

Allgemeine Einführung

Unserer Gesellschaft ist es bislang nicht in überzeugender Weise gelungen, Störungen in der Bindungsfähigkeit (fortan als AD bezeichnet in Abkürzung des englischen Begriffes *attachment disorder*) zu verhindern, und zwar weder in ihren Bemühungen im Allgemeinen noch in der Entwicklung therapeutischer Methoden für einzelne betroffene Individuen. Es scheint, dass es dann, wenn die ersten Beziehungen im Leben gescheitert sind, sehr schwierig wird, diesen Verlust später auszugleichen. Die Fähigkeit zur Bindung entwickelt sich im Rahmen einer Art Zeitfenster, das zum Zeitpunkt der Geburt weit offen steht und sich bis etwa zum dritten Lebensjahr hin mehr oder weniger schließt.

Ich hoffe, dem Leser und der Leserin eine wirklichkeitsgerechte Annäherung an das Problem zu ermöglichen und die theoretischen und praktischen Vorgehensweisen dieses anspruchsvollen Forschungsgebietes in ganzer Breite darzulegen. Hierbei bitte ich darum, Wert auf eine Differenzierung zu legen, nämlich dass der vorliegende Text den Fällen einer schweren AD gewidmet ist – das bedeutet, dass Kinder, die lediglich singuläre traumatische Lebensereignisse erfahren haben, nicht Gegenstand der Betrachtung sein werden, denn sie haben eine weitaus günstigere Prognose. Es geht im Folgenden vielmehr um Kinder, die multiple traumatische Erfahrungen hinter sich haben, eventuell auch an Hunger litten, und die während der ersten Lebensjahre ein überdauerndes Fehlen elterlicher Betreuung erfahren. Wesentlich ist auch, sich im Klaren darüber zu sein, dass die Kinder, um die es geht, im Prinzip ganz gewöhnliche Kinder sind, deren abnormes Verhalten durch eine abnorme frühe Entwicklung verursacht wurde. Es wird in diesem Buch viel Mühe darauf verwendet werden, das AD-Verhalten verständlich und entmystifizierend darzulegen. Dies geschieht aus der Überzeugung heraus, dass man ein Problem nicht lösen kann, ehe man dessen Natur nicht tiefgehend verstanden hat – und AD-Probleme haben die Tendenz, unsern Gefühl für die Angemessenheit in der Behandlung von Fragen zu verzerren. Durch eine Vielzahl von alltäglichen Beispielen werden deshalb Symptome, Theorie und Praxis illustriert.

Wenn es mir gelungen ist, was ich erreichen wollte, dann sollte es nicht schwierig sein, den jeweiligen Inhalten zu folgen. Die praktische Arbeit mit AD-Kindern hingegen bleibt eine stetige Herausforderung an Grundüberzeugung und Verantwortungsgefühl des Lesers bzw. der Leserin. Das Buch fungiert hier lediglich als Ratgeber, der versucht, einige der am häufigsten gestellten Fragen zu beantworten, die die Menschen bewegt, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, welche an AD leiden. Dazu gehören z.B. die Folgenden:

- Warum gibt es eine zunehmende Anzahl von AD-Kindern?
- Welches sind die Ursachen für eine AD-Entwicklung bei Kindern?
- Wie zeigt sich AD im Verhalten und der Persönlichkeit?
- Wie vollzieht sich die Behandlung oder Therapie in verschiedenen Stadien während der Kindheit?
- Was geschieht mit den einzelnen Menschen, Gruppen oder Institutionen, die mit diesen Kindern arbeiten?
- Wie entwickelt und gewährleistet man therapeutische Haltung und Behandlungsstruktur?

Zunächst soll eine allgemeine Einleitung in den Problemkreis der AD gegeben werden

Ich möchte hier zunächst eine kurze Einführung in die Problematik der AD im Allgemeinen geben.

WAS VERSTEHT MAN UNTER „BINDUNG“?

Die Bindungstheorie wurde, kurz gesagt, von den 50iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts an von John Bowlby (1969, 1973, 1988) entwickelt. Bowlby nahm an, dass frühe Bindung (0 - 3 Jahre) bei Primaten und insbesondere bei Menschen ein angeborenes Verhaltensprogramm beinhaltet. Bowlby's Hauptgedanke war dabei, dass sich ein bindungssicherndes Verhaltenssystem entwickeln musste, um Schutz und Überleben der Kinder wahrscheinlicher zu machen. Diese Schutzfunktion basiert hauptsächlich auf körperlicher Nähe zwischen Mutter und Kind während der ersten paar Jahre. Wird die Nähe gestört oder behindert, so entwickeln sich sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern eine Reihe charakteristischer Verhaltensweisen, wie etwa Schreien, Suche nach dem anderen, Jammern, etc.

Das System wird folglich durch Trennung aktiviert und scheint bereits bei Einjährigen stabilisiert zu sein.

Mary Ainsworth (1978) entdeckte in ihrem „Fremde-Situationen-Test“ drei charakteristische Reaktionsmuster (oder auch Strategien, um Nähe aufrechtzuerhalten), sobald die Mutter den Raum verließ; später wurde noch ein viertes Verhaltensmuster entdeckt. In diesem einfachen aber genial durchdachten Test werden die Mutter und ihr einjähriges Kind in ein Untersuchungsraum mit interessanten Spielzeugen gebracht. Die Mutter verlässt während des Tests zweimal für eine Dauer von drei Minuten den Raum, und es wird erhoben, wie das Kind auf Trennung und Wiedervereinigungssituation reagiert. Diese Verhaltensmuster, die man im Alter von einem Jahr beobachten kann, überdauern bei 70% der Kinder bis ins Erwachsenenalter und scheinen durch das Bindungsverhalten der Pflegeperson auch von einer Generation auf die nächste übertragen zu werden.

Diese vier Reaktionsmuster sind folgende:

Zuversichtlich/autonom

Das Kind reagiert, wenn die Mutter weggeht, aber beginnt nach einer Weile den Raum zu erkunden, es sucht wieder Kontakt mit der Mutter und ist beruhigt, dann beginnt es erneut das Zimmer zu erforschen. Zwischen Mutter und Kind besteht Nähe und wechselseitige Freude im Kontakt miteinander.

Vermeidend

Das Kind reagiert augenscheinlich nicht auf die Abwesenheit der Mutter und ist damit beschäftigt, die Objekte, die sich im Raum befinden, zu untersuchen. Wenn die Mutter zurückkehrt, widmet diese ebenfalls ihr Interesse eher zunächst den Gegenständen als dem Kind. Studien belegen, dass das Kind tatsächlich aber durch die Abwesenheit der Mutter sehr angespannt ist und dass diese Anspannung länger anhält als bei einem zuversichtlichen Kind. Das Kind scheint zu wissen, dass ein angemessener Gefühlsausdruck auf die Trennung zu einer Zurückweisung führen kann und deshalb kontrolliert es diesen. Es wird viel Energie darauf verwendet, die natürlichen bindungsbezogenen Reaktionen zu unterdrücken.

Unsicher/ambivalent

Das Kind klammert sich an die Mutter, es zeigt sich u. U. zornig oder kontrolliert sein Verhalten noch ehe die Mutter das Zimmer verlassen hat. Es erkundet den Raum nicht, sondern ist ganz von der Abwesenheit der Mutter gefangen und nimmt auch sein Spiel nicht wieder auf, nachdem die Mutter zurückgekehrt ist. Das Kind scheint

sich einer ihm selbst unsicheren Nähe zu vergewissern. Das Bindungssystem ist gewissermaßen überaktiviert und lässt keinen Raum für die Erfüllung anderer Bedürfnisse.

Desorganisiert/desorientiert

Das Verhalten des Kindes enthält Elemente eines der vorstehend genannten Reaktionsweisen, aber es reagiert auf Trennung und Wiedervereinigung nicht durch ein in sich schlüssiges Verhaltensmuster. Es mag sein, dass es zittert und in einer versteiften Position verharrt, sich auf den Boden wirft, sich an die Mutter klammern und gleichzeitig das Gesicht von ihr sich wegdreht, etc. Es wurde festgestellt, dass dieses Verhaltensmuster - etwa 15% aller einjährigen Kinder zeigen es - in Beziehung zu später auftretenden Persönlichkeitsstörungen und anderen Schwierigkeiten steht. Manche (aber nicht alle) dieser Kinder entwickeln später eine Bindungsstörung.

Bemerkenswerterweise erlaubt es nur der zuversichtlich/autonome Bindungsstil den Kindern, sich die meiste Zeit mit der Erkundung und der Auseinandersetzung der Umgebung zu befassen. Die drei alternativ genannten Verhaltensmuster hingegen beanspruchen die Aufmerksamkeit und Energie des Kindes so sehr, dass Erkundung und Entwicklung beim Versuch, dem Bedürfnis für eine sichere Ausgangsbasis nachzukommen, vernachlässigt werden. Gemäß dem Ausspruch des griechischen Philosophen Archimedes: „Sagt mir einen Ort, wo ich stehen kann und ich werde die Erde aus den Angeln heben“ bildet eine sichere erste Beziehung Ausgangspunkt und Voraussetzung für die Bildung von Lebenserfahrung und Entwicklung.

Die Probleme eines desorganisierten Kontaktes dazustellen, ist Hauptanliegen dieses Buches. Diese sehr kurze Beschreibung der Bindungsmuster im Allgemeinen dient lediglich dazu, die Tradition aufzuzeigen, in die das Konzept der Bindungsstörung eingebettet ist. Für den Leser oder die Leserin, die an einem tiefgründigeren theoretischen Verständnis der Konzepte der Bindungstheorie interessiert sind, ist eine Lektüre des ausgezeichneten Handbuches von Shaver und Cassidy (1999) unumgänglich.

WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER „BINDUNGSSTÖRUNG“?

Kommt es zu Störungen, so resultiert dies in einer Reihe von charakteristischen Symptomen, und zwar sowohl bei beiden Elternteilen als auch beim Kind. Letzteres entwickelt später ein ganz charakteristisches Gefüge von Verhaltensreaktionen und Problemen, die mit abnormalen Sozialverhalten in Beziehung stehen. Eine Erörterung dieser Probleme ist das Hauptanliegen des Buches.

Ein grundlegendes Problem das mit dem Schreiben dieses Buches in Beziehung steht, liegt darin, dass der Begriff der „Störungen der Bindungsfähigkeit“ keine eindeutig definierte diagnostische Einheit bildet. Er wird viel diskutiert, aber es liegen nicht genügend wissenschaftliche Studien vor, um ihn klar zu beschreiben. Zwar gibt es eine wachsende Anzahl von Untersuchungen, die die normale Struktur des Bindungsverhaltens von Kindern und Zweierbeziehungen beschreiben, jedoch hat das abnormale Muster dieser Fähigkeit nur wenig Interesse gefunden. Dies trifft zu, auch wenn herausragende Ereignisse, wie etwa der Zweite Weltkrieg, die in einer großen Anzahl von verlassenen Kindern mit Bindungsproblemen resultierten, Anlass zu einer Phase verstärkter Forschungstätigkeit von AD-Fragestellungen waren. Man kann folglich von einer Ungleichverteilung von Studien hinsichtlich der Zeitabschnitte, in denen AD-Probleme von einer Gesellschaft negiert bzw. nicht übergangen werden können.

Dieses Problem der Dokumentation lässt Eltern und Praktiker mit der ungelösten Frage zurück: Was tun mit den schwer gestörten Kindern im Hier und Jetzt? Denn Kinder mit entsprechenden Störungen stellen ein ganz konkretes Problem dar, das täglich sofortiger Lösungen bedarf. Um diese Lücke zwischen Theorie und Praxis zu überwinden, habe ich die offenen Problemstellungen durch Fallstudien dargestellt und für die Betreuer sowohl einige wesentliche Aspekte der notwendigen Einstellung als auch des nötigen Handwerkszeugs zusammengestellt, von denen jeweils bekannt ist, dass sie in der täglichen Praxis Bedeutung sind. Dazu wurden auch Studien von verschiedenen Forschungsgebieten zusammengetragen. Der Titel des Buches, in dem die Schwere der AD hervorgehoben wird, zielt darauf ab, den Inhalt auf diejenigen Kinder zu begrenzen, die auf die beschriebene Art und Weise in einer frühen Entwicklungsphase so depriviert wurden, dass sie durch die eher traditionellen Behandlungsmethoden, etwa die Psychotherapie, nicht mehr erreichbar sind.

Das Kennzeichen von AD-Kindern ist eine sehr eingeschränkte Fähigkeit, sowohl emotional als auch sozial angemessen zu reagieren. AD beinhaltet, kurz gesagt, eine große Spannweite von Verhaltensauffälligkeiten, die den Kindern gemeinsam sind, die während der ersten Lebensjahre nicht genug sorgfältige Pflege und Obhut erfahren. Wie noch

gezeigt werden wird, ist das AD-Problem zwar komplex, aber als Oberbegriffe genügen die folgenden wesentlichen Kriterien:

A: Antisoziales Verhalten während der gesamten Kindheit (einschließlich des Vorschulalters):

Einschüchterndes, impulsives gewalttätiges, aggressives Verhalten, geringe Fähigkeit, aus sozialer Erfahrung (einschließlich Strafen und Einschränkungen) zu lernen. Das Kind hat möglicherweise sadistische oder sozial destruktive Absichten, verletzt andere Kinder oder Tiere, Es zeigt einen Mangel an überdauernder Scham, Schuldgefühlen oder Reue und macht nur andere für Fehler verantwortlich. Es zeigt Angriff, Flucht oder Verharrung (Vagabundieren, anhaltende Konflikte, Widerspenstigkeit)

B Unkritisches Bindungsverhalten

Das Kind verhält sich neu in sein Leben eintretenden Personen gegenüber freundlich, charmant und „vertraulich“ wobei seine Auswahl an Kontaktpersonen eher zufällig ist. Das Kind ist unfähig, emotional zwischen bekannten und unbekannt Personen zu unterscheiden und ist oft übermäßig anhänglich („klebrig“).

Es zeigt ein unreifes Bindungsverhalten (es hat Verhaltensmuster eines persönlichen Kontaktes, welches zwischen sechs und 12 Monaten normal ist). Das Kind zeigt nur kurz anhaltende und oberflächliche Kontaktmuster. Aus diesen Zufallsbekanntschaften resultiert keine anhaltende Beziehung.

Es sind viele individuelle Variationen dieser grundlegenden Verhaltensmuster einer gestörten Bindungsfähigkeit möglich, so wie es etwa bei sehr introvertierten, verschlossenen oder sich selbst verletzenden Kindern der Fall ist, die unfähig sind, soziale Bindungen einzugehen. Ähnliches gilt für das andere Extrem der Skala, etwa bei besonders extrovertierten, impulsiven oder aggressiven Kindern.

Das Wesentliche hierbei ist, dass diese Kinder unfähig sind, eine wechselseitige liebevolle und verpflichtende Beziehung mit anderen einzugehen. Ablehnende Reaktionen von anderen (Konflikte und Enttäuschungen) beeinträchtigen ihre alltägliche Entwicklung. Aus diesem Grunde kommt ihr geistiges Potential nicht richtig zum Tragen und viele dieser Kinder entwickeln Sekundärprobleme wie sie etwa bei kriminellen Aktivitäten oder Drogenmissbrauch deutliche werden.

Beim einzelnen Kind können starke frühe Belastungen und traumatische Erfahrungen weitere Probleme nach sich ziehen. So wird AD häufig im Zusammenhang beobachtet mit:

- posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD, vom Englischen ‚Post Traumatic Stress Disorder‘), einem chronischen Stresszustand, der auf einzelne außerordentlich traumatisch wirkende Ereignisse zurückzuführen ist,
- mit Aufmerksamkeitsstörungen (ADHD = vom Englischen ‚Attention Deficit Hyperactive Disorder‘), einem extrovertierten, unorganisierten Verhalten, das auf organische Probleme des Zentralnervensystems zurückgeführt wird, oder mit einem
- autistischen Syndrom, welches als Folge einer Institutionalisierung auftritt (PIAS vom Englischen ‚Post-Institutional Autistic Syndrome‘) und einen passiven-introvertiert-verharrenden Zustand kennzeichnet, der auf Vernachlässigung zurückgeführt wird.

Nur eine klinische Untersuchung des jeweiligen Kindes vermag aufzuzeigen, wie anderweitige Probleme mit einer gestörten frühen Bindung im Zusammenhang stehen. Leider aber sind die entsprechenden Untersuchungsmöglichkeiten in den meisten Fällen verschwindend gering.

Die Diagnose von AD und ihren Vorläufern wird häufig diskutiert und gefordert. Dies insbesondere, da von Fachleuten gezögert wird, so früh im Leben eine so schwerwiegende Diagnose zu stellen und weil außerordentlich extrem wirkende Methoden (entwickelt aus der Verzweiflung der emotionalen Unzugänglichkeit des Kindes heraus) mit der Diagnose in Verbindung gebracht werden. So etwa die ‚Festhaltetherapie‘ bei der das Kind durch einen Erwachsenen über Stunden festgehalten wird, um es davon zu überzeugen, die Autorität von Pflegeeltern oder Adoptiveltern zu akzeptieren. Es ist ein Falle bekannt, in dem ein Kind als Folge einer solchen ‚Therapie‘ an Sauerstoffmangel starb. Das hat die Diagnose natürlich noch umstrittener gemacht.

Ich möchte versuchen, dem Leser und der Leserin sowohl eine ausgewogene Sicht der Dinge als auch eine Reihe von Methoden darzustellen, die ebenso begründet wie praktisch umsetzbar sind. In absehbarer Zeit wird hoffentlich auch in der Wissenschaft eine ausführlichere Dokumentation zur Verfügung stehen und werden bessere Behandlungsmethoden entwickelt.

Wie entsteht eine AD im Großen und Ganzen? Hier meine persönliche Ansicht dieses Problems

Frühe Bindung: Eine weltweite Herausforderung

Wir Menschen haben mehrere Millionen Jahre damit verbracht, die frühe Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern - es bedurfte lediglich 15 Jahre um sie zusammenbrechen zu lassen.

Vom zweiten Weltkrieg an und mit einer beschleunigenden Entwicklung bis Anfang der sechziger Jahre begann eines der größten sozialen Experimente, die je in der westlichen Welt unternommen wurden: Mütter von Vorschulkindern und Säuglingen gingen außer Haus und damit räumlich entfernt von ihren Kindern der Arbeit nach. Dadurch veränderte sich nicht nur die gesamte Kultur – die religiösen Überzeugungen, das Muster des Familienlebens die Traditionen, Essgewohnheiten, die Kinderzahl und das Familieneinkommen – es brach damit auch die traditionelle Mutter-Kind-Beziehung auf und es entstand eine vollkommen neue Form der Bindung. Die Bedingungen, die es braucht, um durch frühe Beziehungen in der Kindheit zu einem menschlichen Wesen zu reifen, wurden auf den Kopf gestellt. Heute gehören wir vermutlich zu der einzigen Spezies von Säugetieren, in der Mutter und Kind während der ersten zwei oder drei Jahre nach der Geburt keine unauflöslche Einheit bilden. Man möge bei Gorillas oder Blauwalen nachfragen und erfahren, dass sie verwundert die Köpfe schütteln.

In meinem Heimatland Dänemark, brauchte es nur 15 Jahre (1960 bis 1975) um etwa 80% aller Frauen während des Tages in Fabriken und Bürohäuser zu verbannen. Die tragenden Stabilisationsfaktoren der Gesellschaft – die Kultur der Arbeiterklasse und des ländlichen Lebens - verschwanden praktisch über Nacht. Die Familie, der kulturelle Dreh- und Angelpunkt, wurde in einzelne Mitglieder aufgeteilt, die sich hin und wieder zwischen verschiedenen anderen Aktivitäten trafen. Eines der ersten sichtbaren Ergebnisse davon war, dass die Anzahl der Kinder, die als Hausgeburten und nicht in einer Klinik zur Welt kamen, von 85% im Jahre 1955 auf weniger als 1% im Jahre 1975 sank. Der erste Körperkontakt des Neugeborenen war nicht Folge der Entscheidung der Eltern, sondern oblag der Entscheidung des Krankenhauspersonals. Die Eltern agierten eher als Zuschauer, manchmal sogar durch eine Glaswand vom Kind getrennt.

Hierbei war Entscheidungsfindung des Personals zumindest nicht immer weise, so dass heute viele Erwachsene unter den Folgen der frühen Trennung leiden. Das gleiche trifft auch für deren Mütter zu. Eine erzwungene frühe Trennung schafft somit nicht nur gestörte Kinder sondern bringt auch die Eltern durcheinander. Mütter, die körperlich von ihren Neugeborenen getrennt werden, und sei es auch nur für kurze Zeit, machen oft die lang dauernde ausgeprägte Erfahrung irrationaler Schuldgefühle. Sie neigen dazu, sich dem Neugeborenen gegenüber beziehungslos und entfremdet zu empfinden und als unfähig und unsicher in der Beurteilung der kindlichen Signale und Bedürfnisse. Sie sind auch unsicher in ihrer Entscheidung darüber, wie sie sich dem Kind gegenüber verhalten sollen. Dies ruft natürlich häufig eine wechselseitige Verkettung von Missverständnissen und unerfüllten Bedürfnissen zwischen Mutter und Kind hervor. Ganz zu schweigen davon, wie der Vater, der von Geburtserfahrung und Körperkontakt mit dem Baby ausgeschlossen ist, seine Hingabe gegenüber seinem Kind zum Ausdruck bringen soll, das lange nach der Geburt aus der Klinik kommt.

Das nächstfolgende Resultat der Veränderungen im Arbeitsleben war die etwa fünf Jahre später (parallel zu der Zeit, da Frauen der Arbeit wegen das Haus verließen) in die Höhe schießende Anzahl von Scheidungen, welche in den o.g. dänischen Familien ein neues Rollenbild schuf: das der schutzlosen überarbeiteten allein erziehenden Mutter. In vielerlei Hinsicht übte diese Entwicklung eher einen zerstörerischen Einfluss auf viele Familien aus als einer angemessenen Neuorientierung und einer aussichtsreichen Erneuerung der Lebensart Ausdruck zu verleihen. Die materielle Absicherung, die dadurch gewährleistet war, dass beide Elternteile arbeiteten, führt zu einer Armut in puncto Reproduktion. Heutzutage stellen die Europäer 25% der Weltbevölkerung in 20 Jahren werden es nur noch 17% sein. Die heutigen Eltern sind auch verhältnismäßig alt, wenn sie ihr erstes Baby erwarten. Sie waren niemals verantwortlich für kleinere Geschwister, sie hatten in einer frühen Lebensphase eine ganze Reihe von neuen Begegnungen, sie sahen aber weder ihre Eltern noch ihre Großeltern besonders häufig. Wenn sie selbst ihr erstes Kind in den Armen halten, wissen sie nicht, was zu tun ist,

außer sich selbst und des Kindes wegen sehr ehrgeizige Ziele zu verfolgen.

Die Probleme, die Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zeigen, haben sich verändert. Die neurotische Persönlichkeit (sehr bindungsbezogen, aber im Alter zwischen drei und fünf Jahren in den Konflikt zwischen Selbstverwirklichung und streng genommenem Über-Ich verwickelt) ist mit der sich auflösenden Familien und deren Moralvorstellungen verschwunden und wurde durch das intelligente, verzogene, emotional unsichere Kind ersetzt, das über wenig fest gefügte Rollenvorbilder verfügt und das dazu neigt, seinem eigenen Kopf zu folgen und sich durch Erzieher nicht beeindruckt lässt. Später dann neigen diese Kinder dazu, wie besessen ‚Mensch-ärgere-dich-nicht‘ zu spielen, sind narzisstisch, machen sechs Stunden täglich Dauerlauf oder erschöpfen sich in übertriebenem Ehrgeiz und Illusionen ewiger Jugend.

Der theoretische Ansatz in der Kinderpsychologie folgt dieser Veränderung nur zögerlich. In der Tat sind unsere weltanschaulichen Grundlagen der Behandlung, unsere Methoden (so wie etwa Spieltherapie und Gesprächstherapie) und unsere allgemeinen Vorstellungen davon, was Kinder brauchen, immer noch im Wesentlichen an Problemen neurotischen Verhaltens orientiert. Und traurig genug sind diese Methoden häufig ausgesprochen anti-therapeutisch in ihrer Wirkung, wenn sie auf die verhältnismäßig kleine Anzahl von Kindern mit schwerwiegender AD angewendet werden. Wir erwarten, dass Kinder während des Tages ihre eigenen Entscheidungen fällen, sozialen Initiativen ergreifen und in unterschiedlichen Gruppen tätig sind. Diese Erwartung ist bei den großen Mehrzahl der Kinder gerechtfertigt, die Unterstützung durch ihre Eltern erfahren, aber sie ist viel zu hoch gesteckt für Kinder, die von Haus aus dieses Grundvertrauen in ihre Fähigkeiten nicht besitzen.

Heutzutage verbringen z.B. in Dänemark 80% aller Kinder im Alter zwischen 6 und 36 Monaten den Tag in einer Kinderkrippe oder einem Kindergarten. Im Jahre 1948 beliefen sich die Ausgaben für Kinder auf etwa 25% des Familieneinkommens. Derzeit stellen Kinder gleichermaßen Kostenfaktor, Problem und Luxus dar, den man sich „leistet“. Deshalb haben wir so wenige Kinder und bekommen sie so spät im Leben.

Heute muss ein Kind von früher Jugend an mit einer mehr oder wenig vorhersagbaren Anzahl von Erwachsenen und anderen Kindern, deren Zusammensetzung sich oft im Laufe des Tages ändert, umgehen können

Der Wissenschaft verdanken wir die Erkenntnis, dass ein Kind unter günstigen Umständen vor dem dritten Lebensjahr mit vier oder fünf Personen eine Beziehung eingehen und sich zu einem geistig gesunden Erwachsenen entwickeln kann. Die Tagesstätte ist eine sehr erfolgreich in Ergänzung der elterlichen Bemühungen (vermutlich weil sie dem familiären Rahmen ähnelt), aber man macht sich Sorgen darüber, ob es auch für ein sehr kleines Kind gut ist, den ganzen langen Tag in einer Einrichtung mit vielen anderen Kindern und nur wenigen Betreuungspersonen zu verbringen. Die NICHD-Studie über Tagesstätten (2003) kommt zu dem Schluss, dass diese Form der Betreuung für Kinder zwar angemessen ist, dass aber diejenigen davon, die jünger als zwei Jahre sind und dort den ganzen Tag verbringen, zu Verhaltensauffälligkeiten neigen. Obwohl die Studie nicht ausführlich genug ist, um die genauen Gründe dafür aufzuzeigen, gibt sie Anlass zur Sorge darüber, welches Ausmaß an Trennung kleine Kinder ertragen können. Auch in den ehemals sozialistischen Ländern, in denen der Staat für kostenfreie Pflege der Kinder sorgte, während die Mütter arbeiteten, macht man sich nun Gedanken darüber, dass sich heute viele Eltern keine qualifizierte Tagespflege ihrer Kinder leisten können, da sie beide zwei oder drei Beschäftigungsverhältnisse brauchen, nur um überleben zu können.

Eine der kostspieligsten Errungenschaften der heutigen Gesellschaft besteht in der Tat darin, sich während der vielen Stunden, da die Eltern arbeiten, eine qualifizierte Kinderbetreuung leisten zu können. Der Preis dafür steigt zunehmend, da diese Betreuung weder rationalisiert noch durch Einsatz von Computern verbilligt werden kann, so wie dies bei vielen anderen Aufgaben unserer Gesellschaft der Fall ist, denn sie basiert auf persönlichem Kontakt.

Ich spreche hierbei mit Sicherheit nicht „von der guten alten Zeit“ der Kinderbetreuung vergangener Tage. Unsere Gesellschaft basiert heute auf einer vollzeitigen Integration der Frauen in das Erwerbsleben- und es muss deshalb auch eine gesellschaftliche Pflicht sein, die Familie und insbesondere die Mütter während der ersten Lebensjahre ihrer Kinder zu unterstützen; und zwar durch eine verlängerte Auszeit vom Arbeitsleben nach der Geburt, durch weit gefächerte und billige Möglichkeiten einer sicheren Säuglings- und Kleinkinderbetreuung während die Eltern arbeiten,

sowie durch eine kostenfreie Ausbildung und Nachschulung für die Mütter, sobald diese ins Berufsleben zurückkehren. Dies ist ein geringer Preis, den eine Gesellschaft zu entrichten hat, gemessen an dem Mehr an Wohlstand, das durch die Frauenarbeit in die Gesellschaft einfließt. Eine solche Forderung ist umso nachdrücklicher in jenen Ländern zu erheben, in denen die Industrialisierung rasch voranschreitet und die Mütter sowohl einen außerordentlich langen Arbeitstag haben als auch dafür so gut wie nicht entlohnt werden.

Wie viele Kinder verloren diese sichere Geborgenheit bei plötzlich eintretender Veränderung während der ersten Bindungsphase? Wählt man erneut Dänemark als ein Beispiel, so ist man hier in einem System eingebunden, in dem jede Mutter von Kindern bis zu drei Jahren mehrere unentgeltliche Besuche einer Gemeindegemeinschaft für das öffentliche Gesundheitswesen erwarten darf. Laut Aussagen dieser Schwestern (1992) fühlen sich im Allgemeinen etwa 80% der Kinder im psychologischen Sinne wohl und entwickeln sich gut. Sie können sich aufgrund einer stabilen Beziehung und einem relativ harmonischen Elternhaus auf viele Sozialkontakte gut einstellen. Für die Gesellschaft als Ganzes betrachtet, liegen somit bisher keine Zustände vor, wo wir mit Panik reagieren müssen. Jedoch, und dieser Sachverhalt ist schwerwiegend genug, zeigen 15% der Kinder dieser Altersgruppe geringfügige Anzeichen von Deprivation, so wie etwa Mangelernährung (Fettsucht, Magerkeit, Vitaminmangel) oder Anzeichen der Unsicherheit, die sie daran hindern, die Umwelt als sicher genug einzustufen, um darin Erfahrungen zu machen. Sie haben zu viele Trennungen, zu viele neue Institutionen und wechselnde Personen erlebt, um ihr Leben als glücklich zu betrachten. Trotz hochschnellender Ausgaben schulische Einrichtungen, die alle vom Staat bezahlt werden, betrachten sich ein Drittel aller Schulabgänger als Verlierer des Systems. Diese Menschen haben dann generell eine geringe Selbstachtung. In den letzten zehn Jahren stieg der Prozentsatz für besondere Schulklassen für Kinder mit sozialen Problemen gemäß der offiziellen Statistik um 300% an.

Etwa 5% aller dänischen Kinder zeigen eindeutige Anzeichen einer ausgeprägten Deprivation, d.h. sie weisen einen ernst zu nehmenden Mangel an Kontaktfähigkeit auf und leiden unter den psychologischen Folgeerscheinungen von Gewalt, sexuellem Missbrauch, Mangelernährung etc. Diese Kinder wachsen praktisch immer als Menschen auf, die an einer Zusammensetzung von schweren Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen leiden.

Wäre diese Veränderung in der Art und Weise der Kindererziehung nicht so schnell eingetreten, so hätten wir die Schwierigkeiten besser auffangen können oder uns daran anpassen. Ein plötzlicher Bruch persönlicher Bindung resultiert nämlich vermutlich nicht allein aus der Tatsache, dass Veränderungen eintreten (in manchen alten Kulturkreisen werden Kinder sehr erfolgreich in der Gruppe aufgezogen) sondern hat auch mit dem Tempo zu tun, mit dem dies geschieht, denn dadurch wird eine allmähliche Anpassung an diese neue Lebensbedingung vereitelt.

Ich möchte diesen Gedanken an einem Beispiel ausführen, das die Erfahrungen des englischen Anthropologen Turnbull (1987) wiedergibt: Dieser lebte gemeinsam mit dem Stamm der Ik im Hochland von Uganda und traf dort auf Menschen, die einander bestahlen, wo die Alten und Kinder missachteten, wo die Menschen einander offensichtlich betrogen und wo Täuschungsmanöver als eine Form der Kunst galten. Nur ein einziges Mädchen versuchte sich persönlich zu binden. Ihre Eltern jedoch sperrten sie ein, weil sie glaubten dieses Verhalten sei in hohem Maße abnormal. Sie starb schließlich und ihre Eltern warfen ihren Leichnam den Tieren zum Fraß vor. Im Allgemeinen wuchsen Kinder vom dritten Lebensjahr an ohne Rollenvorbilder in Banden auf und stahlen vom zweiten Lebensjahr an Nahrungsmittel, um zu überleben. Man könnte nun einwenden, dass dieses sich weitab von uns zuträgt, Turnbull indes wollte etwas Wesentliches herausfinden, nämlich warum diese Kultur so viele AD-Mitglieder aufweist. Er befasste sich mit ihrer Geschichte und stellte fest, dass sie 40 Jahre zuvor aus einer großen Gruppe von freundlichen sozialen Menschen bestanden hatte, die sich aus Jägern und Sammlern zusammensetzte. Von jetzt auf gleich aber gingen sie aufgrund eines Regierungsbeschlusses ihrer Jagdgründe verlustig und konnten sich an die neue Umgebung, ein Bergwelt, die sich zuvor nur als temporäres Rückzugsgebiet verwendet hatten, nicht anpassen. Die Kultur als Ganzes verfiel.

Ein weiteres Beispiel: In Grönland hatten sich die Eskimo-Stämme im Verlauf von Tausenden von Jahren an das Leben im Rahmen von kleinen küstennahen Jagdgemeinschaften angepasst. Sie verfügten über eine wohl ausgeformte Tradition im Betreuen und Großziehen von Kindern. Dazu gehörte auch, dass der ganze Stamm im Frühjahr einen dreitägigen Ausflug mit Picknick in die Berge unternahm, wo jene Kinder, die im Winter geboren worden waren, laufen lernen konnten und alle ungelungenen Gehversuche

von der Stammesgemeinschaft gepriesen wurden. Um 1960 herum zwang die dänische Regierung fast alle Eingeborenen in neu erbaute Städte. Fünfzehn Jahre später litt die nachfolgende Generation zu einem enormen Prozentsatz an falsch angepasstem, alkoholisiertem, psychotischem, seiner Identität beraubten Nachwuchs mit sprunghaft ansteigender Selbstmordrate.

Der Zusammenbruch der kommunistisch geprägten Gesellschaften in Russland, Rumänien und anderen Ländern wurde zu einer Keimzelle von verlassenen Kindern, die in Straßenbanden überlebten und von adoptierten Kindern, die zahllose Adoptiveltern zur Verzweiflung bringen. Denn Letztere hatten geglaubt, dass Zuneigung die Wunden heilen würde und wurden stattdessen selbst verletzt. Ich erinnere mich an eine Frühstückspause während der Arbeit im Jahre 1988, wo einer der Mitarbeiter den Vorschlag in Umlauf brachte, eine neue Abteilung für rumänische Kinder von Adoptiveltern einzurichten. Dieser Vorschlag erwies sich, wie eine biblische Vision, im Großen und Ganzen als richtig. Es war Hoksber (2004), der eine ausführliche Studie über ausländische Kinder anstellte, die in Holland adoptiert wurden, dazu gehörten insbesondere 74 rumänische Kinder.

Am anderen Ende der Skala zwischen ‚Veränderung und Tradition‘ gibt es Gesellschaften, die zugunsten einer Stabilität auf Entwicklungen verzichten haben, so wie etwa die Amischen von Nordamerika, die aufgrund ihrer gleich bleibenden Lebensform praktisch keine Mitglieder mit offen zu Tage tretenden AD oder Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Auch jene Psychopathen, die es den Regeln der Wahrscheinlichkeit folgend, geben sollte, sind in Traditionen und soziale Regeln des täglichen Lebens eingebunden.

Diese Beispiele verdeutlichen die Auffassung, dass jede rasche Veränderung in einer Gesellschaft in vielen Familien und Individuen die Fähigkeit zur Anpassung unmöglich machen kann und dass dies in manchen Fällen in der Nachfolgeneration zu einigen leicht erkennbaren physischen Symptomen und Persönlichkeitsstörungen führt.

WAS GESCHIEHT WENN SIE HERANWACHSEN?

Die Statistik lehrt uns, dass etwa 15 bis 20 Jahre nach der oben erwähnten radikalen Veränderung bezüglich des Arbeitsplatzes dänischen Mütter - also dann wenn die Kinder, die als Säuglinge Zufallskontakte mit Menschen hatten, die nicht ihre Eltern waren, das Jugendalter erreichen - die nachfolgend aufgeführten Probleme Heranwachsender einen großen Zuwachs zeigen:

Persönlichkeitsstörungen (antisoziale Persönlichkeit, Borderline-Störungen)

schwerwiegende Identitätsprobleme, das Gefühl von Bedeutungslosigkeit und einem Mangel an Lebensfreude
Depressive Verstimmungen und Selbstmordversuche (Dänemark hat trotz ausgeglichenen Einkommensverhältnissen und einem gut ausgebautem System der sozialen Unterstützung eine der höchsten Selbstmordraten in der Welt; das gilt besonders für Mädchen)

Selbstverletzendes Verhalten, sozialer Rückzug, aggressives oder stereotype, bedeutungsarme Verhaltensweisen
Suchtprobleme

Veränderte Aktivierungszustände (Hyper- oder Hypoaktivität)

Essstörungen (Anorexie, Bulimie)

Autoimmunerkrankungen (so wie bestimmte Formen von Ausschlag, Arthritis und Asthma)

Symptome dieser Art waren schon immer Teil der Pubertätskrise, nun aber zählen auch viel mehr jüngere Kinder zu dieser Gruppe und geraten in einen Regelzustand der Dysfunktion, der dringende Hilfe notwendig macht.

Gerade diese aufgezählten Störungsbilder während der Jugend haben ein gemeinsames Merkmal: Sie sind identisch mit den Reaktionen von Säuglingen, die zu lange von ihren Müttern getrennt wurden! Ist es denkbar, dass jene Kinder, die klar umgrenzte Symptome der Verlassenheit während der Kindheit zeigten, diese in

verstärkter Form im nächsten kritischen Lebensabschnitt während der Pubertät wieder auftreten? Ist es ferner möglich, dass diese Krise, statt eine Transformation in die Welt der Erwachsenen einzuleiten, eine Art Domino-Wirkung der Unausgeglichenheit und nachfolgenden Regression auslöst? Ich glaube, dass dem so ist.

ES IST NICHTALLEIN EIN PROBLEM DES INDIVIDUUMS, SONDERN EINES, DAS UNS ALLE BETRIFFT

Ich möchte den beunruhigten Leser, der ein AD-Kind unter seiner Obhut hat, daran erinnern, dass er weder allein dasteht, noch allein die volle dafür Verantwortung trägt. Jeder Erzieher sieht sich auch einem allgemeinen Problem der Gesellschaft gegenüber, das darf weder verborgen werden, noch allein der Privatsphäre überlassen bleiben. Ich sage dies, weil die praktische Erfahrung als Mentor mir gezeigt hat, dass Menschen, die mit diesen Kindern zu tun haben, (insbesondere Adoptiveltern ohne vorausgehende Erfahrung mit AD) dazu neigen, sich mit sich mit Vorwürfen, überbordenden Illusionen im Hinblick auf mögliche Wunder, mit Gefühlen von Ärger, Hoffnungslosigkeit und Inkompetenz zu quälen. In anderen Worten: Sie fallen der gleichen emotionalen Dynamik anheim wie die Kinder, die ihnen anvertraut sind und sind deshalb für sie nur von geringem Nutzen.

UNSERE UNBEWUSSTEN GRUNDLEGENDEN VORSTELLUNGEN VON KINDERN UND KINDHEIT

Bei der Therapie eines AD-Kindes bildet der Therapeut selbst das größte Hindernis. Ein AD-Kind wird dieser Ansicht sofort zustimmen und auch der Therapeut wird es erleben, denn unsere gewöhnlich angewandten Methoden greifen nicht mehr. Diese Anfangserkenntnis wirkt sich zusätzlich belastend auf die Tatsache aus, dass Erfolg aus Fehlern entsteht. Seien Sie deshalb geduldig sich selbst gegenüber, wenn sie frustriert sind (vom Lateinischen frustrare = zum Narren halten, täuschen, enttäuschen etc), und seien sie bereit, ihre emotionalen, kognitiven und weltanschaulichen Einstellungen neu zu verorten.

Wenn man von der schwersten Form der AD spricht, die manchmal zu einer Psychopathologie im erwachsenen Alter führt, stellen wir uns gewöhnlich entweder eine hochintelligente, widerspenstige, betrügerische Person der Wall Street vor, oder einen angeberischen Muskelprotz, der sich genötigt fühlt, jeden zusammenzuschlagen, der ihn herausfordert. Was wir nicht tun, ist diese Gedanken an AD mit dem Begriff der der ‚Unschuld‘ der Kindheit zu verbinden. Unsere allgemeine Vorstellung der Kindheit beinhaltet eine unbewusste persönliche Erfahrung des Geliebt- und Umsorgtseins. Erwachsene Psychopathen hingegen haben mit ihrem Leben irgendwo da begonnen, wo weder Liebe noch umsorgende Pflege selbstverständlich waren. Manchmal ist niemand da, der dies vermitteln könnte, manchmal kann das Kind aufgrund eines angeborenen Mangels die angebotenen Gaben nicht annehmen. Der Mutter-Kind-Mythos ist ein vielfach mit religiösen, moralischen und emotionalen Grundstrukturen verwobenes Gefüge und als Therapeuten gelingt es uns oft nicht, die Kehrseite dieser Strukturen zu verstehen: Wie kann man ein Kind begreifen, dessen Mutter-Kind-Erfahrungen darin bestehen, dass es mit glühenden Zigaretten verbrannt, von widerwärtigen Erwachsenen geschlagen wurde, oder das während des ersten Lebensjahres in einem Brutkasten isoliert lebte oder völlig ignoriert wurde. Und wenn sie sich vorstellen können, dass so etwas möglich ist, wie, glauben sie dann, sollte dann das Kind in seinem späteren Leben auf einen innigen Kontakt reagieren?

Wir neigen dazu, besonders wenn wir mit Kindern arbeiten, unseren Beruf als geeignet zu betrachten, dem Kind die Liebe und Sorgfalt zukommen zu lassen, die es zuvor in seinem Leben vermisste. Aber bereits von einem sehr frühen Alter an (meiner Erfahrung nach vom ersten bis dritten Lebensjahr) kann sich diese Absicht *manchmal* als hoffnungsloses Unterfangen herausstellen. Wenn es um Kinder geht, verhalten sich Sozialarbeiter und Therapeuten auch ein wenig wie ein Größenwahnsinniger, der glaubt, dass

jeder durch die magische Berührung eines therapeutischen Zauberstabes gesund, liebenswert und vertrauenswürdig werden könne. Viele solcher falschen Vorstellungen stammen aus tief verwurzelten Überzeugungen, die durch unsere eigenen positiven Erfahrungen vor dem dritten Lebensjahr geprägt sind. ‚Wenn die gegebene Liebe nicht genügt, dann müssen wir mehr geben‘ scheint die zugrunde liegende Idee zu sein. Aber möglicherweise ist die Frage der Liebe nicht die erste, die man angehen muss.

Welches sind die Grundbausteine, die die Fähigkeit der Liebe und gegenseitigen Wertschätzung bilden? Ich möchte zur Beantwortung dieser Frage ein Gedankenexperiment aus der Philosophie anführen. Stellen sie sich ein neugeborenes Kind vor, das Schwierigkeit hat, sensorische Informationen zu ordnen (Hör- und Sehvermögen, Geruch, Berührung, Veränderungen im Gleichgewicht etc.). Wenn die sensorische Entwicklung verlangsamt ist, wird das Kind auch daran gehindert, Begrifflichkeiten zu bilden, die es braucht, um die damit in Beziehung stehenden lebenserhaltenden erhaltenden Kontakte zu begreifen: Etwa die Botschaft, dass es jemanden gibt, der es liebt und für es sorgen möchte. Viele Kinder, die später AD erfahren, leiden auch an sensorischen Defiziten oder Defiziten der sensorischen Integration in früher Kindheit. Stellen sie sich nun des Weiteren vor, dass dieses Baby eine Mutter hat, die, ob sie nun ihr Kind liebt oder nicht, jedenfalls nicht in der Lage ist, ihr Kind häufig genug auf die einem Säugling angemessene Art zu berühren und physischen Kontakt und Pflege zu vermitteln. Und wenn sie es tut, so ist sie nicht in der Lage, die Signale des Säuglings zu verstehen, überstimuliert oder depriviert ihn. Sie überlässt das Baby oft und zufällig anderen Personen, wie etwa Nachbarn, die das Kind nicht kennt, und bittet diese, auf es zu achten. Oder stellen sie sich ein Baby vor, dass den ganzen Tag im Waisenhaus in seiner Wiege liegt und nur etwa fünf Minuten pro Tag menschlichen Kontakt erfährt. Stellen sie sich vor, dass a) der Vater entweder abwesend ist, b) gewalttätig oder auf andere Weise für das Kind gefährlich ist oder c) dass er immer wieder durch neue „Väter“ ersetzt wird.

Wird dieses Kind fähig sein, sich zu irgendjemandem hingezogen zu fühlen oder eine tiefer gehende Beziehung im späteren Leben zu bilden?

Anders ausgedrückt, die Hypothese, die diesem Buches zugrunde liegt, besagt, dass die Fähigkeit zu lieben und sich zu anderen Personen hingezogen zu fühlen, sehr stark vom physischen (und deshalb emotionalen) Kontakt abhängt, der einem Menschen in einem frühem Lebensabschnitt zuteil wurde (und der in der Lage war, diesen zu erfahren). Das AD-Kind hat somit entweder wenig Kontakt gehabt oder war unfähig, diese Beziehung in einem Ausmaß zu erleben, die es ihm ermöglichten, lang andauernde wechselseitige Beziehungen einzugehen. Das ist möglicherweise der Grund dafür, dass die normalerweise durchgeführte Psychotherapie (die auf einer wechselseitigen Beziehung zwischen Klient und Therapeut beruht) bei dieser Klientel fehlschlägt.

Ein Anfänger auf diesem Gebiet, der den kühnen Versuch unternimmt zu den Emotionen des Kindes „durchzudringen“, vergeudet unvermeidlich gute, weil notwendige Zeit. Der Preis für diese Niederlage besteht, so kann man hoffen, in ein wenig mehr Geduld (auch dem eigenen unbeholfenen Selbst gegenüber) einer professionelleren Haltung – und der verblüffend einfachen Einsicht, dass nicht jeder so fühlt, handelt und lebt, wie wir selbst es tun.

Die Therapie mit AD Kindern besteht nur in seltenen Fällen, darin, den Frosch zu küssen und zuzuschauen, wie er sich in einen wahrhaften Prinzen verwandelt. Sie ist eher eine Frage des Anerkennens der Tatsache, dass eine frühe Deprivation die psychologische und soziale Entwicklung eines Kindes verlangsamen oder zum Stillstand bringen kann. Jedoch kann ein Kind, das in einer frühen Phase dieser Entwicklung verharrt, entsprechend des bestehenden Therapieangebotes Fortschritte machen. Diese Veränderung ist das Resultat einer Entwicklung, die bereits angelegt ist und ist nicht das Produkt der eher trügerischen erscheinenden Anstrengung, die Realität an unser eigenes Maß der Dinge und unsere eigenen Erwartungen anzupassen

Indem man mit Kindern arbeitet, wird offenkundig, dass sie sich nach ganz eigenem Muster entwickeln und zwar trotz der Mühe, die wir aufwenden, sie zu verändern oder vorher zu bestimmen. Bei der Arbeit mit AD-Kindern wird auf geradezu schmerzhaft Weise klar, dass diese nur dann Entwicklungsfortschritte machen, wenn der Therapeut in der Lage ist, ihr Naturell zu erfassen und ihnen dabei hilft, sich langsam aus dem Zustand mangelnder Reife zu befreien. Jeder, der erwartet, dass AD-Kinder Dankbarkeit zeigen oder das professionelle Selbstbild dadurch bestätigen, dass sie sich rasch ändern, wird zum Opfer seines Klienten und dieser wiederum wird das seiner eigenen Beschränkungen.

Der Begriff der „Therapie“ kommt vom Griechischen „theraps“ und bedeutet „Diener“, und in der Tat sorgt ein professionell arbeitender Therapeut für eine Umgebung, die der Entwicklung des Kindes dient. Gemäß dem Philosophen Kirkegaard, kann man einem anderen nicht helfen, es sei denn man versucht zu verstehen, wie die andere Person die Welt sieht. An AD-Kind kann sein Gegenüber durchaus als einen leichtgläubigen Gegner betrachten, der einfach und durch die trivialste Lüge übertölpelt werden kann, der hart arbeitet, anstatt die anderen für sich arbeiten zu lassen und der schließlich durch Furcht, Gewissen, Liebe und andere nachrangige Gefühle eingeengt wird, die allesamt einer unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung entgegen stehen. Er oder sie betrachtet einen Therapeuten möglicherweise gar nicht als eine Person, sondern eher als eine Sache, so wie ein Spielzeug oder ein Handwerkszeug und zieht ihn nur zum Spaß auf seine Seite bzw. unternimmt bizarre Versuche mit dessen hochgeschätzten Gefühlen: *Ein 12-jähriger Junge kommt in das Dienstzimmer des Personals und sagt „ Ich habe gerade Thomas umgebracht!“ Wir hasten hinaus, um nach den Überresten von Thomas zu forschen, aber der streicht ganz glücklich einen Zaun. Wir gehen zum Jungen zurück und dieser sagt: “Ich habe ihm überhaupt nichts getan – ich wollte einfach nur wissen, wie sie reagieren würden.*

Die häufigste erste Reaktion auf solch ein unerfreuliches Zusammentreffen ist Abscheu, Wut, Argwohn und kopflöser Aktionismus seitens des Therapeuten. Es kommt, kurz gesagt, zu einer temporären Regression, die durch das Gefühl, ins Herz getroffen zu sein, ausgelöst wird, und dieses Gefühl resultiert zum Teil aus der Realität (wenn man andauernd den Psychopathen mit therapeutischen Forderungen verärgert, um eine emotionale Reaktion zu provozieren, könnte er den Wunsch erfüllen, indem er gemeinsam mit dem Therapeuten einen Wutausbruch erlebt) Eine andere eher diffuse Bedrohung leitet sich aus der Erfahrung ab, dass man, provoziert durch den Klienten, eine beängstigende Tiefe an Inhumanität erlebt und dass die professionelle oder elterliche Identität und Werteüberzeugung im Laufe dieses Prozesses in Frage gestellt werden.

In Reaktion auf die verloren gegangene Illusionen einer therapeutischen Allmächtigkeit und die daraus resultierende Hoffnungslosigkeit kommt es eventuell zu einem verbesserten Gefühl für die Realität und wir sehen uns deshalb in der Lage interessantere und ergiebigere Fragen zu stellen. So wie etwa: Wie übernimmt man Verantwortung für eine andere Person (und damit auch für sich selbst), wie schafft man eine Umwelt, in der ein AD-Kind verhältnismäßig gelassen und sicher agieren kann, und wie hilft man einer benachteiligten Person, indem man die Natur des Handicaps als solche anerkennt statt versucht, es auszulöschen.

MEINE EIGENEN VORSTELLUNGEN

Viele Jahre lang habe ich die meiste Zeit in einer Pflegestelle mit AD-Kindern gearbeitet, wodurch natürlich meine Ansichten mehrmals verändert wurden. So z.B. als ein Kind mitten im Winter den vereisten Kamin eines dreistöckigen Hauses empor kletterte und in seiner Verzweiflung drohte herunter zu springen. In einem Tränenausbruch schrie er, dass sein Leben sinnlos sei, dass er seine Mutter vermisste, das Personal lieblos sei und dass er sterben wolle. Nach einigem Zögern kletterte ich tapfer hinauf, um ihn zu retten, jedoch nur um auf halbem Wege festzustellen, dass er diese Szene gestellt hatte, um sich und seine zwanzig Gefährten unten zu unterhalten. Zuvor hatte er mit den anderen Kindern gewettet, ob er mich auf das Dach würde lotsen können oder nicht! Danach sammelte der kleine Buchmacher ungerührt sein Geld von den anderen ein, während ich mich in mein Büro zurückzog, über die Wesensart des AD nachdachte und darüber, wie ich den von paranoiden Kontrollphantasien besessenen Mitarbeitern helfen könnte.

Ein anderes Beispiel betrifft ein kleines sechs-jähriges Mädchen mit blonden Haaren und blauen Augen, das mich voller Begeisterung davon unterrichtet, dass es „die neue Lehrerin dazu bringen kann, die Hautfarbe zu ändern!“ Ich bat sie, das zu tun. Wir setzen uns zusammen mit der Lehrerin hin und das Mädchen weist auf mich und sagt: „Dieser üble Mensch hat gerade eben seine Hand in meine Hose gesteckt!“ Unsere neue Lehrerin wird rot, während sie diese interessante neue Botschaft verdaut. Das Mädchen lächelt glücklich, schaut sie dann streng an und sagt: „Ich weiß, was du gestern mit Tommy gemacht hast – ich könnte den Erwachsenen alles darüber erzählen“. Die nun blass gewordene Frau hatte vergessen ein Kind an der Bushaltestelle abzuholen und es war ihr

zu peinlich gewesen, es den anderen Mitarbeitern zu erzählen. So fuhr das Kind mit Erzählen fort, drehte sich nach einer Weile zu mir um, um triumphierend und mit unschuldigem Enthusiasmus zu verkünden: „du siehst, ich kann sie jederzeit dazu bringen, ihre Hautfarbe zu ändern!“ Ich sagte dem Mädchen, es solle aufhören die Frau zum Narren zu halten und stattdessen mit seinem Fahrrad spielen, während ich die Frau wieder aufrichtete. Dieses Mädchen ist sechs Jahre alt und kann immer noch nicht eine Person von einer Sache unterscheiden. Für es ist ein Mitglied des Betreuungspersonals ähnlich wie ein etwas weiter entwickelter Automat. Eine Woche später bringt mir das Mädchen ein totes Spielkaninchen, welches es gerade zuvor mit einer Schere in vier Stück geschnitten hatte und sagt unbeteiligt: „Es funktioniert nicht mehr und blutet die ganze Zeit. Kannst du es nicht wieder zusammensetzen? So viel zum Thema „glückliche Kindheit“.

REALISMUS: DIES IST EINE BENACHTEILIGUNG WIE JEDE ANDERE AUCH

Was hier zu sagen ist, verdichtet den Eindruck, dass diese Kinder wahrhaftig benachteiligt sind – sie leiden an einer tiefgehenden sozialen und emotionalen Unreife bis zur vollkommenen Ausblendung. Stellen sie sich vor, sie hätten keine Fähigkeit zur Hemmung von Verhaltensweisen. Jedes Gefühl, jede Laune oder Angewohnheit würde dann in einer endlosen Kette von Wiederholungen bis ins Chaos hinein verstärkt. Vielleicht sind sie der Ansicht, New York sei ein sympathischer Ort und plötzlich befinden sie sich bereits in einem Bus, der dorthin fährt (vorausgesetzt ihr Interesse wurde auf dem Weg zur Bushaltestelle durch nichts anderes abgelenkt). Oder es ärgert sie eine arglose Bemerkung von jemandem und sie steigern sich darüber schnell in einen Wutanfall. Oder es spricht der Lehrer mit einschläfernder Stimme, so dass sie bereits nach zwei Minuten einnicken. Ein AD-Kind ist dergestalt benachteiligt. Es verfügt nicht oder kaum über die Fähigkeit, Empfindungen oder Handlungsimpulse zu unterdrücken oder zu ändern, sobald diese von ihm Besitz ergriffen haben. Es kann emotionale Energie weder lange halten noch festigen. Als Folge dieser Beeinträchtigung wird der Sinn für Zeit, Raum, Verhältnismäßigkeit und Zielorientierung nur auf einem sehr niedrigen Niveau entwickelt und sicherlich nicht in dem Maße, das von der Gesellschaft erwartet wird.

Angesichts dieses Auseinanderklaffens zwischen Fähigkeit und Anforderungen, entwickelt das Kind gewöhnlich die Strategie einer geschickten Verteidigung in Form von nachempfundenen Verhaltensmustern, die diese Lücke schließen sollen. Manchmal bildet diese Abwehrhaltung nicht nur einen Teil der Persönlichkeit, sondern füllt diese vollkommen aus. Das Kind lernt, jede beliebige Rolle, jedes Verhaltensmuster und Gefühlsregung ohne innere Anteilnahme nachzuahmen. Es ist geradezu besessen davon, die von ihm als garstig wahrgenommene Welt unter seine Kontrolle zu bringen, ähnlich wie diese Rolle bei Shakespeare der Herzog von Gloucester spielte (der es nebenbei gesagt zum König und Serienmörder brachte, so wie auch heute nicht wenige Herrscher)

BEGRIFFLICHKEITEN

Der Begriff der „AD“ beinhaltet in gewisser Weise (wenn auch mit negativem Vorzeichen) die enttäuschte oder anderweitig beeinträchtigte Vorstellung über persönliche Bindungen. In schwersten Fällen von AD hat das Kind allerdings keinen Begriff davon. Lassen sie mich als Beispiel das oben erwähnte Mädchen anführen. Sie hatte völlig normale Eltern, aber eine sehr schwere Geburt und war darüber hinaus mit einer Hautkrankheit geboren, die eine Sauerstoffaufnahme verhinderte. Die ersten 12 Monate verbrachte sie in einem Brutkasten, und zwar in den siebziger Jahren, als das Personal nicht wusste, wie wichtig der menschliche Kontakt für das Neugeborene ist. Sie kam folglich während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus mit kaum jemandem in Berührung. Die alten Brutkästen machten für den Außenstehenden ein summendes Geräusch, das im Innenraum bei manchen Modellen etwa 110dB erreicht. Dies entspricht, so kann man sich vorstellen, der Lautstärke von 110dB, der man ausgesetzt ist, wenn man unter einem Jumbo Jet steht, dessen Motoren zum Aufwärmen angelassen werden.

Betrachtet dieses Kind Menschen in irgendeiner anderen Art und Weise wie all die anderen Dinge ihres Umfeldes? Hasst oder liebt sie irgendjemanden (nichts in ihrem Verhalten deutet darauf hin)? Hat sie sentimentale Empfindungen, wenn sie einen Ventilator hört? Dieses Beispiel völliger Deprivation ist nicht so ausgefallen, wie sie vielleicht annehmen. Stellen Sie sich z.B. nur einige der rumänischen Pflegekinder vor, die ich in einem ähnlichen Umfeld erlebt habe. Das eben erwähnte Mädchen wurde, nachdem es aus dem Brutkasten kam, von ihren Pflegeeltern intensiv animiert und zu allem Möglichen angespornt.

Wäre dies nicht geschehen, wäre sie vermutlich eher psychotisch erschienen, statt AD-Symptome aufzuweisen. – als Sechsjährige hatte sie zumindest ein gut strukturiertes intellektuelles Fassungsvermögen.

Selbstverständlich gibt es unterschiedliche Ausprägungsgrade von AD, das vollkommen bindungsunfähige Kind, das Kind mit widersprüchlichem Bindungsverhalten, das von Haß und Sehnsucht gleichermaßen geprägt ist, das Kind mit unsicherer Bindung, das an einem geringen Selbstwertgefühl leidet, und sich entsetzlich allein und verlassen fühlt, wobei die letztgenannten Fälle nur einer AD-Diagnose nahe kommen.

Vom Standpunkt der Gesellschaft aus gesehen, verhält sich ein AD-Kind antisozial. Aus der Sicht eines Klinischen Psychologen, so wie ich es einer bin, reift ihre Persönlichkeit nicht bis zu einem Maße aus, wo sie erkennen können, was als sozial erfahren wird und was nicht, wobei die schweren Fälle eher als prä-sozial denn als bewusst anti-sozial zu verstehen sind. Die Bezeichnung einer „präsozialen Persönlichkeit“ (das Fehlen eines sozialen Verständnisses) trifft auf diese Kinder am besten zu.

Sie müssen darum kämpfen, die Komplexität auch nur der kleinsten Gruppe zu erfassen und bei der Kontrolle ihrer eigenen Kräfte sind sie so hilflos wie ein Säugling im Umgang mit einem Moped. Es bedarf eines gewissen Maßes an Reife, um sich selbst in einem sozialen System zu wissen (und zu erkennen, dass man ein Teil davon ist.) Mit durchschnittlicher Intelligenz und einer unreifen Persönlichkeitsstruktur verhaften Lösungsversuche nach zwischenmenschlichem Kontakt oft an einer pseudo-sozialen Oberfläche, d.h. der Klient kann jede zufällig vorgegebene soziale Rolle und jedes Verhalten übernehmen, bzw annehmen.

Viele gute Gründe sprechen dafür, sich mit der Natur des AD-Klienten vertraut zu machen. Einer davon ist, dass sie uns vieles über die Krankheitsanfälligkeit unserer Gesellschaft im Allgemeinen verraten, ein anderer, dass unsere Erkundungen darüber zu einer unendlich sprudelnden Quelle des Verständnisses von Bedingungen und Grenzen einer gesunden Bindungsfähigkeit werden, und zwar für das gesamte Leben.

Im laufenden Text wird das Wort „Mutter“ zwar oft aber eigentlich nur als eine Art Verkürzung des Gemeinten verwendet, denn in vielen Familien tragen der Vater, die Großeltern oder andere stabile Beziehungspersonen, so wie etwa die Pflegeeltern oder Tagesmütter ganz erfolgreich zum Bemühen der Mutter bei, ein sicheres emotionales Beziehungsgefüge für den Säuglings bereitzustellen. Der Begriff der „Mutter“ bezieht sich auf eine Funktion und nicht notwendigerweise auf ein biologisch begründetes Gefolgschaftsverhältnis. Mit diesem Ausdruck ist die Person gemeint, die während der ersten beiden Jahre hauptsächlich für das Kind verantwortlich ist und an die sich das Kind, oft auch in Verbindung mit anderen Rollenmodellen, binden kann.

Allgemeiner Auffassung nach vermag ein Säugling mit Erfolg mit vier bis fünf stabile Bezugspersonen eine Bindung aufzunehmen, z.B. mit der Mutter, dem Vater, der Tagespflege-Person einer Schwester und einem Bruder oder einer anders zusammengesetzten Gruppe, die „mütterliches“ Verhalten übernehmen. Diese „Mutter“-Funktion besteht somit in der Tat in einem „kleinen, kohärenten, behütenden, das Kind sorgfältige beschützenden sozialen System“.

WAS KANN DIESES BUCH IHNEN VERMITTELN?

Der TEIL I ist der Theorie, Ursachenforschung und Symptomatik gewidmet: Was braucht man an grundlegenden theoretischen Kenntnissen, um dieses Buch zu lesen? Was kann den Kontakt zwischen dem Kind und seiner Umgebung abbrechen lassen? Was bedeutet es, Kontakt zu haben, und zwar nicht nur im psychologischen Sinne sondern auch in verschiebenen physiologischen Entwicklungsstufen zwischen Embryonalstadium und Geburt? Der Text orientiert sich an der Chronologie kindlicher Entwicklung. Es wird Datenmaterial aus der Genetik, der Embryologie, die Neurologie und Pädiatrie herangezogen, um Ursachen und Symptome zu beschreiben

-

Der TEIL I enthält des Weiteren eine Reihe von Prüflisten für AD-Symptome in verschiedenen Altersstufen. Diese sind als Checklisten für eine mit Risiken behaftete Entwicklung zu verstehen, nicht als diagnostische Manuale, obwohl sie auch als Richtlinie dienen und bei der Entscheidung behilflich sein können, ob professionelle Hilfe von Nöten ist.

Im TEIL II wird die Therapie in verschiedenen Entwicklungsstadien beschrieben. In frühen Phasen (z.B. während der Schwangerschaft) kann sie darin bestehen, die Mutter vom Trinken abzuhalten, in einer späteren Phase mag die Therapie dem Kind helfen, sensorische Grundfunktion einzurichten und zu stabilisieren und noch später dazu beitragen, die Anforderungen der sozialen Umwelt zu meistern. Ein Kind wandelt im Verlauf von Schwangerschaft und Kindheit mehrmals seine innere, seine physiologische Organisation und jedes Mal muss auch die Therapie gewandelt und angepasst werden. Methoden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt der Entwicklung angemessen sind, können zu anderen Zeiten sinnlos, wenn nicht in ihren Auswirkungen sogar verheerend sein.

Für jedes kindliche Entwicklungsalter finden sie ZIELE, METHODEN und UMSTÄNDE die hinderlich sind (sowie Vorschläge zur Vorgehensweise), um ihre eigenen praktischen Planungen zu erleichtern.

Im TEIL III werden Richtlinien zusammengestellt, die helfen das therapeutische Milieu vorzubereiten. Es werden emotionale, physische und soziale Rahmenbedingungen angesprochen, damit das therapeutische Vorgehen besser geplant werden kann. Die persönliche Entwicklung und die Schwierigkeiten von Personen, die beruflich mit AD-Problemen zu tun haben, werden ebenso beschrieben wie die allgemeinen Aufgaben des Mentors. Auf Ebene der Gruppenarbeit werden Vorschläge zur Entwicklung und Führungsarbeit gemacht, die zur Unterstützung des Teamgeistes notwendig sind.