



Tüllinger Höhe



Jugendhilfe

Tüllinger Blätter

Sonderausgabe · Dezember 2011

---

PD Dr. Karl Heinz Brisch

# Heilende Bindungserfahrungen in der Jugendhilfe

---

### *Zum Geleit*

*Am 1. Oktober 2010 hat PD Dr. med. Karl Heinz Brisch im Rahmen der Feierlichkeiten zum 150. Geburtstag der Tüllinger Höhe einen viel beachteten Festvortrag zum Thema ‚Heilende Bindungserfahrungen in der Jugendhilfe‘ gehalten.*

*Dabei spannte er einen weiten Bogen von der Entwicklung der Bindungsforschung über typische Bindungsmuster und Grundformen bindungsgestörten Verhaltens bis hin zu prophylaktischen Möglichkeiten durch gezieltes Elterntaining. Anhand eindrucklicher Videosequenzen dokumentierte der Referent neuere Forschungsergebnisse aus seiner Arbeit in der Uniklinik München und verwies auf ergänzende und aufschlussreiche neurophysiologische Zusammenhänge.*

*Die vorgelegten Fallbeispiele machten nicht nur den Praktikern unter den Zuhörern in eindringlicher Weise deutlich, wie entscheidend stabilisierende Bindungs-*

*erfahrungen insbesondere für die Entwicklung jener Kinder sind, die in der frühen Kindheit beim Aufbau von Bindungsverhalten hohen Belastungen ausgesetzt waren. Karl Heinz Brisch wies darauf hin, dass Kinder mit schweren Bindungsstörungen oft in Angebote der Jugendhilfe gelangen, weil sich andere Kontexte als nicht belastbar und tragfähig genug erweisen. Umso wichtiger sei es, dass in diesem Rahmen die entsprechenden Ressourcen für eine professionelle Ausgestaltung dieser schwierigen Aufgabe bereitgestellt würden. Inzwischen sei nachgewiesen, dass sich über nachträgliche positive Bindungserfahrungen Chancen ergäben, die sich nicht nur auf die Zukunft der jungen Menschen selbst, sondern auch auf die der folgenden Generationen positiv auswirken.*

*Wir sind Herrn Brisch außerordentlich dankbar dafür und freuen uns, Ihnen hier die Druckversion dieses Festvortrages zur Lektüre vorlegen zu können.*

---

# Heilende Bindungserfahrungen in der Jugendhilfe

Karl Heinz Brisch

## Einleitung

Nach einer Einführung in die Konzepte der Bindungstheorie werden neurobiologische Forschungsergebnisse über den Einfluss traumatischer Erfahrungen auf die Entstehung von Bindungsstörungen vorgestellt. Das Miterleben (Zeugenschaft) häuslicher Gewalt zwischen Bindungspersonen, Trennungs- und Verlusttraumata, schwerwiegende emotionale Deprivation sowie Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen haben entwicklungshemmenden Einfluss auf zerebrale Reifungsprozesse und stellen eine bedeutende Ursache für die Entstehung von desorganisierten Bindungsmustern und -störungen dar. Frühzeitige Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Kindern mit Bindungsstörungen sowie die begleitende Behandlung traumatisierter Eltern stellen notwendige Voraussetzungen für die Verhinderung von Chronifizierung dar. So kann die Entwicklung von kohärenten Bindungsmustern ermöglicht werden. Mitarbeiter in der Jugendhilfe haben eine sehr gute Möglichkeit, Kindern mit Bindungsstörungen neue heilende Bindungserfahrungen – vielleicht zum allerersten Mal in ihrem Leben – zukommen zu lassen. Die Prävention von Bindungsstörungen ist ein vorrangiges Ziel, das in der Schwangerschaft beginnen sollte. Auch Kinder sollten in der Kunst der Empathie geschult werden. Entsprechende Präventionsprogramme werden vorgestellt.

## Die Bindungstheorie

Der englische Psychiater und Psychoanalytiker *John Bowlby* begründete in den 50er Jahren die Bindungstheorie, welche besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbindungsperson entwickelt. Erlebt der Säugling oder das Kleinkind Angst, wie etwa bei Trennung von der Hauptbindungsperson, bei Schmerz oder



Bedrohung, wird sein „Bindungssystem“ als innere Verhaltensbereitschaft aktiviert. Je nach Bindungsmuster zeigt das Kind verschiedene Bindungsverhaltensweisen: Es sucht die Bindungsperson, krabbelt oder läuft ihr nach und klammert sich an ihr fest. Durch Weinen und Protest bringt das Kind zum Ausdruck, dass es die Trennung von der Bindungsperson verhindern möchte, weil es ihre Nähe dringend benötigt. Ist die primäre Bindungsperson nicht erreichbar, werden sekundäre Bindungspersonen ersatzweise aufgesucht, wie etwa der Vater, die Großmutter oder die Tagesmutter. Das Bindungsverhalten hat sich evolutionsbiologisch zur Arterhaltung entwickelt. Säuglinge, die mittels Bindungsverhalten Nähe und Schutz durch ihre Bindungsperson erhielten, hatten vermutlich eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit, sodass sich dieses Verhalten in der Phylogenese durchsetzte. Für das unselbstständige menschliche Neugeborene und Kleinkind ist die Schutzfunktion durch eine Bindungsperson von absolut lebenserhaltender Bedeutung. Ohne diese Schutzfunktion wäre der Säug-

---

ling verloren (Bowlby, 1988; Bowlby, 1983; Bowlby, 1975; Bowlby, 1976). Das sich im ersten Lebensjahr entwickelnde Bindungssystem bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Auch Erwachsene suchen in Gefahrensituationen die Nähe zu anderen Personen, von denen sie Hilfe und Unterstützung erwarten (Parkes u. a., 1991). Wird das Bedürfnis nach Bindungssicherheit befriedigt, beruhigt sich das Bindungssystem und das System der „Exploration“ kann aktiviert werden. Ohne sichere emotionale Bindung ist offene und uneingeschränkte Exploration nicht möglich (Ainsworth und Bell, 1970).

Werden Bindungsbedürfnisse oder Explorationswünsche nicht befriedigt, missachtet oder nur in sehr unzuverlässiger und unvorhersehbarer Weise beantwortet, führt dies zu ambivalenten Gefühlen gegenüber der Bindungsperson, auch zu Wut und Enttäuschung sowie aggressiven Verhaltensweisen (vgl. auch Parens, 1993; Parens u. a., 1995).

## Die Konzepte der Bindungsforschung

Durch intensive entwicklungspsychologische Forschungsarbeiten und Längsschnittstudien wurden verschiedene Konzepte der Bindungstheorie empirisch validiert.

### Konzept der Feinfühligkeit

Mary Ainsworth (1977) untersuchte als Mitarbeiterin von John Bowlby die Bedeutsamkeit des feinfühligem Pflegeverhaltens der Bindungsperson: Säuglinge binden sich an diejenige Pflegeperson, die ihre Bedürfnisse in einer feinfühligem Weise beantwortet. Die Pflegeperson nimmt die Signale des Säuglings richtig wahr und interpretiert sie adäquat ohne Verzerrungen durch eigene Bedürfnisse und Wünsche. Weiterhin muss die Pflegeperson die Bedürfnisse angemessen und prompt – entsprechend dem jeweiligen Alter des Säuglings – beantworten. Je älter der Säugling wird, umso länger kann die Dauer sein, die ihm bis zur Bedürfnisbefriedigung zugemutet werden kann.

Der Sensibilität der Mutter für die Signale ihres Säuglings sowie ihrer emotionalen Verfügbarkeit entspricht eine intrapsychische Repräsentation, die von George (1989; 1999) auch als „internal model of caregiving“ bezeichnet wird. Werden Mütter in Interviews über ihr potenzielles Verhalten in bindungsrelevanten Situationen befragt, schildern sie – abhängig von ihrer eigenen Bindungshaltung –, wie sie ihrem Kind gegenüber voraussichtlich reagieren würden. In der täglichen Pflege- und Spielerfahrung einer Mutter werden aber auch Erinnerungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit und den Bindungserfahrungen mit den eigenen Eltern wachgerufen. Die damit verbundenen angenehmen sowie emotional belastenden Gefühle und Bilder können durch Projektionen die Feinfühligkeit und das Verhalten gegenüber dem eigenen Kind bereichern oder auch erheblich behindern. Im schlimmsten Fall werden wiedererlebte Erinnerungen – etwa eine Missbrauchs- oder eine Verlassenheitserfahrung – mit dem eigenen Kind wiederholt (Fraiberg u. a., 1980; Lieberman und Pawl, 1993).

Neuere Forschungen ergänzen das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit in der Interaktion mit dem Säugling um die Bedeutung der Sprache und weisen auf den Einfluss des Rhythmus und der Zeitspannen in der Interaktion hin.

Die Ergebnisse von Jaffe *et al.* (2001) zeigen, dass ein mittleres Maß an rhythmischer Koordination in der zeitlichen Abfolge von Interaktionen zwischen Mutter und Säugling für eine sichere Bindungsentwicklung besonders förderlich ist. Bemerkenswerterweise ist das Ziel nicht die perfekt synchrone Kommunikation: Wahrgenommene und korrigierte Missverständnisse wirken sich geradezu beziehungsfördernd auf die Bindungsentwicklung aus, sofern sie nicht so ausgeprägt sind, dass die Interaktion vollständig abbricht oder auseinanderdriftet. Analysen der sprachlichen Interaktion zwischen Mutter und Säugling konnten eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes vorhersagen, wenn die Mutter aufgrund ihrer Empathie in der Lage war, die affektiven Zustände ihres Säuglings angemessen zu verbalisieren (Meins, 1997). Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, weil sie zeigen, dass Säuglinge die Feinfühligkeit ihrer Bezugspersonen

---

nicht nur auf der Verhaltensebene in der konkreten Pflege wahrnehmen, sondern sich auch durch die empathische Verbalisation von Affektzuständen verstanden fühlen, obwohl sie entwicklungsbedingt den deklarativen Inhalt der Worte noch gar nicht verstehen können. Vermutlich nimmt der Säugling die prosodischen Inhalte der mütterlichen Sprache wie Tonfall, Melodie, Rhythmus oder Lautstärke auf, die seinen inneren und äußeren Zustand erfassen und widerspiegeln, sodass sich das Kleinstkind feinfühlig verstanden fühlt. In diesem Zusammenhang weisen die Forschungsergebnisse von *Fonagy et al.* (1991; Steele u. a., 1991) darauf hin, dass eine sichere Bindungsentwicklung auch die Fähigkeit des Säuglings zu einer selbstreflexiven mentalen Funktion fördert. Diese Fähigkeit ermöglicht dem Kind in zunehmendem Ausmaß, über sich, andere und die Welt in einer empathischen Weise nachzudenken und nachzuspüren.

### **Bindungsqualität des Kindes**

Werden die Bedürfnisse des Säuglings in dieser von *Ainsworth* geforderten feinfühligsten Art und Weise von einer Pflegeperson beantwortet, besteht eine relativ große Wahrscheinlichkeit, dass der Säugling zu dieser Person im Laufe des ersten Lebensjahres eine **sichere Bindung** (Typ B) entwickelt. Diese Person wird er bei Bedrohung und Gefahr als „sicheren Hort“ und mit der Erwartung von Schutz und Geborgenheit aufsuchen.

Reagiert die Pflegeperson eher mit Zurückweisung auf seine Bindungsbedürfnisse, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sich der Säugling an diese Pflegeperson mit einer **unsicher-vermeidenden** Bindungshaltung (Typ A) bindet. Ein unsicher-vermeidend gebundenes Kind wird bspw. nach einer Trennungserfahrung die Bindungsperson eher meiden oder nur wenig von seinen Bindungsbedürfnissen äußern – es hat sich an die Verhaltensbereitschaften seiner Bindungsperson angepasst. Der Säugling äußert seinen Nähewunsch nicht mehr intensiv, da er die Erfahrung gemacht hat, dass dieser nicht mit adäquatem Bindungsverhalten im Sinne von Nähe, Schutz und Geborgenheit gewährt beantwortet wird. Dies führt zu einer gesteigerten inneren

Stressbelastung des Säuglings, die an erhöhten Kortisolwerten gemessen werden kann (Spangler und Schieche, 1998). Allerdings geben unsicher-vermeidend gebundene Kinder bei extremer Aktivierung ihres Bindungssystems, bspw. bei einem schweren Unfall, ihre Bindungsvermeidung auf und wenden sich Hilfe und Schutz suchend an ihre Mütter. Auch die Mütter sind in der Lage, in Situationen großer Bedrohung und Angst ihre Säuglinge zu schützen. Bei den unsicher-vermeidenden Mutter-Kind-Paaren liegt die Schwelle für Bindungsverhalten sowohl bei den Kindern als auch bei den Müttern höher als bei Mutter-Kind-Paaren, die auf einer sicheren Bindungsbasis interagieren.

Werden die Signale bisweilen zuverlässig und feinfühlig, ein andermal mit Zurückweisung und Ablehnung beantwortet, entwickelt sich eine **unsicher-ambivalente** Bindungsqualität (Typ C) zur Bindungsperson. Die Säuglinge mit einer unsicher-ambivalenten Bindung reagieren auf Trennungen von ihrer Hauptbindungsperson mit einer intensiven Aktivierung ihres Bindungssystems, indem sie lautstark weinen und sich fest an die Bindungsperson klammern. Über lange Zeit sind sie kaum zu beruhigen und finden nur mühsam in eine ausgeglichene emotionale Verfassung zurück. Während sie sich einerseits an die Mutter klammern, zeigen sie andererseits auch aggressives Verhalten. Wenn sie etwa bei der Mutter auf dem Arm sind, strampeln sie und treten nach der Mutter mit den Füßchen, zugleich klammern sie mit ihren Ärmchen und suchen intensiv Nähe. Dieses Verhalten wird als Ausdruck ihrer Bindungsambivalenz interpretiert.

Später wurde noch ein weiteres Bindungsmuster identifiziert, das als **desorganisiertes und desorientiertes Muster** (Typ D) bezeichnet wird (Main und Solomon, 1986).

Desorganisierte Bindungsverhaltensweisen, wie sie bereits bei zwölf Monate alten Säuglingen beobachtet werden können, sind insbesondere durch motorische Sequenzen von stereotypen Verhaltensweisen gekennzeichnet oder aber die Kinder halten im Ablauf ihrer Bewegungen inne und erstarren für die Dauer von einigen Sekunden, was auch als „Einfrieren“ bezeichnet wird. Diese tranceartigen Zu-

---

stände erinnern an dissoziative Phänomene. Nach einer Trennung von der Mutter laufen manche desorganisierte Kinder bei der Wiederbegegnung mit der Mutter auf diese zu, halten auf halbem Weg inne, drehen sich abrupt um, laufen von der Mutter weg und oszillieren so in ihrem motorischen Verhalten „vor und zurück“. Wieder andere bringen vorwiegend non-verbal deutliche Zeichen von Angst und Erregung zum Ausdruck, wenn sie mit ihrer Bindungsperson wieder zusammen kommen (Main und Hesse, 1990).

Die Aktivierung von emotional widersprüchlichen Bindungserfahrungen könnte sich in den desorientierten Bindungsverhaltensweisen des Kindes widerspiegeln und Ausdruck eines desorganisierten „inneren Arbeitsmodells“ der Bindung zur spezifischen Bindungsperson sein (Main und Solomon, 1986). Die Mutter ist sowohl ein sicherer emotionaler Hafen als auch eine Quelle der Angst und Bedrohung, weil sie sich etwa in Bindungssituationen aggressiv und damit ängstigend oder auch selbst sehr ängstlich gegenüber ihrem Kind verhält (Schuengel u. a., 1999; Schuengel u. a., 1997; Hesse und Main, 2002).

#### *Vorteile einer sicheren Bindung*

Aus vielen Längsschnittstudien ist bekannt, dass ein sicheres Bindungsmuster ein Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung ist. Diese Kinder reagieren mit einer größeren psychischen Widerstandskraft („resilience“) auf emotionale Belastungen, wie etwa eine Scheidung der Eltern. Eine unsichere Bindungsentwicklung dagegen ist ein Risikofaktor, sodass bei Belastungen häufiger eine psychische Dekompensation droht oder Konflikte weniger sozial kompetent geklärt werden. So zeigen Kinder mit unsicheren Bindungsmustern schon im Kindergartenalter in Konfliktsituationen weniger prosoziale Verhaltensweisen und eher aggressive Interpretationen des Verhaltens ihrer Spielkameraden (Suess u. a., 1992). Im Jugendalter sind sie eher isoliert, haben weniger Freundschaftsbeziehungen und schätzen Beziehungen insgesamt weniger bedeutungsvoll für ihr Leben ein.

#### *Bindungskontinuität zwischen den Generationen*

Verschiedene Längsschnittstudien in Deutschland,

England und in den USA zeigen, dass mit einer 75-prozentigen Übereinstimmung sicher gebundene Mütter auch sicher gebundene Kinder haben, respektive Mütter mit einer unsicheren Bindungshaltung auch häufiger Kinder, die mit einem Jahr unsicher gebunden sind. Ähnliche Zusammenhänge, hier mit 65-prozentiger Übereinstimmung, fanden sich für die Beziehung zwischen der Bindungshaltung der Väter und der Bindungsqualität ihrer Kinder (van IJzendoorn und Sagi, 1999).

Diese Studien verweisen auf eine Weitergabe von Bindungsstilen und -mustern zwischen Generationen. Die eigene Bindungshaltung der Mutter beeinflusst ihr Verhalten gegenüber ihrem Säugling. Sicher gebundene Mütter verhalten sich auch in der Pflegeinteraktion mit ihren Kindern feinfühler als unsicher gebundene Mütter (Brisch, 2009).

## **Sichere Bindung als Schutzfaktor**

Sichere und unsichere Bindungsentwicklungen sind noch keine Psychopathologie, sondern sie sind Schutz- und Risikofaktoren. Denn 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 Gefühle, Gedanken und Handlungsabsichten von anderen besser hinein versetzen. Kinder im Alter von 3–4 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, 2007a; Brisch, 2000; Brisch und Hellbrügge, 2003; Hüther, 2003).

## Bindungsstörungen

Wenn ein Kind in der frühen Entwicklungszeit traumatische Erfahrungen mit seinen potentiellen 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 ein großer Stress erlebt wird, wenn Bedrohung und Angst bis zu Panik und Todesangst erlebt wird. 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 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 Überregung, die psychosomatische Reaktionen und Beschwerden zur Folge haben kann. Durch die extreme Stresssituation wird die Produktion von Hormonen wie etwa Kortisol angestoßen, die auf einem hohen Niveau langfristig fixiert bleiben kann. Diese Stresshormone machen bei einer Dauererregung Veränderungen im Gehirn, die dann als organisierte Verhaltensstörung in bindungsrelevanten Situationen beobachtet und als Bindungsstörungen diagnostiziert werden kön-

nen. 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, so dass Gehirnzellen regelrecht abgebaut werden. Dies hat zur Folge, dass die Hirnräume größer werden und auch das Gehirnwachstum sich verlangsamt. Ein Kind, das wegen familiärer Gewalt traumatisiert wird, erlebt einen massiven Dauerstress, der neurobiologische Schädigungen zur Folge hat. Frühe Vernachlässigung hat sicherlich die schwerwiegendsten Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und Gehirnreifung, obwohl man nicht unbedingt blaue Flecken, einen gebrochenen Arm oder eine Schädelfraktur sieht.

In der klinisch psychotherapeutischen 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 ICD 10 klassifiziert und diagnostiziert werden: eine Form mit Hemmung (F 94.1) und eine mit Enthemmung (F 94.2) des Bindungsverhaltens (Brisch, 2009).

Eine Bindungsstörung sollte allerdings nicht vor dem 8. Lebensmonat wegen der in diesem Alter bekannten „Fremdenangst“, die eine entwicklungsbedingte Durchgangsphase mit Angst des Säuglings gegenüber Fremden ist, 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. Solche Kinder zeigen eine soziale Promiskuität: sie zeichnen sich durch undifferenzierte Freundlichkeit gegenüber allen Personen aus. Sie suchen in Stress-

---

situationen zwar Trost, aber ohne die 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 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. Sie sind aber dadurch in ihrem freien Spiel und in ihrer Erkundung der Umgebung entsprechend eingeschränkt, weil sie immer auf die Anwesenheit der Bindungsperson angewiesen sind. Sie wirken insgesamt sehr ängstlich und können sich kaum von ihrer Bindungsperson trennen, so dass 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 Trennungen 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 Kinder etwa nach körperlicher Misshandlung und bei Erziehungsstilen mit körperlicher Gewaltanwendung oder -androhung reagieren auf diese Art und Weise.

Bei einem weiteren Stil der Bindungsstörung verhalten sich 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 aber 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 dienen. Diese Kinder können ihre Eltern nicht als Hort der Sicherheit benutzen, 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: Diese 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, 2004b; Brisch, 2007b).

## Beispiele für Bindungsstörungen bei Säuglingen

Ein Kind mit einer so genannten undifferenzierten Bindungsstörung weint etwa, nachdem die Mutter im sogenannten „Fremde-Situations-Test“ den Raum verlassen hat. Als die fremde Person zunächst

---

darauhin den Raum betritt, lässt sich das Kind von einer Fremden trösten, sucht aktiv Körperkontakt und hört unmittelbar auf zu weinen. Als dagegen die Mutter den Raum betritt, 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 deutlich zusätzlich durch das Fokussierengeräusch der Kameras geängstigt. Als die Bindungsperson zurückkehrt, erwartet man, dass sich ihr Kind aktiv an sie wenden würde, 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 und 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 zeigen weniger prosoziales, und mehr aggressives Verhalten 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 Pflegefamilie oder in einer Psychotherapie mit neuen Bindungspersonen machen können, zeigen

aber, dass das Verhalten veränderbar ist (Brisch und Hellbrügge, 2003).

## **Bindungsorientierte pädagogische Arbeit**

Trotz oft schwieriger Arbeitsbedingungen gelingt es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Institutionen und Pflegefamilien, dass Kinder mit Bindungsstörungen durch die pädagogische 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. Diese Kinder mit Bindungsstörungen sind von ihrer emotionalen Entwicklung erst 1,5 oder 2 Jahre alt, obwohl sie biologisch etwa schon in der Adoleszenz sein können, so dass das emotionale Entwicklungsalter und das biologische Alter weit auseinanderklaffen. Mit ihrem aktivierten Bindungsbedürfnis richten sich die Kinder an die Pädagogin, den Pädagogen mit der Hoffnung, es möge sich für sie vielleicht erstmals im ganzen Leben eine neue Chance zu einer sicheren Bindungserfahrung eröffnen. Gleichzeitig haben sie aber auch große Angst, dass sich die alten Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch erneut wiederholen könnten. Dennoch gelingt es oftmals, dass bindungsfördernde, feinfühligere Erlebnisse möglich werden. Jede neue Interaktionserfahrung des Kindes mit einem Betreuer wird neuronal als Muster sozusagen „abgespeichert“ und registriert. Sind diese neuen Erfahrungen kontinuierlich und wiederholbar, gekennzeichnet von Feinfühligkeit, dialogischer Sprache, prompter Wahrnehmung und korrekter Interpretation der Beziehungssignale, werden Affekte vom Betreuer in Worte gefasst, geben feinfühligere, respektvolle Berührungen sowie Körperkontakt den gesuchten Schutz und Halt, ändert sich langsam das bindungsgestörte Verhalten und es entsteht auch auf der neurobiologischen

---

Ebene ein neues inneres Arbeitsmodell von Bindung. Auf diese Weise kann eine Entwicklung von der Bindungsstörung zur Bindungsdesorganisation und später zur unsicherer bis sicheren Bindung unterstützt werden, auch wenn dieser Prozess lange Zeit in Anspruch nimmt. Aber jede noch so kleine Veränderung in Richtung Bindungssicherheit wäre ein Riesengewinn für Lernen, für Entwicklung und für Beziehungsfähigkeit des Kindes. Für diese Kinder wäre selbst ein neues unsicher-desorganisiertes Muster statt einer früheren Bindungsstörung schon ein großer Gewinn, weil sie dann zumindest zeitweise in Angst machenden Situationen in ersten Ansätzen ein sicheres Bindungsverhalten zeigen könnten. Sobald sich die bindungsgestörten Kinder etwas sicherer fühlen – das ist manchmal erst nach mehreren Monaten zu beobachten – beginnen sie, ihre traumatischen Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen zu reinszenieren. Wenn ein Kind mit seiner Bindungsperson in der Pflegestelle alte traumatische Situationen in Szene setzt, darf sich das Team ein Kompliment machen. Denn die Reinszenierung bedeutet, dass das bindungsgestörte Kind inzwischen soviel Vertrauen und Sicherheit verinnerlicht hat, dass es etwa seine Gewalt- und seine Missbrauchserfahrungen in Form von sexualisiertem und aggressivem Verhalten angstfreier zeigen kann. Das Kind vertraut darauf, dass das Team mit der Reinszenierung umgehen kann und keine Wiederholung der ursprünglich traumatischen Erfahrung ermöglicht. Wenn das bindungsgestörte Kind statt einer Wiederholung verschiedene emotionale Neuerfahrungen in der Beziehung erleben kann, weil das Team anders als erwartet handelt, ist dies sehr bedeutungsvoll und wird sicherlich auch im Gehirn „verankert“ werden. Viele konstante Neuerfahrungen dieser Art werden mit der Zeit zu einem generalisierbaren Muster, das schließlich auch neue Verhaltensweisen mit Spielkameraden außerhalb der Institution ermöglicht, wie etwa in der Schule (Brisch, 2006; Brisch, 2004a).

## Prävention von Bindungsstörungen

Es wäre ein großer Gewinn, wenn möglichst viele Kinder eine sichere Bindungsentwicklung machen

könnten und Bindungsstörungen auf dem Hintergrund von frühen traumatischen Erfahrungen vermieden werden könnten. Um dies zu erreichen, können wir Empathie und feinfühliges Verhalten der Bindungspersonen schulen, um auf diese Weise diese Teufelskreise von Gewalterfahrungen über Generation hinweg auch möglichst früh zu durchbrechen. Hierzu wurden von uns zwei Präventionsprogramme entwickelt (Brisch, 2007c).

Das Programm „SAFE® – sichere Ausbildung für Eltern“ soll die sichere Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind von Beginn an fördern. Hierzu werden Eltern ab der 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ende vom 1. Lebensjahr insgesamt in zehn ganztägigen Seminaren unterrichtet. Hierbei lernen sie sehr viel über die Bindungsentwicklung ihres Säuglings und werden an Videobeispielen geschult, die Signale ihres Kindes besser zu lesen. Zusätzlich führen wir mit jeder Mutter und mit jedem Vater ein Bindungsinterview durch und analysieren, ob die werdenden Eltern unverarbeitete traumatische Erlebnisse haben, die ein potentiell hohes Risiko darstellen, mit dem eigenen Kind wieder inszeniert zu werden. Während der Schwangerschaft können traumatisierte Eltern eine individuelle psychische Stabilisierung erhalten, und nach der Geburt bieten wir ihnen eine individuelle traumazentrierte Psychotherapie neben der Gruppenbegleitung an. Dieses Programm ist offen für alle Eltern aus allen sozialen Schichten, da die oben beschriebene Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen in allen Familien vorkommen kann (Brisch, 2010).

Ein weiteres Präventionsprogramm ist „B.A.S.E® – Babywatching gegen Aggression und Angst für Sensitivität und Empathie“.

In diesem Präventionsprogramm kommt eine Mutter mit einem Säugling einmal in der Woche für ca. 30 Minuten in den Kindergarten. Zu Beginn ist der Säugling erst wenige Wochen alt und die Mutter kommt mit ihm bis zum Ende des ersten Lebensjahres, wenn der Säugling läuft und seine ersten Worte spricht. Unter Anleitung von geschulten Erzieherinnen werden ca. 25 Kinder für eine halbe Stunde zur Mutter-Kind-Beobachtung angeleitet, während die Kinder im Stuhlkreis sitzen. Diese angeleitete

---

Beobachtung schult die Empathiefähigkeit der Kinder und es können positive Verhaltensänderungen gesehen werden. Für viele Einzelkinder besteht zum ersten Mal die Chance, über die Dauer von einem Jahr ein Baby zu beobachten und sich empathisch in die Nöte, Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Ängste eines Babys und seiner Mutter einzufühlen. Diejenigen Kinder, die in diesen Babybeobachtungsgruppen waren, verhalten sich im Vergleich mit Kindern einer Kontrollgruppe nach einem Jahr weniger aggressiv, sind weniger ängstlich, verhalten sich kooperativer, sind flexibler, und holen sich eher Rat und Hilfe bei der Erzieherin. Dies zeigt, dass vermutlich die erlernten Empathiefähigkeiten von den Kindern auch auf die alltäglichen Interaktionen untereinander übertragen werden können und es zu einer Generalisierung der erlernten Verhaltensweisen kommt ([www.base-babywatching.de](http://www.base-babywatching.de))

## **Zusammenfassung**

Es wäre eine wünschenswerte Utopie, dass wir in Zukunft die Kompetenzen vieler Eltern schulen kön-

nen, so dass sie emotional für die Sorgen und Nöte ihrer Kinder verfügbarer sind, weil sie die eigenen Traumata aus ihrer Kindheit möglichst verarbeitet haben. Dadurch könnten sie empathie- und beziehungsfähiger werden und möglichst ihre eigene, erworbene sichere Bindungsrepräsentation als Ressource für die Entwicklungsförderung einer sicheren Bindung ihrer Kinder nutzen.

*Anschrift des Verfassers:  
Priv. Doz. Dr. med. Karl Heinz Brisch  
Kinderklinik und Kinderpoliklinik  
im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und  
Psychotherapie  
Pettenkoferstr. 8 a  
80336 München  
Tel.: 089-516 037 09  
Fax: 089-516 047 30  
E-Mail: [Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de](mailto:Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de)*

## Literatur

---

- Ainsworth, M. D. S. und S. M. Bell (1970):  
Attachment, exploration, and separation:  
Illustrated by the behavior of one-year-olds in a  
strange situation.  
*Child Development*,  
S. 41, 49–67.
- Bowlby, J. (1975):  
*Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*.  
München (Kindler).
- Bowlby, J. (1976):  
*Trennung. Psychische Schäden als Folge der Tren-  
nung von Mutter und Kind*.  
München (Kindler).
- Bowlby, J. (1983):  
*Verlust – Trauer und Depression*.  
Geist und Psyche.  
Frankfurt (Fischer).
- Bowlby, J. (1988):  
*A secure base: Clinical implications of attachment  
theory*:  
Dt. (1995):  
Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung.  
Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie.  
Dexter: Heidelberg. London (Routledge).
- Brisch, K. H. (2000):  
Schutz- und Risikofaktoren für die Bindungsfähig-  
keit von Frühgeborenen – Grundlagen und präven-  
tive Psychotherapie.  
In: Koch-Kneidel, L. und J. Wiese (Hrsg.)  
*Frühkindliche Interaktion und Psychoanalyse*.  
Göttingen (Vandenhoeck),  
S. 91-106.
- Brisch, K. H. (2004a):  
Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf  
die Neurobiologie und die Entstehung von Bin-  
dungsstörungen.  
*Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*,  
S. 2, 29–44.
- Brisch, K. H. (2004b):  
Störungsspezifische Diagnostik und Psychotherapie  
von Bindungsstörungen.
- In: Lehmkuhl, U. und G. Lehmkuhl (Hrsg.)  
*Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung*.  
Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht),  
S. 135–152.
- Brisch, K. H. (2006):  
Adoption aus der Perspektive der Bindungstheorie  
und Therapie.  
In: Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.)  
*Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und  
Psychotherapie*.  
Stuttgart (Klett-Cotta ),  
S. 222–258.
- Brisch, K. H. (2007a):  
Diagnostik und Intervention bei frühen Bindungs-  
störungen.  
In: Opp, G. und M. Fingerle (Hrsg.)  
*Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und  
Resilienz*  
München (Reinhardt),  
S.136–157
- Brisch, K. H. (2007b):  
Sleep and attachment disorders in children  
In: Pandi-Perumal, S. R., M. Kramer und R. R. Ruoti  
(Hrsg.)  
*Sleep and psychosomatic medicine*.  
Abingdon (Taylor & Francis),  
S. 219–230
- Brisch, K. H. (2007c):  
Prävention von Bindungsstörungen.  
In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.)  
*Prävention von Entwicklungsstörungen*.  
Göttingen (Hogrefe),  
S. 167–181.
- Brisch, K. H. (2009):  
*Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur  
Therapie*.  
Stuttgart (10. vollständig überarbeitete Neuauflage.  
Klett-Cotta).
- Brisch, K. H. (2010):  
*SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern: Sichere Bin-  
dung zwischen Eltern und Kind*.  
Stuttgart (Klett-Cotta).

- Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. (3. Auflage 2009)*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fonagy, P., M. Steele, H. Steele, G. S. Moran und A. C. Higgitt (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, S. 12, 201-218.
- Fraiberg, S., E. Adelson und V. Shapiro (1980): Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. In: Fraiberg, S. (Hrsg.) *Clinical studies in infant mental health*. New York (Basic Books), S. 164–196.
- George, C. und J. Solomon (1989): Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, S. 10, 222–237.
- George, C. und J. Solomon (1999): Attachment and caregiving: The Caregiving behavioral system. In: Cassidy, J. und P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London (Guilford), S. 649–670.
- Hesse, E. und M. Main (2002): Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen – Zusammenbruch von Strategien des Verhaltens und der Aufmerksamkeit. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.) *Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 219–248.
- Hüther, G. (2003): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In: Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.) *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 94–104.
- Jaffe, J., B. Beebe, S. Feldstein, C. L. Crown und M. D. Jasnow (2001): *Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*: 66, No. 2, Serial No. 265. Boston, Oxford (Blackwell).
- Lieberman, A. F. und J. H. Pawl (1993): Infant-parent psychotherapy. In: Zeanah, C. H. (Hrsg.) *Handbook of infant mental health*. New York, London (The Guilford Press), S. 427–442.
- Main, M. und E. Hesse (1990): The insecure disorganized/disoriented attachment pattern in infancy: Precursors and sequelae. In: Greenberg, M., D. Cicchetti und E. M. Cummings (Hrsg.) *Attachment during the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago (University of Chicago Press), S. 161–182.
- Main, M. und J. Solomon (1986): Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In: Brazelton, T. B. und M. W. Yogman (Hrsg.) *Affective development in infancy*. Norwood (Ablex), S. 95–124.

Fortsetzung auf Seite 14

## Literatur

---

- Meins, E. (1997):  
Security of attachment and maternal tutoring strategies:  
Interaction within the zone of proximal development.  
*British Journal of Developmental Psychology*, S. 15, 129–144.
- Parens, H. (1993):  
Toward the prevention of experience-derived emotional disorders in children by education for parenting.  
In: Parens, H. und S. Kramer (Hrsg.)  
*Prevention in mental health*. Northvale, New Jersey, London (Jason Aronson Inc.), S. 123–148.
- Parens, H., E. Scattergood, W. Singletary und A. Duff (1995):  
*Kindliche Aggressionen*. München (Kösel).
- Parkes, C. M., J. Stevenson-Hinde und P. Marris (Hrsg.) (1991):  
*Attachment across the life cycle*. London, New York (Tavistock).
- Schuengel, C., M. H. van IJzendoorn, M. J. Bakermans-Kranenburg und M. Blom (1997):  
*Frightening, frightened and/or dissociated behavior, unresolved loss and infant disorganization*.  
*Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development: Caregiving Correlates and Longitudinal Outcomes of Disorganized Attachments in Infants* (Symposium, Chairman: D. Jacobvitz), Washington, D. C., April 1997.
- Schuengel, C., M. H. van IJzendoorn, M. J. Bakermans-Kranenburg und M. Blom (1999):  
Attachment and loss: Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment.  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, S. 67, 54–63.
- Spangler, G. und M. Schieche (1998):  
Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression.  
*International Journal of Behavioral Development*, S. 22, 681–706.
- Steele, M., G. S. Moran, H. Steele und A. C. Higgitt (1991):  
The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment.  
*Infant Mental Health Journal*, S. 13, 200–216.
- Suess, G. J., K. E. Grossmann und L. A. Sroufe (1992):  
Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self.  
*International Journal of Behavioral Development*, S. 15, 43–65.
- van IJzendoorn, M. H. und A. Sagi (1999):  
Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions.  
In: Cassidy, J. und P. R. Shaver (Hrsg.)  
*Handbook of attachment – Theory, research and clinical applications*. New York, London (Guilford), S. 713–734.



Die Herausgabe des Jubiläumsvortrags von PD Dr. Karl Heinz Brisch wurde ermöglicht durch die großzügige Unterstützung folgender Sponsoren:



*meine Bank  
im Wiesental*