



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie,

eine Reihe in zehn Bänden von Karl Heinz Brisch

Das Wissen der Bindungstheorie kann vielfältig für eine bindungsba-
sierte Beratung und Therapie in allen Altersstufen angewandt wer-
den, wobei sich die Diagnostik und Behandlung je nach Lebensalter
der Patienten ganz unterschiedlich gestaltet.

Anhand von vielen Beispielen aus der klinischen Praxis gibt die
Reihe eine Einführung in die Grundlagen der Bindungstheorie und
die diagnostischen Methoden und Schritte einer bindungsorientier-
ten Beratung und Therapie vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter.

Jeder Band enthält

- ein Kapitel über die spezifischen Grundlagen der Bindungspsycho-
therapie für die jeweilige Altersstufe resp. Klienten- oder Patien-
tengruppe,
- zahlreiche ausführliche und kommentierte Therapiebeispiele.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Schwangerschaft und Geburt (bereits erschienen)
2. Band: Säuglings- und Kleinkindalter (bereits erschienen)
3. Band: Kindergartenalter (bereits erschienen)
4. Band: Grundschulalter (bereits erschienen)
5. Band: Pubertät

Weitere Bände in Vorbereitung

Karl Heinz Brisch

Pubertät

**Bindungspsychotherapie –
Bindungsbasierte Beratung
und Psychotherapie**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © Armin Staudt-Berlin/photocase.de

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-94832-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über (<http://dnb.d-nb.de>) abrufbar.

Inhalt

Dank	9
Vorwort	10
Einleitung	12
 TEIL 1 Bindungspsychotherapie	15
 Allgemeine Grundlagen einer Bindungspsychotherapie und bindungsbasierten Beratung	17
Fünf Phasen der Bindungspsychotherapie	18
Intervallbehandlung	24
 Spezielle Grundlagen der Bindungspsychotherapie für Eltern mit Kindern im Pubertätsalter	26
Die Pubertät als Herausforderung für die Kinder bzw. Jugendlichen	26
Die Pubertät der Kinder als Herausforderung für die Eltern – auch bei sicherer Bindung	28
Therapeutische Möglichkeiten für Kinder in der Pubertät	29
Bindungspsychotherapie bei verschiedenen Bindungsmustern (unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) und bei Bindungsstörungen	31
 Die transgenerationale Weitergabe von Erfahrungen der Eltern an ihre Kinder im Pubertätsalter	45

TEIL 2 Bindungsentwicklung im Pubertätsalter	51
Gesunde Entwicklung	53
Kinder mit bindungsvermeidenden und bindungs- ambivalenten unsicheren Bindungsentwicklungen und ihre Verhaltensweisen in der Pubertät	60
Pubertierende mit desorganisiertem Bindungsverhalten	64
Jugendliche mit Bindungsstörungen	67
Schutz- und Risikofaktoren	70
Bindung als Schutzfaktor	70
Bindung als Risikofaktor	71
Die Bedeutung der Mutter und des Vaters sowie weiterer Bindungspersonen für Kinder im Pubertätsalter	74
TEIL 3 Behandlungsbeispiele	77
Schulphobie	79
Beispiel: Ein 12-jähriges Mädchen mit Schulphobie aufgrund von Verlust- und Trennungsängsten bei einem todkranken Geschwisterkind	82
Lern- und Leistungsprobleme	89
Beispiel: Leistungsverweigerung eines 11-jährigen	91
Körperschema-Störungen	98
Beispiel: Ein 10-jähriges Mädchen mit vorzeitigen pubertären körperlichen Wachstumsprozessen	99

Schwierigkeiten bei der Entwicklung der sexuellen Orientierung	104
Beispiel: Ein 13-jähriges Mädchen mit Schwierigkeiten in der sexuellen Orientierung	107
Traumatisierung durch Cyber-Grooming und Sexting	113
Beispiel: Ein 12-jähriges Mädchen, das zum Opfer von Cyber-Grooming und Sexting wurde	115
Abhängigkeit und suchartiger Konsum von Alkohol und Drogen	122
Beispiel: Ein 13-Jähriger, der bei früher emotionaler Deprivation eine Sucht entwickelt	124
Emotionale Probleme und Symptome einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach der Scheidung der Eltern	131
Beispiel: Ein 13 Jahre alter Junge mit ADHS-Symptomatik im Scheidungskonflikt seiner Eltern	132
Bindungsstörung mit großen Trennungsproblemen bei hyperaktiviertem Bindungssystem	140
Beispiel: Eine 16-jährige Jugendliche mit Bindungsstörung und massiven Trennungsängsten, die noch nie eine Regelschule besucht hatte	142
Störung mit dissozialem Verhalten und Delinquenz	151
Beispiel: Ein 14-Jähriger mit delinquentem Verhalten und einer Vorgeschichte der Misshandlung in der frühen Kindheit	152
Essstörungen	161
Beispiel: Ein adipöser 15-Jähriger aus einer Familie mit Essen als Mittel der Stressregulation	162
Beispiel: Magersucht eines 12-jährigen Mädchens mit lebensbedrohlichem Gewichtsverlust	169

Entwicklungsstörungen mit Selbstverletzung (Ritzen, autoaggressives Verhalten)	176
Beispiel: Behandlung einer 13-Jährigen, die unter Ängsten, Depressionen und dissoziativen Zuständen litt und mit selbstverletzendem Verhalten reagierte	178
Besondere Probleme von Adoptiv- und Pflegekindern	185
Beispiel: Identitätssuche eines 13-jährigen Adoptivkindes	189
Beispiel: Identitätssuche eines 14-jährigen Pflegekindes	194
Suizidalität	201
Beispiel: Suizidversuch einer 16-Jährigen nach schwerer Kränkung	202
TEIL 4 Zusammenfassung und Ausblick	209
Literatur	214
Über den Autor	217

Dank

In die Fallgeschichten dieses Buches sind die verschiedensten Therapieerfahrungen eingeflossen, die ich dank der Eltern und Kinder sowie vieler Kolleginnen und Kollegen machen konnte. Ihnen allen danke ich, denn ohne diese gesammelten klinischen Erfahrungen wäre es mir nicht möglich gewesen, dieses Buch zu schreiben.

Dank des großen Engagements von Dr. Heinz Beyer vom Verlag Klett-Cotta konnte auch dieser fünfte Band der Reihe »Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie« beim Verlag in bewährter Qualität erscheinen. Birgit Vogel, die wiederum rasch und zuverlässig das Manuskript zu diesem Buch aus meinen Diktaten erstellt hat, sei herzlich gedankt. Ein besonderer Dank gilt Thomas Reichert, der in bewährter Weise wiederum das Lektorat übernommen hatte und dessen Rückmeldungen und Korrekturvorschläge dieses Buch wesentlich leichter lesbar gemacht haben.

Vorwort

Das vorliegende Buch erscheint als fünfter Band der Reihe »Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie«. Es konzentriert sich auf die Entwicklungszeit der Pubertät. In diesem Buch werden, wie in allen bereits erschienenen Bänden der Reihe, zunächst die Grundlagen einer bindungsorientierten Psychotherapie ausführlich erläutert; anschließend werden die Besonderheiten für die Altersphase des elften bis 16. Lebensjahres dargestellt. Zahlreiche Fallbeispiele machen danach deutlich, wie die Symptome der Pubertierenden mit den Lebensgeschichten und den frühen Bindungserfahrungen ihrer Eltern sowie weiterer Bindungspersonen und deren Kindheit zusammenhängen. Anhand der Fallbeispiele werden auch Möglichkeiten der Behandlung ausführlich dargestellt: die bindungsorientierte Psychotherapie und Beratung sowie vielfältige methodische Ansätze, einschließlich der bindungsorientierten Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen.

Ein besonderer Fokus liegt in den Behandlungsbeispielen auf der Problematik, die entsteht, wenn die Eltern durch ihre eigenen psychischen Probleme, psychiatrischen Erkrankungen, ja sogar Gewalttätigkeit in der Partnerschaft die Entwicklung ihrer Kinder gefährden. Für diese spielen besonders die sehr frühen Erfahrungen der Kinder mit ihren Bindungspersonen eine große Rolle, deren Folgen sich immer wieder erst in der Pubertät zeigen, indem die Heranwachsenden Symptome entwickeln. Die Beispiele sollen deutlich machen, wie Störungen in dieser Zeit entstehen können, aber auch, wie durch zeitige Interventionen eine Veränderung für die Kinder, aber auch für die Eltern und teilweise die ganze Familie erreicht werden kann. Eine solche Intervention ist etwa eine Psychotherapie mit den Pubertierenden, die auch die Beratung und teilweise sogar die

Therapie der Eltern und weiterer Bezugspersonen – mit Fokus auf ihrer jeweiligen Lebensgeschichte – mit einschließt.

Dieser Band richtet sich an alle, die mit Eltern und Kindern im Pubertätsalter arbeiten und diese auf ihrem Entwicklungsweg begleiten; dies sind etwa Kinderärzte, Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater und Psychotherapeuten, Krankenschwestern und Pfleger, Psychologen, Berater, Sozialarbeiter, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes sowie der Sozialdienste, Pädagogen, Heilpädagogen, Krankengymnasten, Erzieherinnen und Erzieher, z. B. in heilpädagogischen Tagesstätten, Jugendhilfeeinrichtungen und Seelsorger. Zudem richtet sich das Buch natürlich auch an Eltern. Ich hoffe, dass alle diese Zielgruppen von den theoretischen Grundlagen, die im Buch beschrieben werden, sowie von den Fallbeispielen profitieren können und dass viele sich hierdurch motiviert fühlen, die bindungsdynamischen Ansätze in ihre tägliche Arbeit einfließen zu lassen.

Karl Heinz Brisch

Einleitung

Die Jahre der Pubertät, mit denen sich dieses Buch beschäftigt, sind für die Entwicklung eines Jugendlichen von großer Bedeutung; in dieser Zeit zeigt sich, wie gut das psychische Fundament der Kinder und Jugendlichen ist, das in den vorausgegangenen Jahren bei ihnen angelegt wurde. Die Pubertät ist ein besonderer psychischer Belastungstest, weil in der Zeit der pubertären Reifung – einschließlich der sexuellen Entwicklung und derjenigen der Identität – durch die Auflösung von bisherigen neuronalen Verbindungen im Gehirn sowohl in den Gedanken als auch in den Gefühlen, mit Auswirkungen auf die Handlungen der Jugendlichen, große Turbulenzen entstehen, die in der Regel zu einer großen Schwierigkeit in der Stressregulation führen. Auf Basis einer sicheren Bindung konnte bis zur Pubertät im günstigen Fall eine gesunde sowohl motorische, kognitive, soziale als auch emotionale Entwicklung des Kindes gelingen. Wenn die Jugendlichen im Pubertätsalter mit unvorhergesehenen psychischen Belastungen konfrontiert werden – und diese Situation ist mit der körperlichen, sexuellen wie psychischen Wachstumsentwicklung von der Kindheit zum Jugendalter die Regel –, die sie bewältigen müssen, können sie vielfältige, schwerwiegende Symptome entwickeln. Dann wird deutlich, wie stabil das frühe Bindungsfundament ist, das angelegt wurde, und wie sich – je nach früher Entwicklung – die jeweilige individuelle Behandlung gestalten wird.

Im ersten Teil dieses Bandes werden die allgemeinen Grundlagen einer Bindungspsychotherapie sowie der speziellen Variation der Bindungspsychotherapie für Kinder im Pubertätsalter und ihre Eltern beschrieben. Im zweiten Teil gehe ich auf die Besonderheiten der Bindungsentwicklung in der Pubertät ein. Nach einer einleitenden Darstellung, welche die gesunde Entwicklung beschreibt, werden

Schutz- und Risikofaktoren aufgezeigt. Diese können in der einen oder anderen Weise die Bindungsentwicklung entweder unterstützen oder auch komplizieren, so dass das Kind im Pubertätsalter und seine Eltern womöglich eine bindungsorientierte Hilfestellung und Therapie benötigen. Dieses Vorgehen wird im anschließenden dritten Teil des Buchs an verschiedenen Therapiebeispielen verdeutlicht.

Im diesem dritten Teil werden entsprechend – mittels Beispielen – aus bindungstheoretischer Sicht verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten und ihre bindungsorientierte Behandlung beschrieben; dabei geht es etwa um Schulphobie, Lern- und Leistungsproblemen, Körperschema-Störungen, Schwierigkeiten bei der sexuellen Orientierung, Traumatisierungen durch Cyber-Grooming, Suchtproblematik, Probleme nach einer Scheidung der Eltern, Bindungsstörungen, Störungen mit dissozialem Verhalten und Delinquenz, Entwicklungsstörungen mit Selbstverletzung, Essstörungen, Probleme von Adoptiv- und Pflegekindern und Suizidalität.

Hierbei gehe ich auch auf eigene Erfahrungen aus der Geschichte der Eltern ein – wie Vernachlässigung, Gewalt sowie psychiatrische Erkrankungen –, die als Risikofaktoren die Entwicklung des Kindes beeinflussen können (Perry 2014). Ihre Bedeutung für die Entwicklung des Kindes wird an Fallbeispielen diskutiert. Ebenso werden die bindungsorientierte Psychodynamik der Symptomentwicklung sowie die Therapie der Kinder bzw. Jugendlichen erläutert.

Die Behandlungsbeispiele beziehen sich auf Themen und Auffälligkeiten im Verhalten der Pubertierenden, mit denen Eltern, aber auch Lehrerinnen und Lehrer, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagogen und Pädagoginnen sowie Kinderärzte und -ärztinnen sowie Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen heute immer wieder konfrontiert sind und die sie sehr beschäftigen. In den Therapiebeispielen gehe ich auch jeweils auf die bindungsorientierte Begleitung, Beratung und Therapie der Eltern bzw. der Bezugspersonen der Pubertierenden ein, denn ohne entsprechende »Elternarbeit« ist die Behandlung der Kinder bzw. Jugendlichen in der Pubertät kaum möglich.

Das Buch schließt in einem vierten Teil mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick.

Das Buch weist in einigen Behandlungsbeispielen bereits auf die bindungsorientierte Arbeit mit jungen Erwachsenen hin, die in einem weiteren, sechsten Band zur bindungsorientierten Psychotherapie das Thema sein wird.

TEIL 1

Bindungspsycho- therapie

Allgemeine Grundlagen einer Bindungspsychotherapie und bindungsbasierten Beratung

Eine bindungsbasierte Beratung und Therapie – im Folgenden auch kurz Bindungspsychotherapie genannt – ist keine eigenständige Therapiemethode. Vielmehr geht es darum, eine bindungsorientierte Sichtweise in Diagnostik und Behandlung aufzunehmen. Sie kann mit sehr unterschiedlichen Therapieschulen und Methoden kombiniert und in sie integriert werden.¹

Als grundsätzliche Voraussetzung, um mit einer bindungsbasierten Psychotherapie beginnen zu können, gilt, dass ein sicherer äußerer Rahmen gegeben sein muss. Zunächst sollten äußere Stressoren – besonders soziale Stressoren wie Arbeitslosigkeit, Armut, Wohnungslosigkeit, aber auch Stressoren durch nahe Bindungs- und Beziehungspersonen – so weit wie möglich reduziert werden. Weiterhin ist eine Grundvoraussetzung, dass ein sicherer »innerer Rahmen« gegeben ist. Damit ist gemeint, dass die betroffenen Klienten zu einer ausreichenden Stress- und Affektregulation im Alltag fähig sind. Hierzu sind eine gewisse emotionale Sicherheit und ein gewisses Maß an Stabilisierung notwendig.

Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, so ist eher an eine stationäre denn an eine ambulante Beratung oder Bindungspsychotherapie zu denken (Wilkinson 2014). In dem von uns entwickelten stationären MOSES®-Therapiemodell zur stationären Intensiv-Psy-

1 Die ersten Seiten dieses Teils wiederholen Darstellungen aus den ersten vier Bänden dieser Reihe, da sie die allgemeine Grundlage des Folgenden bilden und zu dessen Verständnis erforderlich sind, vor allem für Leserinnen und Leser, welche die vorherigen Bände nicht gelesen haben.

chotherapie solcher Jugendlicher werden, wie sich gezeigt hat, durch intensive Neuerfahrungen gerade in der Pubertätszeit immer wieder ganz entscheidende positive Entwicklungen auf den Weg gebracht, so dass die Jugendlichen ihre pubertäre Entwicklung der Individuation wesentlich stabiler fortsetzen können (Brisch 2013).

Ein sicherer äußerer wie innerer Rahmen als Grundvoraussetzung für die Psychotherapie ist immer so frühzeitig und so langfristig anzustreben wie irgend möglich (Bowlby 2001; Brisch 2015, Holmes 2002, 2006, 2012).

Ich beschreibe im Folgenden verschiedene Phasen der Bindungspsychotherapie.

Fünf Phasen der Bindungspsychotherapie

Phase 1: In der Anfangsphase ist es immer von großer Bedeutung, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin einen sicheren emotionalen therapeutischen Bindungsrahmen herstellen kann. Bei den Klienten/Patienten gibt es die verschiedensten Bindungsstörungsmuster und auch Bindungsschwierigkeiten, wenn sie in der Anfangsphase mit dem Therapeuten einen therapeutischen Kontakt herstellen wollen. Hier ist es sehr wichtig, dass die Therapeuten die verschiedenen Muster der Bindung sowie auch der Bindungsstörungen (vgl. auch Brisch et al. 2018) kennen, um sich auf die bizarren Varianten der Interaktionsmuster und der Kontaktaufnahme einzustellen und dem Patienten dennoch die Möglichkeit zu geben, eine sichere Beziehung im Sinne einer therapeutischen Bindung herzustellen. Dies muss der Therapeut an erster Stelle leisten.

Wenn ein Patient – z.B. mit einem bindungsvermeidenden Muster – einen Termin, den er als dringlich bezeichnet und verabredet hat, nicht wahrnimmt, könnte ein Therapeut daraus schließen, dass er kein Interesse an der Therapie hat. Dies wäre aber ein Fehlschluss, da es bei bindungsvermeidenden Patienten bzw. Klienten nicht selten ist, dass sie zwar einen Therapiewunsch haben, gleichzeitig aber Therapietermine zu Anfang nur zögerlich, verspätet oder gar nicht wahrnehmen. Hier ist es erforderlich, dass der Therapeut im telefo-

nischen Kontakt nachfragt und nicht gleich die Therapie daran scheitern lässt, dass der für den Erstkontakt vereinbarte Termin nicht wahrgenommen wurde.

Für die Herstellung einer therapeutischen Bindung ist es von großer Bedeutung, dass die Therapeuten mit maximaler therapeutischer Feinfühligkeit vorgehen. Dies heißt aber, dass sie die Fähigkeit hierzu vorher selbst durch entsprechende Ausbildung erworben haben müssen; es mag »Naturtalente« geben, die von Haus aus große Fähigkeiten zur therapeutischen Feinfühligkeit mitbringen, alle anderen Therapeuten müssen dies im Rahmen der Ausbildung anhand von entsprechenden Supervisionen, Feedbacks, Videotrainings und dergleichen lernen – andernfalls bestünde keine gute Voraussetzung, um eine sichere therapeutische Bindung herstellen zu können. Nach wie vor ist aber die Ausbildung in therapeutischer Feinfühligkeit nicht Kernbestandteil jeder therapeutischen Ausbildung – das gilt für alle therapeutischen Schulen.

Phase 2: Wenn sich der Patient in der therapeutischen Beziehung langsam sicherer fühlt, wird er beginnen, seine Lebensgeschichte und seine aktuellen Konflikte und Probleme etwas mehr zu explorieren, sprich: uns als Therapeuten zu berichten. Es ist wichtig zu wissen, dass zwischen sich entwickelnder Bindungssicherheit und beginnender Exploration ein Gleichgewicht bzw. eine wechselseitige Abhängigkeit besteht – das heißt konkret: Wenn die Bindungssicherheit wächst, der Patient sich sicherer fühlt, wird automatisch die Explorationsfreude und -bereitschaft aktiviert. Umgekehrt bedeutet dies: Wenn der Patient in der Therapie Angst bekommt oder wir als Therapeuten ihm durch unsere Haltung, Gestik, Mimik, unsere Art der Intervention Angst machen, wird er automatisch seine Explorationsfähigkeit und damit auch den Bericht über seine aktuellen Schwierigkeiten und Probleme oder seine Lebensgeschichte etwas mehr einschränken.

Von besonderer Bedeutung für die bindungstherapeutische Arbeit sind Trennungserfahrungen, Verluste sowie traumatische Erfahrungen, weil diese das Bindungssystem gemäß dem Ansatz der Bindungstheorie am meisten aktivieren. Die Exploration soll in der The-

rapie mehr an bindungsrelevanten Themen »entlanggehen« und diese auch fokussieren und es sollte weniger konfliktzentriert gearbeitet werden. Es geht also weniger um Konflikte zwischen Wunsch und Angst, die sich aus verschiedenen lebensgeschichtlichen Perspektiven und aus verschiedenen entwicklungspsychologischen Phasen ergeben haben können, sondern um eine Bindungsanamnese, die speziell auf bindungsrelevante Themen fokussiert. Das Erwachsenen-Bindungsinterview (Adult Attachment Interview, AAI; vgl. Main et al. 2003; George et al. 1984; Gloger-Tippelt 1997) ist eine ausgezeichnete Möglichkeit, eine Bindungsanamnese sehr strukturiert durchzuführen. (Die Fragen des AAI sind auf S. 319–324 in Brisch 2015 nachzulesen.) In der Arbeit mit Eltern kann das Bindungsinterview bei der Frage danach, ob die Betroffenen wichtige Menschen verloren haben, noch um die Frage nach verstorbenen Kindern – auch etwa Schwangerschaftsunterbrechungen, Fehl- und Totgeburten – ergänzt werden. Bei früheren Verlusten von Kindern kann eine solche stressvolle Erfahrung es den Eltern erschweren, ihre pubertierenden Kinder angemessen bei Ablösungsphasen zu begleiten. Die Eltern können sich dann schlechter trennen und sind eher überängstlich und eventuell auch überfürsorglich. Ebenso ist die Trennung und Ablösung für die Pubertierenden schwieriger, wenn sie mit der Angst ihrer Eltern in diesem Prozess konfrontiert sind.

Phase 3: Der Patient macht in der Beziehung zum Therapeuten neue Bindungserfahrungen, erlebt entsprechend Sicherheit und emotionale Unterstützung, womit auch die therapeutische Bindungsbeziehung sich stabilisiert und wächst; gleichzeitig wird er aufgrund erster Enttäuschungen und Irritationen in der Bindungssicherheit in der Übertragung beginnen, alte Erfahrungen von Verlusten und Trennungen und stressvolle Erfahrungen auf den Therapeuten zu projizieren. Das heißt, es kommt zu einer Bindungsübertragung in der Therapie; dies bedeutet, dass der Patient seine Bindungswünsche und -ängste auf den Therapeuten überträgt und auch seine bisherigen Bindungserfahrungen – z. B. Bindungstraumatisierungen in der Beziehung mit frühen Bindungspersonen – in der Beziehung mit dem Therapeuten aktivieren und inszenieren wird. Besonders am Anfang

und am Ende der Stunde kann das Thema »Trennung« relevant werden, bewirkt durch mit dem Setting verbundene Trennungen wie eben das Ende der Stunde, vorhergesehene Therapieunterbrechungen etwa durch Urlaube, unvorhergesehene Unterbrechungen z. B. durch Krankheiten des Therapeuten. All diese Trennungen können das Bindungssystem des Patienten »erschüttern«, etwa wenn dieser traumatische Trennungserfahrungen erlebt hat, oder »stressen«, so dass er hierdurch in der Übertragung seine bindungsrelevanten Erfahrungen neu zeigen und für den Therapeuten auch offenlegen kann. Hier ist es wichtig, dass der Therapeut diese Inszenierung der Bindungsübertragung versteht, die in der Regel mit Angst, Wut, Enttäuschung und Hoffnung auf mehr Sicherheit und Stabilität verbunden ist.

Gleichzeitig werden auch Realtraumatisierungen aus der Kindheit oder der Vergangenheit des Patienten zum Thema werden, da er durch die Trennungserfahrungen aus der Therapie in der Regel, wie wir sagen, »getriggert« wird, so dass er alte, ungelöste traumatische Erfahrungen jetzt plötzlich wieder intensiver mit allen damit verbundenen Gefühlen wahrnimmt. (»Trigger« ist im Amerikanischen der Abzug am Gewehr. Wenn dieser bis zu einem Druckpunkt und schließlich darüber hinaus gespannt wird, dann löst sich beim Überschreiten des Druckpunktes die Kugel, der Schuss geht los und lässt sich nicht mehr auf- oder zurückhalten; ähnlich ist es mit alten unverarbeiteten Affekten: Werden sie durch andere Reize aus der Erinnerung wachgerufen, kommen sie immer mehr an die Oberfläche des affektiven Erlebens. Steigt der affektive Druck über den »Druckpunkt« an, dann kommt es zu einer plötzlichen affektiven Überflutung und einem Ausbrechen der Affekte, diese können weder »zurückgeholt« noch kontrolliert werden.)

Solche »Triggerungen« von früheren Verlusten und Trennungserfahrungen oder traumatischen Erfahrungen lassen sich erfahrungsgemäß nicht vermeiden; sie sind auch durchaus erwünscht, wenn erst einmal eine stabile therapeutische Bindungsbeziehung etabliert ist. Denn dann können die Erfahrungen mit eigenen unverarbeiteten Affekten in der therapeutischen Bindungsbeziehung gehalten, neu in einer geschützten sicheren therapeutischen Bindungsbeziehung

prozessiert und verarbeitet und somit auch integriert werden. Jetzt hat der Klient – im Unterschied zu der früheren traumatischen Situation – eine therapeutische Bindungsperson zur Seite, so dass er sich nicht mehr vor den heftigen Affekten fürchten muss. Es wird nun möglich, alte traumatische Erfahrungen entsprechend zu prozessieren. Hierbei können weitere therapeutische Methoden, wie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Hofmann 2014; Hofmann & Besser 2003; Brisch 2012 a, b, 2014 a) und Screentechnik (Brisch 2004, 2006) Anwendung finden.

Es können viele therapeutische Methoden, auch kreative Methoden wie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie, angewandt werden, um Affekte, die noch nicht verarbeitet sind, zu integrieren. Grundsätzlich ist zu bemerken: Bei den alten unverarbeiteten Bindungstraumatisierungen, die der Patient – mit den entsprechenden seelischen Wunden – überlebt und überstanden hat, besteht das größte Problem darin, dass die mit diesen Erfahrungen verbundenen Affekte abgespalten oder dissoziiert wurden. In der therapeutischen Beziehung können diese Affekte mit den entsprechenden Erfahrungen wiederbelebt und aktiviert werden, z. B. auch durch die Bindungsübertragung. Aufgrund dieser Aktivierung wird es jetzt möglich, auf dem Boden einer hilfreichen, realen, sicheren therapeutischen Bindungsbeziehung die alten unverarbeiteten Affekte erneut zu verarbeiten und auch mit den entsprechenden Geschichten bzw. Narrativen der Erfahrung zu verbinden, so dass es zu einer Integration des Erlebten kommen kann.

Phase 4: Wenn immer mehr solcher alten affektiven Erfahrungen positiv verarbeitet und integriert werden können, hat der Patient in der Regel mit seinen Affekten mehr »Luft« zum »Atmen und Handeln« und mehr Möglichkeiten für eine Veränderung seiner Realbeziehung. In der Regel berichten die Patienten dann, dass sie auch außerhalb der Therapie neue Erfahrungen mit Personen machen konnten. Gleichzeitig beginnt eine intensive Phase der Trauerarbeit. In der Regel können die Patienten jetzt realisieren, wie ihr Leben hätte verlaufen können, wenn sie diese oder jene traumatische Trennungs- und Verlusterfahrung nicht gemacht hätten.