

1 Die Bedeutung von Bindung in der Sozialen Arbeit

Karl Heinz Brisch

1.1 Einleitung

Die Bindungstheorie wurde erstmals von John Bowlby formuliert, der als Psychiater und Psychoanalytiker in den 1960er Jahren in London lebte. Diese Theorie besagt, dass ein Säugling bei seiner Geburt eine angeborene Motivation mitbringt, sich an einen Menschen zu binden, der für ihn zum sicheren emotionalen Hafen wird. Wann immer der Säugling Angst erlebt, etwa durch die Trennung von seiner Bindungsperson, werden seine Bindungsbedürfnisse aktiviert und er sucht aktiv die Nähe und den Körperkontakt zu seiner Bindungsperson. Körperkontakt beruhigt auf vorzügliche Weise das aktivierte Bindungssystem eines Menschen (Bowlby, 1975).

Alle Menschen können potenziell für einen kleinen Säugling zur Bindungsperson werden. Vortrefflichste Aufgabe einer Bindungsperson ist es, das Überleben des Säuglings zu sichern, der in jeder Hinsicht von ihr abhängig ist. Dieses motivationale System „Bindung“ steht mit einem anderen motivationalen System, dem Erkundungssystem, in einem engen Wechselkontakt. Beide Systeme stehen wie auf einer Wippe zueinander in Bezug. Wenn etwa das Bindungsbedürfnis aktiviert ist, weil das Kind in einer pädagogischen Einrichtung Angst hat, dann kann Lernen nicht sehr ausgeprägt oder entspannt stattfinden. Bindungssicherheit ist eine Voraussetzung für kognitive und emotionale Lernprozesse. Ein Kind kann, obwohl es eine begabte Geigen- oder Pianolehrerin neben sich sitzen hat, weder Klavier noch Geige spielen lernen, wenn es Angst vor der Lehrerin hat. Unter diesen Umständen ist sein Bindungsbedürfnis aktiviert und die Möglichkeit zur Exploration des Musizierens nicht sehr ausgeprägt. Auch wenn die Lehrerin technisch noch so perfekt und pädagogisch hervorragend ausgebildet ist, wird der Lernprozess eines Kindes miserabel schlecht sein, wenn sie ihm Angst macht.

Umgekehrt, wenn sich in einem Kind ein Gefühl von Bindungssicherheit ausbreitet, weil die Angst sozusagen durch die Nähe zur Bindungsperson gedämpft wird und Beruhigung entsteht, kann Lernen besonders gut stattfinden. Dann ist ein Säugling oder ein Kind in der Lage, die Welt zu erkunden, indem es sich von seinem Explorations- und Neugierverhalten leiten lässt. Mit einem inneren Gefühl von Bindungssicherheit kann man schließlich um die ganze Welt fahren und das Leben in seinen verschiedensten Varianten erkunden.

1.2 Die Entwicklung von Bindungssicherheit

Feinfühliges Interaktionsverhalten, etwa der Mutter, des Vaters oder einer Pädagogin, eines Pädagogen, fördert die Entwicklung einer sicheren Bindung. Eine dialogische Sprache ist ebenfalls für die sichere Bindungsentwicklung förderlich. Mütter wie Väter sprechen mit ihren Säuglingen so, dass sie die Affektzustände des Säuglings benennen. Die Mutter sagt etwa: Meine Güte, hast Du Hunger, bist Du durstig, hast Du eine Wut. Für kleine Säuglinge ist das emotionale Erleben insgesamt mit einer unspezifischen Stressreaktion verbunden, denn sie können verschiedene Affekte noch nicht sehr gut differenzieren. Viele Kinder, die in Jugendhilfeeinrichtung betreut werden, sind auf einem frühen Stadium der undifferenzierten Affektentwicklung stehen geblieben, da ihnen in den frühen Entwicklungsjahren feinfühlig Interaktionspartner fehlten, die mit ihnen sprachen, sich in ihre Affektwelt eingefühlt haben und ihren Affekten Worte gaben. Kinder sind ebenso auf feinfühlig Pädagogen sowie Sozialarbeiter angewiesen, die diese Sprachfunktion übernehmen und verschiedene Affekte in ihrem spezifischen Kontext benennen. Der sprachliche Austausch muss in einem gewissen dialogischen Rhythmus erfolgen, damit hierdurch die sichere Bindungsentwicklung gefördert wird (Ainsworth, 2003; Ainsworth & Bell, 2003).

In Interaktionsstudien konnte man sehen, wie Mütter selbst mit ihren drei Monate alten frühgeborenen Säuglingen beim Wickeln feinfühlig auf vielen Ebenen interagieren können (Brisch et al., 2005). Und wenngleich die frühe Startzeit nicht so feinfühlig verläuft, so besteht dennoch die Möglichkeit, durch spätere feinfühlig Interaktionserfahrungen eine sichere Bindung zu entwickeln. Dies kann sich im Säuglingsalter ereignen, aber auch in der Adoleszenz bei Jugendlichen. Neue feinfühlig und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen, die über einen längeren Zeitraum vorhersehbar sind und bei denen die Bindungsperson emotional für die Signale des Gegenübers verfügbar ist, helfen dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für eine sichere emotionale Entwicklung. Das Bindungssystem bleibt zeitlebens offen für neue Bindungserfahrungen und somit für Veränderungen. Dies ist besonders für die pädagogische Arbeit und die Soziale Arbeit von großer Bedeutung, weil es Ziel dieser Arbeit ist, den Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen neue emotionale Erfahrungen in Beziehungen zu ermöglichen.

1.3 Bindungsqualitäten

Werden die Bedürfnisse des Säuglings in dieser von Ainsworth (1977) geforderten feinfühlig Art und Weise von einer Pflegeperson beantwortet, so besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling zu dieser Person im

Laufe seines ersten Lebensjahres eine *sichere Bindung* entwickelt. Wenn man Säuglinge im Alter von einem Jahr in einer Trennungssituation von ihrer Bindungsperson untersucht, zeigen in nicht-klinischen Stichproben ca. 60 % der Kinder mit 12 Monaten eine sichere Bindung an ihre Bindungsperson, etwa die Mutter, und ca. 50 % an ihren Vater. Dies bedeutet, dass ein sicher gebundener Säugling seine spezifische Bindungsperson bei Bedrohung und Gefahr als „sicheren Hort“ und mit der Erwartung von Schutz und Geborgenheit aufsuchen wird. Wenn sich etwa die Mutter von ihm trennt und bei ihm Angst aufkommt, dann wird das Bindungsbedürfnis aktiviert und wir können beim Säugling Bindungsverhalten beobachten. Dies zeigt sich darin, dass er weint, ruft, der Mutter nachläuft, er sucht aktiv wieder Körperkontakt mit der Mutter, um sich schließlich auf ihrem Arm wieder rasch zu beruhigen (Ainsworth & Wittig, 2003).

Reagiert die Pflegeperson eher mit Zurückweisung auf seine Bindungsbedürfnisse, so besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling sich an diese Pflegeperson mit einer *unsicher-vermeidenden* Bindungshaltung bindet (ca. 25 % der Säuglinge). Ein *unsicher-vermeidend* gebundenes Kind wird in Notsituationen eher die Bindungsperson meiden oder nur wenig von seinen Bindungsbedürfnissen äußern. Es hat eine Anpassung an die Verhaltensbereitschaft seiner Bindungsperson gefunden, das heißt, Nähewünsche werden von dem Säugling erst gar nicht so intensiv geäußert, da er weiß, dass diese von der Pflegeperson auch nicht so intensiv mit Bindungsverhalten im Sinne von Schutz und Geborgenheit gewähren beantwortet werden. Dies führt jedoch zu einer erhöhten inneren Belastung des Säuglings, die an erhöhten Werten des Stresshormons Kortisol gemessen werden kann (Brisch et al., 1999). Bindungsvermeidende Kinder verhalten sich scheinbar „cool“ in Angst machenden Situationen. Sie sind sehr beliebte Prototypen und viele Mütter wünschen sich solche Kinder, weil man sie schnell mal bei der einen oder anderen Betreuungsperson unterbringen kann und sie jeden fremden Babysitter scheinbar problemlos akzeptieren. Sie weinen nicht, rufen nicht, laufen nicht hinter der Mutter her und protestieren nicht. Vielmehr tun sie so, als sei etwa eine Trennung von der Mutter für sie gar kein Problem. Misst man dann aber das Stresshormon Kortisol im Speichel und im Blut, zeigen diese Kinder nach einer Trennungssituation maximalen Stress, obwohl sie bis zum ersten Lebensjahr schon gelernt haben, diesen nicht mehr zu äußern, was sie sonst evolutionsbiologisch eigentlich täten.

Werden die Signale manchmal zuverlässig und feinfühlig, ein anderes Mal aber eher mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet, so entwickelt sich eine *unsicher-ambivalente* Bindungsqualität (ca. 10 %) zur Pflegeperson, zum Beispiel zur Mutter. Diese Säuglinge mit einer *unsicher-ambivalenten* Bindung reagieren auf Trennungen von ihrer Hauptbindungsperson mit einer intensiven Aktivierung ihres Bindungssystems, indem sie lautstark weinen und sich intensiv an die Bindungsperson klammern. Über lange Zeit sind sie kaum zu beruhigen und können nicht mehr zum Spiel in einer ausgeglichenen emotionalen Verfassung zurückkehren. Während sie sich einerseits an die Mutter klammern, zeigen sie andererseits aber auch aggressives Verhalten. Wenn sie etwa bei der

Mutter auf dem Arm sind, strampeln sie und treten nach ihr mit den Füßchen, während sie gleichzeitig mit ihren Ärmchen klammern und Nähe suchen. Dieses Verhalten wird als Ausdruck ihrer Bindungsambivalenz interpretiert (Ainsworth & Wittig, 2003).

In der Bindungsforschung wird noch unterschieden, ob ein Kind ein „organisiertes“ oder ein „desorganisiertes“ Bindungsmuster entwickelt hat. Die sicheren und unsicheren Bindungsqualitäten sind *organisierte* Bindungsmuster. Dies bedeutet, dass eine Mutter bei ihrem einjährigen Säugling genau weiß, wie er reagieren wird, wenn sie sich etwa von ihm trennt. Die Mütter können genau vorhersagen, ob ihr Kind weint oder ob es eher „cool“ im Sinne der unsicher-vermeidenden Bindungsqualität reagiert. Innerhalb des ersten Lebensjahres hat sich somit ein vorhersagbares Bindungsverhalten entwickelt, dem eine neurobiologische Repräsentation oder ein neuronales Muster zugrunde liegt, das auch als ein „Inneres Arbeitsmodell von Bindung“ bezeichnet wird. Dieses legt fest, wie Bindungsverhalten zwischen einem einjährigen Säugling und seiner Bindungsperson reguliert wird.

Erst später wurde noch ein weiteres Bindungsmuster gefunden, das als *desorganisiertes und desorientiertes* Muster bezeichnet wird. Diese Kinder zeigen Sequenzen stereotyper Verhaltensweisen oder sie halten im Ablauf ihrer Bewegungen inne und erstarrten für die Dauer von einigen Sekunden. Dies wird dahingehend interpretiert, dass diese Kinder keine aktuelle Bindungsverhaltensstrategie zur Verfügung haben. Diese Kinder laufen manchmal auf die Mutter zu, wenn die Mutter nach einer Trennung wiederkommt, nach einer anderen Trennung laufen sie vor der Mutter davon, bleiben plötzlich stehen, geraten in tranceartige Zustände – dieses wechselnde Verhalten ist nicht vorhersehbar. Ungefähr 15 % bis 20 % der Kinder in unausgewählten Stichproben zeigen ein solches desorganisiertes Bindungsmuster. Aus mehreren Längsschnittstudien ist bekannt, dass bei unverarbeiteten Traumaerfahrungen der Eltern und manchmal auch bei Traumaerfahrungen der Säuglinge dieses desorganisierte Bindungsmuster auf bis zu 70 % bis 80 % der Kinder zutreffen kann. Viele Kinder und Jugendliche, die in Pflegestellen und Heimen leben, zeigen solche desorganisierte Verhaltensweisen in bindungsrelevanten Situationen (Main & Hesse, 1992; van IJzendoorn et al., 1999; Solomon & George, 1999).

1.3.1 Bindungsrepräsentation (Bindungshaltung) der Bezugsperson

Durch ein spezifisches, halbstrukturiertes Erwachsenen-Bindungs-Interview (George et al., 2001) gelang es auch, Aufschluss über die Bindungshaltung der Erwachsenen zu gewinnen. Es fanden sich ähnliche Bindungsstile wie bei den Kindern.

Erwachsene mit einer *sicheren* Bindungshaltung können im Interview frei und in einem kohärenten Sprachfluss über ihre Erfahrungen von Bindung, Verlust und Trauer, die sie mit ihren Eltern und wichtigen Bezugspersonen erlebt haben, sprechen.

Erwachsene mit einer *unsicher-distanzierten* Bindungshaltung weisen zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionalen Bindungen wenig Bedeutung zu. Erwachsene mit einer *unsicher-verstrickten* Bindungshaltung zeigen im Interview durch eine langatmige, oft inkohärente Geschichte und Beschreibung ihrer vielfältigen Beziehungen, wie emotional verstrickt sie zum Beispiel mit ihren Eltern und anderen Beziehungen bis zum Erwachsenenalter noch sind.

Es wurde später noch ein weiteres Bindungsmuster im Zusammenhang mit ungelösten, traumatischen Erlebnissen gefunden, wie etwa nach *unverarbeiteten Verlusten* sowie nach *Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen*, das als „unverarbeiteter Verlust/Trauma“ bezeichnet wurde (Ainsworth & Eichberg, 1991; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Madigan et al., 2007).

1.3.2 Bindungskontinuität zwischen den Generationen

Durch verschiedene Längsschnittstudien sowohl in Deutschland als auch in den USA und England konnte nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter zu ca. 75 % sicher gebundene Kinder haben, Mütter mit unsicherer Bindungshaltung dagegen häufiger Kinder, die mit einem Jahr unsicher gebunden sind. Ähnliche Zusammenhänge, wenn auch nicht mit gleicher Intensität (nur ca. 65 % Übereinstimmung), fanden sich für die Beziehung zwischen der Bindungshaltung der Väter und der Bindungsqualität ihrer Kinder.

Diese Studien weisen auf eine Weitergabe von Bindungsstilen und -mustern zwischen den Generationen hin. Die eigene Bindungshaltung der Mutter (bzw. des Vaters) beeinflusst ihr Verhalten gegenüber ihrem Säugling. Es konnte nachgewiesen werden, dass sicher gebundene Mütter sich auch in der Pflegeinteraktion mit ihren Kindern feinfühlicher verhielten als unsicher gebundene Mütter. Die Mutter-Kind-Interaktion scheint ein wichtiger Prädiktor zu sein, aus dem heraus sich in Teilbereichen die Ausbildung der Bindungsqualität des Säuglings im ersten Lebensjahr erklären lässt (Brisch, 2003; Egeland et al., 2001; Fonagy & Target, 2005; Brisch et al., 2002).

1.4 Sichere Bindung als Schutzfaktor

Sichere und unsichere Bindungsentwicklungen sind noch keine Psychopathologie, sondern sie sind Schutz- und Risikofaktoren. Kinder mit einer sicheren Bindung sind gegenüber psychischen Belastungen widerstandsfähiger, wie z. B. bei einer Scheidung der Eltern, die für viele Kinder eine große emotionale Belastung darstellt. Sicher gebundene Kinder haben bessere Bewältigungsmöglichkeiten, sie können sich selbst mehr Hilfe holen, sie fragen nach Hilfe, zeigen mehr gemeinschaftliches Verhalten, sind gerne mit anderen zusammen, leben lieber in Gruppen. Und, was ganz entscheidend ist, sie haben bessere Empathiefähigkeiten. Das heißt, sie können sich in die Welt der Ge-

fühle, Gedanken und Handlungsabsichten anderer besser hinein versetzen. Kinder im Alter von drei bis vier Jahren entwickeln in dieser Zeit im Kontext von Bindungsbeziehungen zum ersten Mal die selbstreflexive Fähigkeit, dass sie sagen können: „Ich denke, dass Du denkst, dass ich denke“; oder „Ich fühle, dass Du fühlst, dass ich fühle“; oder „Ich weiß, dass Deine Denke und meine Denke und dass Dein Fühlen und mein Fühlen ganz unterschiedlich sein können“. Jüngere Kinder gehen davon aus, dass alle Hunger haben, wenn sie selbst Hunger haben, oder dass alle müde sind, wenn sie selbst müde sind und ins Bett wollen. Manche Jugendliche, die in pädagogischen Heimen betreut werden, sind auf einem sehr frühen Stadium vor dem Erwerb dieser selbstreflexiven Fähigkeiten stehen geblieben und haben nie eine Empathiefähigkeit entwickelt. Diese ist aber eine Voraussetzung, um befriedigende Beziehungen zu gestalten. Kinder mit sicheren Bindungen sind auch kreativer, aufmerksamer, haben eine bessere Ausdauer, sind flexibler, wenn sie Aufgaben lösen müssen, ihre Lern- und Gedächtnisleistungen und die Sprachentwicklung sind besser. Viele Kinder mit Bindungsstörungen dagegen haben auch Sprachentwicklungsstörungen (Brisch, 2000; Brisch & Hellbrügge, 2003; Hüther, 2003).

1.5 Bindungsstörungen

Wenn ein Kind in der frühen Entwicklungszeit traumatische Erfahrungen mit seinen potenziellen Bindungspersonen gemacht hat, die eigentlich für Schutz und Sicherheit zuständig sind, entwickelt es eine Bindungsstörung. Diese stellt eine schwere frühe Psychopathologie dar, die immer auch eine Gefährdung des Kindeswohls bedeutet. Viele Kinder in Heimen haben solche traumatischen Erfahrungen gemacht und leiden unter Bindungsstörungen. Ein Beziehungstrauma bedeutet, dass großer Stress erlebt wird, wenn Bedrohung und Angst bis zu Panik und Todesangst führen. Wenn die Eltern selbst die Kinder bedrohen, kann die Angst nicht gelöst werden, da die Kinder etwa vor ihren Eltern nicht fliehen können und auch der Kampf als Notfallstrategie nicht zur Verfügung steht, da die Kinder in der Regel in jeder Hinsicht von ihren Eltern abhängig sind. Unter diesen Umständen entsteht eine massive körperliche Übererregung, die psychosomatische Reaktionen und Beschwerden zur Folge haben kann. Durch die extreme Stresssituation wird die Produktion von Hormonen, wie etwa von Kortisol, angestoßen, die auf einem hohen Niveau langfristig fixiert bleiben kann. Diese Stresshormone sind bei einer Dauererregung verantwortlich für Veränderungen im Gehirn, die dann als organisierte Verhaltensstörung in bindungsrelevanten Situationen beobachtet und als Bindungsstörungen diagnostiziert werden können. Es ist somit nicht nur eine Frage, ob man sich als Kind gut oder schlecht fühlt, vielmehr wirkt das Stresshormon Kortisol bei ständig hohen Werten im Gehirn neurotoxisch, sodass Gehirnzellen regelrecht abgebaut werden. Dies hat zur Folge, dass die Hirnninnenräume

größer werden und sich auch das Gehirnwachstum verlangsamt. Ein Kind, das wegen familiärer Gewalt traumatisiert wird, erlebt einen massiven Dauerstress, der neurobiologische Schädigungen zur Folge hat. Frühe Vernachlässigung hat sicherlich schwerwiegende Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und Gehirnreifung, obwohl man nicht unbedingt blaue Flecken, einen gebrochen Arm oder eine Schädelfraktur sieht.

In der Sozialen Arbeit sehen wir Kinder und auch Jugendliche mit ausgeprägten Störungsvarianten in ihrem Bindungsverhalten, die als Psychopathologie diagnostiziert werden. Zwei extreme Formen der reaktiven Bindungsstörung können auch nach der Internationalen Klassifikation der Psychiatrischen Erkrankungen (ICD 10) klassifiziert und diagnostiziert werden: eine Form mit Hemmung (F 94.1) und eine mit Enthemmung (F 94.2) des Bindungsverhaltens (Brisch, 2010a).

Eine Bindungsstörung sollte allerdings wegen der in diesem Alter bekannten „Fremdenangst“, die eine entwicklungsbedingte Durchgangsphase mit Angst des Säuglings gegenüber Fremden ist, nicht vor dem achten Lebensmonat diagnostiziert werden. Die psychopathologischen Auffälligkeiten sollten mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten und in verschiedenen Beziehungssystemen beobachtet worden sein.

Weitere, in den internationalen Klassifikationssystemen bisher nicht erfasste Formen von Bindungsstörungen können sich klinisch dadurch äußern, dass Kinder *kein Bindungsverhalten (Typ I)* zeigen. Auch in Bedrohungssituationen wenden sie sich an keine Bezugsperson, in Trennungssituationen zeigen sie keinen Trennungsprotest.

Eine weitere Form ist durch *undifferenziertes Bindungsverhalten (Typ II a)* gekennzeichnet. Diese Kinder zeigen eine soziale Promiskuität – sie lassen eine undifferenzierte Freundlichkeit gegenüber allen Personen erkennen. In Stresssituationen suchen sie zwar Trost, aber ohne Bevorzugung einer bestimmten Bindungsperson. Jeder, der sich in ihrer Nähe befindet, kann sie auf den Arm nehmen und trösten, auch eine absolut fremde Person.

Andere Kinder neigen zu einem deutlichen *Unfallrisikoverhalten (Typ II b)*. In Gefahrensituationen suchen sie nicht eine sichernde Bindungsperson auf, sondern begeben sich vielmehr durch zusätzliches Risikoverhalten in unfallträchtige Situationen. Auf diese Weise mobilisieren sie das Fürsorgeverhalten etwa ihrer Eltern, die nur angesichts der massiven Unfallbedrohung oder realen Verletzung ihres Kindes ein adäquates Bindungsverhalten zeigen.

Eine weitere Form der Bindungsstörung drückt sich durch *übermäßiges Klammern (Typ III)* aus. Diese Kinder, obwohl schon im Vorschulalter, sind nur in absoluter, fast körperlicher Nähe zu ihrer Bezugs- und Bindungsperson wirklich ruhig und zufrieden. Da sie immer auf die Anwesenheit der Bindungsperson angewiesen sind, sind diese Kinder in ihrem freien Spiel und bei der Erkundung der Umgebung entsprechend eingeschränkt. Sie wirken insgesamt sehr ängstlich und können sich kaum von ihrer Bindungsperson trennen, sodass sie in der Regel keinen Kindergarten besuchen oder außerhalb des familiären Rahmens bei anderen Kindern spielen können. Sie haben somit selten Freunde und wachsen von Gleichaltrigen sozial isoliert auf. Unvermeidlichen Trennun-

gen setzen sie massiven Widerstand entgegen und reagieren mit größtem Stress und panikartigem Verhalten.

Andere Kinder wiederum sind im Beisein ihrer Bindungsperson übermäßig angepasst und in ihrem Bindungsverhalten *gehemmt* (Typ IV). Sie reagieren in Abwesenheit der Bezugsperson weniger ängstlich als in deren Gegenwart und können in der Obhut von fremden Personen besser ihre Umwelt erkunden als in Anwesenheit ihrer vertrauten Bindungs- und Bezugsperson. Besonders etwa nach körperlicher Misshandlung oder bei Erziehungsstilen mit körperlicher Gewaltanwendung oder -androhung reagieren Kinder auf diese Art und Weise.

Bei einem weiteren Stil der Bindungsstörung verhalten sich die Kinder oft *aggressiv* (Typ IV) als Form der Bindungs- und Kontaktaufnahme. Solche Kinder haben zwar eine mehr oder weniger bevorzugte Bindungsperson, aber sowohl mit dieser als auch mit anderen Menschen nehmen sie über aggressive Interaktionsformen sowohl körperlicher als auch verbaler Art Kontakt auf. Dies führt in der Regel zur Zurückweisung, da der versteckte Bindungswunsch nicht gesehen wird. Auf diese Weise entsteht schnell ein Teufelskreis, der die zugrunde liegenden emotionalen Bedürfnisse verdeckt.

Manchmal ist die Bindungsstörung dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer *Rollenumkehr* (Typ VI) kommt. Diese Kinder müssen dann für ihre Eltern, die zum Beispiel körperlich erkrankt sind oder an Depressionen mit Suizidabsichten und Ängsten leiden, als sichere Basis fungieren. Diese Kinder können ihre Eltern nicht als Hort der Sicherheit nutzen, vielmehr müssen sie selbst diesen die notwendige emotionale Sicherheit geben. Dies hat zur Folge, dass die Ablösungsentwicklung der Kinder gehemmt und verzögert wird und eine große emotionale Verunsicherung besteht: Die Kinder wenden sich in eigenen Gefahrensituationen und psychischer Not etwa nicht an ihre Bindungspersonen, da sie dort keine Hilfe erwarten, weil diese mit sich und ihren Bedürfnissen ganz beschäftigt sind und den Kindern vielmehr Grund zur Sorge geben.

Im Rahmen von Bindungsstörungen kommt es manchmal auch zur Ausbildung von psychosomatischen Störungen, wie etwa mit Schrei-, Schlaf- und Esssymptomatik im Säuglingsalter, oder auch zu ausgeprägten psychosomatischen Reaktionen im Kleinkindalter, wie etwa zur psychogenen Wachstumsretardierung bei emotionaler Deprivation (Typ VII) (Brisch & Hellbrügge, 2006; Johnson & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006).

1.5.1 Beispiele für Bindungsstörungen bei Säuglingen

Ein Kind mit einer sogenannten undifferenzierten Bindungsstörung weint etwa, nachdem die Mutter beim „Fremde-Situations-Test“ den Raum verlassen hat. Betritt nun eine fremde Person den Raum, so lässt sich das Kind von dieser Fremden trösten, sucht aktiv Körperkontakt und hört unmittelbar auf zu weinen. Betritt dagegen die Mutter den Raum, verhält es sich ihr gegenüber deutlich bindungsvermeidend, indem es sich nur schlaff hochnehmen lässt und den Körperkontakt mit der Mutter deutlich abweist.

In einem zweiten Beispiel aus dem „Fremde-Situation-Test“, das ein Kind mit einer Bindungsstörung mit Hemmung des Bindungssystems zeigt, weint der Säugling nach der Trennung von der Bindungsperson und ist zusätzlich deutlich durch das Fokussierungsgeräusch der Kameras geängstigt. Als die Bindungsperson zurückkehrt, erwartet man, dass sich ihr Kind aktiv an sie wendet, um getröstet zu werden und somit in seinem aktivierten Bindungsbedürfnis wieder zur Ruhe zu kommen. Es wird aber deutlich, dass der Säugling seine Bindungsperson nicht als sichere emotionale Basis nutzen kann, vielmehr vor dieser Angst hat und in einen unlösbaren Konflikt gerät: Er möchte sich einerseits an die Bindungsperson wenden, andererseits hat er Angst vor ihr und weicht immer weiter zurück. Das Kind ist und bleibt in hoher Alarmbereitschaft und es findet keine Lösung oder Beruhigung des erregten Bindungssystems statt.

Wenn Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter solche Bindungsstörungen entwickeln, verhalten sie sich auch als Jugendliche in Beziehungen oder bindungsrelevanten Situationen – etwa immer, wenn sie Angst haben – ausgesprochen auffällig, indem sie verschiedene Verhaltensmuster der zuvor beschriebenen Bindungsstörungen zeigen können. Sie verhalten sich weniger prosozial, sondern eher aggressiv in Konfliktsituationen, sie präsentieren sich mit vielen psychosomatischen Störungen, geraten oft wieder in Missbrauchs- und Misshandlungskontexte. Als Eltern verhalten sie sich traumatisierend gegenüber ihren eigenen Kindern. Dramatisch ist, dass sie somit ihre eigene Bindungsstörung durch ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern an die nächste Generation weitergeben. Es sieht so aus, als sei dieses Verhalten genetisch fixiert. Neue Bindungserfahrungen, die die Kinder etwa in einer neuen Pflegestelle oder in einer Sozialen Arbeit mit neuen Bindungspersonen machen können, zeigen aber, dass das Verhalten veränderbar ist (Brisch & Hellbrügge, 2003).

1.6 Bindungsorientierte pädagogische und Soziale Arbeit

Trotz oft schwieriger Arbeitsbedingungen gelingt es den Mitarbeitern in Institutionen und Pflegestellen, dass Kinder mit Bindungsstörungen durch die pädagogische und soziale bindungsorientierte Arbeit neue Erfahrungen machen können, die nicht die alten traumatischen Muster wiederholen. Diese schwierige und emotional sehr anstrengende beziehungsorientierte Arbeit verdient allen Respekt und alle Wertschätzung. Wenn ein Kind mit einer Bindungsstörung neu in eine Einrichtung kommt, hat es Angst und sein Bindungsbedürfnis ist oft maximal aktiviert. Angst ist ein ständiger Begleiter dieser Kinder in allen möglichen bindungsrelevanten Situationen. Die Kinder mit Bindungsstörungen sind von ihrer emotionalen Entwicklung her erst eineinhalb oder zwei Jahre alt, obwohl sie biologisch schon in der Adoleszenz sein können, sodass das emotionale Entwicklungsalter und das biologische Alter weit auseinanderklaffen. Mit ihrem aktivierten Bindungsbedürfnis richten sich die Kinder an die