

„Die Bedeutung der Eltern-Kind-Bindung aus entwicklungspsychologischer Sicht“

OA Joachim Perlberg
Salus-Tagesklinik für KJPP
Puschkinstr. 7, 06886 Luth. Wittenberg
www.salus-lsa.de



**Kinder müssen mit Erwachsenen
sehr viel Nachsicht haben.**

Antoine de Saint-Exupéry

0. Fallvorstellung

- MELANIE, 12 Jahre
- Erstvorstellung in Institutsambulanz mit Kindesmutter und Heimerzieherin
- Familie: „broken home“, Km traumatisiert
- M. bei der Großmutter schwer misshandelt
- im Heim erhebliche dissoziale Symptomatik
- massive Schulstörung
- aggressives und autoaggressives Verhalten, Sehnsucht nach der überforderten Mutter

Ablauf

- 1. Vorstellung und Einführung BINDUNG
- 2. Grundlagen der Bindungstheorie
- 3. Diagnostik und Herangehen
- 4. Bindungstypen, Bindungsstörungen & Co.
- 5. Klinische bzw. alltägliche Auswirkungen
- 6. Therapeutische Optionen – „Wittenberger Thesen“
- 7. Take Home Message

... der deutsche Bindungs-Papst spricht:

„Mit einer sicheren Bindung werden die Eltern große Freude an ihrem Kind haben, weil sicher gebundene Kinder eine bessere Sprachentwicklung haben, flexibler und ausdauernder Aufgaben lösen, sich in die Gefühlswelt von anderen Kindern besser hineinversetzen können, mehr Freundschaften schließen und in ihren Beziehungen voraussichtlich glücklichere Menschen sein werden.“

Karl Heinz Brisch

1. Tagesklinik Wittenberg

- Salus-Tagesklinik für KJPP seit 2003 am Netz – „Fuhrmann'sche Villa“ in Wittenberg
- zunächst 12, jetzt 18 Plätze
- Kinder und Jugendliche von 4 bis 18 Jahren, bei Bedarf auch bis 21 Jahre
- drei Behandlungsgruppen – nach Alter/Entw.
- fast alle Störungsbilder des Fachgebiets
- Kontra: manifeste Sucht, Delinquenz, Weglaufen, akute Psychose, akute Suizidalität

1.

- „schulenübergreifende“ Psychotherapie (Verhaltensth., Tiefenpsych., systemische Therapie je nach Störungsbild und Bedarf)
- Schwerpunkt auf **Psychotherapie**, dazu psychiatrische Interventionen, Psychopharmaka, Sozialpädagogik, Kooperationsverbund
- Einzel- und Gruppenangebote gleich wichtig!
- **Die Psychodynamik der individuellen Störung prägt den Therapieverlauf**

1.

- Dauer im Durchschnitt 56 Behandlungstage
- anfangs eingehende Diagnostik, dann fließender Übergang in Therapiephase
- parallel Beschulung im Haus, vor Entlassung meist Außenschulversuch
- **Schwerpunkte:**
 - intensive Familientherapie
 - Kooperationsverbund/Gemeindepsychiatrie
 - Konfliktzentrierung



1. Bindung - Einführung

- **BINDUNG: RÜCKGRAT JEDER BEZIEHUNG**
- John Bowlby erkannte mit seiner Theorie die frühkindliche Bindung als für die weitere Entwicklung wesentlich an (1944-1969).
- Mary Ainsworth erforschte u.a. mit dem Mini-drama „Fremde Situation“ die theoretischen Grundlagen zum Bindungs- und Trennungsverhalten von 12 – 14 Monate alten Kindern.

1.

- Mary Main gab wichtige Impulse zum „desorganisierten Bindungsverhalten“ und zur elterlichen Feinfühligkeit.
- Im deutschsprachigen Raum haben sich u.a. das Regensburger Forscherehepaar Grossmann, der Frankfurter Soziologe Martin Dornes („Der kompetente Säugling“) und der Münchner Kinderpsychiater und -analytiker Karl Heinz Brisch um die Bindung verdient gemacht.

1.

- Eine neuere Erkenntnis ist die Beschreibung der **Bindungsentwicklung als *Kompetenzentwicklung*** für das jeweils typische Alter (nicht ausschließlich bis zum 2. oder 3. Lebensjahr) und der Einfluss von Schutz- und Risikofaktoren (K. H. Brisch).
- Dennoch muss mit Donald Winnicott gesagt werden, dass in der frühen kindlichen Entwicklung bis zum fünften Lebensjahr mit einer ***verlässlich verfügbaren und Halt gebenden Beziehung*** zu einer **primären Bindungsperson** eine entscheidende Bedingung für das spätere Bindungsverhalten des Kindes bzw. Erwachsenen liegt.

2. Bindung - Grundlagen

- Bindung = enge und überdauernde emotionale Beziehung von Kindern zu ihren Eltern (und anderen Bezugspersonen)
- Bindung = Grundbedürfnis des sozialen Wesens
- **angeborenes** Bindungssystem in jedem Menschen
 - wird bei Unwohlsein aktiviert
 - hat eine überlebenssichernde Funktion
 - Suche nach psychischer und physischer Nähe und Schutz bei primärer Bezugsperson

2.

- Bowlby: „Das Bindungssystem ist ein primäres, genetisch verankertes motivationales System, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling in gewisser biologischer Präformiertheit nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat.“

2.

Bindungsverhaltensweisen (entwicklungsabhängig):

- Rufen
- Weinen
- Anklammern
- Nachlaufen
- Schreien
- Protest in Trennungssituationen
- ⇒ **Ziel: schützende Nähe zu vertrauten Personen**

2.

Bezugsperson soll:

- Signale wahrnehmen und richtig deuten
- angemessen und möglichst zeitnah befriedigen
- Regulationshilfe und Quelle emotionaler Sicherheit darstellen (Ermutigung des Kindes zur Selbstständigkeit!)
- dafür ist Feinfühligkeit notwendig – ständige Regulation und „Nachjustierung“

2.

- Bindungs- und Explorationssystem des Kindes sind gegenläufig („Wippe“)
- Kind bildet zunächst „innere Arbeitsmodelle“ von der Bindung zu wichtigster Bezugsperson
- später entwickelt sich eine individuelle Bindungsrepräsentanz/Bindungsstil

2. Balance zwischen....

Bindung

Bindungsbedürfnis wird aktiviert, wenn das Kind

- ängstlich
- misstrauisch
- unsicher
- krank
- müde
- hungrig
- einsam

ist.

und

Exploration

Explorationsbedürfnis wird aktiviert, wenn im Kind

- ein Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden herrscht.
- Das Kind ist dann neugierig und unternehmungslustig.

2.

- Bindung ist so wichtig wie Luft zum Atmen und Ernährung
- Durch Angst wird das Bindungssystem aktiviert, durch körperliche und emotionale Nähe der Bindungsperson wieder beruhigt
- Bindungssystem reagiert auf Angst wie ein Rauchmelder auf Rauch
- Bindungsperson ist der sichere emotionale „Hafen“ für den Säugling (nach Brisch)

3. Diagnostik und Herangehen

- „strange situation“ – bahnbrechende Experimente zur Bindungssicherheit von Säuglingen und Kleinkindern (M. Ainsworth)
- vgl. Video: <https://youtu.be/QTsewNrHUU>
u.a.

In der „fremden“ Situation lassen sich typische Bindungsstile des Säuglings/Kleinkinds beobachten und Rückschlüsse auf sichere oder unsichere Bindungsmuster ziehen

3.

- „still face“ Experiment (Edward Tronick):
- Mutter ist nach einer Phase der freundlichen, liebevollen Interaktion mit ihrem Kind angehalten, unvermittelt ein starres, unbewegliches Gesicht zu zeigen und jede mimische bzw. gestische Interaktion einzustellen
- Reaktion des Babies verdeutlicht das Ausmaß seiner psychischen Verunsicherung
- vgl. Video: <https://youtu.be/apzXGEbZht0>

3.

- Neben der halbstandardisierten Beobachtung der Interaktion von Bindungsperson und Kleinkind existieren weitere diagnostische Verfahren:
- Vorschul- und jüngere Schulkinder:
 - ❖ *„Attachment Story Completion Task“ (ASCT)*
– Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Kindergartenalter durch Geschichtenergänzungen
 - ❖ 8.-13. LJ: *„Child Attachment Interview“ (CAI)*

3.

- ❖ Erwachsene: *Adult Attachment Interview (AAI)* von Mary Main
- Bedeutsam sind auch Beobachtungen bzw. Untersuchungen zur Bindungseinstellung Erwachsener gegenüber Ihren Kindern
→ Aussagen über ihr Beziehungs- und Erziehungsverhalten

4. Bindungsstile und -störungen

- Bindungsstile nach Mary Ainsworth:

- a) sichere Bindung

- b) unsicher-vermeidende Bindung

- c) unsicher-ängstliche (ambivalente) Bindung

- d) desorganisierte/desorientierte Bindung

- Hochrisikogruppen: vernachlässigte, psychisch kranke und stark traumatisierte Kinder

4. Bindungstypen (Mary Ainsworth)

Sichere BQ	Unsicher- vermeidende BQ	Unsicher- ambivalente BQ	Desorganisation
Ausdrücken der Bedürfnisse und Gefühle; Bindungsperson als Sicherheitsbasis; Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten	Schutzbedürfnis verbergen; Vermeidung von Nähe, da oft Zurückweisung durch Bezugspersonen erfolgt → Pseudo-Autonomie	hoch aktiviertes Bindungssystem; zeigen Bedürfnis und Ärger überdeutlich, da Bezugspersonen als unstet und ambivalent erlebt wurden	Keine klare Bindungsstrategie; Desorganisation in Verhalten und Motorik, stereotype Bewegungen, widersprüchliches Verhalten, Impulsivität

4.

- Bindungsstörungen (psychopathologisch) nach Klaus Minde:
- a) Kinder ohne Bindungen
- b) Kinder mit akuten Störungen in ihrem Bindungsverhalten
- c) Kinder, die dem Verlust einer wichtigen Bezugsperson nachtrauern

4.

- bei Brisch: Ordnung der Bindungsstörungen nach der altersbezogenen Hauptsymptomatik
- frühe seelische Traumata führen oft zu Bindungsproblemen oder –störungen, die nicht unbedingt sichtbare Symptome produzieren
- deshalb ist es sinnvoll, bei gravierenden Bindungsstörungen diese in der ICD 10 zu klassifizieren:

Bindungsstörungen nach ICD-10

- F94.1 reaktive Bindungsstörung

Symptome:

- Tritt bei Kleinkindern und jungen Kindern auf
- Furchtsamkeit, Übervorsichtigkeit gegenüber Menschen
- Wenig soziale Kontakte mit Gleichaltrigen
- Autoaggressionen
- Unglücklichsein

Ursache:

vermutlich direkte Folge von...

- Elterlicher Vernachlässigung
- Missbrauch
- Schwerer Misshandlung

Bindungsstörungen nach ICD-10

- F94.2 reaktive Bindungsstörung mit Enthemmung

Symptome:

- Tritt während der ersten 5 Lebensjahre auf
- Nichtselektives, diffuses Bindungsverhalten
- wahllos freundlich, aber auch grenzüberschreitend
- Emotional bedingte Verhaltensstörung, wenig ausgestaltete Interaktion mit Gleichaltrigen

Ursache:

- Aufwachsen in Institutionen
- Wenig Gelegenheit zur selektiven Bindung
- Extrem häufiger Wechsel von Bezugspersonen

4.

- Fritz Riemann („Grundformen der Angst“) und Karl König („Kleine psychoanalytische Charakterkunde“) haben sich mit der Entstehung des individuellen Charakters beschäftigt, der stark mit Bindungserfahrungen zusammen hängt und unser Alltagsverhalten prägt.
- Bindungserfahrungen beeinflussen demnach wesentlich die gesunde wie die krankhaft veränderte Psyche und deren Behandlung.

4.

- Gerd Rudolf hat eine „Strukturbezogene Psychotherapie“ beschrieben, bei der für die Behandlung von psychischen Krankheiten besonders die strukturellen Störungen der Persönlichkeit heran gezogen werden.
- **FAZIT:** „Gesunde“ wie „kranke“ Persönlichkeitsanteile unserer Patienten lassen sich gut verstehen und für die psychiatrische Behandlung nutzbar machen.

4.

- Bei Deprivation und früher Traumatisierung des Kindes lässt sich über die Analyse des Bindungsverhaltens und Rückschlüsse auf die Struktur ein besseres Herangehen an seine Seele erreichen als durch reine Beobachtung des sichtbaren Verhaltens und Testdiagnostik.
- Klinische Bindungstests und Bindungsinterviews sind dafür nicht zwingend erforderlich, aber unsere geschulte Wahrnehmung!

5. Klinisch-alltägliche Auswirkung

- in unserer Tagesklinik versuchen wir, die jeweilige Identität des Kindes/Jugendlichen mit seiner Struktur zunächst aufzugreifen, bevor wir sie behutsam zu beeinflussen versuchen
- Tagesklinik als „INSEL“ mit größtmöglichem Eingehen auf die Erfahrungen des Patienten – erst im Verlauf der Therapie allmähliche Wiederannäherung an die „Außenwelt“
- **ZIEL**: kein Umformen, sondern Annähern

5.

- **Methode:** „bindungsorientierte Psychotherapie“ in Anlehnung an Karl Heinz Brisch
- Ähnlichkeiten erkennbar mit der „psychoanalytisch-interaktionellen Methode“ von Annelise Heigl-Evers und Jürgen Ott
- *Therapeuten lassen sich stark als Person in den therapeutischen Prozess einbeziehen,* was die Angst und Abwehr des Kindes reduziert und ein wesentlich besseres Arbeitsbündnis möglich macht

5.

- um es deprivierten und traumatisierten Kindern zu erleichtern, das Beziehungsangebot anzunehmen, gehen wir oft „proaktiv“ vor (nicht auf Aktivität des Kindes warten)
- Kinder sind nicht primär motiviert für Therapie
- „Beziehung stiften“ statt „Behandlungsauftrag annehmen“! – neue Bindungserfahrungen
- „korrigierende emotionale Erfahrung“ (Franz Alexander) in Abgrenzung zur Abstinenz nach Sigmund Freud; Übertragung gestalten!

5.

Brisch:

- **Bindung kommt vor Bildung!**
- Sichere Bindung ist die Voraussetzung für neugierige Exploration, Lernen, Bildung...
- Korreliert mit Ergebnissen der Neurobiologie
- Die sichere Bindung an ErzieherInnen und LehrerInnen fördert wesentlich das Explorationsverhalten der Kinder, indem sie Angst reduziert und Bindungssystem beruhigt

5.


- „Aggressionen gegenüber Dingen und Personen sind immer Ausdruck von Angst.“ (Brisch)
- Angst aktiviert das Bindungssystem und mindert das Explorations- und Lernverhalten
- Schutz und Unterstützung des aggressiven Kindes notwendig!
- sichere, verlässliche, emotionale Basis anbieten!

Gerade aggressive Kinder benötigen besonders intensive und feinfühlig-ausdauernde Bindungsangebote!!!

6. „Wittenberger Thesen“

- Jede psychische Störung, auch jedes Symptom im Sozialverhalten ist Ausdruck eines ganz bestimmten inneren Konflikts und hat seinen „SINN“
- Die besten Lösungen solcher Probleme bestehen im angemessenen Aufgreifen des mutmaßlichen Hintergrunds, wobei dem Kind die alleinige Verantwortung abgenommen wird, ohne die Eltern zu überfordern

6. Wittenberger Thesen

- Im Umgang mit unruhigen und aggressiven Kindern hilft die Rückbesinnung darauf, dass es sich oft um traumatisierte Menschen handelt, die nach ihrem Selbstwert suchen
- Medikamentöse Behandlung allein hilft nur auf der äußeren Symptomebene!!! 

komplexes Verstehen und multimodales Vorgehen notwendig

6. Wittenberger Thesen

- → starke und selbstsichere Persönlichkeit beim Erwachsenen kann auch Angriffe des Kindes parieren, ohne mit Gegenaggression zu reagieren!
- Eltern im 21. Jahrhundert:
„Die abgetauchte Generation“
- Durch gesellschaftliche Verunsicherung entstehen Defizite im Erziehungsverhalten

6. Wittenberger Thesen

→ Wir müssen der Wut und Enttäuschung dieser Kinder ins Auge sehen, damit sie nicht mehr übersehen werden!

- CAVE: Unsere Grenzen dürfen zwar diskutiert, aber nicht zerstört werden!
- Alle Kinder brauchen Liebe und Grenzen (= Inhalt und Rahmen) – aber nicht alle Kinder dieselben Grenzen!

6. Wittenberger Thesen

- Verwöhnung verhindert Einführung des Realitätsprinzips anstelle des Lustprinzips, übergroße Strenge führt zu Angst und aggressiver Abwehr
- → ständiges Ausbalancieren erforderlich, Kontrolle der eigenen Reaktionen auf das Kind

6. Wittenberger Thesen

- Für alle Kinder gelten Regeln, aber nicht alle Regeln gelten für alle Kinder
- Nicht alle MitarbeiterInnen müssen sich gleich verhalten, aber alle sollen Bescheid wissen

(J. Perlberg in Anlehnung an Ronald HOFMANN)

→ Weniger ERZIEHUNG, mehr BEZIEHUNG!!!

6. Therapeutische Optionen

- In der Wittenberger Tagesklinik spielen die Vorstellungen von Donald Winnicott und Yecheskiel Cohen zur Bindungsdynamik deprivierter und traumatisierter Kinder implizit eine tragende Rolle
- Über möglichst intensive Familienarbeit versuchen wir, die Angehörigen und Bezugspersonen in Bindung zu bringen
- Enge Kooperation und Vernetzung sind Grundpfeiler - evident für die Region!

6. Fallvorstellung (Fortsetzung)

- MELANIE, jetzt 14 Jahre
- erste Aufnahme in Tagesklinik scheitert an der „falschen“ Bezugstherapeutin (zu ihr besteht keine Bindungssicherheit!, fühlt sich verraten)
- bei zweitem Versuch der tagesklinischen Aufnahme gute therapeutische Arbeit mit intensiver Bindungserfahrung an den ihr bekannten Therapeuten
- Therapeut bleibt bis kurz vor Entlassung „gutes Objekt“ – eine Woche vor der Entlassung dann negative Übertragung und Abwendung der Patientin
- Gesamtentwicklung ist letztlich erfolgreich

7. Take Home Message

- Bindungen prägen das gesamte Leben eines Menschen
- entscheiden über Struktur und Charakter; beeinflussen Befinden, Verhalten, soziale Integration, Leistungsfähigkeit, Regulationsvermögen, Partnerschaft, Kindererziehung...
- Bei Störungen der frühkindlichen Bindung sind *korrigierende Erfahrungen durch wichtige zusätzliche Bezugspersonen möglich und nötig*

7.

- Bindungsstörungen lassen sich nicht vollständig „heilen“, aber auf ein höheres „Funktionsniveau“ bringen
- Für professionelle MitarbeiterInnen von sozialen Einrichtungen gilt, sich besonders der bindungsgestörten und traumatisierten Kinder anzunehmen
- Stabil, vorhersehbar und verlässlich zur Verfügung stehen!
- Eigene Person aktiv in Beziehung einbringen!



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!

Noch Fragen, bitte?