

KARL HEINZ BRISCH

Bindungsstörungen

Von der Bindungstheorie zur Therapie

Klett-Cotta

»Bindungsstörungen« ein internationaler Erfolg:

Englischsprachige Ausgabe: Guilford 2002 Hardcover, 2004 Paperback

Koreanisch: Sigma Press 2003

Italienisch: Giovanni Fioriti 2007

Japanisch: Seishin Shobo, i. Vorb. 2009

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659,

Stuttgart 1999/2009

Alle Rechte vorbehalten

Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlags

Printed in Germany

Schutzumschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Gesetzt aus der Janson von r&p digitale medien, Echterdingen

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt und gebunden von

fgb – freiburger graphische betriebe

ISBN 978-3-608-94532-4

Neunte, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 2009

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische

Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Vorwort des Autors

Es ist mir noch gut in Erinnerung, daß ich während meiner psychoanalytischen Ausbildung das dreibändige Werk von Bowlby über Bindung, Trennung und Verlust gelesen habe und mit seinen Theorien zur Bedeutung der Bindungsentwicklung gedanklich beschäftigt war. Weil ich aber nicht wußte, wie ich diese anregende Theorie in meinen psychotherapeutischen Behandlungen umsetzen sollte, und da die Bindungstheorie auch in den Fallseminaren keine Rolle spielte, rückte Bowlby in den Hintergrund.

Erst während meiner Facharztausbildung in der Psychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stieß ich wieder auf Bowlbys Theorie. In zahlreichen Krankengeschichten fiel mir auf, welch bedeutenden Anteil Trennungs- und Verlusterlebnisse für viele Patienten an der Entstehung ihrer Erkrankung offenbar hatten. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde das Thema *Bindung, Trennung, Ablösung* fast in jeder Behandlung in irgendeiner Weise bearbeitet.

Als ich dann die Leitung der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm übernommen hatte, wurde ich im Konsiliarärztlichen Dienst mit der psychotherapeutischen Behandlung von Eltern konfrontiert, deren Kinder als sehr kleine Frühgeborene in der Neonatologie der Universitäts-Kinderklinik Ulm behandelt wurden. Ich hatte zwar während meiner pädiatrischen Weiterbildung die Neonatologie kennengelernt, aber dies lag viele Jahre zurück, und ich konnte kaum glauben, wie extrem klein Frühgeborene heute überleben. In vielen Gesprächen mit Eltern von Frühgeborenen wurde mir klar, daß sie sich in einer besonders tiefen psychischen Krise befanden, die ich als »Trauma der Frühgeburt« bezeichnen möchte. Diese Eltern trauerten um den Verlust der Schwangerschaft, die allzu früh – manchmal wie »aus heiterem Himmel« – geendet hatte. Auf dieses Ereignis waren sie in keiner Weise psychisch vorbereitet. Ich erkannte, wie schwierig es für diese Eltern trotz unbegrenzter Besuchszeiten ist, zu diesen sehr kleinen Frühgeborenen eine emotionale Bindung aufzubauen, wenn der Beginn des Lebens so anders als erwartet verläuft und das Frühgeborene oft wochenlang in einem Brutkasten gepflegt werden muß.

Angeregt durch diese klinischen Erfahrungen, erwuchs in Zusammenarbeit mit Frank Pohlandt, dem Leiter der Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin am Universitätsklinikum Ulm, und seinem Team eine fruchtbare Forschungstätigkeit. Diese befaßt sich mit Fragen der Bindungsentwicklung dieser sehr kleinen Frühgeborenen. Eine weitere Studie zur präventiven Psychotherapie für diese Eltern schloß sich an.

Ich hatte das Glück, in der Planungsphase unserer Studien Anna Buchheim kennenzulernen, die als Schülerin von Klaus Grossmann in Regensburg ihre Kenntnisse über die Bindungstheorie mit nach Ulm in mein Team brachte. Dies war der Beginn einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der Ulmer klinischen Bindungsforschung und der Regensburger Grundlagenforschung von Klaus Grossmann, Karin Grossmann und deren Team.

Inzwischen haben wir die klinische Bindungsforschung dank der guten Zusammenarbeit mit der Universitäts-Frauenklinik in Ulm auf verschiedene Bereiche der pränatalen und perinatalen Zeit ausgeweitet, so daß wir uns heute u. a. auch mit der Frage beschäftigen, wie sich die pränatale Diagnostik und die Problematik einer Risikoschwangerschaft mit drohender Frühgeburt in den folgenden Jahren auf die Entwicklung der Kinder, die Mutter-Kind-Interaktion und die Bindung dieser Kinder zu ihren Eltern auswirken.

Wir verbinden diese Fragen der Grundlagenforschung mit entsprechenden Angeboten der Psychotherapie für die betroffenen Eltern, weil nach unserer Ansicht Grundlagenforschung und psychotherapeutische Intervention eng miteinander verknüpft werden müssen, wenn wir mit unserer Arbeit auch die Situation für die Betroffenen verbessern wollen.

Eine solche Verbindung von psychotherapeutischer Forschung und klinischer Praxis in einem bisher vernachlässigten Feld ist nur durch die Kooperation zwischen verschiedenen Fachrichtungen – hier Kinderheilkunde, Geburtshilfe, Pränatale Medizin, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie – möglich. Dieser Austausch lebt aber von dem Engagement meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Arbeitsgruppe sowie von der Offenheit und der Neugier für unsere Fragen bei den Kolleginnen und Kollegen in den anderen Kliniken. Ohne die Fähigkeit meines Teams, »Bindungen« über Fachgrenzen hinweg herzustellen und aufrechtzuerhalten, wären unsere Aktivitäten zum Scheitern verurteilt gewesen.

Wir hätten die längsschnittliche Planung unserer Studien zur Entwicklung dieser Risikokinder und der Eltern-Kind-Beziehung in den ersten Lebensjahren aus Raummangel nicht realisieren können, wenn wir nicht dank des

weitsichtigen Engagements von Horst Kächele und dank der finanziellen Unterstützung der Köhler-Stiftung Darmstadt die Möglichkeit erhalten hätten, im sogenannten »gelben haus« ein »Projekt für frühkindliche Entwicklung und Eltern-Kind-Forschung« mit den notwendigen Forschungseinrichtungen zur Herstellung und Auswertung von Videoaufnahmen aufzubauen.²

Neben dieser bindungsbasierten Forschungsaktivität mußte ich feststellen, wie meine erweiterten Kenntnisse über die Bindungstheorie auch zunehmend mein therapeutisches Vorgehen beeinflußt hatten. Vieles konnte ich unter einem neuen Blickwinkel betrachten, für mein Gefühl mit Gewinn für den therapeutischen Prozeß und die Entwicklung der Patienten.

Bei den Lindauer Psychotherapie-Wochen 1998 wurde ich schließlich von Mathilde Fischer, zu dieser Zeit Lektorin beim Verlag Klett-Cotta, dazu angeregt, zum Thema der psychotherapeutischen Umsetzung der Bindungstheorie ein Buch zu schreiben. Ich war im Zweifel, ob die Zeit für ein solches Buch reif sei. Durch Ermutigungen von vielen Seiten, insbesondere aber von Lotte Köhler, fühlte ich mich unterstützt, meine therapeutischen Erfahrungen mit der Anwendung der Bindungstheorie weiterzugeben. Dabei entschloß ich mich für die Darstellungsform der Kasuistik, denn ich bin überzeugt, daß Praktiker an klinischen Beispielen am meisten lernen. Die Ergebnisse von Fallbeispielen können allerdings nicht generalisiert werden; dies war auch nicht intendiert.

Jede Schilderung einer Patientengeschichte setzt sich mit dem ethischen Spannungsfeld auseinander, das sich zwischen den Datenschutzrechten des Patienten und dem Schutz seiner Privatsphäre einerseits sowie dem wissenschaftlichen Interesse an der Kasuistik als Einzelfallstudie andererseits aufbaut. In einzelnen Fällen konnte von den Patienten kein Einverständnis eingeholt werden, weil sie z. B. unbekannt verzogen waren. Unter diesen Umständen wurden die persönlichen Merkmale der Kasuistik so weit verfremdet, daß kein Wiedererkennen mehr möglich ist. Dabei wurden allerdings die wesentlichen Kennzeichen der Psychodynamik beibehalten, damit die Entstehung der Störung und der Behandlungsverlauf nachvollzogen werden können.

Da die Bindungstheorie besagt, daß Bindung ein »lebenslanges Thema« bleibt und nicht mit der Entwicklung im ersten Lebensjahr abgeschlossen ist, wählte ich Kasuistiken aus allen Altersgruppen. Die Fallgeschichten habe ich immer ähnlich gegliedert, um bei der Fülle des klinischen Spektrums eine Orientierung zu geben. Sie beginnen mit dem Erstkontakt und der jeweiligen Inszenierung, die sich zwischen dem Patienten und mir entwickelte. Es folgt

die Schilderung der Symptomatik und der biographischen Anamnese. Hieraus werden jeweils bindungsdynamische Überlegungen abgeleitet, die aus didaktischen Gründen speziell auf das Thema Bindung fokussiert sind. Je nach psychotherapeutischer Orientierung können aber auch andere psychodynamische Hypothesen und daraus andere Vorgehensweisen entworfen werden. An manchen Stellen führe ich eigene Überlegungen auf anderem Theoriehintergrund an, um zum »Querdenken« zu ermutigen. Die Schilderungen des Behandlungsverlaufs werden mit Überlegungen zur Therapie und Ergänzungen aus der Katamnese – soweit bekannt – abgeschlossen.

Ich beschäftige mich in diesem Buch mit der Entwicklung in einem neuen Bereich; daher stellt es eine selektive Momentaufnahme der Forschungslage, der eigenen Gedanken und der aktuellen persönlichen Sichtweise zum Thema dar.

Es ist nicht meine Absicht, mit diesem Buch eine neue Therapieschule zu gründen. Vielmehr kann ich mir vorstellen, daß »Bindung« eine grundlegende Variable im psychotherapeutischen Prozeß darstellt, die in einem schulenübergreifenden Modell der Psychotherapie (»generic model of psychotherapy«) ihren bedeutungsvollen Platz hat.

Karl Heinz Brisch, im Dezember 1998

Vorwort des Autors zur überarbeiteten und erweiterten Neuauflage

Seit der ersten Auflage dieses Buches ist das Wissen in der Bindungsforschung sowie in der Anwendung der Bindungstheorie enorm gewachsen, so daß eine überarbeitete Neuauflage des Buches erforderlich wurde. Wesentliche neue Erkenntnisse zur Neurobiologie, Genetik, Psychotraumatologie und Präventionsforschung werden in gesonderten Kapiteln beschrieben sowie an einzelnen Stellen, zusammen mit Hinweisen auf die aktuelle Literatur, ergänzt, zudem in ihrer Bedeutung für die Entwicklung einer Psychopathologie diskutiert. Besonders die Bedeutung der desorganisierten Bindung für spätere psychische Störungen und die transgenerationale Verbindung zu traumatischen Erfahrungen der Eltern werden im Kontext der Erkenntnisse der Psychotraumatologie und der Genetik in einer Zusammenschau dargestellt. Dabei stellt sich immer mehr heraus, dass die Entwicklung von einer gesunden sicheren Bindung über die unsichere Bindung, die desorganisierte Bindung bis zur Bindungsstörung ein Kontinuum darstellt, das durch entsprechende Erfahrungen des Kindes mit seinen bedeutungsvollen Bindungspersonen beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang wird die Verbindung zwischen desorganisierter Bindung und der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung besonders diskutiert, ebenso neue Möglichkeiten der Bindungsdiagnostik in verschiedenen Altersgruppen. Feinfühlig empatische Erfahrungen eines Kindes – von Schutz, Sicherheit sowie von Exploration – fördern seine sichere Bindung, wogegen sich auf dem Boden von traumatischen Erfahrungen des Kindes, wie sie durch alle Formen der Gewalt entstehen, denen das Kind hilflos ausgeliefert ist, Pathologien bis hin zu schwersten Formen der Bindungsstörungen entwickeln können.

Das Kapitel über Prävention wurde um die Beschreibung der bindungs-basierten Präventionsprogramms *SAFE*[®] – *Sichere Ausbildung für Eltern* sowie das Programm *B.A.S.E.*[®] – *Babywatching* erweitert. Das Programm *SAFE*[®] beginnt bereits in der Schwangerschaft und begleitet Eltern bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihres Kindes, mit dem Ziel, daß sich möglichst viele Kinder sicher an ihre Eltern binden und auf diese Weise einen lebenslangen

Schutzfaktor für ihre gesunde Persönlichkeitsentwicklung erwerben sollen. Dieses Programm findet inzwischen sowohl in Deutschland wie auch in anderen Ländern Europas, aber auch in Neuseeland, Australien und Singapur durch die Ausbildung von *SAFE®-Mentoren* große Verbreitung. Ziel ist es, daß in Zukunft die Teilnahme an diesem Programm für Eltern so selbstverständlich wird wie der Besuch eines Kurses zur Geburtsvorbereitung. Das Programm *B.A.S.E.® – Babywatching* ist eine besondere Form der Empathieschulung für Kindergarten- und Schulkinder. Durch die angeleitete reale Beobachtung der Interaktion zwischen Mutter und Baby sollen die Kinder lernen, sich in die Gedanken, Gefühle und Handlungsabsichten von Mutter und Kind hineinzusetzen, und diese neue Fähigkeit auf ihr Miteinander im Spielalltag übertragen. Die Studienergebnisse sind ermutigend, so daß das *Babywatching* auch eine weitere Verbreitung in Europa wie auch in Neuseeland und Australien erfährt.

Während in der Forschung wie auch in der klinischen Anwendung im Hinblick auf die Entwicklung der Bindung bisher bevorzugt dyadische Beziehungen im Mittelpunkt standen, wird in einem besonderen Kapitel ausgeführt, wie sich die verschiedenen Bindungsmuster auch in Gruppen und im Verhalten des einzelnen gegenüber Gruppen zeigen können.

Die Bindungstheorie gewinnt angesichts der wachsenden Zahl von Säuglingen und Kleinstkindern, die in außerfamiliären Einrichtungen mit Konzepten der Tagesbetreuung in großen Gruppen versorgt werden, eine ganz neue gesellschaftliche Bedeutung. Hier kann die Bindungstheorie zur Frage der absolut notwendigen Qualität von Krippen und Kindergärten, speziell im Hinblick auf sekundäre Betreuungspersonen – nämlich Krippen- und Kindergartenerzieherinnen – und die Voraussetzungen, die diese mitbringen sollten, einen wesentlichen Beitrag leisten.

Zusammenfassend gesagt, bringt diese Neuauflage den Leser somit auf den neuesten Stand der Forschung und beschreibt neue klinische Anwendungsbereiche sowie Präventionsansätze.

Ich wünsche den Leserinnen und Lesern aus allen Berufsgruppen sowie auch interessierten Eltern, daß Sie durch dieses Buch den Beitrag der Bindungstheorie für ganz unterschiedliche Bereiche schätzen lernen und dadurch so inspiriert werden, daß sie ganz eigene neue Möglichkeiten der Anwendung für sich entdecken können.

Karl Heinz Brisch, im Februar 2009

Einleitung

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen und ihren Eltern, mit Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen sowie mit Erwachsenen stellen wir uns die Frage, wie wir die Entwicklung einer bestimmten psychischen Symptomatik verstehen können. Alle psychotherapeutischen Schulen, ungeachtet ihrer Richtung, weisen heute der frühen Kindheit eine entscheidende Rolle für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zu (Kächele et al., 1999; Resch, 1996).

Die Psychoanalyse entwickelte ihre Theorie zunächst auf der Grundlage der Erfahrungen, die aus der Patientenbehandlung von Erwachsenen stammten. Von den Erkenntnissen über psychodynamische Zusammenhänge, die in der Therapie gewonnen worden waren, wurde auf frühkindliche Entwicklungsphasen und deren Bedeutung für die psychische Entwicklung geschlossen. Die auf diese Weise entstandene Theorie war durch einen sogenannten »Adulto-Patho-Morphismus« geprägt: Krankheitssymptome im Erwachsenenalter wurden als Regression auf Phasen der frühkindlichen normalen Entwicklung verstanden und interpretiert. Die Begriffe »infantile Regression« und »Fixierung auf frühkindliche Entwicklungsphasen« spielten eine besondere Rolle. In den Anfangsjahren hatte Freud noch die Bedeutung von realen Verführungserlebnissen in den Vordergrund seiner Theorie gestellt: Reale frühe Erfahrungen von sexueller Gewalt an Kindern von seiten ihrer engsten Bezugspersonen, auch von seiten der Eltern, wurden von ihm als für die kindliche Psyche traumatische Erfahrung betrachtet. Später nahm er hiervon Abstand und postulierte, daß die häufig in den Erwachsenenanalysen erinnerten Erlebnisse von sexueller Gewalt lediglich den kindlichen Phantasien entsprungen seien. Warum er seine Meinung änderte, hat er nie ausdrücklich erläutert. Er räumte nun den Phantasien eine Priorität für die psychische Entwicklung ein. Die jeweilige Verarbeitung durch die Phantasietätigkeit hielt er für die Entstehung von Psychopathologie für bedeutungsvoller als das vom Patienten berichtete Erlebnis selbst. Dieses schrieb er eher dessen Phantasiewelt denn realen Erfahrungen zu. Aus diesem Grunde konzentrierte sich die Psychoanalyse in der weiteren Entwicklung ihrer Behandlungstechnik auf

die Bearbeitung insbesondere der unbewußten Phantasien und vernachlässigte die realen Erfahrungen der Patienten. Es kann vermutet werden, daß Freuds Theorie von der realen frühkindlichen Traumatisierung durch sexuelle Gewalt so brisant war, daß er um seine Anerkennung als Wissenschaftler fürchten mußte. Um diese war es zunächst nicht sonderlich gut bestellt, weil er durch die Entdeckung der kindlichen Sexualität angesichts der vorherrschenden bürgerlichen Moralvorstellungen im Wien des ausgehenden 19. Jahrhunderts in größte Schwierigkeiten geriet und seine Theorie zunächst einmal auf Skepsis, ja sogar Ablehnung stieß.

Ähnlich wie in Freuds früher Theorie vom Realtrauma entwickelte der Schweizer Psychiater Adolf Meyer (1957), auf den sich Bowlby später berief, eine an Darwin orientierte psychobiologische Konzeption. Er schrieb gerade den realen frühkindlichen traumatischen Umwelteinflüssen, die nicht nur auf sexuelle Gewalt beschränkt waren, eine große Bedeutung für die psychische Entwicklung zu. Nach Meyers Theorie entstehen psychische Erkrankungen durch den mißlungenen Versuch des Individuums, auf psychosoziale reale Belastungen zu reagieren. Ist das Individuum mit seinem Anpassungsversuch überfordert, können Krankheitssymptome entstehen. Die unterschiedliche Fähigkeit zur Anpassung an spätere reale äußere Belastungen hängt davon ab, welche frühkindlichen realen Erfahrungen während der ersten Jahre in der Primärfamilie und in anderen wichtigen Beziehungen gemacht wurden.

Der Londoner Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby ist beim Studium der Lebensläufe von psychisch schwer gestörten Kindern und Jugendlichen immer wieder auf extreme reale frühkindliche Traumatisierungen dieser Kinder gestoßen und erkannte, daß diese in ihren Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Persönlichkeit bedeutungsvoll waren. Die von den Kindern berichteten Erfahrungen hielt er nicht für Produkte ihrer Phantasie. Bei der Ursachenforschung in bezug auf die mögliche Entwicklung der Psychopathologie dieser Kinder mußte er erkennen, daß in ihren Lebensgeschichten Erfahrungen mit vielfältigen frühen Verlusten und Trennungen von Bezugspersonen gegenüber anderen berichteten traumatischen Erlebnissen auffällig in den Vordergrund rückten. Diese klinische Entdeckung auf der Basis von genauen Berichten kann man als die Geburtsstunde der Bindungstheorie bezeichnen. Dennoch war es für Bowlby von seinen ersten Ideen bis zur Formulierung der Bindungstheorie ein langer und schwieriger Weg. Anfangs konnte er nicht ahnen, daß seine ursprünglich stark angefeindete Theorie

gerade in der Entwicklungspsychologie große Resonanz finden und den Anstoß für eine umfangreiche Forschung geben würde.

Diese blieb nicht nur auf London begrenzt, sondern wurde durch Bowlbys Schülerinnen und Schüler – hier sei an erster Stelle die kanadische Mitarbeiterin Mary Ainsworth genannt – inzwischen in zahlreiche andere Länder getragen. Bindungsforschung findet heute außer in England in großem Umfang insbesondere in den USA, Kanada, Israel, Japan, Italien, den Niederlanden und Deutschland statt.

In Deutschland ist die Bindungsforschung eng mit Klaus E. und Karin Grossmann verknüpft, früher in Bielefeld, jetzt am Lehrstuhl für Psychologie an der Universität Regensburg. Das Ehepaar und sein wissenschaftliches Team haben durch zahlreiche prospektive Längsschnittstudien mit reifgeborenen, gesunden Kindern weltweit Beachtung gefunden. Ein Schwerpunkt dieser Forschergruppe ist insbesondere die Frage der Kontinuität oder Wandlung früher Interaktionserlebnisse und Bindungsqualitäten von der Säuglingszeit bis ins Jugendalter sowie die Erforschung der Weitergabe von Bindungsmustern von der Generation der Eltern auf die der Kinder. Die wesentlichen Ergebnisse der bedeutendsten internationalen Längsschnittstudien zur Bindungsentwicklung werden von K. Grossmann, K. E. Grossmann und E. Waters dargestellt und diskutiert (Grossmann et al., 2005).

Die Grundlagenforschung ist inzwischen enorm vielfältig und liefert eine so gewaltige Fülle von Ergebnissen, daß ein Überblick den Rahmen dieses Buches sprengen würde.³ Daher sollen lediglich die Grundkonzepte der Bindungsforschung im Überblick dargestellt werden. Weiterhin werden Befunde aufgegriffen, die für die klinische Anwendung der Bindungsforschung und die Behandlung auf der Grundlage der Bindungstheorie von Bedeutung sind.

Bowlby selbst war ein engagierter Kliniker, der sich durch seine Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis zur Neuformulierung von gängigen theoretischen Konzepten gezwungen sah. Mein Anliegen ist es, sein klinisches Interesse wieder aufzugreifen und das theoretische Wissen für praktizierende Psychotherapeuten zu erschließen.

Im *ersten Teil* dieses Buchs erläutere ich in einem kurzen historischen Rückblick die Entwicklung der Bindungstheorie. Nach einer Zusammenfassung der Bindungstheorie stelle ich ihre wesentlichen Konzepte vor, insbesondere zur Bedeutung der elterlichen Feinfühligkeit, der kindlichen Bindungsquali-

tät und der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen. Hierbei werden auch Erkenntnisse aus der Neurobiologie diskutiert.

In diesem Zusammenhang gehe ich auch auf die transgenerationalen Aspekte der Weitergabe von Bindungsmustern und auf die Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung ein. Abschließend erläutere ich Konzepte von Bindung und Trennung in anderen psychologischen Theorien und psychotherapeutischen Schulen.

In einem *zweiten Teil* lege ich die theoretischen Aspekte eines Konzepts der Bindungsstörung im Sinne einer Psychopathologie dar. Insbesondere die Zusammenhänge zwischen Bindung und Trauma werden erläutert. In einem historischen Überblick verfolge ich, wie die heute häufig gebrauchten Diagnosemanuale sowie auch neuere diagnostische Systeme speziell für die Säuglings- und Kleinkindzeit bindungstheoretische Konzepte in ersten Ansätzen aufgegriffen haben. Da die bisherigen Klassifikationssysteme allerdings keine ausreichenden Möglichkeiten für die Diagnostik von Bindungsstörungen bieten, beschreibe ich eine weiterführende und umfassendere Klassifikation von Bindungsstörungen und stelle die Möglichkeiten der Bindungsdiagnostik in verschiedenen Altersstufen dar.

In einem *dritten Teil* formuliere ich die Theorie eines bindungsbasierten therapeutischen Vorgehens. Hierbei beziehe ich mich auch auf Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung, die in der Bindung zwischen Therapeut und Patient⁴ einen wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Behandlung sehen.

Grundlegende technische Aspekte und Vorgehensweisen einer bindungsbasierten Behandlung werden ausgeführt. Schwerpunkte liegen hier auf der Erstbegegnung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten, der Gestaltung des Settings, der Bedeutung der Frequenz, der Beendigung der Behandlung und den Fragen von Bindung und Autonomie im therapeutischen Prozeß.

In einem *vierten Teil* schildere ich Fallbeispiele aus der klinischen Praxis. Aus didaktischen Gründen konzentriert sich die Betrachtung von Krankheitsgeschichte, Diagnostik und Behandlungsverlauf auf die jeweils spezifische Störung der Bindungsdynamik. Ich übergehe andere mögliche Interpretationen der jeweiligen Psychodynamik, um besonders den Aspekt der Bindungsstörung herauszuarbeiten. Die Symptomatik der Patienten kann allerdings aus

dem Blickwinkel einer anderen Theorie auch ganz anders verstanden und mit einer anderen Technik behandelt werden.

Die kasuistischen Beispiele werden entlang der Bindungsentwicklung im Lebenslauf zeitlich gegliedert dargestellt, und zwar von der Phase, in der sich ein Paar eine Schwangerschaft wünscht, an bis zum Erwachsenenalter. Dieser Gliederung liegt eine Betrachtung zugrunde, die die Bindungsentwicklung als einen lebenszeitlichen Prozeß mit immer wieder geforderten Phasen der Adaptation an neue Beziehungs- und Lebenssituationen versteht.

Im *fünften* und letzten *Teil* diskutiere ich Fragen der Prävention. Ich stelle Möglichkeiten einer frühzeitigen bindungsbasierten Schulung zur Vermeidung von späteren psychischen Störungen vor, die speziell Schwangeren und ihren Partnern sowie Eltern mit ihren Kleinstkindern angeboten werden kann.

In Anbetracht zunehmender Aggression und Gewalt in Kindergärten und Schulen kommt einer bindungsbasierten frühzeitigen Prävention und Beratung große Bedeutung zu. Gemäß dem heutigen Forschungsstand über den Zusammenhang von Bindung und Aggression werden Leitlinien für eine Prävention in der pädagogischen Arbeit dargelegt sowie die bindungsbasierten Präventionsprogramme *SAFE*[®] – *Sichere Ausbildung für Eltern* und *B.A.S.E.*[®] – *Babywatching in Kindergarten und Schule* vorgestellt.

Ich stelle Überlegungen an, inwieweit ein bindungsbasierter Ansatz auch auf andere Settings der Psychotherapie mit Gruppen oder mit Familien übertragbar ist und dort angewendet werden kann.

Zum Abschluß diskutiere ich noch offene Fragen und Perspektiven im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Technik einer bindungsbasierten Psychotherapie sowie die Bedeutung für die psychotherapeutische Ausbildung.