

EINLEITUNG

Als ich im Sommer einmal in einem Café in der Innenstadt von Freiburg saß, beobachtete ich eine Szene, die mich sofort an mein Thema der Masterthese erinnerte. Eine junge Familie – Vater, Mutter, zwei kleine Jungen und die Großmutter saßen an einem Tisch beim Mittagessen. Der Vater stand schließlich auf und verabschiedete sich vom Rest der Familie, um wieder seiner Berufstätigkeit nachzugehen. Der jüngere der beiden Jungen fing an zu weinen und wollte mit seinem Vater mitgehen. Da dies ja nicht möglich war, musste der Junge bei den anderen zurückbleiben. Er protestierte, weinte und griff nach seinem Vater. Die Mutter versuchte, ihn zu beschwichtigen und nahm ihn auf ihren Schoß. Er weinte noch ein Weilchen, schien seiner Mutter aber zuzuhören und beruhigte sich dann. Anschließend widmete er sich wieder seinem Bruder und seiner Großmutter. Ich erinnerte mich an Mary Ainsworth und ihre Forschungen, die sie mit Kindern bezüglich ihres Bindungsverhaltens in der „Fremden Situation“ durchführte und dachte mir, dass dieser Junge wohl Anzeichen einer sicheren Bindung mit Trennungsprotest und Beruhigungsverhalten zeigte. Meine Gedanken schweiften weiter zu Klienten von mir. Ich arbeite in einer stationären suchttherapeutischen Einrichtung mit Menschen, die seit vielen Jahren Suchtmittel konsumiert haben oder Verhaltenssüchte an den Tag legen und bei uns versuchen, über eine Langzeittherapie davon loszukommen. Ich überlegte mir dann, dass meine Klienten wohl nicht so oft diesen Trost in Trennungssituationen oder bei Verlust erfahren haben und sich oftmals selbst überlassen waren, mit ihrem Schmerz und Frust fertigzuwerden.

Das Thema „Bindung“ oder auch „Bindungsstörungen“ begegnete mir von Anfang an in meiner therapeutischen Arbeit, ohne dass ich dies explizit so benannt hätte. Der Begriff „Bindung“ ist allerdings mehrdeutig und reicht von einer Skibindung bis zur Bindung im Sinne von Zusammenhalt, zu vertraglichen Verpflichtungen oder einer unlösbaren Verbundenheit.

Im Prinzip gibt es keine Symptomatik, kein Störungsbild und keinen Therapieansatz, bei dem nicht Aspekte von Bindung mit einfließen bzw. man bindungstheoretische Überlegungen in Betracht ziehen könnte. Karl Heinz Brisch weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass verschiedene

psychologische Theorien und Psychotherapieschulen unterschiedliche Konzepte entwickelt haben, die sich mit dem Aufbau und der Bedeutung von Bindungen und den Auswirkungen von Trennungen und Verlust auf die Mutter-Kind-Beziehung auseinandersetzen (Brisch, 2013a). Zugleich hat er die Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie unterstrichen. *„Da Bindung als eine Grundmotivation anzusehen ist und ihre Entwicklung einen lebenslangen Prozess darstellt, muss bei der Behandlung zumindest überlegt werden, ob im Bindungssystem eine Störung vorliegen könnte* (Brisch, 2013a, S. 314-315). Klaus Grawe (1998), ein Vertreter der „Psychologischen Therapie“ z. B., beschreibt das Bindungsbedürfnis *„als eine für das Verständnis der Wirkungsweise von Psychotherapie wichtige Determinante des Erlebens und Verhaltens“* (Grawe zit. nach Brisch, 2013a, S. 91). Ein bindungstheoretisches Denken in die Therapie zu integrieren, würde bedeuten, Bindung als ein selbstverständliches, grundlegendes zwischenmenschliches Bedürfnis in allen Beziehungskontakten „mitzufühlen“ und „mitzudenken“.

Die Bindungsforschung in ihrer heutigen Differenziertheit hat eigentlich erst in den letzten Jahren Einzug in *das*, in *mein* therapeutisches Denken gehalten. In meiner therapeutischen Arbeit begegnete ich aber von Anfang an verschiedenen Arten von Bindungs- und Beziehungsgestaltung: sei es, dass Klienten die Bindung zu mir, zu unserem Team abrupt abgebrochen haben, sich in kritischen Situationen keine Unterstützung holten und alles mit sich allein ausmachten, eine starke Tendenz zur Symbiose („nur unter 4 Augen“) zeigten, Gruppen ihnen heftige Angst machten oder sie sich so „unmöglich“ verhielten, dass sie Gefahr liefen, von allen aus der Einrichtung abgelehnt oder sogar aus disziplinarischen Gründen entlassen zu werden. Ich hatte oftmals das Gefühl, in der Begegnung mit meinen Klienten wie „auf Glas zu gehen“ und eher Einzelgänger vor mir zu haben. Persönliche Dinge über sich zu erzählen wurde oft als „sehr intensiv“ beschrieben, was in meiner eigenen Wahrnehmung noch als „normal“ erlebt wurde. Daraus erwuchs die Überlegung, dass das unterschiedliche Bindungsverhalten wohl mit den unterschiedlichen Beziehungserfahrungen, sei es zuverlässige oder unzuverlässige, zu tun haben müsste, damit, wie bisherige Bindungen erlebt worden waren. Ich gehe davon aus, dass bei Aufnahme in unsere stationäre Einrichtung unsere Klienten ein wie auch immer geartetes Bindungsbedürfnis haben, dass sie Hoffnung auf Besserung, ja Heilung durch uns erwarten und jene, ihnen eigene Bindungsstile aktiviert werden, sie ihr „Bindungsrepertoire“ einsetzen.

Diese Beziehungsgestaltung der Klienten bedeutet immer eine therapeutische Herausforderung. Wie begegne ich ihnen in ihrem Bindungsbedürfnis oder Nichtbedürfnis oder „verquerten“ Bindungsbedürfnis?

Unsere Klienten kommen als *Suchtkranke* zu uns. Natürlich stellt sich hier auch die Frage, was die Beziehungserfahrungen mit ihrer Suchterkrankung zu tun haben, in welchem Zusammenhang sie stehen.

In der Auseinandersetzung mit Bindungsverhalten, Bindungstheorie und Bindungsstörungen habe ich festgestellt, dass ich oft intuitiv therapeutisch „richtig“ auf Bindungsstile unserer Klienten reagiert habe und zunehmend die Sinnhaftigkeit und Symbolik des Bindungsstils aufgrund der jeweiligen Biographie des Einzelnen verstehen konnte. Die beobachteten Bindungsstile resultierten wohl aus dem Bestreben, das psychische Gleichgewicht zu bewahren, auch wenn ein hoher Preis dafür gezahlt wurde, der Preis von Einsamkeit, innerem Chaos und Angstbewältigung durch Isolation.

Ich merkte auch, wie wichtig ein Grundwissen über Bindungsverhalten ist, da mein „therapeutischer Blick“ neben einem psychodynamischen Verständnis durch bindungsrelevante Aspekte erweitert wurde. Oft genug lösen gerade schwierige Beziehungsgestaltungen mit ihren jeweiligen Bindungsstilen in der therapeutischen Arbeit auch Gegenübertragungsgefühle aus, die diagnostisch relevant und zu bewältigen sind.

Welches Ziel verfolge ich nun mit der Masterthese? Als Grundlage dient die Überlegung, was ich als Suchttherapeutin *wissen* sollte, um bindungsorientierte Suchttherapie machen zu können. Diese Frage, was ich wissen sollte, soll als „roter Faden“ für die Darstellung und den Umfang der Arbeit zu „Bindung und Sucht“ dienen.

Mit der Bearbeitung des Themas möchte ich zum einen theoretische Grundlagen über Bindung, Bindungsstile und Störungen im Bindungsverhalten vermitteln. Dabei haben mich folgende Fragen geleitet: Was ist überhaupt eine Bindung und wie entsteht Bindung mit ihren Bedingungen? Wie zeigt sich der jeweilige Bindungsstil? Wann kann ich von einer Bindungsstörung sprechen und an welchen Merkmalen erkenne ich sie? Wann ist ein Bindungsverhalten als psychopathologisch einzuordnen? Zum anderen gehe ich den Fragen nach, wie Bindung und Sucht zusammenhängen. Was erlebe ich da? Wenn Suchtmittel ein Surrogat für Bindung sind, im Sinne von Trost, Wärme und Sicherheit, was ist in der therapeutischen Arbeit bindungs-

relevant notwendig, wenn auf das Suchtmittel verzichtet werden soll? Mit dem Wissen über Bindungsstile und ihre Ausdrucksformen stellt sich die Frage, mit was ich „zu rechnen“ habe, wenn suchtkranke Klienten zu uns kommen. Die Klienten haben z. B. mit folgenden „Fallstricken“ zu tun: die Behandlung bedeutet für sie ein Einlassen in einen (Beziehungs- und Bindungs-)Prozess, bedeutet Verantwortungsübernahme für ihr eigenes Leben, bedeutet Ablassen von Suchtmitteln zugunsten einer befriedigenden Beziehungsgestaltung. Zugleich stehen ungelöste, verstrickte und traumatisierende Beziehungs- und Bindungserfahrungen dem entgegen und oft haben Opiate oder andere Suchtmittel scheinbar befriedigende „Beziehungserfahrungen“ ermöglicht, die weniger bedrohlich und schneller verfügbar waren. Und Klienten werden ihre Bindungserfahrungen in der Beziehung zu mir als Therapeutin aktualisieren und entsprechende „Gegenreaktionen“ provozieren. Was bedeutet dies für meine therapeutische Interaktion, für meinen Umgang mit ihren Bindungsstilen? Wie gelingt es mir, mich aus den Verstrickungen herauszuhalten, die mir permanent angeboten werden? Die Frage nach Merkmalen einer Psychotherapie, die auf Grundlagen der Bindungstheorie basiert, ist hier von Bedeutung. Des Weiteren möchte ich einen Bezug von der Theorie zur Praxis herstellen und es soll eine inhaltliche Interpretation der Erkenntnisse zu meiner praktischen Arbeit auf dem „Chratten“ versucht werden. Das Ergebnis soll in Form einer Übersichtstabelle als ein mögliches Arbeitsinstrument für den „Chratten“ präsentiert werden, in der bindungsrelevante Überlegungen zu und therapeutischer Umgang mit Klienten-Verhalten aufgezeigt werden.

Die vorliegende Arbeit ist in folgende Teile gegliedert: Teil I beinhaltet einen Theorieteil zur Bindungstheorie, Teil II geht von der Theorie zur bindungsorientierten Praxis über und Teil III beinhaltet eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit einer Würdigung der Bindungstheorie und ihrer Relevanz für eine psychotherapeutische Behandlung.

Zu Teil I: Im *ersten Kapitel* setze ich mich mit der Konzeption der Bindungstheorie auseinander, beginnend mit ihren Ursprüngen und Einflüssen, um deren Entstehungskontext zu verstehen, und stelle ihre wesentlichen Konzepte vor: Entstehung von Bindung, ihren dazu gehörenden Merkmalen wie Bindungspersonen, Bindungsverhalten, inneren Arbeitsmodellen und insbesondere die Bedeutung der elterlichen Feinfühligkeit und Kommunikationsfähigkeit. Im Weiteren gehe ich auf Bindungsstile bei Kleinkindern und Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen mit ihrer Klassifikation ein, die sich

aus der Bindungsforschung entwickelt haben. In diesem Zusammenhang stelle ich das Forschungsinstrument von Mary Ainsworth, die sogenannte „Fremde Situation“, sowie das „Adult Attachment Interview“ von Mary Main und Mitarbeitenden dar.

Im *zweiten Kapitel* gehe ich auf Bindungsstörungen im Kindes- und Jugendalter wie auch Erwachsenenalter und auf den Aspekt von Bindung und Psychopathologie ein. Mir erscheint die Auseinandersetzung und Darstellung mit der „jugendlichen“ Altersgruppe relevant, da sie in veränderter bzw. „verschlüsselter“ Form auch bei meinen Klienten sichtbar wird.

Im *dritten Kapitel* widme ich mich der Fragestellung, wie Bindung und Sucht zusammenhängen kann. Ausgehend von einem modernen Verständnis von Abhängigkeit und seinen diagnostischen Kriterien, gehe ich zur Bindungsstörung über, die mit einem Suchtverhalten einhergeht. Verschiedene Erklärungsansätze für dieses Verhalten sollen die Hypothesen untermauern. Im Weiteren differenziere ich, wie einzelne Bindungsmuster mit dem Missbrauch unterschiedlicher Substanzen einhergehen und weise zugleich auf die problematische empirische Erfassung eines Zusammenhangs von Bindungsmustern und Suchtmittelkonsum hin. Ich befasse mich mit klinischen Studien von Andreas Schindler, basierend auf drei Modellen von Bindungsstilen von Jugendlichen und Erwachsenen, die für die Erforschung von Zusammenhängen von Suchtmittelkonsum und Bindungsverhalten verwendet wurden. Zuletzt stelle ich eine Studie von Schindler und anderen aus dem Jahr 2012 vor, die Bindungsmuster von Heroin-, Ecstasy- und Cannabisabhängigen untersucht haben und stelle Schlussfolgerungen für die Praxis an.

Im *vierten Kapitel* stelle ich Überlegungen an, wie bindungsorientierte Psychotherapie bei Erwachsenen aussehen kann, welche allgemeinen und welche speziellen Gesichtspunkte dabei zu berücksichtigen sind und lege dar, wie innere Arbeitsmodelle von Klienten im therapeutischen Kontext sichtbar werden.

Im *fünften Kapitel* untersuche ich eine bindungsorientierte Psychotherapie bei Suchtmittelabhängigkeit und weise sowohl auf sozialpsychologische wie auch neurobiologische Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung hin und deren Folgerungen für die Suchtbehandlung. Ferner zeige ich Grundlagen bindungsorientierter Psychotherapie von Suchtkranken auf und widme mich den Besonderheiten, die beim Aufbau einer Bindungsbeziehung zu beachten

sind. Zuletzt wird ein Modell einer Psychotherapie mit ihren relevanten Therapiethemen skizziert.

Im Teil II dieser Arbeit soll ein Transfer der Theorie in die Praxis hergestellt werden. Ausgehend von der konzeptionellen Darstellung der „Suchttherapie Chratten“, auf die sich die weiteren Ausführungen beziehen, beschreibe ich zunächst ein reflexives Professionsverständnis und skizziere dann sowohl allgemeine, bindungsrelevante Überlegungen zum stationären Setting wie auch spezifisches psychotherapeutisches Vorgehen bei Klienten auf dem „Chratten“. Unter dem Blickwinkel, wie ich als Therapeutin vermeiden kann, mich in der Bindungsbeziehung zu meinen Klienten verstricken zu lassen, werde ich auf Basis der Bindungstheorie und jeweiligen Bindungsrepräsentationen der Klienten anhand von Beispielen aus der Praxis, eine Interpretation der Ergebnisse aus dem Theorieteil versuchen und sie für bindungsorientierte therapeutische Implikationen ableiten. Dabei stelle ich konkrete Überlegungen an, welche bindungsorientierte Haltungen und Interventionen nützlich sind und welche man eher vermeiden sollte, um Klienten zu mehr Bindungssicherheit zu verhelfen. Am Ende sollen die Ergebnisse praxisnah und in exemplarischer, übersichtlicher Form in einer Tabelle dargestellt werden. Sie soll ein Entwurf für ein Arbeitsinstrument mit exploratorischem Charakter sein, an dem man sich in seinem therapeutischen Handeln orientieren könnte, wobei die Brauchbarkeit sicherlich erst im Alltag überprüft werden müsste.

In Teil III sollen die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst werden und die Bindungstheorie und ihre Relevanz für eine psychotherapeutische Behandlung gewürdigt werden.

Zuletzt möchte ich noch auf die Gegenwärtigkeit des Themas Bindung und Bindungsforschung in der „Psychotherapielandschaft“ hinweisen, wie ich sie in der Auseinandersetzung zu dem Thema der Masterthese wahrgenommen habe. Die Bindungsforschung gibt es schon relativ lange. Ausgehend von John Bowlby, der mit seiner Bindungstheorie die Grundlagen dafür geschaffen und diese einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht hat, wurde sie unter den verschiedensten Fragestellungen empirisch erforscht. Mit Mary Ainsworth und Mary Main sind zwei wichtige Vertreterinnen hierfür zu nennen. In meinen Recherchen zu dieser Arbeit bin ich immer wieder auf Literatur von Karin und Klaus Grossmann, Bernhard Strauß oder auch Karl Heinz Brisch gestoßen, die zu den bekannteren Bindungsforschern im

deutschsprachigen Raum zählen. Unzählige Literatur wurde zum Thema „Bindung“ veröffentlicht und die Anwendung der Bindungstheorie auf die unterschiedlichsten Kontexte übertragen, sei es in der empirischen Forschung, im pädagogischen, sozialpädagogischen, psychiatrischen oder auch psychotherapeutischen Bereich. Etliche Neuerscheinungen, die sowohl Forschungsergebnisse über Bindung im Erwachsenenalter präsentieren, wie von Gabriele Gloger-Tippelt 2012 überarbeitet und publiziert, oder die sich dem Thema „Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit“ widmen und von Alexander Trost veröffentlicht wurden, sind neuerem Datums aus den Jahren zwischen 2012 und 2014. Das Thema „boomt“, zumindest auf dem Büchermarkt. In den letzten Jahren hat das Interesse an Zusammenhängen zwischen Bindung und Psychopathologie deutlich zugenommen.

Der Wissensstand über einen Zusammenhang von Bindungsstörung und Sucht ist aber noch eher lückenhaft. Zur Thematik von „Bindung und Sucht“ haben Karl Heinz Brisch und Andreas Schindler interessante Aspekte sowohl für einen bindungstheoretischen Blick auf eine Suchtentwicklung wie auch für die psychotherapeutische Praxis zusammengetragen, auf die ich mich in meiner Arbeit immer wieder beziehe. Sie zeugen in ihren Ausführungen von einem großen Erfahrungshintergrund und lassen die Bindungstheorie in ihrer Vielgestaltigkeit und Brauchbarkeit aufleuchten.

Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ist lohnend und kann dazu beitragen, den bindungstheoretischen Blick in der therapeutischen Arbeit zu schärfen und zu etwas Selbstverständlichem machen. Bindungsforscher wie Karin und Klaus Grossmann haben daraus ein Lebenswerk gemacht.

Bezüglich einer genderkonformen Schreibweise im Text ist folgendes anzumerken: Die in meinen Ausführungen abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

I. THEORIE

1 Konzeption der Bindungstheorie

1.1 Ursprünge und Einflüsse

Die Bindungstheorie entstand Mitte des letzten Jahrhunderts. Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby begann, in der Auseinandersetzung mit der Theorie der Psychoanalyse, bereits in den 50er-Jahren Aspekte der Bindungstheorie zu formulieren, die er in der Folge immer mehr ausdifferenzierte und damit einen Grundstein für einen inzwischen weitverzweigten Forschungsbereich legte (Schindler, 2001). Bowlby sollte damals im Auftrag der WHO einen Bericht über das psychische Befinden von Eltern und heimatlos gewordenen Kindern erstellen und in der Londoner Tavistock-Klinik eine Abteilung für Kinderpsychotherapie aufbauen. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse brachten ihn dazu, von der psychoanalytischen Metapsychologie abzuweichen und die „Bindungstheorie“ zu entwickeln (Köhler, 2013). In ihr integrierte er Prinzipien aus der Ethologie, der Kontrolltheorie und Erkenntnisse der kognitiven Psychologie (Grossmann & Grossmann, 2014). Die besondere Verbindung, die Kinder zu bestimmten Erwachsenen entwickeln, nannte er „attachment“. Dieses Wort im Alltagssprachlichen Sinne bedeutet „etwas Angebundenes, Angehängtes“, „to attach“ u. a. „etwas befestigen“, aber auch „durch Gefühle der Zuneigung verbunden sein“ (Grossmann & Grossmann, 2011, S. 7).

Die Bindungstheorie befasst sich mit Phänomenen, die bislang als „Abhängigkeitsbedürfnis“ (dependency need) oder „Objektbeziehungen“ (object relations) erklärt worden sind; und obwohl sie viel psychoanalytisches Gedankengut übernommen hat, unterscheidet sie sich vom traditionellen Theoretisieren dadurch, daß sie eine Reihe von Prinzipien übernommen hat, die aus der Ethologie, aus der Kontrolltheorie und aus der kognitiven Psychologie stammen. (Bowlby zit. nach Grossmann & Grossmann, 2011, S. 23).

Die Bindungstheorie besagt, dass der Mensch, wie auch viele andere Lebewesen, ein biologisch angelegtes „Bindungssystem“ besitzt. Sobald eine äußere oder innere Gefahr auftaucht, wird es aktiviert und kann diese

Bedrohung aus eigener Kraft nicht abgewendet werden, wird das sogenannte „Bindungsverhalten“ ausgelöst. Ein kleines Kind wendet sich dann an die ihm vertraute Person, z. B. an seine Mutter oder seinen Vater, zu der es eine ganz eigene „Bindung“ aufbaut. *„In diese Bindungsbeziehung gehen seine Gefühle, Erwartungen und Verhaltensstrategien ein, die es aufgrund seiner Erfahrungen mit den wichtigsten ‚Pflegepersonen‘ entwickelt hat“* (Köhler zit. nach Brisch, 2013a, S. 13).

1.2 Bindung und Bindungspersonen

Karin Grossmann und Klaus Grossmann definieren die Bindungstheorie als

[...] ein umfassendes Konzept für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen als Folge seiner sozialen Erfahrungen. Sie soll zur Erklärung dafür beitragen, warum viele Formen emotionaler Schmerzen, wie Angst, Wut und Hass und auch spätere Persönlichkeitsstörungen wie Depression und emotionale Entfremdung durch elterliche Zurückweisung, durch unfreiwillige Trennung und den Verlust von Bindungspersonen verursacht werden können [...] Sie ist ein Denkmodell, [...] bei dem eine ständige Wechselwirkung zwischen innerpsychischen Prozessen und realen Erlebnissen in Bindungsbeziehungen besteht. (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 67)

Laut Sroufe (1996) ist das Ziel des Bindungssystems, ein Gefühl von Sicherheit zu erleben, das somit in erster Linie einen „*Regulator des emotionalen Erlebens*“ (Sroufe zit. nach Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2011, S. 45) darstellt. *„Der zwischen Mutter (Bezugsperson) und Kind dyadisch regulierte Prozess [dient] einer - mehr oder weniger effektiven - Stressbewältigung, woraufhin allmählich Coping-(Bewältigungs-)Strategien ausgebildet werden, die eine Kontrolle über Affekte und Emotionen erlauben“* (Bindt zit. nach Pönsch, 2012, S. 22).

Nach Simpson (1999) beeinflussen drei wichtige evolutionäre Bedürfnisse bei Kindern die Aktivierung des Bindungssystems: die Bedürfnisse nach „Nähe“, nach einem „sicheren Hafen“ und nach einer „sicheren Basis“ (Ogden, Minton & Pain, 2010). Das Bedürfnis nach Nähe wird ausgelöst, wenn die Trennung von der Bindungsperson hinsichtlich der Zeitspanne oder des räumlichen Abstandes über den Rahmen hinausgeht, innerhalb dessen sich das Kind noch wohl fühlt. Die Sicherung von Nähe soll für den verletzlichen Säugling

oder das kleine Kind das Risiko, mit einer Gefahr konfrontiert oder verletzt zu werden, durch die räumliche Nähe zu einer „kompetenten“ Bezugsperson verringern. Zudem bietet die Bindungsperson den emotional „sicheren Hafen“ des Trostes und der Unterstützung. Im Zusammenhang mit einer „sicheren Basis“ erfahren Kinder die Sicherheit, die sie benötigen, um Regulationsfähigkeiten für ihr emotionales Erleben erlernen zu können (ebd.). Die Funktion des Bindungssystems nach Bowlby ist es, das Fühlen, die Wahrnehmung, das Verhalten und das Denken im Hinblick auf das übergeordnete Ziel, Schutz und Fürsorge zu erhalten, zu organisieren (Grossmann & Grossmann, 2014). Bindungspersonen wirken dabei unterstützend durch körperliche Berührung, Kommunikation oder Hilfe und Vermittlung eines Gefühls von Zugehörigkeit (Ogden et al. ebd.). Hierbei herrscht das Grundprinzip, dass ein Kind in jedem Fall eine Bindung eingeht, *„auch zu einem noch so pathologischen Objekt“* (Köhler zit. nach Pönsch, 2012, S. 22), d. h. Kinder gehen eine Bindung zu ihren primären Bindungspersonen (in der Regel die Eltern) ein, selbst wenn diese aufgrund eigener Psychopathologie die Bindungsbedürfnisse des Kindes nicht erfüllen können.

Nach Grossmann und Grossmann sind Bindungen *„zwar nur ein Teil des Beziehungsgefüges eines kleinen Kindes, aber der wichtigste. Diese haben von Anfang an und lange Zeit den größten Einfluss auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes und sein Verständnis für sich selbst und andere“* (Grossmann & Grossmann, 2014, S 71). Mary Ainsworth beschreibt den Bindungsbegriff folgendermaßen: *„Bindung wird als imaginäres Band zwischen zwei Personen gedacht, das in den Gefühlen verankert ist und das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet“* (Ainsworth zit. nach Grossmann & Grossmann, ebd.), wobei diese selektiv und spezifisch ist. Eine schwächere Person bindet sich an eine stärkere, mit der häufig Interaktionen stattfinden und von der erwartet wird, dass sie Schutz bieten und Fürsorge geben kann. Eine Person kann sich mehr als an *eine* Person binden, aber nicht an viele. Viele Kinder haben Bindungen an Vater und Mutter, eventuell auch an einzelne Großeltern oder an die bevorzugte Erzieherin oder Tagesmutter. Für die meisten Kleinkinder gibt es aber eine eindeutige Hierarchie der Bindungspersonen. Je schlechter es einem Kind geht, z. B. wenn es krank ist, desto mehr will es nahe bei der primären Bindungsperson sein (ebd.). Entscheidend für die Art der mit einem Jahr erreichten Bindung ist nicht die Quantität (z. B. ständige Verfügbarkeit der Bezugsperson), sondern die *Qualität* der Interaktion. Dies betrifft in erster Linie eine Aufwertung der Bedeutung des Vaters, ist aber auch von Bedeutung in Fällen

von berufstätigen Müttern. Auch Kinder berufstätiger Eltern können sichere Bindungsbeziehungen entwickeln (Dornes, 1997, 2011). Wenn zu der leiblichen Mutter noch eine Pflegemutter oder Erzieherin tritt, bauen Kinder oft intensive Bindungen zu diesen auf. Die Qualität der Bindung hängt wiederum maßgeblich vom Erziehverhalten und der Erzieherinnen-Kind-Interaktion ab. Die *aktuellen* und *personenspezifischen* Interaktionseinflüsse bestimmen die Erzieherin-Kind-Bindung mehr als die bereits bestehenden Eltern-Kind-Bindungen (Berk, 2011). Hierbei kann man jedoch beobachten, dass das Kind zwischen den verschiedenen Bindungspersonen eine deutliche Unterscheidung macht, indem es ihnen unterschiedliche Funktionen zuordnet. Selbst sehr kleine Kinder scheinen die Bindung zu einer Erzieherin in einer Kindertagesstätte auf einen funktionalen Aspekt reduzieren zu können, wenn sie zu ihren primären Bindungspersonen eine *sichere Bindung*¹ aufgebaut haben (ebd.).

„Bindungsverhalten ist besonders deutlich während der frühen Kindheit (und im Säuglingsalter) erkennbar, doch geht man davon aus, dass es menschlichen Wesen von der Wiege bis zum Grab eigen ist.“ (Bowlby zit. nach Grossmann & Grossmann, 2011, S. 23). Die Bindungsverhaltensweisen wie Weinen und Rufen, (die Fürsorge und Zuwendung auslösen), Nachfolgen und Festhalten bzw. Anklammern und auch starker Protest, wenn ein Kind allein gelassen oder bei fremden Personen zurückgelassen wird – sie nehmen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit und Intensität kontinuierlich ab. Sie behalten aber ihre Aufgabe ein Leben lang, Nähe zu Bindungspersonen herzustellen. Bei einer erwachsenen Person sind Bindungsverhaltensweisen vor allem dann zu beobachten, wenn sie starken Belastungen oder Krankheit ausgesetzt ist oder wenn sie Angst hat. Die besonderen Muster des Bindungsverhaltens einer Person hängen zum Teil von seinem Alter, Geschlecht, den Lebensumständen und zum Teil von den Erfahrungen ab, die es mit Bindungspersonen früher im Leben gemacht hat (ebd.). Ältere Kinder und Erwachsene zeigen Bindungsverhaltensweisen in eher symbolischer und kulturell akzeptierter Form, sei es durch Seufzen oder Klagen statt Weinen, telefonisches oder schriftliches „sich melden“, oder sie führen sachliche Gründe für einen Besuch bei den Eltern an, finden Argumente dafür, dass eine Trennung unklug wäre, statt nur direkt gegen das Verlassen werden zu protestieren oder sich physisch anzuklammern

¹ Der Begriff „sichere Bindung“ ist in diesem Konzept ein fester Terminus, der im hinteren Teil dieser Arbeit (siehe Punkt 1.6) genauer definiert wird.

(Grossmann & Grossmann, 2014). Wichtig ist, zwischen einer bestehenden Bindung zu einer Person und offen gezeigtem Bindungsverhalten zu unterscheiden. *„Bindungsverhalten wird nur beim Wunsch nach Nähe oder unter Belastung gezeigt, aber eine Bindung besteht kontinuierlich über Raum und Zeit hinweg“* (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 73).

Man schließt auf das Bestehen einer Bindung, wenn eine anhaltende und deutliche Bevorzugung einer Person zu beobachten ist, die zeigt, dass die gebundene Person gern die Nähe der Bindungsperson auch über Hindernisse hinweg aufsucht. Das gilt besonders, wenn einer der Bindungspartner unglücklich oder stark belastet ist. Ebenso wie Trennungsschmerz ist Entspannung beim Wiedersehen ein wichtiges Erkennungsmerkmal. Es gibt aber individuelle Unterschiede in diesen Reaktionen zwischen Personen mit unterschiedlichen Bindungsqualitäten, [...] aber die physiologischen Reaktionen von Trennungsschmerz und Entspannung gelten trotzdem als grundlegend. (ebd., S. 74)

1.3 Entstehung einer Bindung

Bindungsverhalten

Eine Bindung besteht noch nicht von Geburt an, sondern entwickelt sich erst im Laufe der ersten Lebensmonate, wofür Erfahrungen mit der zukünftigen Bindungsperson nötig sind. Das Neugeborene kommt mit bestimmten Verhaltensweisen auf die Welt, die sicherstellen, dass es von Anfang an durch seine Bewegungen, seine Laute, besonders sein Schreien, seine Mimik und Gestik deutlich zeigen kann, was es braucht (ebd.). Ein Bindungsmuster kristallisiert sich beim Säugling etwa zwischen dem siebten und zwölften Lebensmonat heraus und nach Ainsworth (1973) entsteht eine Bindung typischerweise in vier Phasen, die an dieser Stelle nur skizziert werden sollen (Grossmann & Grossmann, 2014).

Während der ersten Phase (umfasst etwa zwei Monate nach der Geburt) sind soziale Reaktionsweisen nicht spezifisch an eine Person gerichtet, sind „fast reflexartig“ und dienen vornehmlich der körperlichen Bedürfnisbefriedigung. Ab dem dritten bis etwa sechsten Monat ist für den Säugling die Gesellschaft anderer ein bewusstes Merkmal seiner Umwelt und er wird nach längerem Alleinsein unzufrieden. Er befindet sich in der *„Phase der unterschiedlichen*

sozialen Reaktionsbereitschaft“ (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 76), in der er seine sozialen Äußerungen bevorzugt an seine primäre Bezugsperson richtet, die ihn daher eher zum Lachen bringen und trösten kann. Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch die enormen Entwicklungsfortschritte des zweiten Lebenshalbjahres, in dem das Kind durch selbständige Fortbewegung, gezieltes Greifen und durch seine wachsende geistige Vorstellung von seiner Bindungsperson das Repertoire seines Sozialverhaltens erweitern kann. Die Bindungsperson kann in verschiedener Intonation gerufen werden, wodurch die Nähe zu ihr besser und autonom bestimmt werden kann (intentionales Handeln). Auditive Signale, wie z. B. bestimmte Tonhöhen oder Geräusche bewirken viele bindungsbezogene „Verhaltensfolgen“ (Ogden et al., 2010). Das Kind lernt auch, *„die Reaktionen seiner Bindungsperson auf sein Verhalten hin vorherzusagen“* (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 77). In der vierten Phase beginnt das Kind, die jeweiligen Interessen und Motive der Bindungsperson in der Kommunikation mit ihr zu beachten. Das Verhalten des Kindes wird mehr „zielkorrigiert“. *„Die Phase der ‚zielkorrigierten Partnerschaft‘ beginnt, wenn das Kind sprechen kann und versteht, was die Bindungsperson beabsichtigt, und mit ihr verhandeln kann“* (ebd. S. 78). In den ersten drei Phasen konnte der Säugling versuchen, durch sein Verhalten und seine Kommunikation die Bindungsperson von ihrem aktuellen Tun wegzulocken, um zu ihm zu kommen oder ihm bei etwas zu helfen. Er konnte aber noch nicht verstehen, was ihre momentanen Ziele sind und worin mögliche Interessenkonflikte zwischen den Plänen der Bindungsperson und den eigenen Wünschen bestehen können.

Das Kind hat ein „gesetztes Ziel“ bezüglich der Nähe zu seiner Bindungsperson. Zeigt sich eine Abweichung, zum Beispiel durch Erhöhung der Distanz, aktiviert das sein Bindungsverhalten.

Ein Kind hört normalerweise auf, Bindungsverhalten zu zeigen, wenn die Bindungsperson anwesend ist oder wenn es weiß, wo sie sich befindet, und wenn sie bereit ist, freundlich zu interagieren (Bowlby, 2011). Die Bindungsperson stellt in einer solchen Situation eine Art sichere Basis dar, von der aus das Kind die Umwelt erkunden und zu der es zurückkehren kann, besonders wenn es müde wird oder Angst hat. Das Kind wird sich während des weiteren Lebens immer weiter und für immer längere Zeit von ihm vertrauten und geliebten Menschen entfernen, dabei aber immer den Kontakt erhalten und früher oder später zurückkehren. Als Basis dient ihm entweder die Ursprungsfamilie oder eine neue Basis, die es sich geschaffen hat. *„Jeder,*

der eine solche Basis nicht hat, ist ohne Wurzeln“ (Bowlby, zit. nach Grossmann & Grossmann, 2011, S. 25.).

Die Kehrseite von Bindung sind Trauer, Angst und Ärger. Hat sich eine Bindung aufgebaut, kann eine Trennung nur vollzogen werden, wenn sie mit einem Trauerprozess einhergeht. Kommt es zu einer Trennung oder gar einem endgültigen Verlust, folgt bei allen Kindern und den meisten Erwachsenen eine typische Sequenz aus:

1. *Betäubt sein*
2. *Protest und Sehnsucht (Trennungsangst und starkes Bemühen um das Wiedererlangen der Person)*
3. *Verzweiflung und Desorganisation (Kummer, Trauer, evtl. Realitätsverlust)* (Grossmann & Grossmann, 2014, S. 78).

Die begleitenden Gefühle umfassen die Sehnsucht nach einer Rückkehr der verlorenen Person, verzweifelte Hoffnung, dass sie wieder da sein wird, Wut, im Stich gelassen worden zu sein, zornige Vorwürfe gegen alle, die mit dem Verlust in Verbindung gebracht werden sowie Schuldgefühle, selbst für diesen Verlust verantwortlich zu sein. In einer vierten Phase entfremden sich Kinder von einer Bindungsperson und lösen sich somit ab, was mit einer Reorganisation verbunden ist (ebd.).

Fürsorgeverhalten

Das dem Bindungsverhalten komplementäre Verhalten ist das Fürsorgeverhalten. Nach George und Solomon (1999) wird bei der Bindungsperson das Fürsorgeverhalten dann aktiviert, wenn sie den Eindruck hat, dass es dem Kind nicht gut geht oder sich in Gefahr befindet oder auch wenn das Kind einen äußeren Anlass oder inneren Zustand als belastend wahrnimmt (Ogden et al., 2010). Schore (2003, 2008) weist in seiner Beschreibung der wechselseitigen Beziehung zwischen Bindungs- und Fürsorgeverhalten darauf hin, dass

die Betreuungsperson durch die Schreie des Kindes in einen Zustand der Dysregulation versetzt wird und deshalb mit fürsorglicher Zuwendung reagiert. Indem die Betreuungsperson das leidende Kind positiv zu beeinflussen versucht, verbessert sie gleichzeitig ihren eigenen Zustand.

Dieser Mechanismus liegt den angenehmen Emotionen zugrunde, die Eltern empfinden, wenn sie ihre Kinder schützen und für sie sorgen können, und die andererseits Furcht, Wut und Angst erzeugen, wenn sie dies nicht können. (Schore zit. nach Ogden et al., S. 174-175)

Bowlby nennt zwei Aufgaben der jeweiligen Personen, die die Fürsorgefunktion für das Kind übernommen haben:

- Sie müssen verfügbar sein und so antworten, wie und wann dies gewünscht wird.
- Sie müssen umsichtig eingreifen, wenn sich das Kind, für das gesorgt wird, in Schwierigkeiten bringt.

Er geht davon aus, dass eine starke kausale Beziehung besteht zwischen den Bindungserfahrungen, die ein Individuum mit seinen Eltern macht und seiner späteren Fähigkeit, affektive Bindungen einzugehen. Dabei sind die Haupteinflussvariablen

- das Ausmaß, in dem die Eltern ihr Kind mit einer sicheren Basis ausgestattet haben und
- das Ausmaß, in dem die Eltern ihr Kind ermutigt haben, auf Grundlage dieser sicheren Basis die Umwelt zu erkunden (Bowlby, 2011).

Besonders wichtig ist das Ausmaß, in dem Eltern den Wunsch eines Kindes nach einer sicheren Basis und sein Bedürfnis danach erkennen und respektieren und ihr Verhalten entsprechend anpassen. Dies beinhaltet erstens ein intuitives und mitfühlendes Verstehen des Bindungsverhaltens des Kindes und die Bereitschaft, darauf einzugehen, und zweitens die Erkenntnis, dass es eine der allgemeinsten Quellen von Ärger ist, wenn dem Kind die Erfüllung des Wunsches nach Liebe und Zuwendung versagt wird, und dass Angst allgemein die Unsicherheit im Hinblick darauf zum Ausdruck bringt, ob Eltern weiterhin verfügbar bleiben. Der Respekt von Eltern für die Bindungswünsche des Kindes entspricht in seiner Bedeutung dem Respekt für seine Wünsche nach Exploration und allmählicher Ausweitung seiner Beziehungen zu Gleichaltrigen und zu anderen Erwachsenen. (Bowlby zit. nach Grossmann & Grossmann, 2011, S. 26)