

rupte Wertsysteme und brüchige Normen sowie generell fehlende Orientierungen. Häufig weisen sie schwere Lern-, Aufmerksamkeits- und Kontaktstörungen auf.

Literatur

- Boyeson, M. G. und K. A. Krobert (1992): Cerebellar norepinephrine infusions facilitate recovery after sensorimotor cortex injury. *Brain Res. Bull.*, 29, 435–439.
- Bryan, R. M. und R. A. W. Lehmann (1988): Cerebral glucose utilization after aversive conditioning and during conditioned fear in rat. *Brain Res.*, 444, 17–24.
- Cole, B. J. und T. W. Robbins (1992): Forebrain norepinephrine: role in controlled information processing in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 7, 129–141.
- Fuchs, E., H. Uno und G. Flügge (1995): Chronic psychosocial stress induces morphological alterations in hippocampal pyramidal neurons of tree shrew. *Brain Res.*, 673, 275–282.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 569–612.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *Developm Neurosci*, 297–306.
- Hüther, G., S. Doering, U. Rüger, E. Rüther und G. Schüller (1996): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. *Zsch. psychosom. Med.*, 42, 107–127.
- Nakamura, S., I. Kitayama und L. S. Murase (1991): Electrophysiological evidence for axonal degeneration of locus coeruleus neurons following long-term forced running stress. *Brain Res. Bull.*, 26, 759–763.
- Sapolsky, R. M. (1990): Glucocorticoids, hippocampal damage and the glutamatergic synapse. *Prog. Brain Res.*, 86, 13–23.
- Sapolsky, R. M., L. Krey und B. S. J. McEwen (1985): Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: Implications for aging. *Neurosci.*, 5, 1222–1227.
- Smith, M. A., S. Makino, R. Kvetnansky und R. M. Post (1995): Stress and glucocorticoids affect the expression of brain-derived neurotrophic factor and neurotrophin-3 m-RNAs in the hippocampus. *J. Neurosci.*, 15, 1768–1777.
- Stone, E. A., S. M. John, G. Y. Bing und Y. Zhang (1992): Studies on the cellular localization of biochemical responses to catecholamines in the brain. *Brain Res. Bull.*, 285–288.
- Tsuda, A. und M. Tanaka (1985): Differential changes in noradrenaline turnover in specific regions of rat brain produced by controllable and uncontrollable shocks. *Behav. Neurosci.*, 99, 802–817.
- Uno, H., R. Tarara, J. Else, M. Suleman und R. Sapolsky (1989): Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *J. Neurosci.*, 9, 1705–1711.
- van Wimersma-Greidanus, T. B. und H. Riger (1989): Hormonal regulation of learning. In: Bush, F. R. und S. Levine (Hrsg.) *Psychoneuroendocrinology*. San Diego (Academic Press), S. 271–306.

Karl Heinz Brisch

BINDUNGSSTÖRUNGEN UND TRAUMA

Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung

Die Bindungsforschung hat durch eine Vielzahl von Längsschnittstudien grundlegende Erkenntnisse und Zusammenhänge aufgedeckt, die für die gesunde, sichere Bindungsentwicklung eines Kindes eine entscheidende Rolle spielen (Grossmann u. a., 1997; Spangler und Zimmermann, 1995; Brisch, 1999; Brisch u. a., 2002a). Zusammengefaßt lassen sich diese auf folgende Ergebnisse zentrieren: Eine sichere innere Bindungsrepräsentation der Eltern verhilft diesen dazu, eine stabile, von gegenseitiger Wertschätzung und Empathie getragene Partnerschaft zu gestalten, die auf längere Zeit ausgelegt und für beide Seiten befriedigend ist. Wird in dieser Partnerschaft ein Kind geboren, können sich diese Eltern in der Interaktion mit ihrem Säugling feinfühlig auf das Verhalten ihres Kindes einstellen. Sie erkennen rasch seine Signale, interpretieren sie meistens richtig und reagieren angemessen, ohne Über- oder Unterstimulierung und in einem entwicklungsfördernden Zeitfenster, das weder zu übergroßer Frustration noch zu übermäßiger, altersunangemessener Verwöhnung führt (Grossmann u. a., 1985). Diese Feinfühligkeit drückt sich auch in ihrer Sprache aus. Während der Interaktion mit ihrem Säugling können sie etwa in Ammensprache das mit ihrer Empathie wahrgenommene Fühlen und Handeln des Säuglings sowie seine Intentionen des Handelns mit Worten kommentieren. Auf diese Weise geben sie dem Handeln, Denken und Fühlen ihres Kindes eine Begrifflichkeit und ermöglichen ihm, seine Affekte und inneren Bilder zu benennen. Dies führt im Laufe des ersten und zweiten Lebensjahres auch zur Entwicklung von mentalen Repräsentationen, die eine Voraussetzung für die Symbolbildungen sind (Meins, 1997; Grossmann, 1999). Die Eltern-Kind-Interaktionen erfolgen in einem Dialog sowohl auf der Sprach- als auch auf der Handlungsebene, so daß Eltern und Kind sich wechselseitig aufeinander beziehen, kleine Mißverständnisse korrigieren, aber der Dialog weder abreißt noch durch zeitsynchrones Sprechen oder Handeln verwirrend und irritierend wird (Beebe u. a., 2002).

Unter diesen optimalen Bedingungen entwickelt ein Kind eine sichere emotionale Bindung an seine Eltern, die ihm als Schutzfaktor in seiner weiteren Entwicklung dient und es bei emotionaler Belastung durch ängstigende Ereignisse »widerstandsfähig« machen wird. Die Eltern sind für das Kind zu einem »sicheren emotionalen Hafen« geworden. Bei Aktivierung des Bindungssystems etwa durch Trennung von den Eltern, Angst und Gefahr wird das Kind seine Eltern aufsuchen und aktiv körperliche Nähe zu ihnen herstellen. Auf diese Weise wird seine emotionale Erregung wieder beruhigt (Ainsworth und Witting, 1969).

Eine solche sichere Bindung ist auch eine optimale Voraussetzung für ein von der Neugier geleitetes Explorationsverhalten. Solange die Bindungspersonen real anwesend sind und dem Säugling Schutz und Sicherheit vermitteln können, wird ein sicher gebundenes Kind seine Umwelt ebenso wie neue Personen interessiert und freundlich untersuchen, Kontakte herstellen und neue Beziehungen knüpfen, die wiederum die innere Entwicklung des Kindes fördern (Ainsworth und Witting, 1969; Grossmann u. a., 1999; Schieche, 2001).

Sind die Eltern selbst aber unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent (verstrickt) in ihrer eigenen Bindungshaltung, wird bereits die Partnerschaft spannungsreicher sein, weil die Vermittlung von Distanz- und Nähewünschen schwieriger ist. Dies wird durch die Geburt eines Kindes noch komplizierter, weil ein Säugling Nähe und Versorgung einfordert. Werden diese aus seinem entwicklungsbiologisch angelegten Bindungsbedürfnis gesteuerten Verhaltensweisen von seinen Eltern eher zurückgewiesen und unvorhersehbar oder widersprüchlich beantwortet, entwickelt sich auch beim Säugling mit großer Wahrscheinlichkeit eine unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindungsqualität (Steele u. a., 1996). Der Säugling wird sich sowohl gegenüber seinen Eltern als auch gegenüber anderen Personen entweder distanzierter verhalten oder auch ambivalent. Er überträgt sein Bindungsmuster auf andere Beziehungsgestaltungen, denn sein Verhalten wird von einer inneren Bindungsrepräsentation, einem »inneren Arbeitsmodell von Bindung« gesteuert (Bretherton, 2002). Dies macht sein Verhalten für andere vorhersagbar und führt zu einer wesentlichen Verhaltenskonstanz in bindungsrelevanten Situationen, wie sie durch Trennungserfahrungen oder angstvolle Situationen insgesamt ausgelöst werden (Bretherton und Munholland, 1999). Diese unsicheren Bindungsmuster sind eher ein Risikofaktor in belastenden Situationen, weil die Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und solche Kinder sich nur zögerlich Hilfe holen können oder aber andere Personen

in hoher Ambivalenz in Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte verstricken (Werner, 2000).

Desorganisation und Trauma

Unverarbeitete traumatische Erfahrungen der Eltern spiegeln sich in inkohärenten Sprachstilen, Gedankenabbrüchen, absence- oder tranceartigen dissoziativen Zuständen, wenn man mit ihnen ein sogenanntes »Erwachsenen-Bindungs-Interview« (George u. a., 1985; Main und Goldwyn, 1984) durchführt. Sobald unverarbeitete Erfahrungen von Trennungen, Verlusten, Gewalterfahrung, Unfällen zum Thema werden, die von zwischenmenschlichen Erlebnissen wie auch von natürlichen Katastrophen herrühren können, kann man diese desorganisierten Verhaltensweisen im Interview beobachten (Main und Hesse, 1990; Lyons-Ruth u. a., 2002; Main, 2002). Die Interviewten halten etwa im Sprachfluß manchmal für mehrere Sekunden inne, vermeiden Blickkontakt, zeigen in den weiteren Sätzen Gedankenabbrüche, unlogische Kombinationen und Verwechslungen von Raum, Zeit und Personen. Diese durch sprachliche Analysen von Main (1991) gewonnenen Erkenntnisse sind auch aus der Psychotraumatologie bekannt und sprechen dann für das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungs symptomatik oder sogar einer -störung, wenn die traumatischen Erlebnisse schon länger als 6 Monate zurückliegen.

Das innere Arbeitsmodell von Bindung solcher Eltern, das durch Traumata erschüttert wurde, weil etwa eine bedeutende Bindungsperson, wie der eigene Vater, die Bindungssicherheit durch sexuelle und/oder körperliche Gewalt zerstört hatte, ist nicht integriert und kohärent, sondern besteht aus widersprüchlichen Anteilen (Lyons-Ruth u. a., 2002). Wenn die Bindungsperson selbst durch ihre Bedrohung die Bindungssicherheit des Kindes zerstört, bleibt ein irritierbares, desorganisiertes Bindungsarbeitsmodell zurück, so daß sich das Kind auf kein sicheres Bindungsgefühl verlassen kann.

Oftmals waren Eltern, die ihre Kinder mißhandeln, selbst in ihrer Kindheit Opfer von Gewalterfahrungen in der Beziehung mit ihren Eltern. Solche Eltern mit Traumaaufarbeitung müssen ständig auf der Hut sein, daß ihre traumatischen Bindungserfahrungen nicht aktiviert werden. Durch Vermeidung entsprechender Themen, Aktivitäten oder Personen versuchen sie, diese Erfahrungen mit den unangenehmen Gefühlen von Ohnmacht, Angst und Desorientierung zu vermeiden (Brisch, 2002 a).

Wenn solche Eltern einen Säugling bekommen, besteht die Gefahr, daß

dieser Säugling mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ein desorganisiertes Bindungsmuster entwickeln wird. Inzwischen gibt es zunehmend Forschungsergebnisse, die auf den Mechanismus der Weitergabe von elterlichen Traumafahrungen auf die Kindergeneration schließen lassen. Traumatisierte Eltern verhalten sich in der Interaktion mit ihrem Kind eher aggressiv-feindlich, sie machen ihrem Kind Angst, oder sie werden durch ihr Kind geängstigt (Schuengel u.a., 1999). Manche Eltern geraten auch in einen Zustand von Ohnmacht und Hilflosigkeit, wenn sie mit ihrem Kind spielen oder es pflegen (George und Solomon, 1989). Der Säugling macht daher in der Beziehung zu seiner Bindungsperson keine konstante verlässliche Erfahrung von emotionaler Sicherheit, weil Eltern mit ängstlichem, ängstlichem oder hilflosem Verhalten ihrem Säugling kein Gefühl von »sicherem emotionalen Hafen« vermitteln können. Die Interaktion mit der Mutter oder dem Vater, im Extremfall mit beiden Elternteilen, wird für den Säugling zu einer unvorhersehbaren Quelle von Angst und potentieller Sicherheit gleichzeitig, allerdings weiß er nie genau, worauf er sich verlassen soll (Hesse und Main, 1999; 2002).

Hieraus entsteht vermutlich ein desorganisiertes multiples inneres Arbeitsmodell von Bindung beim Säugling. In bindungsrelevanten Situationen zeigt der Säugling daher widersprüchliche motorische Verhaltensweisen, indem er sich etwa der Bindungsperson annähert und kurz darauf wieder von ihr wegläuft, sich mit motorischen Stereotypen bewegt und in tranceartige Zustände gerät, so wie wir sie von seinen Eltern aus dem Bindungsinterview kennen (Main und Solomon, 1990).

Etwa 80 Prozent der Kinder von traumatisierten Eltern zeigen ein desorganisiertes Bindungsmuster mit solchen Verhaltensweisen. Diese können in bindungsrelevanten Situationen wie auch in anderen Beziehungen, etwa zwischen Kleinkind und Erzieherin, auftreten und sehr irritierend und verunsichernd auf die Betreuungsperson wirken (Crittenden, 1981; Cicchetti und Toth, 1995).

Bindungsstörungen und Trauma

Wenn Kinder insbesondere in den ersten Lebensjahren über einen längeren Zeitraum traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, entwickeln sie nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern vielmehr eine Bindungsstörung (Brisch, 1999). Diese kann sich sehr unterschiedlich in ihrer Symptomatik auswirken und nach außen zeigen. Den unterschiedlichen Mustern der Bindungsstörung liegt eine schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung des

inneren Arbeitsmodells von Bindung zugrunde. Das Kind entwickelt daraufhin andere Verhaltens- und Überlebensstrategien, die oft den Bindungskontext nicht mehr erkennen lassen. Solche schwerwiegenden Traumatisierungen entstehen in der Regel durch die bedeutungsvollen Bindungspersonen des Kindes selbst, und sie wirken über einen längeren Zeitraum ein. Hierzu gehören etwa Formen der schweren emotionalen und körperlichen Verwahrlosung und Deprivation. Bei dieser Form der Bindungsstörung findet man einen Rückzug in eine eigene innere Welt mit Zeichen von körperlichem Verfall und Marasmus, stereotypen Bewegungsmustern, die der Selbststimulation dienen, bis hin zu selbstverletzendem Verhalten mit Bißwunden. Diese schwerwiegenden Formen der Deprivation, wie man sie auch heute noch in rumänischen und russischen Kinderheimen finden kann, führen zu einer Form der Bindungsstörung, die beim Kind keine Bevorzugung von Bindungspersonen und Bindungsverhalten mehr erkennen lassen, wenn bindungsrelevantes Verhalten etwa in Trennungssituationen erwartet würde. Diese Kinder scheinen jegliche Erwartung an eine emotional hilfreiche und verfügbare Beziehung verloren zu haben, so daß sie auf äußere Reize auch nicht mehr positiv, sondern eher ängstlich erschrocken und abwehrend reagieren (vgl. die Studien von Spitz im Beitrag von Hellbrügge in diesem Band). Die Traumatisierung besteht bei diesen Kindern nicht in einer oder mehreren abgrenzbaren Einzelereignissen, sondern in einer sequentiellen permanenten Traumatisierung durch die emotionale Isolation und Nicht-Verfügbarkeit einer Bezugsperson, die entsprechend dem Konzept der Feinfühligkeit auf die Kinder eingehen könnte.

Eine weitere schwerwiegende Traumatisierung, die zu Bindungsstörungen führt, sind wiederholte Verluste von Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren, etwa durch natürlichen Tod, Unfälle, Suizid, Naturkatastrophen. Besonders dramatisch ist diese Form der Traumatisierung, wenn mehrere Bezugspersonen auf einen Schlag etwa durch einen katastrophalen Unfall verlorengehen und das Kind das einzige Überlebende ist.

Es ist leicht nachvollziehbar, daß sich diese einschneidenden Trennungserfahrungen schädlich auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken. In Tierversuchen konnte man aber auch zeigen, daß selbst kürzere Trennungen von der Mutter in der frühen Entwicklungszeit langfristige Folgen für die Entwicklung haben können. Eine täglich 15minütige Herausnahme von jungen Ratten aus dem Nest verbunden mit einer Trennung von der Mutter

während der ersten 3 Wochen nach der Geburt führte zu langfristigen Veränderungen in den Reifungsprozessen des zentralen Nervensystems sowie zu langfristigen Veränderungen in der basalen Cortisolregulation, die für die allgemeine Stressreaktion verantwortlich ist. Besonders eindrücklich ist, daß diese Effekte in der neuro-humoralen Regulation des Cortisols in der nächsten Generation ebenfalls auftraten, obwohl diese Kindergeneration keine Trennungserfahrungen durchgemacht hatte (Meaney u. a., 1988; Francis u. a., 1999; Spitzer, 2000). Diese Ergebnisse sind extrem bedeutungsvoll, weil sie auf die langfristigen Folgen und eine nicht-genetische Weitergabe von Auswirkungen früher Trennungserfahrungen auf die nächste Generation verweisen, die sich auch in einer Störung der neuro-humoralen Regulationsmechanismen widerspiegeln.

Auch Naturkatastrophen und Kriege sind Ereignisse, in denen Kinder mit der Trennung von ihren Bindungspersonen und teilweise auch mit deren Verlust konfrontiert werden. Manchmal werden sie durch die Ereignisse gewaltsam von ihren Bezugspersonen getrennt und bleiben jahrelang im Unwissen, ob ihre Eltern noch leben oder schon gestorben sind. Unter diesen Umständen kann keine Form der Trauerbearbeitung erfolgen, so daß der traumatische Affekt eingefroren bleibt und bei unbedeutenden anderweitigen alltäglichen Trennungserlebnissen ausgelöst werden kann. Hierzu zählt auch die bewußte Verleugnung des erlebten Verlustes, der durch eine entsprechende Tabuisierung durch die Erwachsenen noch verstärkt werden kann, wenn diese über die Verluste nicht sprechen im besten Glauben, das Kind mit der grausamen Realität nicht belasten zu müssen. Dabei geht es oft aber auch um einen Selbstschutz, wenn die Realität selbst für einen Erwachsenen kaum auszuhalten und zu verarbeiten ist (van der Kolk u. a., 2000).

Ereignet sich das Trauma durch eine Ursache, die außerhalb der Beziehung zu den Bindungspersonen liegt, wie etwa durch einen Unfall, so ist die Verarbeitung aber insgesamt wesentlich leichter und ermöglicht es dem Kind, sich auch bei Bindungspersonen Hilfe und Unterstützung zu holen.

Auf diesem Hintergrund werden auch die Ergebnisse diskutiert, daß Kinder, die im Konzentrationslager ihre Eltern verloren hatten, dieses Trauma nicht an ihre Kinder und Enkelkinder weitergegeben haben, wie eine enorm aufwendige Studie belegt. Trennungserlebnisse in Israel selbst, nachdem der Holocaust überlebt war, wirkten dagegen sehr einschneidend, weil wichtige hilfreiche Bindungspersonen wie etwa Geschwister umgekommen waren. Äußere Hilfestellung und emotionale Unterstützung nach dem Holocaust,

auch die Erfahrung und die Hoffnung auf einen »sicheren Ort« für ein neues Leben in Israel, wirkten sehr stabilisierend. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, daß die nachweislich traumatischen Erfahrungen der Mütter, die im Konzentrationslager noch Kinder waren, als sie ihre Eltern verloren, nicht unbedingt zwangsläufig weitergegeben und zur Bindungspsychopathologie in der nächsten Generation führen müssen (van IJzendoorn, 2002).

Eine der traumatisierendsten Erfahrungen für ein Kind ist das Erleben von sexueller Gewalt durch eine Bindungsperson oder eine Person, die durch ihre Fürsorgestellung in einer solchen Position ist, wie etwa Lehrer, Erzieher, Pfarrer, Gruppenleiter (Tschan, 2001; Tinker und Wilson, 1999).

Wenn etwa der Vater oder ein nahestehender männlicher Verwandter das Kind sexualisierter Gewalt aussetzt, so führt dies nachweislich zu einer schwerwiegenden Traumatisierung. Geschichte dies in den ersten Lebensjahren, so ist die Entwicklung einer Bindungsstörung wahrscheinlich. Diese ist ohne therapeutische Hilfe kaum zu verarbeiten und hat erhebliche psychopathologische Auswirkungen auf die Bindungssicherheit. In der Regel bleibt bis zum Erkennen der sexuellen Mißhandlung der Bindungskontext erhalten. Diese bedeutet, daß das Kind durchaus etwa den Vater als Bindungsperson für sich selbst und seine Geschwister erleben kann, während es in der Mißhandlungssituation den Vater als jemanden erlebt, der seine Position als Vertrauensperson für die eigenen Bedürfnisse ausnutzt und für die Signale der Abwehr und des Widerstandes von seiten des Kindes nicht empfänglich ist. Eine in diesem Kontext ausgesprochene Drohung, das Kind bei Nichtverhalten des Schweigegebots umzubringen, hinterläßt eine kaum integrierbare innere Spannung aus Angst, Panik, Ausgeliefertsein und Schmerzen in einem Kontext, der gleichzeitig aber auch körperliche Nähe und Berührung mit der vertrauten Bindungsperson beinhaltet. Während außerhalb der Mißbrauchssituation etwa der Vater als hilfreich, unterstützend und in Gefahrensituationen auch als sichere Basis erlebt wird oder sich als solche anbietet, wird er in der Mißbrauchssituation als unfähig, gewalttätig und bedrohlich erlebt. Bindungsstörungen mit Hemmung können die Folge sein, denn wenn das Kind sich etwa dem Vater in einer angstmachenden Situation annähert und sein Angebot von Schutz und Hilfe annimmt, wird gleichzeitig auch die Angst vor Übergriffen des Vaters und dessen Drohung in dem inneren Arbeitsmodell von Bindung aktiviert. Dies hinterläßt beim Kind einen unlösbaren Bindungskonflikt (Cicchetti und Toth, 1995). Dieser kann sich darin

äußern, daß sich das Kind gegenüber dem Vater wie auch gegenüber anderen Personen gehemmt fühlt, seine Bindungswünsche zu äußern und sein Bindungsverhalten zu zeigen. Typischerweise zeigen diese Kinder gegenüber fremden Personen eher Bindungsverhalten als zur elterlichen Bindungsperson. So wollen sie etwa länger in der Klinik bleiben, wenn sie dort zur Abklärung ihrer Bauchschmerzen aufgenommen wurden, suchen den Kontakt und die Nähe zur Kinderkrankenschwester, wenn sie schmerzhafte Untersuchungen erleben müssen. Dagegen verstummen sie und ziehen sich gehemmt in Anwesenheit des Vaters zurück. Das geschilderte Szenario der sexuellen Mißhandlung durch den Vater verschärft sich noch, wenn das Kind erlebt, daß die Mutter von den Übergriffen des Vaters weiß und etwa das Kind auch noch dem Vater für seine sexuellen Handlungen zur Verfügung stellt oder wenn das Kind mit Einverständnis der Mutter zur Prostitution gezwungen wird. In dieser Situation geht auch die Mutter als emotional sichere Basis verloren, die dem Kind immer noch als Schutz und »sicherer Hafen« hätte zur Verfügung stehen können. Unter diesen Umständen ist das Kind mit allen Affekten von Angst und Bedrohungsleben allein und hat nur noch die Chance, außenstehende Personen als sichere Basis zu nutzen, indem es sich etwa einer Erzieherin oder einer Lehrperson anzuvertrauen versucht, die mit dem familiären System nicht korumpiert und verstrickt ist und daher nicht in Loyalitätskonflikte gegenüber den Eltern kommt (Pearce und Pezzot-Pearce, 1997; Brisch, 1999).

Ähnlich traumatisierend wirken körperliche Gewalt und Mißhandlung des Kindes durch eine Bindungsperson. Allerdings ist es für das Kind leichter, sich räumlich oder körperlich zu distanzieren oder auch zu kämpfen, obwohl es in der Regel hierin beschränkt ist, weil es in jungen Jahren in jeder Hinsicht auf die physische Versorgung, die emotionale Betreuung und den sozialen Schutz durch seine Eltern angewiesen ist. Manchmal laufen jedoch auch kleine Kinder weg und suchen bei fremden Personen, denen sie zufällig begegnen, einen Hafen der Sicherheit. Sie entwickeln auch Strategien, der Gewalt zu entgehen, indem sie ihrerseits auf die Eltern sorgend und feinfühlig eingehen. Diese Form der Bindungsstörung wird als Rollenumkehr bezeichnet, weil die Kinder ihre eigenen Bindungsbedürfnisse zugunsten der Eltern aufgeben. Dieses Verhalten kann internalisiert werden und dazu führen, daß sich solche Menschen im Erwachsenenalter in Beziehungen nur dann sicher fühlen, wenn sie andere versorgen. Es ist ihnen ganz unmöglich, sich selbst versorgen zu lassen, weil sie in der Übertragung fürchten, der andere

könnte – ähnlich wie früher der Mißhandler – unberechenbar zuschlagen oder anderweitig verletzend werden.

Wenn die körperliche Mißhandlung des Kindes in eine ritualisierte Form der sadistischen Gewalt eingebettet und mit sexualisiertem Erleben auf der Seite des Peinigers gekoppelt ist, gleichzeitig dem Kind suggeriert wird, daß diese Erfahrung gut ist und eine besondere Form der stabilen, verlässlichen Beziehung darstellt, für die es dankbar sein müsse, entsteht ein inneres Arbeitsmodell, in dem Bindungserfahrung und Gewalt sehr eng mit Aggressivität und Sadismus verknüpft werden. Dies kann dazu führen, daß ein Kind oder Jugendlicher in der Wiederholung des Erlebten mit dem geliebten Plüschtier oder auch realen Haustier spielt und aus dieser Situation heraus, in der es selbst eine Bindungs- und Fürsorgeperson für sein Haustier ist, anfängt, dieses zu schlagen, mit Rasierklingen zu verletzen, anzuzünden und nicht mehr nachvollziehbar zu quälen. Bindungssicherheit und sadistische Gewalt sind jetzt eng miteinander verbunden und stellen eine höchst pathologische Inszenierung von »Sicherheit« dar. Durch die sadistische Gewalt erlebt der Täter emotionale »Sicherheit«, indem er über den anderen bestimmt, ihn mittels Gewalt quälen und damit gefügig, berechenbar und verfügbar machen kann. Die Erfahrung, von einer Bezugsperson unter Androhung und Ritualisierung von Gewalt abhängig und für diese verfügbar zu sein, wird mit umgekehrten Rollen mit dem Haustier reinszeniert. Auf diese Weise werden Sadismus und Masochismus zwei Verhaltensweisen, die für alle Beteiligten mit einem hohen Maß an Sicherheit und Verlässlichkeit verbunden sind und so emotionale Stabilität erfahren lassen, wenn auch um den Preis von Gewalt Erfahrung und Verletzung, Demütigung und Scham (Pearce und Pezzot-Pearce, 1997).

Unter gesunden Beziehungsbedingungen bedeutet »Feinfühligkeit« in der Eltern-Kind-Interaktion, daß die Eltern sich auch mit einem hohen Maß an Verlässlichkeit der körperlichen Fürsorge des Säuglings widmen, so daß seine grundlegenden Bedürfnisse nach Essen, Trinken, Wärme und Schutz vor Verletzung befriedigt werden. Diese Bedürfnisse werden entsprechend wahrgenommen sowie angemessen und prompt befriedigt. Es ist naheliegend, daß Gewalt Erfahrung und auch Mißachtung der physiologischen Bedürfnisse, wie dies bei grober Vernachlässigung vorkommt, indem der Säugling nicht gepflegt wird, nicht ausreichend gefüttert, gewündelt oder auch mit warmer Kleidung versorgt wird, zu einer schweren Beeinträchtigung des Körper selbstlebens führt. Normalerweise baden Eltern ihren Säugling, pflegen seine Haut

mit Eincremen und Massage. Auf diese Weise befriedigen sie auch sein Bedürfnis nach sexuell-sensueller Stimulation. Fehlt diese Form der Kommunikation, wie sie in Variationen bei allen Primaten beobachtet werden kann, werden bedeutungsvolle grundlegende Körpererfahrungen nicht gemacht.

Beim Erleben eines Traumas kann es selbst bei früher positiver integrierter Körperelserfahrung zu einer typischen Abwehr der intensiven angestiehlerten Affekte im Zusammenhang mit dem Trauma kommen, indem die Körperwahrnehmung durch Dissoziation abgeschaltet wird (van der Kolk u.a., 1996). Dieser Schutzmechanismus erklärt, warum körperliche Schmerzen, die mit dem Trauma – wie etwa körperlicher Mißhandlung – verbunden sind, nicht wahrgenommen werden. Dissoziation ist ein Schutzmechanismus, der aber weit über die traumatische Erfahrung und Situation hinaus erhalten bleiben kann. Unter diesen Umständen sind auch angenehme körperliche Gefühle in anderen positiven Beziehungskontexten nicht mehr erlebbar, so daß der Körper des Kindes von ihm wie »tot«, gefühllos, abgespalten wahrgenommen wird, aber nicht mehr als Teil des eigenen positiven Selbstlebens.

Traumatische Erfahrungen zerstören die Bindungssicherheit und wirken sich besonders zerstörerisch auf die gesunde psychische Entwicklung aus, wenn das Trauma durch Bindungspersonen ausgeübt wird. Schwerwiegende psychopathologische Entwicklungen mit Bindungsstörungen als einer grundlegenden Hauptsymptomatik sind die Folge, die ein Teil einer umfassenden schweren Persönlichkeitsstörung sind, wie dies von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schweren narzißischen Persönlichkeitsstörungen bekannt ist. Bei Kindern sehen wir schwere emotionale Entwicklungsstörungen, die sich auf die kognitive und somatische Entwicklung negativ auswirken können und sowohl zu Wachstumsretardierungen als auch zu Schulversagen mit Zeichen einer Pseudodemenz führen können.

Somit sind traumatische Erfahrungen die gravierendste Ursache für psychopathologische und psychosomatische Entwicklungen, die in den Symptomen von Bindungsstörungen die schwerwiegendste Form der emotionalen Störung widerspiegeln.

Risikoschwangerschaft und Trauma

Eine besondere Risikokonstellation für das Entstehen von Bindungsstörungen liegt vor, wenn die Schwangerschaft und Geburt in ihrem normalen Verlauf durch Komplikationen gefährdet sind, etwa durch vorzeitige Wehen,

Blutungen, pathologische Befunde aus der pränatalen Diagnostik. Auch überwältigende Ängste auf seiten der Mutter können die Bindungsentwicklung bereits pränatal sehr behindern, wenn sich die Mutter durch die nahe Verbundenheit mit dem Fetus bedroht und fremdbestimmt fühlt und ihre eigenen psychopathologischen Anteile aktiviert werden, die mit zerstörerischen und ablehnenden Phantasien gegenüber dem Fetus einhergehen (Brisch u.a., im Druck-b). Solche überwältigenden Ängste können durch eine mütterliche Psychopathologie ausgelöst werden, aber auch durch erhebliche äußere Bedrohungen, etwa durch Gewalt von seiten des Partners, massive soziale Bedrohungen wie Verlust der sicheren materiellen Basis durch Arbeitslosigkeit, Flucht und Vertreibung, Folter, Vergewaltigung, Zerstörung und Verlust von Schutz und Wohnraum, Trennungen und Tod des Partners. Ist die Schwangerschaft durch Vergewaltigung und sexuellen Mißbrauch entstanden, so wird der Fetus zu einem ständigen Auslöser für die traumatische Erfahrung mit den dazugehörigen Affekten von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Scham und pathologischen Schuldgefühlen sowie mörderischer Wut. Durch die Schwangerschaft wird es nicht mehr möglich, dem Auslöser »Fetus« davonzulaufen und auf diese Weise durch Vermeidung die traumatischen Affekte zu verhindern. Dies gilt ebenso für die Interaktion mit dem Säugling nach der Geburt. Allen Erfahrungen im Kontext von Schwangerschaft ist gemeinsam, daß die Mutter für sich selbst keine emotional sichere Basis erlebt, sondern durch die Traumatisierung oder die Re-Traumatisierung mit ihren heftigen Affekten so überschwemmt ist, daß sie sich emotional nicht auf die Bindungsentwicklung zu ihrem Kind einstellen kann (Brisch u.a., 2002b). Dieses erlebt bereits intrauterin emotionale Ablehnung sowie eine hohe affektive Erregung der Mutter. Diese wird durch die Koppelung der physiologischen Verbindung zwischen mütterlichem und fetalem Kreislauf unmittelbar auf den Fetus übertragen. Bei hohem Angsterleben der Mutter werden vermehrt kreislaufwirksame Hormone ausgeschüttet (wie etwa Adrenalin und Noradrenalin). Dies bewirkt unmittelbar auch im fetalen Kreislauf und in der Durchblutung der Plazenta eine Engstellung der Gefäße und damit eine Minderdurchblutung (Teixeira, 1999). Dies kann zu einer Sauerstoffminderversorgung des Feten führen, die wiederum eine Streßaktivierung auslösen könnte. Wahrscheinlich wird es nur eine unspezifische Streßerregungssituation bewirken, die vom Fetus noch nicht als Angst oder Lebensbedrohung erlebt wird, weil eine solche Affektdifferenzierung des Kindes erst im Laufe der postnatalen Entwicklung während der ersten Le-

bensjahre entsteht. Dagegen wird ein akuter Sauerstoffmangel von Erwachsenen mit dem Gefühl von panischer Angst assoziiert.

Allerdings könnte auf diesem Wege verstanden werden, warum Säuglinge, die als Feten einen erheblichen mütterlichen Streß während der Schwangerschaft intrauterin erfahren haben, nach der Geburt als irritabler und für Reizüberflutungen empfänglicher und in ihren Selbstregulationsfähigkeiten instabiler erlebt werden. Für die Mütter ist es schwieriger, sich auf eine feinfühligere Interaktion mit einem irritablen Säugling einzulassen, weil dessen Signale oft widersprüchlich gesendet werden und die Frustrationsspanne sowie die Ablenkbarkeit größer ist (Ainsworth, 1977; van den Boom, 1994; Susman-Stilman u. a., 1996; Stack und LePage, 1996; De Wolff und van IJzendoorn, 1997; Lohaus u. a., 2001).

Risikogeburt und Trauma

Die erwartete Geburt ist mit vielen positiven Emotionen und Ängsten behaftet, die in der Phantasie dieses Ereignis für die Schwangere und den werdenden Vater zu einem Jahrhundertereignis werden lassen sollen. Aus Kursen und Gruppenabenden mit Schwangeren konnte ich lernen, wie viele idealisierte Vorstellungen und Glückspantasien für die werdenden Eltern mit diesem Ereignis verbunden sind. Da viele Eltern heute nur noch ein einziges Kind bekommen, muß dieses Ereignis für die meisten Eltern gelingen, denn es gibt oft keine weitere Chance für eine korrigierende Zweiterfahrung.

Schon während der Schwangerschaft kann im Rahmen der routinemäßigen Fehlbildungsdiagnostik mit Ultraschall ein Risiko oder ein tatsächlich festgestellter Befund die Eltern emotional enorm belasten. Hierbei steht die Angst vor einem Kind mit Fehlbildung und Behinderung ganz im Vordergrund und übertrifft etwa die Angst vor der Geburt und den Geburtsschmerzen bei weitem. Selbst bei einer normalen Schwangerschaft steigt die Angst während des Verlaufs kontinuierlich an, wenn es in Vorschwangerschaften Tot- und Fehlgeburten gab (Brisch u. a., 2002b). Dieses Ergebnis ist überraschend, weil Schwangeren nach einer Totgeburt von Geburtshelfern oft gesagt wird, daß sie noch jung seien, noch viele Kinder bekommen könnten und daß sie möglichst bald wieder schwanger werden sollten. Wenn eine neue Schwangerschaft tatsächlich innerhalb der folgenden Monate nach der Totgeburt eintritt, ist die Schwangere noch im Trauerprozeß um ihr verlorenes Kind, das für sie bereits mit vielen Gefühlen positiv besetzt war. Dies gilt auch für Fehlgeburten in der Frühschwangerschaft, die oft in ihrer emotionalen Bedeutung

für eine Trauerreaktion unterschätzt werden, weil die Schwangeren noch keine so intensive Bindung zu dem Fetus aufgebaut und auch noch keine Kindbewegungen gespürt hätten. Da aber die Bildung einer inneren Repräsentation vom Kind bereits vor der Konzeption und der eigentlichen Schwangerschaft beginnt und sich mit Feststellen der Schwangerschaft weiter vertieft, ist die notwendige Trauerarbeit beim Abschied von dem verlorenen imaginären Kind größer und heftiger, als dies aufgrund der Schwangerschaftsdauer angenommen werden könnte. Grundsätzlich aber gilt, daß die Intensität der Trauerarbeit von der emotionalen Besetzung einer inneren Repräsentation einer geliebten – auch nur phantasierten – Person abhängt und nicht von der realen Beziehungserfahrung (Beutel u. a., 1992; Beutel u. a., 1994; Beutel, 1995; Beutel u. a., 1997).

Für rund 7 Prozent aller Eltern kommt die Geburt aber zu früh, oftmals unerwartet, und die Schwangerschaft endet abrupt, im Extremfall etwa schon in der 22. oder 23. Schwangerschaftswoche. Dies ist der früheste Zeitpunkt, zu dem heute in Deutschland Frühgeborene wiederbelebt und mit den Möglichkeiten der Frühgeborenen-Intensivmedizin (Neonatalogie) gerettet werden. Dieser Zeitraum hat sich durch die enormen technischen und medizinischen Fortschritte in der Neonatalogie in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu früheren Schwangerschaftswochen hin verschoben, so daß heute auch Frühgeborene mit einem so niedrigen Geburtsgewicht von 300 Gramm überleben können. Der Schock der Eltern ist groß, wenn ihr Kind unerwartet etwa 20 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt kam, oft unter dramatischen, akut lebensbedrohlichen Bedingungen mit intensivmedizinischen Maßnahmen für Mutter und Kind, die das Überleben von beiden gesichert haben. Für viele Eltern ist diese Erfahrung neben der Lebensbedrohung ein akutes psychisches Trauma; die Erfahrung läßt sie mit einem Gefühl von großer Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Lebensbedrohung zurück, auch in den Wochen nach der Geburt und manchmal viele Jahre später noch haben die Eltern Alpträume von diesem Erlebnis, einschließende intensive Erinnerungen und Gefühle (Nachhalterinnerungen, »flash backs« und Intrusionen), die sie nicht kontrollieren können. Kleine unbedeutende Anknüpfungen an das Thema »Frühgeburt«, wie etwa ein Fernsehfilm über Frühgeborene, die zufällige Begegnung mit einem behinderten Kind, das Ertönen eines Martinshorns, können das ganze Ereignis mit allen unverarbeiteten Gefühlen aus der Vergangenheit wachrufen, ohne daß diese Gefühle unterdrückt werden könnten. Sie sind überwältigend und ängstigend wie in der ursprünglich

lebensbedrohlichen Situation und können ohne Vorwarnung erneut zu einem Gefühl von Lähmung, Todesangst, Panik und Hilflosigkeit führen. Andere Eltern müssen zeitlebens bestimmte Orte (etwa Friedhof, wenn ein Kind gestorben ist) oder Themen (Behinderung, Schwangerschaft, Geburt) oder Handlungen (Sexualität) vermeiden, weil sie sonst von ihren Gefühlen überrannt werden. Aber auch diese Form der Bewältigung mit Vermeidung von Auslösern (»Trigger«), in der Psycho-Traumatalogie auch als »Konstriktion« bezeichnet, hat ihren Preis mit einer gewissen Lebenseinschränkung in einem bestimmten Gebiet.

Nach der Frühgeburt ist die größte Sorge der Eltern, ob sich ihr Kind normal und gesund entwickeln wird, sowohl in bezug auf seine körperliche, geistige wie auch emotionale Entwicklung. Zunehmend stellen die Eltern auch die Frage nach der emotionalen Entwicklung oder auch Schädigung ihres Kindes, wenn das Frühgeborene manchmal bis zu 3 Monaten und in Ausnahmefällen auch länger in der unnatürlichen Umgebung eines Brutkastens auf der Intensivstation aufwächst und gleichzeitig vielen schmerzvollen Reizen, manchmal auch erneuten Wiederbelebungen oder Operationen ausgesetzt ist. Obwohl viele Eltern bereit sind, täglich für viele Stunden bei ihrem Kind auf der Intensivstation zu sein, ihr Kind auch mit der »Känguruh-Pflegemethode« Haut-zu-Haut auf ihrer Brust zu wärmen und dadurch ihre eigene Beziehungsentwicklung zu ihrem Kind zu fördern, bleibt oft eine in der Intensität wechselnde Grundangst, die je nach dem Bedrohsein des Kindes variiert. Auch nach der Entlassung aus der Klinik ist dieser Streßzustand nicht zu Ende. Die Pflege der kleinen Kinder, die manchmal mit Sauerstoffversorgung und Überwachungsgeräten für die Atmung nach Hause geschickt werden, ist unter diesem Aspekt sehr anstrengend und verantwortungsvoll wie auch mit einer konstanten großen emotionalen Belastung verbunden. Der befürchtete große Alptraum der Eltern ist ein plötzlicher Herz- oder Atemstillstand, so daß sie ihr Kind nach all den Strapazen der ersten Wochen doch noch verlieren könnten. In der Realität gibt es tatsächlich auch neue Erkrankungen, Infektionen, Operationen, die eine Wiederaufnahme in die Klinik erfordern und die Eltern auch erneut ängstigen. Mit hoher Anspannung überwachen die Eltern die Entwicklung ihres Kindes und sind sehr beunruhigt, wenn sie feststellen, daß es zu einer Entwicklungsverzögerung kommt oder sich sogar eine Behinderung abzeichnet. Diese Erfahrung bewirkt, daß das Frühgeborene selbst ein permanenter Auslöser (»Trigger«) für die traumatische Erfahrung der Eltern sein kann, so daß das Trauma der Frühgeburt nicht

verarbeitet werden kann, sondern vielmehr im Hintergrund ständig aktiviert bleibt, manchmal über Jahre (Brisch, 1993; Jotzo, 2001). Diese ständige tägliche »kleine Traumatisierung« der Eltern wird in der Terminologie der Psycho-Traumatalogie auch als »small-t-Trauma« bezeichnet. Der Focus der Psycho-Traumatalogie liegt teilweise auf dramatischen Ereignissen, die die Psyche erschüttern. Heute weiß man, daß auch ständige kleine Traumatisierungen erheblichen Schaden an der Psyche anrichten können im Sinne einer sich ständig anhäufenden Traumatisierung. Diese Form der chronischen Traumatisierung ist wesentlich schwieriger und langwieriger psychotherapeutisch zu behandeln als ein akutes Monotrauma, das durch eine Psycho-Traumatherapie etwa mit den modernen Methoden des EMDR in der Regel relativ rasch zu verarbeiten ist (siehe auch den Beitrag von Hofmann und Besser in diesem Band).

Die akute Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburtserfahrung sowie die langwierige chronische Traumatisierung durch die ständige Konfrontation mit den Entwicklungsdefiziten dieser Kinder kann die Eltern-Kind-Interaktion beeinträchtigen. Selbst Mütter und Väter mit einer sicheren Bindungsrepräsentation und einer feinfühligem Verhaltensweise gegenüber ihrem Frühgeborenen sind durch die Belastungen der Entwicklungsverzögerungen und in etwa 30 Prozent auch durch beeinträchtigende Behinderungen ihres Kindes überfordert und können offenbar eine sichere Bindungsentwicklung nicht herbeiführen. Unsere Forschungsergebnisse zeigen, daß eine Beeinträchtigung in der neurologischen Entwicklung mit Behinderung signifikant häufiger mit einer unsicheren Bindungsentwicklung des Kindes zusammenhängt, dagegen Kinder mit einer gesunden neurologischen Entwicklung eher eine sichere Bindungsentwicklung zeigen (Brisch, 2002 c; Brisch u. a., im Druck-a). Diese statistischen Zusammenhänge bilden zwar keine Kausalität ab, aber sie sind bemerkenswert, weil in allen Längsschnittstudien mit Reifgeborenen weltweit der Zusammenhang zwischen einer sicheren Bindungsrepräsentation der Eltern und einer sicheren Bindungsqualität des Kindes repliziert werden konnte; ein ebensolcher Zusammenhang fand sich auch für die unsichere Bindungsrepräsentation der Eltern und eine unsichere kindliche Bindungsqualität.

Dieser Zusammenhang war in unserer Frühgeborenenstudie aufgehoben, dagegen fanden sich die beschriebenen Zusammenhänge mit der neurologischen Entwicklung der Kinder. Dieses Ergebnis könnte dafür sprechen, daß bei Risikokindern die Bindungsentwicklung nicht nur oder nicht vorrangig

durch die Feinfühligkeit der Eltern beeinflusst wird, sondern gerade die neurologischen zerebralen Faktoren eine Rolle spielen. Weiterhin wäre es denkbar, daß auch Eltern mit einer sicheren Bindungsrepräsentation ihr Potential an feinfühligem Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind nicht so voll entfalten könnten, weil sie durch die Frühgeburt und die nachfolgenden Belastungen wegen der drohenden Entwicklungsdefizite traumatisiert sind. Dagegen hatten Eltern mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation einen unerwartet hohen Prozentsatz an sicher gebundenen Kindern. Dieses interessante Ergebnis könnte dadurch erklärt werden, daß Eltern mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation traumatische Belastungen besser bewältigen könnten als solche mit einer sicheren Bindungsrepräsentation, weil sie über Abwehrmechanismen verfügen, um mit extrem streßvollen, affektiven Belastungen umzugehen. So ist bekannt, daß Palästinaenser mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation die traumatischen Belastungen durch Folter besser bewältigen konnten als solche mit einer sicheren Bindungsrepräsentation (Kanninen u. a., 2002). Menschen mit einer sicheren Bindungsrepräsentation können sich zwar bei durchschnittlichen Belastungen eher Hilfe holen und sich anderen anvertrauen, aber diese Fähigkeit könnte unter einer traumatischen Belastung zusammenbrechen, weil entsprechende Abwehrmechanismen zum Schutz vor affektiver Überflutung bisher nicht entwickelt werden konnten. Auch wenn diese Abwehrmechanismen unter Alltagsbedingungen ohne streßvollen Hintergrund für den Aufbau von Beziehungen hinderlich sein können, sind sie unter traumatischem Streß vielleicht ein Vorteil für das psychische Überleben. Es könnte diesen Eltern mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation helfen, trotz der traumatischen Belastung der Frühgeburt in ihrem Bindungsarbeitsmodell kohärent zu bleiben und auf diese Weise auch mit ihren Kindern strukturierter und eindeutiger umzugehen und den elterlichen Streß nicht in der Interaktion auf ihr Kind zu übertragen.

Psychotherapie

Die Herstellung einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Patient und Therapeut ist eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit (Brisch, 1999; Orlinsky u. a., 1994). Dabei überträgt der Patient, dessen Bindungssystem angstvoll erregt ist, seine Bindungserwartungen auf den Therapeuten, von dem er sich erhofft, daß dieser für ihn eine sichere emotionale Basis sein möge, wie es die Mutter für das ängstlich verunsicherte Kind ist. Diese Voraussetzung gilt in besonderem Maße für traumatisierte Pa-

tienten, weil durch die traumatische Erfahrung das innere Arbeitsmodell von Bindung total erschüttert, fragmentiert, desorganisiert oder sogar zerstört ist. Dies bedeutet, daß der Patient in sich selbst kein verinnerlichtes Gefühl mehr von emotionaler Sicherheit hat, auf das er zur Selbstberuhigung und emotionalen Stabilisierung zurückgreifen könnte. Er ist wie ein Schiff in stürmischer See, das die Orientierung verloren hat und dessen Heimathafen nicht nur weit entfernt ist, vielmehr wurde dieser zerstört und ermöglicht keine Rückkehr mehr, um dort Sicherheit und Schutz vor den Wellen zu suchen. Das Ausmaß der Angst, die daraus resultiert, ist enorm groß und kann in der Regel von den Patienten selbst nicht mehr ausreichend verarbeitet werden. Panikanfälle, somatoforme Störungen etwa mit Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen, Kollapszuständen und Symptomen aus dem gesamten Spektrum der dissoziativen Störungen sind häufig die Folge, weil die vegetative Übererregung sehr groß ist (Brisch, 2002 b).

Für den Aufbau der sicheren therapeutischen Beziehung ist eine enorme Feinfühligkeit des Therapeuten notwendig, weil die Patienten sich mit allen Symptomen von bizarren Bindungsmustern bis zur psychopathologischen Ausprägung der Bindungsstörungen in die therapeutische Beziehung einbringen. Ist der Therapeut mit den Bindungsmustern und ihren Störungen sowie deren Ursachen vertraut, kann er entsprechend bindungsorientiert darauf eingehen. Er kann etwa auf traumatische Trennungs- und Verlustsergebnisse einen besonderen Schwerpunkt legen, weil diese so zerstörerisch auf die Bindungssicherheit eingewirkt haben. Die Anerkennung der pathogenen Wirkung eines Traumas ist für viele Patienten eine große Entlastung. Die Einordnung ihrer angstmachenden Symptome als normale Reaktionsfolge auf ein unnatürliches Ereignis (Trauma) entlastet sie von der Angst, verrückt zu sein oder zu werden. Die Bindungstheorie ermöglicht es dem Therapeuten, die zerstörerische Macht des Traumas auf die Bindungssicherheit auch dem Patienten verständlich zu machen. Weil die Angst des Patienten weder durch das innere Bindungsarbeitsmodell noch durch äußere sichernde Bindungsbeziehungen aufgefangen und gehalten wird, kommt es zur Symptombildung, die dem Patienten auf diese Weise erklärbar und nachvollziehbar gemacht werden kann. Sobald der Patient in der Übertragung eine sichere emotionale Bindung zum Therapeuten erlebt, verringert sich bereits seine Angst und damit auch die Intensität der Symptome. Er kann beginnen, seine traumatischen Erfahrungen zu explorieren und auch Erinnerungen zuzulassen, die zuvor

verdrängt und abgespalten waren. Für die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen kommen vielfältige therapeutische Techniken aus allen therapeutischen Schulen in Betracht. Die Methode des EMDR kann offensichtlich sowohl in der Behandlung des Monotraumas als auch für die Bearbeitung von komplexen chronischen Traumatisierungen sehr erfolgreich eingesetzt werden (siehe hierzu auch den Beitrag von Hofmann und Besser in diesem Band; Hofmann, 1999; Greenwald, 2001; Lamprecht, 2002). Ohne sichere therapeutische Beziehung und die Herstellung eines inneren emotional sicheren Ortes, zunächst in der aktiven Imagination, später in der psychischen Repräsentation des Patienten ist aber auch diese Methode nicht erfolgreich einsetzbar. Es käme nur zu einer Retraumatisierung des Patienten, weil dieser von traumatischen Affekten überschwemmt würde, ohne daß diese in der therapeutischen Beziehung noch in der psychischen Bindungsrepräsentation des Patienten ausgehalten und integriert werden könnten. Daher haben alle modernen traumatherapeutischen Methoden eine Stabilisierungsphase am Anfang der Behandlung, die der Herstellung einer sicheren therapeutischen Beziehung und eines »sicheren Ortes« in der Imagination des Patienten dienen. Diese Phase der Stabilisierung kann aber bei schweren Traumatisierungen viele Monate und länger dauern. An diesem Punkt treffen sich die Bindungstheorie und die Traumapsychotherapie, sowohl im psychopathologischen Verständnis als auch im Therapieansatz (Perkins und Rouanizon, 2002; Lovett, 2000).

Therapiebeispiel

Die Mutter war mit ihrer 1½-jährigen Tochter Lisa¹ wegen verschiedener Nahrungsmittelallergien und Verdauungsstörungen beim Kinderarzt in Behandlung. Als Lisa immer weniger aß und beginnende Zeichen einer Gedeihstörung aufwies, wurde sie schließlich wegen des Verdachts auf eine Eßstörung zur kinderpsychosomatischen Behandlung überwiesen. Inzwischen ernährte die Mutter ihr Kind fast ausschließlich mit einer speziellen Sojamilch aus ihrem Heimatland, weil dies das einzige Nahrungsmittel war, das es nach Angaben der Mutter wirklich problemlos vertrug.

Als ich Lisa mit ihrer Mutter zum ersten Mal sah, traf ich auf eine erschöpfte und verzweifelte Mutter mit einer kleinen quirligen, teilweise aber auch quengelligen Tochter mit »Pippi-Langstrumpf-Zöpfchen«. Ich konnte

¹ Name wurde vom Autor geändert

mir gut vorstellen, wie Lisa die Geduld ihrer Mutter auf die Probe stellte. So wechselte denn auch ihr Wunsch nach Flasche, Brezeln, Schnuller, Spielzeug innerhalb weniger Minuten ständig ab, aber nichts schien sie so richtig zufriedenzustellen. Die Mutter gab resigniert und genervt allen Wünschen nach und demonstrierte mir, wie unmöglich Lisa sei. Auf Nachfragen meinte sie, daß Lisas Eßproblem aber nicht das Schlimmste sei, viel mehr noch erschöpfe sie Lisas nächtliches Aufwachen. Sie schlafe kaum einmal eine Stunde ohne Unterbrechung und wache 8–10 mal in der Nacht weinend auf. Sie schlafe schlecht oder gar nicht wieder ein, schließlich turne sie im Bett der Eltern herum, so daß alle morgens wie gerädert aufwachen. Das Leben sei für die Familie mit der Geburt von Lisa zur Hölle geworden, so könne es nicht mehr weitergehen.

Vorgeschichte

Lisa ist das einzige Kind dieser jungen Eltern, aber die Mutter war schon früher einmal schwanger. Vor der Schwangerschaft mit Lisa hatte sie im 7. Monat eine Fehlgeburt. Das Kind sei behindert gewesen, und sie habe während der Schwangerschaft viele Behandlungsmaßnahmen über sich ergehen lassen, ohne ihr Kind retten zu können. Die Geburt war kompliziert und auch mit medizinischen Risiken für die Mutter selbst verbunden, die noch einige Tage danach intensivmedizinisch behandelt werden mußte. Während sie dies erzählte, hatte sie Tränen in den Augen, und es war offensichtlich, daß sie diese erste Schwangerschaft mit Totgeburt noch nicht abschließend betrauert hatte. Der Geburtshelfer habe sie dann mit den Worten getröstet, daß sie noch jung sei und noch viele Kinder bekommen könne, sie solle möglichst schnell wieder schwanger werden, das sei die beste Medizin gegen den Schmerz. Sie wurde auch prompt wieder schwanger, diesmal mit einer Zwillingsschwangerschaft. Mit dieser Schwangerschaft sei sie aber vollkommen überfordert gewesen, weil sie vor ihren Augen immer noch das tote behinderte Kind aus der ersten Schwangerschaft gesehen habe und sich emotional nicht auf die erneute Schwangerschaft einlassen konnte. Während sie so im emotionalen Zwiespalt war, stellte der Gynäkologe während einer Ultraschalluntersuchung in der 18. Schwangerschaftswoche fest, daß einer der beiden Zwillinge in der Gebärmutter abgestorben war. Das war mehr, als sie verkraften konnte. Ihre Trauer über die erste unglückliche Schwangerschaft und den erneuten Verlust eines Kindes waren so groß, daß sie sich kaum mehr emotional auf das überlebende Zwillingkind – das ist Lisa – einlassen konnte. Als Lisa schließlich geboren wurde,

war sie nach Schilderung der Mutter von Anfang an ein »schwieriger Säugling«, ein »Schreikind«, mit »Koliken«, »Eßverweigerung«, »Schlafstörungen«, einfach eine »Überforderung«.

Die Mutter kannte sich seit Lisas Geburt und nach den beiden Schwangerschaften mit sich selbst nicht mehr aus, weil sie verschiedene Symptome entwickelt hatte: während sie früher nie übermäßig ordentlich gewesen war, mußte sie nun ständig in der Wohnung aufräumen. Sie konnte sich nicht mehr ruhig hinsetzen und entspannen. Selbst wenn sie vollkommen erschöpft war, trieb sie eine innere Unruhe. Wenn sie nicht in der Wohnung umherrante und aufräumte, mußte sie – einem inneren Drang folgend – mit ihrer Tochter stundenlang »durch die frische Luft rennen«. Die Bewegung entlastete sie, wenn sie es in ihrer Wohnung mit Lisa nicht mehr aushielt. Sie konnte aber dieses Verhalten gar nicht abbrechen, es war wie ein innerer Zwang. Wenn sie diesem nicht nachgab, hatte sie Angst durchzudrehen. Wenn sie zu Untersuchungsterminen mit Lisa in die Klinik kommen mußte, war sie sehr aufgeregt, konnte selbst nichts essen, hatte schon vor dem Betreten der Klinik Herzrasen und Angst, Schweißausbruch und »weiche Knie«. Sie befürchtete, gleich umzufallen und ohnmächtig zu werden. Sie verstand dies nicht, denn ein Termin zur Ernährungsberatung für Lisa war nicht lebensbedrohlich. Inzwischen habe sie es, wenn sie ambulant mit ihrer Tochter in die Klinik kommen mußte. Manchmal sagte sie die Termine auch kurzfristig ab, weil ihr der Streß zu groß war. Wenn sie mit Lisa stundenlang durch die Natur lief, überkam sie manchmal eine grundlose Traurigkeit; sie mußte einfach losweinen. Aber die Unruhe konnte sie durch die Bewegung besser kontrollieren und hatte kein Herzrasen mehr und keinen Angstschweiß mehr im Nacken.

Bindungsgeschichte der Mutter

Lisas Mutter war die Älteste von drei Kindern. Sie hatte noch einen jüngeren Bruder sowie eine behinderte Schwester, die das Sorgenkind der Familie war. Zeitweilen hatte sie sich für die Versorgung dieser behinderten Schwester mitverantwortlich gefühlt und diese auch mitbetreut.

Sie hatte unter den mehrfachen Umzügen mit der ganzen Familie während ihrer Kindheit gelitten, weil sie dadurch immer wieder ihre Freundinnen verloren hatte. Schließlich hatte sie sich nirgends mehr richtig zu Hause gefühlt. Der jetzige Wohnort ihrer Eltern war noch am ehesten für sie »ein sicherer Ort«, wo sie die Eltern heute auch gern besuchte.

Bindungsdynamische Hypothesen

Die Mutter mußte vermutlich als ältestes von 3 Kindern für die behinderte Schwester sehr früh Mitverantwortung übernehmen. Es könnte sein, daß die Konfrontation mit der Behinderung der Schwester bereits eine traumatische Erfahrung für die gesamte Familie und auch Lisas Mutter war. Schwangerschaft und Geburt waren nicht nur mit der Angst vor einem behinderten Kind verbunden, sondern Lisas Mutter hatte bereits diese Erfahrung in ihrer Ursprungsfamilie real gemacht. Zahlreiche Umzüge mit Trennungserfahrungen waren eine Belastung, so daß sie sich in der Pubertät nicht in einer Gruppe von Freundinnen getragen fühlte. Schließlich löste sie sich relativ abrupt von ihrer Ursprungsfamilie durch eine von ihr gewollte Trennung, indem sie ganz allein mit 16 Jahren in eine europäische Großstadt zog.

In ihrer ersten Schwangerschaft mit Totgeburt wiederholte sich ihre Erfahrung mit ihrer behinderten Schwester, denn ihr erstes Kind starb wegen einer Behinderung. Es ist möglich, daß diese traumatische Erfahrung an alte unverarbeitete Gefühle aus der Beziehung zu ihrer Schwester rührte und diese wieder wachrief. Das Trauma ihrer Totgeburt konnte durch die rasch folgende zweite Schwangerschaft nicht ausreichend bearbeitet noch betrauert werden. Der Tod des Zwillings dürfte die Trauer und den Schmerz allerdings noch intensiviert haben, so daß sie im Zwiespalt zwischen Trauer, Schock und Angst sowie der Forderung, sich emotional auf den überlebenden Zwillings Lisa einzulassen, vermutlich hin- und hergerissen war.

Es ist nur zu verständlich, daß es ihr nach der Geburt von Lisa schwerfiel, sich emotional feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Säuglings einzustellen. Vielleicht war Lisa aufgrund der emotionalen Belastungen während der Schwangerschaft auch schon ein irritabler Säugling. Da Lisas Mutter noch ganz mit ihren unverarbeiteten Gefühlen beschäftigt war, fiel es ihr schwer, für Lisa emotional verfügbar zu sein und auf deren Signale angemessen zu reagieren, so daß es zu einer Vielzahl von interaktionellen Schwierigkeiten kam, die sich besonders in den Bereichen Essen und Schlafen zeigten. Der Bericht der Mutter, daß Lisa nur noch eine besondere Marke von Sojamilch vertrug, die aus ihrem Heimatland kam, könnte auch den symbolischen Inhalt haben, daß sich die Mutter selbst nach einer Sicherheit sehnte, die sie nur in ihrem Heimatland ansiedeln konnte und die sie jetzt unbewußt über die Sojamilch symbolisch repräsentiert sah.

Lisas Mutter entwickelte auf dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Symptomatik mit zwanghaftem Aufräumen, einer

motorische Unruhe und vegetativer Übererregung, wenn sie in die Klinik gehen mußte. Sie litt unter diesen Symptomen, ohne sie abstellen zu können. Der Versuch einer Vermeidung mit Terminabsagen war nur zeitweise möglich, weil sie wegen der Symptome ihrer Tochter zu Untersuchungen in die Klinik gehen mußte.

Zusammenfassend handelt es sich vermutlich um eine frühe Traumatisierung (behinderte Schwester) mit Re-Traumatisierung durch den Tod einer eigenen behinderten Tochter und Tod des Zwillings, bei unsicherer emotionaler Bindung auf dem Hintergrund vielfacher Umzüge und einer großen Sehnsucht nach Sicherheit, die sich symbolisch in der heilsamen Milch aus ihrem Heimatland ausdrückte.

Der Vater von Lisa war während der Schwangerschaft und der Geburt von Lisa eine große emotionale Stütze, hatte aber mit der Geburt von Lisa seine Stelle gewechselt und war jetzt weniger verfügbar, weil sein neuer Beruf ihn zeitlich sehr einspannte und er mehrfach in der Woche beruflich auch im Ausland unterwegs war. Es könnte sein, daß sich auf diese Weise auch die eigene Geschichte mit ihrem Vater zusätzlich wiederholte, der bedingt durch berufliche Wechsel während der Kindheit von Lisas Mutter wenig emotional reichbar war.

Therapie und Verlauf

Lisas Mutter war zunächst sehr im Zweifel, ob sie mit Lisa zur psychosomatischen Behandlung kommen sollte, weil sie von der organischen Ursache der Störung überzeugt war. Sie sagte auch mehrfach kurzfristig Termine ab oder hatte sie vergessen. Ich rief sie dann jeweils zurück, um erneut einen Termin auszumachen und gemeinsam mit ihr zu verstehen, warum es mit dem Termin nicht geklappt hatte. Schließlich drängte sie sehr auf die Beseitigung der Eß- und Schlafstörung ihres Kindes, weil dies für sie den größten Druck und die größte Belastung darstellte. Erst viel später, als sie sich emotional mehr in der Therapie verankert fühlte, konnte sie ausführlicher über ihre Schwangerschaften und ihre eigene Geschichte sprechen.

Obwohl das Essen eigentlich das ursprünglich wichtigste Symptom und der Anmeldegrund gewesen war, wollte sie schließlich zunächst die Schlafstörung behandelt wissen. Dabei war sie sehr skeptisch bis resigniert, daß irgend etwas ihrem Kind helfen könnte. Ich betonte, daß nicht irgend etwas, sondern nur sie selbst ihm helfen könnte, in den Schlaf zu finden. Das erstaunte sie, denn sie hatte bereits verschiedene Bücher gelesen und Metho-

den ausprobiert. Mehrfach hatte sie Lisa auch stundenlang schreien lassen; die längste Schreiphase am Abend dauerte 5 Stunden ununterbrochen bis in die frühen Morgenstunden. Sie selbst war über diese Methode des »Schreienlassens« sehr unglücklich. Ich erklärte ihr aus bindungstheoretischer Perspektive, daß die Trennung von der Mutter und das Allein-Einschlafen das Bindungssystem des Kindes aktiviere und daß es daher nur zu verständlich und evolutionsbiologisch ganz korrekt sei, wenn Lisa nach ihr als Mutter und Bindungsperson rufe, sobald sie das Kinderschlafzimmer verlassen habe. Wenn sie Lisa in dieser Situation alleinlasse und sie nicht tröste, gerate diese in einen großen Streß, weil aus Lisas Erleben die Mutter verschwunden sei und sie die Mutter verloren habe. Daher seien Weinen und Protest bis hin zum erregten zornigen Erbrechen eine nachvollziehbare Reaktion. Es komme nun aber darauf an, daß Lisa eine bindungsorientierte Neuerfahrung mache: Sie solle lernen, daß ihre Mutter komme, wenn sie diese rufe, und daß ihre Mutter sie nicht alleinlasse. So könne sie sich vergewissern, daß ihre Bindungsperson tatsächlich da sei und sie nicht verlassen habe. Wenn die Mutter anschließend auf das Rufen und beginnende Weinen hin wieder ins Schlafzimmer komme, bevor Lisa in Panik sei, sie beruhige, kurz tröste, etwa noch die Spieluhr aufziehe und dann sich auch wieder verabschiede und das Zimmer verlasse, mache Lisa zuverlässig folgende Erfahrung: Wenn ich mich von meiner Bindungsperson getrennt fühle und Angst habe, sie könnte mir abhanden gekommen sein, reicht es, wenn ich rufe. Ich kann mich darauf verlassen, daß sie wieder kommt und mich tröstet, so daß ich beruhigt einschlafen kann. Ich erklärte der Mutter, daß es sein könnte, daß Lisa am ersten Abend vielleicht 50–100 mal diese Versicherung brauche, nachdem sie schon öfters die Erfahrung gemacht hatte, daß die Mutter nicht kam und auch ihr stundenlanges Weinen keinen Erfolg gebracht hatte. Kinder lernen schnell; sie verallgemeinern auch die Erfahrung, daß Rufen nach der Bindungsperson und Trennungsprotest keinen Erfolg hatten und sie daher ein Rufen sofort aufgeben oder unterlassen können. Aber die emotionale Erfahrung ist eine total andere: In einem Fall lernt das Kind, daß es zwecklos ist, sich mit Weinen und Protest in einer angstmachenden Situation an die Hauptbindungsperson zu wenden, weil diese nicht kommt und nicht reagiert. Dies ist besonders tragisch, wenn die gleiche Person tagsüber feinfühlig auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes eingegangen war. Im anderen Vorgehen erfährt das Kind, daß das durch die Trennungssituation aktivierte Bindungssystem und die damit verbundene Angst wieder beruhigt werden können, weil die Bindungs-

person – in diesem Fall Lisas Mutter – auf das Weinen und Rufen des Kindes hin kommt und tröstet. Aber das Kind erfährt auch, daß die Mutter nach einer kurzen Tröstung sich erneut trennt und das Zimmer verläßt. Hat das Kind nun oft genug die Erfahrung gemacht, daß die Mutter kommt und auch wieder nach kurzem Trost geht und sich trennt, bekommt es zunehmend mehr Sicherheit, daß es in der nächtlichen Situation nicht allein ist und notfalls auf prompte Hilfe der Mutter vertrauen kann. Am ersten Abend wird es vielleicht noch 50mal rufen und die Mutter testen, an den folgenden Abenden wird die Häufigkeit der »Bindungsrufe« rasch abnehmen. Zur emotionalen Versicherung der Mutter telefonierte ich an den folgenden Tagen jeweils morgens mit ihr und ermutigte sie in ihrem feinfühlgem Umgang mit der Schlaf- und Trennungssituation. Nach wenigen Tagen brauchte Lisa die Mutter nur noch 2–3mal in ihr Kinderzimmer rufen, dann schlief sie allein ein. Auch nachts wurde sie manchmal wach, ohne aber immer zu rufen, sondern fand offensichtlich selbst wieder in den Schlaf. Während Lisa jetzt ohne größere Probleme einschlief und auch durchschlief, war Lisas Mutter ihrerseits sehr beunruhigt, lag in der Nacht wach im Bett und konnte keinen Schlaf finden. Ihre Ängste kreisten darum, daß Lisa an einem plötzlichen Kindstod sterben könnte. Sie kaufte daher zu ihrer Sicherheit einen Babyalarm, der Lisas Atmung überwachte. Wenn dieser nachts einen Signalton ertönen ließ, lag Lisas Mutter in Panik hellwach in ihrem Bett, konnte sich aber nicht bewegen. Sie war weder in der Lage aufzustehen und den Alarm zu überprüfen noch einen Satz zu sprechen und etwa ihren Mann zu wecken, damit dieser sich von Lisas Wohlbefinden überzeugen sollte; sie war wie gelähmt und sprachlos. Sie hatte eine panische Angst, daß sie Lisa verlieren könnte oder diese durch einen zu spät entdeckten Sauerstoffmangel behindert werden könnte. Meine Frage, woran sie dieser Zustand erinnere, eröffnete die Geschichte zu ihren vorausgegangenen Schwangerschaften, den toten Kindern, ihrer behinderten Schwester, den Umnügen, die sie als Kind erlebt hatte mit der Erfahrung, immer wieder in neuen Räumen allein einschlafen zu müssen.

Es wurde hier bereits deutlich, daß Lisas Mutter für sich eine psychotherapeutische Hilfe brauchen könnte, aber zunächst stand noch Lisas Eßproblem im Vordergrund. Auf meine Frage an die Mutter, wo sie sich in dieser belastenden Zeit am ehesten Unterstützung und emotionale Sicherheit erhoffte, meinte sie, daß dies bei ihren Eltern möglich sei. Wir sprachen daher über einen Urlaub in ihrem Heimatland, wo auch die spezielle, für Lisa so hervorragend verträgliche Sojamilch verfügbar war. Lisas Mutter gefiel der Ge-

danke an einen Urlaub bei ihren Eltern gut, sie war aber sehr skeptisch, ob sie Lisa dort wegen der notwendigen Diät ständig im Auge haben könnte, denn sie stellte sich vor, daß Lisa alle möglichen Dinge von ihren Eltern zum Essen angeboten bekäme, was sie nicht verhindern könnte. Ich holte daher – nach eingehender Information über meine psychodynamischen Überlegungen – beim Kinderarzt das Einverständnis ein, daß Lisa bei den Großeltern essen dürfe, was sie wollte. Lisas Mutter sollte lediglich bei den bekannten Reaktionen von Unverträglichkeit mit Blähungen, Durchfällen und Erbrechen wieder auf die Diät zurückgreifen. In der Ferienzeit aß Lisa im Kreis der Großfamilie fast alles, was sie erwischen konnte, nahm 500 Gramm an Gewicht zu und zeigte keinen größeren allergischen Reaktionen. Die Mutter genoß die Zeit, auch weil sie in der Pflege und Betreuung von Lisa teilweise entlastet war. Nachdem sich auf diese Weise auch Lisas Eßproblem durch die emotionale Versicherung und pflegerische Entlastung der Mutter entspannt hatte, konnte ich mit der Mutter über ihre eigenen unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen sprechen und sie – nach einigem Zögern – für eine psychotherapeutische Behandlung gewinnen. Während sie anfangs immer mit ihrem Kind gekommen war, nahm sie die weitere Behandlung für sich allein wahr und konnte ihren Mann dafür engagieren, sich für die Zeit ihrer Behandlung freizunehmen und Lisa verläßlich zu betreuen.

Dieses Beispiel zeigt, wie eigene mütterliche Erfahrungen aus der Kindheit, traumatische Verlusterfahrungen aus Vorschwangerschaften sowie aktuelle Interaktionsprobleme mit dem eigenen Kind zu einer insgesamt traumatischen Geschichte mit Wiederholungen und extremer Streßbelastung führen können, die sowohl beim Kind als auch bei der Mutter selbst – mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung – zu einem erheblichen Leidensdruck geführt hatten.

Das Verstehen des Traumas als Ursache für die Bindungsunsicherheit beim Kind wie bei der Mutter hatten, einen bindungsorientierten therapeutischen Zugang zur Behandlung der kindlichen und mütterlichen Symptomatik zu finden.

Ausblick

Der Stand der Forschung sowohl im tierexperimentellen als auch im klinischen Bereich belegt, wie bedeutungsvoll im Sinne eines Schutzfaktors die frühe sichere Bindung an eine Bezugsperson für eine gesunde emotionale

Entwicklung des Kindes ist. Traumatische Erfahrungen führen zu einer tiefen Verunsicherung, Erschütterung oder sogar Zerstörung der inneren Bindungsrepräsentation mit den Auswirkungen von Desorganisation auf die psychische Struktur und Symptombildungen. Diese können in der Beziehung mit Kindern erneut zu interaktionellen Störungen und somit zu einer transgenerationalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen führen, auch wenn die nachfolgende Generation selbst keinen derartigen Traumata mehr ausgesetzt war. Stützende Beziehungen können bei der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen hilfreich sein, weil sie die emotionale Sicherheit für die Betroffenen wieder herstellen. Sind aber die traumatischen Erfahrungen durch die nahestehenden Bindungspersonen selbst hervorgerufen worden – etwa durch Mißhandlung und sexuelle Gewaltverletzung –, ist diese Möglichkeit der Unterstützung durch Bindungspersonen nicht mehr gegeben, und es kommt zu schwerwiegenden Auswirkungen auf die psychische Entwicklung. Bindungsstörungen sind die Folge, die sich auf alle weiteren Beziehungsgestaltungen negativ auswirken können.

Durch eine bindungsorientierte Psychotherapie besteht die Möglichkeit, traumatische Erfahrungen in ihren negativen Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung zum Fokus der Behandlung zu machen. Auf dem Boden einer sicheren emotionalen therapeutischen Bindungsbeziehung können – mit verschiedenen Methoden – Traumata verarbeitet und damit Möglichkeiten für eine gesündere psychische Entwicklung eröffnet werden.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: Geist und Psyche*. München (Kindler), S. 98–107.
- Ainsworth, M. D. S. und B. Witing (1969): Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss, B. M. (Hrsg.) *Determinants of Infant Behavior*. New York (Basic Books), S. 113–136.
- Beebe, B., J. Jaffe, F. Lachmann, S. Feldstein, C. Crown und M. Jasnou (2002): Koordination von Sprachrhythmus und Bindung – Systemtheoretische Modelle. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 47–85.
- Beutel, M. (1995): Verarbeitung von Spontanabort und Totgeburt in der Partnerschaft. *Psychotherapeut*, 40, 291–297.
- Beutel, M., S. Arenz und H. Weiner (1997): Verarbeitung des plötzlichen Kindstods in Partnerschaft, Familie und Selbsthilfegruppe. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 626–632.
- Beutel, M., R. Deckardt, K. Schaudig, S. Franke und R. Zauner (1992): Trauer, Depressivität

und Angst nach einem Spontanabort – Eine Studie über systematische Erfassung und Einflußfaktoren. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42, 158–166.

Beutel, M., H. Will, K. Völkl, M. v. Rad und H. Weiner (1994): Erfassung von Trauer am Beispiel des Verlustes einer Schwangerschaft: Entwicklung und erste Ergebnisse zur Validität der Münchner Trauerskala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 295–302.

- Bretherton, I. (2002): Konstrukt des inneren Arbeitsmodells – Bindungsbeziehungen und Bindungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 13–46.
- Bretherton, I. und K. A. Munholland (1999): Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In: Cassidy, J. und P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of Attachment – Theory, Research and Clinical Applications*. New York, London (Guilford Press), S. 89–114.
- Brisch, K. H. (1993): Psychische Reaktionen von Müttern nach einer Frühgeburt. Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung. 7. Forschungssymposium in Kinder- und Jugendpsychiatrie, 8.–12. März (IWH), Heidelberg, 9. März 1993.
- Brisch, K. H. (1999): *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie*. 4. Auflage 2001. Stuttgart (Klett-Cotta). Englische Ausgabe (2002): *Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy*. New York/London (Guilford Press).
- Brisch, K. H. (2002a): Attachment disorders and trauma. European Conference of Psychotherapy with EMDR-EMDREA, Frankfurt/M., 30. Mai 2002.
- Brisch, K. H. (2002b): Bindungsorientierte psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.) *Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung*. 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 33.
- Brisch, K. H. (2002c): Neonatal risks, neurological outcome and attachment quality in very low birthweight preterms. 8th World Conference of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH). The baby birth to three: Prevention, parents, poverty and policy, Amsterdam, 17. Juli 2002.
- Brisch, K. H., D. Bechinger, S. Betzler und H. Heinemann (im Druck-a): Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: *Attachment and neurological development*.
- Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.) (2002a): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Brisch, K. H., D. Munz, K. Benninger-Mayer, R. Terinde, R. Kreienberg und H. Kächele (2002b): Ultrasound scanning for diagnosis of fetal abnormality and maternal anxieties in a longitudinal perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 223–235.