

Hédavári-Heller, Éva

Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 8, S. 580-595

urn:nbn:de:bsz-psydok-42539

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)	210

Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwark, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hennch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ („Reading a baby“ – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies) . .	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsatz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) ..	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und –Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) ..	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (<i>L. Unzner</i>) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (<i>A. Korittko</i>)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (<i>D. Gröschke</i>)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (<i>D. Gröschke</i>)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (<i>M. Hirsch</i>)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (<i>M. Hirsch</i>)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (<i>K. Sarimski</i>)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (<i>U. Preuss</i>)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (<i>J. M. Fegert</i>)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (<i>K. Sarimski</i>)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (<i>C. Brückner</i>)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (<i>D. Gröschke</i>)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (<i>D. Irblich</i>)	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (<i>F. Fippinger</i>)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (<i>D. Gröschke</i>)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (<i>P. Hummel</i>)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (<i>M. Mickley</i>) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L. Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Cieпка, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fleer, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>) ..	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern¹

Éva Hédervári-Heller

Summary

Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent-psychotherapy

Since the beginning of the 1990s, the relevance of the attachment theory has gained increasing significance for psychotherapeutic practice. Due to the lack of empirical proof, the only feasible approach, for the time being, are conceptional deliberations, which, however, offer useful ideas for the practical work. Based on an case record obtained from the psychotherapeutic treatment of a 4-month-old suckling and his parents, this article attempts to discuss the incorporation of attachment-theoretical concepts into infant-parent psychotherapy. Infant-parent psychotherapy constitutes a treatment method which, on the initiative of Mechthild Papoušek, founder of the "Munich interdisciplinary intervention Program", has enjoyed larger-scale dissemination and deals with regulatory disturbances in infancy. Irrespective of core symptoms and their etiology, regulatory disturbances often lead to impaired mother-child interactions and formation of secure attachment organization of the child. The observation of essential, attachment-relevant contents, such as, for instance, the child's attachment and exploratory behavior and the maternal sensitivity to signals emanating from the child gives rise to novel viewpoints regarding therapeutic interventions.

Zusammenfassung

Die Relevanz der Bindungstheorie für die psychotherapeutische Praxis gewann seit Anfang der neunziger Jahre zunehmend an Bedeutung. Bei Mangel an empirischen Belegen geht es zunächst nur um konzeptionelle Überlegungen, die jedoch für die therapeutische Praxis brauchbare Anregungen bieten können. Anhand eines Fallbeispiels aus einer siebenstündigen psychotherapeutischen Behandlung eines vier Monate alten Säuglings und deren Eltern wird in diesem Beitrag die Einbeziehung bindungstheoretischer Konzepte in die Eltern-Kleinkind-Therapie diskutiert. Die Eltern-Kleinkind-Therapie ist eine Behandlungsmethode, die in Deutschland auf die Initiative von

¹ Ich danke Birgit Diestel und Angela Dunker für die gründliche Lektüre des Manuskripts und ihre Verbesserungsvorschläge. Eine ausführlichere und leicht veränderte Fassung dieses Beitrags wird in Endres und Hauser (in Vorbereitung) erscheinen.

Mechthild Papoušek, Begründerin der „Schreiambulanz“ in München, eine größere Verbreitung fand und sich mit Verhaltensregulationsstörungen von Säuglingen und Kleinkindern befaßt. Eine Verhaltensregulationsstörung führt unabhängig vom Kernsymptom und unabhängig von den Entstehungsursachen häufig zur Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion und der Entstehung einer sicheren Bindungsorganisation des Kindes. Die Beobachtung wichtiger bindungsrelevanter Inhalte wie z.B. des Bindungs- und Explorationsverhalten des Kindes sowie der Feinfühligkeit der Mutter auf Signale des Kindes zu reagieren, erlauben eine neue Sichtweise der therapeutischen Intervention.

1 Einleitung

Die Bindungstheorie gehört seit Jahren zu einem der bedeutendsten und vielversprechenden Konzepte, deren klinische Relevanz nun auch in Deutschland zunehmend an Interesse gewinnt (Brisch 1999; Buchheim et al. 1998; Crittenden 1999; Dornes 1998; 2000, Hédervári 1996; Hédervári-Heller 1999; Köhler 1995, 1999; Krause 1998; Scheuerer-Englisch 1999; Strauß u. Schmidt 1997; Suess u. Röhl 1999). Neben der wachsenden Zahl der Publikationen über die klinische Relevanz der Bindungstheorie finden bundesweit häufiger als je zuvor Tagungen und Kongresse zu diesem Thema statt. In anderen westlichen Industrieländern, wie z.B. in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Großbritannien, finden empirische Forschungsergebnisse über die Entwicklung früher Bindungsorganisationen und über Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen längst Verwendung in der klinischen Praxis (Atkinson u. Zucker 1997; Casidy u. Shaver 1999; Fonagy et al. 1995; Fonagy 1998). Wenn auch etwas verspätet, erlebt die Verbreitung der Grundlagen der Bindungstheorie und deren Anwendung in den unterschiedlichen Therapieschulen nun auch in Deutschland zur Zeit so etwas wie eine Hochkonjunktur.

2 Psychoanalyse und Bindungstheorie: Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Freud war einer der ersten Theoretiker, der seine Aufmerksamkeit auf die Bedeutung früher Lebenserfahrungen für die Entfaltung psychischer Prozesse gelenkt hat. Er sah in der frühkindlichen Entwicklung den Ursprung aller psychopathologischen Phänomene. Freuds bedeutender Beitrag liegt darin, daß er das Kind, seine Mutter und den Vater in den Mittelpunkt psychoanalytischer Überlegungen gestellt hat und zudem die Frage der Entwicklung von Emotionen aufwarf. Nach Freud ist die Funktion und die Rolle der anfänglichen Objektbeziehung primär in der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse nach Nahrung und Pflege zu sehen. Die Entwicklung von zwischenmenschlichen Bindungen und vor allem die Bindung zwischen Mutter und Kind läßt sich somit in erster Linie mit der Triebbefriedigung in Zusammenhang bringen (Freud 1917). Das erste Liebesobjekt des Kindes ist die Brust der Mutter, es wird erst später auf die ganze Person erweitert. Psychoanalytiker betrachten die emotionale Entwicklung

hauptsächlich im Aufbau von Objektbeziehungen. Nach der traditionellen psychoanalytischen Auffassung sind Objektbeziehungen von Geburt an vorhanden und ihre Qualität ist an der Art der Befriedigung von Triebbedürfnissen gebunden.

Bowlby, der Begründer der ethologischen Bindungstheorie, beabsichtigte ursprünglich die Weiterentwicklung der Objektbeziehungstheorie zur Diagnose und Therapie emotional gestörter Jugendlicher und deren Familien (Bowlby 1969, 1973, 1980, 1988). Er konzipierte dann eine neue Theorie, die sich mit der Entstehung und Entwicklung von frühen Beziehungen zwischen Mutter und Kind befaßt. Bowlby löste sich aus dem Rahmen der Psychoanalyse, obwohl er einen endgültigen Bruch nie vollzogen hat.

Seit sich Bindungstheoretiker mit inneren Repräsentanzen oder – bindungstheoretisch formuliert – mit „inneren Arbeitsmodellen“ (Bowlby 1988; Bretherton 1985) und mit Bindungsstörungen (Zeanah et al. 1993; Brisch 1999) befassen, ist der Nutzen dieses Konzepts in der psychotherapeutischen Arbeit immer deutlicher geworden.

Die Relevanz der Bindungstheorie z.B für die psychoanalytische Praxis liegt unter anderem darin, daß sich beide Disziplinen mit zwischenmenschlichen emotionalen Beziehungen befassen. Psychoanalytiker untersuchen im therapeutischen Prozeß gemeinsam mit ihren Patienten emotionale Beziehungen mit signifikanten Personen und deren Abbildung im intrapsychischen und interpersonellen Kontext, und zwar als innerpsychische Prozesse. Das psychoanalytische Interesse an der Mutter-Kind-Beziehung ist unter anderem für die Technik der Psychoanalyse von Bedeutung, die in der analytischen Behandlung bis in die präverbale Phase des Analysanden vorzudringen versucht, um an die Wurzeln seiner Psychopathologie heranzukommen (A. Balint 1939).

Bindungstheoretiker suchen nach empirischen Belegen für die Art und Qualität von emotionalen Bindungsorganisationen zwischen signifikanten Bindungspersonen auf der beobachtbaren Verhaltensebene sowie auf der Ebene von mentalen Repräsentanzen. Der Schwerpunkt lag bis vor kurzem auf Grundlagenwissen im nicht klinischen Kontext. Seit einigen Jahren befassen sich Bindungstheoretiker und Kliniker gleichermaßen damit, psychopathologische Phänomene und Behandlungstechniken auf der Grundlage des Bindungskonzeptes zu untersuchen und die Bindungstheorie in die therapeutische Praxis zu integrieren. Eine Integration von bindungstheoretischen Erkenntnissen in die klinische Praxis könnte mindestens aus zwei Überlegungen heraus bedeutend sein. Das Wissen über die Entstehung und die Entwicklung von unterschiedlichen Bindungsmustern kann nützlich sein bei der Behandlung von weniger schwerwiegenden neurotischen Symptomen, die vermutlich mit unsicher vermeidender oder unsicher ambivalenter Bindungsorganisation korrespondieren. Bei Patienten mit Borderline- oder dissoziativen Störungsbildern kann das Wissen über desorganisierte oder desorientierte Bindungsmuster sowie über Bindungsstörungen von Nutzen sein. In der therapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern können wiederum Erfahrungen mit dem „Fremden Situationstest“ in die therapeutische Arbeit übertragen und typische Fehler vermieden werden, die z.B. beim Erstkontakt zu einer Familie entstehen können. Diese Fehler können in der räumlichen Anordnung, in der Kontaktaufnahme zum Kind oder in der Vorbereitung von Trennungssituation zwi-

schen Mutter und Kind während der Behandlung liegen. Ganz wesentlich ist die Feinfühligkeit des Therapeuten, der die Qualität der therapeutischen Beziehung auf eine Art und Weise beeinflusst, wie die Mutter mit ihrer Feinfühligkeit die Qualität der Mutter-Kind-Bindung.

Bindungssicherheit fördert das emotionale Sicherheitsgefühl der Patienten und die Fähigkeit, sich mental mit der intrapsychischen Realität auseinanderzusetzen. Wohlbemerkt: Bindungssicherheit schützt nicht unbedingt vor einer neurotischen Erkrankung, wahrscheinlich aber vor schwereren Persönlichkeitsstörungen. Dies bedeutet, daß bindungssichere Personen Ich-strukturell weitgehend intakt sind. Bindungsunsicherheit wiederum erscheint als ein Risikofaktor, der die Persönlichkeitsstruktur eines Individuums beeinträchtigt. Menschen mit einer unsicheren Bindungsorganisation sind häufiger ängstlich, feindselig, neigen zu psychosomatischen Erkrankungen und zu Depressionen. Bindungsunsicherheit geht meistens mit einer schwachen Ich-Organisation einher (Eagle 1995). Trotz dieser Unterschiede zwischen Menschen mit unterschiedlicher Bindungsorganisation ist zu beachten, daß die Beziehung zwischen Bindungsunsicherheit und Psychopathologie viel zu komplex ist, als das man letzteres auf ersteres reduzieren könnte. Neben der Qualität der Bindung gibt es andere Aspekte der Persönlichkeit, die vor Psychopathologie schützen können. Dazu gehören unter anderem die relative Stärke der verschiedenen Ich-Funktionen, die Fähigkeit, Konflikte zu lösen und eigene Wünsche zu äußern, die Flexibilität der Abwehr und nicht zuletzt die Lebensbedingungen, unter denen ein Mensch seinen Alltag verbringt.

3 Bindungstheoretische Konzepte als Bestandteil der therapeutischen Arbeit mit Eltern und Kleinkindern

Es sind vor allem zwei Aspekte in der Bindungstheorie, die in der therapeutischen Arbeit den Zugang zu der Psychopathologie des Patienten erleichtern. Es handelt sich dabei zum einen um die objektiv beobachtbaren interaktiven Austauschprozesse und deren Abbildung in den inneren „Arbeitsmodellen“. Letztere unterliegen weniger objektiv erfaßbaren Kriterien als vielmehr einer subjektiven Beurteilung von intrapsychischen Entwicklungsprozessen und psychischen Strukturen. Zum anderen geht es um Bindungsrepräsentanzen, die die Funktion hat, das Verhalten anderer Personen zu interpretieren und vorherzusagen sowie das eigene Verhalten zu organisieren.

Zu 1: Die Qualität der Wechselbeziehung zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson wird daran gemessen, wie genau das Verhalten der beiden zeitlich aufeinander abgestimmt ist und wie genau ihre Verhaltensweisen sich aufeinander beziehen. Die Bezugsperson muß die Signale des Kindes richtig erkennen, richtig zuordnen, und sie muß in der Lage sein, angemessen – d.h. den augenblicklichen Zustand und das Entwicklungsniveau des Kindes berücksichtigend – zu reagieren. Die angemessene Reaktion der Bezugsperson auf die Signale des Kindes führt dazu, daß das Kind die Erfahrung macht, etwas zu bewirken. Daraus entsteht eine Art Selbstwirksamkeitsgefühl (Papoušek 1998) oder, psychoanalytisch ausgedrückt, die Grundlage für gesunden Narzißmus.

Ähnlich wie mit seinen Eltern macht das Kind auch mit seinem Therapeuten unzählige, affektiv getönte Interaktionserfahrungen, die die Grundlage neuer Beziehungs- und Bindungsrepräsentanzen bilden. Ebenso trifft dieses auf die begleitende Psychotherapie mit den Eltern zu. Voraussetzung dabei ist, die Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung. Der Therapeut hat dabei die Funktion einer sicheren Basis im Sinne der Bindungstheorie. Diese sichere Basis ist die Bedingung, damit die Eltern die Bereitschaft zeigen, ihre Vergangeheit und ihre gegenwärtige Situation mental zu explorieren und im therapeutischen Kontext darüber zu reflektieren.

Im therapeutischen Prozeß können das Bindungsverhalten des Kindes, die Art der Interaktion und seine Erwartungen über die emotionale Verfügbarkeit von signifikanten Bindungspersonen auf den unterschiedlichen Ebenen beobachtet werden: in der Sprache, in der Körperhaltung, in der Gestik sowie im mimischen Ausdruck von Gefühlen. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Interaktion mit dem Therapeuten. In der Eltern-Kind-Psychotherapie kommt die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und die Art der Affektregulierung hinzu. So können wichtige Information über die Organisation von Bindungsbeziehungen gewonnen werden, ohne den Anspruch, das Bindungsmuster des Kindes mit einem aufwendigen wissenschaftlichen Untersuchungsmethode bestimmen zu müssen. Wenn ein Kleinkind z.B. während der ersten Sitzung in dem für ihn unbekannten Behandlungsraum allein spielt, ohne die Mutter oder den Vater zu beachten und ohne zu ihnen Kontakt aufzunehmen, dann ist dies ein Zeichen eines vermeidenden Bindungsmusters. Oft wird dieses Verhalten des Kindes jedoch mit Autonomie gleichgesetzt. In dem beschriebenen Beispiel wäre dies eine falsche Schlußfolgerung. Nach meiner Auffassung könnte das Heranziehen von bindungstheoretischen Konzepten einige therapeutische Irrwege „ersparen“ und die Effektivität der Therapie positiv beeinflussen.

Zu 2: Die klassische Bindungsforschung befaßte sich lange Zeit schwerpunktmäßig mit dem Bindungsverhalten von Kleinstkindern. Seit Mitte der achtziger Jahre interessieren sich Bindungsforscher zunehmend für die Erfassung von Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter.² Dieses Interesse kann für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen und mit Erwachsenen nutzbar gemacht werden, um die Psychopathologie des Patienten besser zu verstehen und den Zugang des Patienten zu seiner eigenen Kindheitsgeschichte mit Hilfe des „Adult Attachment Interviews“ (AAI)³ zu erleichtern (Fremmer-Bombik 1995; Main 1995).

Der Aufbau mentaler Repräsentationen von Bindungsbeziehungen ist als wichtiger Entwicklungsschritt zu betrachten. Frühe präsymbolische interaktive Strukturen bilden die Grundlage von unbewußten späteren symbolischen Organisationsstrukturen beim

² Im Zusammenhang mit der Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis stellte Lotte Köhler (1999, S. 113) eine sehr nützliche Übersichtstabelle zusammen, in der die unterschiedliche Bindungsmuster bei Kleinkindern und die unterschiedliche Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen dargestellt werden.

³ Das „Adult Attachment Interview“ ist eine Methode der Befragung, welche die Erfassung der individuellen Verarbeitungs- und Darstellungsmuster von Bindungserfahrungen erlaubt (Main et al. 1992). Mit Hilfe des AAI werden die mentalen Repräsentationen von emotionalen Bindungen im Gedächtnis und der Sprache von Erwachsenen und Jugendlichen (ab 16/17 Lebensjahren) untersucht.

Kind und beim Erwachsenen (Beebe et al. 1997). Sobald das Kind über stabilere Gedächtnisstrukturen und ca. ab dem 2. Lebensjahr über Sprache verfügt, speichert es seine frühen Beziehungserfahrungen in sehr globaler Art und Weise als ein generalisiertes inneres Modell von der Welt und von sich selbst ab. Diese inneren Modelle können (mindestens) vier verschiedene Formen annehmen: Personen mit guter, lebhafter Erinnerung an ihre Kindheitserfahrungen, die offen und frei auch über widersprüchliche und unangenehme Gefühle zu ihren Bezugspersonen sprechen können, haben ein autonomes, sicheres Bindungsmodell (free/autonom). Wichtiges Kennzeichen eines solchen Bindungsmodells ist ein kohärentes Bild sowohl positiver als auch negativer frühkindlicher Erfahrungen. Dieses Bindungsmodell entspricht der sicheren Bindungsgruppe (B) in der frühen Kindheit.

Personen, die wenige oder nur vage Erinnerungen an Beziehungen in der Kindheit haben und häufig trotz der Erfahrung von Zurückweisung idealisierte Elternbilder darstellen, ohne dafür konkrete Erfahrungen nennen zu können, haben ein Modell mit abweisender Bindung (dismissing). Für Personen dieser Gruppe spielen Bindungsbeziehungen eine geringe Rolle, sie betonen eigene Stärke, Leistung und Unabhängigkeit. In bezug auf die frühkindliche Bindungsorganisation ist dieses Modell mit der vermeidenden Bindungsgruppe (A) zu vergleichen.

Personen, die als Erwachsene immer noch emotionale Verstrickungen mit den Bezugspersonen aus ihrer Kindheit aufweisen, und ihre – häufig negativen – Beziehungen zu den Eltern überbewerten und sich kaum abgrenzen können, werden einem verstrickten Bindungsmodell zugeordnet. Dieses Bindungsmodell entspricht dem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster (C) in der frühen Kindheit.

Eine weitere klinisch relevante Klassifikation ist die Kategorie des unverarbeiteten Traumas. Diese wird erschlossen aus ängstlichen oder irrationalen Schilderungen früher Verluste von Bindungspersonen oder über Bindungstraumata, z.B. irrationale Vorstellungen über eigenes Verschulden eines Todesfalls, logische Fehler, wie uneindeutige Angaben über Ort und Zeit von Todesfällen etc. Dieses Bindungsmodell entspricht der unsicher desorganisierten Bindungsgruppe (D) in der frühen Kindheit.

4 Therapieziele auf der Grundlage der Bindungstheorie

Aus der Sicht der Bindungstheorie besteht ein zentrales Ziel im psychotherapeutischen Prozeß darin, Bedingungen zu schaffen, unter denen der Patient seine „inneren Arbeitsmodelle“ vom Selbst und von seinen Bindungsfiguren aufspüren und neu strukturieren kann. Bowlby betont, daß die Hier-und-Jetzt-Beziehung zum Therapeuten von besonderer Bedeutung für den Therapieprozeß ist, da nur sie eine ausreichende Motivation für den Patienten darstellt und ihn dadurch ermutigt, seine früheren Erfahrungen und seine gegenwärtige Situation innerpsychisch zu explorieren (Bowlby 1979, 1988).

Wie Bowlby (1988) betont, stehen die einzelnen Therapieziele und Aufgabenbereiche, die im folgenden beschrieben werden, in einer Wechselbeziehung zueinander und sind daher in der Praxis kaum voneinander zu trennen.

- Aus bindungstheoretischer Sicht sind in der Therapie weniger die Phantasien als vielmehr die realen Erfahrungen der Patienten mit signifikanten Bindungspersonen von Bedeutung. Das heißt nicht, daß die Phantasien in der therapeutischen Behandlung außen vor bleiben, sondern, daß ihnen eine untergeordnete Rolle zukommt. In der therapeutischen Arbeit mit Eltern, z.B. wenn diese am Anfang einer Elternschaft stehen, haben Vorstellungen und Phantasien über das noch ungeborene Kind eine außerordentliche Bedeutung, da sie die Einstellung zum Kind und den Umgang mit ihm unbewußt steuern. Aus bindungstheoretischer Sicht geht es im Therapieprozeß um das „Sammeln“ von möglichst exakten Informationen, mit deren Hilfe Modellszenen entwickelt werden können, die die Psychopathologie des Patienten auf der Grundlage von rekonstruierbaren Erfahrungen und Erlebnissen aus der Kindheit verstehbar machen. Die Modellszenen sind in der Kindertherapie hauptsächlich in der Interaktion mit dem Therapeuten zu erkennen oder in der Eltern-Kind-Therapie in der Eltern-Kind-Interaktion und -Kommunikation. In der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen lassen sich Modellszenen auf der Repräsentationsebene erfassen (Crittenden 1990; Tulving 1985). Diese sind Abbildungen von Beziehungserfahrungen aus der eigenen Kindheit.
- Eine besondere Aufmerksamkeit des Therapeuten sollte dem Anfang und dem Ende einer Therapiestunde bzw. einer therapeutischen Behandlung gelten. Denn diese Momente sind Streßsituationen, die Bindungsbedürfnisse des Patienten aktivieren und wichtige Informationen über die Art seiner Bindungsorganisation liefern. Die so gesammelten Informationen können zum Gegenstand der Behandlung gemacht werden. Interventionsangebote, die auf die Verbalisierung der Empfindungen des Patienten über die Beziehung zum Therapeuten abzielen, stärken das Sicherheitsgefühl des Patienten hinsichtlich der Verfügbarkeit des Therapeuten und tragen zum Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung bei. Der Schwerpunkt liegt hier auf der aktiven Rolle des Therapeuten.
- Die Förderung einer positiven therapeutischen Beziehung ist von besonderer Wichtigkeit, um die Grundlage zur Erkundung des intra- und interpersonellen Raumes des Patienten und die Basis für Veränderungen zu schaffen. In einer Mutter-Kind-Therapie fördert beispielsweise die gute therapeutische Beziehung die Empathiefähigkeit der Mutter und die Bindungssicherheit des Kindes (Lieberman et al. 1991, 1993).
- Die Qualität der Bindungsbeziehung in der frühen Kindheit hat Einfluß auf spätere Beziehungen. Die interaktiven Erfahrungen des Kindes mit seinen primären Bezugspersonen führen zu Erwartungen des Kindes darüber, wie andere Personen in bestimmten Situationen reagieren werden. Daher ist es wichtig herauszufinden, welche Erwartungen der Patient in bezug auf die Reaktionen des Therapeuten hat, und diese zum Gegenstand der analytischen Arbeit zu machen. In der Eltern-Kind-Therapie geht es um die Erwartungen der Mutter ihrem Kind und dem Therapeuten gegenüber.

5 Von der Theorie zur Praxis: Fallbeispiel

Mit dem nachfolgenden Fallbeispiel sollen die hier zusammengetragenen theoretischen Überlegungen verdeutlicht werden. Es handelt sich dabei um eine siebenstün-

dige Behandlung einer Familie mit ihrem vier Monate alten Säugling im Rahmen der Eltern-Kleinkind-Therapie. Vor der Darstellung dieser Fallvignette wird kurz auf wesentliche Aspekte der Eltern-Kleinkind-Therapie eingegangen.

5.1 Eltern-Kleinkind-Therapie und Regulationsstörungen im frühen Kindesalter

In fast jeder Familie mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren gibt es Zeiten, in denen das Kind viel weint und kaum zu beruhigen ist oder schlecht schläft und wenig Nahrung zu sich nimmt. Normalerweise gehen diese schwierigen Phasen schnell vorüber, ohne daß es eine Erklärung zur Entstehung des Problems gibt und ohne daß es einer professionellen Unterstützung bedarf. Ein geringer Teil von Säuglingen und Kleinkindern zeigt allerdings Verhaltensprobleme, die in ihrer Intensität und Dauer von der Norm abweichen oder wo das Verhalten des Kindes als problematisch zu betrachten ist. Oft handelt es sich dabei um Störungen der Verhaltensregulation (Papoušek 1998; Wolke 1999).

Nach Einschätzung von Wissenschaftlern entwickeln ca. 5-10% aller Säuglinge eine Verhaltensregulationsstörung oder weisen eine solche von Geburt an auf. Regulationsstörungen beziehen sich auf Schwierigkeiten des Säuglings und Kleinkinds, seine Befindlichkeit, sein Verhalten und seine körperlichen Prozesse zu regulieren. Sie treten im ersten Lebensjahr am häufigsten in Form von exzessivem Schreien/chronischer Unruhe, Schlafstörungen sowie in Form von Eß- und Gedeihstörungen auf. Im zweiten Lebensjahr erweitern sich die Probleme unter anderem auf Störungen der Eltern-Kind-Bindung, Geschwisterrivalität oder ausgeprägte Widerspenstigkeit, Trennungsangst und unsteuerbare Wutanfälle. Verhaltensregulationsprobleme in der frühen Kindheit sind vielfältig bedingt und können weder als rein medizinisches noch als rein psychosoziales Problem betrachtet werden. Die Entstehung von Schwierigkeiten in diesem Alter ist komplex und kann sowohl durch biologische Faktoren von seiten des Kindes und psychosoziale Bedingungen von seiten der Eltern als auch durch eine mangelhafte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld beeinflußt werden. Die Ursachen lassen sich in der Regel nicht auf einen dieser Bereiche zurückführen, sondern vielmehr auf das Zusammenwirken der einzelnen Einflußfaktoren (Papoušek 1999).

Wenn Eltern mit den Problemen ihrer Kinder nicht weiter wissen, kommt es häufig zu einer Krisensituation in der Familie. Eltern brauchen in solcher Situation professionelle Unterstützung, wie diese im Rahmen der Eltern-Kleinkind-Therapie geleistet werden kann. Die Eltern-Kleinkind-Therapie ist eine effektive Methode der Frühprävention und der Frühintervention, in der es bereits nach wenigen Sitzungen zur Besserung oder zumindest zur Minderung des vorhandenen Problems kommt. Erfahrungen in der Eltern-Kleinkind-Therapie zeigen, daß dieses Vorgehen eine wirkungsvolle und wenig zeitaufwendige Form der Unterstützung von Familien mit vorübergehenden Schwierigkeiten des Säuglings und des Kleinkindes ist. An dieser Stelle soll auf eine ausführliche Darstellung dieses Konzepts verzichtet und nur auf einige Aspekte hingewiesen werden.

Seit den Anfängen der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie (Fraiberg et al. 1975; Fraiberg 1980) hat sich eine Vielzahl therapeutischer Ansätze unterschiedlicher Theorie-

richtungen entwickelt (Cramer 1998; Dornes 1999; Hédervári-Heller 1999; v. Klitzing 1998; Papoušek 1997, 1998, 1999; Stern 1995). Die meisten dieser Konzepte lassen sich in ihrer Ausrichtung entweder als psychoanalytisch/psychodynamisch oder als interaktionistisch orientiert betrachten. Der psychoanalytische Ansatz fokussiert auf die innerpsychischen Prozesse und Repräsentanzen, wogegen der interaktionistische Ansatz die aktuelle, beobachtbare Eltern-Kind-Interaktion in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt. Auf der Grundlage einer Kombination dieser beiden Ansätze wurde der im folgenden beschriebene Fall behandelt. Dies ist ein integratives Konzept, das sowohl das beobachtbare Verhalten der Eltern und des Kindes, die Interaktion zwischen beiden, als auch die Selbst- und Objektrepräsentanzen der Eltern gleichzeitig berücksichtigt (vgl. auch Stern 1995; Suess u. Röhl 1999).

Eine Verhaltensregulationsstörung führt unabhängig vom Kernsymptom und unabhängig von den Entstehungsursachen häufig zur Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion und der Entstehung einer sicheren Bindungsorganisation des Kindes. In der Eltern-Kleinkind-Therapie, in der Mutter und Kind gleichzeitig anwesend sind, bekommt der Therapeut wichtige Informationen über das Bindungs- und Explorationsverhalten des Kindes, die Feinfühligkeit der Mutter, über Affektausdrucksverhalten von Mutter und Kind und über die Art der Affektregulierung im dyadischen System. Diese sind wichtige bindungsrelevante Inhalte, die die therapeutische Intervention strukturieren und helfen, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden. Bedingung hierfür ist ein Hintergrundwissen des Therapeuten über bindungstheoretische Konzepte sowohl in der frühen Kindheit als auch bei Erwachsenen.

5.2 *Vorstellungsgrund und anamnestische Daten*

Die junge 30jährige verheiratete Frau B. erbittet telefonisch einen Termin aufgrund einer Fütterstörung, Hyperaktivität und widerspenstigem Verhalten ihres vier Monate alten Sohnes. Die Stimme von Frau B. klingt ängstlich und verzweifelt. Nach ihren Schilderungen gewann ich den Eindruck, mit einem schwierigen Fall zu tun zu haben.

Frau und Herr B. sind seit über 10 Jahren verheiratet und wohnen in einem Einfamilienhaus am Rand einer Großstadt. Herr B. arbeitet als Handwerker und Frau B. ist Hausfrau. Die finanzielle Situation der Familie ist abgesichert, und die Eltern haben gute soziale Kontakte zu Freunden und zu Verwandten. Frau und Herr B. haben keinerlei therapeutische Erfahrung.

Zur ersten Konsultation, zu der die ganze Familie eingeladen wurde, erscheinen Frau und Herr B. allein, ohne ihren Sohn Luis (Namen geändert) und ohne die 10jährige Tochter. Die Eltern stellen sich somit in den Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens und signalisieren ihre unbewußte Einschätzung der Situation: Nicht der Sohn, sondern wir haben das Problem.

Frau und Herr B. beklagen sich, mit ihren Sorgen um das Kind allein gelassen worden zu sein. Niemand versteht sie und niemand nehme sie ernst. Sie haben schon einige Kinderärzte konsultiert, aber immer wieder hören sie dasselbe: Mit dem Kind sei organmedizinisch alles in Ordnung, und es habe keine Fütterstörung. Der Sohn sei körperlich gut entwickelt, er habe kein Untergewicht. Dies kann aber nicht sein, sagen die Eltern verzweifelt, denn Luis lehne die Milchflasche ab und weine bereits, wenn er die Flasche sieht. Egal, wer ihm die Flasche zu geben versucht, würde er „zappeln“, weinen und nichts trinken. Die ganze Familie ist in heller Aufregung, wenn

es um das Füttern von Luis geht. Mit der Löffelfütterung würde es besser klappen als mit der Flasche, aber auch diese sei schwierig. Nun ist der Punkt erreicht, daß Frau und Herr B. erschöpft und verzweifelt sind, und sie können kaum mehr Freude mit dem Kind erleben. Es sei ihnen in medizinischen Kreisen mitgeteilt worden, daß Luis ein hyperaktives Kind sei, was seine Unruhe und sein „Zappeln“ beim Füttern erkläre. Nun sind die Eltern noch mehr verunsichert, und sie haben hinsichtlich der weiteren Entwicklung von Luis große Ängste. Insbesondere ängstigt sie das lebhaftes Temperament bzw. die angebliche Hyperaktivität des Kindes. Alle Familienmitglieder seien nämlich „ruhige Menschen“, nur Luis nicht. Er habe jetzt schon „seinen eigenen Kopf“ und die Eltern befürchten, daß sie später den „lebhaften Sohn“ gar nicht mehr in den „Griff“ bekommen.

Luis sei ein Wunschkind. Die Schwangerschaft und die Geburt seien ohne Schwierigkeiten verlaufen. Luis sei als ein großes und kräftiges Baby zur Welt gekommen: Er habe 4100 g gewogen und sei 56 cm groß gewesen. Bis zu seiner siebenten Lebenswoche habe er sich gut entwickelt, bis er an Rota Virus erkrankte und 14 Tagen in einer Kinderklinik behandelt wurde. Frau B. sei von morgens früh bis abends spät bei ihm gewesen. Während des Klinikaufenthalts habe Frau B. Luis ohne Probleme abgestillt. In der Klinik habe er die Flasche gut angenommen und habe keinerlei Anzeichen einer Fütterstörung gezeigt, bis zu seiner Entlassung. Zu Hause fing er an, die Milchflasche zu verweigern und während der Fütterung heftig zu weinen und zu „zappeln“. Sein problematisches Verhalten sei unabhängig von der Person, die ihn füttere.

Das anamnestische Gespräch ergab, daß Herr B. selbst als Kind eine Fütterstörung hatte. Er sei ein „schlechter Esser“ gewesen. Die 10jährige Tochter habe sich ohne Auffälligkeiten entwickelt. Über die Kindheit von Frau und Herr B. ist wenig zu erfahren, außer, daß sie eine „sehr schöne Kindheit“ hatten. Auch in den Nachfolgegesprächen bestätigte sich der Eindruck, daß Frau und Herr B. über wenig Retrospektionsfähigkeit verfügen und sich bisher kaum mit ihrer eigenen Lebensgeschichte auseinandergesetzt haben. Der starke Leistungsdruck und ihre Bereitschaft, sich mit der aktuellen Problematik des Sohnes zu beschäftigen, boten dennoch ausreichend günstige Bedingungen für eine therapeutische Arbeit.

Hinsichtlich des Affekterlebens der Eltern hat sich während der ersten Sitzung herausgestellt, daß Trauer und Hilflosigkeit ihre leitenden Affekte sind. Wut und Ärger können nicht zugelassen werden, sondern sie werden verdrängt. Somit ist es verständlich, daß Frau und Herr B. die Protestreaktionen von Luis und sein lebhaftes Temperament als etwas Fremdes und Bedrohliches erleben und zur gemeinsamen Regulierung der negativen Affekte von Luis wenig beitragen können.

5.3 Die therapeutische Intervention

Zum Abschluß der ersten Konsultation wurde mit den Eltern das weitere Vorgehen der gemeinsamen Zusammenarbeit besprochen und vereinbart, neben den Gesprächen Videoaufnahmen über die Füttersituation mit Luis im Behandlungsraum zu drehen und diese für gemeinsame Diskussionen zu nutzen. Frau und Herr B. waren mit dem Vorschlag ohne zu zögern einverstanden. Die Teilnahme von Herrn B. an weiteren Terminen war aus beruflichen Gründen nicht möglich. Es wurde beschlossen, die therapeutischen Sitzungen mit Frau B. und mit Luis allein fortzusetzen.

Es fanden insgesamt sieben Gesprächstermine, teils mit und teils ohne die Anwesenheit des Kindes, statt. Herr B. nahm an der ersten Sitzung teil und bedauerte, den Prozeß nur aus der „Ferne“ begleiten zu können. Er fand es aber wichtig, daß seine Frau, die für die Betreuung des Kindes eigentlich zuständig sei, weitere Termine wahrnehme. Vor Beginn der therapeutischen Maßnahme (zweite Sitzung) und am Ende (fünfte Sitzung) sind Videoaufnahmen von den Fütter- und

Spielinteraktionen gemacht worden. Die Entscheidung über das Ende der therapeutischen Intervention wurde gemeinsam mit Frau B. in der Phase getroffen, als das Symptom des Kindes nicht mehr bestand und Frau B. die irrationalen Ängste um das Kind verlor und sich in der Fütterungssituation mit Luis sicher genug fühlte. Zu dem Zeitpunkt hatte sie auch ein positiveres Bild von ihrem Sohn aufgebaut. Die Dauer der einzelnen Sitzungen schwankte zwischen einer und eineinhalb Stunden, die therapeutische Intervention betrug insgesamt sieben Wochen. An der letzten Sitzung sollte auch Herr B. teilnehmen, was aber aus beruflichen Gründen erneut scheiterte.

Die Ergebnisse der anamnestischen Erhebungen und der Videoanalyse wiesen auf eine Irritation der Fütterinteraktion, eine beginnende Fütterstörung sowie auf eine beginnende Unsicherheit in der Mutter-Kind-Bindung hin. Auslöser dieser Irritationen war eine ernsthafte Erkrankung des Kindes und die fehlende psychische Unterstützung der Eltern hinsichtlich ihrer Sorgen und ihrer Ängste um das Kind. Inwiefern die eigenen Bindungserfahrungen der Eltern aus ihrer Kindheit bei der Entstehung des geschilderten Konflikts eine Rolle gespielt haben blieb im Verborgenen. Die mangelnde Introspektions- und Retrospektionsfähigkeit der Eltern ließen im Rahmen dieser Kurzzeitbehandlung kaum die Möglichkeit, über die eigenen Kindheitserfahrungen der Eltern ausreichend zu reflektieren. Ihre unbewußte Botschaft lautete: Das Hier-und-Jetzt ist wesentlich und die Vergangenheit aus der eigenen Kindheit ist nebensächlich. Aus dieser Ausgangsposition heraus erfolgte eine therapeutische Intervention, die die unbewußte Botschaft der Eltern und die Anpassungsmöglichkeiten der Therapeutin, ihren eigenen therapeutischen Ansprüchen auch gerecht zu werden, gleichzeitig berücksichtigte. Ein integratives therapeutisches Vorgehen in der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bedarf einer Flexibilität des Therapeuten, mit unterschiedlichen Konzepten – z.B. psychodynamisch und interaktionistisch geleitet – umzugehen, ohne dabei das Gefühl zu entwickeln, die eigene Berufsidentität aufzugeben.

Der therapeutische Rahmen des hier geschilderten Fallbeispiels umfaßte eine integrative Vorgehensweise, bestehend aus der interaktionistisch und psychodynamisch orientierten therapeutischen Intervention – beide eingebettet in einen bindungstheoretischen Kontext. Im einzelnen handelte es sich dabei um folgende Schwerpunkte: (1) Die psychodynamischen Elemente beinhalten tiefenpsychologisch orientierte Gespräche über die Ängste und Phantasien der Eltern hinsichtlich der Fütterstörung des Kindes, das Erleben von sich selbst als Mutter/Vater, über das Temperament des Kindes, über Kindheitserfahrungen der Eltern sowie die Psychodynamik des Konflikts. Therapeutisches Ziel war unter anderem, die Repräsentanzen der Mutter von sich selbst, vom Kind und von der Beziehung zum Kind zu erfassen. (2) Nach dem interaktionistischen Ansatz wurde anhand von zwei Videoaufnahmen (vor und nach der Intervention) gemeinsam mit Frau B. die Mutter-Kind-Interaktion analysiert. Das Videofeedback diente zur Wahrnehmung des kindlichen und des mütterlichen Verhaltens sowie dessen Veränderung im therapeutischen Prozeß. Der Fokus lag im Sinne der interaktionistischen Behandlungstechnik auf der Hervorhebung von positiven Interaktionsmustern. Die Videoanalyse wurde zusätzlich für die Entwicklungs- und Erziehungsberatung genutzt. Therapeutisches Ziel hierbei war es, durch Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion Einfluß auf die verzerrte Wahrnehmung der Mutter von ihrem Kind zu nehmen und ihr Verhalten im Umgang mit dem Kind zu verändern, ohne sie dabei zu kritisieren.

5.4 Interpretation der Ergebnisse der tiefenpsychologisch fundierten Gespräche und der Interaktionsbeobachtungen

Die tiefenpsychologisch fundierten Gespräche deuteten auf ein schwaches Selbstbild der Mutter, das durch Hilflosigkeit, Ohnmacht und das Gefühl von mangelnder Kom-

petenz sowie von eigener Wirkungslosigkeit charakterisiert ist. In ihrem Affekterleben dominiert die Angst um den Gesundheitszustand des Kindes und um sein Leben sowie die Zukunftsangst, das Kind nicht „im Griff“ zu haben. Das Bild, das die Mutter von ihrem Kind internalisierte, deutete auf eine verzerrte Wahrnehmung der Mutter, die das Kind als aggressiv und hyperaktiv erscheinen ließ, als jemand, der bereits mit vier Lebensmonaten „seinen eigenen Kopf“ durchsetzen will. In der Beziehung zum Kind fühlte sich die Mutter vom Kind abgelehnt.

Die Beobachtung der ersten Füttersituation vor der Intervention ergab eine problematische Mutter-Kind-Interaktion, die weniger aufgrund des kindlichen Verhaltens als vielmehr aufgrund der mütterlichen Reaktionen und einer falschen Interpretation der Signale des Kindes zu erklären sind. Frau B. hielt Luis liegend auf ihrem Schoß und wirkte während der gesamten Fütterzeit sehr angespannt. Sie wechselte häufig zwischen dem Füttern mit dem Löffel und der Flasche, sprach wenig mit ihrem Sohn, registrierte kaum seine Signale und ihr Füttertempo war auffallend schnell und hektisch. Frau B. hatte Luis „fest im Griff“, so daß er seine Arme nicht frei bewegen konnte. Immer, wenn Frau B. Luis fester an sich drückte, gingen die Arme und die Beine von Luis mit. Dieses wurde von Frau B. als „Zappeln“ und als ein Anzeichen von Hyperaktivität interpretiert, von der Therapeutin jedoch als eine berechtigte Reaktion von Luis, sich von der einengenden Körperposition zu befreien, verstanden. Eine weitere Szene verdeutlicht noch mehr, wie es zu immer wiederkehrenden „Entgleisungen“ in der Mutter-Kind-Interaktion kommen konnte. Während der Videoanalyse beschreibt Frau B. ihre Einschätzung der Füttersituation, die sie insgesamt als positiv interpretiert. Sie ist selbst sehr erstaunt über das Eßverhalten von Luis. Er hätte nämlich im Gegensatz zu ihren Erwartungen doch „ganz gut und viel gegessen“. Frau B. fühlte sich selbst auch wohl und entspannt, außer wenn Luis nach dem Löffel griff. Dieses erlebte sie als ein Desinteresse von Luis an der Nahrung, als eine Unfähigkeit, sich auf das Essen zu konzentrieren. Daraufhin reagierte Frau B. mit Angst, daß Luis zu wenig Nahrung zu sich nehme, und beschleunigte ihr bereits hohes Tempo beim Füttern. Aufgrund der früheren lebensbedrohlichen Erkrankung des Sohnes ist die Empfindlichkeit von Frau B. nachzuvollziehen, wenn auch diese auf der Handlungsebene als keine adäquate Reaktion zu werten ist. Hinzu kommt die gegensätzliche Interpretation der Therapeutin, daß Luis nicht nach dem Löffel greift, weil er kein Interesse mehr an der Nahrung hat, sondern im Gegenteil, weil er damit signalisiert, am Eßvorgang beteiligt werden zu wollen. Frau B. konnte diese Interpretation, ohne sich in ihrem Verhalten kritisiert zu fühlen, annehmen und Veränderungen bei der Füttersituation zulassen.

Die Füttersituation, die Luis bis zu der ersten Videoanalyse von Tag zu Tag erlebte, war mit unangenehmen Erfahrungen verbunden. Erfahrungen, die Erinnerungsspuren hinterlassen haben könnten, wie z.B.: Ich werde mit meinen Interessen nicht ernst genommen, meine Signale werden falsch interpretiert und beantwortet. Oder: Ich möchte nicht gefüttert werden, da ich in meiner Bewegungsfreiheit eingeengt werde. Ohne eine therapeutische Intervention wäre es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer negativ assoziierten generalisierten Interaktionserfahrung (RIG), zum Aufbau einer unsicheren Bindungsbeziehung zur Mutter und wahrscheinlich zu einer Eßstörung des Kindes gekommen.

5.5 *Ergebnisse der therapeutischen Intervention und Zusammenfassung*

Am Ende der therapeutischen Intervention kam es zu Veränderungen der Repräsentanzen der Mutter, was in ihrem Verhalten und in der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion deutlich wurde. Luis darf sich nun aktiv an der Essenssituationen beteiligen: Er nimmt sich kleine „Happen“ in die Hand, und er trinkt selbständig aus der Flasche. Er weint nicht mehr während des Fütterns. Luis, mittlerweile fast sechs Monate alt, hat innerhalb von einer Woche 300 g zugenommen, und er hat angefangen zu krabbeln. Frau B. ist erleichtert über die rasche Entwicklung und Gewichtszunahme ihres Sohnes. Sie hat ihre Ängste hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Kindes abgebaut und schätzt ihren Sohn im Gegensatz zu früher nicht mehr als hyperaktiv ein. Sie sagt: „Ich habe mich damit abgefunden, daß mein Kind wenig ißt und daß er ein aktives und temperamentvolles Kind ist.“ Mit der Menge der Nahrung, die Luis zu sich nahm, konnte sich Frau B. noch lange nicht abfinden, sie setzte ihren Sohn jedoch im Gegensatz zu früher nicht mehr unter Druck.

Nun möchte ich auf die Anmerkungen der Mutter, wie sie die siebenstündige Behandlung selbst beurteilt, eingehen. Bei der Frage nach der Wirksamkeit der unterschiedlichen psychotherapeutischen Techniken (psychodynamisch oder interaktionistisch geleiteten) geht es oft darum, wie die Eltern auf die unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen ansprechen und welchen Nutzen sie daraus ziehen. In dieser Hinsicht ist die Befragung von betroffenen Eltern unmittelbar nach einer Behandlung eine wenig aufwendige und effektive Methode, um die therapeutischen Wirkfaktoren aus der Sicht der Eltern zu erfahren und mit den Einschätzungen des Therapeuten zu vergleichen. Ob auf diese Art und Weise objektiv überprüfbare Daten gewonnen werden, bleibt zunächst dahingestellt. Bezogen auf das hier vorgestellte Fallbeispiel hat die Mutter die Anregung angenommen, den therapeutischen Prozeß aus ihrer Sicht zu schildern und sie konzentrierte sich auf die folgende Inhalte:

Frau B. erwähnte an erster Stelle, daß sie und ihr Mann nach der ersten Sitzung über die Art der Beratung, die zunächst psychodynamisch geleitet verlief, etwas verunsichert waren. Sie fragten sich: Wo sind wir denn hier gelandet. Gleichzeitig aber haben sie auch festgestellt, daß sie nach dem Gespräch erleichtert waren, erleichtert, verstanden und mit ihren Problemen ernst genommen worden zu sein. Damit signalisiert Frau B. intuitiv, daß die psychodynamische therapeutische Technik für sie sehr fremd war, jedoch konnte sie diese Erfahrung gut annehmen. Ansonsten hätte sie daraufhin die nachfolgenden Sitzungen abgesagt. Die Therapeutin hat ihrerseits die Signale der Eltern, sich hauptsächlich mit der Gegenwart zu befassen, ernst genommen und ihren therapeutischen Fokus darauf abgestimmt. Aus bindungstheoretischer Sicht haben wir es hier nicht mit Widerstand gegen die Behandlung zu tun, sondern mit mangelnder Introspektionsfähigkeit und Erfahrung der Eltern, sich mit inneren Prozessen zu befassen. Die Eltern konnten trotz allem bereits in der ersten Sitzung die Therapeutin als eine sichere Basis nutzen. Von dieser emotional sicheren Basis aus ist ihre Neugier für die Behandlung geweckt worden, ebenso ihre Bereitschaft, die Problematik mit ihrem Säugling „mental zu explorieren“ und Veränderungsprozesse zuzulassen. Frau B. berichtete über ihre Funktion als „Kotherapeutin“ (Interpretation der Therapeutin) zu

Hause, indem sie versuchte, Einfluß auf ihrem Mann im Umgang mit Luis bei der Fütterungssituation zu nehmen, d.h. Luis über die Menge der Nahrung selbst entscheiden zu lassen und ihn nicht unter Druck zu setzen. In den Behandlungsstunden hat es Frau B. besonders gut gefallen, daß die Fütterstörung des Kindes und ihr Problem damit auch aus der Sicht des Kindes betrachtet wurde. So gewann sie Distanz zu sich selbst, und sie fühlte sich entlastet. Weitere Aspekte hob Frau B. hervor, die mit der Mutter-Kind-Interaktion und ihrer veränderten Wahrnehmung über das Verhalten des Kindes zu tun haben. Diesbezüglich hat sie den positiven Einfluß der Videoanalysen auf ihre Wahrnehmung des Kindes und auf ihre eigene Reaktionen betont und die Erleichterung, „kleine Tips“ im Umgang mit dem Kind bekommen zu haben. Dahinter verbirgt sich das bindungstheoretisch geleitete therapeutische Ziel, die Feinfühligkeit der Mutter zu stärken und so Einfluß auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion zu nehmen. Mit der therapeutischen Unterstützung kam es zu einer gemeinsamen Regulierung der zukunftsbezogenen und die Entwicklung des Kindes betreffenden Angst der Eltern. Die gelungene Affektregulierung führt nun zur emotionalen Sicherheit und Zufriedenheit der Eltern im Umgang mit dem Kind und fördert die Entstehung einer sicheren Bindung in der Eltern-Kind-Beziehung.

Bei einer differenzierteren Betrachtung ist der Nutzen der Bindungstheorie für die therapeutische Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern mehr auf der theoretischen Ebene als auf der praktischen nachvollziehbar. Für die Zukunft wird es sicherlich nötig sein, komplizierte bindungstheoretische Forschungsmethoden für die therapeutische Arbeit so zu modifizieren, daß diese ohne aufwendige Trainingsprogramme angewandt werden können. Therapeutische Arbeit in der Eltern-Kleinkind-Therapie bedeutet vor allem Beziehungsarbeit, und zwar unabhängig von der theoretischen Fokussierung. In dem Maße in dem es dem Therapeuten gelingt, die Basis für eine sichere therapeutische Bindungsbeziehung zu schaffen, gelingt es den Eltern, ihre Funktion, eine sichere Basis für ihr Kind zu sein, auch in der therapeutischen Situation wahrzunehmen.

Literatur

- Atkinson, L.; Zucker, K. (Hg.) (1997): Attachment and psychopathology. New York: Guilford.
- Balint, A. (1939/1969): Liebe zur Mutter und Mutterliebe. In: Balint, M. (Hg.): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 103-119.
- Beebe, B.; Lachmann, F.; Jaffe, J. (1997): Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues. Anal. Journal of Relational Perspectives* 7: 133-183.
- Bowlby, J. (1969/1975): Bindung: eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1973/1976): Trennung: psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1980/1983): Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bowlby, J. (1988): A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
- Brisch, K.H. (1999): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bretherton, I. (1985): Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monogr. of the Soc. for Res. in Child Dev.* 50: 3-35.

- Buchheim, A.; Brisch, K.H.; Kächele, H. (1998): Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48: 128-138.
- Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Hg.) (1999): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford.
- Cramer, B. (1998): Mother-infant psychotherapies: A widening scope in technique. *Infant Mental Health Journal* 19: 151-167.
- Crittenden, P.M. (1990): Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal* 11: 259-277.
- Crittenden, P.M. (1999): Klinische Anwendung der Bindungstheorie bei Kindern mit Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen. In: Suess, G.J., Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): *Frühe Hilfen*. Gießen: Psychosozial, S. 86-106.
- Dornes, M. (1998): Bindungstheorie und Psychoanalyse: Konvergenzen und Divergenzen. *Psyche* 52: 299-348.
- Dornes, M. (1999): Formen der Eltern-Kleinkind-Beratung und -Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 1, 31-55.
- Dornes, M. (2000): *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Eagle, M. (1995): The Developmental Perspectives of Attachment and Psychoanalytic Theory. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (Hg.): *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press, S. 123-150.
- Endres, M.; Hauser, S. (Hg.) (in Vorbereitung): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R.; Mattoon, G.; Targot, M. (1995): Attachment, the Reflective Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (Hg.): *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hillsdale: Analytic Press, S. 233-278.
- Fonagy, P. (1998): Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. In: Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Hg.): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford, S. 595-624.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14: 387-422.
- Fraiberg, S. (1980): *Clinic studies in infant mental health: the first year of life*. New York: Basic Books.
- Fremmer-Bombik, E. (1995): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, G.; Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 109-120.
- Freud, S. (1917/1980): *Allgemeine Neurosenlehre. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hédervári, É. (1996): Therapeutische Implikationen des Bindungskonzeptes für die psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Analytische Kinder – und Jugendlichen-Psychotherapie* 91: 227-239.
- Hédervári-Heller, É. (1999): Bindungstheorie und „Eltern-Kind-Therapie“: Ein Fallbeispiel. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): *Frühe Hilfen*. Gießen: Psychosozial, S. 200-221.
- Hédervári-Heller, É. (in Vorbereitung): Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. In: Endres, M., Hauser, S. (Hg.): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- v. Klitzing, K. (Hg.) (1998): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Köhler, L. (1995): Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Spangler, G., Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 67-86.
- Köhler, L. (1999): Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): *Frühe Hilfen*. Gießen: Psychosozial, S. 107-140.
- Krause, R. (1998): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 2: Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lieberman, A.F.; Weston, D.R.; Pawl, J.H. (1991): Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 62: 199-209.
- Lieberman, A.F.; Pawl, J.H. (1993): Infant-parent psychotherapy. In: Zeanah, C. (Hg.): *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford, S. 427-442.

- Main, M.; Goldwyn, R. (1992): Adult Attachment Scoring and Classification System. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Main, M. (1995): Recent studies in attachment. Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, J. (Hg.): Attachment theory. Social, developmental, and clinical perspectives. Hillsdale, NJ: Analytic Press, S. 407-474.
- Papoušek, M. (1997): Entwicklungsdynamik und Prävention früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehung. Analytische Kinder und Jugendlichen-Psychotherapie 93: 5-30.
- Papoušek, M. (1998): Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: v. Klitzing, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 88-119.
- Papoušek, M. (1999): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, R.; von Haagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 148-169.
- Scheuerer-Engelisch, H. (1999): Bindungsdynamik im Familiensystem und familientherapeutische Praxis. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): Frühe Hilfen. Gießen: Psychosozial, S. 141-164.
- Stern, D. (1977/1997): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1985/1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1995/1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauß, B.; Schmidt, S. (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. Psychotherapeut 42: 1-16.
- Suess, G.; Röhl, J. (1999): Die integrative Funktion der Bindungstheorie in Beratung/Therapie. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): Frühe Hilfen. Gießen: Psychosozial, S. 165-199.
- Tulving, E. (1985): How many memory systems are there? American Psychologist 40: 385-398.
- Wolke, D. (1999): Interventionen bei Regulationsstörungen. In: Oerter, R.; von Haagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 351-380.
- Zeanah, C.H.; Mammen, O.K.; Lieberman, A.F. (1993): Disorders of attachment. In: Zeanah, C.H. (Hg.): Handbook of infant mental health. New York: Guilford, S. 332-349.

Anschrift der Verfasserin: Dr. Éva Hédervári-Heller, Institut für Medizinische Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt.