

# Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kai von Klitzing

# Reaktive Bindungsstörungen

**Professor Dr. med. Kai von Klitzing**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters  
Universitätsklinikum Leipzig  
Liebigstraße 20a  
04103 Leipzig

ISBN-13 978-3-540-68930-0  
Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin Verlag**

[springer.de](http://springer.de)

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Design: deblik Berlin

SPIN 12275762

Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Druck: Stürtz GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

## Vorwort

---

Als reaktive Bindungsstörungen werden charakteristische Auffälligkeiten von Kindern beschrieben, die diese in ihrem Beziehungsverhalten zeigen. Diese Auffälligkeiten entwickeln sich offenbar als Folge länger anhaltender ungünstiger Umgebungsbedingungen, in welchen die Kinder aufgewachsen sind. Dazu gehören Vernachlässigung, Miss-handlung und häufiger Wechsel von Bezugspersonen. Mit dieser Art von Störungen sind wir im klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen, pädiatrischen, aber auch sozialarbeiterischen und pädagogischen Alltag besonders häufig konfrontiert. Es bedarf eines großen Engagements und eines sehr breit angelegten Behandlungskonzepts, um Kindern mit solchen Störungen gerecht zu werden.

Gemäß der didaktischen Vorgaben dieser Manualreihe geht das vorliegende Buch zunächst von einem geschichtlichen Überblick zur Entwicklung des Störungsbegriffs der reaktiven Bindungsstörung aus. In den nächsten beiden Kapiteln werden die genaue Definition und Klassifikation der Störung und unser Wissen über Ätiologie und Entwicklungs-pathologie dargelegt. – Kapitel 4 befasst sich ausführlich mit der störungs-spezifischen Diagnostik, d. h. dem Vorgehen bei der Abklärung und Identifikation von reaktiven Bindungsstörungen bis hin zu diagnostischen Schritten, welche letztlich die Grundlage für die spätere Therapieplanung darstellen. In – Kapitel 5 mündet all dies in eine differenzialdiagnostische Abwägung und multiaxiale Bewertung ein, und – Kapitel 6 beschäftigt sich mit der Interventions- und Therapieplanung. Dieses Kapitel ist sehr breit gefasst, integriert nicht nur auf den individuellen Fall bezogene psychotherapeutische, pädagogische und sozialpsychiatrische Strategien sowie die Elternarbeit, sondern versucht auch einen Überblick über die so wichtigen Präventionsprogramme in der frühen Kindheit zu geben, die zurzeit in der Erprobungsphase sind. Bei dem Störungsbild der reaktiven Bindungsstörung ist die Schnittstelle zur Jugendhilfe besonders wichtig, so dass diesem Bereich ein eigenes Unterkapitel gewidmet wird (– 6.4). Nicht zuletzt wird auf ethische und sozialpolitische Konsequenzen eingegangen (– 6.6). Das – zugegebenermaßen geringe – Wissen über den Verlauf und die Prognose der Störung wird in – Kapitel 7 zusammengefasst. In – Kapitel 8 wird von den vielen noch offenen wissenschaftlichen Fragen ein Forschungsausblick abgeleitet.

**Kai von Klitzing**

Leipzig, im Sommer 2009

# Inhaltsverzeichnis

---

	<b>Gedanken zu Beginn</b> .....	1
<b>1</b>	<b>Ein Blick zurück: Geschichte der Störung</b> .....	5
1.1	Bowlbys Bindungstheorie .....	6
1.2	Entwicklung des Störungsbegriffs »Bindungsstörung« .....	10
<b>2</b>	<b>Worum es geht: Definition und Klassifikation</b> .....	13
2.1	Definitionen .....	14
2.2	Untergruppen und deren Leitsymptome .....	15
2.2.1	Leitsymptome nach ICD-10 .....	15
2.2.2	Leitsymptome nach DSM-IV .....	16
2.3	Leitsymptome in den ersten drei Lebensjahren (nach DC 0–3 R) .....	19
2.4	Ausschlussdiagnosen (nach ICD-10) .....	21
<b>3</b>	<b>Was ist erklärbar? Ätiologie und Entwicklungspsychopathologie</b> .....	23
3.1	Umweltfaktoren (Beziehungsumwelt) .....	24
3.2.1	Pathogene Fürsorge in Institutionen .....	27
3.2.2	Pathogene Fürsorge in Familien .....	28
3.2	Biologische Faktoren .....	29
3.3	Psychodynamische Faktoren .....	32
3.4	Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren .....	35
<b>4</b>	<b>Der Blick auf das Besondere: Störungsspezifische Diagnostik</b> .....	39
4.1	Symptomatik .....	40
4.1.1	Screening .....	40
4.1.2	Systematische Beobachtung .....	41
4.1.3	Klinisches Interview .....	41
4.2	Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte .....	48
4.3	Komorbidität und Begleitstörungen .....	50
4.4	Apparative Diagnostik und Testdiagnostik .....	50
<b>5</b>	<b>Unterscheiden ist wichtig: Differenzialdiagnostik und multiaxiale Bewertung</b> .....	53
5.1	Identifizierung von Leitsymptomen .....	54
5.2	Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen .....	55
5.3	Differenzialdiagnose und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens .....	56
5.3.1	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen .....	56
5.3.2	Williams-Beuren-Syndrom (WBS) .....	58
5.3.3	Fetales Alkoholsyndrom .....	58

5.3.4	Störungen des Sozialverhaltens .....	59
5.3.5	Emotionale Störungen des Kindesalters .....	60
5.3.6	Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (HKS, ADHS)...	60
5.3.7	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	63
5.3.8	Diagnostische und differenzialdiagnostische Entscheidungsbäume .....	63
<b>6</b>	<b>Was ist zu tun: Interventionen</b> .....	<b>67</b>
6.1	Auswahl des Interventionssettings .....	68
6.2	Behandlungsprogramme und ihre Komponenten .....	72
6.2.1	Schaffung einer angemessenen Beziehungsumwelt .....	72
6.2.2	Arbeit mit den Beziehungspersonen .....	74
6.2.3	Einzelpsychotherapie .....	76
6.2.4	Umgang mit Aggression und Sexualisierung .....	82
6.2.5	Elternarbeit im Rahmen der Einzelpsychotherapie .....	84
6.2.6	Pharmakotherapie .....	85
6.2.7	Therapieprogramme .....	86
6.2.8	Präventionsprogramme .....	91
6.3	Besonderheiten bei ambulanter, stationärer und teilstationärer Behandlung .....	98
6.3.1	Eltern-Kind-Stationen .....	101
6.4	Jugendhilfe und Rehabilitationsmaßnahmen .....	101
6.4.1	Gesetzliche Voraussetzungen .....	101
6.4.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe .....	105
6.5	Entbehrliche Behandlungsmaßnahmen .....	109
6.6	Ethische Fragen und sozialpolitische Konsequenzen .....	109
<b>7</b>	<b>Der Blick voraus: Verlauf und Prognose</b> .....	<b>113</b>
<b>8</b>	<b>Was wir nicht wissen: Offene Fragen</b> .....	<b>121</b>
8.1	Was wird aus den Bindungsstörungen im Schulalter und in der Adoleszenz? .....	122
8.2	Handelt es sich bei der Bindungsstörung um eine Diagnose, die sich auf ein Individuum oder auf eine Beziehung bezieht? .....	122
8.3	Wie lange bleibt das »Fenster der Möglichkeit positiver Beziehungserfahrungen« offen? .....	123
8.4	Sind Bindungsstörungen primär Folge negativer Bindungserfahrungen oder eines Mangels an Intersubjektivität? .....	123
8.5	Wie hängen reaktive Bindungsstörungen und unsteuerbares aggressives Verhalten zusammen? .....	124
8.6	Welches ist der neurobiologische Hintergrund der pathogenen elterlichen Fürsorge bei Eltern und Kind? .....	124
	<b>Literatur</b> .....	<b>127</b>
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	<b>133</b>

# Gedanken zu Beginn

Sicherlich stellt es einen großen Fortschritt dar, dass mit der Einführung der diagnostischen Kategorie »Reaktive Bindungsstörung« auf die Bedeutung hingewiesen wird, welche die frühe Kindheit (von der Schwangerschaft bis zu den ersten drei Lebensjahren) für die weitere Entwicklung des Kindes und seine psychische Gesundheit hat. Klinisches, diagnostisches und therapeutisches Erfahrungswissen auf der einen Seite sowie wissenschaftliche Erkenntnisse der Entwicklungsforschung auf der anderen kommen hier wirklich zueinander. Die in den 50er Jahren beginnende Forschung über den Zusammenhang zwischen der mentalen Entwicklung und den frühen Beziehungserfahrungen hat sich in den letzten Jahren explosionsartig erweitert und vertieft. Die Erkenntnis, dass das reifende Gehirn und die sich entwickelnde Psyche gerade in den ersten Lebensjahren bestimmter Beziehungserfahrungen bedarf, hat sich nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in den psychotherapeutischen Schulen, in den sozialarbeiterischen und pädagogischen Berufen und nicht zuletzt in der Politik etabliert.

Ich selbst habe in meiner beruflichen Karriere immer versucht, wissenschaftliche Entwicklungsforschung gerade auf dem Gebiet der frühen Kindheit mit kinderpsychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis zu verbinden. Sei es in den Studien über die Frühentwicklung der Vater-Mutter-Kind-Beziehung an der Basler Universität, in meiner Mitarbeit in dem Forschungslabor zur frühen Kindesentwicklung an der University of Colorado oder jetzt in meiner Leipziger Tätigkeit in mehreren Frühinterventionsprojekten – stets war ich von der Einsicht überzeugt, dass wir als Kinderpsychiater und -psychotherapeuten früh intervenieren müssen, und zwar möglichst in den Perioden, in denen die Grundlagen für die Störung gelegt werden. Im Bereich der Bindungsstörungen sind dies klar die Zeit der Schwangerschaft und die der ersten drei Lebensjahre des Kindes.

Die reaktiven Bindungsstörungen gehören sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV zu den wenigen Störungen, bei welchen eine bestimmte Ätiologie Teil der Definition ist. Eine reaktive Bindungsstörung soll nur diagnostiziert werden, wenn wir sicher sind, dass Mangelereferenzen in der frühen Kindheit im Wesentlichen zur Entstehung der Störung beigetragen haben.

Es gibt auch wesentliche Nachteile dieses Konzeptes. Eines besteht in der Bezeichnung »Bindungsstörung« selbst. Diese rückt ein ganz bestimmtes Beziehungssystem, nämlich das der Bindung, bei der Entstehung der Störung in den Vordergrund. Dies ist auf der einen Seite berechtigt, weil die Bindungsforschung eines der am besten ausgewiesenen und empirisch fundiertesten Modelle in der gesamten Entwicklungspsychologie ist. Aber andere Konzepte und Beziehungssysteme wie beispielsweise die Mehrpersonen-Psychologie, die Erforschung der triadischen (Vater-Mutter-Kind) Beziehung sowie neuere Erkenntnisse zur Bedeutung der Inter-subjektivität für die Gehirnentwicklung werden durch diese Bezeichnungen ausgegliedert. Bindung ist eben ein für die Entwicklung relevantes Beziehungssystem, ein zugegebenermaßen sehr wichtiges, aber nicht das einzige. Wenn wir von pathogener Fürsorge als Ursache für die Entwicklung von Bindungsstörungen sprechen, so können andere Formen von Beziehungsfehlentwicklungen ebenso eine Rolle spielen, werden aber im Konzept der Bindungsstörung wenig berücksichtigt.

Ein weiteres Problem ist, dass man mit dem Modell der Bindungsstörungen nur auf wenige systematische empirische Forschung zurückgreifen kann. Es ist zwar alltagsevident und wenig bestritten, dass schwere Vernachlässigung erhebliche psychoemotionale Folgen für das Kind hat. Wie aber genau die ätiologischen Pfade von der psychoemotionalen Deprivation hin zu einem spezifischen Störungsbild oder eben

auch zu anderen Störungsbildern führen und welchen Einfluss andere Aspekte der Entwicklung wie beispielsweise Temperament, genetische Veranlagung, biologische Einflussgrößen haben, ist wenig erforscht. Auch ist der Bereich der Resilienz, d. h. der individuellen Fähigkeit, sich auch unter ganz schlechten Umweltbedingungen doch recht gesund zu entwickeln, kaum wissenschaftlich erforscht. Die wenigen Längsschnittstudien zu diesem Thema gehen vor allem von Kindern aus, die in Institutionen Vernachlässigung erfahren haben. Die klinische Realität in unseren Breitengraden ist jedoch vielmehr, dass Kinder intrafamiliär depriviert werden – aufgrund von psychischen Störungen der Eltern, psychosozialer Not oder anderen negativen Einflussfaktoren. Über die langfristige Entwicklung dieser Kinder gibt es praktisch keine prospektiven Longitudinalstudien. Das liegt natürlich auch daran, dass solche Studien sehr schwer durchzuführen sind, weil vernachlässigende Familien über eine sehr geringe Verbindlichkeit verfügen und daher auch in einem Forschungskontext schwer einzubinden sind.

Dieser Mangel an empirischer Grundlage ist natürlich eine gewisse Hypothek für solch ein Buch. Beim Schreiben dieses Buchs ist mir aber auch klar geworden, auf welchem unsicheren Grund wir mit unserem Wissen und unseren Kenntnissen über das, was wir Bindungsstörungen nennen, stehen. Hätte ich einzig über das Wissen über reaktive Bindungsstörungen berichtet, welches empirisch mit hohem Evidenzgrad abgesichert ist, hätte ich ein sehr kurzes Buch schreiben müssen. Andererseits ist es aber auch wichtig, den klinisch tätigen Berufsgruppen Strategien, Konzepte und Überlegungen an die Hand zu geben, wie man mit bindungsgestörten Kindern umgeht. Hierüber gibt es ein großes Expertenwissen, weil in unserem klinischen Alltag diese Art von Störung eben eine

solch große Rolle spielt. Ich habe mich also bemüht, möglichst viele konkrete Vorgehensweisen vorzuschlagen und anhand von Fallbeispielen zu erläutern. Dabei ist gerade die Arbeit mit bindungsgestörten Kindern nicht immer etwas, was eindeutigen Leitlinien folgen kann; die Situation dieser Kinder, ihre Beziehungserfahrungen, aber auch ihre inneren Einstellungen und Erlebensweisen sind so individuell, dass man mit jedem Kind wieder einen neuen Weg finden muss.

Fast alle Therapien auf unserem Feld bauen auf eine gute Beziehung von uns als Diagnostikern und Therapeuten mit dem Kind auf. Deshalb haben wir es schwer, weil ja gerade bindungsgestörte Kinder keine guten Beziehungserfahrungen gemacht haben. Als Folge davon möchten sie mit uns eigentlich keine Beziehung eingehen, legen keine Hoffnung in eine heilsame Beziehung oder machen sich im Gegenteil übergroße Hoffnungen, die immer wieder enttäuscht werden. Da es in diesem Dilemma oft schwierig zu arbeiten ist, lege ich in diesem Buch bei der Besprechung therapeutischer Vorgehensweisen auch ein besonderes Gewicht auf die eigene subjektive Resonanz der Therapeuten, in welcher sich regelmäßig bestimmte »Gegenübertragungsreaktionen« zeigen.

Ich würde mich freuen, wenn das vorliegende Buch nicht nur eine Hilfestellung für den klinischen Alltag darstellt, sondern auch unser Interesse an den reaktiven Bindungsstörungen und unsere Diskussion über kontroverse Themen und noch offene Fragen vertieft. Dieses wäre eine Basis dafür, dass sich mehr Kliniker und Forscher der Mühsal einer systematischen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Störungsbild und ihren Ursachen öffnen würden.

# Ein Blick zurück: Geschichte der Störung

- 1.1 Bowlbys Bindungstheorie – 6
- 1.2 Entwicklung des Störungsbegriffs »Bindungsstörung« – 10

Pioniere der Entwicklungsforschung beschäftigten sich bereits in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts mit den Folgen, die psychoemotionale Deprivationserfahrungen während der ersten Lebensjahre für die weitere Entwicklung des Kindes haben. Der Psychoanalytiker René Spitz war einer der ersten, die sich in empirischen Untersuchungen mit den Folgen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung oder einem Aufwachsen in durch inkonsistente Betreuungssysteme charakterisierten Säuglingsheimen beschäftigten. Ein erheblicher Mangel an konstanter emotionaler Zuwendung führt gemäß Spitz zu schwerwiegenden Symptomen einer anaklitischen Depression oder – bei langer Dauer – zu psychogenem Hospitalismus (Spitz 1945). Die damals aufkommende Filmtechnik ermöglichte es, solche schweren Deprivationserscheinungen auch visuell zu dokumentieren. So zeigten beispielsweise die Eheleute Robertson in London in ihrem klassischen Film »John« die anaklitische Depression eines bis dahin gesunden 18-monatigen Jungen, der vorübergehend in einem durch ein diskontinuierliches Betreuungssystem geprägten Säuglingsheim untergebracht worden war.

Anaklitisch sind René Spitz zufolge Depressionen, in deren Rahmen die Libido sich an den Selbsterhaltungstrieb »anlehnt«, weil es in ihrem Verlauf um das psychische Überleben des Subjekts geht.

### Definition

Unter **anaklitischer Depression** versteht man eine tiefgreifende affektive Beeinträchtigung des Säuglings und Kleinkindes, meist als Reaktion auf schwerwiegende Trennungserlebnisse, welche durch die Phasen anhaltendes Weinen, Schreien (Protest), Rückzug und schließlich Resignation mit Vitalitätsverlust gekennzeichnet ist.

Goldfarb (1943, 1945, 1954) beschrieb typische Verhaltensweisen von deprivierten Kindern in Institutionen in der Weise, dass sie konstant auf der Suche nach Zuwendung seien, der dauernden Liebesbeweise bedurften, jedoch ihre Zuwendung unselektiert verteilten und jederzeit mit Fremden mitgingen. John Bowlby aus der Abteilung für Kinderpsychotherapie der Londoner Tavistock Clinic veröffentlichte 1951 eine klassische, von der WHO in Auftrag gegebene Studie über den Zusammenhang zwischen mütterlicher Pflege und seelischer Gesundheit (Bowlby 1958). Nicht zuletzt unter dem Einfluss dieser gut dokumentierten Beobachtungen wendeten sich in der damaligen Zeit einige führende Psychoanalytiker – vor allem aus dem angelsächsischen Sprachraum – der Beziehung des Subjekts (»Selbst«) zum Gegenüber (»Objekt«) zu und legten die Grundlage für die **Objektbeziehungstheorie** (Fairbairn 1944; O. Kernberg 1976; Mahler 1975; Winnicott 1953). Sie alle beschäftigten sich mit der Verbindung zwischen frühesten Beziehungserfahrungen des Kleinkindes mit der späteren Entwicklung psychopathologischer Phänomene wie narzisstischen Störungen, Borderline-Störungen etc. Dabei entwickelte sich eine Kontroverse darüber, ob die reale äußere Beziehung, beispielsweise zum Mutterobjekt, oder die Beziehung zu den in der Persönlichkeit des Kindes sich heranbildenden phantasmatischen inneren Objekten für die Entwicklung entscheidender seien (Klein 1926).

## 1.1 Bowlbys Bindungstheorie

Der britische Arzt, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907–1990) stellte sich zur Aufgabe, eine wissenschaftliche Basis für den psychoanalytischen Ansatz der Objektbeziehungstheorie zu erstellen und psychoanalytische Annahmen empirisch überprüfbar zu machen. 1958 stellte er in seiner Arbeit »The nature of the child's tie to his mother« die These auf, dass es ein

biologisch angelegtes System der **Bindung** gibt, das für die Entwicklung der emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind verantwortlich ist. Neben psychoanalytischen Überlegungen integrierte Bowlby Erkenntnisse der Evolutionstheorie, der ethologischen Forschung sowie Beobachtungen an Rhesusaffen (Hinde 1974).

### Definition

Bowlby (1958) definierte **Bindungsverhalten** als angeborenes Instinktmuster, das wesentlich biologisch fundierte Reaktionssysteme wie Saugen, Weinen, Lächeln, Anklammern, Nachfolgen bzw. Suchen beinhaltet (► Kap. 2).

Beim menschlichen Bindungsverhalten, welches vor allem in der Mutter-Säugling-Beziehung beobachtbar ist, handelt es sich aus seiner Sicht letztlich um ein phylogenetisch entstandenes Instinktverhalten:

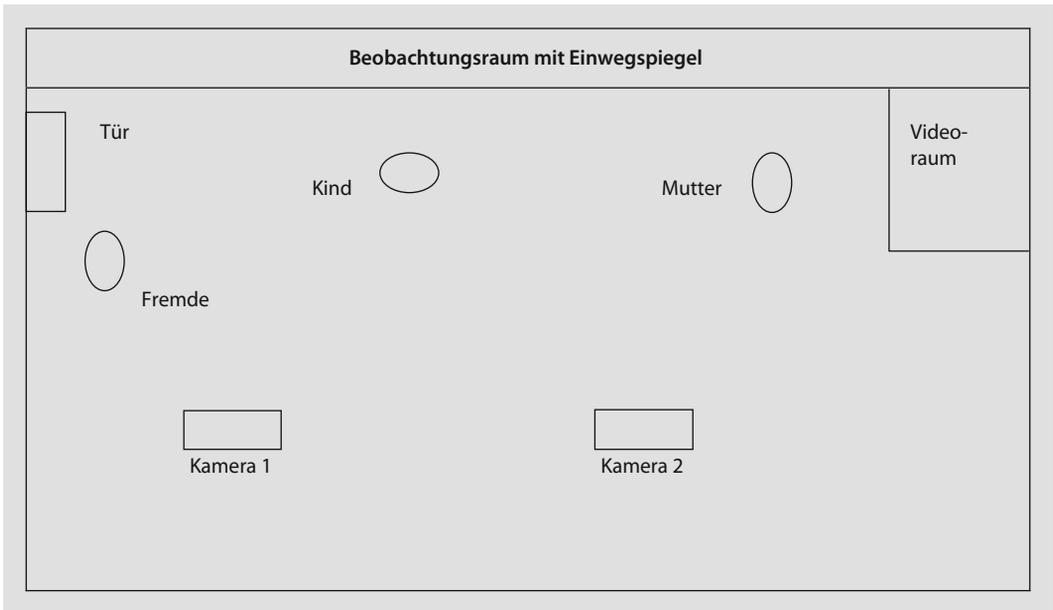
» Eine Ansicht, die ich schon einmal vorgebracht habe, ist, dass die Funktion von Bindungsverhalten das Schützen und Beschützt-Werden vor Raubtieren ist. « (Bowlby 1975, S. 212)

Zum Bindungssystem gehört auch das mütterliche Bindungsverhalten, das »mit der Reduzierung der Entfernung zwischen Kind und Mutter und der Aufrechterhaltung eines engen physischen Kontaktes zum Kind beschäftigt ist« (ebd., S. 225) Das Bindungsverhalten ist zwar vor allem im ersten Lebensjahr zu beobachten, kann aber während des ganzen Lebens wieder aktiviert werden, wenn Gefahr droht (Krankheit, Unfall etc.). Die Art und Weise wie sich das Bindungsverhalten äußert, richtet sich nach so genannten **Arbeitsmodellen**, die in den ersten Lebensjahren ausgebildet werden, im Laufe der Zeit aber dauernd korrigierbar und modifizierbar sind. Diese Arbeitsmodelle, die Bowlby selbst mit den

»inneren Welten« der traditionellen psychoanalytischen Lehre verglich, entsprechen »kognitiven Landkarten der Umwelt (...), über die ein Tier verfügen muss, wenn es ein gesetztes Ziel erreichen will, das eine Standortveränderung verlangt« (Bowlby 1969, S. 85).

Die kanadische Psychologin M. Ainsworth, die über mehrere Jahre an der Londoner Tavistock Clinic zusammen mit Bowlby arbeitete, entwickelte zusammen mit ihren Kollegen Ende der 60er Jahre eine standardisierte Situation (»Fremde Situation«), in der 1-jährigen Säuglingen mit fremden Situationen, Personen und kurzen Trennungen von ihren Eltern konfrontiert werden (Ainsworth et al. 1978):

Die Mutter (oder der Vater) wird mit dem 1-jährigen Kind in den Versuchsraum geführt. Zu Ainsworths Zeiten wurden die Interaktionen durch eine Einwegscheibe von mehreren Beobachtern beobachtet und detailliert protokolliert. Heutzutage ist die Aufzeichnung auf Video durch an verschiedenen Stellen im Raum postierte Kameras Standard (■ Abb. 1.1 und Abb. 1.2). In der Mitte des Raums findet sich ein Set von Spielsachen, die dem Kind unbekannt ist. Die Mutter wird vom Versuchsleiter angehalten, sich in Bezug auf das Kind möglichst so zu verhalten, wie sie das auch im Alltag tut. Meistens spielen die Kinder relativ rasch mit dem neuen Spielzeug, und die Mutter kann sich auf den Stuhl setzen und beispielsweise Zeitung lesen. Nach einer Weile kommt eine fremde Person in den Raum und setzt sich der Mutter gegenüber. In einigen Fällen löst das Erscheinen der fremden Person ein erstes Bindungsverhalten beim Kind aus, indem es nämlich sein Spiel unterbricht, vorübergehend wieder die Nähe zur oder den Augenkontakt mit der Mutter sucht. Die meisten Kinder können dann aber wieder in Ruhe weiterspielen. Nach drei Minuten verlässt die Mutter dann den Raum und lässt das Kind mit der fremden Person allein zurück, kann aber ihr Kind durch den Einwegspiegel weiterhin beobachten. Die Mutter wird angehalten, drei Minuten abwesend zu



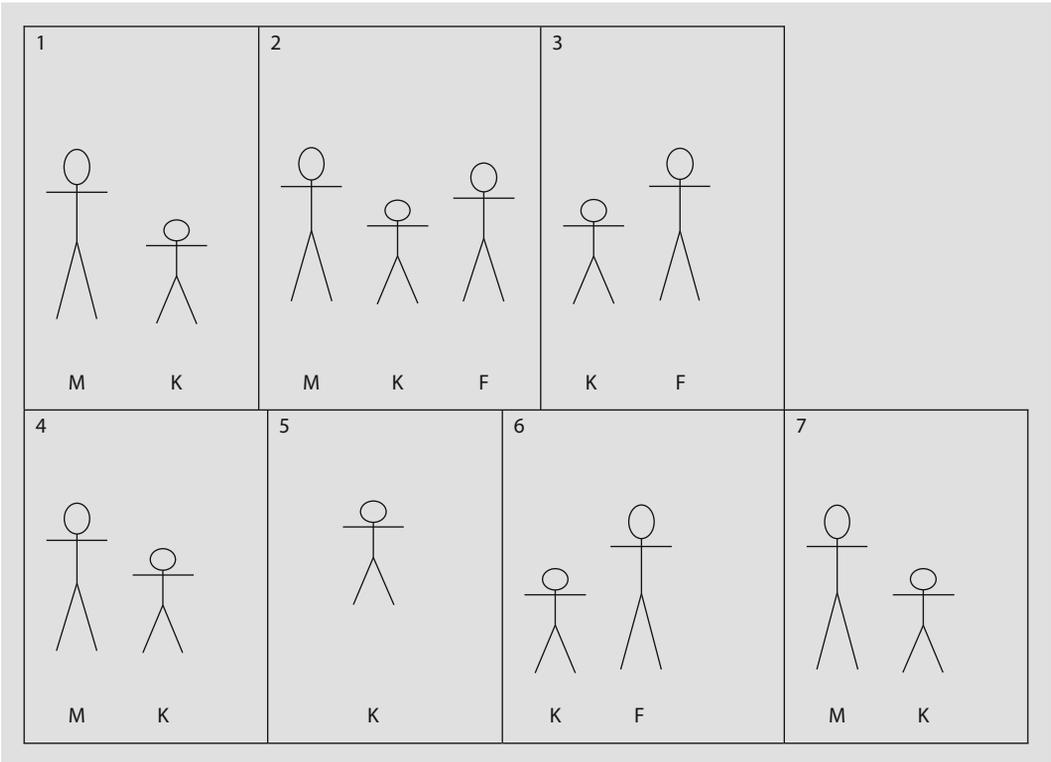
■ Abb. 1.1. Untersuchungssetting in der Fremden Situation nach Ainsworth

bleiben – es sei denn, das Kind zeigt sich zu gestresst; dann kann diese Phase auch vorzeitig abgebrochen werden. Die Anweisung an die fremde Person geht dahin, dass sie das Kind nun mit möglichst geringer Intervention dazu bringen sollte, weiterzuspielen. Die fremde Person soll versuchen, das Kind, wenn es von der Abwesenheit der Mutter gestresst ist, zu beruhigen und zu trösten. Notfalls soll sie auch Körperkontakt suchen, aber nur gerade so viel, wie es nötig ist, dass das Kind weiterspielen kann. Nach spätestens drei Minuten kommt dann die Mutter in den Raum zurück und soll sich dem Kind gegenüber möglichst natürlich verhalten, es also – wenn nötig – trösten. Hat sich das Kind wieder beruhigt und spielt weiter, so sollen die fremde Person und die Mutter gleichzeitig den Raum verlassen und das Kind für längstens drei Minuten alleine zurücklassen. Auch hier gilt, dass die Mutter, die das Kind durch die Einwegscheibe beobachtet, auch diese Abwesenheitsphase vorzeitig beenden kann, wenn das Kind zu sehr gestresst ist. Nach spätestens drei Minuten kehrt dann zunächst die

fremde Person zurück und versucht, das Kind – wenn nötig – zu trösten und wieder zum Spiel zu motivieren. Nach weiteren drei Minuten kehrt dann die Mutter zum Kind zurück, wohingegen die fremde Person den Raum verlässt.

Anhand detaillierten Beobachtungen an 80 Kindern im Rahmen der klassischen Baltimore-Studie (Ainsworth et al. 1978) wurden typische Muster des Bindungsverhalten identifiziert (■ Tab. 1.1): die »sichere Bindung« (B-Typ), die »unsicher-vermeidende Bindung« (A-Typ) und die »unsicher-ambivalente Bindung« (C-Typ). Später wurde noch ein vierter Bindungstyp beschrieben, die »desorganisierte Bindung« (D-Typ).

Die Identifizierung und genaue Beschreibung dieser Bindungsmuster sowie ihre genaue empirische Überprüfung bildeten die Ausgangspunkte einer jahrelangen fruchtbaren Forschungstätigkeit vieler Wissenschaftler, die die Bedeutung der Bindung für viele Aspekte der seelischen Gesundheit im Kindesalter zum Gegenstand hatte. Es wurde aber auch aufgezeigt, dass die



■ **Abb. 1.2.** Versuchsablauf der Fremden Situation nach Ainsworth: Episoden 1 bis 7 (M = Mutter; K = Kind; F = Fremde)

■ <b>Tabelle 1.1</b> Bindungsmuster in der Fremden Situation nach Ainsworth		
<b>Bindungstyp</b>	<b>Bindungsmuster</b>	<b>Verhalten des Kindes</b>
<b>Sicher</b>		
Typ B	Sichere Bindung	Sucht Nähe zur Mutter Lässt sich von Mutter eher trösten als von der Fremden Mutter als sichere Basis für Exploration
<b>Unsicher</b>		
Typ A	Unsicher-vermeidende Bindung	Zeigt keine deutliche Trennungsreaktion Ignoriert Mutter bei Rückkehr Vermeidet Nähe und Körperkontakt
Typ C	Unsicher-ambivalente Bindung	Ist sehr ängstlich Zeigt starke Trennungsreaktion Ist bei der Rückkehr von der Mutter kaum zu beruhigen Zeigt ambivalentes Verhalten
Typ D	Desorganisierte Bindung	Starre, stereotype oder anderweitig stark auffällige Verhaltensweisen