

# **BINDUNGSORIENTIERTE VERHALTENSTHERAPIE – EINE ERWEITERUNG DER PERSPEKTIVE<sup>1</sup>**

**Michael Borg-Laufs**

## **Einführung**

Verhaltenstherapie scheint heute vielfach ein stark störungsspezifisches Vorgehen nahelegen, wie sich aus der Vielzahl der vorliegenden Therapiemanuale ergibt. Tatsächlich können störungsspezifische Therapiemanuale auch als gut belegt gelten (s. z.B. Borg-Laufs, 2001). Allerdings wirkt manualisierte Therapie häufig eher bei leichten bis mittelschweren Störungen und wurde auch nur selten hinsichtlich der Behandlung von PatientInnen mit komorbiden Störungen untersucht. Die Behandlungsplanung kann sich aufgrund des Äquifinalitätsprinzips (unterschiedliche Ursachen führen zu gleichen Endzuständen) kaum allein am klinischen Störungsbild orientieren, zu vielfältig sind die möglichen inter- und intrapsychischen Differenzen zwischen den Betroffenen (vgl. Borg-Laufs & Merod, 2000). Vielmehr beruht eine sorgfältige einzelfallorientierte Behandlungsplanung darauf, dass über das Störungsbild hinaus eine Fülle weiterer Informationen (zur funktionalen Bedingtheit der Symptomatik, zum System, zur Motivation der PatientInnen, zu ihren Ressourcen, usw., vgl. Borg-Laufs, 2005) erhoben werden.

Von Grawe (1998) stammt der im Rahmen seiner Grundlegung einer „psychologischen Therapie“ entstandene Vorschlag, den Status der Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse in den Focus der Diagnostik und Therapie zu nehmen. Er postuliert unter Rückgriff auf ein Modell von Epstein (1991) vier psychologische Grundbedürfnisse, die menschliches Verhalten, vermittelt über einen Selbstregulationsprozess, steuern. Es sind dies die Bedürfnisse nach:

Kontrolle und Orientierung  
Bindung  
Lustgewinn und Unlustvermeidung  
Selbstwerterhöhung.

Eine genaue Analyse des Standes der Verwirklichung der vier postulierten Grundbedürfnisse ist für die Therapieplanung höchst zielführend und bietet einige Ansatzpunkte für die konkrete therapeutische Arbeit (vgl. Borg-Laufs, 2004a, 2006; Klemenz, 2003; Borg-Laufs & Hungerige, 2005).

Das Bedürfnis nach Bindung

---

<sup>1</sup> Die Inhalte wurden in der vorliegenden Form in einem Workshop bei den 10ten Rheinischen Psychotherapientagen vorgestellt. Der Artikel wurde daher auch im Tagungsband „Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie“ (Hrsg.: J. Junglas), erschienen im DPV, veröffentlicht. Für die vorliegende Online-Fassung wurden kleinere Überarbeitungen vorgenommen.

In diesem Beitrag soll das Bedürfnis nach Bindung in besonderer Weise hervorgehoben und auf seine Kompatibilität mit einer verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption untersucht werden.

John Bowlby (1975), der gemeinhin als „Vater“ der Bindungstheorie gilt, postulierte ein von der Libido unabhängiges Bindungsmotiv, d.h., er verließ die strengen psychoanalytischen Vorgaben, nach denen die Objektbindung der libidinösen Triebbefriedigung dient. Ursprünglich wurde seine Theorie daher von Psychoanalytikern massiv kritisiert (vgl. Dornes, 2000), denn ein eigenständiges Bindungsbedürfnis relativierte die Bedeutung libidinöser Triebbefriedigung wie auch die des Ödipuskomplexes.

Bowlby (1975) definiert Bindung als langandauerndes affektives Band an nicht auswechselbare Bezugspersonen. Kinder bauen, wenn sie sich nicht in einer völlig desorganisierten Umgebung befinden, immer eine Bindung auf (ggf. auch an Personen, die sie schlecht behandeln), weil sie es aufgrund des Bindungsbedürfnisses müssen (vgl. Main, 2001). Sie benötigen eine „secure base“, eine oder mehrere Personen, die ihnen Sicherheit gibt bzw. geben. Das Kind versucht, zu seinen Bindungspersonen Nähe herzustellen, will von ihnen getröstet und geschützt werden. Das Gegenstück zum Bindungsverhalten des Kindes ist die Feinfühligkeit der Bindungsperson. Es gibt Bedingungen, unter denen Kinder etwa ab dem dritten Lebensjahr auch „detachment“ – also Entbindung - zeigen. Die – dauerhafte – Trennung von einer Bindungsperson löst bei Kindern Protest, Verzweiflung und Resignation, schließlich Lösung - „detachment“ – aus. Längsschnittstudien ergaben, dass Kinder sich an Bindungsverluste nicht „gewöhnen“ können, jede erneute Trennung macht Kinder sensibler, misstrauischer gegen enge Beziehungen und „abgestumpfter gegen neue Bindungsangebote“ (Grossmann, 2000a).

Die immer noch grundlegenden Arbeiten von Ainsworth und MitarbeiterInnen (Ainsworth et al., 1978) führten aufgrund der Beobachtung von Mutter-Kind-Interaktionen in der „Fremde-Situation“ genannten Testanordnung sowie aufgrund der zusätzlichen Interviews und Beobachtungen der AutorInnen zu der bis heute weitgehend unwidersprochenen Klassifikation des Bindungsstatus' der Kinder in *sicher*, *unsicher/gehemmt*, *unsicher/ambivalent* und *desorganisiert* (vgl. allerdings die differenzierteren Vorschläge zur Klassifikation von Bindungsstörungen bei Brisch, Buchheim & Kächele, 1999).

In der „Fremde-Situation“-Versuchsanordnung wurden Kinder im Alter von 12 bis 18 Monaten in einem für sie fremden Raum mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen konfrontiert (das Kind ist mit der Mutter allein im Raum, mit der Mutter und einer fremden Person im Raum, mit der fremden Person allein im Raum, ganz allein im Raum).

Das Verhalten der Kinder wurde beobachtet, wobei insbesondere dem Verhalten in den Wiedervereinigungssituationen mit der Mutter höchste Beachtung geschenkt wurde. Als „sicher gebunden“ wurden jene Kinder bezeichnet, die die Mutter zwar freudig begrüßen und ihre Nähe suchen und schnell von ihr zu beruhigen sind, die dann aber auch in der Lage waren, die Mutter wieder zu verlassen, um den Raum explorativ zu erkunden. Einige Kinder verhielten sich so, als ob sie die Mutter nicht vermissen würden und zeigten auch keine nächesuchenden oder besonders

liebervollen Verhaltensweisen, wenn die Mutter in den Raum zurückkehrte. Sie wurden als „unsicher-vermeidend“ gebunden bezeichnet. Im Gegensatz dazu zeigten andere Kinder ein eher dramatisches Verhalten. Sie waren nach der Trennung von der Mutter verzweifelt und ließen sich auch nach der Wiedervereinigung nur schwer trösten, zeigten Ärger und Wut der Mutter gegenüber. Dieses Verhalten wurde als „unsicher-ambivalent“ klassifiziert. Als „desorganisiert“ wurde das Verhalten von Kindern bezeichnet, deren Verhalten Brüche zeigte oder bizarr erschien (Stereotypien, usw.). Zu beachten ist, dass der Fremde-Situations-Test sich nur dann sinnvoll interpretieren lässt, wenn er mit einer tatsächlichen Bindungsperson des Kindes durchgeführt wurde. „Ähnliche Verhaltensmuster mit Personen, zu denen das Kind keine oder nur eine labile Bindung entwickelt hat, sind deshalb ohne Bedeutung für die Forschung und ganz sicher auch für gutachterliche Entscheidungen und therapeutische Interventionen etwa bei Sorgerechtsentscheidungen, Kindesvernachlässigung und –mißhandlung.“ (Grossmann, 2000b).

Das beobachtbare Bindungsverhalten wird von einem „inner working model“ gesteuert, welches durch die Bindungserfahrungen entsteht und die aktuellen Bindungsbeziehungen aber auch zukünftiges Beziehungs- und Bindungsverhalten beeinflusst. Dieses innere Arbeitsmodell kann als kognitives Schema verstanden werden, welches zukünftige Wahrnehmungen und Verhaltensweisen beeinflusst (vgl. auch Zimmermann & Becker-Stoll, 2001). Bretherton (2001) beschreibt an einem Beispiel, wie ein allgemeines Schema entsteht. So macht ein kleines Kind eventuell zunächst verschiedene Erfahrungen der Art: „Wenn ich weine, nimmt mein Vater mich in den Arm, setzt mich auf seinen Schoß und tröstet mich mit sanften Worten, so dass ich mich beruhigt fühle.“ Die verschiedenen Erfahrungen verdichten sich zu dem Schema „Wenn ich traurig bin, wird mein Vater mich beruhigen.“ Schließlich kann aus verschiedenen ähnlichen Schemata ein allgemeines Schema „Mein Vater ist immer für mich da, wenn ich ihn brauche“ entstehen, welches dann auch zu allgemeinen Schemata über Väter, Beziehungen und vielleicht sogar andere Menschen generell führt.

Damit die Kinder eine sichere Bindung erwerben können, müssen die Eltern bzw. Bezugspersonen *feinfühlig* auf das Kind eingehen, indem sie kindliche Signale wahrnehmen, angemessen interpretieren und prompt und angemessen darauf reagieren (Grossmann et al., 1989). Maccoby (1980) sieht vier Bereiche, in denen sich elterliche Feinfühligkeit äußert:

Sensibilität vs. Gefühllosigkeit: Abstimmung der Reaktionen auf das kindliche Verhalten, die Eltern-Kind-Interaktion folgt einem zyklischen Muster vs. willkürliches Eingreifen nach Lust und Laune.

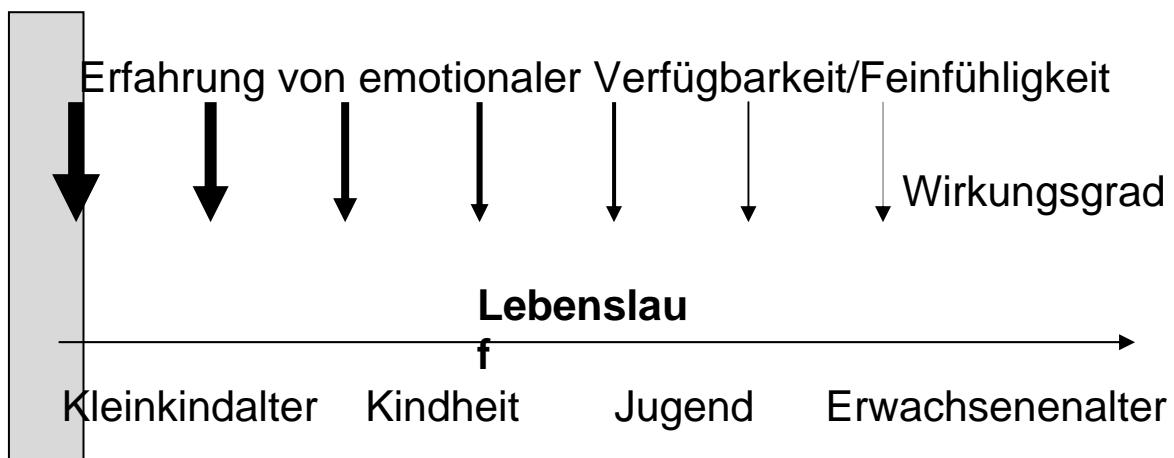
Annahme vs. Ablehnung: Wenig Ärger über das Kind vs. Groll gegen das Kind.

Zusammenarbeit vs. Eingreifen: Das Kind wird als unabhängig respektiert vs. die Eltern zwingen ihm ihren Willen auf.

Zugänglichkeit vs. Nichtbeachtung: Eltern lassen sich durch ihre Kinder ablenken, reagieren auf sie vs. Eltern ignorieren ihre Kinder.

Heute wird die Bindungsorganisation nicht als ausschließlich frühkindlich determiniert gesehen, sondern als ein im Laufe der Entwicklung veränderbares Merkmal, wobei allerdings zu beachten ist, dass die Sensitivität für äußere Einflüsse (Feinfühligkeit und emotionale Verfügbarkeit der wichtigen Bezugspersonen) mit wachsendem

Lebensalter sinkt (vgl. Abb. 1). Demnach ist die Etablierung einer sicheren Bindungsrepräsentation zwar im Kleinstkindalter durch adäquates Verhalten am einfachsten herstellbar, aber auch in der weiteren Kindheit und eventuell auch im späteren Lebensverlauf können korrigierende Erfahrungen das innere Arbeitsmodell von Bindung entscheidend verändern.



**Abb. 2:** Entwicklung der äußeren Beeinflussbarkeit der Bindungsorganisation über den Lebenslauf (aus Borg-Laufs, 2001; in Anlehnung an Spangler & Zimmermann, 1999).

Problematische Bindungsschemata bzw. problematisches Bindungsverhalten müssen als Risikofaktoren betrachtet und gute, sichere Bindungen als Schutzfaktor (Ressource) gesehen werden (vgl. z.B. Dornes, 1999). So kann verschiedenen Studien entnommen werden, dass deutliche Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und der Befriedigung des psychologischen Grundbedürfnisses nach Bindung bestehen (Zimmermann et al., 1999). Die Qualität der Eltern-Kind-Bindung ist z.B. von hoher Bedeutung bei der Entwicklung einer aggressiven Symptomatik (vgl. Borg-Laufs, 2002a, siehe auch zu Aggression und Familienbeziehungen Pettit & Bates, 1989; Kühnel, 1995). Trudewind und Steckel (2000) konnten zeigen, dass sich gewalthaltige Fernseh- und Computerspielinhalte nur in Abhängigkeit vom Bindungsstatus des Kindes negativ auf sein Verhalten auswirken.

Die Entstehung der unterschiedlichen Bindungsmuster ist lerntheoretisch gut erklärbar (vgl. Crittenden, 1999; Borg-Laufs, 2002b, 2004b; sehr differenziert bei Immisch, 2004). Die Reaktionen der Eltern auf kindliches Bindungsverhalten lässt bestimmte Verhaltensgewohnheiten und kognitive Schemata bei Kindern entstehen, die dann als Bindungsmuster zu erkennen und zu interpretieren sind.

## **Bindungstheoretische Überlegungen in der verhaltenstherapeutischen Fallplanung**

In der verhaltenstherapeutischen Fallplanung steht auch weiterhin die funktionale Analyse des problematischen Verhaltens im Mittelpunkt, auch wenn darüber hinaus weitere diagnostische Ergebnisse die Therapieplanung beeinflussen (vgl. Borg-Laufs, 2006; Borg-Laufs & Hungerige, 2005).

Wie können nun Verhaltensweisen funktional interpretiert werden, wenn Ergebnisse der Bindungstheorie berücksichtigt werden? Häufig sind massive Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten z.B. nur dann sinnvoll funktional interpretierbar, wenn die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses als Organismusvariable berücksichtigt wird.

So zeigt sich das desorganisierte Bindungsmuster misshandelter Kinder häufig darin, dass sie Nähe-suchendes, klammerndes Verhalten an ihre Peiniger ausführen. Diese Kinder haben die schreckliche Erfahrung gemacht, dass die Personen, die eigentlich für ihren Schutz zuständig sind, ihrerseits gefährlich und angstaussendend sind. Durch das klammernde Verhalten gewinnt das Kind möglicherweise den Eindruck von Kontrolle (Verstärkung), denn es kann Stimmungswechsel der Bezugsperson sofort bemerken und versuchen, sich darauf einzustellen. Somit macht es funktional Sinn, dass sich ein Kind an eine eigentlich angstaussendende Person klammert. Andererseits kann auch bei anderer Gelegenheit das angstmotivierte vermeidende Verhalten im Vordergrund stehen, wenn das Kind eben Anzeichen für eine Bedrohung entdeckt.

Oder ein massiver Konflikt bei einer Jugendlichen: Das Mädchen ist der Mutter gegenüber in Anforderungssituationen betont „cool“ und provoziert die Mutter. Diese reagiert darauf sehr heftig, schreit ihre Tochter an und schlägt sie schließlich. Das ist dann Anlass für die Tochter, ihre Mutter massiv abzuwerten, sie zu beschimpfen und ihr ihren Hass mitzuteilen, woraufhin die Mutter von ihr ablässt und sich verzweifelt zurückzieht. Zu berücksichtigen ist hier z.B., dass die Mutter-Tochter-Beziehung massiv gestört ist. Tatsächlich war in dem vorliegenden Fall zu eruieren, dass die Mutter die Tochter mehrfach in völlig unangemessener Weise bestraft und erniedrigt hat. Diese Erfahrungen führen zu einer Angst vor Nähe zur Mutter (Vermeidungsziel: „Lass keine Nähe zu Mutter zu!“), welche als Organismusvariable als Folge der Verletzungen des Bindungsbedürfnisses der Tochter zu sehen ist. Die Abwertung der Mutter nach deren erneutem Fehlverhalten mit der Konsequenz der Vergrößerung der Distanz zwischen Mutter und Tochter kann aber eben nur dann sinnvoll als positive Konsequenz im Sinne einer funktionalen Analyse interpretiert werden, wenn die beschriebenen Bindungserfahrungen als Organismusvariable interpretiert werden.

## **Diagnostik und Therapie in einer bindungsorientierten Verhaltenstherapie**

Zur Diagnostik der Befriedigung des Bindungsbedürfnisses gibt es bislang nur wenige geeignete diagnostische Hilfsmittel. Scheuerer-Englisch (1999, S. 155)

schlägt zur Bindungsdiagnostik im Familiensystem vor, u.a. folgendes zu beobachten und zu erfragen:

Offenheit im Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen sowie Nähe und Vermeidung bei emotionaler Belastung (als Anzeichen sicherer vs. unsicherer Bindung).

Umgang mit den Bindungsbedürfnissen der Kinder.

Spiel, Spaß und Exploration in der Familie (offen vs. blockiert).

Außenkontakte, Beziehungen, soziales Netzwerk.

Bindungsgeschichte der Familienmitglieder und traumatische Erfahrungen in der Familie.

Suess und Röhl (1999) empfehlen, in Beobachtung und Gespräch bei Familien mit jüngeren Kindern drei Dimensionen zu beachten:

Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Kindes.

Respekt vor den eigenständigen Aktivitäten des Kindes.

Einschätzungen der Eltern über ihre Kinder (Zurückweisung vs. Annahme).

Darüber hinaus sind hier noch die Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zur Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse (GBKJ) aus dem SDS-KJ zu erwähnen (Borg-Laufs, 2006), mit denen ebenfalls der Status der Befriedigung unter anderem des Bindungsbedürfnisses erfasst werden soll. Im wesentlichen sind aber sicher weiterhin die Beobachtung der Interaktionen der Familienmitglieder untereinander sowie die Auswertung Aussagen der KlientInnen in den Explorations- und Anamnesegesprächen als die zentralen Elemente der Bindungsdiagnostik zu sehen.

Therapeutisch ergeben sich für KollegInnen, die mit einem verhaltenstherapeutischen Fallverständnis arbeiten, sicherlich andere Implikationen für die Therapie als für tiefenpsychologisch orientierte KollegInnen. Bowlby selbst sieht vor allem, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin als „secure base“ im Sinne der Bindungstheorie zur Verfügung stehen sollte (Bowlby, 1988). Auch andere AutorInnen äußern solche oder darauf aufbauende Ideen (Brisch, 2000; Köhler, 1999; Scheuerer-Englisch, 1999; Ziegenhain, Dreisörner & Derksen, 1999). Sie gehen davon aus, dass hilfeschuchende Patienten aufgrund ihrer Hilfesuche ihr Bindungssystem maximal aktiviert haben und somit den/die TherapeutIn als Bindungsperson benötigen, um mit dieser Hilfe exploratives Verhalten im Sinne einer Verhaltensänderung durchführen zu können.

Eine solche Sichtweise passt allerdings nicht zu der Sicht der therapeutischen Beziehung, wie sie im Rahmen einer Verhaltenstherapie üblich und angemessen ist. Vor allem im Rahmen ambulanter Psychotherapie, die in einem verhaltenstherapeutischen Setting i.d.R. zwischen etwa 15 und 60 Stunden währt, kann von dem Aufbau einer Bindungsbeziehung nicht die Rede sein. Die professionelle therapeutische Beziehung kann und soll keine reale Bindungsbeziehung ersetzen. Vielmehr geht es darum, dafür zu sorgen, dass die KlientInnen in ihrem realen Lebensumfeld wieder angemessene Bindungserfahrungen machen können. Dazu gehören die in der Verhaltenstherapie durchaus üblichen Methoden des „Positiv-Tagebuches“ und der „Spiel-und-Spaß-Zeit“ (Döpfner et al., 1998) ebenso wie eine Elternberatung, die allgemein darauf

ausgerichtet ist, die Eltern dazu anzuleiten, den Kindern durch einen liebevoll-konsequenten Erziehungsstil ein stabiles und selbstwertstabilisierendes Beziehungsangebot zur Verfügung zu stellen. Dabei wird mit den Eltern im Zweifelsfall im Detail erarbeitet, wie ein solches Verhalten in ihrem konkreten Leben aussehen kann.

Die auf solchem Wege erreichbaren Beziehungsverbesserungen in der Familie stellen häufig eine notwendige Voraussetzung für die weiteren Veränderungsprozesse dar. So beeinflusst z.B. die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung in hohem Maße die Wirksamkeit von Verstärkungsplänen, die von den Eltern unter Anleitung des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu Hause umgesetzt werden sollen. Hier kommt es oft nicht nur auf die Art des Verstärkungsplans und seine angemessene Durchführung (vgl. Borg-Laufs & Hungerige, 2001) an. Von den Eltern gesetzte negative Konsequenzen (Strafen) können von den Kindern schnell als Aggression der Eltern gesehen werden (vgl. auch Lehmkuhl, 1988), wenn die Eltern-Kind-Beziehung belastet ist.

Positive Konsequenzen, vor allem solche sozialer Art (gemeinsames Spiel, usw.) können nur dann tatsächlich als positive Verstärker wirksam sein, wenn die Eltern in der Lage sind (feinfühlig genug sind), sich mit ihren Kindern so zu beschäftigen, dass diese auch tatsächlich Vergnügen daran finden. Manche Eltern können allerdings keine positive Interaktion mit ihren Kindern herstellen, z.B. weil sie auch beim gemeinsamen Spiel die Kinder herablassend oder massiv reglementierend behandeln. Dementsprechend müssen die Eltern ggf. darin trainiert werden, ein solches beziehungsstiftendes Verhalten zu zeigen. Dies ist mit verhaltenstherapeutischen Standardmethoden (Shaping, Modelllernen) möglich. Unter Anleitung und mit Rückmeldung der Therapeutin bzw. des Therapeuten erlernen Eltern angemesseneres (feinfühligere) Verhalten in verschiedenen Situationen (Spiel, Hausaufgabensituation, usw.). Ein Vergleich mit tiefenpsychologischen Konzepten (z.B. Ben-Aaron et al., 2004) zeigt, dass diesbezüglich die Vorgehensweisen von Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten durchaus große Überschneidungen aufweisen können.

In bestimmten stationären Settings (Klein- bzw. Kleinstgruppe eines Heimes z.B.) kann – im Gegensatz zur ambulanten Therapie – allerdings auch unter verhaltenstherapeutischer Perspektive der Aufbau einer Bindungsbeziehung zum Klienten von herausragender Wichtigkeit sein. Immisch (2004) hat eine Vorgehensweise entwickelt, bei der das Bindungsangebot auf Grundlage einer ausgefeilten lerntheoretischen Fallkonzeption systematisch gemäß den jeweils aktuellen Bedürfnissen der KlientInnen variiert wird. Er erklärt lerntheoretisch ausgefeilt die Entstehung einer bindungsbedingten Veränderungsresistenz bei Jugendlichen vor dem Hintergrund eines unsicher-vermeidenden Bindungsstils. Da hier aufgrund früherer Bahnungen emotionale Zustände in Konfliktsituationen ohne Beteiligung höherer corticaler Systeme entstehen (vgl. auch LeDoux, 2001), welche wiederum später folgende Lernprozesse beeinflussen (vgl. Immisch, 2004, S. 130), muss der Versuch unternommen werden, der oder dem Jugendlichen korrigierende positive Bindungserfahrungen zu ermöglichen und dadurch frühere Lernerfahrungen neuronal zu überschreiben. Notwendig ist dabei aber eine schrittweise systematische Variation dergestalt, dass diese positiven Bindungserfahrungen nach der ersten Phase, in der sie bedingungslos zur Verfügung gestellt werden, schließlich

schrittweise immer mehr nur dann gegeben werden, wenn auch angemessenes Bindungsverhalten des oder der Jugendlichen gezeigt wird.

Ein solches intensives stationäres Vorgehen erfordert invasive Jugendhilfemaßnahmen, d.h. die Herausnahme von Kindern aus pathogenen Lebensumfeldern auch gegen den Willen der Familien. Da die betroffenen Familien häufig durch ambulante Maßnahmen nur schwer zu beeinflussen sind (vgl. Ziehenhain, 2001; Crittenden, 1988) bleibt in diesen Fällen keine andere Möglichkeit, um das Kindeswohl und die Würde der Kinder zu schützen.

## Schluss

Eine bindungsorientierte Verhaltenstherapie, die die Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse in ihre konzeptionellen Überlegungen einbezieht, verbindet die nachgewiesene Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen mit den entwicklungs- und persönlichkeitspsychologischen Erkenntnissen der Psychologie. Dadurch wird die Störungsorientierung, die die Psychotherapie z.Zt. zu dominieren scheint, durchaus relativiert. Es steht zu hoffen, dass dieses Vorgehen weiter entwickelt und auch untersucht wird, um herauszufinden, ob die theoretisch plausiblen und im Einzelfall sichtbaren Ergebnisse auch wissenschaftlicher Überprüfung standhalten.

## Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H. & Patt, R. (2004). *Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual*. Bern: Huber.
- Borg-Laufs, M. (2001). Trainings des Sozialverhaltens. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Interventionsmethoden* (S. xxx). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. (2002a). Verhaltenstherapie mit aggressiven Jugendlichen. Ableitungen aus der Entwicklungspsychopathologie. In BKJ (Hrsg.), *Zwei Seelen wohnen doch in meiner Brust – Identitätsentwicklung in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 107-131). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Borg-Laufs, M. (2002b). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35, 583-596.
- Borg-Laufs, M. (2004a). Therapeut, Kind und Eltern. Vorschläge zur Beachtung psychologischer Grundbedürfnisse in der Verhaltenstherapie. In B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 164-181). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Borg-Laufs, M. (2004b). Vorwort. In P. Immisch, *Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen* (9-13). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. (2006). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT.

- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2001). Operante Verfahren. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Interventionsmethoden* (S. 373-401). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005). *Selbstmanagementtherapie mit Kindern. Ein Praxishandbuch*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Borg-Laufs, M. & Merod, R. (2000). Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie jenseits der Störungsorientierung. *Verhaltenstherapie*, 10. 67 - 75.
- Bowlby, J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Routledge.
- Bretherton, I. (2001). Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 52-74). Bern: Huber.
- Brisch, K.H. (2000). Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 81-89). München: Reinhardt.
- Brisch, K.H., Buchheim, A. & Kächele, H. (1999). Diagnostik von Bindungsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 425-437.
- Crittenden, P.M. (1988) Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In K. Browne, C. Davies & P. Stratton (Hrsg.), *Early prediction and prevention of child abuse* (S. 161-189). London: Wiley.
- Crittenden, P.M. (1999). Klinische Anwendung der Bindungstherapie bei Kindern mit Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen. In G.J. Suess & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 86-106). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). THOP – Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: PVU.
- Dornes, M. (1999). Die Entstehung psychischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In G.J. Suess & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 25-64). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Dornes, M. (2000). Die Eltern der Bindungstheorie: Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 18-37). München: Reinhardt.
- Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R.C. Curtis (Hrsg.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (S. 111-137). New York: Guilford.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. (2000a). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54-80). München: Reinhardt.
- Grossmann, K.E. (2000b). Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 38-53). München: Reinhardt.
- Grossmann, K.E., August, P., Fremmer-Bombik, D., Friedl, A., Grossmann, K., Scheurer-Englisch, H., Spangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989). Die

- Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 31-55). Berlin: Springer.
- Immisch, P. (2004). Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: DGVT.
- Klemenz, B. (2003). Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Köhler, L. (1999). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. In G.J. Suess & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 107-140). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kühnel, W. (1995). Aggressive Jugendgruppen. Presse-Informationsdienst des Sonderforschungsbereiches Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter, Universität Bielefeld, Info Nr. 12, Mai 1995, 6-7.
- LeDoux, J.E. (2001). *Das Netz der Gefühle*. München: dtv.
- Lehmkuhl, U. (1998). Überlegungen zur Therapie hyperaktiver und aggressiver Kinder. In U. Franke (Hrsg.), *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie* (S. 83-96). Berlin: Springer.
- Maccoby, E.E. (1980). *Social Development: Psychology, Growth and the Parent-Child-Relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Main, M. (2001). Aktuelle Studien zur Bindung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 1-51). Bern: Huber.
- Pettit, G.S. & Bates, J.E. (1989). Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. *Developmental psychology*, 25, 413-420.
- Scheuerer-Englisch, H. (1999). Bindungsdynamik im Familiensystem und familientherapeutische Praxis. In G.J. Suess & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 141-164). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 170-194). Weinheim: PVU.
- Suess, G.J. & Röhl, J. (1999). Die integrative Funktion der Bindungstheorie in Beratung/Therapie. In G.J. Suess & W.-K.P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 165-199). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Trudewind, C. & Steckel, R. (2000). Auswirkungen aggressionsorientierter Video- und Computerspiele auf die emotionale Reagibilität und die Aggressionsentwicklung bei sicher und unsicher gebundenen Kindern. Fakultät für Psychologie, Ruhr Universität Bochum: Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Ziegenhain, U. (2001). Kindesvernachlässigung aus bindungstheoretischer Sicht. *DJI Nachrichten Nr. 2/2001*, 6-8.
- Zimmermann, P. & Becker-Stoll, F. (2001). Bindungsrepräsentation im Jugendalter. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 251-274). Bern: Huber.
- Zimmermann, P., Suess, G.J., Scheuerer-Englisch, H. & Grossmann, K.E. (1999). Bindung und Anpassung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Ergebnisse der Bielefelder und Regensburger Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 36-48.

**Autorenangaben:**

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Dipl.Psych., KJP, PP. Lehrstuhl „Theorie und Praxis der psychosozialen Arbeit mit Kindern“ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein. Fachleiter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Ausbildungszentrum Krefeld der DGVT. Dozent und Supervisor an verschiedenen Instituten. Mitglied des Ausschusses KJP der Bundespsychotherapeutenkammer, Sprecher der Fachgruppe Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der DGVT, Mitglied des Sachverständigenrates Psychotherapie des IMPP. Diverse Veröffentlichungen, u.a. Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen in 2 Bänden (DGVT-Verlag, Tübingen).

Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Richard-Wagner-Str. 101, 41065 Mönchengladbach, [Michael.Borg-Laufs@hsnr.de](mailto:Michael.Borg-Laufs@hsnr.de)