schluss. Ich habe Ihnen einige Überlegungen zur Traumakondition und zu primären und sekundären, posttraumatischen Störungen bei Kindern vorgestellt. Ich habe mich dabei im wesentlichen auf Befunde aus dem neurobiologischen und gedächtnistheoretischen Bereich bezogen, da diese für mein Empfinden am präzisesten die besonderen Hindernisse beleuchten, die wir in der Behandlung traumatisierter Patienten überwinden müssen. Hinsichtlich der sekundären Traumafolgen finden wir im Bereich der modernen Psychoanalyse ein bewährtes Arsenal differenzierter psychodynamischer Erklärungsansätze und therapeutischer Verfahren. Ich selber bevorzuge hier selbstpsychologische Ansätze, da diese mir am 'anschlussfähigsten' scheinen, was die Ergebnisse wichtiger Nachbardisziplinen betrifft - und dies scheint mir im Falle posttraumatischer Störungen von besonderer Bedeutung, da wir sonst in vielen Fällen ein psychodynamisch verkürztes Konzept anwenden. Dies kann die Gefahr therapeutischer Stagnation in sich bergen. Daraus lassen sich einige Schlussfolgerungen ableiten, die im therapeutischen Vorgehen zu beachten sind. Darunter scheint mir dies die wichtigste: um die Vielzahl der gegebenen Parameter zu beachten und den unterschiedlichen Störungsebenen im Heilungsverlauf gerecht zu werden, sind häufig 'maßgeschneiderte' Verfahrenskombinationen, häufig aber auch direkte und mitunter unorthodoxe Real-Interventionen erforderlich.

Eine offene und weiter zu klärende Frage bleibt, wieweit und mit welchen Modifikationen die praktizierten Verfahrenskombinationen im Bereich der Behandlung von Kindern Anwendung finden können. Es wäre begrüßenswert, wenn hierüber unter analytischen Kindertherapeuten eine Debatte in Gang käme, damit unser spezifischer Beitrag im großen Bereich dieser Störungen verdeutlicht werden kann. Meine Überzeugung ist: im Handgepäck kinder-analytischer Technik findet sich nur ein, allerdings wesentlicher Teil der Auskunftsmittel, die wir hierfür benötigen.

Für mich persönlich war am hilfreichsten die Kombination von psychoanalytisch-selbstpsychologischem Wissen und Verfahrensweisen (angereichert mit Ergebnissen aus der Bindungs- und Säuglings-, Affekt- und Neuroforschung der letzten Jahre) mit technischen Hilfen aus dem Bereich der Hypnotherapie (bes. im Bereich der Ressourcenentwicklung und -installation), vor allem aber aus dem Eye Movement Desensitization Reprocessing EMDR (z. B. Shapiro, 1998, 1999, Tinker/Wilson 1999). Dabei mag es sich um Eklettizismus und Idiosynkrasie handeln – jedoch: gart unsere persönliche fachliche Weiterentwicklung nicht immer - der Not gehorchend, neuen Anforderungen gerecht zu werden - im Schmelztiegel unterschiedlichster Zutaten? Wichtig scheint mir, sich immer wieder hinreichend Rechenschaft darüber abzulegen, zu welchen Zutaten wir aus welchen Gründen und mit welchen Zielen greifen. Die Nagelprobe ist allemal: does it work?

#### Literatur:

- Basch, Michael F. (1988): Understanding Psychotherapy. The Science Behind the Art. New York (Basic Books)
- Berkovitz, I.H., Wang, A., Pynoos, R., James, Q. & Wong (1994): Los Angeles Earthquake, 1994: School District Reduction of Trauma Effects. Symposium Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York
- Blake, D.D. (1993): Treatment Outcome Research on Post Traumatic Stress Disorder. In: C.P. Clinician Newsletter 3, S. 14 - 17
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1989): Prevention of Post Traumatic Stress Disorders. In: Journal of Traumatic Stress 2, S. 335 - 351
- Bowlby, John (1973/1951): Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München (Kindler) (WHO-Bericht)
- ders. (1959): Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung. In: Psyche 7/1959, S. 415 - 456
- ders. (1961): Ethologisches zur Entwicklung der Objektbeziehungen. In: Psyche 9/1961, S. 508-516
- ders. (1960): Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. In: Psa.Study Child 15, S. 9 - 52
- ders. (1995/1988): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg (Dexter)
- ders. (1986<sup>3</sup>/1969): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Ffm (Fischer)
- ders.(1986/1973): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Ffm (Fischer)
- ders. (1983/1980): Verlust, Trauer und Depression. Ffm (Fischer)

- Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. & Charney, D.S. (1992): Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Combat Veterans. In: *Amer. J. Psychiatry* 149, S. 328 - 332
- Burgess, A.W., Hartmann, C.R. & Baker, T. (1995): Memory Representations of Childhood Sexual Abuse. In: *Journal of Psychosocial Nursing* 33, S. 9 - 16
- Cooper, David E.M. (1992): Classical Psychoanalysis and Classical Conditioning: Guilt (and other Affects) by Association. In: *Psychoanalytic Inquiry* Vol. 12/3, S. 374 - 395
- Crittenden, Patricia M. (1997): *Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturational Approach* (im Druck)
- dies. (1997): *Truth, Error, Omission, Distortion and Deception: The Application of Attachment Theory to the Assessment and Treatment of Psychological Disorder* (im Druck)
- Daum, I., Schugens, M.M., Ackermann, H., Lutzenberger, W., Dichgans, J. & Birbaumer, N. (1993): Classical Conditioning after Cerebellar Lesions in Humans. In: *Behavioral Neuroscience* 107, S. 748 - 756
- Davidson, Jonathan R.T. & van der Kolk, Bessel A. (1996): The Psychopharmacological Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C. & Weisaeth, Lars (Hg.), (1996): *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York/London (Guilford), S. 510 - 524
- Fischer, G. & Riedesser, P. (o.J.): *Kindheitstrauma sexueller Missbrauch - Phänomenologie, Folgeerscheinungen und therapeutische Strategien*. Arbeitsbericht für die LVA Baden
- Freud, A. (1980/1952): Die Rolle der körperlichen Krankheit im Seelenleben des Kindes. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. IV. München (Kindler), S. 1257 - 1274
- dies. (1980/1964): Anmerkungen zum psychischen Trauma. In: a.a.O., Bd. VI, S. 1819 - 1838
- Freud, A. (in Zusammenarbeit mit Dorothy Burlingham) (1980/1941-45): *Kriegskinder*. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. II/III. München (Kindler), S. 367 - 1003
- Freud, S. (1955/1926): Hemmung, Symptom und Angst. In: *GW XIV*, FfM/London (Fischer), S. 113 - 205
- Fromm, E. (1965): Hypnoanalysis: Theory and Two Case Excerpts. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, S. 127 - 133
- Gedo, John E. (1991): *The Biology of Clinical Encounters. Psychoanalysis as a Science of Mind*. Hillsdale (The Analytic Press)
- Glickstein, M. (1992): The Cerebellum and Motor Learning. In: *Current Opinion in Neurobiology* 2, S. 802 - 806
- Grainger, R.K., Levin, C., Allen Byrd, L., Fulcher, C. (1994): *Treatment Project to Evaluate the Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for survivors of a Recent Disaster*. Vortrag auf der Jahrestagung der American Psychological Association
- Hadley, June (1989): *The Neurobiology of Motivational Systems*. In: Lichtenberg, Joseph D. (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale (The Analytic Press), S. 337 - 372
- dies., (1992): *The Instincts Revisited*. In: *Psychoanalytic Inquiry* (1992) Vol. 12/3, S. 396 - 418
- Herman, Judith L. (1994/1992): *Die Narben der Gewalt*. München (Kindler)
- Herman, J. & van der Kolk, Bessel A. (1987): *Traumatic Antecedents of Borderline Personality*. In: van der Kolk, Bessel A. (Hg.) (1987): *Psychological Trauma*. Washington D.C. (American Psychiatric Press)
- Huber, M. ((1995): *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt*. Ffm (Fischer)
- Izard, Carroll E. (1994<sup>3</sup>/1977): *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim (Beltz)
- James, B. (Hg.) (1994): *Handbook for Treatment of Attachment-Trauma Problems in Children*. New York/Toronto (Lexington/Maxwell Macmillan)
- Jones, Joseph M. (1995): *Affects as Process. An Inquiry into the Centrality of Affect in Psychological Life*. (Vorwort von J.D. Lichtenberg). Hillsdale/London (The Analytic Press)
- Kluft, R.P., Fine, C.G. (1993): *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington D.C./London (The American Psychiatric Press)
- Krause, R (1983): Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. In: *Psyche* 37 (11/1983), S. 1016 - 1043
- ders. (1990): *Psychodynamik der Emotionsstörungen*. In: Scherer, K.R. (Hg.) (1990): *Psychologie der Emotionen*. Göttingen, Toronto, Zürich (Hogrefe), S. 630 - 705
- Krystal, H. (Hg.) (1968): *Massive Psychic Trauma*. New York (Int. Univ. Press)
- ders. (1978): *Trauma and Affects*. In: *Psa. Study Child* 33, S. 81 - 116
- Lang, P.J. (1977): *Imagery in Therapy: An Information Processing Analysis of Fear*. In: *Behavior Therapy* 8, S. 862 - 886
- Laub, D. & Auerhahn, N.C. (1993): *Knowing and Not Knowing Massive Psychic Trauma: Forms of Traumatic Memory*. In: *Int. J. of Psycho-Analysis*, 74, S. 287 - 301
- Leakey, R. (1994): *The Origins of Humankind*. New York (Basic Books)

- Le Doux, J.E. (1995): In Search of an Emotional System in the Brain: Leaping From Fear to Emotion and Consciousness. In: Gazzaniga, M. (Hg.) (1995): *The Cognitive Neurosciences*. Boston (MIT Press), S. 1049 - 1061
- Levin, Fred M. (1991): *Mapping the Mind* (Vorwort von John E. Gedo). Hillsdale (The Analytic Press)
- Levin, P., Lazrove, S., van der Kolk, B. (1999): What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization Reprocessing. In: *J. of Anxiety Disorders*, Vol 13, No. 1-2, 159-172 (Pergamon)
- ders. (1995): *Psychoanalysis and Knowledge, Parts 1 - 3: The Problem of Representation and Alternative Approaches to Learning / The Special Relationship Between Psychoanalytic Transference, Similarity Judgment and the Priming of Memory (mit Ernest W. Kent) / Some Thoughts on a Line of Development of a Philosophy of Mind*. In: Wiener, Jerome A. (1995) (Hg.): *The Annual of Psychoanalysis*, Vol. XXIII. Hillsdale (The Analytic Press), S. 95 - 151
- Lichtenberg, Joseph D. (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale (The Analytic Press)
- ders. (Ed. in Chief) (2000): *Themenheft 'Multimodal Treatment of Complex Dissociative Disorders'*. I: *Psa Inquiry*, Vol 20, No. 2/2000. Hillsdale, N.J. (TAP)
- MacLean, P.D. (1990): *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*. New York (Plenum Press)
- Moser, U. & von Zeppelin, I. (1996): Die Entwicklung des Affektsystems. In: *Psyche* 50 (1/1996), S. 32 - 84
- Naumann-Lenzen, M. (1996): Spiel und Lernen in der Kinderpsychotherapie. Gedanken zur Überprüfung des Spiel-Paradigmas und zur Bedeutung der Gedächtnissysteme für die interne und interpersonelle Regulierung. In: *Analyt. Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie*, XXVII. Jg. (3/1996), S. 241 - 261
- Olds, David D. (1992): Consciousness: A Brain-Centered, Informational Approach. In: *Psa. Inquiry*, Vol. 12, Nr. 2, S. 419 - 444
- Perry, Bruce D., Pollard, Ronnie A., Blakley, Toi L., Baker, William L., Vigilante, Domenico (1995): Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-Dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits". In: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 16, S. 271 - 291
- Phillips, M., Frederick, C. (1995): *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York/London (Norton)
- Putnam, F.W. (1997): *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York/London (Guilford)
- Pynoos, R.S. (1993): *Traumatic Stress and Developmental Psychopathology in Children and Adolescents*. In: Oldham, J., Riba, M. & Tasman, A. (Hg.) (1993): *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol 12, S. 205 - 238
- ders., Steinberg, A.M. & Wraith, R. (1995): *A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress*. In: Cichetti, D. & Cohen, D.J. (Hg.): *Manual of Developmental Psychopathology*. New York (Wiley), S. 72 - 95
- ders., Steinberg, Alan M. & Goenjian, Armen (1996): *Traumatic Stress in Childhood and Adolescence. Recent Developments and Current Controversies*. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C. & Weisarth, Lars (Hg.) (1996): *Traumatic Stress*. New York/London (Guilford), S. 331 - 358
- Pynoos, R.S., Frederick, C. & Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. & Fairbanks, L. (1987): *Life Threat and Posttraumatic Stress in School-Age Children*. In: *Archives of General Psychiatry* 44, S. 1057 - 1063
- Rieder, C. & Cichetti, D. (1989): *Organizational Perspective on Cognitive Control Functioning and Cognitive-Affective Balance in Maltreated Children*. In: *Developmental Psychology*, Vol. 25 Nr. 3, S. 382 - 393
- Robertson, Joyce (1964/1962): *Der Einfluss der mütterlichen Betreuung auf die frühe Entwicklung*. In: *Psyche* 18 (5/1964), S. 273 - 291
- Robertson, James & Robertson, Joyce (1975): *Reaktionen kleiner Kinder auf kurzfristige Trennung von der Mutter im Lichte neuer Beobachtungen*. In: *Psyche* 29 (7/1975), S. 626 - 664
- Rothbaum, B.O. & Foa, Edna B. (1996): *Cognitive-Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*. In: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, a.a.O., S. 491 - 509
- Sachsse, U. (1996<sup>3</sup>): *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik, Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung*. Göttingen, Zürich (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Schacter, D.L. & Tulving, E. (1994): *What Are the Memory Systems of 1994?* In: Schacter, D.L. & Tulving, E. (Hg.) (1994): *Memory Systems 1994*. Cambridge MA (Bradford) S. 1 - 38
- Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J. & van der Kolk, Bessel A. (1994): *Somatization in Patients with Dissociative Disorders*. In: *American Journal of Psychiatry* 151, S. 1329 - 1335
- Schore, A.N. (2001): *The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health*. In: *Infant Mental Health Journal* No. 22/2001, S. 7 - 66
- ders. (2001): *The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health*. Ebd., S. 201 - 269
- ders. (1994): *Affect regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, N.J. (Lawrence Erlbaum)

- Schwartz, Andrew (1992): Not Art But Science: Applications of Neurobiology, Experimental Psychology and Ethology to Psychoanalytic Technique. I: Neuroscientifically Guided Approaches to Interpretive "What's" and "When's". In: Psychoanalytic Inquiry Vol. 12, Nr. 3, S. 445 - 474
- Schwartz, A, Cooper, David E.M. & Malin, Arthur (Issue Editors) (1992): Themenheft 'Neuroscience and Clinical Science: Toward an Integration'. Psychoanalytic Inquiry, Vol. 12, Nr. 3, S. 371 - 501
- Shapiro, Francine (1995): Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures. New York/London (Guilford)
- dies., Silk-Forrest, M. (1997): EMDR – The Breakthrough Therapy for Overcoming Stress, Anxiety and Trauma. New York N.Y. (Harper & Collins)
- Shirar, L. (1996): Dissociative Children. Bridging the Inner & Outer Worlds. New York/London (Norton)
- Silberg, J.L. (Ed.) (1998): The Dissociative Child. Diagnosis, Treatment and Management. Lutherville (Sidran Press)
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H.E. (1988): Dissociation and Hypnotizability in Post Traumatic Stress Disorder. In: American Journal of Psychiatry 145, S. 301 - 305
- Terr, Lenore C. (1995/1991): Childhood Traumas. An Outline and Overview. In: Everly, George S. Jr. & Lating, Jeffrey M. (Hg.) (1995): Psychotraumatology. New York (Plenum Press) S. 301 - 320
- dies. (1970): A Family Study of Child Abuse. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 127, S. 665 - 671
- dies. (1979) Children of Chowchilla. In: Psa. Study Child Vol. 34, S. 547 - 623
- dies. (1983): Life Attitudes, Dreams and Psychic Trauma in a Group of "Normal" Children. In: Journal of the American Academy of Child Psychiatry, Vol. 20, S. 221 - 230
- dies. (1985): Remembered Images in Psychic Trauma. In: Psy. Study Child, Vol. 40, S. 493 - 533
- dies. (1987): Children's Nightmares. In: Guilleminault, C. (Hg.): Sleep and its Disorders in Children. New York (Raven)
- dies. (1987): Childhood trauma and the Creative Product. In: Psa. Study Child, Vol 42, S. 545 - 572
- dies. (1988): What Happens to the Memories of Early Childhood Trauma? In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 27, S. 96 - 104
- dies. (1989): Terror Writing by the Formerly Terrified. In: Psa. Study Child Vol. 44, S. 369 - 390
- dies. (1990): Too Scared to Cry. New York (Harper & Row)
- dies. (1990): Who's Afraid in Virginia Woolf? In: Psa. Study Child Vol. 45, S. 531 - 544
- Tinker, R.H., Wilson, S.A. (1999): Through the Eyes of a Child. New York/London (Norton)
- Tomkins, Silvan S. (1962 - 1993): Affect, Imagery, Consciousness, Vol. 1 - 4 (The Positive Affects / The Negative Affects / The Negative Affects: Anger and Fear / Cognition: Duplication and Transformation of Information). New York (Springer Publ. Co.)
- van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hg.) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York/London (Guilford)
- van der Kolk, Bessel A. (1996): The Complexity of Adaptation to Trauma: Self-Regulation, Stimulus Discrimination and Characterological Development. In: van der Kolk, McFarlane, Weisarth (a.a.O.), S. 182 - 213
- ders. (1996): The Body Keeps the Score: Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (a.a.O.), S. 214 - 241
- ders. (1996): Trauma and Memory. In: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (a.a.O.), S. 279 - 302
- ders., van der Hart, O. & Marmar, Charles R. (1996): Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (a.a.O.), S. 303 - 327
- ders., McFarlane, Alexander C. & van der Hart, O. (1996): A General Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (a.a.O.), S. 417 - 440
- ders., Perry, C. & Herman, J.L. (1991): Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 148, S. 1665 - 1671
- Weiss, J. & Sampson, H. (and the Mount Zion Research Group) (1986): The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observation and Empirical Research. New York/London (Guilford)
- Wexler, Bruce E. (1992): Experimental Studies of Higher Cortical Functions that Proceed Without Conscious Awareness. In: Psychoanalytic Inquiry, Vol. 12, Nr. 3, S. 475 - 498

Michael Naumann-Lenzen  
Kurhausstr. 13  
53773 Hennef / Sieg

Tel. 02242 – 91 58 67  
Fax 02242 – 91 58 59  
naumann-lenzen@t-online.de

# Bindungstheorie – Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie<sup>1</sup> verbindet entwicklungspsychologisches, systemisches und psychoanalytisches Denken und Erkenntnisse aus der Verhaltensforschung (Ethologie). In ihren Annahmen befasst sie sich mit den Auswirkungen von Fürsorge-Erfahrungen eines Kindes mit seinen Bezugspersonen auf seine Bindungsorganisation und mit den Auswirkungen früher Einflüsse auf die weitere soziale und emotionale Entwicklung. Die Bindungstheorie versucht, die "Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen im gesamten menschlichen Lebenslauf zu erklären" (Brisch, 1999, S. 35).

## 1 Schutzfunktion

Ethologische Studien ergaben, dass der Aufbau starker emotionaler Bindungen ein grundlegender Bestandteil der menschlichen Natur ist. Im Keim beim Neugeborenen angelegt, bleibt er über die gesamte Lebensspanne hinweg bis ins hohe Alter bestehen. In der Kindheit sind dies Bindungen zu den Eltern und Elternersatzfiguren (Bindungspersonen), bei denen das Kind Schutz, Trost und Hilfe sucht. Bei gesunder Entwicklung, meint Bowlby (1995), werden diese Bindungen nicht abgebrochen, sondern überdauern das Jugendalter und reichen bis ins Erwachsenenalter, wobei sie durch neue Bindungen ergänzt werden. Neben Sexualität und Nahrungsaufnahmeverhalten sieht er Bindung als eine eigene Funktion. Während Sexualität durch Nachkommen das Überleben der Spezies Mensch sichert, das Nahrungsaufnahmeverhalten vor Verhungern und damit das Überleben des Individuums sichert, bietet Bindung eine eigene Überlebensfunktion: Schutz (im Sinne von Sicherheit).

Die Bindungstheorie betrachtet die "Fähigkeit, Bindung zu anderen Personen aufzubauen (entweder in der Rolle der Person, die Unterstützung und Trost sucht, oder der Person, die beides gibt), als ein grundlegendes Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit" (Bowlby, 1995, S. 21). Dabei versteht Bowlby (1988, S. 114) Bindung als Grundbedürfnis, das für den Säugling überlebensnotwendig ist und die Entwicklung des Individuums über die gesamte Lebensspanne hinweg begleitet und prägt.

<sup>1</sup> Die ersten maßgeblichen Forschungen gehen auf den englischen Psychoanalytiker und Kinderpsychiater John Bowlby (\*1907) und die kanadische Psychologin Mary Ainsworth (\*1913) zurück. Bowlby entwickelte aufgrund von Beobachtungen in den 50er Jahren die wesentlichen Grundannahmen der Bindungstheorie, die er in der Trilogie über Bindung (1969), Trennung (1973) und Verlust (1980) formulierte. Mary Ainsworth verschaffte diesen theoretischen Überlegungen durch empirische Befunde eine wissenschaftliche Grundlage.

## 2 Bindungsverhalten

Der Entwicklung von Bindung zwischen Eltern und Kind liegt ein bestimmtes Verhalten zugrunde, das teils angeboren ist, teils erlernt wird. Dieses so genannte *Bindungsverhalten* begleitet den Menschen von der Geburt bis zum Tod.

Der Begriff Bindungsverhalten beschreibt das Ziel gerichtete Verhalten einer Person, in Situationen innerer und äußerer Bedrohung oder Gefahr, das Gefühl von Sicherheit zu erlangen und die Nähe zu einer schützenden Person herzustellen. Dies kann sich durch verschiedene Verhaltensweisen (Signale) zeigen (Spangler & Zimmermann, 1999, S. 171):

- durch verbales oder nonverbales Kommunikationsverhalten (wie Schreien und Rufen, Anblicken und Lächeln), das die Bezugsperson in die Nähe bringt oder Kontakt herstellt;
- durch Verhalten (wie Anklammern und Festhalten), das die Bezugsperson in der Nähe hält;
- durch direktes Nähesuchen (wie Nachfolgen und Suchen).

Beim Bindungsverhalten (auch bei Erwachsenen) geht es immer darum, ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen und die Beziehung zum Gegenüber einzuschätzen. Im Laufe zunehmender Erfahrungen in der Interaktion mit Menschen konzeptualisiert sich Bindungsverhalten in folgenden Merkmalen:

- **Spezifität**  
Das Bindungsverhalten richtet sich auf ein oder wenige spezifische Personen, die gewöhnlich in einer klaren Hierarchie folgen.
- **Hierarchie (Rangfolge)**  
Entsprechend der Verfügbarkeit der Bezugspersonen, den Erfahrungen aufgrund der prompten, angemessenen und verlässlichen Befriedigung seiner Bedürfnisse und dem Ausmaß an erlebter Trennungsangst entwickelt das Kind im ersten Lebensjahr eine bestimmte Hierarchie. Ist zum Beispiel die Mutter als Hauptbezugsperson (primäre Bindungsperson) nicht erreichbar, wird sich der Säugling oder das kleine Kind zur Wahrung seiner Sicherheit und zur Befriedigung seiner Bedürfnisse an die sekundäre Bindungsperson (z. B. den Vater) wenden.
- **Dauer**  
Eine Bindung hält in der Regel einen großen Teil des Lebenszyklus hindurch an. Frühe Bindungen werden während der Pubertät schwächer und unter Umständen durch neue ergänzt bzw. ersetzt. Die frühen Bindungen bestehen jedoch im allgemeinen weiter.
- **Emotionales Engagement**  
Viele der intensivsten Emotionen treten während der Entstehung, der Aufrechterhaltung, dem Abbruch und der Erneuerung von Bindungsbeziehungen auf (sich verlieben, um jemanden kämpfen, um jemanden trauern). Die si-

chere Aufrechterhaltung einer Bindung gilt als Quelle der Sicherheit und die Erneuerung einer Bindung als Quelle der Freude.

- Lernen  
Das Vertraute vom Fremden unterscheiden zu lernen ist ein Schlüsselprozess in der Entwicklung der Bindung, während konventionelle Belohnung und Bestrafung nur eine untergeordnete Rolle spielen. Eine Bindung kann sich trotz wiederholter Bestrafung durch die Bindungsperson entwickeln.
- Organisation  
Beim jungen Säugling organisiert sich Bindungsverhalten durch Reaktionen der Bindungsperson, die auf einfachem nachvollziehbarem Verhalten der Bindungsperson beruht (vgl. Feinfühligkeit). Mit zunehmendem Säuglingsalter gesellt sich zum Bindungsbedürfnis (Bindungsstreben) ein weiteres Bedürfnis: das die Welt zu erkunden (Autonomiebedürfnis). Diese beiden Bedürfnisse sind als Systeme organisiert und werden durch bestimmte Bedingungen aktiviert und durch andere beendet.
- Biologische Funktion  
Bindungsverhalten kommt bei fast allen Säugetierarten vor, bei manchen Arten über die gesamte Lebensspanne. Es ist die Regel, dass ein unreifes Säugetier in der Nähe eines bevorzugten Erwachsenen zu bleiben versucht, das häufig als stärker und/oder klüger empfunden wird. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein solches Verhalten Überlebenswert hat.

### 3 Internale Arbeitsmodelle<sup>2</sup>

Nach der Bindungstheorie entwickelt das Kind auf der Basis seiner individuellen Bindungserfahrungen ein verinnerlichtes unbewusstes Bild von Bindung, das so genannte *internale Arbeitsmodell*. Dieser Begriff umfasst verinnerlichte Handlungsmuster, die sich aufgrund von Interaktionserfahrungen mit der Bezugsperson als Verhalten festgeschrieben hat. Ein Kind, das beispielsweise gelernt hat, dass hysterisches Schreien die Bindungsperson veranlasst, sich um seine Bedürfnisse zu kümmern, behält dieses gelernte Handlungsmuster so lange bei (ggf. sein Leben lang), bis ein geeigneteres Verhalten zum Ziel führt. Im Folgenden wird deutlich, wie schwierig es ist, einmal festgeschriebene (internalisierte) Handlungsmuster zu verändern, und neuen Situationen und insbesondere anderen Menschen gegenüber zu modifizieren.

Internale Arbeitsmodelle entwickeln sich aus zwei Bestandteilen der Interaktion:

- zum einen aus Erfahrungen und Vorstellungen des Kindes über die Bezugspersonen und deren Verhalten bezüglich der Reaktion auf die kindlichen Signale (vgl. *Bindungsverhalten*),

<sup>2</sup> Bowlby (1973) prägte den Begriff ‚inner-working-model‘. In der deutschen wissenschaftlichen Literatur hat sich keine einheitliche Übersetzung etabliert. ‚Inner-working-model‘ wird übersetzt mit ‚internale Arbeitsmodelle‘, ‚innere Arbeitsmodelle‘, ‚innere Handlungsmuster‘, ‚Verhaltensmuster‘ oder ‚Bindungsmodell‘.

- zum anderen entwickeln sie sich aus Erwartungen an die Bezugspersonen und die eigene Person.

In Verbindung mit Erfahrungen entwickelt sich die Struktur des Arbeitsmodells, die auf Wiederholung körperlicher und emotionaler Interaktion des Säuglings aufbaut. Damit liegt dem Arbeitsmodell im Laufe der Entwicklung ein durch Erfahrungen immer sicherer werdendes Wissen über die zu erwartende Reaktion (Verhalten) der Bindungsperson und des eigenen Verhaltens zugrunde. Daraus ist zu schließen, dass das internale Arbeitsmodell die Interaktion zwischen Kind und Bindungsperson beeinflusst. Gemeint ist damit auch die Beeinflussung und Steuerung des jeweiligen Verhaltens (Signale), der Wahrnehmungsprozesse (Kognition) und des Gefühlszustandes (Emotion) in Stress-Situationen (emotional belastenden Situationen).

In diesem Sinne werden erfahrungsbedingte Erwartungen an Bindungspersonen mit neuen Erfahrungen verglichen und gegebenenfalls durch diese neuen Erfahrungen aktualisiert. Die Erfahrungen bilden somit ein individuelles Netzwerk, wobei neue Interaktionserfahrungen immer in Bezug zu vorhandenen Erfahrungen gesetzt werden. Ist ein Signal oder ein Verhalten eines Kindes in bestimmter Weise häufiger erfolgreich als ein anderes, so wird es dieses Verhalten internalisieren.

Bowlby vertritt die Auffassung, dass internale Arbeitsmodelle im Säuglingsalter noch flexibel sind, sich im weiteren Verlauf der Entwicklung aber zunehmend verfestigen und stabilisieren. Ebenso wie Main (et al., 1985) und Bowlby geht Stern (1992) davon aus, dass Interaktionserfahrungen aktiv in das Arbeitsmodell aufgenommen werden. Das bedeutet, dass sie nicht einfach wie auf einem Tonband aufgezeichnet, sondern als aktive Konstruktionen in die bisherigen Erfahrungen eingearbeitet werden. Veränderungen im Sinne einer Neustrukturierung sind also jederzeit auf längere Sicht möglich (vgl. Stern, 1992, S. 165 ff.). Allerdings ist diese "Neustrukturierung schwierig, weil einmal organisierte Modelle dazu tendieren, auch unbewusst zu wirken und dramatischen Veränderungen zu widerstehen" (Fremmer-Bombik, 1995, S. 110). Das lässt sich damit erklären, dass sich Erwartungen, die sich erfahrungsgemäß bestätigt haben, immer häufiger bestätigen, da sich die erfahrungsbedingten Erwartungen gemäß dem Prinzip der 'sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung' (vgl. Hartung, 2000, S. 42 ff.) bewahrheiten. Das Verhalten wird in der Interaktion mit zunehmender Sicherheit und Vehemenz gezeigt und kommt besonders in Stresssituationen zum Tragen, bei denen der Mensch auf sein sicherstes Verhaltensrepertoire zurückgreift, nämlich jenes, welches ihm als Kind zum Überleben verholfen hat.

Der unbewusste Einfluss der Arbeitsmodelle wirkt im Laufe der Entwicklung auch in Abwesenheit der Bindungsperson. Er wirkt sich prägend auf das gesamte Verhalten sozialer Interaktion des Kindes aus. Dieser Einfluss hat auch zur Folge, dass die vorhin erwähnten Neustrukturierungen im Sinne Sterns und anderen schwierig sind, da sie sich weniger durch Einsicht, als vielmehr durch neue Erfahrungen verändern lassen. Brisch sieht eine stetige Veränderung und Ent-

wicklung dieser internalen Arbeitsmodelle als lebenslange Aufgabe an. Denn aufbauend auf seine bisherigen Bindungserfahrungen, sammelt das Kind im Laufe seiner Entwicklung mit immer mehr Bindungspersonen (Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindergärtnerin, Freunden, Lehrer, Partner, Kollegen, Vorgesetzte, eigene Kinder etc.) und anderen Personen Interaktionserfahrungen, die die frühen internalen Arbeitsmodelle beeinflussen können.

#### 4 Bindungsqualität

Das Interesse der Bindungsforschung ist nach wie vor darauf konzentriert, inwieweit es Unterschiede in der Qualität der Bindung zwischen Kind und Bindungsperson gibt und welche Auswirkungen diese Unterschiede auf die Entwicklung des Kindes haben.

Der Begriff *Bindungsqualität* beschreibt die Beschaffenheit der Bindung zwischen Kind und Bindungsfigur. Da das Kind nur auf bestimmte Verhaltensmuster zurückgreifen kann, die, wie oben erläutert, als internale Arbeitsmodelle zur Verfügung stehen, kann es im Umgang mit der Bindungsperson nur bestimmtes Verhalten zeigen. Feststellbar ist diese Qualität aufgrund der Verhaltensstrategie des Kindes, das während der Interaktion zwischen Kind und Bindungsfigur in einer bestimmten Untersuchungsanordnung beobachtbar ist. Diese Untersuchungsmethode, die so genannte 'Fremde Situation', soll gleich ebenso erläutert werden wie die Klassifizierung der Bindungsqualität in unterschiedliche Bindungsmuster, die so genannte *Bindungstypologie*.

##### 4.1 Fremde Situation

Die *Fremde Situation* ist als emotionale Belastungsprobe für Kinder zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat angelegt. Sie wurde zur Untersuchung des Trennungs- und Begrüßungsverhaltens von Ainsworth & Wittig (1969, zit. in Brisch, 1999) entwickelt und hat sich, im weltweiten Einsatz in verschiedenen Gesellschaftsformen, als ein valides und reliables Instrument erwiesen. Die Fremde Situation ist ein experimenteller Versuchsablauf mit festgelegter Abfolge von Situationen, an der die Mutter, ihr Kind und eine fremde Person beteiligt sind. In dieser experimentellen Situation kommt es durch die Konfrontation mit einer fremden Person und zwei kurzen Trennungen von der Bezugsperson zu einer Aktivierung des *Bindungssystems*.

Die Fremde Situation wird in einem speziell für diese Untersuchung eingerichteten Spielzimmer durchgeführt, das weder der Mutter noch dem Kind vertraut ist und somit eine fremde Situation darstellt, so wie es möglicherweise im Wartezimmer einer Praxis wäre. Der gesamte Ablauf der simulierten Situation gliedert sich in acht Episoden, jede ca. drei Minuten, 20-25 Minuten insgesamt, die zur späteren Analyse aufgezeichnet werden (Ainsworth & Wittig, 1969 zit. in Brisch, 1999).

In der nachfolgenden Beschreibung des Versuchablaufs sind die Verhaltensvorgaben für die Erwachsenen in *kursiver Schrift* dargestellt sind:

1. Mutter und Kind werden vom Versuchsleiter begrüßt und gemeinsam in den fremden Raum geführt, der mit Spielzeug, Stühlen und Zeitschriften ausgestattet ist. Mutter und Kind sind allein im Raum und akklimatisieren sich.
2. Nach kurzer Eingewöhnungszeit beginnt das Kind zu explorieren, indem es neugierig die unbekanntesten attraktiven Spielsachen erkundet. *Die Mutter soll dabei dem Kind nur soviel Hilfestellung geben, wie unbedingt nötig.* In der Regel sitzt die Mutter dann auf einem Stuhl und kann das Spiel des Kindes beobachten. Manche Mütter können sich auch einer Lektüre widmen, weil das Kind zufrieden zu ihren Füßen spielt.
3. *Eine fremde, aber freundliche Frau kommt herein, setzt sich zunächst schweigend auf einen Stuhl und unterhält sich dann mit der Mutter.* In der Regel reagieren die Kinder auf die fremde Person mit Neugier oder ein wenig Angst, deshalb verringern sie die Distanz zur Mutter oder sind in ihrem Spielfluss gehemmt. *Die fremde Person wendet sich schließlich auch dem Kind zu und versucht mit dem spielenden Kind in Kontakt zu treten. Sie bietet an selbst mitzuspielen, ohne das Kind dabei in seinem Explorationsverhalten einzuschränken oder zu sehr zu steuern.*
4. *Auf ein Zeichen verlässt die Mutter unauffällig den Raum, während sich die Fremde weiterhin mit dem Kind beschäftigt.* Diese erste Trennung dient dazu, das Bindungssystem des Kindes zu aktivieren. In der Regel ist zu beobachten, dass das Kind der Mutter nachschaut, sie ruft oder auch schon zu weinen beginnt. Es folgt der Mutter zur Tür, hinter der sie für drei Minuten verschwunden ist. *Die Fremde versucht es notfalls zu trösten oder durch Spiel abzulenken.* Dies gelingt meist mehr oder weniger, manchmal aber auch gar nicht.
5. *Nach einer dreiminütigen Trennungszeit (wenn das Kind sehr weint auch früher) betritt die Mutter wieder den Raum, spricht das Kind mit seinem Namen an, nimmt es für kurze Zeit auf den Arm und versucht es bei Bedarf zu trösten. Sobald sich das Kind beruhigt hat, überlässt sie es wieder seinem Spiel.* In der Regel wollen die Kinder meist von sich aus wieder zum attraktiven Spielzeug zurückkehren. *Während der Begrüßung verlässt die Fremde den Raum.*
6. Nach drei Minuten erfolgt eine zweite Trennung. *Die Mutter verlässt erneut auf ein Zeichen den Raum und das Kind ist diesmal ganz allein.* In der Regel zeigt das Kind nun mit deutlichem Bindungsverhalten eine stärkere Reaktion auf die Trennung, indem das Kind der Mutter nachfolgt, sie ruft und mit deutlichen Zeichen von emotionalem Stress zu weinen beginnt.
7. *Statt der erwarteten Mutter betritt nach drei Minuten (wenn das Kind sehr aufgeregt ist auch früher) die Fremde den Raum und versucht das Kind zu trösten oder abzulenken.*
8. *Nach weiteren drei Minuten kehrt die Mutter wieder zurück (falls das Kind untröstlich ist, auch früher). Sie beruhigt es, indem sie es für kurze Zeit auf den Arm nimmt. Die Fremde verlässt den Raum.* In der Regel finden die Kinder

nach relativ kurzer Tröstungszeit innerhalb von drei Minuten wieder zum explorativen Spiel zurück.

Bewertet wird in der 4. und 6. Episode, wie sich das Kind beim Hinausgehen der Mutter emotional verhält und bewegt, ob es dies nur nebenbei registriert und weiterspielt, ob es sein Spiel unterbricht, ob es weint, ob es die Mutter aktiv sucht oder ob es beispielsweise seinen Ärger an dem Stuhl der Mutter oder an der Tür auslässt. Weiterhin ist von Bedeutung, ob das Kind nur die Mutter oder auch die Fremde als Trösterin akzeptiert. Besondere Beachtung findet aber die Reaktion des Kindes auf die Wiederkehr der Mutter in Episode 5 und 8: ob es nun von seinem Kummer erlöst ist oder ob es die Mutter durch Nicht-Beachtung zu strafen scheint oder ob es emotional zwischen zwei Gefühlskategorien hin und her pendelt, zum einen Trost sucht und damit den Gefühlen der Geborgenheit und Sicherheit nachgibt, zum anderen die Mutter strafen möchte und Gefühle der Wut und des Ärgers erlebt.

Mary Main & Judith Solomon (1990) haben eine weitere Differenzierung der Auswertung erarbeitet, die berücksichtigt, ob das Kind ein in sich schlüssiges durchgängiges Verhalten zeigt oder ob seine Verhaltensstrategien unvollständig sind, ob es sich nach der Rückkehr der Mutter beruhigen lässt oder ob es das Angstverhalten in gewissem Grad beibehält (zit. in Rauh, 2000, S. 84).

Die Fremde Situation, "die für die Bindungstheorie eine ähnliche Rolle spielt, wie die Couch für die Psychoanalyse" (Dornes, 2000, S. 45), wird als Untersuchungsverfahren heute noch in dieser Form angewandt. Anhand dieser Untersuchungen ist nicht nur die Annahme bestätigt worden, dass die Qualität von Bindung unterschiedlich sein kann, sondern auch, dass sich die beobachtbaren Verhaltensstrategien als Bindungsmuster in bestimmte Gruppen klassifizieren lassen. Für Längsschnittstudien dient dieses Verfahren als Basis-Untersuchung, um die Bindungsmuster in ihrer Bedeutung für die individuelle Entwicklung des Menschen zu überprüfen.

## 4.2 Bindungstypologie

Bindungstypologie wird definiert als Zuordnung von Verhaltensmustern in verschiedene Kategorien.

Die Untersuchungsergebnisse von Ainsworth anhand der Fremden Situation wurden in vielen Längsschnittuntersuchungen bestätigt. So ergaben die Studien, dass ca. 50-60% der untersuchten Kinder *sicher* gebunden (B), ca. 30-40% *unsicher-vermeidend* (A) und ca. 10-20% *unsicher-ambivalent* (C) gebunden sind (Grossmann, 1997 zit. in Brisch, 1999 a, S. 8).

In den 80er Jahren klassifizierten Mary Main und Judith Solomon (1990, zit. in Rauh, 2000) in ihren Beobachtungen noch eine vierte Bindungskategorie: *desorganisiert-desorientierte* (D) Bindung (vgl. Main, 1995). Diese Kategorie bezeichnet keine Bindungsstrategie, sondern sammelt unerklärliche, aus dem Kontext nicht hervorgehende Verhaltensweisen, die nicht zu den bekannten Ty-

pologien (B), (A), oder (C) passen. Sie wird als Zusatzqualifikation betrachtet (Spangler et al. 2002, S. 103) und kann auch in Kombination mit den drei klassischen Bindungstypen auftreten. So können sicher gebundene Kinder in kurzen Sequenzen desorganisiertes Verhalten zeigen.

Im Folgenden werden charakteristische Merkmale der einzelnen Bindungsmuster dargestellt.

### - Sichere Bindung ('secure')

Kinder sicherer Bindung haben die Erfahrung gemacht, dass sie sich in Bezug auf ihr Bindungs- und Explorationsbedürfnis und ihre Versorgung auf ihre Bindungsperson verlassen können.

Die Grossmanns (1994) beschreiben die Grundelemente sicherer Bindung als eine ausgewogene Balance zwischen Neugier und Bindungsverhalten, als offene Kommunikation der Gefühle gegenüber der Bindungsperson, insbesondere der negativen Gefühle, die zur Wiederherstellung der Gemeinsamkeit beitragen, als vertrauensvolle Zuversicht in die Bindungsperson, dass sie Trost spendet und Leid beenden kann und als Sicherheitsgewinn aus der Nähe zur Bezugsperson, der – bei gesättigtem Schutzbedürfnis – zum erneuten Explorieren anregt.

Brisch beschreibt das Verhalten sicher gebundener Kinder in der eben dargestellten Untersuchungssituation 'Fremde Situation' mit deutlichem Bindungsverhalten, sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten Trennung von der Mutter. Sie folgen der Mutter nach, rufen und suchen nach ihr, auch längere Zeit, bis sie schließlich deutlich gestresst anfangen zu weinen. Nach ihrer Rückkehr begrüßen sie die Mutter mit Freude, strecken ihr die Arme entgegen und suchen Körperkontakt und Trost. Nach kurzer Zeit beruhigen sie sich und können sich erneut dem Spiel zuwenden.

### - Unsicher-vermeidende Bindung ('avoidant')

Kinder unsicher-vermeidender Bindung haben die Erfahrung gemacht, dass ihr Bindungsbedürfnis nicht mit Nähe und Körperkontakt von ihrer Bindungsperson beantwortet wird. Die Bindungsperson zeigt eher distanzierendes Verhalten. Durch diese Erfahrungen geprägt, unterdrücken die Kinder in Situationen von Angst und Bedrohung ihr Bindungsverhalten. In einer Trennungssituation wirken sie daher scheinbar unbeeindruckt und autonom, so als würde die Trennung sie emotional nicht belasten (Brisch, 1999, S.11). Spangler (vgl. et al., 2002) konnte bei diesen Kindern physiologische Prozesse nachweisen, die auf die gleiche emotionale Belastung hinweisen wie bei sicher gebundenen Kindern. "So deuten kardio-vaskuläre Aktivierungsprozesse auf eine gegebene Aktivierung des Bindungssystems auch bei vermeidenden Kindern hin" (S. 102).

In der Fremden Situation, beschreibt Brisch, reagieren die Kinder auf die Trennung mit nur wenig Protest. Manchmal ist erkennbar, dass die Kinder aufschauen und das Verschwinden der Mutter wahrnehmen. Sie zeigen aber kein deutliches Bindungsverhalten und spielen in der Regel weiter, wenn auch mit

weniger Interesse, Konzentration oder Kontinuität. Kehrt die Mutter zurück, reagieren sie eher ablehnend und wollen weder auf den Arm genommen, noch geströset werden. Auch sonst kommt es meist zu keinem Körperkontakt.

#### - Unsicher-ambivalente Bindung ('ambivalent')

Unsicher-ambivalente Kinder zeigen dagegen ein gesteigertes Bindungsverhalten (Brisch, 1999).

Das wesentliche Element dieses Bindungstyps ist für Grossmann & Grossmann (1994) die deutliche Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Nähe und der Abwehr gerade dieser Nähe. So bemüht sich das Kind mäßig bis stark, um diese Nähe herzustellen und zu erhalten (z.B. durch Anklammern und hilfloses Weinen), äußert aber gleichzeitig Missbilligung dieser Nähe und wehrt sie ab (z.B. durch Strampeln, Schlagen, Stoßen und sich Abwenden). Es scheint aus dem Kontakt mit der Bindungsperson keine Sicherheit zu gewinnen.

Nach Brisch reagieren die unsicher-ambivalenten Kinder in der Fremden Situation unmittelbar auf die Trennung von der Bindungsperson und wirken äußerlich am deutlichsten gestresst. Sie weinen heftig und können auch nach der Rückkehr der Mutter von dieser kaum beruhigt werden. Es dauert meist längere Zeit bis sie einen emotional stabilen Zustand erreichen und können auch nach mehreren Minuten nicht so recht ins Spiel zurückfinden.

#### - Desorganisiert-desorientierte Bindung ('disorganized/disoriented')

Main und Solomon (1986, 1990) beschreiben Kinder, die keine eindeutige Verhaltensstrategie im Umgang mit der Trennung zeigen sondern desorganisiert und desorientiert wirken. Formen der Desorganisation sind beispielsweise stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster, Phasen der Bewegungserstarrung ('freezing'), Ziel verfehlende Verhaltensweisen, unvermittelte Aktivitäts- und Lautausbrüche, wie zufällige oder beiläufige Aggression gegen die Bindungsperson oder Angstverhalten bei der Rückkehr derselben. Manchmal scheinen sie plötzlich zu vergessen, was gerade noch ganz wichtig war: sie laufen zur Mutter, bleiben auf halbem Weg stehen, drehen sich um, laufen von ihr weg und vergrößern den Abstand zu ihr (zit. Brisch, 1999).

Weitere Eindrücke berichtet Grossmann (2001) von den Beobachtungen in der Fremden Situation: Manche Kinder weinen, wenn die Fremde den Raum verlässt, nicht aber wenn die Mutter geht. Bei der Wiedervereinigung zeigen manche ein ängstliches Gesicht oder wenden sich Angst erfüllt von der Bindungsperson ab (S. 38).

Nach Main und Hesse (1990) gibt es einen Zusammenhang zwischen desorganisiertem Verhalten und unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen auf Seiten des Kindes oder/und der Hauptbezugsperson. Sie vermuten, dass traumatisierte Mütter aufgrund Situationen emotionaler Belastung (z.B. Tod eines Elternteils oder Misshandlung in der Kindheit, unverarbeiteter Tod eines Angehörigen, gehäufte Verlust, Drogenabhängigkeit eines Elternteils, knapp überstandene tödli-

che Erkrankung) selbst verängstigt oder für das Kind beängstigend reagieren, was als Konsequenz desorganisiertes Verhalten des Kindes nach sich ziehen würde. Auf Seiten des Kindes vermuten sie Misshandlung, Vernachlässigung und häufiger, gerade vollzogener Wechsel der Pflegeperson.

Spangler et al. (2000) vermuten, dass Desorganisation keinen eigenständigen Bindungstyp charakterisiert, sondern desorientiertem Verhalten "ein generelles Defizit in der kindlichen Verhaltensorganisation zugrunde liegt, welches bereits nach der Geburt identifizierbar ist und sich nach und nach u. a. in der Fremden Situation zeigt" (S. 216). Sie sehen diese Annahme bestätigt, weil desorganisierte Kinder in ihren Untersuchungen im Verlauf des ersten Lebensjahres in der Regel eingeschränkte Fähigkeiten bzw. eine verzögerte Entwicklung zeigen. Allerdings gibt es bislang zu diesen Annahmen nur wenig empirische Befunde.

Diese Typologie klingt sehr einschränkend und bewertend, da sie Menschen in Schablonen presst. Für den bewussten Umgang mit Menschen in z. B. Beratung oder Therapie kann diese Typologie eine hilfreiche Unterstützung bieten. Bestimmte Verhaltensweisen, die im Miteinander zu Missverständnissen und Konflikten führen, können vor dem Hintergrund des Bindungsmusters nachvollzogen und verstanden werden, so dass eine bewusste andere Reaktion auf diese Verhaltensweisen möglich wird. Doch auch ohne dieses Wissen um charakteristische Bindungsmuster scheint mir ein wahrhaftiger, beobachtender Umgang mit Kindern sinnvoll. Denn dies kann nach meiner Ansicht das Verständnis für ihre Verhaltensweisen fördern und durch die eigene Reaktion auf diese kindlichen Verhaltensweisen, Veränderungen der kindlichen Handlungsmuster anregen.

## 5 Bindungssicherheit

"Das Prinzip, leidvolle Gefühle zu äußern oder sich an sie erinnern zu können und dann diese Gefühle zum Anlass zu nehmen, um bei einer vertrauten Person um Hilfe, Unterstützung oder Trost zu bitten, scheint ein wesentliches Merkmal von *Bindungssicherheit* während des gesamten Lebenslaufs zu sein" (Grossmann & Grossmann, 1995, S. 181).

Kinder entwickeln Bindungssicherheit, wenn sie erstens darauf vertrauen können, dass ihre Bindungsperson zuverlässig physisch und psychisch anwesend ist und die im vorigen Punkt (*Bindungsverhalten*) dargestellten Signale des Kindes erkennt, versteht und darauf in angemessener Zeit und Form reagiert. Ainsworth nennt dieses Verhalten *feinfühlig* und schreibt ihm die zentrale Bedeutung für die Entwicklung individueller Unterschiede in der Bindungssicherheit zu.

Zweitens entwickeln Kinder Bindungssicherheit, wenn ihre Bezugsperson das kindliche Streben nach Autonomie und Eigenständigkeit erkennt, akzeptiert und unterstützt.

Die *Feinfühligkeit* als unterstützendes Verhalten der Bindungsperson und das Bedürfnis nach *Autonomie* (Explorationsdrang) werden in den beiden folgenden Punkten näher erläutert.

## 5.1 Feinfühligkeit

Mary Ainsworth entwickelte Skalen zu Punkten wie Annahme/Zurückweisung oder Feinfühligkeit/Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Kindes. 1977 prägte sie den Begriff der Feinfühligkeit.

Feinfühligkeit ist nach Ainsworth die Fähigkeit von Erwachsenen, Signale und Kommunikation, die kindliches Verhalten impliziert, richtig wahrzunehmen und zu interpretieren und wenn diese Fähigkeit vorhanden ist, angemessen und prompt auf diese Signale und Kommunikation, in Abhängigkeit zur "altersadäquaten Frustrationstoleranz" des Kindes, zu reagieren (Ainsworth, 1979 zit. in Brisch, 1999, S. 10).

Folgende charakteristische Verhaltensweisen feinfühligem Pflegeverhalten legte sie fest:

1. **wahrnehmen:** Die Mutter muss in der Lage sein, die kindlichen Signale mit größter Aufmerksamkeit wahrzunehmen. Verzögerungen in ihrer Wahrnehmung können durch äußere oder innere Beschäftigung mit eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten entstehen.
2. **deuten:** Sie muss die Signale aus der Perspektive des Säuglings richtig deuten, etwa das Weinen des Kindes in seiner Bedeutung entschlüsseln (Weinen wegen Hunger, Unwohlsein, Schmerzen, Langeweile). Dabei besteht die Gefahr, dass die Signale des Säuglings durch die eigenen Bedürfnisse sowie die Projektionen dieser Bedürfnisse auf das Kind verzerrt oder falsch interpretiert werden.
3. **inhaltlich angemessen reagieren:** Sie muss angemessen auf die Signale des Kindes reagieren, beispielsweise die richtige Dosierung der Nahrungsmenge herausfinden, beruhigen oder Spielanreize bieten, ohne durch Über- oder Unterstimulierung die Mutter-Kind-Interaktion zu erschweren.
4. **zeitlich angemessen reagieren:** Die Reaktion muss prompt, also innerhalb einer für das Kind noch tolerablen Frustrationszeit erfolgen. So ist die Zeitspanne, in der ein Säugling auf das Gestillt werden warten kann, in den ersten Wochen sehr kurz, wird aber im Laufe des ersten Lebensjahres immer länger.

## 5.2 Bindungsstreben – Autonomiebedürfnis

Unter Bindungsstreben versteht Bowlby jegliches Verhalten, das darauf abzielt, Nähe, Sicherheit und Schutz herzustellen oder zu bewahren (vgl. dazu Bindungsverhalten). Dieses Verhalten zeigt sich am deutlichsten bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und dem Bedürfnis nach Zuwendung und Versorgung. Ist die Bindungsfigur sensibel und verlässlich, fühlt sich das Kind sicher und geborgen und möchte diese Beziehung nicht missen. Dem gegenüber steht das Autonomiebedürfnis. Mit zunehmendem Alter steigt das Bedürfnis nach Autonomie und Kompetenz, Selbstregulation und Selbstwirksamkeit. Kinder wollen selbständig werden und die Kompetenz erlangen, eigenständig Situationen zu meistern. Es

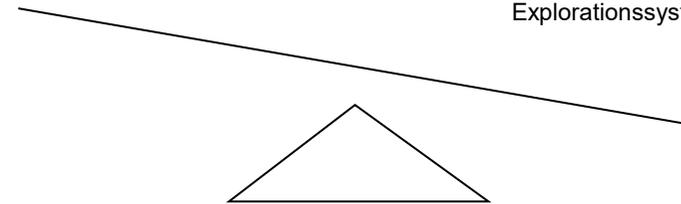
impliziert, dass sich das Individuum als selbständig, selbst bestimmt und selbstwirksam erlebt und sein Verhalten in Einklang mit inneren Zielen und Werten bringen möchte. Bindungstheoretisch gesehen erwächst Autonomie unmittelbar aus der Sicherheit von Bindung und selbst verstärkend aus der eigenen Sicherheit (Selbstvertrauen) bei der Erkundung der Umwelt (Exploration). Autonomiestreben ist durch Verhalten gekennzeichnet, das soziale Neugier, Unternehmungslust, Spielfreude, Funktionsinteresse und Erkundung von Gegenständen und der Umgebung mit sich bringt.

Die Bindungstheorie hält das Bindungsbedürfnis und das Bedürfnis nach Autonomie für zwei grundlegende Bedürfnisse des Kindes, deren jeweiligen Systeme zwar zusammengehören, aber als eigenständige Verhaltenssysteme getrennt in unvereinbarem Wechselspiel aktiviert sind. Zur Verdeutlichung dieser beiden Verhaltenssysteme haben Grossmann & Grossmann das Bild einer Waage erstellt, die die Balance zwischen Aktivität und Passivität des Bindungs- und Explorationsverhaltens anschaulich darstellt (Grafiken aus Grossmann & Grossmann, 1994, S. 28):

Die Balance zwischen Bindung und Erkundung

Bindungssystem

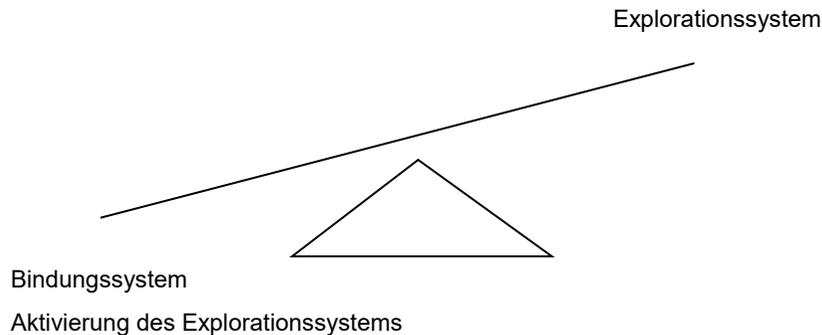
Explorationssystem



Aktivierung des Bindungssystems

Wenn ein Kind ängstlich, unsicher, misstrauisch, hungrig, müde, krank oder einsam ist, wenn es physischen oder psychischen Schmerz empfindet oder sich in einer ihm fremden Umgebung befindet, ist das Bindungssystem aktiviert. Das Kind zeigt dann Bindungsverhalten. Wenn das Bindungssystem stark aktiviert ist, kann als Bindungsverhalten des Kindes die Berührung der Mutter oder das Anklammern erforderlich sein, um Sicherheit herzustellen. Das Bindungsverhaltenssystem bleibt bis zum Ende des dritten Lebensjahres leicht aktivierbar, danach nimmt die Aktivierbarkeit bei einer gesunden Entwicklung allmählich ab.

## Die Balance zwischen Bindung und Erkundung



Werden die Bindungsbedürfnisse des Kindes befriedigt und erlebt es bei der Bezugsperson eine emotionale Sicherheit, beruhigt sich das Bindungssystem und das Explorationssystem wird aktiviert. Das Kind kann nun seinem Autonomiebestreben in Form von explorativem Verhalten nachgehen. Hierzu wird sich das Kind von der Bezugsperson mehr oder weniger weit entfernen können, ohne sich emotional zu überfordern und in Stress zu geraten.

Dieses Wechselspiel, besonders deutlich beim bekümmerten Kleinkind zu beobachten, bleibt als beständiger Vorgang im Laufe des gesamten Lebens erhalten und tritt in unterschiedlicher Form immer wieder auf. Die Gewissheit, in Krisensituationen auf eine vertraute Person zurückgreifen und um Hilfe bitten zu können, stellt eine außerordentlich beruhigende "Rückversicherung" dar (Bowlby, 1988, S. 36 u. 64). Somit kann die Lebensqualität des Kindes durch elterliches Verhalten in erheblichem Maße beeinflusst werden.

### 5.3 Elterliches Fürsorge- und Pflegeverhalten

Nach Bowlby verhält sich das elterliche Fürsorge und Pflegeverhalten wie oben erwähnt komplementär zum Bindungsverhalten. Diese selbstlose, liebevolle Versorgung des Nachwuchses ist evolutionstheoretisch begründet und dient der Er-

haltung der Art und der Weitergabe und Verbreitung des eigenen Erbguts (Bowlby, 1988, S. 151). Das Pflegeverhalten ist zum einen in gewissem Grad vorgegebenes Verhaltensmuster, das Natur gegebene Verhaltensweisen, wie beispielsweise wiegen, trösten, wärmen, beschützen und füttern, umfasst. Diese Verhaltensweisen sind allerdings zunächst nur ansatzweise vorhanden. Zum anderen ist das elterliche Fürsorge- und Pflegeverhalten durch früheste Beobachtung eigener und fremder Eltern mit Neugeborenen und der eigenen Erfahrung als Kleinkind geprägt (S. 19). Für Bowlby ist der Kern elterlichen Pflegeverhaltens die verlässliche Basis.

### 5.4 Das Konzept der sicheren Basis - Grundstein der Bindungsfähigkeit

Bowlby (1979/80) geht davon aus, dass Menschen sich am besten entfalten, wenn sie eine oder mehrere Personen haben, denen sie vertrauen und die ihnen Unterstützung geben. Das Bedürfnis nach einer sicheren verlässlichen Basis begleitet den Menschen auf seinem gesamten Lebensweg, unterscheidet sich jedoch je nach Geschlecht und Lebensphase. Es gibt im Wesentlichen zwei Gruppen von Einflüssen, die die individuelle Bindungsfähigkeit prägen:

- **äußere oder Umwelteinflüsse** (beziehen sich auf die An- oder Abwesenheit der Bindungsperson als sichere Basis),
- **innere oder organismische Einflüsse** (beziehen sich auf die Fähigkeit oder Unfähigkeit des Individuums):
  - zu erkennen, wann eine Person vertrauenswürdig und bereit ist als sichere Basis zu dienen,
  - sich so zu verhalten, dass eine gute, tragfähige Beziehung entsteht.

Bindungen im Erwachsenenalter sind von den Erfahrungen mit diesen Einflüssen bestimmt. Zum einen bestimmen die Kindheitserfahrungen stark, ob überhaupt und in welcher Form eine sichere Basis zu finden ist und ob sich eine lohnende wechselseitige Beziehung herstellen und aufrechterhalten lässt. Zum anderen ist die innere Einstellung und Fähigkeit einer Person, Beziehungen einzugehen, Ausschlag gebend für die Auswahl der späteren Bindungspersonen, sowie dafür, wie diese sie behandeln.

Da nur häufig gemachte, erfolgreiche, neue Erfahrungen in der Interaktion neue Verhaltensweisen nach sich ziehen können und die alten zuerst erlernten Muster die Tendenz haben sich festzuschreiben, ist es nachvollziehbar, warum erlernte Bindungsmuster der Kindheit so entscheidende Bedeutung für die Entwicklung der Persönlichkeit haben. So sind viele Formen von Fehlverhalten Ausdruck der beeinträchtigten Fähigkeit einer Person, geeignete und willige Bezugspersonen zu erkennen und/oder einer eingeschränkten Fähigkeit zu diesen eine ausgewogene Beziehung herzustellen. Beeinträchtigende Fähigkeiten sind zum Beispiel: ängstliches Anklammern, alters unangemessenes Verhalten, unpassende Situationsansprüche, distanzierte Unverbindlichkeit, herausfordernde Unabhängigkeit.

## 6 Folgen pathogenen Elternverhaltens

Findet ein Kind optimale Bedingungen, hat es aus Sicht der Bindungstheorie ein Vorstellungsmodell von sich entwickelt, demzufolge es in der Lage ist, sich selbst zu helfen, als auch wert ist, dass man ihm in Schwierigkeiten hilft.

Einem Kind dies zu bieten setzt allerdings voraus, dass die Eltern selbst auf positive Erfahrungen einer sicheren Basis zurückgreifen können. Im Gegensatz dazu wachsen viele Kinder bei Eltern auf, die solche Bedingungen nicht bieten (können). Eheprobleme, Schwierigkeiten mit den Kindern, Sucht, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen prägen das individuelle Bindungsmodell, das ohne bewusstes Neuerlernen bestimmter Verhaltensmuster an die nächste Generation weitergereicht wird.

Typische Muster pathogenen Verhaltens sind zum Beispiel:

- beständiges Nichtreagieren auf die Versuche des Kindes, Fürsorgeverhalten auszulösen/zu aktivieren, sowie aktiv geringschätzig und ablehnende Behandlung des Kindes
- mehr oder weniger häufige Unterbrechung der Eltern-Kind-Beziehung (auch durch Krankenhausaufenthalte etc.)
- ständige Drohungen der Eltern, ein Kind nicht zu lieben, als Mittel sein Verhalten zu kontrollieren
- Drohungen eines Elternteils, die Familie zu verlassen oder sich/andere umzubringen, um das Kind zu disziplinieren oder um Druck auf den Partner auszuüben
- Hervorrufen von Schuldgefühlen durch die Behauptung, dass sein Verhalten Ursache für Krankheit, Trennung oder Tod eines Elternteils ist oder sein wird.

Jede dieser Erfahrungen kann zu ständiger Angst führen, seine Bindungsperson zu verlieren. Die Schwelle, bei der *Bindungsverhalten* ausgelöst wird, ist herabgesetzt. Bowlby (1979/80) nennt drei Bindungsverhaltensmuster, die aus sich aus den genannten Erfahrungen entwickeln können:

- **Angstbindung**  
frühreifes Verhalten, Parentisierung, frühe Übernahme von zuviel Verantwortung, Schulphobien, Platzangst.  
Die beschriebenen Varianten elterlichen Fehlverhaltens erregen beim Kind zwar Wut gegen die Bindungsfigur, verhindern aber auch, dass es diese Wut äußert. Als Symptome im Erwachsenenalter nennt Bowlby u.a. halbherzige Selbstmordversuche, Konversionssymptome, nervöse Appetitlosigkeit, Hypochondrie, Essstörungen.
- **Zwanghaftes Selbstvertrauen**  
Diese Menschen müssen alles selbst erledigen und mit sich selber ausmachen.

Elterliches Fehlverhalten bewirkt hier die Unterdrückung von Bindungsverhalten und Vermeidung von Nähe aus Angst. Dies führt zu einer Einschränkung (bis zur Unmöglichkeit), die Sehnsucht nach Liebe und Unterstützung mitzuteilen. Symptome sind in diesem Fall Zusammenbruch unter Stress, psychosomatische Erkrankungen, Depressionen.

- **Zwanghaftes Fürsorgeverhalten**  
Diese Menschen erhalten Beziehungen über ihr erhöhtes Fürsorgeverhalten. Elterliches Fehlverhalten resultiert hier daraus, dass die Bindungsperson aus verschiedenen Gründen ihrer Rolle nicht gerecht wird und so das Kind benutzt, um sich selbst oder auch jüngere Geschwister versorgen zu lassen. Das verinnerlichte Modell von einer Beziehung ist in diesem Fall die Fürsorgebeziehung. Es entsteht auch hier latente Wut und eine unausgedrückte Sehnsucht nach Liebe und Unterstützung, die aus Angst nicht geäußert werden kann.

Die Konsequenzen dieser Einflüsse auf die erwachsene Persönlichkeit und das soziale Miteinander können wir an uns selbst beobachten und reflektieren. Des Weiteren werden sie uns mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Beratungstätigkeit bei den Klienten begegnen.

### Literatur:

- Ainsworth, M. (1969): Objekt relations, dependency and attachment. A theoretical review. *Child Development*, 40, S. 969-1025.
- Ainsworth, M. & Wittig, B. (1969): Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a Strange situation. In: B. Foss (Ed.): *Determinants of Infant Behavior*, Vol.4 (pp. 111-136). London: Methuen
- Ainsworth, M. (1979): Attachment as related to mother-infant-interaction. In: J. Rosenblatt (Ed.): *Advances in the study of behavior* (pp. 1-51). New York: Academic Press
- Bowlby, J. (1969): Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. (*Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*). München: Kindler, 1975
- Bowlby, J. (1973): Attachment and loss. Vol. 2: Separation. (*Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*). München: Kindler, 1976
- Bowlby, J. (1980): Attachment and loss. Vol. 3: Loss. (*Verlust. Trauer und Depression*). Frankfurt a.M.: Fischer, 1983
- Bowlby, J. (1988): *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung*. Heidelberg: Dexter Verlag, 1995
- Bowlby, J. (1995): Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.) (1995): *Die Bindungs-*

- theorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta
- Bowlby, J. (2001): *Das Glück und die Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta
  - Brisch, K.H. (1999 b): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
  - Dornes, M. (2000): *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt: Fischer
  - Fremmer-Bombik, E. (1995): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (1995): *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta
  - Grossmann, K. & Grossmann, K. (1994): Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Bindung. *GwG Zeitschrift*, 96, S. 26-41
  - Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1995): Frühkindliche Bindung und Entwicklung individueller Psychodynamik über den Lebenslauf. *Familiendynamik*, 20, S. 171-192
  - Grossmann, K.E. (2001): Die Geschichte der Bindungsforschung: Von der Praxis zur Grundlagenforschung und zurück. In: G.-J. Suess, H. Scheurer-Englisch und W.-K. Pfeifer (Hrsg.): *Bindungstheorie und Familienforschung. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie* (S. 29-51). Gießen: Psychosozial-Verlag
  - Hartung, J. (2000). *Sozialpsychologie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
  - Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.): *Growing points in attachment: theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development Serial, 209 (pp. 66-104). Chicago: University of Chicago Press
  - Main, M. & Solomon, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/ desoriented attachment pattern. In: T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.): *Affective development in infancy*. Norwood, NY: Ablex
  - Main, M. & Hesse, E. (1990): Parents unresolved traumatic experiences are related to disorganized attachment status: Is frightened and/ or rightening parental behavior the linking mechanism? In: M. Greeberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.): *Attachment in a preschool years* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press
  - Main, M. (1995): Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (1995): *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 120-139). Stuttgart: Klett-Cotta
  - Rauh, H. (2000): Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, S. 81-86
  - Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999): *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta

- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999): Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter et al. (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 170-194). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union
- Spangler, G., Grossmann, K., Grossmann, K.E., Fremmer-Bombig, E. (2000): Individuelle und soziale Grundlagen von Bindungssicherheit und Bindungsorganisation. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, S. 203-220
- Spangler, G., Grossmann, K.E., Schieche, M. (2002): Psychobiologische Grundlagen des Bindungsverhaltenssystems im Kleinkindalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, S. 102-120
- Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Will, L. (2003): Die Eltern-Kind-Bindung. Entwicklung eines Bildungsangebotes für Eltern. Fachhochschule Düsseldorf: Diplomarbeit

**Andrea Möhle**

## **Bindungstheorie – Die Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie**

### **1.) Psychoanalyse und Kindererziehung**

(nach John Bowlby: *Das Glück und die Trauer*, Kapitel 1)

#### **Ambivalenz und ihre Regulierung**

Ein Mensch muss die Ambivalenz ertragen können, dass er seine zentralen Bindungsfiguren liebt und hasst, er muss für diese Ambivalenz die Verantwortung übernehmen können. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass er Schuldgefühle empfinden kann, was innerhalb der Psychoanalyse wiederum eine zentrale menschliche Fähigkeit darstellt.

Bowlby hält eine Erziehung für notwendig und förderlich, die es einem Kind ermöglicht, diesen Konflikt, die Person, die ihm am meisten bedeutet, zu lieben und sich über sie zu ärgern und sie zu hassen, konstruktiv zu bewältigen.

Freuds Hypothese war, dass Symptome häufig dann entstehen, wenn der (Trieb-) Impuls zu hassen durch die Liebe (?), nicht eher aus Angst vor den Sanktionen?, A. M.) ins Unbewusste verdrängt werden muss.

Wiederholung: Bowlby sieht in dem Konflikt, der den Menschen "tyrannisiert", dass er auf die am meisten geliebte Person zornig wird und sie verletzen will, eine grundlegende "Disposition des Menschen", die auch in der christlichen Theologie eine zentrale Stellung eingenommen hat. (Oscar Wilde: "Doch jeder tötet, was er liebt...").

Aus dem Scheitern an einem konstruktiven Umgang mit den Angst- und Schuldgefühlen gehen nach Meinung Freuds (und Bowlbys) viele Charakterstörungen hervor.

Eine seelisch gesunde Entwicklung eines Säuglings zeigt sich primär in einer konstruktiven Bewältigung dieses Konflikts, und er lernt, beide Impulse zu regulieren und kann die damit einhergehenden Schuld- und Angstgefühle bewältigen.

Wenn dies scheitert, lebt der Säugling (das Kind, der Erwachsene..) in der fortgesetzten Angst vor Verlust oder Vergeltung, und er wird viele Abwehrmaßnahmen zur Verhinderung der unerwünschten Folgen entwickeln, die selbst mehr Probleme schaffen, als sie lösen (z.B. macht die Angst vor einer Strafe für die eigenen feindlichen Impulse Kinder teilweise noch aggressiver, oder es führt zu zwanghaftem Verlangen nach Liebesbeweisen...; oder zu Abwehrmechanismen wie Verschiebung, Projektion, Überkompensierung...)

Wenn der Konflikt zu groß wird, versagen normale Konfliktlösungsmittel.

Bowlby: "Es ist nichts Ungesundes an einem Konflikt. Konflikt ist der Normalzustand in uns allen ... wir müssen uns jeden Tag zwischen rivalisierenden Interessen entscheiden ... Was psychisch kranke Menschen charakterisiert, ist die Unfähigkeit, ihre Konflikte zufrieden stellend zu regulieren".

### **Bedingungen, die die Konfliktregulierung erschweren**

- Wenn die sich widersprechenden Impulse (der Liebe und des Hasses) besonders stark sind; dies ist der Fall, wenn das Kind nicht ausreichend geliebt wird, weil es dann ständig nach Liebe und Anerkennung suchen wird und dafür anfällig sein wird, diejenigen zu hassen, die sie ihm nicht geben oder nicht zu geben scheinen; wenn das Bedürfnis nach Liebe übermächtig wird, entsteht auch ein übermächtiger Hass bei fortgesetzter Nichterfüllung;
- Bedeutsame Trennungen von Kindern von ihren Müttern/Vätern, nachdem schon eine emotionale Beziehung aufgebaut worden war, lassen ebenfalls eine große Sehnsucht und eine schreckliche Wut im Kind entstehen, was sich häufig in anschließender Kontaktverweigerung und/oder extremem Klammerverhalten ausdrückt; besonders wenn sich gravierende Trennungserfahrungen wiederholen, erzeugen sie das Gefühl, ungeliebt (wertlos, minderwertig, A. M.), verlassen und ausgestoßen zu sein; starke Verzweiflung ist mit starkem Hass gekoppelt; (d. h. auch, je mehr ein Therapeut jemandem bedeutet, desto anfälliger wird der Klient für Hassanfälle gegenüber dem Therapeuten); eine der wichtigsten Auswirkungen bedeutsamer Mutter-Kind-Trennungen ist also die Intensivierung des Ambivalenzkonflikts.

Wenn das Kind negative Gefühle wie Wut, Hass oder Eifersucht nicht äußern darf, kann es die Ambivalenz (in sich) nicht konstruktiv auflösen, weil es dadurch die Beziehung zu den (sanktionierenden) Eltern gefährdet, bzw. sich selbst (und in Folge den anderen) negative Gefühle nicht ein- und zuzugestehen lernt. Die Unterdrückung dieser Gefühle macht ihre Beherrschbarkeit und einen konstruktiven Umgang damit unmöglich.

Es folgen zwei Arten von Störungen aus dem Verbot der negativen Gefühle:

- a) Wenn die Eltern mit Bestrafung dagegen vorgehen, gehen häufig "Rebellen" aus einer solchen Erziehung hervor, d.h. es resultiert tendenziell delinquentes Verhalten daraus;
- b) Wenn die Eltern "moralisierend" darauf reagieren, d.h. indem sie Schuld- und Schamgefühle im Kind erzeugen, dass es nicht so "böse" sein darf, entwickeln sich häufig neurotische Störungen daraus, d.h. es entwickeln sich sehr schnell sich schuldig fühlende und überängstliche Menschen

Bowlby rät zu freundlichem aber bestimmten Intervenieren, wenn Kinder gegen Regeln verstoßen, anstatt sie zu bestrafen, weil damit Verbitterung und Wut einhergeht, und weil das Kind so lernt, dass Gewalttätigkeit, Eifersucht und libidinöse Begierde mit friedlichen Mitteln gezügelt werden können und dass keine Notwendigkeit besteht, Zuflucht zu drastischen Methoden der Verdammung und Bestrafung zu nehmen. "In der Vorstellung des Kindes, das solche Methoden kopiert, verwandeln sie sich (Bestrafung und Verdammung, A. M.) ohnehin bald in pathologische Schuldgefühle und unbarmherzige Selbstbestrafung".

### **Emotionale Probleme der Eltern**

Viele Fehler in der Erziehung resultieren aus den unbewussten emotionalen Problemen der Eltern aus ihrer eigenen Kindheit, die deshalb nicht kontrolliert werden können, und sich gegenüber äußerer Ermahnung und Kritik resistent erweisen.

Insgesamt gilt es zu erkennen, dass es nicht nur darauf ankommt, was man tut, sondern v. a. wie man es tut. Der Mensch reagiert von Kindheit an empfindlicher auf die emotionalen Haltungen derjenigen, die um ihn sind, als auf alles andere.

Viele der Schwierigkeiten von Eltern resultieren aus ihrer Unfähigkeit, mit ihrer eigenen Ambivalenz umzugehen. Bei der Elternschaft werden machtvolle Emotionen wach. Es treten nicht nur Liebe und Hingabe auf, sondern auch negative Gefühle wie z. B. Feindseligkeit gegenüber dem Kind, was für viele Mütter/Väter sehr befremdend und ängstigend ist.

Es scheint so, dass die Gefühle, die in Menschen wachgerufen werden, wenn sie Eltern werden, sehr viel mit den Gefühlen gemeinsam haben, die die eigenen Eltern oder die Geschwister in der Kindheit bei ihnen hervorgerufen haben.

### Beispiele:

- eine Mutter, die früher unter Deprivation gelitten hat, wird ein starkes Bedürfnis verspüren, die Liebe ihres Kindes zu besitzen, und sich wahrscheinlich sehr darum bemühen, diese Liebe tatsächlich zu erhalten;
- der Elternteil, der als Kind auf eine jüngere Schwester oder einen jüngeren Bruder eifersüchtig war, wird vielleicht eine unvernünftige Feindseligkeit gegenüber dem "kleinen Neuankömmling" in der Familie empfinden, ein Gefühl, das besonders bei Vätern verbreitet ist;
- der Elternteil, dessen Liebe zu seiner Mutter mit Widerstand gegen ihr forderndes Verhalten durchsetzt war, wird vielleicht das fordernde Verhalten des Säuglings übel nehmen und hassen; etc.

Nach Meinung Bowlbys besteht das Problem nicht primär im Wiederauftreten dieser früheren Gefühle, sondern in der Unfähigkeit der Eltern, diese Gefühle zu tolerieren und zu regulieren. D. h., wenn die Ambivalenz gegenüber den Eltern oder Geschwistern in der Beziehung zum Kind wieder auftritt, reagieren die Erwachsenen unbewusst wieder mit den Abwehrstrategien, mit denen sie den Konflikt und Schmerz bis dahin "gelöst", also verdrängt, projiziert etc. haben. Die Eltern sind dann meist völlig bestürzt darüber, dass sie unfähig sind, so liebevoll und geduldig zu sein, wie sie es gerne wären. Das Problem ist, dass sie unwissentlich dem Wiederauftreten ambivalenter Gefühle mit den gleichen "primitiven" und bedenklichen Methoden begegnen, zu denen sie in ihrer frühen Kindheit, als ihnen noch keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung standen, Zuflucht nahmen.

### Beispiele:

- Die Mutter, die sich ständig Sorgen macht, ihr Baby könnte sterben, ist sich möglicherweise ihres Impulses, es töten zu wollen, nicht bewusst, und wählt die gleiche Lösung, die sie in ihrer Kindheit vielleicht im Hinblick auf ihre Todeswünsche gegen ihre eigene Mutter gewählt hat; sie kämpft z.B. einen endlosen und vergeblichen Kampf, andere drohende Gefahren – Unfälle, Krankheiten, Nachbarn – abzuwenden;
- Ein Vater, der dem Baby grollt, weil es die ganze Aufmerksamkeit der Mutter für sich beansprucht, ist sich nicht im Klaren, dass er durch die gleiche Art von Eifersucht motiviert ist, die er in seiner Kindheit bei der Geburt seiner jüngeren Schwester erlebt hat;
- Das Gleiche gilt für die Mutter, die, getrieben von dem Wunsch, die Liebe des Kindes zu besitzen, durch endlose Selbstaufopferung sicherzustellen versucht, dass ihr Kind keine Entschuldigung für andere Gefühle als Liebe und Dankbarkeit hat; diese Mutter, die auf den ersten Blick so liebevoll erscheint, erzeugt in ihrem Kind durch ihre Forderungen nach Liebe starke Ressentiments und durch ihr "Gute-Mutter-Sein" starke Schuldgefühle. Indem sie sich so verhält, ist ihr natürlich nicht bewusst, dass sie die Liebe sucht, die sie nie erhalten hat, als sie klein war.

Die Schwierigkeit hierbei liegt darin, dass die Eltern ihre eigenen Motive nicht kennen, und sich unwissentlich der Verdrängung, Rationalisierung und Projektion als Mittel der Konfliktlösung bedienen.

Es gibt wahrscheinlich nichts Schädlicheres für eine Beziehung, als wenn einer dem anderen die eigenen Fehler zuschreibt, ihn zum Sündenbock macht. Unglücklicherweise geben Babys und kleine Kinder perfekte Sündenböcke ab, da sie so unverhüllt alle Sünden aufweisen, die dem Fleisch anhaften: sie sind egoistisch, "sexy", schmutzig, und neigen zu Wutanfällen, Eigensinn und Gier. Ein Elternteil, der den einen oder anderen dieser "Fehler" bei sich selbst bemerkt und deshalb Schuldgefühle hat, wird wahrscheinlich unvernünftig intolerant gegenüber dessen Manifestation bei seinem Kind werden und es mit seinen vergeblichen Versuchen quälen, dieses Laster auszurotten (Beispiel aus Bowlbys Praxis: ein Vater, der ein Leben lang vergeblich versucht hatte, seine Masturbationsucht zu überwinden, stellte den Sohn von klein auf unter die kalte Dusche, wenn er ihn mit der Hand an seinem Genital erwischte).

"Viel von dem Gift in Eltern-Kind-Beziehungen, das zu schweren Problemen bei Kindern führt, wird durch Eltern verursacht, die den Splitter in den Augen ihres Kindes sehen, um den Balken in ihren eigenen nicht wahrnehmen zu müssen".

Für Bowlby war der beobachtete Zusammenhang zwischen den emotionalen Problemen der Eltern und den Schwierigkeiten der Kinder überwältigend; deshalb war er ein Mitinitiator der Familientherapie, in der mit Eltern und Kinder gleichermaßen gearbeitet wird.

Bowlby schlägt deshalb eine fachkundige Unterstützung der Eltern in den kritischen Monaten vor und nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren des Kindes vor, damit sich eine liebevolle und sichere Beziehung zwischen Eltern und Kind entwickeln kann. Dies ist eine kritische Phase für Kinder und Eltern, die in dieser Zeit ihre Gefühle offener zum Ausdruck bringen und häufiger Hilfe suchen und akzeptieren, und die Beziehungen in dieser Zeit noch formbarer sind als später.

Die Familie mit einem neugeborenen Baby stellt einen strategischen Punkt dar, an dem der Teufelskreis durchbrochen werden kann, dass gestörte Kinder zu gestörten Eltern heranwachsen, die wiederum mit ihren Kindern so umgehen, dass die nächste Generation wieder ähnliche Probleme entwickelt.

Bowlby: "Die Erkenntnis, dass Fehler, die Eltern machen, hauptsächlich durch unbewusste Konflikte aus ihrer eigenen Kindheit verursacht werden, die die Gefühle gegenüber ihren Kindern belasten, ist eine Erkenntnis, die vielleicht noch nicht in das zeitgenössische Denken eingedrungen ist".

Zum Anlage-Umwelt-Streit:

Nach Ansicht Bowlbys kommt es bei den Umwelteinflüssen auf das Ausmaß an, in dem Frustrationen oder andere Einflüsse einen innerpsychischen Konflikt von solcher Form oder Intensität hervorrufen, dass ihn der unentwickelte psychische

Apparat des Säuglings oder Kleinkindes nicht zufrieden stellend regulieren kann. Insofern sind für Bowlby Anlage und Umwelt in ihrem Zusammenspiel bedeutsam, d.h. für ihn ist zentral, was das äußere Geschehen im Empfinden des Kindes auslöst/bewirkt.

## 2.) Herstellung und Lösung affektiver Bindungen

(nach John Bowlby: Das Glück und die Trauer, Kapitel 7)

Die These dieses Vortrags ist, dass man dem Patienten dabei helfen muss, intensiv darüber nachzudenken, wie er in der Gegenwart emotional wichtige Personen, einschließlich des Therapeuten, wahrnimmt und mit ihnen umgeht. Der Patient muss so ehrlich wie möglich überprüfen, wie die Erfahrungen, die er in seiner Kindheit und Jugend mit den Eltern gemacht hat, die Wahrnehmung seiner gegenwärtigen Beziehungen beeinflussen und verzerren.

In der klassischen Psychoanalyse werden als primäre Triebe die nach Nahrung und Sexualität angesehen, und als (daraus abgeleiteter) sekundärer Trieb der nach Bindung (Originalton Psychoanalyse: "Abhängigkeit, Oralität, Regression", wodurch das Bindungsverhalten zu etwas Infantilem oder Pathologischem abgewertet wird, wohingegen sich Bowlby in seinem Konzept seelischer Gesundheit genau gegenteilig ausspricht). Bowlby stellt die Angemessenheit dieses Modells in Frage und postuliert ein von Hunger und Sexualität unabhängiges Motivationssystem der Erfahrung/Herstellung von Liebe, Akzeptanz und Geborgenheit/Sicherheit. (Ein Beleg dafür aus der Ethologie: Rhesusaffen klammern sich an die nichtfütternde Drahtaffenmutter, wenn diese mit einem kuscheligen Fell ausgestattet ist, sobald sie sich bei der Drahtattrappe mit Nahrung versorgt haben).

### Definition Bindungsverhalten:

Unter Bindungsverhalten wird jede Form des Verhaltens verstanden, das dazu führt, dass eine Person die Nähe irgendeines anderen differenzierten und bevorzugten Individuums, das gewöhnlich als stärker und/oder klüger empfunden wird, aufsucht oder beizubehalten versucht. Wenngleich das Bindungsverhalten während der Kindheit besonders deutlich sichtbar ist, wird angenommen, dass es für den Menschen von der Wiege bis zur Bahre charakteristisch ist. Es umfasst Schreien, Nachfolgen und Anklammern und auch heftigen Protest, wenn ein Kind allein oder bei Fremden gelassen wird. Mit zunehmendem Alter nehmen die Häufigkeit und die Intensität eines solchen Verhaltens stetig ab (ab dem 3. Lebensjahr). Dennoch bestehen alle diese Formen des Verhaltens als wichtige Bestandteile der menschlichen Verhaltenssaurüstung weiter. Bei Erwachsenen sind sie besonders offenkundig, wenn eine Person unglücklich, krank oder ängstlich ist. Die besonderen Bindungsmuster, die ein Individuum erkennen lässt, hängen zum Teil von seinem Alter, seinem Geschlecht und den Umständen und zum Teil von den Erfahrungen ab, die es mit früheren Bindungsfiguren in seinem Leben gemacht hat.

Die zentralen Bindungen sind gekennzeichnet von Spezifität (Bindungshierarchien), langer Dauer und emotionalem Engagement. Viele der intensivsten Emotionen in unserem Leben treten während des Aufbaus (sich verlieben), dem Erhalt (Lieben) und dem Abbau (Trennung, Verlust) von Bindungsbeziehungen auf. Entsprechend löst der drohende Verlust Angst aus, der tatsächliche Verlust Trauer und beide Faktoren zusammen erregen wahrscheinlich Wut. Die unangefochtene Aufrechterhaltung einer Bindung wird als Quelle der Sicherheit empfunden und die Erneuerung einer Bindung als eine Quelle der Freude.

Weil derartige Gefühle gewöhnlich eine Widerspiegelung des Zustands der affektiven Bindungen einer Person darstellen, lässt sich die Psychologie und die Psychopathologie der Gefühle weitgehend als Psychologie und Psychopathologie der affektiven Bindungen erklären.

Das durch Fremdheit, Hunger, Müdigkeit, Krankheit oder etwas Furchteinflößendes ausgelöste Bindungsverhalten hört auf, wenn ausreichend Trost und Sicherheit empfangen wurde.

Die ursprüngliche Funktion des Bindungsverhaltens ist der Schutz vor Raubtieren oder anderen Gefahren. Es hat evolutionär also eine Überlebensfunktion.

Das Gesagte trifft nicht nur auf Mutter und Kind zu, sondern auch auf andere Erwachsene und all diejenigen, die die Funktion einer Bindungsfigur übernehmen – häufig ein Ehepartner, enge Freunde und öfter, als man vermuten möchte, ein Kind.

Ein Mensch wird wahrscheinlich für den ganzen Rest seines Lebens ein ähnliches Verhaltensmuster zeigen, indem er sich von denen, die er liebt, zunehmend weiter und länger entfernt, dabei aber immer den Kontakt aufrechterhält und früher oder später zurückkehrt. Die Basis, von der aus ein Erwachsener operiert, wird wahrscheinlich entweder seine Ursprungsfamilie oder eine anderer neue Basis sein, die er sich selbst geschaffen hat. Jeder, der über keine solche Basis verfügt, ist nach Meinung Bowlbys "wurzellos und sehr einsam".

Bei gesunden Lebewesen wechseln sich Bindungs- und Erkundungsverhalten ab. Auch das Erkundungsverhalten ist aus evolutionärer Perspektive überlebensnotwendig. Deshalb müssen Eltern beides ermöglichen und fördern. Sie müssen dem Kind eine sichere Basis bieten und es von da aus ermutigen, Erkundungen zu unternehmen.

Zentral ist des Weiteren die Art der Erfüllung der Bindungsbedürfnisse eines Kindes bzw. eines Klienten in der Psychotherapie. Maßgeblich ist hierbei die Feinfühligkeit bzgl. der Befriedigung der Bedürfnisse, die sich in einer prompten und angemessenen Befriedigung der signalisierten Bedürfnisse äußert.

Wichtig ist ein einführendes Verständnis der Eltern (Therapeut<inn>en) für das Bindungsverhalten des Kindes einhergehend mit der Bereitschaft, diesem Bedürfnis entgegenzukommen, und die Einsicht der Eltern (Therapeut<inn>en), dass Wut die Frustration eines Wunsches danach ist, geliebt zu werden, und

dass Angst gewöhnlich die Unsicherheit darüber widerspiegelt, ob die Eltern auch weiterhin für einen da sein werden.

Nach Forschungsergebnissen in den 50er-Jahren zeigten damals etwa 50% der Kinder eine solche sichere Bindung an ihre Eltern mit Urvertrauen (Erikson, 1950). Vom Standpunkt der Bindungstheorie aus hat eine solche Person ein Vorstellungsmodell von sich selbst entwickelt, dem zufolge sie

- a) in der Lage ist, sich selbst zu helfen ("Selbstwirksamkeit", erworben durch eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Umwelt über Erkundungsverhalten) und sie
- b) auch wert ist, dass man ihr hilft, sollten die Schwierigkeiten zu groß sein (Selbstwertgefühl, verinnerlichte Wertschätzung von sich selbst, Akzeptanz der eigenen Person auch in der Hilfsbedürftigkeit)

Es kann von der Annahme ausgegangen werden, dass die (unbewussten) Modellvorstellungen, die ein Individuum über Bindungsfiguren und über sich selbst während Kindheit und Jugend entwickelt, relativ unverändert im Erwachsenenleben weiter bestehen. Infolgedessen neigt das Individuum dazu, jede neue Person, zu der es eine Bindung zu entwickeln mag – zum Partner, Kind, Arbeitgeber oder Therapeuten – einem bestehenden Modell (von Vater oder Mutter oder vom eigenen Selbst) anzupassen. Es erwartet auch, wieder entsprechend seinem Modell von sich selbst von diesen behandelt zu werden. Das Individuum erschafft sich außen die innere Wirklichkeit neu (hierdurch kommt es zu den Teufels- und Engelskreisen...!)

Je stärker die in einer Beziehung geweckten Emotionen sind, umso wahrscheinlicher ist es, dass die früheren und weniger bewussten Modelle dominant werden.

### Einige Prinzipien der Psychotherapie

- untersuchen, welches Muster des Bindungsverhaltens der Klient typischerweise zeigt, indem man berücksichtigt, was er über sich selbst und seine Beziehungen und bes. über sein Verhalten gegenüber potentiellen Helfern erzählt
- relevante Lebensereignisse erforschen, besonders Trennungen, Krankheiten, Tod, aber auch Wiedervereinigungen, und in welchem Umfang die beobachteten Symptome als unmittelbare oder verspätete Reaktionen auf diese Ereignisse verstanden werden können
- die Interaktionsmuster der neu gegründeten oder der Ursprungsfamilie Familie herausfinden (am besten über Familieninterviews!)

Bei diesem Anamneseprozess ist zu beachten, dass es zu Weglassungen oder Verfälschungen kommen kann, da das entweder von den Eltern des Klienten gefordert wurde oder durch ihn selbst passiert, weil er dem Schmerz vergangener Ereignisse nicht begegnen will.

In beiden Fällen ist es die wichtigste Aufgabe, herauszufinden, auf welche Situation(en) der Klient reagiert bzw. sich zu reagieren hindert (weil sie extrem schmerzhaft und/oder Furcht einflößend waren, und sich dadurch von seinen Gefühlen abspalten).

Der Therapeut sollte ein umfassendes Wissen über abweichende Fürsorge- und Bindungsmuster und deren Ursachen in zu vermutenden pathogenen Familienerfahrungen haben.

In den Augen Bowlbys haben Therapeut(inn)en eine Reihe von in Wechselbeziehung zueinander stehenden Aufgaben. Sie müssen

1. dem Klienten zunächst und vor allem eine sichere Basis bieten, von der aus er sowohl sich selbst als auch seine Beziehung zu all denen, an die er eine affektive Beziehung entwickelt hat oder entwickeln könnte, erforschen kann; gleichzeitig soll dem Klienten klar gemacht werden, dass es seine Sache ist zu entscheiden, wie er eine Situation am besten deuten und welche Maßnahmen er am besten ergreifen soll/will, und dass der/die Therapeut(in) ihn bei richtiger Unterstützung für fähig hält, diese Entscheidung zu treffen;
2. dem Klienten bei seinen Erforschungen helfen, indem der/die Therapeut(in) ihn ermutigt, sowohl über die Situationen nachzudenken, in denen er sich mit wichtigen Bezugspersonen wiederzufinden pflegt, als auch über die Rolle, die er bei ihrer Entstehung spielen mag, sowie darüber, mit welchen Gefühlen, Gedanken und Handlungen er in solchen Situationen reagiert;
3. die Aufmerksamkeit des Klienten darauf lenken, in welcher Weise er vielleicht unbewusst dazu neigt, die Gefühle und das Verhalten des Therapeuten ihm gegenüber zu deuten, und auf die Vorhersagen, die er (der Klient) macht, und die Handlungen, die er daraus ableitet; und ihn auffordern darüber nachzudenken, ob seine Deutungen, Vorhersagen und Handlungsweisen im Lichte dessen, was er vom Therapeuten weiß, nicht vielleicht teilweise oder gänzlich unangemessen sind;
4. dem Klienten dabei behilflich sein, zu erkennen, inwiefern die Situationen, in die er sich typischerweise bringt, und seine Reaktionen auf sie, einschließlich dessen, was sich zwischen ihm und dem Therapeuten abspielt, vielleicht verstanden werden können im Hinblick auf tatsächliche Erfahrungen, die er mit Bindungsfiguren während seiner Kindheit und Adoleszenz gemacht hat (und vielleicht immer noch macht) und im Hinblick auf seine Reaktionen, die er damals gezeigt hat (und vielleicht immer noch zeigt).

Es geht also darum, dem Klienten zu helfen, die Modellvorstellungen von Bindungsfiguren und von sich selbst zu überprüfen, die, ohne dass er sich dessen bewusst ist, seine Wahrnehmungen, Vorhersagen und Handlungen bestimmen, und zu erkennen, wie sich diese Modelle in der Kindheit und Adoleszenz gebildet haben.

In diesem Prozess ist für den Klienten das Verhalten des Therapeuten, sein Tonfall und wie er an das Thema herangeht, mindestens genauso wichtig wie

das, was er sagt. Daher wird ein der Bindungstheorie verpflichteter Therapeut mit weitgehend nicht-verbalen Mitteln seine Achtung und sein Mitgefühl für seine Klient(inn)en zum Ausdruck bringen.

Der Therapeut praktiziert hierbei ein neues Bindungsverhalten, bei dem er den Versuch erkennen lässt, jenseits von Bestrafung, Manipulation, Hervorrufen von Schuldgefühlen, Frustrieren oder Zurückweisen den Standpunkt eines anderen Menschen zu verstehen, und offen mit ihm darüber zu sprechen. Der Therapeut muss mitfühlen können und starke und schmerzhaftige Emotionen ertragen können.

Die Aufgabe des Therapeuten nach Guntrip (1975):

"Er muss eine verlässliche und verständnisvolle menschliche Beziehung anbieten, die den Kontakt zu dem mächtig unterdrückten, traumatisierten Kind herstellt und es (dem Patienten) ermöglicht, in der Sicherheit einer neuen realen Beziehung allmählich immer besser mit dem traumatischen Erbe der ersten Entwicklungsjahre zu leben – in dem Maße, wie dieses ins Bewusstsein eindringt oder durchbricht".

Bowlby lehnt jedoch die Bezeichnung "inneres Kind" (oder "Babybedürfnisse) ab, da er das Bedürfnis nach Liebe und Anerkennung für einen untrennbaren Bestandteil der menschlichen Natur hält, das über die ganze Lebensspanne hinweg wirksam ist.

### 3.) Bowlby und die innere Welt: Die Bindungstheorie und die Psychoanalyse

(nach Jeremy Holmes: *John Bowlby und die Bindungstheorie*, Kapitel 6)

#### Hauptkritik Bowlbys an der Psychoanalyse:

Die Vernachlässigung der realen Erfahrung und des Umwelteinflusses zu Gunsten einer Überbewertung der autonomen Fantasie, ein Mangel an experimentellen Beobachtungen und eine Vernachlässigung der realen Erfahrungen und des Umwelteinflusses.

Bowlby bewegte sich zum beobachtbaren Verhalten hin, da Bindung, ob sicher oder unsicher, vermeidend oder ambivalent, beobachtet, bewertet, gemessen und korreliert werden kann. Er war der Meinung, dass Rekonstruktionen anhand von Kindheitserinnerungen gestörter Patienten, obwohl an sich wertvoll, nicht als wissenschaftliche Erklärung für das, was in Kindern tatsächlich vor sich geht, geeignet sind.

Für Bowlby ist der wichtigste Punkt nicht die Sexualität, wie die orthodoxen Freudianer annahmen, sondern die Sicherheit. Das Streben nach Liebe und Sicherheit ist für ihn kein sekundärer Trieb, kein Abkömmling der primären Bedürfnisse Sexualität und Hunger, wie von den Freudianern postuliert, sondern das primäre und eigenständige zentrale Bedürfnis des Menschen, das ein Leben lang beste-

hen bleibt. Anstelle des Triebes als Hauptmotivation des Menschen steht also für Bowlby (und Anhängern wie Winnicot, Fairbairn und Balint) ein Bedürfnis nach Beziehung.

Deshalb stehen für Bowlby nicht die innere Welt und die Fantasien eines Menschen im Zentrum seiner Überlegungen, sondern er kommt zum gegenteiligen Schluss:

"... dass man die interne Welt eines Menschen nur verstehen kann, wenn man erkennen kann, wie (sie) aus den realen Ereignissen konstruiert wurde, denen er ausgesetzt war." (Bowlby, 1991; Rayner 1992)

So verstand er z.B. Aggression als eine Antwort auf Frustration und Verlust, nicht als eine immanente Eigenschaft eines Individuums, das vom Todestrieb beherrscht wird.

Bowlby war der Überzeugung, dass Bindungsbedürfnisse das ganze Leben anhalten, und dass man nicht aus ihnen herauswächst. Für die Psychotherapie bedeutet dies, dass der Therapeut unweigerlich zu einer wichtigen Bindungsfigur für den Patienten wird, und man dies nicht als "Regression in eine infantile Abhängigkeit" ansehen (und abwerten) soll, sondern eher als Aktivierung von Bindungsbedürfnissen, die vorher unterdrückt worden sind. Beispielsweise besteht auch ein lebenslanges Bedürfnis nach empathischer Reaktionsbereitschaft der Eltern, Freunde, Partner(innen) (und Therapeuten). Diese Reaktionsbereitschaft bringt ein Gefühl der Lebendigkeit und der Bedeutung, der Sicherheit und der Selbstachtung in das menschliche Dasein.

Die mütterliche Einstimmung (Stern), die Bereitstellung einer sicheren Basis (Bowlby) und die haltende Umwelt (Winnicot) zielen alle auf die gleiche Idee ab: die Funktion der Eltern, des Therapeuten und kultureller Objekte als System der Beherrschung und der Strukturierung der beginnenden Erfahrung.

In der Psychoanalyse wird dem Klienten ein Raum gegeben, um seine eigene Geschichte zu erzählen, unverzerrt durch Repression, Spaltung und affektive Distanzierung.

Es gibt eine nachweisbare Verbindung zwischen der Fähigkeit, "seine Geschichte zu erzählen", und der Fähigkeit zum Aufbau einer sicheren Bindung (wie über das Bindungsinterview für Erwachsene herausgefunden wurde, kann die autobiographische, narrative Darstellung der Kindheit und der Bindungsgeschichte einer Person mit ihrem Verhalten als Vater/Mutter und mit der Bindungsqualität zu ihren Kindern in Verbindung gebracht werden. Klare, kohärente Geschichten korrelieren mit sicher gebundenen Kindern).

Der Aufbau einer sicheren Bindung ist das oberste Ziel der Psychotherapie.

Wie die Mutter reflektiert der Therapeut/die Therapeutin genau die Stimmungen und Wünsche des Kindes/Klienten. Diese Widerspiegelung (z.B. der "internen Arbeitsmodelle" nach Bowlby, der "kognitiven Überzeugungen" in der Kognitiven

Therapie oder die "repräsentierte Welt" der Psychoanalyse) wird als Kompetenz zur Selbstreflexion verinnerlicht, während das Kind/der Klient langsam seine inneren Zustände kennen lernt und sie schließlich in Worte zu fassen und über sich erzählen lernt.

Die Bindungstheorie hat gezeigt, dass die Betonung der Erzählung und der Hermeneutik in der modernen Psychotherapie aus guten entwicklungsbezeugenden Gründen vertreten werden kann.

Sinnvollerweise muss eine Verbindung stattfinden – auch in der Therapie – zwischen der Wahrnehmung der inneren Empfindungswelt ("reine" Psychoanalyse, Betrachtung der Innenwelt und ihrer Fantasien...) und der Wahrnehmung der äußeren Reize ("reine" Verhaltenstherapie, Betrachtung der Außenwelt und der Ereignisse).

#### 4.) Bindungstheorie und die Praxis der Psychotherapie

(nach Jeremy Holmes: "John Bowlby und die Bindungstheorie, Kapitel 7)

"Während einem traditionellen Therapeuten nachgesagt werden mag, er habe in etwa die Einstellung 'Ich weiß Bescheid, ich sag's dir', ist die Einstellung, die ich vertrete in etwa 'Du weißt Bescheid, du sagst's mir'. Die menschliche Psyche hat, wie menschliche Knochen, eine starke Neigung zur Selbstheilung. Die Aufgabe des Psychotherapeuten besteht wie bei einem Orthopäden darin, die Voraussetzungen zu schaffen, unter denen die Selbstheilung am besten stattfinden kann". (Bowlby 1988)

Ob eine Person in ihrer Kindheit eine sichere oder eine unsichere Bindung erleben konnte, zeigt sich für Bowlby weniger in ihren innerpsychischen Konflikten, sondern

1. in ihrem späteren zwischenmenschlichen Verhalten und
2. in der Fähigkeit zur kohärenten Erzählung der eigenen Geschichte

Zu 1. Bei Menschen, die in ihrer Kindheit eine unsichere Bindungserfahrung gemacht haben, zeigen sich im späteren Beziehungsverhalten häufig drei verschiedene Verhaltensmuster:

- a) Bei der unsicher-vermeidenden Bindungsstrategie hält sich jemand immer in der Nähe einer Bezugsperson auf, um sich sicher fühlen zu können; um eine mögliche Abweisung zu vermeiden, unterdrückt er aber eigene Bedürfnisse an sich selbst und an die Bindungsfigur. Aggression wird häufig verdrängt oder abgespalten.
- b) Bei der unsicher-ambivalenten Bindungsstrategie hält sich jemand auch immer in der Nähe einer Bezugsperson auf, um sich sicher fühlen zu können, klammert sich aber aus Angst, dass die Bezugsperson nicht auf eigene Be-

dürfnisse reagieren oder einem in inadäquater Weise zu nahe kommen könnte, an der Bindungsfigur fest (ohne, dass dies wirklich zu einer Beruhigung führt). Hierdurch wird das Explorationsverhalten gebremst/behindert.

- c) Bei Menschen mit einer desorganisierten Bindungsstrategie existiert eine große Angst vor Nähe, weshalb sie eine "gelassenen, unterstützende Form der Annäherung brauchen".

In allen drei Fällen ist Therapie ein Austarieren von Nähe-Wünschen und Nähe-Ängsten/ Distanz-Bedürfnissen des Klienten. Nach Rogers sollen Therapeut(inn)en eine "nicht besitzergreifende Wärme" ausstrahlen. Der gute Therapeut verhält sich gegenüber seinen Patienten hauptsächlich auf einem "unbewussten und nonverbalen Niveau, wie gute Eltern ihren Kindern gegenüber".

Zu 2. Für Bowlby ist der Kernzustand des Menschen "eine Verdichtung der Geschichte der primären Beziehungen". Die Erzählung ... "vergegenständlicht Erfahrungen, so dass der Leidende sich von ihnen loslösen kann, indem er die rohen Gefühle in Symbole verwandelt". Sie erschafft, so Bowlby, aus fragmentarischen Erfahrungen eine durchgehende Linie oder einen Faden, der die Gegenwart mit Vergangenheit und Zukunft verbindet. Narrative Kompetenz gibt einem das Gefühl, seine Vergangenheit und sein Leben zu besitzen.

Auf der Grundlage einer sicheren Basis durch eine enge Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin wird die Exploration erleichtert, entsteht ein Raum für die Erzählung der eigenen Geschichte. Eine sichere Basis bietet der Therapeut durch ein zuverlässiges, fürsorgliches und einfühlsames Verhalten gegenüber dem Klienten, aber auch dadurch, dass er Grenzen setzen kann.

Fünf Schlüsselthemen, die die individuelle Bindung kennzeichnen und ihre Berücksichtigung in der Psychotherapie:

##### a) Bindung und die sichere Basis in der Psychotherapie

Es wird einen Kampf geben, zwischen den neg. Bindungserfahrungen, die der/die Klient(in) in die therapeutische Beziehung hineinträgt und seinen Bindungswünschen. Der Therapeut muss die negativen Projektionen zurückgeben und so verwandeln können, dass sich der Klient seinen bisher nicht bewältigten Gefühlen zuwenden kann. So entsteht allmählich eine positive Bindung an den Therapeuten bzw. der Klient kann sich immer mehr sich selbst zuwenden und in sich selbst eine sichere Basis aufbauen.

Es soll zu einer Einstimmung zwischen Therapeut und Klient kommen (die er bei den Eltern vermissen musste), zu einer Förderung der autobiographischen Kompetenz des Klienten (Unbewusstes bewusst machen durch die Widerspiegelung und Auflösung der Projektionen durch Deutung und aus Bruchstückhaftem die eigene zusammenhängende Geschichte machen) und zu einer affektiven Verarbeitung (seiner neg. Bindungserfahrungen).

## b) Realität und Trauma

Bowlbys Modell beruht auf den frühen Ansichten Freuds, wonach Neurosen das Ergebnis von Traumata sind, deren Fakten und emotionale Auswirkungen unterdrückt wurden. Die Aufgabe der Therapie ist hauptsächlich, diese Unterdrückung in einer urteilsfreien und akzeptierenden Atmosphäre aufzuheben (Nach den späteren Ansichten Freuds macht ein Trauma erst die Interaktion mit der inneren Fantasie traumatisch, wenn die äußere Welt die Fantasie sozial bestätigt). Es gibt viele Belege, dass Kinder tatsächlich häufig von ihren Eltern vernachlässigt, aufgegeben, körperlich oder sexuell missbraucht werden, ihnen mit Trennung gedroht wird etc. und Bowlby konzentriert sich auf die Entstehung von Neurosen und anderen psychischen Störungen aufgrund solcher realen Erfahrungen.

## c) Affektive Verarbeitung (zur emotionalen Auflösung des veralteten Arbeitsmodells)

Bloßes Erzählen und emotionale Anteilnahme genügen nicht, für ein gutes Therapieergebnis muss die "emotionale Antwort auf das Trauma" (individuell unterschiedlich) noch einmal durchlebt werden.

Auf Verlust und Trennung kann mit Verleugnung reagiert werden (abweisendes Muster) oder mit der Unfähigkeit der Überwindung (verstricktes Muster). Entscheidend für die Auswirkungen eines Traumas ist, wie die Eltern auf die Gefühle des Kindes nach der Trennung reagieren, ob sie das Kind ermutigen, seine Wut und Trauer zum Ausdruck zu bringen, oder ob sie ihm diese Gefühle verbieten.

Der Therapeut hat die Aufgabe der Ermutigung zu einer emotionalen Reaktion auf das vergangene Trauma und auf aktuelle Verlust- und Trennungserfahrungen in der Therapie (Urlaub des Therapeuten, Verspätungen, eventuelle Störungen etc.). Auch über die aktuell auftretenden Frustrationen soll er zur Diskussion und Abreaktion der ausgelösten Gefühle ermutigen.

Nach Garland (1991) überwältigen traumatische Ereignisse die "Reizbarriere", so dass sie zwar wahrgenommen, aber nicht empfunden werden können. Das Subjekt ist von ihnen gelähmt und kann sie sich nicht aktiv zugänglich machen, während die Eltern oder Beschützer abwesend sind. Die Aufgabe der Therapie ist es dann, diese traumatischen Erlebnisse durch einen narrativen Zugang umzuwandeln, so dass sie wieder empfunden und bewusst gemacht werden können.

Die Erfüllung der Berührungswünsche und/oder ihre Frustration können zur Heilung führen, wenn sie dies im Rahmen einer sicheren Beziehung zum Therapeuten tun (das ausgelöste Trauma wird mit seinen Wünschen und Frustrationen wiederholt und innerhalb der sicheren Bindung - einschließlich Wut und Trauer - zum Therapeuten aufgelöst).

## d) Kognitionen in der Therapie (zur kognitiven Auflösung des veralteten Arbeitsmodells)

Es gibt bei jedem Menschen eine individuelle kognitive Organisationsstruktur, die die Erfahrungen und Geschehnisse einordnet und interpretiert (Muster der Interaktion, die jemand von sich und denen, denen er nahe steht, erwartet). Diese mentalen Schemata müssen in der Therapie hervorgerufen und aufgelöst/verändert werden. Das Überzeugungssystem bezüglich Bindung wird in der Übertragung sichtbar werden und kann so zu einem Thema der bewussten Auseinandersetzung in der Therapie werden. (z.B. Muster der Bedürfnisunterdrückung, des Gehorsams, des Rollentauschs oder von Annahmen wie: "Ich werde nur geliebt, wenn ich mich um anderer kümmere und ihre Bedürfnisse zufrieden stelle" etc.).

## e) Freundschaftliche Interaktion

In der Bindungstheorie werden das Erkundungs- und das Bindungsverhalten als reziproke Verhaltenssysteme betrachtet. Das Ausmaß an Sicherheit, das ein Kind in seinen Bindungen erlebt, bestimmt das Ausmaß seines Explorationsverhaltens.

Bei Erwachsenen können Bindungsbeziehungen (enge, vertrauensvolle Beziehungen) und Angliederungsbeziehungen (Freunde, "Kumpel", Kameraden) unterschieden werden. Wer Bindungsbeziehungen hat, kann auch im Erwachsenenalter Verlust (oder andere kritische Lebensereignisse) besser verarbeiten ohne Depressionen etc. zu entwickeln.

Widersprüchliche Aussagen in diesem Kapitel:

Einerseits: psychotherapeutische Beziehungen gehören mehr zu Angliederungsbeziehungen; andererseits soll eine sichere Bindung aufgebaut werden...;

Des Weiteren: "Die Spannung zwischen dem Bedürfnis des Patienten, den Therapeuten als Freund anzusehen, und dem professionellen Rahmen der Beziehung könnte nützliches Material für die Übertragung abgeben".

Erfahrene Therapeuten sorgen (jedenfalls) intuitiv für die im jeweiligen Moment angemessene Nähe-Distanz-Linie.

## Abschließende Bemerkung:

Bowlby kann neben Gregory Bateson als Urheber der Familien- und systemischen Therapie angesehen werden, da er der erste war, der ganze Familien zu Sitzungen einlud und dadurch Erfolge erreichen konnte, die vorher in langen Einzeltherapien nicht möglich gewesen waren.

Es gibt verstrickte Familien (ambivalente Bindungsform) und bindungslose Familien (vermeidende Bindungsform); einmal entwickelt das Kind Symptome, um die Bindung zwischen den Eltern wiederherzustellen (wenn sie zu weit auseinander

zu driften drohen), einmal schlüpft es zwischen die Eltern, um die "Gefahren von zu viel Intimität" zu reduzieren. In beiden Fällen korrigiert das Kind das Nähe- bzw. Distanz-Verhältnis zwischen den Eltern, um die Fortsetzung ihrer Beziehung sicher(er) zu stellen. Deshalb hat das Symptom des Kindes eine existentielle Funktion innerhalb der Familie, und das Kind wird das Symptom erst aufgeben können, wenn die Bindung der Eltern auf anderem Wege sichergestellt wird (Aufgabe des Therapeuten).

Systemisch daran ist auch die Sicht bzw. Erkenntnis, dass die Bindungsschemata bzw. -störungen von einer Generation, von einem System an das andere weitergegeben werden, und so immer wieder reproduziert werden ("Ereignisdrehbücher" entsprechend zu Genen). Es wird versucht, in einen solchen Zyklus einzugreifen und weniger eine individuelle Persönlichkeit, sondern mehr einen Beziehungsstil zu verändern (und um "Engelskreise" zu erzeugen...!)

## 5.) **Praktische Anwendungen der Bindungstheorie**

(nach Karin Grossmann in: Endres/Hauser: *Bindungstheorie in der Psychotherapie*, Kapitel 4)

### **Grundannahme:**

Der menschliche Wunsch nach Liebe und Fürsorge bleibt ein Leben lang ein wichtiger Bestandteil der menschlichen Natur. Mit wachsenden geistigen Fähigkeiten nimmt er eher symbolische Formen an (z. B. seufzen statt weinen, telefonieren statt rufen, sich an gemeinsame Verabredungen erinnern statt suchen, dem Jugendlichen den Ausgang verbieten; statt sich anzuklammern und statt wie ein Kleinkind gegen eine Trennung zu protestieren, können z.B. alte Menschen ihrem erwachsenen Kind Schuldgefühle machen, wenn sie alleine gelassen werden).

Viele der intensivsten Gefühle treten während der Entstehung (Schwangerschaft, erstes Jahr mit dem Baby, sich verlieben), der Aufrechterhaltung (der Liebe), dem Abbruch (Trennung und Tod) und der Erneuerung (Wiedersehen, Versöhnung) von Bindungsbeziehungen auf. In jedem Alter lösen Ereignisse, die von der Person nicht bewältigt werden können, die Angst oder Trauer hervorrufen, den Wunsch nach Schutz und Fürsorge, d.h. Bindungsverhalten aus.

Die Bindungstheorie fordert demgemäß, entgegen dem puritanischen Ethos der Unabhängigkeit des Individuums, dass das Bestreben, jemandem nah sein zu wollen, respektiert, wertgeschätzt und unterstützt werden soll, weil es die Person im Zweifelsfalle stärkt, anstatt ein solches Bestreben abzuwerten als ein Zeichen innerer Schwäche.

Bowlby (1991) definiert seelische Gesundheit wie folgt:

"In sehr widrigen Situationen, die Ärger, Angst oder Trauer hervorrufen, kann ein seelischer Zusammenbruch geschehen ... Die Fähigkeit oder Unfähigkeit, in solchen Situationen seine Gedanken und Gefühle

anderen zu zeigen und bei ihnen Trost und Hilfe zu suchen, hat sich als zentrale Variable für seelische Gesundheit erwiesen".

... "Ebenso wichtig wie die Achtung der Eltern vor den Bindungswünschen ihres Kindes ist ihre Achtung vor seinem Wunsch, seine Umwelt zu erkunden und allmählich Beziehungen sowohl zu Gleichaltrigen als auch zu anderen Erwachsenen aufzunehmen."

Die Bindungstheorie bewertet Bindungs- und Explorationsverhalten als zwei Enden eines ausgewogenen und notwendigen Verhaltensspektrums. Bei Stress wird das Bindungsverhalten überwiegen, bei Wohlbefinden das Explorationsverhalten. Nach Ansicht der Bindungstheorie sind Menschen aller Altersstufen am glücklichsten und können ihre Talente am besten entfalten (d.h. sie zeigen die wesentlichen Merkmale für seelische Gesundheit), wenn sie wissen, dass eine oder mehrere Personen hinter ihnen stehen, denen sie vertrauen können, und die ihnen zu Hilfe kommen, wenn Schwierigkeiten auftreten sollten. Freuds kürzere Definition von seelischer Gesundheit war: lieben und arbeiten können.

(Im Tierreich setzen sich z.B. die Väter von Rhesusaffenkindern hinter ihre Jungen, halten ihnen so den Rücken frei, so dass sich die Kleinen das Unbekannte erst einmal anschauen können oder den anderen Affenkindern drohen können ...)

### **Psychosomatische Parallelen:**

Auf Trennung reagieren die Affen zunächst mit Hyperaktivität und Hypervigilanz (Überwachtheit, Schreckhaftigkeit). Je mehr sie resignieren, desto ruhiger werden sie äußerlich, im Blut steigt aber der Hormonspiegel des Stresshormons Cortisol dramatisch an. Bei 1-jährigen wurde beobachtet, dass sich bei einem erfolgreichen Durchlaufen des Trennungsverhaltens (schreien, suchen, finden, getröstet werden) der Cortisolspiegel wieder aufgebaut wird; bei Kindern, die äußerlich weder bei der Trennung, noch beim Wiedersehen reagieren, bleibt er dauerhaft erhöht. Des weiteren können viele andere Störungen auftreten, wie Herzrhythmusstörungen, Störungen des Wach- und Schlafzyklus, Störungen des Stoffwechsels, der Wärmeregulierung und des EEG-Musters, Reduzierung des Wachstumshormons Somatotropin, die Ausschüttung von Nor-Adrenalin und Adrenalin wird herabgesetzt mit einer vielfältigen Hemmung der Feinabstimmung von Verhaltenssystem (z.B. aufhören zu essen, wenn man satt ist u.v.a. mehr) und möglichen Organschädigungen etc.

Außerdem bleibt die Endorphin-Ausschüttung (körpereigenes "Glückshormon", "Opiat"), die durch Körperkontakt ausgelöst und vom Gehirn ausgeschüttet wird, gehemmt. Werden Fremdropiate genommen (als Ersatz), reagiert der Organismus anschließend nicht mehr mit der Ausschüttung von Endorphinen auf (körperlichen oder sozialen) Kontakt. Dies ist ein wichtiger Grund, weshalb die Resozialisierung Drogensüchtiger so schwer ist.

Aus der Sicht der Bindungstheorie wird der Verlust der Bindungsperson in früher Kindheit oder Zurückweisung durch sie deswegen als Risiko für die Entwicklung

der seelischen und körperlichen Gesundheit oder psychischer Sicherheit gesehen, weil das Bindungsstreben des Kindes genauso wichtig für das Überleben ist, wie Hunger oder Durst. Es ist deshalb eine evolutionsbiologisch angelegte Verhaltensdisposition des menschlichen Kindes.

Sehr viele "Wenn-du-nicht,-dann-Aussagen" von Eltern erleben die Kinder als Trennungsandrohung bzw. oftmals wird eine Trennung auch direkt angedroht; all das ist für die Kinder viel bedeutsamer/schlimmer, als es in der Regel von den Eltern gemeint ist. Ein Kind erlebt seine Eltern als sehr mächtig, und Kinder wurden bis vor hundert Jahren tatsächlich oft von ihren Eltern verstoßen, weggegeben, verkauft... Es kommt auch oft zu Selbstmordandrohungen eines Elternteils, oder dem Kind wird mitgeteilt, dass es nicht erwünscht war. Auch die Unkenntnis der eigenen (soll heißen: leiblichen) Eltern wird von Kind als (unverstandenes) Verstoßen-Worden-Sein, weil es nicht liebenswürdig genug war, erlebt. Ebenso ist die Parentifizierung eines Kindes problematisch, d. h. es muss selbst für die Eltern da sein, und leidet dadurch unter einem Mangel an Liebe und Kind-Sein-Können. Aber ein Kind tut alles, damit seine Eltern weiterhin in der Lage sind, es zu versorgen, da es auf sie angewiesen ist.

Mit dem Argument "Es ist zu deinem Besten" müssen Kinder allerlei Torturen und den Machtmissbrauch der Erwachsenen aushalten. Die Kinder lassen es geschehen, sie verleugnen lieber den eigenen Schmerz und akzeptieren das Argument der Eltern, um nicht verstoßen zu werden. Dies zeigt besonders deutlich, dass Bindungen nicht durch Lohn oder Strafe entstehen, sondern dass eine gewaltfreie vertrauensvolle Bindungsbeziehung ein **Grundbedürfnis** des Kindes und hilfreich für die seelische Gesundheit des Kindes ist.

Bindungssichere Mädchen werden überdurchschnittlich selbstbewusst und initiativ, bindungssichere Jungen werden überdurchschnittlich kooperativ und einwilligungsbereit. Bei Bindungsunsicherheit tendieren die Jungen zu machohaftem Verhalten (übertrieben aggressiv, kommandierend und unkooperativ) und die Mädchen neigen zu "Püppchen-Verhalten" (übertrieben gefügig und initiativ- und ideenlos).

Wenn Kinder bis zum 2. Lebensjahr nach einer Scheidung mit gemeinsamem Sorgerecht wöchentlich zwischen Mutter und Vater wechseln, entwickeln sie meist eine desorganisierte Bindungsform (also die Gruppe der schwersten Bindungsstörungen), da sie sich auf keinen Bindungspartner als verlässlich einstellen konnten und ständig Verluste erlebten, ohne einen Einfluss darauf nehmen zu können. Eine klare Regelung wie 1:6 oder 2:5 Tage mit Schwerpunkt bei einem Partner brachte eine sicherere Bindung der Kinder.

## 6.) Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie

### Die praktische Anwendung der Bindungstheorie in der Psychotherapie

(nach K.H. Brisch, in: Endres/Hauser: Bindungstheorie in der Psychotherapie, Kapitel 5)

Wenn ein Patient aufgrund innerer oder äußerer Bedrohung psychotherapeutische Hilfe sucht, so ist sein Bindungssystem maximal aktiviert. Er sucht in dieser Situation im Psychotherapeuten bzw. in der Psychotherapeutin eine sichere Bindungsperson, bei der er sich durch die therapeutische Bindung emotional so versichern kann, dass ihm eine Erkundung seiner inneren (Phantasie-) Welten oder seiner äußeren Realitäten möglich wird. Dies ist vermutlich die Voraussetzung für psychische Veränderung. In der Psychotherapie-Prozessforschung ist es heute eine gesicherte Erkenntnis, dass die Qualität der emotionalen Bindung zwischen Therapeut und Patient ("therapeutic bond") eine der besten Voraussetzungen dafür ist, eine erfolgreiche Behandlung vorherzusagen (Orlinsky et al. 1994).

Auch in der Spielsituation hat das Kind bindungsrelevante Erwartungen an den Therapeuten und er muss feinfühlig auf diese Erwartungen reagieren, um den wechselnden Nähe-, Distanz- und Erkundungswünschen des Kindes angemessen gerecht werden zu können, ansonsten besteht die Gefahr einer Retraumatisierung oder Vertiefung der Bindungsstörung.

Das Symbolspiel ermöglicht dem Kind, seine erlebten Bindungsbeziehungen darzustellen. Im Spiel auftauchende bindungsrelevante Themen werden vom Therapeuten aufgegriffen und verbal oder durch teilnehmende Spielaktionen gefördert. Durch neue sichere Bindungserlebnisse ermöglicht es der Therapeut, dass das Kind sich von alten, destruktiv unsicheren Bindungsmustern lösen und eine sichere Bindungsqualität entwickeln kann.

Eine besondere Herausforderung stellt die therapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern, Heimkindern und Kindern mit anders bedingten längeren Trennungen von ihren Eltern dar.

Auch bei Eingewöhnungsphasen von Kindern z.B. im Kindergarten, nach Umzügen oder Schulwechseln sind bindungstheoretische Gesichtspunkte relevant. Die Kinder brauchen Begleitung, bis sie sich eingewöhnt und eine andere sichere Beziehung zu einer neuen Bezugsperson aufgebaut haben.

In der bindungsorientierten Therapie mit Erwachsenen muss der Therapeut ebenfalls in der Lage sein, durch sein feinfühliges Verhalten das aktivierte Bindungssystem des Klienten zu beruhigen und ihm zeitlich, räumlich und emotional zur Verfügung zu stehen. Weiterhin muss er als eine emotional sichere Basis fungieren, von welcher aus der Klient seine emotionalen Probleme bearbeiten kann. In Kenntnis der unterschiedlichen Bindungsmuster muss er sich flexibel im Umgang mit Nähe und Distanz verhalten, um es dem Klienten in der realen Gestaltung der Begegnung zu ermöglichen, den Therapeuten als emotionale Bindungsperson zu nutzen. Von dieser sicheren Basis aus sollte der Therapeut den

Klienten ermutigen, zu erforschen, in welcher Beziehungsform er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet. Er sollte den Klienten auch anregen, die therapeutische Beziehung genau zu überprüfen, weil sich hier alle in der frühen Kindheit geprägten Beziehungserlebnisse widerspiegeln. Auf diesem Hintergrund wird es dem Klienten möglich, seine aktuellen Wahrnehmungen und Gefühle mit denen der Kindheit zu vergleichen und die in der Beziehung zum Therapeuten wiedererlebten Erinnerungen zu bearbeiten. Hierdurch kann der Klient beginnen, angemessenere Beziehungsmuster in seinem Leben aufzubauen. Besonders am Ende der Behandlung ist es von Bedeutung, dass der Therapeut behutsam die Lösung der therapeutischen Bindung unter Berücksichtigung der bisherigen Verarbeitung der Trennungserfahrungen mit dem Klienten vorbereitet. Die Initiative für die Trennung wird dem Klienten überlassen. Dieser wird darin ermutigt, Trennungssängste einerseits und die Neugier auf Erkundung eigenständiger Wege andererseits zu verbalisieren und auszuprobieren. Eine forcierte Trennung auf Initiative des Therapeuten könnte vom Patienten als Zurückweisung erlebt werden. Frühzeitige Wünsche nach Trennung oder mehr Distanzierung in der therapeutischen Beziehung könnten dagegen dadurch ausgelöst worden sein, dass der Therapeut zu rasch eine intensive emotionale Nähe herstellte bzw. herstellen wollte, die der Patient nicht aushielt und als Bedrohung erlebte.

Die Bedeutung der Bindungsqualität als eine zentrale Variable für die Wirksamkeit einer Therapie kann Niederschlag finden in den verschiedensten Therapieschulen. Sie scheint maßgeblich für eine langfristige günstige Situations- und Verhaltensveränderung des Klienten zu sein.

#### Literatur:

- John Bowlby: *Das Glück und die Trauer*, Klett-Cotta, 2001
- Jeremy Holmes: *John Bowlby und die Bindungstheorie*, Reinhardt Verlag, 2002
- Manfred Endres, Susanne Hauser (Hrsg.): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*, Reinhardt Verlag, 2002

## Rezensionen

**Franz Knist, Gitte Landgrebe:**

***Qualitätsentwicklung in der Beratungsarbeit – Gut beraten mit EFQM***

Limmer Verlag, Meezen 2004 (ISBN 3-928922-03-3) 24,00

Viel ist inzwischen geschrieben und veröffentlicht worden zur Qualitätsentwicklung in Psychologischen Beratungsstellen. Dieses Buch nun will Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine praktische Handreichung sein durch ein klares Konzept auf der Grundlage des EFQM-Modelles (European Foundation of Quality Management). Dabei betonen die Autoren, dass sich wirkliche Qualität nur aus der inneren Haltung einer lernenden Organisation heraus entwickelt (was Beratungsstellen aufgrund ihrer vorhandenen Konzeptqualität immer schon in Anspruch genommen haben!). Vor allem für Beratungsstellen, die anfänglich nach dem Modell ISO 9000 ff eine Art von Bestandserhebung im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs geleistet haben, können nun über das Konzept des EFQM mit den vorliegenden Materialien des Buches sehr praxisnah ihre systematische Qualitätsentwicklung weiter bearbeiten.

Das vorgestellte Konzept nimmt die Praxis der Leitung wie der gesamten Organisation zum Gegenstand selbstkritischer Reflexion, sie setzt eindeutig auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren bisher häufig zu wenig genutzten Potentiale. Natürlich gehen die Autoren davon aus, dass diese Entwicklung nur gelingen kann, wenn das gemeinsame Lernen eines Teams als Kultur gewollt ist und die Rahmenbedingungen für die entsprechenden Lernprozesse von den Trägern strukturell dafür geschaffen sind.

Das Buch bietet uns in einer sehr verständlichen Sprache das EFQM-Modell an mit den neun Elementen:

- Führung
- Politik und Strategie
- Mitarbeitende
- Partnerschaft und Ressourcen
- Prozesse sowie
- kundenbezogene Ergebnisse
- Mitarbeiterinnen bezogene Ergebnisse
- Geschäftsbezogene Ergebnisse
- Schlüsselergebnisse

Selbstbewertungsbögen, eine Vielzahl von Dokumentations- und Arbeitsinstrumenten und eine dem Buch beiliegende CD-ROM machen dieses Buch zu einem attraktivem Arbeits- und Praxismanual.

Ich hoffe, ich habe Sie und Euch damit interessieren können als jemand mit langjähriger Erfahrung in der Qualitätsentwicklungsarbeit (ich bin auch zertifizierter TQM-Auditor und EFQM-Assessor)

(Ulrich Kruse, Fockbek)

**David Servan-Schreiber:**

***Die neue Medizin der Emotionen - Stress, Angst, Depression: Gesundwerden ohne Medikamente***

Kunstmann-Verlag, München 2004 (ISBN 3-88897-353-8) 22,00

Der Autor, Neurologe und Psychiater, Mitbegründer von "Ärzte ohne Grenzen", hat in mehr als einem Jahrzehnt neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung und klinischer Praxis in den USA neue Erkenntnisse über das Zusammenspiel von Körper und Seele in eine Medizin der Emotionen formuliert. Nach seiner Erkenntnis befindet sich im Inneren des Gehirns ein "emotionales Gehirn", das alle unser psychisches Wohlbefinden beeinflussende Funktionen kontrolliert und gleichzeitig auch einen Großteil der Körperfunktionen wie Herz, Blutdruck, Hormone, das Verdauungs- und Immunsystem u.ä..

Wenn dieses System im Gleichklang ist, wachsen uns ungeahnte Kräfte – gerät es aber aus seiner Balance, sind Stress, Ängste und Depressionen die unmittelbare Folge. Durch bestimmte von ihm in seinem Buch an Praxisbeispielen erwähnte Methoden, die auf den Körper einwirken, lassen sich Mechanismen der Selbstheilung nutzen, über die unser emotionales Gehirn verfügt.

Servan-Schreiber stellt in seinem Buch sieben solcher Methoden vor, deren Wirksamkeit weitgehend wissenschaftlich nachgewiesen sind:

Sie reichen von hierzulande kaum bekannten Formen der Regulation des Herzrhythmus, der neuro-emotionalen Integration durch Augenbewegungen (EMDR) und der Synchronisierung der biologischen Uhr bis zur Neuinterpretation klassischer Ansätze wie Akupunktur, Bewegung, Ernährung und Formen "emotionaler Kommunikation". Der Autor will mit dem Blick eines unkonventionellen Wissenschaftlers auf ganzheitliche Heilansätze auf Behandlungsansätze großer Volkskrankheiten unserer Zeit weisen.

Gerade die Behandlung von Menschen nach kriegs-, verfolgungs- oder fluchttraumatisierten Ereignissen macht dieses Buch zu einem wertvollem Ergänzungsteil neben der von uns angewandten beraterischen und psychotherapeutischen Kompetenz.

Das Buch insgesamt ist keines der Bücher, das auf der Ego-Wellness-Welle schwimmt; es handelt zwar von unserem Wunsch nach Wohlbefinden, aber im Hinblick auf unsere soziale und ökologische Verantwortung und unser Tun.

Das Buch ist leicht lesbar und daher auch für uns sehr hilfreich - was ich von der üblichen medizinischen Fachliteratur nicht unbedingt behaupten kann. Deshalb kann ich es allen, die sich mit neueren, insbesondere neurobiologischen Ansätzen in der psychologischen Beratungsarbeit beschäftigen, sehr empfehlen.

Erwähnenswert ist, dass dieses Buch in der 3. Kurswoche des Blockkurses X der DAJEB im Kontext zum Thema "Krisenberatung" auf äußerst starkes Interesse gestoßen ist, weil es neben der Erläuterung von Behandlungsansätzen eine Vielzahl von Fallbeispielen anbietet. Das macht dieses Buch auch als Freizeitlektüre sehr gut lesbar, soll aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die im Buch vorgestellten Ansätze wohl kaum bei manifesten Ängsten oder schweren Depressionen mit psychotischen Anteilen hilfreich sind, sondern fachärztliche bzw. fachpsychotherapeutische Hilfe erforderlich machen.

Insgesamt gesehen kann ich nur sagen: sehr lesenswert!

(Ulrich Kruse, Fockbek)

**Marshall B. Rosenberg:**

***Erziehung, die das Leben bereichert. Gewaltfreie Kommunikation im Schulalltag***

Junfermann Verlag, Paderborn 2004 (ISBN: 3-87387-566-7) 16,90

Der Begründer des Center for Nonviolent Communication beschreibt in seinem jetzt in deutscher Sprache vorliegenden Werk seine Vision über die Zukunft der Erziehung. In dieser ist die Unterordnung unter Autoritäten nachrangig. Zugegebenermaßen ist eine solche Aussage zunächst irreführend. Im Verlauf seines Buches räumt er aber aufkommende Bedenken dezidiert aus. Ziel seiner Vision ist die Erfüllung menschlicher Bedürfnisse, nämlich unser Leben und das unserer Mitmenschen schöner zu machen durch die Schaffung lebensbereichernder Organisationen, in denen sich eine lebensbereichernde Erziehung (Life-Enriching Education) entfalten lässt ganz im Gegensatz zur vorherrschenden dominanzorientierten Erziehung (Domination Education). In diesen lebensbereichernden Organisationen geht es um Fairness und Gerechtigkeit bei der Verteilung von Ressourcen und Privilegien. Führungspersönlichkeiten dienen ihren Auftraggebern und versuchen nicht diese zu beherrschen. Gesetze, Regeln und Bestimmungen werden im Schulalltag von allen Beteiligten gemeinsam festgelegt und daher auch verstanden und bereitwillig akzeptiert.

Grundlage einer lebensbereichernden Erziehung ist eine neu zu erlernende Sprache, die gewaltfreie Kommunikation (GFK). In dieser werden Beobachtungen von Bewertungen getrennt, Gefühle wahrgenommen und ausgedrückt, Bitten formuliert, die unsere Bedürfnisse erfüllen. Anhand von Übungen werden die einzelnen Schritte gut nachvollziehbar dargestellt. So wird deutlich, dass die bisher in Schulen und im Alltag vorherrschende Sprache sehr dominanzorientiert ist.

Voraussetzung für das Erlernen der gewaltfreien Kommunikation ist ein empathisches oder einfühlsames Hören. Erst dadurch erfährt der Zuhörer die wirklichen Gefühle und Bedürfnisse seines Gegenüber. Rosenberg verdeutlicht den Nachteil des bisherigen nicht empathischen Hörens an folgendem Beispiel: "Wir sollten es nicht dem Mann in dem Cartoon gleich tun, der auf die Bemerkung seines Freundes, 'Ich habe das Gefühl, dass du mir gar nicht zuhörst, wenn ich mit dir rede' antwortet: 'Du hast recht. Ich höre lieber dem zu, was ich als nächstes sagen werde, als dem, was du im Augenblick sagst.'"

Durch empathisches Hören ist es gerade im Schulalltag möglich, selbst lernunwillige Schüler zu motivieren wieder in den Unterrichtsprozess einzusteigen und Interdependenz (Gemeinsinn) zu entwickeln.

Die Verwirklichung von Rosenbergs Vision ist kein einfacher Weg. Es ist aber ein lohnenswerter Prozess, der das bisherige Konkurrenzdenken in Erfolgreiche und Verlierer überwindet, am Ende nur Gewinner hervorbringt.

(Ehrenfried Erbsch, Lüdenscheid)

Herausgegeben von

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.  
Neumarkter Str. 84 c, 81673 München

Druck: Awi-Druck, 80469 München

Diese Veröffentlichung erscheint mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sie ist einschließlich aller ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der DAJEB unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Es ist deshalb nicht gestattet, diese Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu scannen, in Computern oder auf CD's zu speichern oder in Computern zu verändern, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung der DAJEB.

Einzelpreis dieses Heftes: EUR 7,50 zzgl. Versandkosten