

Naumann-Lenzen, Michael

## **Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 8, S. 595-619*

urn:nbn:de:bsz-psydok-44627

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness) . . . . .	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders) . . . . .	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy) . . . . .	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped) . . . . .	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling) . . . . .	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services) . . . . .	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation) . . . . .	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view) . . . . .	777

## Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry) . . . . .	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia) . . . . .	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) . . . . .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results) . . . . .	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context) . . . . .	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal) . . . . .	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness) . . . . .	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test) . . . . .	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions) . . . . .	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children) . . . . .	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?) . . . . .	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources) . . . . .	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease) . . . . .	17

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry) . . . . .	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality) . . . . .	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents) . . . . .	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children) . . . . .	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints) . . . . .	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study) . . . . .	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy) . . . . .	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches) . . . . .	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments) . . . . .	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg) . . . . .	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?) . . . . .	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety) . . . . .	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school) . . . . .	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies) . . . . .	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood) . . . . .	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches) . . . . .	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations) . . . . .	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options) . . . . .	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy) . . . . .	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems) . . . . .	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior) .....	440
---	-----

### Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle) .....	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley) .....	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin) .....	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke) .....	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski) .....	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer) .....	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg) .....	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber) .....	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff) .....	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupp, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl) .....	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner) .....	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke) .....	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel) .....	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer) .....	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz) .....	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch) .....	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch) .....	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel) .....	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich) .....	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken) .....	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. ( <i>D. Gröschke</i> )	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> )	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. ( <i>G. Gröschke</i> )	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. ( <i>W. Schweizer</i> )	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. ( <i>L. Unzner</i> )	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. ( <i>L. Unzner</i> )	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. ( <i>D. Gröschke</i> )	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. ( <i>E. Butzmann</i> )	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> )	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> )	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. ( <i>L. Unzner</i> )	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. ( <i>K. Sarimski</i> )	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. ( <i>K. Sarimski</i> )	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. ( <i>D. Irblich</i> )	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. ( <i>D. Irblich</i> )	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> )	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie ( <i>D. Gröschke</i> )	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. ( <i>L. Unzner</i> )	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. ( <i>M. Hirsch</i> )	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. ( <i>J. Schweitzer</i> )	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. ( <i>L. Unzner</i> )	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. ( <i>L. Unzner</i> )	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. ( <i>K. Mauthe</i> )	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. ( <i>K. Mauthe</i> )	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. ( <i>L. Unzner</i> )	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. ( <i>K. Sarimski</i> )	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. ( <i>B. Helbing-Tietze</i> ) . . . . .	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. ( <i>Ch. v. Bülow-Faerber</i> )	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	823

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	465

Editorial / Editorial . . . . .	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates. . . . .	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements . . . . .	69, 139, 212, 472, 651, 750

# Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungs- desorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen<sup>1</sup>

Michael Naumann-Lenzen

## Summary

Early, repeated traumatization, attachment disorganization and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options

Self-Psychology, as a segment of contemporary psychoanalysis, can claim merit as to having included the vastly accrued body of knowledge of pertinent fields of the human sciences into their clinical reasoning. This, in turn, has set forth a rebound effect which eventually has contributed to Psychoanalysis' still ongoing exodus from its long-lasting "splendid isolation". By presenting selected findings pertaining to attachment- and neuroscientific trauma-research, the author aims at hypothesizing with reference to the interface of early ontogenic attachment disorganization, onset of dissociative disorders and graded traumatic impact. Finally, in considering clinical relevance of the data, the author opts for composite strategics i.e. measures embedded in an overall psychodynamic treatment stance inclusive of occasional employ of EMDR and hypnotherapeutic interventions.

**Keywords:** traumatization – attachment disorganization – dissociation – developmental psychopathology – treatment

## Zusammenfassung

Innerhalb der modernen Psychoanalyse hat der selbstpsychologische Paradigmenwechsel entscheidend dazu beigetragen, dass Befunde anderer Humanwissenschaften rezipiert wurden und es darüber zu einer Lösung der Psychoanalyse aus ihrer *Splendid Isolation* kommt. Die hier vorgestellten, ausgewählten Befunde aus der Bindungs- und neurologisch orientierten Traumaforschung sollen den Zusammenhang von frühkindlicher Bindungs-Desorganisation, einsetzenden dissoziativen Störungen und andauernder, graduell unterschiedlicher Traumatisierung beleuchten. Im Anschluss daran werden Behandlungsoptionen unter dem Gesichtspunkt

---

<sup>1</sup> Ich beschränke mich ausdrücklich auf *beziehungsinduzierte* Belastungen (bis hin zu Traumatisierungen), da ich in diesem Beitrag auf die Rolle von Bindungsdesorganisation und dissoziative Strategien eingehen werde. Beides entsteht fast ausschließlich im Kontext bedeutsamer Beziehungen.

von Verfahrenskombination im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie erörtert (EMDR, Hypnotherapie).

**Schlagwörter:** Traumatisierung – Bindungsdesorganisation – Dissoziation – Entwicklungspsychopathologie – Psychotherapie

The more I know about how we are designed to function – what neurophysiology, infant research, affect theory, cognitive psychology, semantics, information theory, evolutionary biology, and other pertinent disciplines can tell me about human development – the better I am prepared to be empathic with a patient's communication at a particular time in his or her treatment (Basch 1995, S. 372).

## 1 Einleitung

Wie bei kaum einem zweiten klinischen Syndrom, hat die Beschäftigung mit den klinischen Herausforderungen durch traumainduzierte Störungsbilder in den letzten zehn Jahren zu einer Rezeptionshausse außeranalytischer Befunde in der psychoanalytischen Community beigetragen. Als besonders rezeptionsaktiv erwiesen sich hierbei Vertreter der selbstpsychologischen Tradition oder solche, die ihr nahe standen. Sie lösten sich als erste nennenswerte inneranalytische Gruppierung von metapsychologischen Konstrukten, die eine Integration der Befunde aus den von Basch (s.o.) oben erwähnten, angrenzenden Forschungsbereichen bislang verhindert hatten. Eine für die Psychoanalyse bahnbrechende katalytische Rolle spielte hierbei historisch die Säuglings- und Bindungsforschung, da diese sich seit langem routinemäßig der Paradigmen und Erkenntnisse aus angrenzenden Gebieten bediente. Diese wurden nun gleichsam mitimportiert. Stellvertretend für diesen Trend sei Daniel Sterns *Interpersonal World of the Infant* (Stern 1985) genannt, und dort insbesondere das zehnte Kapitel mit grundsätzlichen, aus den empirischen Befunden abgeleiteten, metapsychologischen Revisionsvorschlägen.<sup>2</sup>

Die frühe Selbstpsychologie hatte ihre theoretischen Formulierungen zunächst unabhängig von der Bindungstheorie oder der empirischen Säuglingsforschung ausgearbeitet. Sie gelangte über klinische Fragestellungen, die den realtraumatischen und relationalen Aspekt in Ätiologie und Pathogenese von Störungsbildern betonten (empathic failure), zu einem modifizierten Konzept des therapeutischen Rapports – am deutlichsten im Konzept des (elterlichen und therapeutischen) Selbstobjekts und dessen Funktion beim Gelingen oder Scheitern von entwicklungsför-

<sup>2</sup> Damit durchbrach die Psychoanalyse erstmals seit langem wieder das Forschungs-Klinik-Junktim, das sie über Jahrzehnte in eine stagnative *Splendid Isolation* geführt hatte, ohne die Möglichkeit, effektiv am wissenschaftlichen Fortschritt teilzuhaben oder diesem ihrerseits Impulse zuzuführen.

derlichen Selbstobjekterfahrungen. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei optimale Frustration, empathische Abstimmung und umwandelnde Internalisierung (Kohut 1974, 1975, 1981) – klinische Konstrukte, deren Nähe zu den secure-base-Formulierungen der Bindungstheorie (beispielsweise der „mütterlichen Feinfühligkeit“) offensichtlich ist. Dem Kohut'schen Selbstkonzept ist zum einen der Gedanke der Selbst- und Affektregulation immanent (explizit dann in der Ausarbeitung durch seine Schüler), sowie die Überzeugung, dass erfolgreiche Adaption in der Ontogenese eines regulierenden äußeren Objektes bedarf, welches auf den unterschiedlichen funktionellen Entwicklungs- und motivationalen Ebenen (Lichtenberg 1989; Lichtenberg et al. 1992), in Abstimmung auf phasenspezifische und situative Erfordernisse, die biopsychosoziale, homöostatische Balance des Kindes gewährleistet, damit der regelgerechte Übergang von Außen- zu Innensteuerung vorankommt. Konkordante Ansichten wurden, etwa zur selben Zeit von Winnicott (1979, 1984) und Bowlby (1983, 1986) vorgetragen.

Dieser relational-regulative („ökologische“) Aspekt kindlicher Entwicklung bezeichnet die gemeinsame operative Schnittstelle, an der die Ergebnisse der von Basch erwähnten Forschungsbefunde aus den verschiedenen Bereichen integriert werden können. Der Fall der Traumatisierungsstörungen ist hierfür in exemplarischer Weise geeignet, da hier, durch äußere Einflüsse angestoßen, die Entwicklung auf wesentlichen biopsychischen (Kognition, Affektregulation, Selbstempfinden, physiologisches Gleichgewicht) und interpersonellen (Bindung und soziale Kompetenz) Organisationsebenen entgleist.

## 2 Frühe, andauernde Traumatisierung und „neuronale Schicksale“

Es besteht Übereinstimmung darin, dass – im Unterschied zu einer Traumatisierung, die ein ausgereiftes Gehirn trifft – die verheerenden Auswirkungen ontogenetisch früher und serieller Traumatisierungen darin gründen, dass diese Erfahrungen einem Gehirn bzw. einem biopsychischen Organismus zugefügt werden, der sich im Prozess reifender Selbstorganisation befindet. In „kritischen“ und „sensiblen“ Entwicklungsperioden (Immelmann u. Suomi 1982) kommt es dadurch wiederholt zu einem Mangel an sensorischen Erfahrungen während dieser Perioden (z.B. Vernachlässigung/Unterstimulation) oder zu atypischen oder abnormen Mustern neuronaler Aktivierung aufgrund extremer Erfahrungen (z.B. Kindesmisshandlung) (Perry et al. 1995, S. 276). Gemäß dem Prinzip der „gebrauchsabhängigen Entwicklung und Organisation des Gehirns“ (Perry et al. 1995, S. 276) werden die abnormen biobehavioralen und mental-affektiven-organismischen „states“, die mit andauernder Traumatisierung einhergehen, zunehmend leichter auslösbar. Dies führt im Ergebnis dazu, dass diese states epigenetisch zu „traits“ kristallisieren. Das heißt, sie werden, je häufiger sie direkt ausgelöst oder assoziativ aktiviert werden (priming), nicht nur die mentale „Software“, sondern die „Hardware“, die Mikroarchitektur des ZNS und des ANS bleibend verändern. Dies beeinträchtigt vor allem die affekt-, stress- und aufmerksamkeitsregulativen Kompetenzen und damit die Fähigkeit zu Mentalisierung.

Diese Kompetenzen werden unter der Voraussetzung einer hinreichend guten Interaktion zwischen früher Pflegeperson und Kind entwickelt und sind von einem Mechanismus bestimmt, den Fonagy (2002, S. 308) als den „Interpersonellen Interpretativen Mechanismus (IIM)“ bezeichnet. Bogdan (1997) zitierend, definiert er diesen Mechanismus als die Fähigkeit zur „Interpretation“ im Sinne einer „wechselseitigen Sinn-Attribution von Organismen in biologisch bedeutsamen Kontexten“ (2002, S. 308). Weiterhin werden diese wiederholten, stress-assoziierten states die Qualität der nachfolgenden Bindungsorganisation und die Organisation des Selbstempfindens nachhaltig beeinflussen. Wenn Fonagy nun den Erwerb der Fähigkeit zu angemessener (affektiver) Selbstregulierung, welche Folge einer gelungenen Mutter-Kind-Interaktion ist, in das Zentrum seiner Überlegungen stellt, so bewegt er sich damit im Hauptstrom gegenwärtiger Konzeptualisierung: Zunehmend avanciert das *Regulationskonzept* zum Bindeglied zwischen somatisch und psychisch-mental orientierten Sichtweisen und lässt so die Idee einer vereinheitlichten biopsychosozialen Sichtweise von Psychopathologie entstehen (Damasio 1997; 2002; Cichetti u. Cohen 1995, S. 3ff.; Pennington u. Welsh 1995, S. 254ff.; Izard u. Harris 1995, S. 467ff.). Mit Bezug auf das Diathese-Stress-Konzept, welches das Zusammenwirken von Anlage-Umwelt-Faktoren in der Ätiologie psychischer und somatischer Störungen hervorhebt, postuliert Schore (2002, S. 14), „dass neuere theoretische Modelle, welche die Neurologie affektiver Entwicklung, die Bindungstheorie, den neuesten Stand der Grundlagenforschung in der biologischen Psychiatrie über Stress-Mechanismen, sowie die gegenwärtigen psychophysiologischen Erkenntnisse bezüglich der Überlebensfunktionen des ANS miteinander verbinden, uns ein besseres Verständnis derjenigen Mechanismen vermitteln können, durch die frühkindliche Traumatisierung massiv zu Dysregulation und Wandel rechtshemisphärischer Entwicklung beiträgt. Dies mündet in einer unreifen Persönlichkeitsorganisation mit vulnerablen Coping-Fähigkeiten, mit einer für PTSD charakteristischen Neigung zu pathologischer Übererregung und Dissoziation bei Hinzutreten weiterer Stressoren.“

Schore äußert damit die Überzeugung, dass drei Prozesse: (1) peri- und posttraumatische Kondition, (2) Bindungsdesorganisation sowie (3) dissoziative Störungsbilder sich von dieser *synoptischen Warte* aus in ihrer Arbeitsweise innerhalb eines einzigen Paradigmas – *Entgleisen internaler und interpersoneller Regulation* – beschreiben lassen.

Infolge serieller Traumatisierungen<sup>3</sup>, insbesondere während der frühen „kritischen“ Phasen der Hirnreifung kommt es gleichsam zu einer „Sklerotisierung“ oder „Prägung“ in wesentlichen neuronalen Funktionsbereichen – womit metaphorisch der relative Verlust an Plastizität (Beeinflussbarkeit) dieser Bereiche durch nachfolgende – z.B. potentiell adaptiv korrigierende und/oder therapeutische – Erfahrung angedeutet werden soll (Perry et al. 1995, S. 277).

Aus dem Bereich der Forschungen zur Entwicklungspsychopathologie (Cichetti u. Cohen 1995; Fraiberg 1980; Atkinson u. Zucker 1997; Zeanah 1993; Sameroff u.

<sup>3</sup> Ich beschränke mich auf ausgewählte Aspekte und verweise auf Überblicke bei Fischer und Riedeser (1998), van der Kolk et al. (1996), Hofmann (1999) sowie die Beiträge in dem Sammelband „Körper, Seele, Trauma“ (Streeck-Fischer et al. 2001).

Emde 1989; Meisels u. Shonkoff 1995; Greenspan 1997; Development and Psychopathology 1999) und der Bindungsforschung liegen uneinheitliche Ergebnisse vor, was die Vorhersagekraft von Bindungsstil und spätere Fehlanpassung, Psychopathologie und Persönlichkeit betrifft. Am deutlichsten besteht der Zusammenhang bei Bindungsdesorganisation. Fonagy und Target (2002, S. 310) resümieren: „Die Vorhersagefähigkeit für spätere Psychopathologie bei unsicher-desorganisierter Bindung ist in den Hochrisiko-Stichproben am stärksten, wo eine Vorgeschichte desorganisierter Bindung, in Kombination mit mindestens einem weiteren schweren Risikofaktor (z.B. niedriger IQ), Verhaltensprobleme vorhersagt. Desorganisierte Bindung scheint ein genereller Risikofaktor für Fehlanpassung zu sein.“

Dennoch besteht Konsens, dass im Hinblick auf spätere normale Entwicklung, Coping-Fähigkeiten, Resilienz sowie Resistenz gegen Psychopathologie der wesentliche protektive Faktor in einem *growth-facilitating environment* besteht, und als dessen funktionelles Zentrum die Mutter-Kind-Bindung.<sup>4</sup> Die primären Bindungspersonen fungieren nicht nur als stress-regulierende Vermittler zwischen Außen und Innen, sondern sind ebenso überlebensnotwendig, um die psychophysiologische Selbstregulation des Kindes dort zu unterstützen, wo die innere Homöostase entgleist. Neurologisch formuliert hieße dies, dass die Qualität der mütterlichen Regulation – ihre Fähigkeit beispielsweise, prompt, angemessen und einfühlsam zu reagieren – direkten Einfluss auf die Ontogenese der Stress-Reaktion, also auf das Funktionsniveau der hypothalamisch-hypophysär-adrenocorticalen Achse (HPA), nehmen wird (Schore 1994, 2001a, b; Markowitsch 2001; Hüther 2001). Interessant am Ansatz von Schore (2001a; b) ist nun, dass er die entwicklungspsychopathologische und neurologische Perspektive im Zusammenhang früher Traumatisierung erweitert, indem er sich nicht nur auf die Kerntrias von sexueller Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung beschränkt, sondern auch das mit einbezieht, was er „relational abuse“ und „dysregulated infant attachment“ nennt. Dies ist für klinische Belange m.E. deshalb von besonderem Interesse, weil sich unter diesen Klassifizierungen viele in statu nascendi-, noch subklinische und spätere Krankheitsverläufe subsumieren lassen, die in den diagnostischen Manualen nicht ohne weiteres einzuordnen sind. Ein Beispiel hierfür sind die primären und sekundären D-Bindungsklassifikationen (Bindungsdesorganisation), die uns noch beschäftigen werden. Doch zurück zu den entwicklungsneurologischen Befunden.

1996 formulierte van der Kolk die Hypothese, dass der PTSD-Status im Wesentlichen eine Funktionsbeeinträchtigung der rechten Hirnhemisphäre darstelle, die dominant in der Kontrolle der hemmenden Funktionen ist – eine Hypothese, die durch eine Reihe nachfolgender Studien bestätigt wurde. Weiterhin wurden Dysfunktionen der Frontallappen, insbesondere des rechtshemisphärischen orbitofrontalen Systems in ursächlichen Zusammenhang mit PTSD gebracht. Insgesamt herrscht gegenwärtig die Ansicht vor, dass die affektregulativen Störungen bei PTSD

---

<sup>4</sup> Es ist aber eben nicht *nur* die Mutter-Kind-Bindung. Gemäß den Prinzipien der Multikausalität und Multifinalität in der Ontogenese müssen die verschiedenen Faktoren synoptisch gewichtet und in Beziehung zu phasenspezifischen Entwicklungsanforderungen gestellt werden (vgl. Cichetti u. Rogosch 1996).

zurückzuführen sind auf die eingeschränkte Fähigkeit des rechten präfrontalen Cortex, insbesondere die Aktivität der rechten Amygdala zu modulieren. Wenn man diese Befunde mit der bekannten Tatsache abgleicht, dass in den ersten zwei Lebensjahren eine rechtshemisphärische Dominanz besteht und Kinder unter zwei Jahren ein vergleichsweise größeres rechtshemisphärisches Volumen aufweisen und dass schließlich der „brain spurt“ im dritten Lebensjahr abgeschlossen ist, so wirft dies ein zusätzliches Licht auf die bahnende Bedeutung früher affektiver und körperbezogener Erfahrung. Da die rechte Hemisphäre starke Verbindungen aufweist zum ANS, zum limbischen und den Aktivierungssystemen, dominiert sie auch bei der Verarbeitung derjenigen sozio-emotionalen und somatischen Informationen, welche die frühe Ontogenese und Selbstentwicklung bestimmen. Dies bedeutet, dass die entstehenden mentalen, bindungsbezogenen Arbeitsmodelle rechtshemisphärisch encodiert und prozessiert werden. In modaler Hinsicht sind sie implizit-unbewußt und bewegen sich im Kontext automatisierter Selbstregulation und intuitiver, affektgeleiteter Abstimmung mit dem Gegenüber. In diesem Sinne sind sie hochspezifisch an den primär affektgeleiteten Mutter-Kind-Diskurs angepasst (Pally 1997; Schore 1994; Stern 1985).

Neuere Befunde (z.B. Graham et al. 1999) legen die Vermutung nahe, dass frühe Stresserfahrungen im späteren Leben zu erhöhter Stress-Sensibilisierung und psychopathologischer Vulnerabilität führen. Immer wieder ist auch die Vermutung geäußert worden (z.B. van der Kolk 1994; van der Kolk et al. 1996a, 1996b, Krystal 1978, 1985, 1997, dort auch die weiteren Beiträge; Brisch 2002), dass dies insbesondere auch für die Vulnerabilität hinsichtlich späterer somatischer Störungen gilt. Krystal (1997) geht dabei von der Vorstellung aus, dass die menschliche Ontogenese von fortschreitender De-Somatisierung spricht: Symbolisierung gekennzeichnet ist – ein Prozess, der durch frühe Traumatisierung wesentlich beeinträchtigt wird – und schreibt (S. 143f.): „... wir müssen den Vorschlag in Erwägung ziehen, daß an sämtlichen psychosomatischen Erkrankungen ein Organ beteiligt ist, das unter allen Umständen durch affektiv aufgeladene Reaktionen aktiviert wird. Man könnte formulieren, daß ein inneres Organ, welches normalerweise nur unter emotionaler Erregung hyperaktiv wird, sich bei diesen Menschen in einem Zustand chronischer Hyperaktivität befindet, und dies dauert an, bis sich eine Organläsion im Sinne einer psychosomatischen Erkrankung entwickelt.“ Dies reflektiert im Grunde eine chronische Destabilisierung der Balance zwischen katabolisch-sympathischer Erregungsmobilisierung und anabolisch-parasympathischer Hemmungsfunktion im ANS.

Perry hat in einer Reihe von Veröffentlichungen (1994, 1995, 1997, 1999, 2000, o.J.; Perry u. Azad 1999; Schwarz u. Perry 1994) peri- und posttraumatische Anpassungsleistungen bei Kindern untersucht. Er ordnete die unterschiedlichen Verläufe bei der akuten und chronischen Reaktion auf Bedrohung in die (alters- und geschlechtsspezifisch divergierenden) Reaktionskaskaden Kampf/Flucht- bzw. Schreckstarre/freeze-Reaktion ein (s. Tab. 1).

Der von Perry als „Schrecken/Terror“ bezeichnete mentale Zustand wird von Sympathikus-Übererregung und einem erhöhten Spiegel des Corticotropin-Releasing-Hormons begleitet, was wiederum zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Vasopressin und in der Folge zu einem

Tab. 1: Die akute Reaktion auf Bedrohung (Perry et al. 1995, S. 274)

Anpassungs- reaktion	Ruhezustand (männl. Erwachs.)	Wachsamkeit (Vigilanz)	Schreckstarre (Freeze)	Flucht	Kampf
Übererregungs- kontinuum	Ruhe Kind (Junge)	Wachsamkeit (Weinen, Rufen)	Widerstand (Schreckstarre)	Herausfor- dernder Trotz ,drohen‘	Aggression
Dissoziatives Kontinuum	Ruhezustand Kind (Mädchen)	Vermeidung (Weinen, Rufen)	Gefügigkeit (Compliance) Schreckstarre	Dissoziation Gefühllosig- keit/Abstump- fung/Selbst- betäubung	Ohnmacht „Mini- Psychose“
Primäre -sekundäre Gehirnareale	Neokortex- Subkortex	Subkortex- Limbisches System	Limbisches System- Mittelhirn	Mittelhirn- Stammhirn	Stammhirn- Autonomes Nervensystem
Kognition	Abstrakt	Konkret	„emotional“	reaktiv	Reflexhaft
Mentaler Zustand	(Gemüts-) Ruhe (calm)	Erregung Aktivation	Alarmzustand	Angst	Schrecken (Terror)

erhöhten Spiegel thyroider Hormone führt (Perry 1995, S. 278f.). Bei wiederholtem Stress kommt es allmählich zu einer Persistenz der Übererregung, einhergehend mit Selbstregulationsstörungen auf kognitiver, affektiver, somatischer und Verhaltensebene (ängstliche Hypervigilanz, Hyperaktivität und -impulsivität, Geiztheit und aggressive Reaktionsbereitschaft, Aufmerksamkeitsstörung (Fokussierung, Spannungsbogen), erhöhte Grundspannung, Tachykardie, Schlafstörungen, sowie verschiedene neuroendokrine Unregelmäßigkeiten). Das Kind befindet sich damit in einem „anhaltenden Angstzustand (der damit zu einem Wesenszug (,trait‘ wurde)“ (Perry 1995). Diese Auffälligkeiten können – bei früh einsetzender, wiederholter und damit oft zunehmend erwartungskonformer Traumainzidenz – in vielen Fällen massiv ab der mittleren Kindheit in Erscheinung treten und sind kennzeichnend für das *Übererregungs-Kontinuum*, mit einer geschlechtsspezifischen Prävalenz bei Jungen.<sup>5</sup>

Viele Kinder, besonders Mädchen, bewegen sich im Verlauf anhaltender, d.h. nicht durch das Kind kontrollierbarer, Traumatisierung in das *dissoziative Kontinuum* („freeze“/Unterwerfung). Dissoziation bezeichnet, angesichts des Scheiterns jedweder „alloplastischer“ Strategien, eine „Flucht nach innen“ und einen Abzug fokus-

<sup>5</sup> Es sei in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die differentialdiagnostische Überschneidung zu den Störungsbildern vom Typus ADS bzw. AD/HD hingewiesen, was meiner Erfahrung zufolge häufig zu Fehldiagnosen beiträgt. Es ist immer wieder bemerkenswert, wie oft im anamnestischen Prozedere Traumatisierungen im prämorbidem Verlauf nicht erfragt, nicht erkannt oder in der Aetiopathogenese untergewichtet werden. Dies gilt besonders für diskrete oder sublimale Traumatisierungen in der Eltern-Kind-Beziehung (Main u. Hesse 1990), die eine primäre oder sekundäre D-Klassifikation nach sich ziehen oder beispielsweise für operative Eingriffe/schmerzhafte ärztliche Behandlungen in der präverbalen Lebensphase (Besser 2002).

sierter Aufmerksamkeit vom äußeren Milieu. Diese erhöhte Aufmerksamkeit für interne Stimuli geht einher mit Selbstbetäubung/Empfindungslosigkeit (numbing, emotional shutdown), Derealisation, Depersonalisation und stereotyper Selbstregulation, Vermeidung, Unterwürfigkeit und dissoziativem „spacing out“ (Wegdriften, Außer-Körper-Erfahrung). Neurologisch entspricht es einem metabolischen „shutdown“ (Parasympathikus), evolutionsbiologisch dem Totstellreflex. In der traumatischen Situation findet sich häufig der rasche Übergang – homolog zum dissoziativen „switching“ in der Dissoziativen Identitätsstörung DIS – von primärer Aktivierung des vitalisierenden Sympathikus-Schaltkreises zum dissoziativen Totstellreflex (Parasympathikus), der mit dem dorsalen, motorisch-vagalen Komplex assoziiert ist (Perry 1995).

### 3 Bindungsdesorganisation und Dissoziation

Bindungsdesorganisation (BD) in ihren verschiedenen Entstehungs- und Erscheinungsformen stellt die forschungshistorisch zuletzt formulierte (Main u. Solomon 1986, 1993, Main u. Hesse 1993; Main 1995) Subkategorie der bislang vier Bindungskategorien dar (erhoben in der „Fremden Situation“ (Ainsworth u. Wittig 1969) als B: sicher, A: unsicher-vermeidend, C: unsicher-ambivalent gebunden).

Bindungsdesorganisation kann entstehen, wenn die Aktivierung seines Bindungssystems (Suche nach Hilfe und Zuflucht) das Kind in die ausweglose Situation führt, dass die potentielle Quelle von Hilfe (z.B. ein Elternteil) gleichzeitig die Ursache von Bedrohung und Angst ist – was es daran hindert, eine kohärente Strategie zu entwickeln. Neurologisch gesprochen, werden synchron zwei antagonistische, funktionelle Schaltkreise aktiviert: Bindungsaktivierung vs. Bindungsinhibition. Hierbei kommt es zu oft nur sehr kurzen, aber charakteristischen und oftmals bizarren, in sich widersprüchlichen Verhaltensweisen auf Seiten des Kindes.

Carla, 4¾ Jahre alt, wurde mir zur diagnostischen Abklärung wg. Pavor nocturnus und Kontaktstörungen im Kindergarten gegenüber Gleichaltrigen und Erziehern („unzugänglich“) vorgestellt. Während der Exploration mit dem Story Completion Task (Bretherton et al. 1990) oszillierte sie zwischen Verstummen, Unfähigkeit zu einem spontanen Lösungsvorschlag, läppischen oder mehreren widersprüchlichen und einer katastrophischen Lösung. Keine einzige Lösung war auch nur ansatzweise realitätsangepasst. Als ihre Mutter an der Tür läutete, um sie abzuholen, zuckte sie zusammen und ging abrupt über zu facialer Selbstregulation (Finger vor den Mund und in den Haaren bei gesenktem Kopf) bei deutlich ansteigender körperlicher Unruhe. Als die Mutter den Raum betritt, rutscht Carla, von der Mutter abgewandt, vom Stuhl und bleibt mitten in der Bewegung, in einer verdrehten Körperpositur, „hängen“. Als die Mutter sie anspricht, dreht Carla sich ihr zu, hebt die Hände über den Kopf in einer Geste, die halb Schutz, halb Arme-öffnen-in-Richtung-Mutter kombiniert und geht, seitwärts (nicht frontal), auf sie zu. Dabei strauchelt sie und fällt ihrer Mutter, die sie gerade noch auffängt, in die Arme. Es folgt ein kurzes Wimmern. Die Mutter setzt sich, Carla sitzt zunächst wie „eingefroren“, dann im Weiteren etwas steif auf ihrem Schoß, hat sich aber wieder beruhigt. Ihr Blick scheint mir „leer“. Als ich sie direkt anspreche, wirkt sie wie abwesend und antwortet erst, als die Mutter sie anstupst. Nach kurzer Zeit entfernt sich Carla von der Mutter, nimmt sich „Tempo Kleine Schnecke!“ aus dem Regal und spielt, mit dem Rücken von der Mutter abgewandt. Carla scheint nun wieder das defensiv gebundene Kind zu sein – hätte

es nicht diese kaum eine Minute andauernde Episode gegeben, die mich mit weiteren diagnostischen Hinweisen zu einer D-Klassifikation bewegen hat.<sup>6</sup>

Einerseits versammelte diese kurze Episode m.E. eindrucksvoll einige Merkmale von desorganisiertem/desorientiertem Bindungsstil und validierte insofern die Hypothesen, welche die Ergebnisse des Story Completion Task nahe legten. Andererseits erkannte ich in der kurzen Sequenz, als Carla auf dem Schoß der Mutter wie abwesend (spaced out) wirkte, deutlich, dass Bindungsdesorganisation und passagere Dissoziation im Fall von Carla verschiedene Aspekte einer umfassenden, unbewussten Strategie der Mentalisierung (Fonagys IIM) und Verhaltensdesorganisation darstellten.

Sehr bald wurde in weiteren Untersuchungen deutlich, dass die D- Klassifikation mit hoher Prävalenz auf Hochrisiko-Populationen zutrifft: Carlson et al. (1989) fanden sie zutreffend für 80% eines Samples misshandelter Kinder. Spangler und Grossmann (1999) fanden in einer vergleichbaren Gruppe von Kleinkindern die vergleichsweise höchsten Stress-Index-Werte (Cortisol/Herzfrequenz). Neben den immer wieder genannten, klassischen intrafamilialen Risikofaktoren Misshandlung/Missbrauch/Vernachlässigung spielen Substanzabusus und psychische Dekompensation bei den Bindungspersonen eine Rolle, wobei allerdings, wie im Fall depressiver Erkrankung gezeigt wurde (z.B. Lyons-Ruth et al. 1990), die Expositions-dauer für Bindungsdesorganisation ausschlaggebend ist. Fonagy (2001, S. 38) vermutet, dass in der Mutter-Kind-Interaktion sich häufig manifestierende, mütterliche Dissoziation der stärkste Prädiktor für kindliche Bindungsdesorganisation ist.

In weiteren Untersuchungen in Niedrig-Risiko-, Mittelschicht-Stichproben wurde immerhin noch eine D-Prävalenz von 10-30% gefunden – was bemerkenswerterweise mit einem vergleichbaren Prozentsatz an „Ungelöst/Desorganisiert“-Klassifikationen bei einer vergleichbaren Erwachsenenpopulation (sozialer Status) korrespondierte (erhoben im „Erwachsenen Bindungs-Interview“ AAI). Dies könnte eine indirekte Bestätigung für den wiederholt erbrachten Beleg sein, dass die AAI-Klassifikation „Ungelöst/desorganisiert“ transgenerationell prädiktiv ist für eine D-Klassifizierung des Kindes (Main 2002, S. 225; Hesse u. Main 1999). Main vermutet hier den „Effekt der zweiten Generation“ (Main 2002) und erwägt die Hypothese, dass in diesen Fällen vonseiten der Mutter dissoziierte, traumarelevante Informationen aus ihrer eigenen

---

<sup>6</sup> Genauer gesagt: D/A, da Carla sich häufig einer defensiven Bindungsstrategie bediente. In sogenannten peak-states von Bindungsstress griff sie jedoch – dies war aus den Berichten der Mutter, der Erzieher sowie in der Therapie ersichtlich – immer noch auf eine D-Strategie (also *keine* Strategie) zurück, in Verbindung mit passagere dissoziativen Verhaltensanzeichen. – Aus den Berichten der Mutter über die frühe Genese von Carla ging hervor, dass sie in dieser frühen Periode vermutlich eine reine D-Klassifikation erhalten hätte. Insofern war sie zum Zeitpunkt der Vorstellung das, was man als „erworbenes D/A“ (*earned*; Pearson et al. 1994) bezeichnen würde. – Als Caveat sei zusätzlich angemerkt, dass die „unsicheren“ Klassifikationen (A/C/D in ihren unterschiedlichen Kombinationen) natürlich *keine* klinischen, sondern allenfalls ‚alltagspathologische Diagnosen‘ darstellen, die allerdings ein erhöhtes Risiko für spätere Pathologie darstellen können. Zum diagnostischen Einsatz der Bindungsklassifikation im klinischen Bereich: Es ist eine Sache, Reliabilität in der Klassifizierung von Bindungsqualität für sich in Anspruch nehmen zu können. Auch wenn diese im klinischen Alltag aufgrund des besonderen Settings nur sehr verkürzt umsetzbar ist (beispielsweise ist der Einsatz der ‚Fremden Situation‘ unrealistisch; oder das ‚Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI) in seiner vollen Länge nur selten praktikabel), so bietet dieser doch eine Fülle bindungsdiagnostisch relevanter Situationen, die es ermöglichen, für klinische Zwecke valide Einordnungen zu treffen, die im weiteren Verlauf immer wieder überprüft werden und behandlingstechnisch äußerst hilfreich sein können (vgl. Strauss et al. 2002, S. 25-118).

Vorgeschichte in die Kommunikation mit dem Kind unkontrolliert und häufig unbewusst auf prozeduraler Verhaltensebene einschließen und zu einem drohenden/ängstlichen/dissoziierten/desorganisierten Verhalten auf Seiten der Mutter führen, welches seinerseits das Kind in einen Zustand erhöhter Angstspannung und Vermeidung der Mutter versetzt. Diese mütterlichen Verhaltensweisen haben eine große Variationsbreite, von larviert-diskret-subtil bis offen, bewegen sich aber durchweg in einem „moderaten“ Bereich. Sofern sich das Kind von der Mutter zurückzieht, werden Trennungssängste wieder Bindungsverhalten auslösen und es wird wieder die Nähe der Mutter suchen, deren Verhalten erneut Rückzug auslöst etc.

Wird die Mutter als überwiegend verängstigt-hilflos/sich zurückziehend wahrgenommen<sup>7</sup>, kann dies dazu führen, dass das Kind sich selbst als den „Verfolger“ und als substantiell „böse“ erlebt. Im weiteren Verlauf kann dieses Muster als mentales Arbeitsmodell dahingehend modifiziert werden, dass das Kind beispielsweise die Erfahrung macht, dass es die verängstigte/depressiv-zurückgezogene Mutter trösten/vitalisieren/aufheitern kann und es wird von einem primär desorganisierten Bindungsstatus wechseln zu einem „zwanghaft-versorgenden“ oder „zwanghaft-kontrollierenden“ Bindungsstil, der *sekundär* mit Desorganisation konnotiert bleiben kann. Dieser Mütter-Typus mit ängstlichem Verhalten auf moderatem Niveau ist meiner Erfahrung nach im ambulanten Bereich überrepräsentiert (die moderat feindselig-verfolgenden nehmen das psychotherapeutische Versorgungssystem für ihre Kinder seltener in Anspruch oder kommen erst, wenn sie „geschickt“ werden) (vgl. Lyons-Ruth et al. 2002).

Im Fall der ängstigend-verfolgenden Mutter, die häufig in Identifikation mit einem Täterintrojekt dem Kind gegenüber handelt, wird sich das Kind zunächst als hilfloses Opfer empfinden, *im weiteren Verlauf* jedoch (ab der mittleren Kindheit) zu aggressivem/störendem/provokantem bzw. strafend/feindselig-kontrollierendem Verhalten übergehen (Lyons-Ruth et al. 2002), was zu einer D/C-Klassifikation führen kann. Bei beiden Verlaufsmodellen kann man von einer Rollenumkehr sprechen; die Nähe zum Parentifizierungs-Konzept ist offensichtlich.

Für die hierbei wirksamen, transmittierenden Mechanismen wurden unterschiedliche theoretische Bezugsrahmen konzeptualisiert („causal modeling“; Morton u. Frith 1995), Angst-Ansteckung, „vicarious traumatization“, Weitergabe eines „interpersonellen interpretativen Mechanismus“ (Fonagy u. Target 2002). Sämtlichen Modellen ist der Grundgedanke der Übertragung einer Mentalisierung zwischen Mutter und Kind gemeinsam. Vonseiten der Psychoanalyse ließen sich die dabei wirksamen Mechanismen am ehesten im Bezugssystem der „projektiven Identifikation“ konzeptualisieren (Ogden 1986, 1989). Morton und Frith (1995) beschrieben die bemerkenswerten Fähigkeiten bei Kleinkindern, eigene innere Zustände (reflexive func-

<sup>7</sup> Wie Lyons-Ruth et al. anmerken (und was aus klinischer Sicht auch nicht erstaunt), zeigen viele Mütter eine Kombination von hilflos-ängstlichem und verfolgend-ängstigendem Profil. In der Praxis ist es oft schwierig, das Verhalten von moderat ängstlichen, nicht-verfolgenden und zu Rückzug neigenden Eltern zu unterscheiden von Verhaltensweisen bei anderen Eltern, die „auf Zuversicht und Bestimmtheit schließen lassen.“ Bei den „Moderaten“ fanden sich gehäuft Kinder, welche die Klassifikation D in Verbindung mit der Subklassifikation „sicher gebunden“ erhielten, da ihr Verhalten auch Merkmale einer „sicheren, trostsuchenden Strategie“ (Lyons-Ruth et al. 2002, S. 262, 250) enthielt.

tion) abzubilden und den inneren Zustand eines Gegenüber zu erfassen. Diese Fähigkeit wird in der Mutter-Kind-Matrix erworben. Sichere Bindungsqualität ist hierbei prädiktiv für metakognitive Kompetenz (Fonagy u. Target 1997) und sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter in einer modal stimmigen, d. h. dem kindlichen, rechtshemisphärisch dominanten Funktionsniveau angemessenen Weise dem Kind akkurat dessen innere Zustände „spiegelt“ – eine Art Rapport, den Bion bereits in den 1960er Jahren in seinem „containment“-Konzept beschrieb und den wir als klinische Haltung noch im Empathie-Konzept der Selbstpsychologie wiederfinden. Im Falle einer Stress-Situation könnte die Biofeedback-Verkettung zwischen Mutter und Kind im Kontext gelungener Bindung so aussehen: Die Mutter versteht den inneren Zustand des Säuglings/Kindes korrekt und sie moduliert ihre Intervention derart im prozeduralen Bereich (Stimme, Bewegungsfluss, Halten, Mimik), dass das „rechtshemisphärische“ Kind sich darin „wiedererkennt“ und späterhin „versteh“ (Mentalisierung, reflexive Funktion). Gleichzeitig trägt sie damit dazu bei, den Distress-Zustand des Kindes „herunterzuregulieren“ und modelliert auf diese Weise prospektiv seine Fähigkeit zur Selbstregulation – was wiederum den inneren Raum für Mentalisierung erweitert (Gergely u. Watson 1996) usw.

Diese positive Feedback-Schleife zwischen Mutter und Kind kommt im Falle von Bindungsdesorganisation nicht oder nur sehr eingeschränkt zustande, da das Kind – in Beantwortung mehr oder weniger diskreter Signale vonseiten der Mutter – mentale, affektiv hochbedeutsame Inhalte per Dissoziation von weiterem Prozessieren ausschließt und stattdessen, bei einer dauerhaften Bereitschaft zu Hyperaktivierung des ANS, die glatte bzw. quergestreifte Muskulatur innerviert (Somatisierung bzw. spannungsregulierende Aktivität). Es kommt dadurch zu sog. neuronalen Kurzschluß-Schleifen und einer funktionellen Entdifferenzierung.

Seit den ersten korrelativen Befunden über den Zusammenhang von Milieu-Risikofaktoren und *kindlicher* mental-behavioraler Desorganisation wurden diese Beobachtungen also in Zusammenhang gebracht mit oft situationsspezifischen, mehr oder weniger kurzen dissoziativen Zuständen oder Phasen *auf Seiten der erwachsenen Bindungsperson*. Diese Person befindet sich dabei mental in einem Zustand dissoziierter Angst, die von einer eigenen, ungelösten Traumatisierung herrührt, die jedoch nicht bewusst-episodisch repräsentiert ist, sondern in der Interaktion mit dem Kind unbewusst-prozedural inszeniert wird. Im Display erscheinen dabei: eigene Angst/Furcht/Panik, Aggression/Impulskontrollverlust/übergreifende Intrusion, Trauer/depressiver Rückzug/Unerreichbarkeit für das Kind. Je jünger das Kind, desto weniger wird es kognitiv und physisch in der Lage sein, sich dagegen abzugrenzen (mental – invasiv und körperlich – defensiv) und wir können in diesem Sinne von einer *Beziehungstraumatisierung* sprechen („early relational trauma“, Schore 2001), die sich nur schwer einordnen lässt in gängige diagnostische Bestimmungen oder ätiopathogenetische Verläufe.

Liotti (1995, 1999) sieht in einer *verbindenden thematischen Klammer zwischen früher Desorganisation und späteren Formen klinischer Dissoziation* den Grund dafür gegeben, dass beide Störungen ein- und demselben Kontinuum zuzuordnen sind. Unter Berufung auf Karpmans (1968) skripttheoretisches „Drama-Dreieck“ postuliert er für den desorganisierten Bindungsstatus wie auch für den dissoziativen Prozess in all seinen graduellen Abstufungen einen beständigen Rollenwechsel zwischen

„Retter“, „Verfolger“ und „Opfer“ auf der mentalen Ebene der Selbst- und Fremd-Repräsentation – ein Vorgang, dessen Affinität zum dissoziativen „Switchen“ ins Auge springt (S. 765).<sup>8</sup> Eine Synthese dieser antithetisch aufeinander bezogenen Rollen kann nicht gelingen, da dies eben die Mentalisierungs- und spannungsregulierenden Kompetenzen erfordern würde, die unter der Bedingung andauernder Bedrohung nicht erworben werden konnten. Insofern sieht Liotti Bindungsdesorganisation als Vorläufer späterer Dissoziation – wobei er Dissoziation eher als graduell abgestufte mentale Strategie erkennt, die in unterschiedlichen Störungsbildern zum Einsatz kommen kann (DIS, BPD, PTBS, Depression, Essstörungen etc.). Wir treffen beispielsweise auf das Retter-Muster in parentifizierten Beziehungen, begegnen ihm als dissoziierter „innerer Helfer“ in der DIS oder sehen im unmäßigen Wutausbruch der Borderline-Störung die dissoziierte Aggression des Verfolger-Introjekts.

Die hier referierten Untersuchungen erweitern unser Verständnis für die Anfänge, Verlaufswege und *gradueller* Erscheinungsformen von interpersonell ausgelösten Belastungsstörungen in der (frühen) Kindheit. Dies gilt, insofern diese Befunde den Zusammenhang von „moderater“ Traumatisierung, früher Bindungsdesorganisation, einsetzender dissoziativer Strategie und dadurch bedingter Inhibition mentalisierender Kompetenz hervorheben. Dabei ist m.E. deutlich, dass die Merkmale einer „moderaten“ Traumatisierung den „harten“ diagnostischen Kriterien (ICD-10; DSM-IV) für eine psychotraumatische Belastungsstörung nicht standhalten würden. Am ehesten trifft hier noch die von Kuhn (2002) geprägte Bezeichnung des „kumulativen Traumas“ zu – erst in der Summe der Belastungsserien liegt deren traumatogene Potenz.

## 4 Klinische Optionen

Vor dem Hintergrund der skizzierten neurobiologischen, entwicklungspsychopathologischen und bindungstheoretischen Erkenntnisse scheint es gerechtfertigt, die große Gruppe der sog. frühen Störungen, Schore (1994)<sup>9</sup> folgend, als „primitive emotionale Störungen“ (genauer: „early forming right hemispheric primitive emotional disorders“) zu benennen, Störungen also, in denen die Fähigkeit zur Mentalisierung, d.h. der „interpersonelle interpretative Mechanismus“ (Fonagy), eingeschränkt ist aufgrund des „Entwicklungsstillstands“ (Stolorow u. Lachmann 1980) der sie stützenden stress- und aufmerksamkeitsregulierenden Systeme.

### 4.1 Prävention, frühe Intervention

Präventive Maßnahmen und frühestmögliche Intervention sind nach den bisherigen Ausführungen fast schon selbsterklärend: Wenn man den „right brain growth

<sup>8</sup> Ross (1989) schlug eine Klassifizierung der häufigsten Alter-Persönlichkeiten im Falle der DIS vor, die genau dem „Drama-Dreieck“ entspricht: ‚maligne Verfolger-Persönlichkeiten‘, deren Aufgabe darin besteht, den ‚host‘ und auch andere anzugreifen, sodann ‚Retter-, oder ‚Beschützer-Persönlichkeiten‘, deren Aufgabe darin besteht, die Primärpersönlichkeit vor traumatischer Intrusion und Schmerz zu schützen und schließlich die Kind-Alters, welche die hilflosen Opfer-Anteile darstellen.

<sup>9</sup> Schore entlehnt diesen Terminus technicus Grotstein (1990).

spurt“ bis etwa zum 18. Lebensmonat sowie die rechtshemisphärische Dominanz bis etwa Ende des dritten Lebensjahres in Rechnung stellt, dann bedeutet dies, dass die stressregulierenden Schaltkreise in diesem Zeitraum im Wesentlichen gebahnt sind. Maladaptive Erfahrungen in den „kritischen Perioden“ sind „hard-wired“ und späterer Korrektur nur schwer zugänglich. Aus diesem Grund wird durchgängig in der Literatur an erster Stelle für Früherkennung, Prävention und früh einsetzende Interventionen plädiert, um die Schubkraft der Reifungsdynamik möglichst zeitnah für eine Veränderung zu nutzen (Schore 1994, 2001a, b; Belsky u. Nezworski 1988; Lieberman u. Pawl 1988; Greenspan u. Lieberman 1988; Greenspan 1997). Viele Interventionsmodelle basieren auf der einen oder anderen Form von *Mutter-Kind-Therapie*, meist gekoppelt mit Realinterventionen. Übergänge zur Sozialarbeit und *community work* sind fließend. Ich möchte mich im weiteren beschränken auf klinisch-therapeutische Optionen für den ambulanten Bereich.

#### 4.2 *Therapie: grundsätzliche Haltung*

Wie eingangs erwähnt, war es innerhalb der Psychoanalyse die Selbstpsychologie, die als erste systematisch die aufgelaufenen Befunde aus relevanten Nachbarwissenschaften rezipierte. Diese Befunde stützten wesentliche Annahmen der Selbstpsychologie bezüglich der therapeutischen Wirksamkeitsfaktoren. Zugespitzt ließe sich formulieren, dass das therapeutische Konzept der Selbstpsychologie auf der *konsequenten Anwendung des Entwicklungsgesichtspunktes* beruht, auf dem Versuch, in der therapeutischen Beziehung eine geglückte Neuaufgabe der Ontogenese zu realisieren. Dies geschieht, indem sie sich der identischen Mechanismen bedient, die in der Mutter-Kind-Beziehung die Selbstentwicklung befördern, um dergestalt einen „Entwicklungsstillstand“ aufzulösen (vgl. Gedo 1979, 1991; Levin 1991, 1995, 2002; Schore 2002). Basch (1988, S. 29) schreibt: „Meiner Auffassung zufolge ist Psychotherapie angewandte Entwicklungspsychologie. Der Therapeut benutzt sein Wissen über die normale Entwicklung, um Klarheit zu gewinnen über eine Funktionsstörung beim Patienten, und um zu einem Entschluss zu kommen, wie er die Entwicklungsspirale beeinflussen kann, damit entwicklungsbezogenes Wachstum (...) einsetzen kann.“

Da ontogenetisch früh erworbene Funktionsstörungen in der Regel empfindliche Kompetenzverluste nach sich ziehen und das Streben nach Kompetenz die grundlegende Triebfeder menschlichen Verhaltens darstellt (Basch 1988, S. 27), ergibt sich hieraus für eine „developmentally based psychotherapy“ (Greenspan 1997) der Selbststörungen eine grundsätzliche Haltung supportiver Prägung, die auf Entwicklungsförderung, Ressourcenentwicklung und *Nachreifung* abzielt (vgl. Fürstenau 1992; Grawe u. Grawe-Gerber 1999). Unerlässliche Grundlage hierfür ist – und darin besteht Übereinstimmung – die vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung als „secure base“, als eine reparative, regulierende Beziehung. Viele Autoren plädieren aus diesem Grund auch dafür, sie möglichst frei von negativen Übertragungseinflüssen zu halten bzw. aktiv zur zügigen Restitution einer positiven Übertragung beizutragen. Die Analogie zu Befunden aus der Säuglingsforschung besteht auch hier: Neue, potentiell korrigierende Information wird am besten in einem stress-entlasteten Zustand der „wachen Aufmerksamkeit“ (*alert wakefulness/attentiveness*) aufgenommen

und in das eigene Repertoire integriert. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Therapeut eine Haltung fortlaufenden „Überwachens“ (*monitoring*) des Patient-Therapeut-Rapports auf mehreren Ebenen vornimmt, wobei hier von vielen Autoren die prozedural-vegetativen (Prosodie, implizite somatisch-gestisch-mimetische Verhaltensaspekte) gegenüber den lexikalisch-explizit-semantischen Signalen hervorgehoben werden (z. B. Beebe u. Lachmann 1994). Diese Signale sind – dies gilt in besonderer Weise für die „primitiven emotionalen Störungen“ des Selbst – die eigentlichen Marker im Hinblick auf das Crescendo und Decrescendo in der Bearbeitung konflikthaften Materials. Deshalb sollte der Wahrnehmungsfokus auch eher den „primitiven“ (kategorialen) Affekten gelten (Scham<sup>10</sup>, Ekel, Schrecken vs. Schuld, Angst, Reue, Trauer usw.). Diese wechselseitige Abstimmung auf prozedural-sensorischem Niveau ist in den Fällen von besonderer Relevanz, in denen das biographische Trauma keine (linkshemisphärische) Sprache hat, entweder weil es in der präverbalen Lebensphase geschah oder aber der normalen oder dissoziativen Amnesie anheim fiel.

Ebenso ist es diesem Modell zufolge erforderlich, dass der Therapeut eigene, insbesondere seine „primitiven“ Gegenübertragungsimpulse diagnostisch auswertet und sein „prozedurales“ Verhalten (z. B. Sprechduktus) dem Entwicklungsniveau des Patienten in der Weise anpasst und – auch hier wieder eine Analogie zum adaptiven Prozess zwischen Mutter und Kind –, dass er sich innerhalb des „proximalen“ Entwicklungsbereichs bewegt (Wygotski), um das fördernde Band nicht abreißen zu lassen. Dies gilt aber auch für den Diskurs auf inhaltlich-semantischer Ebene. Levin (1991) empfiehlt in dieser Hinsicht eine metaphorische Sprechweise, da diese durch ihre „analoge“, suggestiv-plastische Evidenz und Bildhaftigkeit zwischen den beiden Hemisphären dissoziierte Informationen verknüpfen kann – analog zur cross-modalen Integration in der frühkindlichen Entwicklung, wie Stern (1985) sie beschreibt.

In einer empathischen Haltung realisiert sich diese Art des einstimmenden Verstehens<sup>11</sup> (*attuning comprehension*) in Verbindung mit der *spiegelnden Funktion*. Deren

<sup>10</sup> Schore (1994, S. 454) erkennt im Schamaffekt *den* Schlüsselaffekt in Entwicklung und Therapie, insbesondere „unregulated shame“ sensu Scham, die nie erkannt, die „übergangen“ wurde und deshalb unbewusst blieb. Eine Schlüsselstellung nehme sie deshalb ein, da sie Tomkins (1963, 1987) zufolge die Darstellung *jedweden* Affekts hemme und somit die Reifung des *gesamten* Affektsystems paralysiere. – Wenn es so etwas wie einen Paradigmenwechsel bezüglich der „bevorzugten“ Affekte inneranalytischer Schulen gibt, so ließe sich sagen, dass „Angst/Schuld“ das bevorzugte Affektpaar der Ich-Psychologie und „Scham/Wut“ dasjenige der Selbstpsychologie ist (vgl. auch Nathanson 1987).

<sup>11</sup> Wenn man in der Literatur der Säuglingsforschung die Analysen des gelungenen intersubjektiven Austauschs zwischen Mutter und Kind im Spannungsfeld von *match-mismatch*-Sequenzen vergleicht mit den klinischen Anweisungen der Selbstpsychologie, so scheint die Kontextbezogenheit oft austauschbar (Therapeut-Patient- oder Mutter-Kind-Dyade). Trevarthen (1979) spricht von „*primary intersubjectivity*“, Rose (1972) von einem „*shared fusion state*“. Diese Analogien sind insofern berechtigt, als es nicht nur um die von Freud so bezeichnete Kommunikation von Unbewusst zu Unbewusst geht (Schores *interconnected, nonverbal, right orbitofrontal brains*) und die Haltung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ – beides stark primärprozesshaft gewichtete Vorgänge, sondern um eine (maternal) *aktiv-zugewandte, supportive Haltung* des Therapeuten, die restriktive Vorstellungen von (paternal) Abstinenz und Konfliktkonfrontation, wenn nicht ausschließt, so doch nachrangig bewertet. Aus Sicht der Bindungs- und Säuglingsforschung wären Desiderata an eine angemessene therapeutische Haltung – und dies gilt aus den erwähnten Gründen umso mehr bei desorganisiertem Bindungsstil – sicherlich: „Vorhersehbarkeit/Angemessenheit/Einfühlsamkeit“. Dies konvergiert deutlich mit selbstpsychologischen Vorstellungen.

therapeutischer Wert besteht m.E. darin, dass sie erstens wie ein positiver Verstärker der Therapeut-Patient-Bindung wirkt (Akzeptanz, Zugehörigkeit (*kinship*)), zweitens durch die Schaffung eines Klimas von Entlastung und Besänftigung (*soothing*) die Tür aufstößt zu einem intermediären Raum, in dem sich der von Fonagy so bezeichnete IIM entwickeln kann. Hierdurch kann der Therapeut in seiner regulatorisch-beruhigenden bzw. stimulierend-vitalisierenden Funktion internalisiert werden (vgl. Kohut: „umwandelnde Internalisierung“). Dies trägt drittens auf dieser Ebene der Mentalisierung dazu bei, dass die korrigierende emotionale Erfahrung (Alexander) im Kontext der therapeutischen Beziehung die „unbewussten pathogenen Überzeugungen“ (Weiss u. Sampson 1986) des Patienten langfristig falsifiziert.<sup>12</sup> Viertens habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten im Zusammenhang des Erlebens ihrer Symptome intensive Zustände von Scham, Nicht-Zugehörigkeit und Erschrecken empfinden – dies gilt insbesondere für die ganze Bandbreite posttraumatischer Symptomatiken einschließlich der dissoziativen Zustände. Hierbei ist es sehr hilfreich und entlastend, „Bedeutung zu stiften“ (*attach meaning*) – zu erklären, wie der biopsychische Organismus sich an die Belastungen anpasste.

Ein weiterer Haltungsaspekt betrifft die „Transparenz“ des Therapeuten. Wenn man sich vor Augen führt, dass viele dieser Patienten nur über eine eingeschränkte „theory of mind“ verfügen, d.h. kaum in der Lage sind, zutreffende Inferenzen über eigene, geschweige denn die Motive anderer zu bilden bzw. sich kaum vorstellen können, dass andere anders als sie selbst empfinden, so bekommt die transparente Haltung des Therapeuten in Bezug auf Offenlegung, Erklärung seiner eigenen Motivlage in Bezug auf den Patienten (was wurde wodurch ausgelöst?) eine „Modellierungs-Funktion“. Es ist mit hin wichtig, dass der Therapeut diesbezüglich explizit und klar ist, damit der Patient mit ihm „social referencing“ nachreifend üben kann (vgl. Fonagy et al. 2000).

Im Hinblick auf eine grundsätzliche therapeutische Haltung bei diesen „primitiven emotionalen Störungen“ muss auch die durchschnittliche Therapiedauer erwähnt werden. In Zeiten bedienerfreundlicher „instant“-Therapien und unter dem kostenrestriktiven Druck in den Gesundheitssystemen ist der Trend zu Formen der Kurzzeittherapie deutlich. Er ist in vielen Fällen auch berechtigt. Bezüglich der Störungsbilder, die hier zur Debatte stehen, kann dies jedoch in der Regel nicht zutreffen. Entwicklungspsychopathologien indizieren in den meisten Fällen recht langwierige Therapien. Dies gilt auch dann, wenn „beschleunigende“ zusätzliche Techniken miteinbezogen werden. Die Notwendigkeit langzeittherapeutischer Intervention – und dies stimmt mich zuversichtlich, was ihren weiteren Bestand angeht – wird durch nichts schlagender belegt, als durch die Befunde der Entwicklungspsychoneurologie und Psychoneurotraumatologie.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Z.B. die pathogene Überzeugung, dass Scham gerechtfertigt sei. Beispielsweise würde eine abstinente Haltung auf Seiten des Therapeuten von einem im Schamaffekt zurückgezogen-eingekapselten Patienten „auf prozeduraler Ebene“ als Rückzug des Therapeuten erkannt, der die unbewusste pathogene Überzeugung des Patienten bestätigen würde, dass dies – die Isolation – die gerechte Strafe für sein Verhalten darstellt. Scham ist der Affekt *par excellence*, der soziale Zugehörigkeit – *kinship* – unterbricht.

<sup>13</sup> Freuds metapsychologisches Konstrukt der „Überdeterminierung“ erweist sich vor dem Hintergrund dieser Befunde als hochmodern. Dies gilt nicht nur für dessen eine Teilbedeutung der „Multi-kausalität“, sondern noch mehr für dessen zweiten Gesichtspunkt des neuronalen, assoziativen Konnektionismus: das Gehirn als assoziativ lernendes Organ bildet Netze miteinander verknüpfter, sich

### 4.3 Besondere Interventionsformen

Sachsse et al. (2002, S. 9f.) konstatieren: „Grundsätzlich kann man sagen, daß die meisten therapeutisch Tätigen, die im klinischen Setting mit traumatisierten Patienten arbeiten – gleichgültig, ob mit solchen vom Typ der Borderline-Persönlichkeitsstörung, vom Typ der Dissoziativen Identitätsstörung, vom Typ der Posttraumatischen Belastungsstörung im engeren Sinn oder vom Typ der konstruktiven Depression mit Somatisierungsstörung –, *eklektizistisch* um eine Nutzung von Therapiewerkzeugen unterschiedlicher theoretischer Provenienz bemüht sind. Die Vielfalt der Symptombildungen, die Buntheit der Persönlichkeitsveränderungen und die konkreten Therapieerfordernisse nötigen offenbar dazu, sich über ideologische Grenzen hinwegzusetzen und verschiedene Therapieformen miteinander zu verbinden (...) Die Behandlung posttraumatischer Symptom- und Syndrombildungen ist heute *explizit ressourcen- und lösungsorientiert*“ (Hervorhebung durch M.N.-L.).

Dieser Trend zu fallbezogener und wohlbegründeter Methodenvielfalt wurde bereits für die Grundhaltung der Developmental Psychopathology Research (vgl. bes. Dante u. Cichetti 1995) und der Developmentally Oriented Psychotherapy (z.B. Greenspan 1997) im angelsächsischen Raum konstatiert. Im hiesigen Klinikalltag hat er sich, wie Sachsse et al. anmerken, inzwischen durchgesetzt, im ambulanten Bereich ist meiner Beobachtung nach der Umbruch im Gange. Hier hindern oft krankensicherungsrechtliche Hürden (es kann nur ein Verfahren im selben Zeitraum abgerechnet werden; Mehrfachindikationen oder parallele Verfahrenskombinationen durch mehrere Therapeuten sind in der Regel unzulässig) oder es greift das „Beharrungsprinzip“: Die Tendenz, Therapien auszusitzen, auch wenn der unfruchtbare Verlauf die Überprüfung der Verfahrenswahl nahe legen würde.

Nimmt man ein verbreitetes Kompendium zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TFP) (Wöller u. Kruse 2002) zur Hand, so lässt sich leicht feststellen, dass hier die „ideologischen Grenzen“ zwischen den psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Schulen kaum noch von Bedeutung sind.<sup>14</sup>

Die Behandlung der primitiven emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen lässt sich, auf Basis der skizzierten grundsätzlichen Haltung, gut als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie konzeptualisieren. Viele der selbstpsychologischen, entwicklungs-fokussierten, technischen Empfehlungen sind ohnehin „natürlicher“ Bestandteil des kindertherapeutischen Settings – z.B. die „faciale“ Zugewandtheit, welche das *Monitoring* und die interpersonelle Regulation unge-

---

gegenseitig verstärkender Mneme: was gelernt wurde, ist an vielen neuronalen „Orten“ repräsentiert (Prinzip der multiplen Repräsentation) oder, in alter Diktion: überdeterminiert, und muss demzufolge, den assoziativen Bedeutungsketten folgend, multipel „gelöscht“ werden – was dem zeitintensiven „Durcharbeiten“ in der Analyse entspräche. Dies ist der Grund dafür, warum es bei vielen und insbesondere den „primitiven emotionalen“ Störungsbildern keinen Ersatz für langwierige Therapien geben kann (vgl. Cooper 1992, S. 385; Freud 1950, S. 59f.).

<sup>14</sup> Dies liegt vor allem daran, dass Befunde aus verschiedenen Bereichen, vor allem aus der Hirnforschung, metapsychologische Konvergenz befördern, die allmählich auch in die therapeutischen Strategien einsickert (vgl. Cooper 1992; Krause 1992). Mag dies in naher Zukunft auch zur Herausbildung einer „Allgemeinen Psychologie“ beitragen, so wahrscheinlich kaum zu einer „allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe 1995). Auf klinischer Ebene dürfte eher eine methodische Diversifizierung zunehmen.

zwungen ermöglicht, insbesondere jedoch die *spielerische Metaphersprache*<sup>15</sup>, die interhemisphärische Integration befördert (Levin 1991). Die Betonung liegt hier auf der Arbeit *an* und weniger *in* der Übertragung, auf Unterstützung und Kompetenzzuwachs im regulativen, aufmerksamkeits-fokussierenden und mentativen Bereich, d.h. insgesamt auf wachstumsbezogene Ressourcen- und Lösungsorientierung. Regressive Prozesse, sofern sie nicht nachreifenden Charakter haben, werden nicht gefördert, da der Patient sich bereits auf einem maladaptiv-regressiven Funktionsniveau bewegt.

In der Ressourcenförderung und Stressbewältigung im engeren Sinne haben sich Übungstechniken sehr bewährt. Diesbezüglich liegen viele „spielerische“ Anregungen vor aus der Hypnotherapie (Olness u. Kohen 1996; Mrochen et al. 1997; Holtz et al. 2000), aus der EMDR-basierten „Ressourcenentwicklung und -installation“ (z.B. Tinker u. Wilson 1999) oder aus dem Bereich der Psychoimagination (Reddemann 2001). Z.T. sind hoch störungsspezifische Techniken erforderlich, wie dies besonders deutlich bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen DIS der Fall ist – deren Behandlung eine eigene Betrachtung erfordern würde.<sup>16</sup> Auch die traumafokussierte Behandlung eines posttraumatischen Störungsbildes unterhalb der klinischen Schwelle einer DIS, aber mit häufig deutlichen dissoziativen Anteilen sowie z.T. erheblichen Entwicklungsstillständen im regulativen und „mentalierenden“ Bereich, macht eine vertiefte Ausbildung in einer für diese Patienten störungsspezifischen Technik dringend erforderlich. Meiner eigenen Erfahrung nach ist hier eine psychodynamisch-aufgeklärte Anwendung von EMDR-Techniken, in Kombination mit hypnotherapeutischen Vorschlägen und einem psychoanalytisch-spielbezogenen Vorgehen ein hilfreicher Eklektizismus.

Wie steht es um mögliche Interferenzen bei derlei Methodenkombinationen, insbesondere dann, wenn sie in einer Therapie von ein- und demselben Therapeuten eingesetzt werden? Ich sehe solche prinzipiell nicht gegeben, da erstens die TFP eher die Arbeit *an* und nicht *in* der Übertragung vorsieht (in einer *analytischen* Kindertherapie würde ich den Einsatz anderer Methoden als Modul punktuell erwägen, dies jedoch aus Übertragungsgründen in jedem Fall auslagern). Zweitens betont TFP die aktive, supportiv-fördernde Haltung des Therapeuten. TFP hat drittens – in ihrer Anwendung bei primitiven emotionalen Störungen – als *primären* Fokus nicht die Aufdeckung unbewussten konflikthaften Materials und dessen Deutung

---

<sup>15</sup> Angeregt durch die Befunde der modernen Säuglingsforschung hat in den letzten Jahren auch eine Neubestimmung der Rolle des therapeutischen Spiels stattgefunden. Herrschte früher in der Psychoanalyse eine Neigung vor (wichtige Ausnahme: Winnicott), das Spiel – gegenüber der „reifen“ sprachlichen Kommunikation – als eher defizitären (triebnahe, primärprozesshaften) Modus anzusehen, der aufgrund des kindlichen Entwicklungsniveaus in Kauf genommen werden muss, so hat sich dieser Trend völlig umgekehrt. In vielen Untersuchungen und Beiträgen wird jetzt deutlich das entwicklungsförderliche Potential des Spiels bzw. der spielerischen mentalen Haltung betont (z.B. London 1981; Slade 1987; Meares u. Lichtenberg 1995; Meares 1993; Psa. Study Child 1987, The Bulletin of the Anna-Freud-Centre 1988; Solnit et al. 1993; Streeck-Fischer 1997; Naumann-Lenzen 1994, 1996).

<sup>16</sup> DIS ist ein gutes Beispiel dafür, wie ein umschriebenes Störungsbild hochgradige handwerkliche Spezialisierung zwingend erforderlich macht. Wer sich weiter informieren möchte, sei verwiesen auf: Huber (1997), Kluft u. Fine (1993), Putnam (1989, 1997), Silberg (1998), Phillips u. Frederick (1995), Psychoanalytic Inquiry (1992, 2000).

sowie Durcharbeiten in der Übertragungsbeziehung, sondern Entwicklungsförderung und inneres Wachstum des Patienten. In der „klassischen“ Sprache formuliert, geht es nicht um einen unbewussten Konflikt zwischen mehreren psychischen Funktionsebenen (Ich-Es), sondern um ein in seiner Kompetenz unterentwickeltes und schwaches Ich. Viertens bin ich der Auffassung, dass der psychoanalytisch-therapeutische „Spielraum“ (als *potential space*), mit seiner assoziationsgeleitet-kreativen (vgl. Hoppe 1989) Grundhaltung eine große Affinität zur Betonung der assoziativ-lösungsorientierten „Trance“ in der Hypnotherapie und auch im EMDR hat. Wenn Kinder sich dem Strom des therapeutischen Spiels überlassen, wechseln sie in eine Spiel-Trance und sind in unmittelbarem Kontakt mit unbewussten/vorbewussten Gedankeninhalten. In diesem Kontext lassen sich zwanglos (d.h. nicht das „unbewusste“ Spiel störend) hypnotherapeutische, lösungsorientierte Interventionen (als strategisch induzierte Trance) integrieren. Diesbezüglich ist aufseiten des Therapeuten methodische Kreativität gefordert.<sup>17</sup>

Bei vielen dieser Patienten wird die vorrangige Aufgabe des Therapeuten oft darin bestehen, die *Fähigkeit* zum Spiel als Entwicklungsziel<sup>18</sup> zu fördern. Kinder in Angst und traumatisierte Kinder haben oft weitgehend die Fähigkeit zum kreativen, phantasiegeleiteten Spiel eingebüßt (oder nie entwickeln können), sind zu repetitiv-stereotypem (d.h. Spannung regulierendem) Pseudo-Spiel übergegangen. Spiel-Entfaltung benötigt den von Realangst entlasteten Raum – den haben traumatisierte Kinder sehr oft deshalb nicht für ihre Entwicklung zur Verfügung, da ihr Gehirn hinsichtlich des Fortbestandes realer Gefahr einer chronischen Täuschung erliegt und subliminal mit Gefahren-Scanning befasst ist. Deshalb kann nicht zum Spiel übergegangen werden. Aus diesem Grund muss der Therapeut zuallererst für die Gewährleistung dieses realen Schutzraums Sorge tragen und ihn vor den Angriffen der Außenwelt, aber auch vor denen des Patienten selbst schützen. Aus klinischer Sicht steht das therapeutische Spiel dieser Kinder also unter dem Primat des Entwicklungsgesichtspunktes: die Fähigkeit zum Spielen d.h. zur „Mentalisierung“ ist zu entwickeln<sup>19</sup>; das Auftreten der diese Fähigkeit störenden inneren und äußeren Einflüsse muss überwacht und reguliert werden. Hierzu gehört in der therapeutischen Beziehung auch die Restitution und der Schutz der grundsätzlich positiven Übertragungsbeziehung: Anhaltender negativer Affekt lässt die mentale Aktivität, welche die Fähigkeit zum Spielen unterfüttert, versiegen (Meares u. Lichtenberg

<sup>17</sup> Viele Grundelemente aus Ressourcen-Entwicklungs-Manualen, insbesondere aus der Hypnotherapie, lassen sich sehr gut in jede Art des Als-ob-Spiels integrieren, beispielsweise als archetypische Dramatis Personae.

<sup>18</sup> Für einen zusammenfassenden Überblick zur ethologischen Entwicklungsneuropsychologie des Spiels vgl. Panksepp (1998, S. 280ff.). Er beschreibt dort insbesondere den Entwicklungsgewinn des „Rough-and-Tumble-Play“ (raues, körperbetontes Spiel: Kämpfen, Kitzeln etc.) und stellt einen interessanten Zusammenhang her zwischen dem sozialisationshistorischen Schwund dieser Spielform im Eltern-Kind-Diskurs, der Hypo-Stimulation kortikaler Funktionen und der Zunahme von AD/HD-Diagnosen. Panksepp (1998, S. 297) merkt kulturkritisch an, dass AD/HD-Kinder vielleicht nur erhöhte, ungehemmte und unfokussierte „playfulness“ demonstrieren, für die unsere Gesellschaft nicht viel mehr als restriktive und/oder medikamentöse Lösungen bereitstelle.

<sup>19</sup> Meares und Lichtenberg (1995, S. 47) sprechen davon, dass solche Kinder „in der Falle der Hypertrophie des Realen“ gefangen sind. Meares (1993) vergleicht das Spiel mit der nicht-linearen, nicht-logischen mentalen Aktivität in der Réverie – was einer dissoziativen Trance entspricht.

1995); im Spiel erkennbare Lösungsansätze sollten erkannt, affektiv amplifiziert und aktiv differenzierend gefördert werden. Dies schließt mit ein – und auch hier können in das Spiel integrierte hypnotherapeutische und EMDR-Ressourcentechniken hilfreich sein – die einwebende Anwendung helfender, imaginativer Techniken, etwa in Form von magischen, hilfreichen Figuren.

Eine wesentliche und behandlungstechnisch noch längst nicht zufriedenstellend gelöste Frage berührt das Problem der Fokussierung und behandlungstechnischen Ansprache präverbal gesetzter und lediglich somatisch-prozedural encodierter oder retrograd-amnestisch dissoziierter Traumatisierungen. Wie können diese – und in welcher Form – in der Behandlung wiedererlangt und angesprochen werden? Ist die „Erinnerung“ (sensu „episodisch“) unerlässliche Voraussetzung für eine erfolgversprechende, desensibilisierende/reprozessierende Behandlung der assoziierten Symptomatik? Es gibt immer wieder ermutigende, diesbezügliche Fallberichte – basierend auf einem EMDR-Ansatz (z.B. Morris-Smith 2002; Besser 2002) oder aus dem Bereich der Hypnose und Hypnotherapie (hier besonders Phillips u. Frederick 1995) – und auch eigene klinische Erfahrungen (mit einer Kombination aus EMDR- und hypnotherapeutischen Interventionen in einem TFP-Setting), die eine erste, sehr vorläufige Antwort zulassen:

Eine episodische und semantisch-explizite Erinnerung ist nicht unbedingt erforderlich, bei Ereignissen aus der präverbalen Lebensphase auch gar nicht möglich, da diese Gedächtnisebenen in diesem Zeitraum noch nicht zur Verfügung standen. Diesbezüglich ist nur „recall-retrieval“ auf prozeduraler und „priming“-Ebene möglich. Zusätzliche assoziative Aktivierung kann über Drittberichte oder Fotos geleistet werden. Ein identifizierbarer und erlebbarer Marker in diesem Bereich (beispielsweise das diffuse Empfinden von Fallen-Gelassen-Werden, Atemnot, Einstiche etc.) reicht meiner Erfahrung nach als initialer Fokus aus, ist allerdings auch unerlässlich, um ein im Sensorium gespeichertes Trauma-Cluster anzuzapfen und durchzuprozessieren. Dies zeigen auch die erwähnten Behandlungsberichte von Besser und Morris-Smith (Traumatisierungszeitpunkte: perinatal/postnatal über einen Zeitraum von sechs Monaten; vierte Lebenswoche; 17. Lebensmonat). Es scheint, als könnten sekundär geschädigte neuronale Systeme (zum Beispiel das System der „abgeleiteten, unbewussten pathogenen Überzeugungen“ im „Control-Mastery-Bereich“; Weiss u. Sampson 1986) über Generalisierungseffekte von der Auflösung eines Trauma-Clusters im prozeduralen Bereich profitieren. Dies gilt auch für komorbide funktionelle Störungen. Die bisherigen Ergebnisse sind insgesamt ermutigend, belegen aber auch, dass die fokussierte Ansprache präverbaler oder amnestisch dissoziierter Traumata noch längerfristig auf experimentelle Kasuistik angewiesen sein wird, bevor standardisierte und reliable Verfahren in Sicht sind.

Abschließend sei hingewiesen auf die Notwendigkeit der begleitenden Beratung und/oder Behandlung der Eltern. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Frühintervention im Sinne der Mutter-Säuglings- oder Mutter-Kind-Therapie in ihren verschiedenen Varianten (z.B. Greenspan u. Lieberman 1988; Brazelton u. Cramer 1991; Cramer 1991), sondern aus den erörterten Gründen ebenso für ältere Kinder und auch Jugendliche: Die referierten Befunde aus der Bindungsforschung belegten, in welchem Maß besonders bei desorganisiert gebundenen Kindern die unge-

löste Traumatisierung/Desorganisation/Dissoziation aufseiten der primären Bindungsperson deren „mind-mindedness“ behindert und dazu führt, dass sie durch implizites und explizites Verhalten dem Kind gegenüber dessen Bindungssystem „infiziert“. Hilfe für eine solche Mutter ist indirekte, und meiner Erfahrung nach in vielen Fällen sehr wirkungsvolle Hilfe für das Index-Kind.

## Literatur

- Ainsworth, M.D.S.; Wittig, B.A. (1969): Attachment and the Exploratory Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. In: Foss, B.M. (Hg.): *Determinants of Infant Behavior*, Vol. 4. London: Methuen, S. 113-136.
- Atkinson, L.; Zucker, K.J. (Hg.) (1997): *Attachment and Psychopathology*. New York/London: Guilford.
- Basch, M.F. (1988): *Understanding Psychotherapy. The Science Behind the Art*. New York: Basic Books.
- Basch, M.F. (1995): Kohut's Contribution. *Psychoanalytic Dialogue* 5: 367-373.
- Beebe, B.; Lachmann, F.M. (1994): Representation and Internalization in Infancy: Three Principles of Salience. *Psychoanalytic Psychology* 11: 127-165.
- Belsky, J.; Nezworski, T. (Hg.) (1988): *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Besser, L. (2002): Vom Vergessen und Wiederholen medizinischer Traumata zum heilsamen Erinnern. Posttraumatische Belastungs- und Somatisierungsstörungen bei Frühgeborenen und Kleinkindern. In: Sachsse, U.; Özkan, I.; Streeck-Fischer, A. (Hg.): *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 174-193.
- Bion, W.R. (1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bogdan, R.J. (1997): *Interpreting Minds*. Cambridge: MIT Press.
- Bowlby, J. (1966): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bowlby, J. (1986): *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Brazelton, T.B.; Cramer, B.G. (1990): *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bretherton, I.; Ridgeway, D.; Cassidy, J. (1990): Assessing Internal Working Models of the Attachment Relationship: An Attachment Story Completion Task for 3-Year-Olds. In: Greenberg, M.T.; Cichetti, D.; Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research and Intervention*. Chicago/London: The Univ. of Chicago Press.
- Brisch, K.H. (2002): Bindungsstörungen. Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bulletin of the Anna Freud Centre (1988): Themenheft: International Scientific Colloquium on Playing: its Role in Child and Adult Psychoanalysis.
- Carlson, V.; Cichetti, D.; Barnett, D.; Braunwald, K. (1989): Disorganized/Disoriented Attachment Relationships in Maltreated Infants. *Developmental Psychology* 25: 525-531.
- Cichetti, D.; Cohen, D.J. (Hg.) (1995): *Developmental Psychology. Vol 1: Theory and Methods, Vol. 2: Risk, Disorder and Adaptation*. New York: John Wiley & Sons.
- Cichetti, D.; Rogosch, F.A. (1996): Equifinality and Multifinality in Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology* 8: 597-600.
- Cooper, D. (1992): Classical Psychoanalysis and Classical Conditioning: Guilt (and Other Affects) by Association. *Psychoanalytic Inq.* 12: 374-395.
- Cramer, B.G. (1991): *Frühe Erwartungen. Unsichtbare Bindungen zwischen Mutter und Kind*. München: Kösel.

- Damasio, A.R. (2001): *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Damasio, A.R. (2002): *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Development and Psychopathology (1999): Special Issue: Neurodevelopment and Psychopathology 11: 375-628.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fonagy, P. (2001): *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonygy, P.; Target, M. (1997): Attachment and Reflective Function: their Role in Self-Organization. *Development and Psychopathology* 9: 679-700.
- Fonagy, P.; Target, M. (2002): Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inq.* 22: 307-335.
- Fonagy, P. et al. (2000): Attachment and Borderline Personality Disorder: A Theory and Some Evidence. *Borderline Pers. Disord.* 23: 103-122.
- Fraiberg, S. (1980): *Clinical Studies in Infant Mental Health*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1950): Die endliche und die unendliche Analyse. In: *GW XVI*, S. 59-99. London: Imago Publ. Co.
- Fürstenau, P. (1992): *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Gedo, J. (1979): *Beyond Interpretation*. New York: IUP.
- Gedo, J. (1991): *The Biology of Clinical Encounters*. Hillsdale NJ: TAP.
- Gergely, G.; Watson, J. (1996): The Social Biofeedback-Model of Parental Affect-Mirroring. *Int. J. Psycho-Analysis* 77: 1181-1212.
- Graham, Y.P. et al. (1999): The Effects of Neonatal Stress on Brain Development: Implications for Psychopathology. *Development and Psychopathology* 11: 545-565.
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145.
- Grawe, K.; Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63-73.
- Greenspan, S.I. (1997): *Developmentally Based Psychotherapy*. Madison: IUP.
- Greenspan, S.I.; Lieberman, A.F. (1988): A Clinical Approach to Attachment. In: Belsky, J.; Nezworski, T. (Hg.): *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, S. 387-424.
- Grotstein, J.S. (1990): Invariants in Primitive Emotional Disorders. In: Boyer, L.B.; Giovacchini, P.L. (Hg.): *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Northvale NJ: Jason Aronson, S. 139-163.
- Hesse, E.; Main, M. (1999): Second-Generation Effects of Unresolved Trauma in Nonmaltreating Parents: Dissociated, Frightened, and Threatening Parental Behavior. *Psychoanal. Inq.* 19: 481-540.
- Hesse, E.; Main, M. (2002): Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 219-248.
- Hofmann, A. (1999): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Holtz, K.H. et al. (Hg.) (2000): *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hoppe, K.D. (1989): Psychoanalyse, Spezialisierung der Gehirnhälften und Kreativität. *Forum Psychoanal.* 5:319-332.
- Huber, M. (1997): *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende Extremer Gewalt*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hüther, G. (2001): Die neurologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: Streeck-Fischer, A.; Sachsse, U.; Özkan, I. (Hg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 94-114.
- Immelmann, K.; Suomi, S.J. (1982): Sensible Phasen der Verhaltensentwicklung. In: Immelmann, K.; Barlowe, G.W.; Petrinovich, L.; Main, M. (Hg.): *Verhaltensentwicklung bei Mensch und Tier*. Berlin: Parey, S. 508-554.

- Izard, C.; Harris, P. (1995): Emotional Development and Developmental Psychopathology. In: Cichetti, D.; Cohen, D.J. (Hg.): *Developmental Psychopathology*, Vol. 1. New York: John Wiley, S. 467-503.
- Karpman, S. (1968): Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transact. Anal. Bull.* 7: 39-43.
- Kluft, P.; Fine, C. (1993): *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kohut, H. (1974): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1975): *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1977): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kolk, B.A. van der (1994): The Body Keeps the Score. Memory and the Evolving Psychobiology of Post Traumatic Stress (Web Version).
- Kolk, B.A. van der (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47: 19-35.
- Kolk, B.A. van der; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (1996): *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford.
- Kolk, B.A. van der et al. (1996): Dissociation, Affect Dysregulation and Somatization (Web Version).
- Krause, R. (1992): Die Zweierbeziehung als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche* 46: 588-612.
- Krystal, H. (1978): Trauma and Affects. *Psa. Study Child* 33: 81-116.
- Krystal, H. (1985): Trauma and the Stimulus Barrier. *Psychoanal. Inq.* 5: 131-161.
- Krystal, H. (1997): Desomatization and the Consequences of Infantile Psychic Trauma. *Psychoanal. Inq.* 17: 126-150.
- Kuhn, T.S. (2002): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Levin, F.M. (1991): *Mapping the Mind. The Intersection of Psychoanalysis and Neuroscience*. Hillsdale NJ: TAP.
- Levin, F.M. (1995): Psychoanalysis and Knowledge, Parts 1-3. In: Winer, J.A.: *The Annual of Psychoanalysis* Vol. 23, S. 95-154.
- Levin, F.M. (2002): Attention Deficit Disorder: A Neuropsychanalytic Sketch. *Psychoanal. Inq.* 22: 336-354.
- Lichtenberg, J.D. (1989): *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale NJ: TAP.
- Lichtenberg, J.D.; Lachmann, F.M.; Fosshage, J.L. (1992): *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale NJ: TAP.
- Lieberman, A.F.; Pawl, J.H. (1988): Clinical Applications of Attachment Theory. In: Belsky, J.; Nezworski, T.: *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, S. 327-351.
- Liotti, G. (1995): Disorganized/Disoriented Attachment in the Psychotherapy of Dissociative Disorders. In: Goldberg, S.; Muir, R.; Kerr, G. (Hg.): *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. 343-366. Hillsdale NJ: TAP, S. 343-366.
- Liotti, G. (1999): Understanding the Dissociative Processes: The Contribution of Attachment Theory. *Psychoanal. Inq.* 19: 757-783.
- London, N.J. (1981): The Play Element of Regression in the Psychoanalytic Process. *Psychoanal. Inq.* 1: 7-27.
- Lyons-Ruth, K.; Connell, D.B.; Grunebaum, H.; Botein, S. (1990): Infants at Social Risk: Maternal Depression and Family Support Services as Mediators of Infant Development and Security of Attachment. *Child Development* 61: 85-98.
- Lyons-Ruth, K. et al. (2002): Desorganisierte Kinder und ihre Mütter. Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 249-276.
- Main, M. (1995): Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler, G.; Zimmermann, P. (Hg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 120-139.

- Main, M.; Solomon, J. (1986): Discovery of an Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern: Procedures, Findings and Implications for the Classification of Behavior. In: Brazelton, T.B.; Yogman, M.W. (Hg.): *Affective Development in Infancy*. Norwood NJ: Ablex, S. 95-124.
- Main, M.; Solomon, J. (1993): Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M.T.; Cichetti, D.; Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the Preschool Years*. Chicago/London: Chicago Univ. Press, S. 121-160.
- Main, M.; Hesse, E. (1993): Parents' Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism? In: Greenberg, M.T.; Cichetti, D.; Cummings, E.M. (Hg.): *Attachment in the Preschool Years*. Chicago/London: Chicago Univ. Press, S. 161-184.
- Markowitsch, H.J. (2001): Stressbezogene Gedächtnisstörungen und ihre möglichen Hirnkorrelate. In: Streeck-Fischer, A.; Sachsse, U.; Özkan, I. (Hg.): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 72-93.
- Meares, R. (1993): *The Metaphor of Play. Disruption and Restoration in the Borderline Experience*. Northvale/London: Jason Aronson.
- Meares, R.; Lichtenberg, J. (1995): The Form of Play in the Shape and Unity of Self. *Contemp. Psychoanal.* 31: 47-64.
- Meisels, S.J.; Shonkoff, J.P. (Hg.) (1995): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: CUP.
- Morris-Smith, J. (2002): EMDR – A Case for Pre-Verbal Memory? *ACCP Occasional Papers* 19: 23-29.
- Morton, J.; Frith, U. (1995): Causal Modeling: a Structural Approach to Developmental Psychology. In: Cichetti, D.; Cohen, D.J. (Hg.): *Developmental Psychopathology*, Vol. 1. New York: John Wiley, S. 357-390.
- Mrochen, S.; Holtz, K.L.; Trenkle, B. (Hg.) (1997): *Die Pupille des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Nathanson, D.L. (1987): A Timetable for Shame. In: Nathanson, D.L. (Hg.): *The Many Faces of Shame*. New York: Guilford.
- Naumann-Lenzen, M. (1994): Jenseits der Deutung. Zur Kontroverse um das Verhältnis von Deutungs-, Beziehungs- und Spielaspekten bei Psychopathologien aus der sog. präverbalen Lebensphase. *Analyt. Kinder- u. Jugendl.-Psychotherapie* 25: 235-272.
- Naumann-Lenzen, M. (1996): Lernen in der Kinderpsychotherapie. Gedächtnissysteme, interne und interpersonelle Regulierung. Gedanken zu einem integralen Modell. *Zs. f. Tanztherapie* 4/5: 50-58.
- Ogden, T.H. (1986): *The Matrix of the Mind. Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale: Jason Aronson.
- Ogden, T.H. (1989): *The Primitive Edge of Experience*. London: Jason Aronson.
- Olness, K.; Kohen, D.P. (1996): *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York/London: Guilford.
- Pally, R. (1997-1998): I: How Brain Development is Shaped by Genetic and Environmental Factors / II: How the Brain Actively Constructs Perceptions / Memory: Brain Systems that Actively Link Past, Present and Future / Emotional Processing: The Mind-Body Connection / Bilaterality: Hemispheric Specialization and Integration / Consciousness: A Neuroscience Perspective. *Int. J. Psycho-Anal.* 78/79 (I: 78: S. 587-594; II: 78: S. 1021-1234, 79: S. 349-362, S. 565-578, S. 971-989).
- Panksepp, J. (1998): *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York: Oxford Univ. Press.
- Pearson, J.L.; Cohn, D.A.; Cowan, P.A.; Cowan, C.P. (1994): Earned and Continuous-security in Adult Attachment: Relation to Depressive Symptomatology and Parenting Style. *Developmental Psychopathology* 6: 359-373.
- Pennington, B.F.; Welsh, M. (1995): Neuropsychology and Developmental Psychopathology. In: Cichetti, D.; Cohen, D.J. (Hg.) (1995): *Developmental Psychology*. Vol 1: Theory and Methods, Vol. 2: Risk, Disorder and Adaptation. New York: John Wiley & Sons, S. 254-290.

- Perry, B.D.; Pollard, R.A.; Blakley, T.I.; Baker, W.L.; Vigilante, D. (1995): Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and „Use-Dependent“ Development of the Brain: How „States“ Become „Traits“. *Infant Mental Health J.* 16: 271-291.
- Perry, B.D. (2000): The Neuroarcheology of Childhood Maltreatment. The Neurodevelopmental Costs of Adverse Childhood Events (Web Version).
- Perry, B.D. (1999): Memories of Fear. How the Brain Stores and Retrieves Physiological States, Feelings, Behaviors and Thoughts From Traumatic Events. (Web Version). Original in: Goodwin, J.; Attias, R. (Hg.) (1999): *Splintered Reflections: Images of the Body in Trauma*. New York: Basic Books.
- Perry, B.D. (1997): Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the ‚Cycle of Violence‘. (Web Version). Original in: Osofsky, J. (Hg.) (1997): *Children, Youth and Violence: The Search for Solutions*. New York: Guilford, S. 124-148.
- Perry, B.D. (1994): Neurobiological Sequelae of Childhood Trauma: Post Traumatic Stress Disorders in Children (Web Version). Original in: Murburg, M. (Hg.) (1994): *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington: American Psychiatric Press, S. 253-276.
- Perry, B.D. (o.J.): Violence and Childhood: How Persisting Fear Can Alter the Child's Brain (Web Version Draft).
- Perry, B.D.; Azad, I. (1999): Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents (Web Version).
- Phillips, M.; Frederick, C. (1995): *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton.
- Psychoanalytic Inquiry (1992): Themenheft: Perspectives on Multiple Personality Disorder, Vol. 12.
- Psychoanalytic Inquiry (2000): Themenheft: Multimodal Treatment of Complex Dissociative Disorders, Vol. 20.
- Putnam, F.W. (1989): *Multiple Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F.W. (1997): *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York: Guilford.
- Reddemann, L. (2001): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumatisierungsfolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Rose, G. (1972): Fusion States. In: Giovacchini, P.L. (Hg.): *Tactics and Technique in Psychoanalytic Theory*. New York: Jason Aronson, S. 137-169.
- Ross, C.A. (1989): *Multiple Personality Disorder*. New York: John Wiley.
- Sachsse, U.; Özkan, I., Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2002): *Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*.
- Sameroff, A.J.; Emde, R.N. (1989): *Relationship Disturbances in Early Childhood. A Developmental Approach*. New York: Basic Books.
- Sanville, J. (1991): *The Playground of Psychoanalytic Therapy*. Hillsdale NJ: TAP.
- Schore, A.N. (1994): *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A.N. (2001a): The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health J.* 22: 7-66.
- Schore, A.N. (2001b): The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health J.* 22: 201-269.
- Schore, A.N. (2002): Advances in Neuropsychanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanal. Inq.* 22: 433-484.
- Schore, A.N. (2002): Dysregulation of the Right Brain: A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: S. 9-30.
- Schwarz, E.D.; Perry, B.D. (1994): The Post-traumatic Stress Response in Children and Adolescents (Web Version). Original in: *Psychiatric Clinics of North America* 17: 311-326.
- Silberg, J. (Hg.) (1998): *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management*. Luther-ville: Sidran Press.

- Slade, A. (1987): Quality of Attachment and Early Symbolic Play. *Developmental Psychology* 23: 78-85.
- Solnit, A.J. et al. (Hg.) (1993): *The Many Meanings of Play*. New Haven/London: Yale Univ. Press.
- Spangler, G.; Grossmann, K. (1999): Individual and Psychological Correlates of Attachment Disorganization in Infancy. In: Solomon, J.; George, C. (Hg.): *Attachment Disorganization*. New York: Guilford, S. 95-124.
- Stern, D.N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R.D.; Lachmann, F.M. (1980): *Psychoanalysis of Developmental Arrests*. New York: IUP.
- Strauss, B.; Buchheim, A.; Kächele, H. (Hg.)(2002): *Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. Über das Spiel der Entwicklung, das heilsame Spiel, das Spiel, das außer Kontrolle gerät und das posttraumatische Spiel. *Forum der Psychoanalyse* 13: 19-37.
- The Psychoanalytic Study of the Child (1987): Themenschwerpunkt: Psychoanalytic Views of Play. Vol. 42: 3-219.
- Tinker, R.H.; Wilson, S.A. (1999): *Through the Eyes of a Child. EMDR with Children*. New York: Norton.
- Tomkins, S.S. (1963): *Affect, Imagery, Consciousness. Vol. II: The Negative Affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1987): Shame. In: Nathanson, D.L. (Hg.): *The Many Faces of Shame*. S. 133-161.
- Trevarthen, C. (1979): Communication and Cooperation in Early Infancy: A Description of Primary Intersubjectivity. In: Bullowa, M.M. (Hg.): *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*. New York: Cambridge Univ. Press.
- Weiss, J.; Sampson, H. (1986): *The Psychoanalytic Process*. New York: Guilford.
- Winnicott, D.W. (1984): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Winnicott, D.W. (1979): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wöller, W.; Kruse, J. (Hg.)(2002): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Zeanah, C.H. (Hg.)(1993): *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Päd. Michael Naumann-Lenzen, Kurhausstraße 13, 53773 Hennef,  
E-Mail: naumann-lenzen@t-online.de