

„Hältst du mich?“ - Bindungsstörungen und deren Behandlung Dr. Gudrun Gauda

Vortrag für die europäische Tagung Figurenspieltherapie/ CH - Winterthur 15. – 17. März 2013

Bindungsstörungen – Geschichte des Konzeptes

Das Thema Bindungsstörungen ist in der Therapieliteratur der letzten ca. 10 Jahre geboomt wie selten ein Thema. Hier berühren sich auf eine ganz neue Weise die empirische Entwicklungspsychologie, die Psychotherapie und neuerdings auch die Neurobiologie. Ich möchte gleich vorab betonen, dass die Bindungstheorie keine neue Therapieform anbietet!! Was wir aber mit ihr bekommen haben sind Deutungsmuster, mit denen ein besseres Verständnis für Eltern-Kind-Paare im beratenden und therapeutischen Kontext erzielt werden kann. (Hédervári-Heller, 2012)

Keine Psychotherapie kommt ohne Annahmen oder eine Theorie über die Entwicklung des Menschen aus. Daher ist es umso erstaunlicher, dass die tiefenpsychologischen Therapien und die empirische Entwicklungspsychologie bis ca. 1980 kaum Berührungspunkte hatten und auch nicht voneinander gelernt haben. Das ist um, so verblüffender, wenn man bedenkt, dass von 1923 bis 1938 in Wien mit den Ehepaar Karl und Charlotte Bühler und Hildegard Hetzer eine erste Blütezeit der entwicklungspsychologischen Forschung parallel zu der sich ausbreitenden Lehre Siegmund Freuds bestand. Aber Freud interessierte sich nur theoretisch für Entwicklung und hat nie (genauso wenig wie C. G. Jung) direkt mit einem Kind gearbeitet und rekonstruierte sein Entwicklungsmodell der oralen, analen und genitalen Phasen aus den Erzählungen seiner Probanden, seinen eigenen Erinnerungen und dem klinischen Fallmaterial, das ihm zur Verfügung stand.

Erst Melanie Klein und später Anna Freud arbeiteten mit „wirklichen“ Kindern, wandten aber bereits das bestehende Entwicklungsmodell an und konnten so nur noch das sehen, was das Modell vorgab.

Erst in den 60er und 70er Jahren begann eine deutliche Veränderung mit den Beobachtungen insbesondere Donald Winnicotts (dt. 1960), John Bowlbys (dt. 1975) und Margaret Mahlers (1975). Damit hier ein anderer Blickwinkel und eine fruchtbare Zusammenarbeit möglich wurde, musste erst ein **Paradigmenwechsel** stattfinden: während man bis dahin das Kind (und vor allem den vorsprachlichen Säugling) als eine Art unvollendeten Erwachsenen betrachtete – man also ein defizitäres Bild vom Kind hatte – begann man nun zu verstehen, dass ein Kind ganz eigene und andere Ausdrucksmöglichkeiten und Fähigkeiten hat, die dem Erwachsenen verloren gegangen sind. Man begann also das Kind ERNST zu nehmen in seinem Sein und seinen Lebensäußerungen.

Damit einher ging eine neue Art der Forschung: anstatt mit einem vorgefassten Modell an das Kind heranzugehen, beobachtete man es genau, so wie ein Verhaltensforscher eine fremde Kultur beobachtet, registrierte, listete auf und zog erst dann Schlüsse und stellte Zusammenhänge her. Zusammen mit verbesserten technischen Möglichkeiten und der wachsenden Intelligenz der Forschungsdesigns explodierte das Wissen über Entwicklungsprozesse und ihre Bedeutung im Hinblick auf die Ich-Entwicklung des Menschen in den letzten Jahren geradezu. Insbesondere im Hinblick auf die Bindungsprozesse die es dem Kind erst ermöglichen sich vertrauensvoll der Welt zuzuwenden wuchsen die Erkenntnisse und konnten dann auch von der Psychotherapie

rezipiert werden. 1993 stellte Hilarion Petzold den ersten Sammelband über „Psychotherapie und Babyforschung“ zusammen und inzwischen kann man die Literatur dazu fast schon nicht mehr übersehen.

Unterstützt werden die dort gewonnenen Erkenntnisse in den letzten Jahren durch die Neurobiologie, die aus einer ganz anderen Richtung die Beobachtungen und daraus gewonnenen Überlegungen bestätigt.

Sah man also noch zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts das Baby als „hirnrindenloses Reflexwesen“, so sieht man heute den „kompetenten Säugling“, der das Verhalten der Erwachsenen über soziobiologische Prozesse weit mehr steuert, als der Erwachsene das Kind zu steuern vermag.

Die für eine Beziehungs- und Ich-Entwicklung bedeutsamen Parameter finden wir in den ganz normalen Lebensäußerungen des Kindes, die wir nur in ihrer Bedeutung verstehen müssen.

Wie also entsteht Bindung?

Das Baby ist mit einem biologisch verankerten Bindungsverhalten ausgestattet das mit dem Pflegeverhalten der Erwachsenen in ständiger Wechselbeziehung steht. Bindung ist zunächst einmal ein nicht sichtbares emotionales Band zwischen dem Säugling und seiner bevorzugten Betreuungsperson. Eltern **und** Kind sind für die Entstehung dieses Bandes mit ganz besonderen biologischen Merkmalen und Verhaltensweisen ausgestattet, die uns dies erleichtern.

Ein Bindungssystem beim Kind sorgt dafür, dass die Mutter gebunden wird. (Im Engl. sprachlich als **Bonding** unterschieden.) dazu gehören im Wesentlichen:

- Kindchenschema
- Lächeln
- Weinen
- Saugen
- Blickkontakt
- Arme ausstrecken
- Anklammern und später auch
- Nachfolgen.

Wenn wir als Erwachsene oder als Kinder, Männer wie Frauen auf der ganzen Welt auf ein Baby treffen, reagieren wir alle gleich Wir machen das, was die Verhaltensforscher das Grußgesicht nennen, d.h. wir reißen die Augen auf, ziehen die Augenbrauen nach oben, schauen dem Kind in die Augen, strecken den Kopf nach vorne und rufen in hoher Tonlage, die Stimme am Ende des Satzes nach oben nehmend in etwa: „Ja so was!! Wer bist denn du? Du bist aber ein hübsches Kind!!“

Die Bindung des Kindes an die Mutter (engl. **Attachment**) wird aufgebaut und aufrechterhalten durch das so genannte intuitive Elternverhalten wie

- Babytalk
- Körperkontakt (Wärme, Nähe, Regulierung der emotionalen Zustände des Kindes durch Veränderung der Haltung usw.)
- Blickkontakt.

Das Bindungsverhalten des Kindes dient dazu, dass die Aufmerksamkeit der Eltern ganz auf das Kind gelenkt wird und sie IHR Verhalten ganz den Bedürfnissen des Kindes anpassen. Dazu müssen sie als sichere Basis zur Verfügung stehen und auf die Signale des Kindes feinfühlig reagieren. Und zwar:

- prompt (teilweise sogar vorausschauend aber in der frühen Zeit mindestens im 30 Sekunden-Abstand, später in einem entwicklungsfördernden Zeitfenster, das weder zu großer Frustration noch zu altersunangemessener Verwöhnung führt)
- zuverlässig (=immer) und
- adäquat (=angemessen) und Wärme, Nähe/ Distanz, Nahrung, Unterhaltung/ Ruhe je nach Bedarf anbieten.

Das setzt voraus, dass sie die Signale des Kindes erkennen und richtig interpretieren. Wird das Kind älter rückt das Interesse des Kindes an der Umwelt oder einem Spiel in den Mittelpunkt, das die Eltern jedoch gleichermaßen einfühlsam begleiten sollten.

Wenn das gelingt, führt es dazu, dass das Kind diese Person als zuverlässig, sicher, ermutigend und selbstbestätigend erlebt und selbst ein inneres Arbeitsmodell von Bindung aufbauen kann. Das bedeutet, dass das Verhalten nahestehender Personen vorhersagbar wird, Erwartungen im Hinblick auf Verlässlichkeit und Verständnis gebildet werden und im Hinblick darauf, ob diese Person verständnisvoll oder ablehnend reagieren wird. Dies überträgt sich dann auch auf andere Personen. Das Kind baut also Erwartungen in seine Umgebung auf und ist emotional offen, neugierig und sicher im Hinblick auf neue Begegnungen.

Wir wissen heute, dass dieses System ein beidseitiges ist: dem Kind gelingt es um so leichter das Bindungssystem der Eltern zu aktivieren, je freundlicher sein Temperament ist. Das umfasst die Schlaf-Wach-Regulation, seine Aufmerksamkeitsregulation, seine Fähigkeit sich beruhigen zu lassen, die Form der Nahrungsaufnahme usw. Eltern die einem solchen Kind in der oben beschriebenen Weise begegnen, werden durch Lächeln, Schmusen und Blickkontakt belohnt und können um so leichter das Verhalten auch dann zeigen, wenn das Kind einmal unruhig oder quengelig ist.

Wir gehen heute davon aus, dass bei den Eltern das intuitive Verhalten, dem Kind zu begegnen, biologisch angelegt ist, allerdings kann es durch Erfahrungen mit den eigenen Eltern in der frühen Kindheit irritiert werden oder durch ein „schwieriges Kind“ oder eine Ablehnung des Kindes außer Kraft gesetzt werden. Dann entsteht ein Teufelskreis, der um so bedrohlicher wird, je mehr Alltagsbereiche der frühkindlichen Verhaltensregulation (Essen, Schlafen, Füttern) betroffen sind, je länger er andauert und je älter das Kind wird. (vgl. auch Papousek & Wollwerth in Brisch & Hellbrügge, 2003)

Bindungsstörungen haben ihren Ursprung also in der frühen Kindheit, wenn die Eltern nicht feinfühlig, d.h. prompt, angemessen und zuverlässig auf die Signale des Kindes reagieren. Eltern, die psychisch krank sind, oder z.B. ein Drogen- oder Alkoholproblem haben reagieren „am Kind vorbei“ und nehmen seine Signale nicht als Lebensäußerungen wahr, die nach einer Antwort verlangen. Oder sie reagieren auf die falsche Weise: verlangsamt und zu spät oder zu hektisch, übertrieben oder zu schwach, oder mit der für das Bedürfnis nicht adäquaten Antwort (z.B. wenn jedes kindliche Unmutssignal als Hunger gedeutet wird). Sie kompensieren also nicht, was das Baby noch nicht selbst regulieren kann und unterstützen seine heranreifenden Fähigkeiten der Selbstregulation nicht. Wenn das geschieht, kann sich das Kind nicht selbst als Auslöser des elterlichen Verhaltens erleben und die für das spätere angstfreie Neugierverhalten und das selbständige in die Welt hinausgehen wichtige Bindung wird gestört.

Diagnostik von Bindungsstörungen

Man kann frühe Anzeichen dieser Störung bereits früh erkennen: die ersten Anzeichen für eine Gefährdung der Beziehung sind bereits mit ca. 3 Monaten sichtbar, wenn ein Baby in diesem Alter nicht - wie gewöhnlich - den Eltern über lange Minuten einer Interaktion in die Augen schaut, sondern den in dieser Zeit so zentralen **Blickkontakt gezielt vermeidet**.

Danach ist ein weiteres Alarmzeichen für eine gefährdete Beziehung, wenn es überhaupt nicht fremdelt und spätestens mit einem Jahr, wenn es auf vorübergehende Trennungen von der Mutter bei der Wiederbegegnung mit dieser vermeidend oder ambivalent statt anhänglich reagiert. Dazu hat eine amerikanische Forschergruppe in den späten 70er Jahren den „**Fremde-Situation-Test**“, entwickelt. (Ainsworth & al. 1978) Der Testaufbau sieht folgendermaßen aus:

1. **Mutter und Kind** im Raum: Mutter liest, Kind erkundet Raum und/ oder spielt alleine – nach drei Minuten:
2. **Fremder kommt**, redet kurz mit Mutter, spielt dann mit Kind – nach drei Minuten:
3. **Mutter geht unauffällig**, Fremder bleibt mit Kind alleine und spielt mit ihm weiter; tröstet, wenn nötig – nach drei Minuten:
4. **Mutter kommt, Fremder geht** und Mutter spielt mit Kind – nach drei Minuten:
⇒ erste Wiedervereinigung
5. **Mutter geht ohne Abschied** und lässt **Kind alleine** – nach drei Minuten:
6. **Fremder kommt** und spielt mit Kind, tröstet wenn nötig – nach drei Minuten:
7. **Mutter kommt, Fremder geht**
⇒ zweite Wiedervereinigung

Entscheidend für eine Einstufung des Bindungsstils ist das Verhalten des Kindes gegenüber der Mutter bei der Wiedervereinigung!!!

Wir unterscheiden:

A-Kinder = **vermeidend-unsichere Kinder**
alleine:

- kaum Kummer
- bestenfalls Unmut
- behandeln Mutter und Fremde/n fast gleich

bei Rückkehr:

- ignorieren Mutter
- oder grüßen nur beiläufig
- wenden sich ab
- meiden die Nähe auf auffallende Weise
- bewegen sich an Mutter vorbei
- suchen die Nähe der Mutter nicht
- nimmt die Mutter sie auf, schmiegen sie sich nicht an und
- wehren sich auch nicht dagegen, wieder abgesetzt zu werden

B-Kinder = **sicher gebundene Kinder**
alleine:

- zeigen kaum Kummer
- wenn doch, so ist deutlich erkennbar, dass sie die Mutter vermissen
- Fremder kann nicht trösten

bei Rückkehr:

- begrüßen sie die Mutter mehr als nur beiläufig
- haben mehr Interesse an Mutter, als an Interaktion mit Fremdem oder Spielsachen
- zeigen keinen Widerstand gegen Aufnehmen, sondern entspannen sich in den Armen der Mutter

C-Kinder = **ambivalent-unsichere Kinder**

alleine:

- zeigen Kummer deutlich und lautstark
- wütend darüber, alleine gelassen zu werden

bei Rückkehr:

- ambivalent
- suchen selbst Kontakt zur Mutter und widerstreben aber ihren Kontakt- und Interaktionsversuchen
- besonders bei der zweiten Wiederkehr

Vor allem die Kinder vom Typ C (ambivalent unsichere Kinder) laufen Gefahr, eine dauerhafte Bindungsstörung zu entwickeln.

In den letzten Jahren ist noch ein zusätzlicher Typ D beschrieben worden:

D-Kinder = **chaotisch – desorganisierte Kinder**

Hier liegt der Zusammenbruch aller drei Bindungsstrategien vor und es handelt sich i. d. R. um Kinder, die Angst und Hilflosigkeit in der Interaktion mit ihren Eltern erlebt haben und die mit Blockaden, Erstarrung und langem Schweigen reagieren und dabei wie in Trance und apathisch wirken können. (Die Grenzen zur traumatischen Erfahrung sind hier oft fließend.)

Seit ca. 30 Jahren gilt das Forschungsinteresse auch den Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter wofür von einer Forschergruppe das so genannte Adult-Attachment-Interview entwickelt wurde. (George et al. 1984 – 1996) Und seit 2009 gibt es auch ein Verfahren, um Bindungssicherheit in der mittleren Kindheit zu erfassen: Das Geschichtenergänzungsverfahren ist ein projektives diagnostisches Verfahren zur Erfassung der Bindungsrepräsentationen der 5 bis 8jährigen Kinder. (Gloger-Tippelt, G., Weinheim 2009)

Unterschiedliche Formen von Bindungsstörungen

Im ICD-10 werden Bindungsstörungen als Formen schwerwiegender Psychopathologie noch nicht ausreichend klassifiziert. Über die „reaktive Bindungsstörung im Kindesalter“ (F94.1) und „Bindungsstörung im Kindesalter mit Enthemmung“ (F94.2) hinaus finden wir sie implizit noch bei der „Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen“ (F91.1).

Aber bereits bei den „Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters“ (F93.0) und „Störungen mit sozialer Ängstlichkeit“ (F93.2) finden wir kein Erklärungsmodell für eine am beobachtbaren Verhalten und an den sozialen Belastungsfaktoren orientierte Bindungsdiagnostik.

In der klinischen Praxis unterscheidet man heute einerseits das Fehlen von Bindung und das Fehlen einer sicheren Basis.

Zum Fehlen von Bindung gehören die Bindungsstörung mit emotionalem Rückzug, mit Hemmung und fehlender Bindung sowie Bindungsstörungen mit fehlender Unterscheidung zwischen vertrauten und nicht vertrauten Personen.

Für die klinische Praxis hilfreicher finde ich die von Karl-Heinz Brisch (2003) beschriebenen Typen von Bindungsstörungen:

1. Kinder, die keinerlei Anzeichen von Bindungsverhalten zeigen – **autarke Kinder**

Diese Kinder fallen dadurch auf, dass sie auch nicht in offensichtlichen Bedrohungssituationen, die sonst ein Bindungsverhalten von Nähe Suchen auslösen, keinerlei Anzeichen von Nähe Suchen zeigen. Bei Trennungen reagieren sie nicht mit Protest oder sie protestieren sehr undifferenziert und bei ihren selten vorkommenden prosozialen Verhaltensweisen werden keine Personen bevorzugt. Ihr Verhalten wirkt autistisch und das Muster findet sich meist bei Kindern die viele Beziehungsabbrüche und – wechsel bereits in der frühen Kindheit erlebt haben. Anders als das unsicher - vermeidende Verhalten, dem es ähnelt haben diese Kinder nie eine Bindungsperson gehabt zu der hin sie sich orientieren konnten.

2. Kinder, die undifferenziertes Bindungsverhalten zeigen – **soziale Promiskuität**

Diese Kinder verhalten sich freundlich undifferenziert ALLEN potentiellen Bezugspersonen gegenüber und machen keinen Unterschied, ob sie ihnen noch fremd sind oder nicht. Die bei Kleinkindern sonst beobachtbare vorsichtige Reserviertheit fremden Personen gegenüber findet sich bei ihnen nicht.

Eine andere Variante ist der so genannte Unfall – Risiko - Typ: das deshalb weil diese Kinder es völlig unterlassen, sich in gefährlichen Situationen bei einer Bezugsperson rückzuversichern (Versicherungsblick). Diese Art der Bindungsstörung kann allerdings erst ab dem dritten Lebensjahr diagnostiziert werden

3. Kinder mit **übersteigertem Bindungsverhalten**

Diese Kinder fallen durch exzessives Klammern auf. Nur in absoluter Nähe zu ihrer Bezugsperson sind sie beruhigt und ausgeglichen. In nicht vertrauten Situationen reagieren sie überängstlich – nicht dem Alter angemessen – und suchen die körperliche Nähe ihrer Bezugspersonen. Sie setzen auch kürzeren Trennungen heftigen Widerstand entgegen. Diese Störung tritt bevorzugt auf bei Kindern, deren Mütter selbst z.B. an einer Angststörung oder an extremen Verlustängsten leiden. Verhalten sich ihre Kinder emotional selbständig, so geraten sie in panische Angst.

4. Kinder mit **gehemmtem Bindungsverhalten**

Diese Kinder setzten Trennungen gar keinen oder nur sehr geringen Widerstand entgegen, sie wirken hingegen übermäßig angepasst und gehemmt und folgen Aufforderungen oder Befehlen umgehend und ohne Protest. Ihr affektiver Ausdruck ist dagegen ausgesprochen eingeschränkt. Allerdings zeigen sie Fremden gegenüber ihre Gefühle freier und offener. Dieses Bindungsverhalten findet sich meist bei Kindern mit Gewalterfahrungen oder in Familien deren Erziehungsstil von körperlicher Gewalt geprägt ist.

5. Kinder mit **aggressivem Bindungsverhalten** (Kampf um Bindung)

Diese Kinder gestalten ihre Beziehungen und Kontaktaufnahmen vorzugsweise durch körperliche und/ oder verbale Gewalt. Das Familienklima in diesen

Familien ist auffallend aggressiv – nicht immer körperlich aber oft auch verbal und atmosphärisch.

6. Kinder mit **Bindungsverhalten als Rollenumkehrung** (Parentifizierung)

Diese Kinder erscheinen überfürsorglich gegenüber ihren Bezugspersonen und übernehmen viel Verantwortung für sie. Diese Kinder „beschatten“ ihre Bezugsperson, damit sie sofort zur Stelle sind, wenn diese sie braucht und sie sind ausgesprochen feinfühlig im Hinblick auf ihr Wohlergehen. Dieses Bindungsverhalten findet man bevorzugt bei Kindern in Scheidungsfamilien, oder bei Eltern mit Suizid oder Suizidversuch oder schwerer Krankheit.

7. Kinder mit Bindungsstörungen und **psychosomatischer Symptomatik**

Besonders frühe Bindungsstörungen mit ambivalent-unsicherem Bindungsverhalten können sich auch extrem auf Ess- Schlaf- und Schreistörungen auswirken und auch Einfluss auf das Körperwachstum haben.

Konsequenzen für die Therapie

Generell gilt für die Behandlung von Bindungsstörungen der Königsweg Risikogruppen wie z.B. Frühgeborene, Schreibabys etc. frühzeitig zu identifizieren und den Eltern Angebote zur Sensibilitätsschulung zu machen. Nicht in allen Fällen kann das aber gelingen und so stellt sich die Frage, wie wir einem bindungsgestörten Kind am besten helfen können. Ein zentraler Leitgedanke für die Psychotherapie bei Bindungsstörungen ist, dass die Psychotherapie selbst zu einer neuen Bindungserfahrung werden sollte. (vgl. Brisch 2002, S. 360) Für die praktische therapeutische Arbeit bedeutet das, dass zunächst versucht werden muss, eine „therapeutische Bindung“ einzugehen, wobei die unausgesprochene Affekt Abstimmung und das affektive Klima in der Therapie eine ebenso große Rolle spielen wie beim Säugling. Eine selbstkongruente, offene, wertschätzende Haltung des Therapeuten ist hier also von besonderer Bedeutung. Einfühlsamkeit – so wie sie in der frühen Zeit von der Bindungsperson nicht geleistet werden konnte – gilt als oberstes Prinzip. Die neue Bindungserfahrung kann dann auch die Bindungsrepräsentation des Kindes verändern. Und je jünger das Kind ist, umso stärker ist es auf eine reale Bindungsperson angewiesen. Der Therapeut fungiert hier also auch als sichere Basis im Sinne einer physischen Präsenz und da Kinder wesentlich direkter und ehrlicher reagieren ist dies besonders wichtig.

Als allgemeine Hilfen für die Arbeit mit bindungsgestörten Kindern nennt Brisch (2003):

1. Der Therapeut muss als sichere, verlässliche psychische und physische Basis dienen.
2. Er ermöglicht neue, sichere Bindungserlebnisse.
3. Da Kinder mit Bindungsstörungen neue Bindungsangebote meist abwehren, darf dies nicht im Sinne von Regression oder Widerstand gedeutet werden.
4. Er ermöglicht im Symbolspiel die Darstellung von bindungsrelevanten Inhalten und deutet diese. (Bei größeren Kindern auch verbal, bei kleineren Kindern ausschließlich auf symbolischer Ebene.)
5. Er achtet auf eine behutsame Auflösung des therapeutischen Bündnisses und gibt ein gutes Vorbild für Trennung.

Als konkrete Hilfen im Spiel und insbesondere im Figurenspiel erwiesen sich:

- ⇒ Die Kontaktaufnahme bei bindungsgestörten Kindern erfolgt häufig leichter über Sachthemen und Dinge als über Persönliches.

D. h. „Übergangsobjekte“, die die Kinder häufig von zu Hause mit in die Therapie bringen, müssen ausreichend gewürdigt werden (z.B. indem sie ins Spiel mit eingebunden werden).

- ⇒ Generell gilt: respektieren, was das Kind braucht!!!

Beobachten und Re-agieren geht immer vor Aktionsismus des Therapeuten!! Also eher schauen, was das Kind interessiert, als Angebote machen. (In der Supervision habe ich die Erfahrung machen müssen, dass das der am weitesten verbreitete Fehler von Therapeuten ist!)

Das Spiel selbst bietet eine gute Gelegenheit angemessen, prompt und zuverlässig zu reagieren und dabei nicht die Geduld zu verlieren!!

- ⇒ Dabei immer darauf achten, hinreichend viel räumliche und zeitliche Distanz zu geben!! Bindungsgestörte Kinder überwinden z.B. ihre übertriebene Autonomie nicht indem sie bedrängt werden!!!

Bei anderen Kindern, die die Nähe suchen kann es hingegen nötig sein, auch hier eine physische sichere Basis zu geben („Halt mich!“ – durchaus wörtlich gemeint!)

- ⇒ Zeitliche und örtliche „Räume“ geben Orientierung und Strukturen und damit Sicherheit. ENTSCHEIDUNG ist ein Zauberwort: alles, was dazu beiträgt, dass das Kind nicht durch sein Spiel hetzt und selbst Gelegenheit bekommt, wahrzunehmen, was es tut. Dazu gehört: Räume beachten (Landschaften aufbauen und nicht nur im Kopf stattfinden lassen), Reihenfolgen beachten, Chaos ordnen usw. und dem Spiel insgesamt Struktur und „Anfassbarkeit“ geben.

Genauso aber auch: Stagnation im Spiel aufheben und dabei immer beachten dass auch hier der/die Dritte (Dreier-Dynamik!) eventuell helfen kann oder bindungsrelevante Lösungen anbieten.

Fallbeispiele

Bei den nun folgenden Fallbeispielen klammere ich bewusst Kinder mit schweren Traumafolgestörungen aus. Bei diesen Kindern liegt häufig gleichzeitig eine Bindungsstörung vor, aber das Trauma steht im Vordergrund und verlangt noch einmal eine andere Behandlungsweise.

Bei der Suche nach Fallbeispielen ist mir aufgefallen, dass Kinder mit Bindungsstörungen häufig Orte gestalten, an deren Struktur die Bindungsstörung sozusagen bereits sichtbar wird. Dazu möchte ich ihnen zunächst ein etwas ausführliches Beispiel geben.

Peter ist ziemlich genau acht Jahre alt, als er zur Therapie vorgestellt wird mit einer zunächst sehr unklaren Symptomatik hinter der sich offenbar eine nicht ausgesprochene ADHS Diagnose des Kinderarztes verbirgt. Bisherige Bewältigungsversuche waren jedenfalls eine Ernährungsumstellung und kinesiologische Übungen. Die Mutter beschreibt, er sei zyklisch immer mal wieder aggressiv was stündlich oder täglich wechseln könne und von extrem anhänglichem Verhalten abgelöst werde. Das zeigt sich auch im ersten Kontakt: Peter läutet Sturm, erstürmt auch die Praxis und versteckt sich dann aber beim ersten Kontaktversuch an Mamas Bauch und sie muss mit in den Therapieraum. In dieser ersten Therapiestunde improvisieren wir ein Stück, in dem Peter als Ritter mit Hilfe des schwarzen (bösen) Drachen einen Schlüssel zurück erbeutet, den Tod und Teufel in einer Höhle verborgen halten. Da der Drache ihm mächtig imponiert hat, möchte er auch so einen haben. Wir modellieren ihn in den folgenden Stunden und heraus kommt ein gefährlich aussehendes Tier, das in großem Kontrast zu dem feingliedrigen, recht kleinen, blonden Jungen mit den traurigen Augen steht, der ihn geschaffen hat.

Diagnostisch bringt mich das noch nicht viel weiter aber als Peter mich auffordert für ihn ein kleines Stück zu spielen, während der Drachenkopf trocknet, versuche ich die Widersprüchlichkeit aufzugreifen, die ich sehe: extreme Abwehr im Verhalten (heute z.B. hat er die ganz Zeit kleine alberne Verse vor sich hingesprochen oder er spricht in Baby-Talk!) bei gleichzeitigem Nähe suchen.

Mit unterschiedlichen Stücken abreiten wir uns mehr oder weniger erfolgreich voran. Aber nach der neunten Therapiestunde protokolliere ich: „Ich weiß nicht, WIE ich mit diesem Kind eine Beziehung aufbauen soll! Entweder er ignoriert mich und macht einfach, was er will oder er murt herum und ist mehr oder weniger offen aggressiv. Es geht immer um Angriff und Verteidigung.“

Und in der zehnten Stunde dann spielt Peter das Spiel, bei dem ich endlich verstehe:

Er hat aus dem Spielzeugkorb im Wartezimmer ein kleines Stofffaultier mitgenommen und braucht dann noch ein Pferd und ein Krokodil. Das Faultier sitzt oben auf einer Palme in einer Oase mitten in der Wüste und lässt es sich gut gehen. Pferd und Krokodil (von mir gespielt) trinken an der Wasserstelle.

Da kackt das Faultier überraschend einen großen Haufen dem Krokodil mitten auf die Nase.

Natürlich überlässt es Peter mir, wie ich reagiere – ich bekomme ja sowieso nie Regieanweisungen. Und ich mühe mich wahrlich ab! Aber die Drei kommen nicht zusammen!! Dieses Spiel geht über mehrere Stunden und das Faultier kackt und kackt und zeigt aus seiner erhöhten Position (in der es für keinen der Beiden zu erreichen ist!): ICH SCHEISS AUF EUCH!!

In der übernächsten Stunde bringt Peter ein großes Kuschelkrokodil von zu Hause mit und verlangt einen Rollenwechsel im Spiel: und da erlebe ich als Faultier mein blaues Wunder! Dieses Faultier wird gequält was das Zeug hält. Ich notiere: „Die Symbolik heißt: gib keinen Mucks von dir – damit machst du alles nur noch schlimmer! Tot stellen geht aber auch nicht, denn dann werde ich gesucht.“

Auch viele darauf folgende Spiele zeigen deutlich: Peter fühlt sich klein und bedroht und muss deshalb viel Abstand zwischen sich und andere bringen. Kontakt kann er nur aufnehmen über Provokationen.

Das gilt auch für die Therapiesituation als solche. Er ist immer wieder distanzlos, frech und versucht pausenlos zu zeigen, dass ich ihm nichts zu sagen habe. Es fällt schwer,

zugewandt und annehmend zu bleiben wenn man mit den Worten begrüßt wird: „Lachst du immer so blöde?“ Gelingt mir aber (nach vorheriger Supervision!) die Antwort: „Nein – ich freue mich, dass du kommst!“ und gebe ich ihm klare Strukturen, so ist er plötzlich ein zuverlässiger und freundlicher Junge.

Als Therapeut muss man also ungefähr so geduldig und so unempfindlich sein, wie ein Elefant!!

Jede Therapiestunde beginnt mit einer Widerannäherungskrise und jedes Ende der Stunde ist ebenfalls durch einen Eklat markiert. So geht die Therapie voran und ich gelange zunehmend zu der Überzeugung, dass diesem „komm her - geh weg“ Verhalten eine aggressive Bindungsstörung zugrunde liegt, auch wenn ich aus dem Anamnesebogen keine klaren Anhaltspunkte dafür habe. Was allerdings auffällt ist, dass die Mutter auch bei größten Störungen nicht reagiert. Jedes Verhalten gleitet an ihr ab wie Oel auf Wasser, egal ob Peter provozierend frech oder bedürftig ist.

Ich versuche mich nicht provozieren zu lassen und seine Frechheiten nicht persönlich zu nehmen – was zugegeben! – nicht immer leicht ist. Das Ganze ist eine ziemliche Geduldsprobe bis – ENDLICH!!!! – in der 36. Therapiestunde, über ein Jahr nach Therapiebeginn eine Art Durchbruch erfolgt:

Peter stürzt sich heute gleich wieder auf den Korb mit dem Spielzeug im Wartezimmer und schnappt sich das Faultier. Im Therapieraum beginnt er sofort zu bauen ... erst mit kleinen Leitern, dann mit Kistchen, schließlich wird es ein Hochhaus an dem er einen Aufzug anbringen will. Mit unendlicher Geduld versucht er das – aber es klappt und klappt nicht! Trotzdem wird er nicht schlecht gelaunt: wir finden eine andere Lösung mit einer Art Strickleiter und bauen mit einem Korb noch einen Lastenaufzug. Am Ende kommt noch eine Matratze für Besuch unter die Leiter, und ein Sitz zum Lesen auf den Ausbau. Jetzt hat das Faultier ein Hochhaus für sich alleine in dem es bestimmen kann, wer wie weit hinein und nach oben kommen darf. Denn dass es Besuch bekommen soll, steht für Peter fest!

Jetzt kann ich endlich das Thema Bindung auch im Spiel wieder aufnehmen und versuche auf alle möglichen Weisen mit dem Faultier Kontakt aufzunehmen was mir schließlich mit den kleinen Mäusen auch gelingt. Im Protokoll steht:“ Es war eine richtig schöne Stunde mit einem Spiel um Annäherung und Distanz und am Ende durften die Mäuse sogar unter der Treppe schlafen und das Faultier hat sich – auf dem Rücken, den Bauch schutzlos in die Luft – davor gelegt.“

Die strukturelle Ähnlichkeit mit der Palme ist nicht zu übersehen. Der Unterschied nach einem Jahr Therapie ist jedoch, dass Peter durch Treppen und Aufzug selbst „Überbrückungsmöglichkeiten“ anbietet, die auch funktionieren, wenn er sie kontrollieren darf. Außerdem kann er (wenigstens im Spiel) sein provozierendes Verhalten ablegen und deutlich machen: im Grunde sehne ich mich nach Kontakt, ich weiß nur nicht wie man den herstellt so dass es auch funktioniert.

Ich hoffe, ich habe mit diesem Beispiel deutlich machen können

- ⇒ Wo und wie ich versucht habe als Therapeutin eine sichere Basis zu geben und zu sein.
- ⇒ Dass ich versucht habe, neue Bindungserlebnisse zu ermöglichen,
- ⇒ deren Abwehr ich geduldig ertragen habe und
- ⇒ wie ich im Symbolspiel die bindungsrelevanten Inhalte aufnehmen konnte.

Was mir leider nicht gelingen konnte, da es von den Eltern sabotiert wurde ist eine behutsame Auflösung des therapeutischen Bündnisses. Da der Wechsel auf die weiterführende Schule bevorsteht und Peter inzwischen sowohl gute Noten hat und in der Schule kaum noch auffällt, hat die Mutter IHM eines Tages auf der Fahrt zur Therapiestunde verkündet, dass es die letzte Stunde sein würde. Mit mir war leider noch gar nichts abgesprochen. Kein Wunder, dass er in dieser Stunde schlimmer denn je in sein altes Verhaltensmuster zurückgefallen ist.

Einsamkeit und Abgrenzung, die Schwierigkeit die Distanzen zwischen Menschen zu überwinden, finden sich auch in anderen Bühnenaufbauten bindungsgestörter Kinder.

Der 10,6 jährige Daniel muss im Boxring gegen einen „starken Mann“ antreten. Seine Eltern leben getrennt – der Vater in den USA, die Mutter in Deutschland – und er würde viel lieber beim Vater und der Stiefmutter leben als bei der Mutter die wirklich nie Zeit für ihn hat. Er modelliert einen Hipp - Hopper, der so heißt wie er und der ständig Überfälle macht und „Widerstand zwecklos“ schreit. Der Therapeut setzt ihm als Ladenbesitzer dennoch Widerstand entgegen und notiert im Protokoll: „Ich hatte den Eindruck, dass er froh war, geschnappt zu werden: er hat sich eher dem Ladenbesitzer in die Arme geworfen, statt einen Fluchreflex zu haben: Daniel sucht deutlich Halt und ist erleichtert, wenn er ihn bekommt.“

Ein sehr eindrucksvolles Beispiel liefert auch Dennis. Dennis wurde von seiner Mutter mit wenigen Monaten zur Adoption freigegeben, verbrachte einige Monate im Heim und kam dann mit ca. eineinhalb Jahren zu seiner jetzigen Familie.

Dennis kam lange zur Therapie und in der 52. Therapiestunde mit ziemlich genau 14 Jahren baute er eine Polarwelt auf in der ein Junge ganz alleine in einer Hütte lebt und nur aus großer Ferne durch ein Fernrohr erspäht werden kann. Einziger Freund ist ein Wunderwolf „Lupus mirabilis“, den er zuvor modelliert hat.

Alle Kinder wurden übrigens mit ADHS als Diagnose vorgestellt. Und richtig ist: kennzeichnend für alle drei Kinder ist: sie prügeln sich einsam durch die Welt und würden doch so gerne gehalten werden. Auffällig ist auch das vorherrschende Gefühl, alles alleine machen zu müssen und niemanden zu haben, der hilft. Gleichzeitig sind sie nicht (oder doch nur schwer) in der Lage, die Hilfsangebote anzunehmen. Bis das möglich ist, braucht es einen langen Beziehungsaufbau zum Therapeuten der immer wieder auf die Probe gestellt wird.

Nicht nur „Hältst du mich?“ sondern auch „Hältst du mich aus?“

Literatur:

Ainsworth, Mary et al.: Patterns of Attachment. Erlbaum, Hillsdale, N. J. 1978 Bowlby, John: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München 1975

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention. In: Brisch, Karl Heinz et al.: Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart 2002, S.353 - 373

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart 2003

George C; Kaplan, Nancy & Main, Mary: The Adult Attachment interview for adults. University of California, Berkeley 1984/ 1985/ 1996

Gloger-Tippelt, Gabriele & König, Lilith: Bindung in der mittleren Kindheit. Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B). Beltz, Weinheim 2009

Hédervári-Heller, Eva: Bindung und Bindungsstörungen. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Frühe Kindheit 0 – 3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Heidelberg 2012, S. 57 – 67

Mahler, Margaret et al.: Die Psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt 1975

Papousek, Mechtild & Wollwerth de Chuquisengo, Ruth: Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In: Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart 2003, S. 136 – 159

Petzold, Hilarion: Frühe Schädigungen – späte Folgen? Sowie: Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Band 1 und Band 2, Junfermann, Paderborn 1995

Winnicott, Donald: Die Theorie der Beziehung zwischen Mutter und Kind. (1960) In: Winnicott, Donald: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München 1974, S. 47 - 71