

Cohen, Yechezkiel

**Bindungstheorie als Grundlage zum Verständnis
psychopathologischer Entwicklung und zur stationären
Behandlung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 7, S. 511-521

urn:nbn:de:bsz-psydok-42461

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Original Articles

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

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

Übersichtsarbeiten / Review Articles

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

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

Diskussion / Discussion

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

Werkstattberichte / Brief Reports

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

Buchbesprechungen

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

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

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

Neuere Testverfahren

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

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

Bindungstheorie als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung¹

Yechezkiel Cohen

Summary

Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment

There seems to be an as yet unresolved question as to whether attachment behavior is an innate factor or whether it is an outcome of primary social relations. On the basis of Bowlby's researches as well as on Emde's, the author argues that attachment is an innate developmental factor that needs external impact, meaning parental care, to evolve and develop. The two cases presented here reflect similar expressions of alienation and detachment as well as essential differences. In the first case, the child has lost his innate ability and urge for social attachment due to severely defective care during early infancy, mainly desertion. In the second case, the child expresses clear attachment ability, yet, due to the deviant care, this ability has developed into disturbed attachment patterns. In both cases, it is claimed that only comprehensive treatment, which is in a way removed from reality, may „rekindle“ the innate attachment ability of the first child and lead the second child unimpaired attachment behavior.

Zusammenfassung

Bisher scheint es eine ungelöste Frage zu sein, ob Bindungsverhalten ein angeborener Faktor oder ein Ergebnis primärer sozialer Beziehungen ist. Auf der Grundlage der Untersuchungen Bowlbys wie auch Emdes führt der Autor aus, daß Bindung ein angeborener Entwicklungsfaktor ist, der eine äußere Einwirkung, nämlich die elterliche Fürsorge benötigt, um sich zu entfalten und zu entwickeln. Die beiden hier dargestellten Fälle zeigen sowohl ein ähnliches Bild von Beziehungslosigkeit wie auch entscheidende Unterschiede. Im ersten Fall hat das Kind seine angeborene Fähigkeit zu und seinen inneren Drang nach sozialer Bindung aufgrund von schwerster Vernachlässigung, vor allem Verlassensein, während der frühen Kindheit verloren. Im zweiten Fall zeigt das Kind eine deutliche Fähigkeit zu Bindung, diese Fähigkeit hat sich jedoch aufgrund von schädigender Versorgung zu gestörten Bindungsmustern entwickelt. Es wird die

¹ Die Arbeit ist unter dem Titel „Attachment as the Basis of Psychopathological Development and Residential Treatment“ erstmals in *The Psychoanalytic Study of the Child* (52: 247-259, 1997) erschienen. Der Abdruck der deutschen Übersetzung durch Verena Sanders (Aachen) erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Yale University Press, London.

These aufgestellt, daß in beiden Fällen nur eine umfassende Behandlung, die auf gewisse Weise von der Realität losgelöst ist, die angeborene Bindungsfähigkeit des ersten Kindes „wiederentzünden“ kann und das zweite Kind zu einem unbeeinträchtigten Bindungsverhalten führen kann.

Bowlby (1969) hat aufgrund seiner Studien das Konzept der Bindung entwickelt, um Phänomene auf dem Gebiet der interpersonellen Beziehungen zu verstehen. In verschiedenen Kreisen herrschen jedoch beachtliche Unklarheiten über die Bedeutung dieses Konzepts vor. Bowlby hält Bindung für ein im Grunde unidirektionales Beziehungsmuster, das ein Mensch zu einer bedeutsamen Person in seiner Umgebung entwickelt: „Dadurch, daß die Nähe zu einer vertrauten Pflegeperson aufrechterhalten wird, reduziert sich das Risiko des Kindes, zu Schaden kommen“ und „... das Zusammensein von Menschen in einem oder mehreren Systemen, das Bindungsverhalten erzeugt, läßt sich auf das Wirken der Darwinschen Evolution zurückführen. Viele Verhaltensmuster, die traditionell als instinktgeleitet angesehen wurden – zum Beispiel Essen, Sexualverhalten und elterliches Pflegeverhalten – können auf ähnliche Weise verstanden werden“ (Bowlby 1987, S. 65). Ich halte Bindung für ein angeborenes Element, das unter bestimmten Voraussetzungen dem Individuum ermöglicht, Beziehungen einzugehen, die Urvertrauen (Erikson 1950), eine sichere Basis (Ainsworth 1982), Annäherung (Mahler et al. 1975) oder einen potentiellen Raum (Winnicott 1967) gewährleisten.

Studien zur Entwicklung aus den letzten zehn Jahren weisen darauf hin, daß ein Kind von Beginn seines Lebens an als ein einzelnes und auch getrenntes, eigenes Wesen existiert. Dies widerspricht Winnicotts Annahme einer primären Einheit (1956) nicht, da die primären Elemente der Individualität bei Kindern erst durch die besondere Art und Weise, wie sie behandelt wird, aktiviert werden (Emde 1988). In diesem Sinne muß man die Einheit parallel zu den je eigenen Aspekten des Kindes sehen. Da nur mit Hilfe von Aktivierung die einzigartigen primären und potentiellen Elemente des Kindes zur Verwirklichung gebracht werden können, ist es hilfreich, die Mutter-Kind-Dyade als eine besondere Einheit mit gewissen Charakteristika zu sehen. Auf der Grundlage umfassender Entwicklungsstudien nimmt Emde an, daß „es die spezifisch erfahrene Umwelt ist, im Gegensatz zur allgemeinen familiären Umgebung, die das sich entwickelnde Verhalten und das Risiko für seelische Störung bestimmt“ (Emde 1988, S. 28). Emde führt vier basale Motivationen für Verhalten und Entwicklung an, die zeigen, daß das Kind von den ersten Tagen des Lebens an ein eigenes Wesen ist. Die Existenz dieser Motivationen ist nicht durch Verstärkung oder Lernen bedingt, sondern ist ein angeborenes menschliches Merkmal.

Die erste basale Motivation ist Aktivität, die sich beispielsweise in den Augenbewegungen des Kindes manifestiert, das nach Dingen sucht, die es ansehen kann. Die zweite basale Motivation ist die Selbst-Regulierung, die dazu dient, ein Individuum nach einer Störung des Gleichgewichts zu normaler Aktivität zurückzubringen, wie auch zur Regulierung der inneren Zyklen der Person, wie des Schlaf-Wach-Zyklus. Die dritte basale Motivation ist die soziale Einordnung, die im Mittelpunkt dieser Arbeit steht. Dieser Faktor entspricht dem Element der Bindung. Emde geht davon aus, daß

Kinder mit der Fähigkeit zu interpersonellen Beziehungen geboren werden. „Unsere Entwicklung hat uns mit organisierten Kapazitäten ausgestattet, um Interaktionen mit anderen Menschen zu initiieren, aufrechtzuerhalten und zu beenden. Viele dieser Fähigkeiten sind bei der Geburt vorhanden und beinhalten eine Neigung, Blickkontakt aufzunehmen; für die Aktivierung und Beruhigung durch menschliches Halten, Berühren und Wiegen empfänglich zu sein; und die Bereitschaft, den stimulierenden Merkmalen der menschlichen Stimme und des menschlichen Gesichts verlängerte rege Aufmerksamkeit entgegenzubringen“ (Emde 1988, S. 30). Affektive Überwachung, die vierte basale Motivation, sichert affektive Kontrolle und dient ebenfalls dazu, andere zu lenken (z.B. wenn eine Mutter das Lächeln ihres Kindes als Ausdruck seiner Stimmungen oder Bedürfnisse sieht). Die Aktivität, Qualität und Quantität dieser Elemente sind abhängig von der emotionalen Verfügbarkeit der primären Bezugspersonen in der frühen Kindheit. Diese Verfügbarkeit muß jedoch sehr persönlich und dem einzelnen Kind angepaßt sein. Zur Illustration stelle ich zwei Fälle von Kindern vor, deren Entwicklung nicht normal verlief. Ich werde versuchen zu zeigen, wie eine dem Kind nicht angepaßte emotionale Verfügbarkeit zu Defekten führte, sowohl in der Fähigkeit des Kindes, Bindungen einzugehen als auch in der Qualität der eingegangenen Beziehungen. Ich meine, daß eine umfassende Behandlung die Probleme, die auftauchen, bewältigen kann, selbst wenn defekte frühe Verhaltensmuster vorliegen.

Yoav

Yoav war ein Junge, dessen Bindungsfähigkeit nicht auf Erwidern oder emotionale Verfügbarkeit seitens der Mutter traf. Seine Fähigkeit zu Bindung war verarmt und in gewissem Sinne degeneriert. Er war das jüngste von fünf Kindern, die alle aus der Familie herausgenommen worden sind. Zwei der Kinder wurden zur Adoption freigegeben, und auch Yoav war ein Kandidat für die Adoption. Im Laufe der Zeit wurde dieses Vorhaben jedoch aufgegeben. Yoav war eine Frühgeburt und hatte während seiner ersten ein- und einhalb Lebensjahre bei seinen Eltern gelebt – dem offensichtlich kritischen Zeitraum für die Aktivierung der Bindungsfähigkeit. Während dieser Zeit wurde er extrem vernachlässigt; manchmal wurde er tagelang in einem völlig dunklen Raum mit geschlossenen Rolläden alleingelassen. Nach dieser Zeit wurde Yoav aus seinem Elternhaus herausgenommen und in einer Pflegefamilie untergebracht. Infolge eigener Schwierigkeiten konnte die Pflegefamilie jedoch nicht ausreichend für Yoav sorgen, und er wurde in eine Einrichtung für Kleinkinder gebracht, in der er bis zum Alter von fünf Jahren blieb.

Yoavs Schwierigkeiten in der Pflegefamilie und später in der Einrichtung lagen hauptsächlich an seinem Sozialverhalten. Er war unfähig, Regeln oder Normen zu akzeptieren, aber er hatte gewisse Beziehungen zu den verschiedenen Erwachsenen, mit denen er lebte. Das Team der Einrichtung berichtete, daß er andere Kinder verletzte, Eigentum zerstörte und sich selbst in gefährliche Situationen begab. Die Mitarbeiter spürten häufig, daß sie seine Aufmerksamkeit und seine Kooperation nur durch engen körperlichen Kontakt erreichen konnten – z.B. wenn er auf dem Schoß eines Erwachsenen saß oder durch Umarmung oder Küsse; aber auch das funktionierte nur für kurze Zeit.

In der Einrichtung konnten Kinder nur bis zum Alter von fünf Jahren verbleiben, daher mußte Yoav sie verlassen. Er wurde in einer Familie untergebracht, die Bereitschaft zeigte, ein Problemkind zu adoptieren, dort blieb er für drei Jahre. In dieser Zeit war sein Verhalten extrem destruktiv. Es wurden viele Versuche gemacht, sein Verhalten mit Hilfe von verschiedenen medikamentösen Behandlungen zu steuern, aber ohne jeglichen Erfolg. Yoav spielte gefährliche Spiele mit Elektrogeräten, Feuer und Wasser, ohne daß man ihn davon abhalten konnte. Es wurde zudem eine schwere Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert. Er war ständig von äußeren Reizen abgelenkt. Eine medikamentöse Behandlung war nicht hilfreich. Er ärgerte jedes Kind, das er traf, und auch hier konnte keine medizinische Behandlung helfen. Da diese Schwierigkeiten ständig zunahmen, bat die Pflegefamilie um seine Herausnahme, und im Alter von acht Jahren wurde er in stationäre Behandlung aufgenommen.

Einige Monate nach der Aufnahme wurde Yoav psychologisch getestet. Es folgt ein Ausschnitt aus dem Untersuchungsbericht:

Yoav ging bereitwillig mit mir in das Büro, als ob er mich schon lange kennen würde, ohne irgendwelche Grenzen. Er lief im Untersuchungszimmer herum und am Ende der Sitzungen brach er in Tränen aus und bat um zusätzlich Stunden. Die einzige Möglichkeit ihn zu testen war die, ihn auf meinem Schoß zu hatten, ihn fest an mich zu drücken und darauf zu achten, daß er nicht alles um sich herum kaputt machte. Ich mußte ihm ebenfalls seinen Rücken und seinen Kopf streicheln, damit er sich nicht alleingelassen fühlte. Bei ihm war alles in Bewegung, sogar seine Zeichnungen hatten keine Grenzen. Er begann auf dem Blatt, das ihm gegeben wurde, aber er malte auf dem Tisch weiter. Er malte sich selbst als eine sich drehende Sonne. Im Rohrschach-Test veränderte er immer wieder die Figuren oder sah sie verschwinden – er sagte, die Menschen seien unsichtbar oder jemand verstecke sich. Die Tiere, die er in den Tintenflecken sah, veränderten immer wieder ihre Form und verwandelten sich in andere Tiere. Gleichzeitig beschrieb er unangenehme Ereignisse, etwa ein Mädchen, das getötet wurde. Im Wechsler-Test, in dem er die Bilder in eine logische Reihenfolge bringen sollte, fügte er schreckliche Details hinzu, etwa einen Jungen, der von seiner Mutter verbrannt wurde, oder einen Jungen, der seine beiden Eltern verbrannte. Seine Antworten auf die Fragen zum Wechsler-Test waren folgende: auf die Frage, was er täte, wenn er ein Kind weinen sähe, antwortet er, daß er nichts tun würde; auf die Frage, was er täte, wenn er ein Haus brennen sähe, antwortete er, daß es sowieso das Haus von jemand anders sei. Auf die Frage, was er täte, wenn er verletzt würde, sagte er, er würde das Blut mit Toilettenpapier aufwischen.

In einer Reihe von Beobachtungssitzungen, die einen Teil des diagnostischen Prozesses bildeten, lief er im Raum herum und stellte Fragen zu Gewalt und Töten. Er fragte, ob die Spielzeug-Maschinenpistole echte Kugeln schießen könnte und fügte sofort hinzu, daß er die Untersucherin erschießen und töten würde. Er trat nach der Untersucherin und tat ihr weh. Er hingte sich an die Schnur, die den Sandsack hielt, obwohl sie zu dünn war, sein Gewicht auszuhalten. Er steckte seine Finger in Steckdosen und andere gefährliche Stellen. Immer, wenn er das Untersuchungszimmer verließ, verursachte er weitere Zerstörung – zum Beispiel stellte er die Schulklingel ab und hob Türen und Fenster aus den Angeln. Gelegentlich ließ er eine Rolle Klebeband aus dem Untersuchungsraum „mitgehen“. Manchmal machte er den Eindruck, daß er wirklich menschlichen Kontakt suchte, etwa als er sich im Untersuchungsraum hinsetzte, seinen Schuh und seinen Socken auszog und seinen roten und offensichtlich schmerzenden großen Zeh an-

sah, aber als die Untersucherin zu ihm ging und anbot, ihn zu behandeln, sagte Yoav: „Brauchst du nicht“, und zog seinen Socken und Schuh wieder an.

In der ersten Zeit seiner stationären Behandlung zeigte Yoav sich unfähig, in der Klasse auf seinem Platz zu sitzen oder eine Aufgabe konzentriert zu lösen. Wohin er auch ging mußte ein Erwachsener wegen der Zerstörungen, die er auf dem Weg vornahm, mit ihm mitgehen, selbst wenn er nur zur Toilette ging. Er handelte ohne Verständnis und ohne Grenzen. Er versuchte, alles zu kauen, was ihm in die Finger kam, einschließlich Stifte, spuckte es dann aus und schmierte es in sein Gesicht. Er bemalte sein Gesicht mit Buntstiften, leckte Farbe, aß Kreide, kratzte den Schorf von seinen Wunden ab und beschmutzte sich selbst mit dem Blut. Er beschmierte sich und einen anderen Jungen mit Kot, steckte sich vor anderen Kindern einen Lutscher in den After, lief nackt über den Hof, urinierte auf seine eigenen Kleider und auf die der anderen Kinder, stahl, wo er nur konnte, und brach sogar in die Wohnungen der Mitarbeiter ein.

Während der ersten zwei Jahre seines Aufenthalts im Behandlungszentrum wurde er an Tagen, die alle Kinder aus der Einrichtung bei ihren Familien oder bei Gastfamilien verbrachten, für einige Tage bei fünf verschiedenen Familien untergebracht. Yoav besuchte eine dieser Familien mehrmals, aber schließlich führte seine Destruktivität dazu, daß auch diese Familie sagte, daß sie ihn nicht mehr haben wolle, genau so wie die Familie, die vorhatte, ihn zu adoptieren. Es war deutlich, daß Yoav keinerlei Bindung zu Menschen einging, obwohl sie nach besten Kräften und mit großer Anstrengung versuchten, Beziehungen zu ihm aufzunehmen. Er war offensichtlich nicht möglich, die „Zündschnur“ der Bindung „wiederzuentzünden“. Dies zeigt, daß interpersonelle Beziehung nur auf der Basis einer strukturellen Grundlage aufgebaut werden kann, die in Yoavs Fall offensichtlich verkümmert war. Im ersten Jahr seines Lebens war keine Grundlage für Bindung gelegt worden – es war niemand vorhanden, um eine solche Grundlage zu aktivieren.

In der stationären Behandlung lernte Yoav langsam, seine Fähigkeit zu Bindungen wieder zu aktivieren, hauptsächlich aufgrund der Möglichkeiten der stationären Behandlung, die sowohl auf Stabilität als auch auf einem Fehlen jeglicher Erwartungen von Gegenseitigkeit basiert. Yoav wurde in einer Gruppe mit zwölf Kindern untergebracht, die von einem interdisziplinären Team mit acht ständigen Mitarbeitern geleitet wurde – zwei Erzieher, drei Lehrer, ein Sozialarbeiter, ein klinischer Psychologe und ein Koordinator. Obwohl es ein festes Team gab, war die tägliche Betreuung der Kinder zwischen mehreren Personen aufgeteilt, und es gab keine Erwartungen, daß die Kinder dankbar sein sollten oder auf andere positive Weise antworten würden. Alle Bemühungen der Mitarbeiter waren darauf gerichtet, die ersten Knospen von Bindung zum Vorschein zu bringen, auch wenn sie sich auf etwas anderes richtete, z.B. irgendwelche Dinge oder Gebäude oder Tiere, bevor sie sich an Menschen richten konnte. So verbrachte Yoav viele Stunden mit allen möglichen Insekten, die er in Schachteln steckte (vielleicht ein Bezug zur Unterbringung in einer Einrichtung) und von Schachtel zu Schachtel beförderte (vielleicht ein Bezug zu seinem Wechsel von einer Familie zur anderen). Er begann ganz allmählich, eine Bindung zu Menschen zu entwickeln, indem er verschiedene Arten von Körperkontakt suchte, etwa Rückenmassage.

Der Hauptteil der Behandlung konzentrierte sich auf die Entwicklung eines „potentiellen Raumes“ nach Winnicott (1967). Dies bezeichnet in erster Linie einen Raum, den das

Kind vorfindet, von dem es aber gleichzeitig den Eindruck hat, ihn selbst zu schaffen. Dies entspricht der frühen Entwicklung des Säuglings, der eine schon existierende äußere Welt vorfindet, und doch das Gefühl hat, diese selbst geschaffen zu haben, so wie es Winnicott (1953) in seiner Erklärung des Übergangsobjekts beschreibt. In der stationären Behandlung versuchen die Erzieher, auf dem gleichen Prinzip eine Beziehung zu dem Kind aufzubauen. Zum Beispiel basiert die äußere Realität auf bestimmten Normen: jeder steht morgens auf, macht sein Bett und wäscht sich. In diesem Sinne gibt es eine äußere Realität, die das Kind vorfindet, wenn es in die Einrichtung kommt („geboren wird“). Aber diese Realität kann auch vom Kind und von den Erziehern geschaffen werden. Zum Beispiel kann der Erzieher, den das Kind morgens an seinem Bett sieht, eine Melodie pfeifen oder seine Hand dem Kind so auf den Kopf legen, wie es zu diesem bestimmten Kind paßt. Der Aufbau eines solchen komplexen Systems des Aufwachens, das auf der besonderen Beziehung des Erziehers zu jedem Kind basiert, schafft einen potentiellen Raum, in dem zwei Komponenten gleichzeitig nebeneinander bestehen: Das Kind erfüllt die allgemeine Norm der Institution – jeder steht am Morgen auf – und gleichzeitig ist diese Tätigkeit zusammengesetzt aus kleinen Details zwischen dem Erzieher und diesem einzelnen Kind. Je mehr Räume dieser Art um verschiedenste Realitäten geschaffen werden können – Essen, Spielen, Duschen, Spaziergehen, Vorlesen und ähnliches – desto mehr entsteht etwas zwischen dem Erzieher und dem Kind, etwas, daß eine „innere Verbundenheit“ genannt werden könnte. Diese Beziehung basiert auf der Bindungsfähigkeit des Kindes. Der gesamte ausgedehnte Prozeß ist eine Art Rekonstruktion und Rehabilitation des frühkindlichen Prozesses, den das Kind bis dahin nicht erfolgreich durchlaufen hat.

Nachdem Yoav zwei Jahre lang rund um die Uhr mit denselben Mitarbeitern zusammengewesen war, begann er, zwischen den verschiedenen Mitarbeitern zu unterscheiden. In diesem Sinn sollte man ebenfalls seine scheinbar aggressiven oder trotzigten Bemerkungen verstehen, wie etwa den Satz, mit dem er beim Aufwachen seinen Erzieher anfuhr: „So werde ich jede Nacht ins Bett machen“, oder: „Ich bin dir egal, weil ich keine Eltern habe.“ Feststellungen dieser Art waren nicht allgemein an seine Umgebung gerichtet, nicht an jeden, der zufällig gerade in der Nähe war, wie es früher Yoavs Gewohnheit gewesen ist, sondern sie richteten sich zu dieser Zeit an ganz bestimmte Personen. Wenn die Mitarbeiter in der Lage sind zu verstehen, daß diese Äußerungen einen positiven Aspekt haben können, werden sie angemessen antworten können. Das Kind benutzt diese Äußerungen, um auf negative Weise den Beginn eines Bindungsprozesses auszudrücken, der sich an bestimmte Menschen richtet, die ihm viel bedeuten, und daher sollten diese scheinbar negativen Bemerkungen als Spiegelung einer grundlegenden Veränderung gesehen werden, die es ermöglichen, eine dauerhafte und gegenseitige Beziehung aufzubauen.

Gabi

Gabi entwickelte auf der Grundlage seiner Bindung an seine Mutter ein Beziehungsmuster, das sich verfestigte als er seine Mutter verlor. Seine Bindungen entwickelten sich dann auf der Basis dieses rigiden Musters. Gabi kam im Alter von acht Jahren in

die stationäre Behandlung, nachdem er in verschiedenen Pflegefamilien und in einer psychiatrischen Einrichtung gewesen war. Als Gabi drei war, wurde seine Mutter bei einem Autounfall schwer verletzt und war bis zu ihrem Tod, drei Jahre später, bettlägerig. Nach dem Unfall kam Gabi in eine Pflegefamilie, die nicht in der Lage war, mit seiner Aggressivität und seinem Ungehorsam fertig zu werden, und er wurde in einer anderen Pflegefamilie untergebracht. Nachdem seine Mutter gestorben war, wurde sein Verhalten noch schwieriger. Er begann, sich selbst Verletzungen zu zufügen und sprach explizit von dem Wunsch, sterben zu wollen. Aus diesem Grund wurde er in eine psychiatrische Klinik gebracht, wo er für eineinhalb Jahre blieb; während dieser Zeit wurde er medikamentös behandelt.

Es war bekannt, daß Gabis Mutter ihn vor ihrem Unfall körperlich mißbraucht hatte, ihn sogar mit heißen Messern verbrannt hatte. Gabis Vater behauptete, sie habe mit einer kriminellen Bande in Verbindung gestanden. Der Vater, der keine feste Anstellung besaß, wurde als passive Person beschrieben, die nicht in der Lage war, sich an der Erziehung der Kinder zu beteiligen. Er sagte, daß seine Frau stärker als er gewesen sei, und sie ihn sogar einmal aus dem Haus geworfen habe. Der Vater lebte später mit einer anderen Frau zusammen, die sich weigerte, Gabi aufzunehmen.

Gabi zeigte Symptome wie Einnässen, Einkoten und motorische Auffälligkeiten. Das hervorstechendste Symptom war sein masochistisches Verhalten, das sich in vielfältigen Selbstverletzungsversuchen ausdrückte. Er nahm verschiedene Dinge aus Mülleimern, wie etwa Stöckchen, Stifte oder Essenreste, und verschluckte sie. Er machte sich sehr schmutzig und bekam einen Ausschlag am ganzen Körper, an dem er ständig kratzte, so daß er sich noch mehr ausbreitete. Manchmal schnitt er sich selbst mit scharfen Gegenständen. Er ärgerte unaufhörlich andere Kinder, so lange bis er es „schaffte“, sie dazu zu bringen, ihn zu schlagen. Er tat dies vor allem bei Kindern, die stärker als er waren und hart zurückschlagen konnten. Wenn ein Mitarbeiter ein Kind, das ihn geschlagen hatte, bestrafen wollte, verteidigte Gabi es und bat den Mitarbeiter, es nicht zu bestrafen. Er beschwerte sich oft bei den Mitarbeitern über andere Kinder, die ihn geärgert hatten, aber er brachte seine Beschwerde immer lächelnd vor, was den Eindruck machte, daß es ihm Befriedigung verschaffte, geschlagen oder geärgert zu werden. Ein immer wiederkehrendes Phänomen zeigte sich in Gabis Reaktion auf Trennung. Einmal, als er aus den Ferien von seiner Familie zurückkam, aß er drei Tage lang nichts. Ein anderes Mal kam er wieder und hielt seine Hand so, als ob sie gelähmt sei, und später schnitt er sich die Wimpern ab. Er reagierte stark auf eine Erzieherin, an der er sehr hing, er folgte ihr überall hin, ärgerte sie mit ermüdenden Fragen und hielt ständig ihre Hand. Wenn sie am Wochenende oder in den Ferien nicht da war, versuchte er, sich zu verletzen. Manchmal lief er halbnackt draußen herum, wenn es sehr kalt war. Gelegentlich steckte er sich Kot in den Mund oder aß Eierschalen oder Essenreste, die er auf dem Boden gefunden hatte.

Manche Kliniker mögen versucht sein, die Motivation für Gabis masochistisches Verhalten auf der Grundlage seines allgemeinen Gefühls von Unsicherheit und Hilflosigkeit, das aus seinem elenden frühen Leben herrührte, zu erklären. Es ist ebenfalls möglich, sein Verhalten als Identifikation mit den passiven Aspekten der Persönlichkeit seines Vaters zu verstehen. Eine weitere mögliche Erklärung ist, daß Gabis Verhalten

triebmotiviert war, etwa durch eine anale Fixierung – die besagt, daß er in der Entwicklungsphase steckengeblieben war, in der er seine Mutter verloren hatte. Eine anale Fixierung manifestiert sich in einer mangelnden Sphinkterkontrolle, ständigem Schmutzigwerden und in der passiven Aggression gegenüber anderen. Diese regressiven Tendenzen konnten auch in seinen kognitiven Fähigkeiten beobachtet werden, die trotz der Tatsache, daß er normal intelligent war, noch sehr infantil waren. Zum Beispiel spielte er einmal ein Spiel, bei dem er beim ersten Mal 40 Punkte bekam und beim zweiten 100. Er sagte dann: „Jetzt habe ich 40 und 100 Punkte“, statt 140.

Obwohl es gute Gründe gibt anzunehmen, daß Gabi sich, indem er auf der Entwicklungsstufe, die der er vor dem Unfall und Tod seiner Mutter hatte, verblieb, schützte, meine ich, daß die Konzepte der Bindungstheorie und der Objektbeziehungstheorie eine bessere Erklärung für die Mechanismen von Gabis Selbstverletzungen liefern können und es uns ermöglichen, ihn damit erfolgreicher zu behandeln. Die vielen selbstverletzenden Handlungen Gabis stellen eine Wiederinszenierung seiner frühen Objektbeziehungen zwischen ihm und seiner Mutter dar, die er internalisiert hatte. Es scheint wahrscheinlich, daß die innere Repräsentanz seiner Mutter hauptsächlich aus Elementen von körperlicher Verletzung, Vernachlässigung und Mißbrauch bestand, während seine innere Selbstrepräsentanz sich darauf konzentrierte, ein Opfer zu sein, das Schläge und Mißbrauch erträgt. Die beständige Wiederinszenierung dieser internalisierten Objektbeziehungen war ein Versuch, die tote Mutter wiederzubeleben, die zunächst durch ihre Verletzungen gelähmt war und danach endgültig verschwand. Die Bindung, die Gabi seiner Mutter entgegenbrachte, verkümmerte nicht wie bei Yoav, sondern führte zu einem Beziehungsmuster, in dem Gabi Schläge und Mißbrauch ertrug, während er die Mutter als diejenige sah, die ihn quälte. Ich denke, daß Gabi mit Hilfe dieses – in seiner primären Beziehung zu seiner Mutter aufgebauten – Beziehungsmusters mit Menschen in Beziehung trat. Die zentrale Frage für die Therapie war es, wie wir dieses Beziehungsmuster verstehen. Unsere therapeutische Intervention wird unterschiedlich sein, je nachdem, ob wir Gabis Verhalten von einem triebbezogenen Standpunkt aus verstehen – als triebgesteuert und masochistisch betrachten, oder ob wir es als Ausdruck eines Defekts in der Bildung des Urvertrauens in den anderen, das primäre Objekt verstehen. Gabis Verhalten kann auch anhand Theorie der Wiederinszenierung von Beziehungen, aus der Motivation heraus, seine Mutter wiederzubeleben, verstanden werden. Ein weiterer Verstehensansatz kann aus dem affektiven Konzept von Verzweiflung und Kapitulation abgeleitet werden.

Emde (1988) geht davon aus, daß das motivationale Element des Verhaltens, das er „soziale Einordnung“ nennt (meiner Meinung nach analog zu „Bindung“), die Basis für die Bildung von Bindungsmustern ist. Er behauptet, daß es einen Widerspruch zwischen der Annahme gibt, daß die ersten Jahre im Leben eines Menschen seine Persönlichkeit formen, und den vielen empirischen Studien, die zeigen, daß Menschen in der Lage sind, sich sowohl bei abnormer wie auch bei normaler Entwicklung zu ändern. Emde löst diesen Widerspruch, indem er zwischen Verhaltensmustern und Objektbeziehungsmustern unterscheidet. Verhaltensmuster verändern sich während des Lebens, ebenso wie Stimmungen und Affekte. Objektbeziehungsmuster jedoch sind internali-

siert und recht starr: „Das Formende an der kleinkindlichen Erfahrung ist nicht, daß kindliche Verhaltensmuster dauerhaft festgelegt werden, sondern eher, daß die Beziehungsmuster zwischen Kleinkind und Bezugsperson dauerhaft festgelegt werden“ (Emde 1988, S. 28). Da Beziehungen internalisiert werden, geht Emde davon aus, daß sie weiterhin einen Einfluß ausüben. So erklärt er die Kontinuität bestimmter mütterlicher Muster von einer Generation zur nächsten, obwohl sie der kindlichen Entwicklung schaden. Er benutzt dieses Argument ebenfalls dazu, die Ergebnisse von Studien zu erklären, die auf eine Kontinuität unsicherer Bindungen über drei Generationen zwischen Mutter und Kind hinweisen.

In Gabis gesamtem masochistischem Verhalten wurde seine Fähigkeit zu und sein Bedürfnis nach Bindung ständig mobilisiert. Obwohl sein Bindungsverhalten abnorm, problematisch und destruktiv war, hatte es zweifellos auch einen positiven Aspekt, da Gabi seine Bindungen und Beziehungen zu seinem menschlichen Umfeld aufrechterhielt. Die therapeutisch relevante Frage ist, ob Emde mit seiner Annahme, das es unmöglich ist, Beziehungsmuster zu verändern, recht hat. Ich denke, daß solche Muster verändert werden können, wenn wir sie als Ausdruck von Bindung sehen, statt als Manifestationen von Trieben oder negativen Affekten gegenüber anderen Menschen. Daher müssen Therapeuten um eine Wiederinszenierung, sogar um eine Art „Wiedergeburt“ bemüht sein. Wenn wir Gabis Beziehungsmuster auf der Basis von Bindung betrachten, statt sie als Verhaltensprobleme zu sehen, werden wir verstehen, daß wir versuchen müssen, neue Beziehungsmuster mit ihm aufzubauen. Dies kann durch längerfristige stabile Beziehungen zu festen Bezugspersonen geschehen, die mit Gabi durch die Entwicklung eines potentiellen Raumes im Sinne Winnicotts in Beziehung treten. Diese Erzieher dürfen ihre Aufmerksamkeit nicht auf die Beziehungsmuster richten, die Gabi aktiviert – das heißt, sie dürfen sich nicht durch die unangenehmen Ergebnisse seiner Handlungen ablenken lassen, sondern müssen über diese hinausgehen, um eine neue Welt der Beziehungen aufzubauen.

Die Therapie mit Gabi ähnelte der Yoavs, abgesehen davon, daß bei Gabi größere Erfolgsaussichten zu bestehen schienen, da seine Fähigkeit zu Bindung nicht völlig verschwunden war. Man mußte davon ausgehen, daß er noch eine unbeschädigte Kapazität für Bindung zurückbehalten hatte und diese nutzen, um neue Beziehungsmuster aufzubauen und gleichzeitig sein internalisiertes, an die Mutter gebundenes Muster abmildern. Yoavs und Gabis Therapie hatten viele gemeinsame Aspekte, aber bei Gabi war von einem höheren und vielversprechenderen Stand auszugehen.

Diskussion und Schlußfolgerungen

Ein großer Teil der Untersuchungen über Bindung konzentriert sich auf das interessante Thema der Differenzierung zwischen den verschiedenen Bindungsmustern (z.B. Ainsworth et al. 1978; Hazan u. Shaver 1987, 1990). Diese Untersuchungen haben jedoch den äußerst wichtigen Faktor, der die angeborene Kraft zu Bindung aktiviert, nicht beachtet: nämlich die primären Pflegepersonen und die Art und Weise, wie sie Bindung aktivieren. Diese Ausführungen sollen zeigen, daß die Bedeutung der Bin-

dung begrenzt ist, wenn sie nicht die Formen des Antwortens und des Aktivierens durch die primären Bezugspersonen, die das erste Bindungsziel des Kleinstkindes sind, berücksichtigen. Bindung an sich existiert nicht unabhängig; sie ist ein Teil einer dyadischen Beziehung. Diese Sicht von Bindung basiert auf dem Konzept Winnicotts, der klar herausstellt, daß, solange keine „hinreichend gute Mutter“ existiert, man nicht erwarten kann, daß sich die verschiedenen angeborenen Charakteristika eines Kindes entwickeln. In Yoavs Fall fehlte die „hinreichend gute Mutter“ völlig. Das Ergebnis war ein Mangel an Ausdruck von Bindung. Dies lag nicht an einer konstitutionellen Unfähigkeit oder an einem fehlenden angeborenen Bedürfnis nach Bindung, sondern war das Ergebnis eines Mangels an Aktivierung des angeborenen Bindungsfaktors. Das Kind war nicht in der Lage, stabile Beziehungen zu bilden, und lebte daher in einer chaotischen Welt, mit dem beständigen Gefühl der Unsicherheit und des Mangels an Geborgenheit (Sandler 1989).

Die einzige Möglichkeit, einem solchen Kind zu helfen, ist zu versuchen, den primären Kontakt wiederaufzubauen, der der „immobilisierten“ Bindung wieder einen Anstoß geben könnte. Dies kann innerhalb eines familiären Rahmens nicht erreicht werden. Ein Kind wie Yoav, das neun Jahre alt ist, kann sich allein und unabhängig bewegen. Seine Selbst-Entwicklung hat jedoch ihren „normalen“ Grad nicht erreicht. In einer Familie zu leben ist für ein solches Kind unerträglich, da es nicht in der Lage ist, zwischen seinen eigenen Bewegungen oder seiner Mimik oder der der Menschen um ihn herum zu unterscheiden. Jeder Ausdruck wird für dieses Kind bedeutungslos und erfordert einen anderen Weg des In-Beziehung-Tretens. Man muß sehr allmählich eine völlig neue und primäre Einheit mit ihm aufbauen, und die verschiedensten Aufgaben, Rollen oder Aufträge außer acht lassen, die von einem Kind in der Latenzphase erwartet werden können. Dieses komplexe Ziel kann in einem außerfamilialen Rahmen erreicht werden, nämlich in stationärer Behandlung, die darauf ausgerichtet ist, diese frühen Bindungsbeziehungen aufzubauen. Dies wird erreicht durch eine lange und stabile Beziehung zwischen dem Kind und einem Erwachsenen, eine Beziehung, in der langsam Interaktionsmuster entstehen, die diesem spezifischen Kind und diesem Erwachsenen eigen sind. Diese werden mühsam mit Hilfe winziger Äußerungen aufgebaut, wie etwa einem freundlichem Lächeln, wenn das Kind zu Bett gebracht wird, das dem Kind andeutet, daß es mit diesem Erwachsenen durch dieses Lächeln verbunden ist und daß dieser Moment des Tages beiden allein gehört, egal, wieviele andere Kinder in demselben Rahmen oder unter der Sorge dieses Erwachsenen leben. Ein solches Lächeln entspricht dem potentiellen Raum, den Winnicott als den Hauptanker für normale Entwicklung betrachtet.

Der Fall von Gabi spiegelt andere Bedürfnisse wieder als der Yoavs, und doch lassen sich einige gemeinsame Nenner finden. Es wurde deutlich gemacht, daß Gabi sein Verlangen nach Bindung und vor allem seine Sehnsucht und sein Bedürfnis nach der Nähe seiner Mutter nicht verloren hatte. In diesem Sinne ist er weiter als Yoav, obwohl sein Verhalten und die Qualität seiner Beziehungen zu Gleichaltrigen denen Yoavs ähneln. Diese Ähnlichkeit weist darauf hin, daß wir nach den Wurzeln dieser Ähnlichkeit und nach den einzelnen Motiven und Bedeutungen suchen müssen. Auch Gabi benötigt stationäre Behandlung. Stationäre Behandlung basiert auf der Voraussetzung, daß das

Kind teilweise und zeitweilig aus dem „echten“ Leben herausgenommen wird. Sie sollte als eine Nachbildung des echten Lebens oder als Trainingszentrum für das „echte“ Leben gesehen werden. Stationäre Behandlung ist im Sinne des Wortes Behandlung. So lange ein Kind wie Gabi völlig in das echte Leben eingebunden ist, wie es in jedem Pflegefamilien-Setting der Fall ist, wird er mit Menschen konfrontiert sein, die darauf bedacht sind, ihn dazu zu erziehen, sich dem realen Leben anzupassen. Stationäre Behandlung hat die Möglichkeit, schwere Verhaltensprobleme wie die von Gabi zu akzeptieren und einzudämmen und diese als Zeichen des Ringens um Bindung zu sehen. Dadurch wird in diesem Behandlungsrahmen mehr auf dieses tief verwurzelte Bemühen reagiert, statt auf das offensichtliche Verhalten. Wenn das Kind sich erst einmal in der neuen Bindung zu seinen Bezugspersonen sicher fühlt, wird es in der Lage sein, auf dieses schädliche Verhalten zu verzichten.

Bindung ist ein angeborener Faktor, der zu sozialer Einordnung befähigt und dem Kind seine erste Beziehung ermöglicht. Diese Bindung muß jedoch durch eine gute und empfindsame Art und Weise der Beziehungsaufnahme aktiviert werden.

Literatur

- Ainsworth, M.D.S. (1982): Attachment: Retrospect and prospect. In: Parkes, C.M.; Stevenson-Hinde, J. (Eds.): *The Place of Attachment in Human Behavior*. New York: Basic Books.
- Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.D.; Waters, E.; Walls, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss*, Vol. 1: Attachment; 2d ed. London: Hogarth Press, 1982.
- Bowlby, J. (1987): Defensive Processes in the light of attachment theory. In: Sachsteder, J.L.; Schwartz, D.P.; Akabane, Y. (Eds.): *Attachment and the Therapeutic Process: Essays in Honor of Otto Will, Jr.* Madison: Int. Univ. Press.
- Emde, R.N. (1988): Development terminable and interminable. *Int. J. Psycho-Anal.* 69: 23-42.
- Erikson, E. (1950): *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton.
- Hazan, C.; Shaver, P. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Personality and Social Psychol.* 52: 511-524.
- Hazan, C.; Shaver, P. (1990): Love and work: An attachment-theoretical perspective. *J. Personality and Social Psychol.* 59: 270-280.
- Mahler, M.S.; Pine, F.; Bergmann, A. (1975): *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Sandler, J. (1989): Unconscious wishes and the human relationships. In: Sandler, J. (Ed.): *Dimensions of Psychoanalysis*. London: Kamaç.
- Winnicott, D.W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psycho Anal.* 34: 89-97.
- Winnicott, D.W. (1956): Primary maternal preoccupation. In: Winnicott, D.W.: *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1975.
- Winnicott, D.W. (1967): The location of cultural experience. In: Winnicott, D.W.: *Playing and Reality*. New York: Basic Books, 1971.

Anschrift des Verfassers: Yechezkel Cohen, Ph.D., Clinical Psychologist, Psychoanalyst, 35 Hechaluh Street, Jerusalem 96222, Israel.