Bindung und Bindungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

KARL HEINZ BRISCH

Einleitung

Das theoretische Konzept der Bindungstheorie sowie die Forschungsergebnisse zur Bindung und den psychischen Folgen von traumatischen Erfahrungen für die Entwicklung von Kindern stellen einen einen wissenschaftlichen fundierten Rahmen dar, um wesentliche Aspekte im Kontext von Pflege und Adoption sowie Jugendhilfe zu verstehen und kindgerechte Entscheidungen im Konfliktfall zu finden.

Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby gründete in den 50er Jahren die Bindungstheorie (Bowlby 1958). Diese besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt. Das Bindungsverhalten drückt sich insbesondere im Suchen des Säuglings nach der Bindungsperson, Weinen, Nachlaufen, Festklammern an der Bindungsperson aus und wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch äußere oder innere Bedrohung und Gefahr aktiviert. Ist die Hauptbindungsperson nicht erreichbar, so können auch andere sekundäre Bezugspersonen anstelle dieser ersatzweise aufgesucht werden, wie etwa der Vater, die Großmutter, die Tagesmutter. Für das unselbstständige menschliche Neugeborene und Kleinkind ist die Schutzfunktion durch eine Bezugsperson von lebenserhaltender Bedeutung. Die Pflegeperson bietet als zuverlässige Bindungsperson in Gefahrensituationen einen »sicheren Hafen«. Dorthin kann sich der menschliche Säugling retten und Schutz und Hilfe erwarten (Bowlby 1975, 1976, 1983). Das Bindungssystem, das sich im ersten Lebensjahr entwickelt, bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Deshalb suchen auch Erwachsene in Gefahrensituationen die Nähe zu anderen Personen auf, von denen sie sich Hilfe und Unterstützung erwarten (Brisch 1999; Parkes, Stevenson-Hinde & Marris 1991).

Werden diese Bedürfnisse befriedigt, so wird das Bindungssystem beruhigt und es kann als Ergänzung zum Bindungssystem das System der »Exploration« aktiviert werden. Ein Säugling, der sich sicher und geborgen fühlt, kann zum Beispiel von der Mutter als »sicherem Hafen« seine Umwelt erforschen. Droht ihm dort aber Gefahr, kann er jederzeit auf seine Mutter als »sichere emotionale Basis« zurückgreifen. Ohne sichere emotionale Bindung ist keine offene uneingeschränkte Exploration möglich.

Die Konzepte der Bindungsforschung

Durch intensive entwicklungspsychologische Forschungsarbeiten und Längsschnittstudien konnten verschiedene Konzepte der Bindungstheorie empirisch validiert werden Ifür einen umfassenderen Überblick siehe Spangler 1995; Brisch 1999; Brisch 2002] (K. E. Grossmann & Grossmann, 2003).

Konzept der Feinfühligkeit

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

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

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

Die Ergebnisse von Jaffe et al. (2001) weisen daraufhin, dass ein mittleres Maß an rhythmischer Koordination in der zeitlichen Abfolge von Interaktionen zwischen Mutter und Säugling besonders förderlich für eine sichere Bindungsentwicklung ist. Bemerkenswert ist, dass das Ziel nicht eine perfekt synchrone Kommunikation ist, die sich offensichtlich nicht so entwicklungsfördernd auf die sichere emotionale Entwicklung auswirkt. Im Gegenteil, wahrgenommene und korrigierte Missverständnisse könnten sich geradezu beziehungsfördernd auf die Bindungsentwicklung auswirken, sofern sie nicht so ausgeprägt sind, dass die Interaktion vollständig abbricht oder auseinanderdriftet. Analysen der sprachlichen Interaktion zwischen Mutter und Säugling konnten eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes vorhersagen, wenn die Mutter aufgrund ihrer Empathie in der Lage war, die affektiven Zustände ihres Säuglings angemessen zu verbalisieren (Meins 1997). Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, weil sie daraufhin weisen, wie die Säuglinge nicht nur auf einer Verhaltensebene in der konkreten Pflege die Feinfühligkeit ihrer Bezugspersonen wahrnehmen und sich an diese sicher binden, sondern sich auch durch die empathische Verbalisation von Affektzuständen verstanden fühlen, auch wenn sie entwicklungsbedingt den deklarativen Inhalt der Worte der Mutter noch gar nicht verstehen können. Es muss also mehr um die Aufnahme von prosodischen Inhalten (etwa Tonfall, Melodie, Rhythmus, Lautstärke) in der mütterlichen Sprache gehen, die den inneren und äußeren Zustand des Säuglings erfassen und diesem widerspiegeln, sodass sich der Säugling feinfühlig verstanden fühlt. In diesem Zusammenhang weisen die Forschungsergebnisse von Fonagy et al. (1991; M. Steele, Moran, Steele & Higgitt 1991) darauf hin, dass eine sichere Bindungsentwicklung auch die Fähigkeit des Säuglings zu einer selbstreflexiven mentalen Funktion fördert. Diese Fähigkeit ermöglicht dem Kind in zunehmendem Ausmaß, über sich, andere und die Welt in einer empathischen Weise nachzudenken und nachzuspüren. Darin könnte nach Fonagy ein wesentlicher Vorteil einer sicheren Bindung liegen.

Bindungsqualität des Kindes

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

Wird die Pflegeperson eher mit Zurückweisung auf seine Bindungsbedürfnisse reagieren, so besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling sich an diese Pflegeperson mit einer unsicher-vermeidenden Bindungshaltung (Typ A) bindet. Ein unsicher-vermeidend gebundenes Kind wird etwa nach einer Trennungserfahrung die Bindungsperson eher meiden oder nur wenig von seinen Bindungsbedürfnissen äußern. Es hat eine Anpassung an die Verhaltensbereitschaften seiner Bindungsperson gefunden. Nähewünsche werden vom Säugling erst gar nicht so intensiv geäußert, da er weiß, dass diese von seiner Bindungsperson auch nicht so intensiv mit Bindungsverhalten im Sinne von Nähe, Schutz und Geborgenheit gewähren beantwortet werden. Dies führt aber zu einer größeren inneren Stressbelastung des Säuglings, die an erhöhten Werten für das Hormon Cortisol gemessen werden kann (Spangler & Schieche 1998). Allerdings reagieren diese unsicher-vermeidend gebundenen Kinder bei extremer Aktivierung ihres Bindungssystems, wie etwa durch einen schweren Unfall, indem sie ihre Bindungsvermeidung aufgeben und sich hilfe- und schutzsuchend an ihre Mütter wenden. Auch die Mütter können in diesen Situationen großer Bedrohung und Angst ihre Säuglinge schützen. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass bei diesen »vermeidenden« Mutter-Kind-Paaren die »Schwelle« für Bindungsverhalten sowohl bei den Kindern als auch bei ihren Müttern höher liegt als bei Mutter-Kind-Paaren, die auf einer sicheren Bindungsbasis interagieren.

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

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

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

non-verbal deutliche Zeichen von Angst und Erregung zum Ausdruck, wenn sie mit ihrer Bindungsperson wieder zusammenkommen (Mary Main & Hesse 1990).

Die Aktivierung von emotional sich widersprechenden Bindungserfahrungen könnte sich in den desorientierten Bindungsverhaltensweisen des Kindes widerspiegeln und Ausdruck eines desorganisierten »inneren Arbeitsmodells« der Bindung zur spezifischen Bindungsperson sein (Main & Solomon 1986). Die Mutter wurde etwa für dieses Kind nicht nur zu einem sicheren emotionale Hafen, sondern auch manchmal zu einer Quelle der Angst und Bedrohung, weil sie sich etwa in Bindungssituationen aggressiv und damit ängstigend, oder auch selbst sehr ängstlich gegenüber ihrem Kind verhielt (Hesse & Main 2002; Schuengel, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Blom 1997, 1999). Ein solches ängstliches Verhalten der Mutter kommt in ihrer Gestik und Mimik zum Ausdruck. Es könnte vom Kind in der Interaktion registriert werden und wiederum sein Verhalten gegenüber der Mutter beeinflussen.

Vorteile einer sicheren Bindung

Aus vielen Längsschnittstudien ist bekannt, dass ein sicheres Bindungsmuster ein Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung ist (K. Grossmann & Grossmann 2004/2012; K. E. Grossmann 2003; K. E. Grossmann, Grossmann, K. & Waters, E. 2005; E. E. Werner 2000; Emmy E. Werner & Smith 2001). Diese Kinder reagieren mit einer größeren psychischen Widerstandskraft (»resilience«) auf emotionale Belastungen, wie etwa eine Scheidung der Eltern. Eine unsichere Bindungsentwicklung dagegen ist ein Risikofaktor, sodass bei Belastungen häufiger ein psychischer Zusammenbruch droht oder Konflikte weniger sozial kompetent in einer Beziehung geklärt werden. So zeigen etwa Kinder mit unsicheren Bindungsmustern schon im Kindergartenalter in Konfliktsituationen weniger pro-soziale Verhaltensweisen und eher aggressive Interpretationen des Verhaltens ihrer Spielkameraden (Suess, Grossmann, & Sroufe 1992). Im Jugendalter sind sie eher isoliert, haben weniger Freundschaftsbeziehungen und schätzen Beziehungen insgesamt weniger bedeutungsvoll für ihr Leben ein (Becker-Stoll 2002; Zimmermann, Fremmer-Bombik, Spangler, & Grossmann 1997).

Ursachen von Bindungsstörungen

Wenn pathogene Erfahrungen des Kindes, wie Deprivation, Misshandlung, Verlust, Gewalt nur vorübergehend oder phasenweise auftreten, können sie häufig mit desorganisiertem Bindungsverhalten assoziiert sein. Sind sie dagegen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster mit den Bindungspersonen und wurden die pathogenen Bindungserfahrungen über mehrere Jahre gemacht, können hieraus Bindungsstörungen resultieren. Selbst nach Milieuwechsel, etwa durch Adoption, und unter besseren emotionalen familiären Bedingungen können diese weiter bestehen bleiben und eine hohe Belastung für die neue Adoptiveltern-Kind-Beziehung darstellen (Rutter & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team 1998; Miriam Steele et al. 2002). Bindungsstörungen lassen oftmals wegen der extremen Verzerrungen im Verhaltensausdruck die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder nicht mehr erkennen und können sich im schlimmsten Fall zu überdauernden psychopathologischen Mustern einer schweren Persönlichkeitsstörungen verfestigen (Brisch & Hellbrügge 2003).

Die längsschnittlichen Untersuchungen über die emotionale Entwicklung von Säuglingen und Vorschulkindern, die unter den Bedingungen schwerer früher Deprivation in rumänischen Heimen aufgewachsen waren und dann von englischen und kanadischen Familien adoptiert wurden, sind für das Verständnis der Entwicklung von Bindungsstörungen von großer Bedeutung. Diese Kinder litten teilweise auch Jahre nach der Adoption noch an den Symptomen von ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen mit zusätzlichen Störungen in der Aufmerksamkeit und Überaktivität (ADHD). Weiterhin zeigten sie solche Verhaltensstörungen, die den Symptomen aus dem autistischen Erkrankungsspektrum ähnelten (Rutter et al. 1999; Rutter, Kreppner, O' Connor, & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team 2001). Obwohl sich bei 20 % der Kinder eine Tendenz zur emotionalen Normalisierung im weiteren Entwicklungsverlauf zeigte, fand sich insgesamt eine hohe Stabilität für die pathologische Symptomatik der ADHD-Symptomatik auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen (O'Connor, Bredenkamp, & Rutter 1999). Je länger die Erfahrung der frühen Deprivation unter Heimbedingungen gewesen war, desto ausgeprägter waren die Symptome des ADHD. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der ADHD-Symptomatik und den Symptomen einer Bindungsstörung. Die gefundenen Effekte konnten nicht durch schlechte Ernährung, niedriges Geburtsgewicht oder kognitive Defizite der Kinder erklärt werden (Kreppner, O'Connor, Rutter, & and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team 2001). Diesen Befunden entspricht auch die klinische Erfahrung, dass Kinder mit Bindungsstörungen extreme traumatische Erfahrungen in Bindungsbeziehungen durchgemacht haben.

Diagnose der Bindungsstörungen

In der klinisch psychotherapeutischen Arbeit sehen wir Kinder und auch Jugendliche, die ausgeprägte Störungsvarianten in ihrem Bindungsverhalten aufweisen, die als Psychopathologie diagnostiziert werden. Zwei extreme Formen der reaktiven Bindungsstörung können auch nach der Internationalen Klassifikation der psychischen Erkrankungen (ICD 10) (Dilling, Mombour, & Schmidt 1991) klassifiziert und diagnostiziert werden: eine Form mit Hemmung (F 94.1) und eine mit Enthemmung (F 94.2) des Bindungsverhaltens.

Als einzige Ausnahme im gesamten ICD 10 werden bei Bindungsstörungen Ursachen für die Entstehung der Störung angegeben. Ausdrücklich werden Erfahrungen im Zusammenhang mit schwerer Deprivation, Missbrauch und Misshandlung als unmittelbarer Grund für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen einer Bindungsstörung aufgeführt. Eine Bindungsstörung mit Symptomen einer »Enthemmung« mit indifferentem Pseudo-Bindungsverhalten gegenüber unbekannten Personen wird ursächlich als Folge von vielfach wechselnden Betreuungssystemen in den ersten Lebensjahren gesehen. Auch Gedeih- und Wachstumsstörungen als Ausdruck einer schweren psychosomatischen Erkrankung können nach ICD 10 in diesem Zusammenhang gefunden werden, die aber nicht als ein eigenständiger Typus einer Bindungsstörung im ICD 10 klassifiziert werden.

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

Nach O'Connor & Zeanah (2003, 2003) besteht eine breite Diskussion über die methodischen Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Diagnostik von Bindungsstörungen und der Erfassung von zusätzlichen Typologien oder Kategorien, die über die jetzigen diagnostischen Möglichkeiten der ICD 10 Diagnostik hinausgehen. Da Bindungsstörungen ursächlich nach frühen traumatischen Erfahrungen des Kindes auftreten können, besonders wenn diese in der Beziehung zu Bindungspersonen erlebt wurden, könnten Bindungsstörungen auch als eine spezifische Form der Posttraumatischen Belastungsstörung gesehen werden, die nach Traumaerfahrungen in psychopathologischen Auffälligkeiten zum Ausdruck kommt, wenn das Bindungssystem in bindungsrelevanten Kontexten aktiviert wird (Brisch 2003; Brisch & Hellbrügge 2003).

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

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

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

Eine weitere Form der Bindungsstörung drückt sich durch übermäßiges Klammern (Typ III) aus. Diese Kinder, obwohl schon im Vorschulalter, sind nur in absoluter, fast körperlicher Nähe zu ihrer Bezugs- und Bindungsperson wirklich ruhig und zufrieden. Sie sind aber dadurch in ihrem freien Spiel und in ihrer Erkundung der Umgebung entsprechend eingeschränkt, weil sie immer auf die Anwesenheit der Bindungsperson angewiesen sind. Sie wirken insgesamt sehr ängstlich und können sich kaum von ihrer Bindungsperson trennen, sodass sie in der Regel keinen Kindergarten

besuchen oder außerhalb des familiären Rahmens bei anderen Kindern spielen können. Sie haben somit selten Freunde und wachsen von Gleichaltrigen sozial isoliert auf. Unvermeidlichen Trennungen setzen sie massiven Widerstand entgegen und reagieren mit größtem Stress und panikartigem Verhalten.

Andere Kinder wiederum sind im Beisein ihrer Bindungsperson übermäßig angepasst und in ihrem Bindungsverhalten gehemmt (Typ IV) (vgl. auch die Diagnose »Bindungsstörung mit Hemmung« im ICD 10). Sie reagieren in Abwesenheit der Bezugsperson weniger ängstlich als in deren Gegenwart und können in der Obhut von fremden Personen besser ihre Umwelt erkunden als in Anwesenheit ihrer vertrauten Bindungs- und Bezugsperson. Besonders Kinder etwa nach körperlicher Misshandlung und bei Erziehungsstilen mit körperlicher Gewaltanwendung oder -androhung reagieren auf diese Art und Weise.

Bei einem weiteren Stil der Bindungsstörung verhalten sich Kinder oft aggressiv (Typ IV) als Form der Bindungs- und Kontaktaufnahme. Solche Kinder haben zwar eine mehr oder weniger bevorzugte Bindungsperson, aber sowohl mit dieser als auch mit anderen Menschen nehmen sie über aggressive Interaktionsformen sowohl körperlicher als auch verbaler Art Kontakt auf. Dies führt aber in der Regel zur Zurückweisung, da ihr versteckter Bindungswunsch nicht gesehen wird. Auf diese Weise entsteht schnell ein Teufelskreis, der die zugrunde liegenden emotionalen Bedürfnisse nach Nähe und Sicherheit überdeckt.

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

Im Rahmen von Bindungsstörungen kann es auch zur Ausbildung von psychosomatischen Störungen kommen, wie etwa mit Schrei-, Schlaf- und Essproblemen im Säuglingsalter, oder auch zu ausgeprägten psychosomatischen Reaktionen im Kleinkindalter, wie etwa zur psychogenen Wachstumsretardierung bei emotionaler Deprivation oder zu multiplen somatoformen Störungen (Typ VII) (Brisch 2002a).

Bindung und Trauma

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

Eine Metaanalyse aus 80 Studien mit 6.282 Eltern-Kind Dyaden und 1.285 als desorganisiert gebunden klassifizierten Kindern ergab folgende Ergebnisse (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg 1999): In nichtklinischen Stichproben beträgt der Anteil an Kindern mit desorganisiertem Bindungsmuster 15 %, wobei er in niedrigeren sozialen Schichten je nach Messinstrument zwischen 25-34 % variiert. In klinischen Stichproben zeigen Kinder mit neurologischen Auffälligkeiten zu 35 % desorganisierte Bindungsmuster und Kinder von alkoholoder drogenabhängigen Müttern zu 43 %. Den höchsten Anteil desorganisiert gebundener Kinder, nämlich 48 %-77 %, hatten misshandelnde Eltern.

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

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

Der zweitstärkste Effekt auf die Entwicklung desorganisierter Bindung des Kindes besteht in erlebten Traumata der Eltern. Traumatisierungen und damit einhergehendes dissoziatives, ängstigendes Verhalten der Erziehungsperson beeinflussen die Entwicklung einer desorganisierten Bindung mehr als Scheidung der Eltern oder Depression (K. Lyons-Ruth, Connell, & Grunebaum 1990; Karlen Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999; K. Lyons-Ruth, Zoll, Connell, & Grunebaum 1986). Als Folge desorganisierter Bindung fanden bei diesen Kindern sich signifikant häufiger dissoziative Symptome und externalisierende Verhaltensstörungen als bei Kindern mit einer sicheren Bindung (Green & Goldwyn 2002; Karlen Lyons-Ruth 1996; Putnam 1993).

Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen frühen Verhaltensproblemen besonders bei Jungen - und unsicherdesorganisierter Bindung feststellen konnten (Karlen Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi 1993; Speltz, DeKlyen, & Greenberg 1999). Es wurde eine Verbindung zwischen ungelösten Traumata der Eltern bzw. desorganisierten Bindungsmustern der Kinder und aggressiven Verhaltensproblemen und Defiziten sprachlicher Fertigkeiten dieser Kinder gefunden (Karlen Lyons-Ruth 1996). Wenn traumatische Erfahrungen der Eltern und/oder der Kinder Prädiktoren für die Entwicklung einer desorganisierten Bindung sind und desorganisierte Bindung wiederum ein Prädiktor für externalisierende Verhaltensstörungen ist, wozu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen gehören, liegt die Hypothese nahe, dass Traumata des Kindes oder der Eltern in einem Zusammenhang mit der Entstehung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) stehen könnten. Die-

ser Zusammenhang wurde von Vuskanovic (2015) untersucht. Das Bindungsmuster fungiert möglicherweise als vermittelnde Variable, wobei unsichere Bindung als Vulnerabilitätsfaktor und sichere Bindung als Schutzfaktor angenommen werden könnten (Brisch 2003; Kreppner et al. 2001).

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

Es wurde beobachtet, dass eine »Behandlung« (kurzes Streicheln der Tiere) das Fürsorgeverhalten der weniger fürsorglichen Rattenmütter positiv beeinflusste (M. J. Meaney et al. 1990). Sogar die molekulargenetischen Strukturen der behandelten Nachkommen haben sich während der Behandlung so stark verändert, dass sie sich von denen der nicht behandelten Nachkommen der stark fürsorglichen Rattenmütter nicht mehr signifikant unterscheiden ließen (Francis et al. 1999).

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

Bisherige Studien an Menschen legen auch offen, dass frühe Erfahrungen der weiblichen Säuglinge mit ihren Müttern einen großen Einfluss auf ihr späteres Fürsorgeverhalten gegenüber ihrem Nachwuchs haben. Sie stellen fest, dass dieser psychobiologische Mechanismus für die intergenerationelle Übertragung des Fürsorgeverhaltens und der Feinfühligkeit der Mutter auf die Töchter verantwortlich ist (Fleming, O'Day, & Kraemer 1999; Silverman & Lieberman 1999). Ähnliche Ergebnisse einer veränderten Stressregulation, wie sie an veränderten Werten für das Stresshormon Cortisol gemessen werden konnten, fanden sich auch bei den Kindern aus rumänischen Kinderheimen, die extreme frühe Deprivationserfahrungen gemacht hatten (Gunnar, Morison, Chisholm, & Schuder 2001).

Die Interaktion zwischen >nature < und >nurture« findet auf der Bindungsebene statt (Lehtonen 1994), wobei die primäre Bindungsperson als psychobiologischer Regulator bzw. Dysregulator der Hormone des Kindes wirkt, welche die direkte Gentranskription steuern. Der Spiegel des Cortisols im Säuglingsgehirn, das für die Stressbereitschaft verantwortlich ist, wird signifikant durch die Mutter-Kind-Interaktion beeinflusst (Meaney, Aitken, Berkel, Bhatnagar, & Sapolsky 1988; Schore 1997). Aus all diesem geht hervor, dass Neurotransmitterstörungen nicht angeboren sein müssen, sondern durch Einflüsse psychologischer Variablen auf die frühe Entwicklung beeinflusst werden können (vgl. auch Braun 1996; Braun, Lange, Metzger, & Poeggel 2000).

Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf Funktion und Struktur des Gehirns

Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre öffnen die Tür zu einem Denken, welches das Erleben eines seelischen Traumas mit der Entwicklung von Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns verknüpft. Teicher (2002) kam in seinen Studien an der Harvard Medical School zu neuen Forschungsergebnissen: Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit wiesen

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

Therapie von Bindungsstörungen

Wenn Kinder vielfältige traumatische Erfahrungen durchlitten haben, müssen sie deswegen noch nicht für den Rest ihres Lebens eine schwerwiegende Bindungsstörung behalten. Sollten sich bei der diagnostischen Untersuchung von Pflege- und Adoptivkindern Bindungsstörungen zeigen, ist frühzeitig die Möglichkeit einer Kinderpsychotherapie ernsthaft ins Auge zu fassen, da Pflege- und Adoptiveltern keine Psychotherapeuten für bindungsgestörte Kinder sein können. Vielmehr können Pflege- und Adoptiveltern im besten Fall (Brisch & Lehmkuhl 2003) einen sicheren emotionalen und sozialen Hintergrund zur Verfügung stellen, auf dem eine Kinderpsychotherapie stattfinden kann. Eine intensive psychodynamisch orientierte begleitende Beratung der Pflege- und Adoptiveltern ist regelhaft Teil einer Kinderpsychotherapie. Dies ist auch dringend notwendig, damit die Dynamik in der Therapie und die Dynamik im realen Lebensraum des Kindes gemeinsam vom Therapeuten und den Pflege- und Adoptiveltern besprochen und integriert werden kann.

In der psychotherapeutischen Arbeit muss der Kindertherapeut oder Pädagoge in seinem Verhalten gegenüber dem Kind als verlässliche psychische und physische Basis fungieren können, sodass sich trotz der Bindungsstörung des Kindes ein sicheres Arbeitsbündnis entwickeln kann. Der Therapeut und Pädagoge ermöglicht ein Spielverhalten, das dem Kind Ansätze bietet, im Symbolspiel seine erlebten Bindungsbeziehungen dar-

zustellen. Im Spiel auftauchende bindungsrelevante Themen werden vom Therapeuten und Pädagogen aufgegriffen und verbal oder durch teilnehmende Spielinteraktion in ihrem Ausdruck gefördert. Durch neue sichere Bindungserlebnisse ermöglicht der Therapeut und Pädagoge, dass das Kind sich von alten destruktiv unsicheren Bindungsmustern lösen und eine sichere Bindungsqualität entwickeln kann (Brisch & Lehmkuhl 2003).

Bindungsstörungen bei traumatisierten Risikogruppen erfordern eine bindungsorientierte therapeutische Herangehensweise und stellen für die Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Der Therapeut und Pädagoge muss sich darüber im Klaren sein, dass ein Kind in der Spielsituation bindungsrelevante Erwartungen auch an ihn hat. Somit sucht das Kind zum Therapeuten und Pädagogen ebenfalls wie zu einer sicheren Bindungsperson eine hoffnungsvolle sichere Basis, von dem aus es sein Spiel und die damit verbundenen Erkundungen starten kann. Werden diese Bedürfnisse von den psychotherapeutischen und pädagogischen Bindungspersonen nicht feinfühlig beantwortet oder sogar abgewiesen, so kann sich das Spiel als eine Wiederholungssituation von früher erlebten Traumatisierungen gestalten und damit die Psychopathologie des Kindes verstärken. Aus diesem Grunde ist es von großer Bedeutung, dass auch Pädagogen und Therapeuten die normalen Varianten der Bindungsmuster und die Zusammenhänge zwischen Bindungs- und Erkundungssystem kennen, da sie dann in der Spielsituation hierauf auch adäquater eingehen können und sich selbst als die zentrale sichere Basis verstehen, von der aus eine emotionale Entwicklung der Kinder gelingen kann.

Einige Kinder und Jugendliche sind so schwerwiegend in ihrer Entwicklung durch frühe Traumaerfahrungen beeinträchtigt, dass sie eine längerfristige stationäre Behandlung benötigen. Durch die Therapie in unserem stationären psychotherapeutischen Intensiv-Konzept MOSES ® können wir zeigen, dass auch bei diesen Kindern, die oft aus der Schule bereits ausgeschlossen wurden, eine positive psychische Entwicklung möglich ist und sehr beeindruckende neurobiologische Reifungen im funktionellen Kernspinuntersuchungen nach der Behandlung und in Nachfolgeuntersuchungen nachweisbar sind (Brisch et al. 2013; Brisch et al. 2014).

Prävention von Trauma, Bindungsstörungen und Inobhutnahmen

Es wäre wünschenswert, dass Kinder in der Beziehung mit ihren leiblichen Eltern keine traumatischen Erfahrungen machen und eine Herausnahme von Kindern aus ihren Ursprungsfamilien nicht mehr nötig wäre. Viele Eltern, die ihre Kinder traumatisieren, haben selbst oft schwerwiegende Formen von Gewalt in unterschiedlichem Ausmaß erlebt und sich geschworen, dass sie ihren Kindern nie antun würden, was sie selbst schmerzlich erlebt haben. Die Realität zeigt aber, dass unverarbeitete Traumaerfahrungen der Eltern, der Pflege- und Adoptiveltern, ebenso der MitarbeiterInnen in der Jugendhilfe, mit den Kindern reinszeniert und auf diese Weise von Generation zu Generation weitergegeben werden. Die Kinder selbst können traumatische Erfahrungen bei ihrer Pflegepersonen triggern und sie auf diese Weise etwa dazu bringen, erneut - entgegen besseren bewussten Vorsätzen – gewalttätig zu werden.

Aus diesem Grund haben wir mit einem Präventionsprojekt SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern begonnen, das Eltern in Gruppen ab der 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihres Kindes begleitet. Ziel dieser Gruppen ist es, dass die Eltern unterstützt werden und lernen sollen, eine sichere Bindungsentwicklung ihres Kindes zu fördern. Weiterhin werden Eltern mit traumatischen Vorerfahrungen einzelpsychotherapeutisch betreut, damit sie ihre schmerzlichen Erfahrungen verarbeiten können und diese nicht an ihre Kinder weitergeben. Somit ist SAFE ein Projekt zur Förderung einer sichern Bindungsentwicklung von Kindern und zur Vorbeugung von Trau-

matisierungen von Kindern. In einem SAFE-Spezial Konzept werden ebenso auf diese Weise Pflege- und Adoptiveltern, wie auch MitarbeiterInnen in Jugendhilfeeinrichtungen, präventiv auf eine bindungsorientierte Arbeit mit traumastisierten Kindern durch entsprechende Schulungsprogramme vorbereitet (Brisch 2013).

Ausblick

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

Eine Traumatisierung eines Kindes durch Bindungspersonen ist immer eine Gefährdung des Kindeswohls, sodass die Herausnahme eines Kindes aus einem solchen Lebenskontext und der Versorgung des Kindes durch Pflege- und Adoptiveltern immer eine Maßnahme zum Schutz des Kindes darstellt, die entsprechend der Bindungstheorie in der Regel eine neue äußere sowie emotionale Sicherheit für das Kind bedeutet. Es wäre wünschenswert, wenn alle Maßnahmen im Kontext von Inobhutnahme, Pflege und Adoption, sowie Besuchskontakte, Rückführung und Psychotherapie des Kindes eindeutig unter bindungsdynamischen Gesichtspunkten von allen beteiligten Seiten, einschließlich den Familienrichtern und Richterinnen, eine neue verbindliche theoretische Richtschnur darstellen würde, da sie auf dem Boden fundierter entwicklungspsychologischer Forschung eine eindeutige Orientierung für alle Maßnahmen und Entscheidungen zum Wohle des Kindes sein könnte. In diesem Beitrag wurde das Entwicklungsrecht des Kindes auf eine sichere emotionale Bindung und damit auf eine gesunde körperliche und emotionale Entwicklung höher bewertet als das Recht der leiblichen Eltern auf Kontakt mit ihrem Kind, wenn dieses Elternrecht zum Schaden für die kindliche Entwicklung wird.

Kinder als die eindeutig Schwächsten haben ein primäres und übergeordnetes Recht auf Schutz und einen »sicheren emotionalen Hafen« durch Bindungspersonen, damit sie sich gesund entwickeln können.

Literatur

Ainsworth, M. D. S. (1977). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber Signalen des Babys. In K. E. Grossmann (Ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (Vol. Geist und Psyche, pp. 98–107). München: Kindler.

Becker-Stoll, F. (2002). Bindung und Psychopathologie im Jugendalter. In B. Strauß, A. Buchheim & H. K Karl Heinz Brischächele (Eds.), *Klinische Bindungsforschung* (pp. 196 – 213). Stuttgart, New York: Schattauer.

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

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

Bowlby, J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.

Bowlby, J. (1983). *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer.

Braun, K. (1996). Synaptische Reorganisation bei frühkindlichen Erfahrungs- und Lernprozessen: Relevanz für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 44, 253 – 266.

Braun, K., Lange, E., Metzger, M., & Poeggel, G. (2000). Maternal separation followed by early social isolation affects the development of monoaminergic fiber systems in the medial prefrontal cortex of Octodon degus. *Neuroscience*, *95*(No. 1), 309 – 318.

Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: (13. Auflage 2015), Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2002a). Bindungsorientierte psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen. In U. Lehmkuhl (Ed.), »Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung«. 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin (pp. 33). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

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

Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.),

Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern (pp. 105–135). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2013, 21. September). Attachment-based intervention programs to prevent transgenerational trauma: »SAFE-Safe attachment formation for educators« and »B.A.S.E. – Babywatching: Aims, methods, implementation and preliminary results. Paper presented at the Dutch Association of Marital and Family Therapy, Amsterdam/Niederlande.

Brisch, K. H. (2013). SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern (5 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., & Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: Results of attachment and neurological development. Attachment & Human Development, 5(2), 120–135.

Brisch, K. H., Erhardt, I., Kern, C., Formichella, A., Paesler, U., Ebeling, L., & Quehenberger, J. (2013). How to treat children with severe attachment disorders after multiple early experiences of trauma? A model of treatment in an intensive care unit of psychotherapy. In L. Barone (Ed.), 6th International Attachment Conference (pp. 139–144). Pianoro/ Italien: Medimond.

Brisch, K. H., & Hellbrügge, T. (Eds.). (2003). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. (3. Auflage 2009). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H., & Lehmkuhl, U. (2003). Störungsspezifische Diagnostik und Psychotherapie von Bindungsstörungen. In U. Lehmkuhl (Ed.), Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen (pp. 19). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Brisch, K. H., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R., & Kächele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 91–97.

Brisch, K. H., Paesler, U., Zeber, K., Budke, A., Ebeling, L., & Quehenberger, J. (2014). Intensive inpatient treatment for children with severe traumatization in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 35 (3), (Supplement A, p 74).

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

Fleming, A. S., O'Day, D. H., & Kraemer, G. W. (1999). Neurobiology of mother-infant interactions: Experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 673–685.

ding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Mental Health Journal, 12(3), 201–218.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. In S. Fraiberg (Ed.), Clinical studies in infant mental health. (pp. 164-196). New York: Basic Books.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. Science, 286(286), 1155-1158.

George, C., & Solomon, J. (1989). Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. Infant Mental Health Journal, 10(3), 222-237.

George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The Caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (pp. 649-670). New York, London: Guilford.

Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43(7), 835-846.

Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004/2012). Bindung – das Gefüge psychischer Sicherheit. Fünfte vollständig überarbeitete Neuauflage 2012. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K. E. (2003). Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklungen über den Lebenslauf. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern (pp. 15-33). Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (Eds.). (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Waters, E. (2005). Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guilford Press.

Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K., & Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. Development and Psychopathology, 13(3), 611 – 628.

Hesse, E., & Main, M. (2002). Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen – Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit. In K. H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann & L. Köhler (Eds.), Stuttgart: Klett-Cotta.

Hüther, G. (1996). The central adaptation syndrom: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. Progress in Neurobiology, 48, 569 - 612.

Hüther, G. (1998). Stress and the adaptive selforganization of neuronal connectivity during early childhood. International Journal of Developmental Neuroscience, 16, 297-306.

Hüther, G. (1999). Stress und die Selbstorganisation verhaltenssteuernder neuronaler Netzwerke. Bildung und Erziehung, 52(3), 273-289.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., & Jasnow, M. D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development (Vol. 66, No. 2, Serial No. 265). Boston, Oxford: Blackwell.

Kreppner, J. M., O ' Connor, T. G., Rutter, M., & and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? J Abnorm Child Psychol, 29(6), 513-528.

Kroesen, S., Kügel, C., Thaler, D., Wörle, S., & Brisch, K. H. (2003). Traumaerfahrungen und posttraumatische Belastungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In U. Lehmkuhl (Ed.), Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen (pp. 35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kügel, C., Kroesen, S., Thaler, D., Wörle, S., & Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen bei Kindern in stationärer pädiatrischer Behandlung. In U. Lehmkuhl (Ed.), Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen (pp. 35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lehtonen, J. (1994). From dualism to psychobiological interaction. A comment on the study by Tenari and his co-workers. The British Journal of Psychiatry, 164, 27-28.

Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In C. H. Zeanah (Ed.), Handbook of infant mental health (pp. 427–442). New York, London: The Guilford Press.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. Dissociation, 4, 196-204.

Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A.,. . Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. Science, 277 (11), 1659-1662.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. I Consult Clin Psychol. 64(1), 64-73.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. Child Development, 64, 572-585.

Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. Infant Mental Health Journal, 17(3), 257-275.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Frightened, frightening, and atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.), Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions (pp. 67-96). Chicago: University of Chicago Press.

Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., & Grunebaum, H. U. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. Child Development, 61(1), 85-98.

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

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

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

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

Meaney, M., Aitken, D., Berkel, C. v., Bhatnagar, S., & Sapolsky, R. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. Science, 239(239), 766-768.

Meaney, M. J., Aitken, D. H., Bhatnagar, S., Bodnoff, S. R., Mitchell, J. B., & Sarrieau, A. (1990). Neonatal handling and the development of the adrenocortical response to stress. In N. Gunzenhauser (Ed.), Advances in touch: New implications in human development (Vol. Summary Publications in the Johnson & Johnson Pediatric Round Table Series, pp. 11-23). Skillman, NJ: Johnson & Johnson Consumer Products.

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

O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. Infant Mental Health Journal, 20(1), 10-29.

O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Current perspectives on attachment disorders: Rejoinder and synthesis. Attachment & Human Development, 5(3), 321-326.

Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (Eds.). (1991). Attachment across the life cycle. London, New York; Tavistock.

Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. Benedek (Eds.), Textbook of child and adolescent forensic psychiatry (pp. 221-238). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Perry, B. D., Pollard, A. R., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Wigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use dependant development of the brain: How states become traits. Infant Mental Health Journal, 16(4), 271–291.

Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. Child Abuse and Neglect, 17(1), 39-45.

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C.,. . the English and Romanian Adoptees (ERA) study team. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 537-549.

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

Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1998). Developmental catchup, and deficit, following adoption after severe global early privation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(4), 465 - 476.

Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 8(1), 59-87.

Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonliniar right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. Development and Psychopatholgy, 9(4), 595 - 631.

Schore, A. N. (2001a). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22(1-2), 201-269.

Schore, A. N. (2001b). Effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal, 22(1-2), 7-66.

Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Blom, M. (1997, April). Frightening, frightened and/or dissociated behavior, unresolved loss and infant disorganization. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, D. C.

Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Blom, M. (1999). Attachment and loss: Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. / Consult Clin Psychol, 67, 54-63.

Silverman, R. C., & Lieberman, A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerational transmission of violent relational patterns. Psychoanalytic Dialogues, 9, 161-186.

Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. International Journal of Behavioral Development, 22(4), 681-706.

Speltz, M., DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. Developmental Psychopathology, 11, 269-285.

Spitzer, M. (2000). Das hast Du von der Mutter aber nicht geerbt. Nichtgenetische Weitergabe von Charaktereigenschaften über mehrere Generationen im Tierexperiment. Nervenheilkunde, 19(1), 48-87.

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

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

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

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M. & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. The Psychiatric Clinics of North America, 25 (2), S. 397 - 426.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. Development and Psychopathology, 11, 225-249.

Vuksanovic, N. (2015): Traumatische Erfahrungen, Stress und ADHS. Was können wir von der Neuroendokrinologie lernen? In: Brisch, K. H. (Hrsg.) Bindung und Psychosomatik. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 135-170.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), Handbook of early childhood intervention (2 ed., pp. 115 – 132). Cambridge: Cambridge Press.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife - Risk, resilience, and recovery. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., & al., e. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. Development and Psychopathology, 15, 885–907.

Zimmermann, P., Fremmer-Bombik, E., Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1997). Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In W. Koops, J. B. Hoeksma & D. C. van den Boom (Eds.), Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches (pp. 281–292). Amsterdam: North-Holland.

PD Dr. med. Karl Heinz Brisch

Dr. von Haunersches Kinderspital Abteilung Pädiatrische Psychosomatik u. Psychotherapie Klinikum der Universität München Pettenkoferstr 8a 80336 München Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de (www.khbrisch.de)

Danksagung: Teile dieses Beitrags wurden erstmals veröffentlicht in Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. (13. Auflage 2015) Stuttgart:, Klett- Cotta. Mit freundlicher Genehmigung des Verlags.