

Skript zum Vortrag „Späte Folgen desorganisierter Bindung“ vom 25.05.2016

An erster Stelle steht bei einer psychischen Problematik immer die Diagnostik. Für einen Kinderpsychiater ist Diagnostik immer altersbezogen. In Bezug auf Bindungen bzw. Bindungsstörungen und deren Folgen muss man bedenken, dass Probleme und Schwierigkeiten, die mit bestimmten Verhaltensweisen der Eltern zusammenhängen, meistens nicht nur für einen bestimmten Zeitabschnitt relevant sind, sondern über die gesamte Entwicklungsdauer in jeweils etwas unterschiedlicher Weise auf die Entwicklung der Kinder einwirken; außerdem entstehen Teufelskreise: wird die Entwicklung eines Kindes gestört, verhält dieses sich problematisch, und das wirkt sich wiederum auf die Eltern aus. (Bei Betreuungswechseln im Laufe der Entwicklung ist dies manchmal anders, aber das stellt einen Sonderfall dar.) Als zweite Vorrede möchte ich auf den Unterschied zwischen Bindung und Beziehung hinweisen. Häufig werden diese Begriffe synonym verwandt; das ist aber nicht richtig. Die Fähigkeit und Notwendigkeit, Bindungen einzugehen, ist dem Homo Sapiens angeboren. Ohne Bindungen kann er am Anfang des Lebens keine Erfahrungen machen und nicht überleben. Eine Bindung ist daher weit mehr als ein aufeinander bezogen sein, wie es das Charakteristikum von Beziehungen ist; es ist eine existenzielle Lebensgrundlage. Das bedeutet, dass ein Kind auf jeden Fall eine Bindung zu einer Betreuungsperson aufbauen *muss*, auch wenn das gar nicht möglich ist, weil sie z. B. das Kind zurückweist.

Im Folgenden möchte ich Ihnen zunächst etwas über den Stellenwert von Erfahrungen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen erzählen, weil dann besser verständlich wird, was passiert, wenn etwas während dieser Phasen nicht gut gelingt. Anschließend komme ich zu Charakteristika verschiedener Entwicklungsphasen, damit deutlicher wird, was jeweils Folgen von Fehlentwicklungen sein können. Dann erläutere ich die Bedeutung unterschiedlicher Bindungsqualitäten für die Entwicklung; ich komme dabei jeweils auch auf Störungen zu sprechen. Abschließend äußere ich mich zu Interventionsmöglichkeiten.

Kinder und Jugendliche durchlaufen in ihrer Entwicklung mehrere unterschiedliche Phasen. In den jeweiligen Entwicklungsphasen bestehen bei ihnen ganz unterschiedliche körperliche und psychische Gegebenheiten, und daher haben sie auch ganz unterschiedliche Bedürfnisse. Sehr deutlich voneinander unterscheiden lassen sich dabei die ersten drei von allen weiteren Lebensjahren, weil Kleinkinder zwar sehr früh über sehr differenzierte Gedächtnisfunktionen verfügen – ohne Gedächtnis ist Entwicklung ja auch gar nicht denkbar – aber erst ab ca. Ende des dritten Lebensjahres ein kohärentes autobiografisches Gedächtnis entwickeln (Resch, 2004; Fivush, Haden & Reese, 1996). Diese sog. Kindheitsamnesie oder infantile Amnesie ist inzwischen recht gründlich erforscht (Courage & Howe, 2004). Als Ursachen werden mehrere Aspekte diskutiert: Entwicklungsveränderungen in der Repräsentation selbst erlebter Ereignisse (Ceci, 1993), noch kein hinreichend entwickeltes Verständnis des Selbst, mithilfe dessen Ereignisse autobiografisch encodiert werden können (Fivush, Howe & Courage, 1993) oder nach Befunden der „Theory of Mind“-Forschung der Umstand, dass jüngere Kinder Ereignisse selten als selbst erlebt enkodieren (Perner & Ruffman, 1995). Ich vertrete die Auffassung, dass eine Ursache für die Kindheitsamnesie darin besteht, dass Kleinkinder entwicklungsbedingt noch keine Fähigkeit zu einer mnestischen Ich-Spaltung haben – sobald ich mich reflektierend erinnere, bin ich sozusagen zweimal da: Ich, der ich mich erinnere und ich, an den ich mich erinnere, der z. B. gestern etwas bestimmtes erlebt oder getan hat. Erst wenn diese Fähigkeit vorhanden ist, kann sich reflektierend erinnert werden.

Unabhängig von den Ursachen für die infantile Amnesie können wir einen Blick auf die Folgen werfen: Erlebnisse und Erfahrungen aus dieser Zeit, den ersten drei Lebensjahren, können nicht reflektiert, also auch nicht infrage gestellt, neu interpretiert, „reframed“, relativiert bzw. „verstanden“ werden. Es ist vielmehr so, dass sich entlang der gemachten Erfahrungen vor dem Hintergrund der konstitutionellen Voraussetzungen die psychische Struktur entwickelt, und zwar auf der Basis von Bindungen (Winnicott, 1965). Am Anfang des Lebens entstehen im Übermaß Neurone, die sich dann bei sich wiederholenden sowie auch eindrücklichen Erfahrungen zu Netzwerken verbinden

(Hüther, 2010). Es finden zwar jederzeit viele Sinneseindrücke statt, aber Erfahrungen können ohne Bindungen nicht gemacht werden, weil die Bindungsperson der Erfahrung erst eine Bedeutung zuordnet – mit einem Sinneseindruck allein kann ein Säugling nichts anfangen, weil er dessen Bedeutung nicht erfassen kann; die Bindungsperson hat die Aufgabe, die Welt für den Säugling erfahrbar zu machen, indem sie die Bedeutungen für den Säugling in eine für ihn verständliche Sprache übersetzt – sie ist für ihn die Verbindung zur Welt. Deshalb hat Winnicott seinen berühmten Satz formuliert: „There is no such thing as an infant.“ („Einen Säugling [als eigenständiges Wesen] gibt es gar nicht.“) Er ist nur in der Mutter-Kind-Dyade verstehbar bzw. überhaupt denkbar.

Es lassen sich vier Phasen der Bindungsentwicklung unterscheiden (Ainsworth, 1973): Während der ersten beiden Phasen, der der *unspezifischen sozialen Reaktionen* und der der *unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft*, die zusammen die ersten ca. 6 Monate umfassen, ist der Säugling vor allem mit der Binnenregulation beschäftigt (Mentzos, 2011). Die Mutter lernt das Kind kennen, nimmt seine Zustände wahr, reagiert im günstigen Fall angemessen darauf und hilft dem Säugling auf diese Weise, selbst seine Regungen, Impulse und Gefühle wahrzunehmen und angemessene Antworten darauf zu finden. Des Weiteren sind Wiederholungen und Rituale wichtig – übrigens während der gesamten Kindesentwicklung – weil sie für das Kind eine Vorhersagbarkeit und damit das Gefühl von Sicherheit bedeuten. Im ungünstigen Fall werden eben diese Fähigkeiten der Binnenregulation gestört: Affektwahrnehmung und -regulation und Impulskontrolle. Die Kinder fallen durch Impulsivität und Aggressivität auf. Die Grundlagen für eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung oder möglicherweise auch ein ADHS können gelegt werden.

Im zweiten Halbjahr beginnt infolge der körperlichen und geistigen Entwicklungsfortschritte die Phase des *zielkorrigierten Bindungsverhaltens*. Der mobile Säugling kann jetzt aktiver und motorisch selbständiger als zuvor die gewünschte Nähe zur Bindungsperson bestimmen. Damit wird die primäre Bindungsperson auf neue Weise zum Zentrum der Welt des Säuglings und zu seiner Sicherheitsbasis. Das bedeutet auch, dass er alles, was diese Person tut, auf sich bezieht. Wenn diese Person beispielsweise für ihn verschwindet, bedeutet das für ihn die schlimmste Bestrafung (verlassen werden stellt für Säuglinge und Kleinkinder eine existenzielle Bedrohung dar), und es gibt keine Möglichkeit, ihm zu erklären, dass dieses Verschwinden möglicherweise gar nichts mit ihm zu tun hat. Deswegen zieht eine Herausnahme eines Kindes aus der Familie im Alter zwischen ca. sechs und 24 Monaten praktisch immer eine Schädigung nach sich: das Kind ist überzeugt, dass die Mutter deswegen verschwunden ist, weil es etwas falsch gemacht hat oder etwas mit ihm nicht in Ordnung ist. Diese Überzeugung wird unmittelbar Bestandteil seiner psychischen Struktur ohne die Möglichkeit einer Relativierung oder Veränderung. Damit ich richtig verstanden werde: auch davor und danach sind Kontaktabbrüche insbesondere zur primären Bezugsperson mindestens ungünstig; aber in diesem Zeitraum sind sie besonders schädigend. Die Grundlagen für Selbstwertstörungen, Depressivität oder Angststörungen (neben vielen anderen Varianten psychischer Störungen) sind dann häufig gelegt.

In der Bindungsentwicklung folgt im ca. vierten Lebensjahr die vierte Phase, die der *zielkorrigierten Partnerschaft*. Diese wird erreicht, wenn das Kind seine Absichten und Wünsche formulieren und verstehen kann, was die Bindungsperson beabsichtigt. Die Kinder entwickeln im Vorschulalter eine „Theory of Mind“, die Fähigkeit, zu mentalisieren (Fonagy, 2004). Damit gemeint ist die Fähigkeit zu erkennen, dass andere Personen eigene Gedanken, Gefühle und Absichten haben sowie sich Gedanken darüber zu machen, was für Gedanken, Gefühle und Absichten dies wohl sein könnten. Findet die Entwicklung vor dem Hintergrund einer desorganisierten Bindung statt, dann haben die Kinder große Schwierigkeiten, ausreichende Mentalisierungsfähigkeiten zu entwickeln.

In Abhängigkeit des Verhaltens der primären Bindungspersonen entwickeln sich bei den Kindern unterschiedliche Bindungsqualitäten. Mütter in *sicheren Bindungen* reagieren angemessen auf die Bindungssignale, d.h. auf die Wünsche des Kindes nach Nähe und Kontakt, aber auch gleichermaßen feinfühlig auf die Signale, sich konzentriert einer Sache widmen zu wollen. Mütter in *unsicher-vermeidenden Bindungen* wirken zu Hause so, als ob sie die Bindungs-

wünsche des Kindes nicht wahrnehmen oder direkt ablehnen, während sie andererseits sein Streben nach Unabhängigkeit fördern und belohnen; wenn das Baby Kontakt will, weisen sie es häufig zurück. Andererseits schreiben sie dem Kind häufig vor, womit es sich beschäftigen soll und greifen ein, wenn das Kind es „nicht richtig“ macht (Isabella u. Belsky, 1991). Sie lehnen ihr Kind nicht ab, sondern wollen es „stark“ machen. Mütter in *unsicher-ambivalenten Bindungen* verhalten sich inkonsequent, manchmal einmischend, manchmal vernachlässigend und jedenfalls für ein kleines Kind kaum vorhersehbar. Sie verhalten sich entsprechend ihrer eigenen Wünsche und Absichten, ohne dabei auf die Mitteilungen des Kindes zu achten. Die Säuglinge entwickeln verstärkt die Tendenz, ihre Äußerungen zu übertreiben, um sich Gehör zu verschaffen. Im Rahmen dieser Bindungsmuster ist eine hinreichend funktionale psychische Entwicklung möglich. Anders ist dies bei *desorganisierten Bindungsmustern*. Diese kommen häufiger bei Pflegegewechselt des Säuglings oder Kleinkindes, gemeinsamem Sorgerecht nach einer Scheidung, mütterlicher Depression oder auch eigenen unverarbeiteten Traumata der Mutter vor. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sich überhaupt kein Verhaltensmuster erkennen oder vorhersagen lässt. Die Kinder verhalten sich widersprüchlich

Sind Bindungen gestört, sind es folglich auch die Erfahrungen. Wenn das Kind von seiner Bezugsperson keine ausreichend hilfreiche Unterstützung dabei bekommt, seine Sinneseindrücke zu kohärenten Erfahrungen zusammenzusetzen und zu verarbeiten, ist zunächst die Bindung selbst gestört: ein Teufelskreis beginnt. Sodann entwickelt das Kind in vielen anderen Bereichen ein gestörtes Verhalten. Beschrieben wird dies in den diagnostischen Kategorien der Bindungsstörungen: In der ICD-10 sind zwei Grundformen von Bindungsstörungen beschrieben: eine *gehemmte Form* mit Vermeidung, Rückzug, Hypervigilanz (erhöhte Wachheit) und eine *ungehemmte Form* mit nicht selektivem, distanzlos-diffusem Kontaktverhalten. Die *reaktive Bindungsstörung* des Kindesalters ist durch stark widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen bei kleinen Kindern gekennzeichnet, die bei Verabschiedungen oder Wiederbegegnungen am besten sichtbar werden, z. B. durch abgewandtes Gesicht oder Blickrichtung. Sie können mit einer Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch auf Betreuungspersonen reagieren. Die Störung kann sich in Unglücklichsein, Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit, Rückzugsreaktion, z. B. Zusammenkauern oder aggressiven Reaktionen äußern. Auch Übervorsichtigkeit, Furchtsamkeit oder „gefrorene Wachsamkeit“ kann vorkommen. Meistens zeigen die Kinder kaum Interesse am Spiel mit Gleichaltrigen. Die *Bindungsstörung mit Enthemmung* ist gekennzeichnet durch Anklammerung und diffuses, nicht-selektives Bindungsverhalten bei Kleinkindern. Ab ca. 4 Jahren fällt aufmerksamkeitsuchendes und wahllos freundliches Verhalten auf. Begleitend können emotionale oder Verhaltensstörungen bestehen.

Über die in der ICD-10 beschriebenen Bindungsstörungen hinaus hat der Kinder- und Jugendpsychiater Karl Heinz Brisch (Brisch, 2008) weitere Muster von Bindungsstörungen beschrieben: überhaupt kein Bindungsverhalten (Typ I), undifferenziertes Bindungsverhalten (Typ IIa) mit Freundlichkeit gegenüber allen Personen, auch gegenüber Fremden, deutliches Unfallrisikoverhalten (Typ IIb), übermäßiges Klammern (Typ III), übermäßige Anpassung (Typ IV), Aggressivität (Typ V), Rollenumkehr (Typ VI) und psychosomatische Störungen (Typ VII). Es wird deutlich, dass auch die direkten auf Bindungsstörungen folgenden Probleme vielfältig sind. Besonders gravierend ist, dass sich häufig die hinter dem problematischen Verhalten versteckten Bindungsbedürfnisse der Kinder schwer oder gar nicht erkennen lassen, insbesondere zum Beispiel bei aggressivem Verhalten, mit dem Kinder häufig versuchen, eine Bindungsbeziehung herzustellen oder aufrechtzuerhalten. Wenn dann deswegen überhaupt keine Hilfe geleistet wird, droht im schlimmsten Fall die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung, zum Beispiel eine antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung.

Zur Veranschaulichung möchte ich Ihnen ein Fallbeispiel beschreiben: Ein sozial sehr engagierter deutscher Beamter der Bundespolizei besichtigt in Rumänien ein Kinderheim. Dort sieht er einen apathisch wirkenden 18 Monate alten Jungen und streichelt ihn. Die Betreuer sagen ihm, er solle dieses Kind nicht beachten, denn es werde sowieso bald sterben. Seine Eltern waren drogenabhängig, gewalttätig und vernachlässigend; mit etwa sechs Monaten wurde er in

Obhut genommen und in dem Kinderheim offenbar ohne persönlichen Bezug und ohne Bindungsangebote betreut. Die Bemerkung der Betreuer empört den Beamten so sehr, dass er sich des Kindes annimmt und es zunächst häufig besucht; das Kind streckt bald bei Besuchen die Arme nach ihm aus und entwickelt offensichtlich eine Bindung. Über die Bindungsqualität wissen wir nichts, weil sie damals nicht untersucht wurde; wir können aber annehmen, dass die Deprivation des Kindes zu einer Desorganisation seiner Bindungen geführt hat; erinnern wir uns: der Junge *musste* eine Bindung zu Betreuern eingehen, die offensichtlich kein persönliches Interesse an ihm hatten – eine Bindung, die eine Nicht-Bindung ist. Der Beamte beschließt, es zu adoptieren. Nach den erforderlichen Verwaltungsakten kommt der Junge im Alter von 22 Monaten zu seinem neuen Vater nach Deutschland und wächst seitdem in gesicherten und fürsorglichen Lebensumständen auf. Viele der extremen Entwicklungsrückstände kann der Junge aufholen. Gleichzeitig ist er offensichtlich kognitiv leicht eingeschränkt, kaum frustrationstolerant und sehr impulsiv. Mit 17 Jahren missbraucht er einen fünfjährigen Jungen sexuell. Er kann nicht benennen, warum er das gemacht hat. Er kann generell kaum eigene Gefühle beschreiben. Er kann sich auch kaum in andere hineinversetzen. Er verhält sich zwar sozial sehr angepasst, beherbergt in seinem Inneren aber offenbar ein Chaos von Gefühlen und Impulsen, zu denen er keinen Zugang bekommt. Der physiologische Weg, auf dem er auf der Basis ausreichend funktionaler Bindungen zunächst eine Eigenwahrnehmung und Impulskontrolle, dann eine dyadische Beziehungsregulation, schließlich eine Mentalisierungsfähigkeit mit Empathie in seiner Psyche hätte etablieren können, war ihm verwehrt. Es geht für ihn nun darum, mithilfe des Strafrechts Verhaltensmaßstäbe zu erlernen, die ein hinreichendes soziales Funktionieren beinhalten. Was an emotionalen Motiven und Grundlagen dahinter steht, wird er sehr wahrscheinlich nie ganz erfassen können.

Als Fazit lässt sich formulieren: Ist die Bindung eines Kindes gestört, dann ist es auch die gesamte Entwicklung. Je nach Konstellation können fast alle Störungen aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen resultieren. Je früher eine Bindungsstörung erkannt wird, desto früher können Hilfen einsetzen und desto wahrscheinlicher lassen sich spätere psychische Störungen verhindern.

Literatur beim Referenten