



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Bindung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen

Ulrike M.E. Schulze

Symposium:
Anwendung der Bindungstheorie
in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



DGKJP-Kongress
Aachen, 15. März 2007



Bindung – was ist das?

- Der sozialpsychologische Begriff der Bindung bezeichnet ein genetisch vorgeprägtes Verhalten von Kindern, das auf die Hinwendung zu älteren Personen, insbesondere der Mutter, ausgerichtet ist.
- Kinder erhoffen sich dabei Schutz und Versorgung.
- Der jeweils durch das Kind entwickelte Bindungstyp

A: unsicher-vermeidend

B: sicher

C: unsicher-ambivalent/präokkupiert

D: unsicher-desorganisiert

muss in starker Abhängigkeit vom Verhalten der Bezugsperson gesehen werden.



Hochunsichere Bindung



**Mary
Main**
(geb. 1943)



Überlegungen zur Entstehung hochunsicherer Bindung (Solomon & George, 1999)

Bestehende bindungsbezogene Ängste beim Kind werden durch zurückweisendes oder ängstigendes Verhalten der Bindungsperson verstärkt

- Bedürfnis nach Nähe und Trost wird aktiviert
- fehlende Wahrnehmung, Fehlinterpretation kindlichen Verhaltens der Bindungsperson
- Unfähigkeit der Bindungsperson, die Verstörung und Furcht des Kindes zu beenden



die **Fremde Situation** erfasst

- etablierte
- individuell unterschiedliche Bindungen

sichere und **unsichere** Bindungsstrategien
sind normale **Entwicklungsvarianten**

hochunsichere Bindung wird
entwicklungspsychopathologisch diskutiert



Hochunsichere Bindung und Bindungsstörungen: Prävalenz

Kinderpsychiatrische Nosologie

Bindungsstörungen

ca. 1% (extrapoliert
Vernachlässigung/Misshandlung)

Bindungstheorie

hochunsichere Bindung

15%

unsichere Bindung

40%

psychopathologisch relevante Probleme
nicht vorhersagbar bzw. nicht von
psychologischen Belastungen im
Normalbereich abgrenzbar

van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999



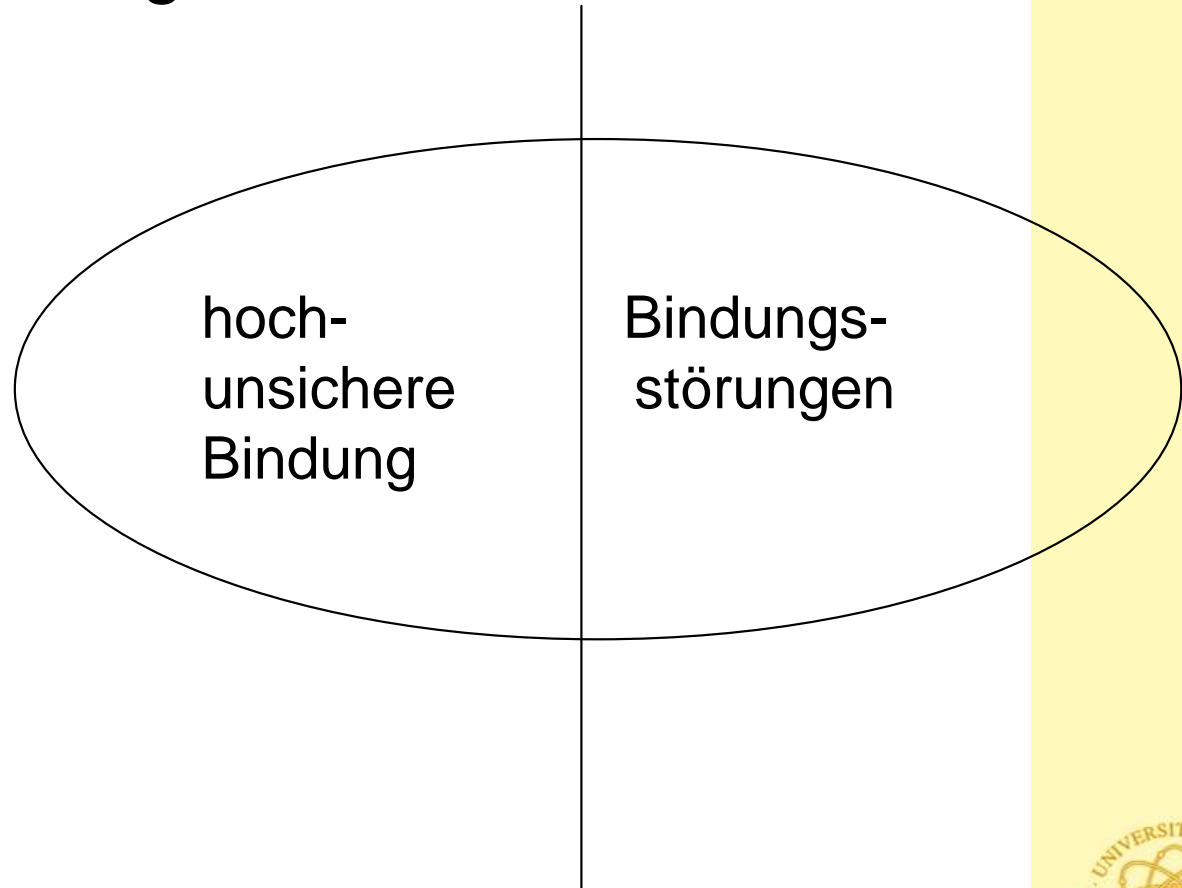


Bindungsstörung – kinderpsychiatrische Nosologie versus Bindungstheorie

Bindungsforschung

ICD-10

sichere Bindung unsichere Bindung





Reaktive Bindungsstörung (F 94.1)

Hemmung von Bindungsverhalten: keine Nähe- und Kontaktsuche bei einer Bezugsperson unter Belastung

Bindungsstörung mit Enthemmung (F.94.2)

relative Überaktivität des Bindungssystems
Unvermögen differenziertes Bindungsverhalten gegenüber einer Bezugsperson zu zeigen

F 94.1: insbesondere bei jüngeren Kindern

F 94.2: meist Entwicklung aus 94.1 im fünften Lebensjahr

Bisher werden die Bindungsstörungsdiagnosen nach ICD-10 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis fast ausschließlich auf schwer vernachlässigte / früh misshandelte Kinder angewandt.



- ❖ Fremde Situation: Messung der Bindungsqualität an die Bindungsperson (ab einem Lj.) (Ainsworth et al. 1978)
- ❖ Care-Index: Beurteilung der Interaktionsqualität, Geburt bis 2 ½ Jahre (Säuglings- und Kleinkind-System) Crittenden (2004, 2006)
- ❖ GEV (Geschichtenergänzungsverfahren): symbolische Erfassung der Bindungsrepräsentationen im mittleren Kindesalter (4-12J) (Gloger-Tippelt & König 1999)

- ❖ AAI (Adult Attachment Interview): Standardmethode zur Erfassung von Bindungstypologie bei Erwachsenen (George et al., 1985-1998, Main & Goldwyn, 1985-1998)
- ❖ AAP (Adult Attachment Projective): Erfassung der Bindungs-repräsentation bei Erwachsenen (George et al., 1999)
- ❖ PBI (Parental Bonding Instrument): Erfragen elterlichen Verhaltens bzüglich der Dimensionen Fürsorge und Kontrolle (Parker et al. 1979)
- ❖ ASQ (Attachment Style Questionnaire): Selbsteinschätzung der Bindungsstile, erinnerte Bindungserfahrungen und Bindungsverhalten in aktuellen Partnerschaften (Hazan und Shaver 1987, Bartholomew 1990, Bartholomew und Horwitz 1991, Hexel 2004):



Neurobiologie der Bindung (Shore 2006):

„The self-organization of the developing brain occurs in the relationship with another self, another brain“.

- **Bindung als biologisches Grundbedürfnis:**
 - „kontingente Responsivität“ - **Synchronizität der Interaktion** und physiologischer Rhythmen (arousal-regulation transactions)
 - mütterliche Feinfühligkeit (Fähigkeit zur Regulation eigener - auch negativer - Affekte, Vorhersehbarkeit), als externer Regulator kindlicher Selbstregulation
- **rechte Hirnhälfte** – Verarbeitung affektiven Befindens (sozial): Wachstumsspur 25. SSW bis zum Beginn des 2. Ljs., dominant während der ersten drei Jahre nach Geburt (links: 2. Lj., verbal)
 - rechte Hemisphere: dominant für wesentliche physiologische, endokrinologische, immunologische und kardiovaskuläre Funktionen (Überleben, Stressreaktivität)
 - re. Kortex: dominant für kindl. Erkennen von Gesichtern, des mütterlichen Gesichtsausdrucks, das Antworten auf die mütterliche Stimme
 - 8. LW: dramatische Zunahme sozialer und emotionaler Kapazitäten: synchronisierte face-to-face-Interaktionen → Veränderung synapt. Verbindungen
 - Mutter: rechts- schneller als linkshemispherisch: visuell, Geruch, Berührung, akustisch (Schreien); Streicheln der linken Körperhälfte, Benutzung linksgelegener kindl. Sinneskanäle: „imprinting experiences are affectively burnt in“ ... → ...



- **limbische Bahnen** (rechtsh.): Entwicklungsschub, Myelinisierung bis zum 18. Lm. („conversation between limbic systems“)
 - pos. Bindungserfahrungen: „right brain-to-right-brain-communications“ → Beeinflussung der für die Selbstregulation mit wesentlichen sich entwickelnden limbischen und Kortexareale (spätere soziale Anpassungsleistungen, Einbeziehung weiterer Bezugspersonen → interne Bindungsrepräsentationen)
- **Literatur:** Verbindung zwischen nicht geglückter Mutter-Kind-Interaktion und negativen Auswirkungen auf die neuronale Plastizität (z.B. HPA-Achse), die kardiale Funktion sowie den Kortisolmetabolismus (Stress), das Schmerzempfinden sowie negative Affektivität im Erwachsenenalter (rechtshemispherisch)
 - Generalisierung der **Selbstwahrnehmung** (auch rechtshemispherisch)
 - Devinsky (2000): Aufrechterhalten eines kohärenten, kontinuierlichen Selbst-Gefühls, Erkennen eines Körper-Selbstbildes und seiner Beziehung zur Umwelt, Unterscheidung zwischen dem Selbst und dem Anderen, Erkennen von vertrauten Mitgliedern einer Spezies sowie vertrauter Organismen, Gegenstände und Orte, Abrufen autobiographischer Informationen, Einschätzen der Umweltrealität, **emotionales Verstehen und Reagieren** auf körperliche und Umweltstimuli



- Ausmaß mütterlicher Zuwendung dem Neugeborenen gegenüber
→ Aktivierung eines die individuelle Stress-Reaktivität determinierenden genetischen Programms (Weaver et al. 2004)
- **Amygdala-Läsionen:** 2wöchige Rhesusaffen (n=24) (Bauman et al. 2004)
 - Vergleich zu Neugeborenen mit **Hippocampus**-Läsion
 - zurück zur Mutter, kleine Gruppen (Dyaden, Tetraden, eine soziale Gruppe aus 6 Mutter-Kind-Paaren und einem männl. Affen), kein verlängerter körperlicher Kontakt
 - 6monatig: Testung der Mutterpräferenz (Mutter-andere weibl. vertraute Äffin) → NG mit A-Läsion suchten keine spezifische Nähe zu ihrer Mutter (im Ggs. zu Kontrollen und NG mit H-Läsionen), keine Produktion von Stresslauten
 - Bedeutung: A-Läsionen → verminderte Fähigkeit, **potentielle Gefahren** zu erkennen (z.B. Trennung von der Mutter in fremder Umgebung), **nicht Unterbrechung der Beziehung selbst**



Möglichkeiten: Zusammenhänge erkennen und nutzen

- **dysfunktionale** intrafamiliäre **Beziehungen** in der Anamnese paranoider Patienten, Einfluss auf Symptomentwicklung? (Rankin et al. 2005)
 - overprotection, wenig Fürsorge, negative Beziehung zu den Eltern
- **hochkritische** Eltern psychiatrischer Patienten sind häufig selbst unsicher gebunden (Schiffman et al. 2000, Diamond and Doane 1994)
- hoher **genetischer** Einfluss auf Überfürsorglichkeit (Kendler 1996)
- **AN**: Bindungsstil (AAI), diagnostische Untergruppen der AN, esstörungs-spezifische Psychopathologie (Zachrisson und Kulbotten 2006)
 - Zurückweisung ~ angstassoziiertes Stress (↑), unverarbeitete Traumata
- **Alexithymie**: Britische Studenten (n ~ 670; Mason et al. 2005)
 - TAS-20, DES, PBI; A. stärker ausgeprägt bei weiblichen NW-Studenten
 - nachvollziehbare Beziehung zwischen der Schwierigkeit, Gefühle zu erkennen (TAS-20) und dem Auftreten von Depersonalisation und Derealisation; Trend eines Zusammenhanges zwischen mütterl. Überbehütung und Alexithymie



PPCE (Prolonged Parent-Child Embrace Therapy) (Welch et al. 2006)

- 20-90 minütige „Auge-in-Auge-Umarmung“, 4 Stadien (Konfrontation, Konflikt, Konfliktlösung, Synchronizität, Entspannung)
- Diagnosen der Kinder: u.a. AD(H)D, ODD, CD
- hoher Anteil adoptierter Kinder (78%)
- Alter der Kinder 9.7 Jahre
- zwei Acht-Stunden-Tage: Konditionierung der **Sress**-Antwort
 - PPCE mit Mutter und Kind, mit andren Familienmitgliedern, Besprechung von Erziehung und Elterndasein, Besprechung der Motivation, Planung der Umsetzung für Zuhause,
 - medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit ↓ (1 Jahr)



- **Epidemiologie:** Angststörungen = häufigste psychiatr. Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, relative Symptomstabilität (Verhulst et al. 1997)

Angustzustände: definiert als „überflutende Emotionen“ (Ekman 1984), die durch das Individuum nicht einfach reguliert werden können

- **Ätiologie:** longitudinales, multivariates Modell

n = 155 Minnesota-Langzeitstudie (high-risk-Kinder, Longitudinal-Design), ab Neugeborenenzeit (Neonatal Behavior Assessment Scale, NBAS, Brazelton 1973), Fremde Situation (Ainsworth et al. 1978), CBCL,...

Bindungsgeschichte und Biophysikologie → Regulationsfähigkeit

- Vulnerabilität / („schwieriges“ Temperament, gehemmt) → biologisch determinierte (erhöhte physiologische) Reaktivität; m=w (K), m<w (J)
- Kind hinterfragt in ängstigenden Situationen die Verfügbarkeit der Bindungsperson und Schutz durch dieselbe, ist sich deren nicht sicher
→ chron. Angst
- mangelnde soziale Kompetenz und Schulversagen, Peerbeziehungen
- cognitiv-affektive Repräsentationen (interne Arbeitsmodelle: ich, du und die anderen): „information processing biases“, inkompetentes und hilfloses Selbst

→ Auswahl und Interpretation von Erfahrungen und Reaktionen auf Verhaltensebene

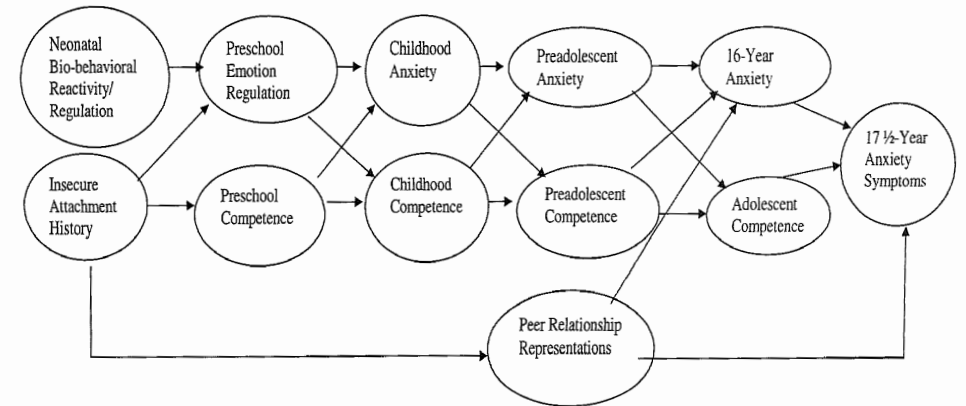


Figure 2. The Model 2 path analysis examining the prediction of anxiety symptoms across childhood, preadolescence, and adolescence.

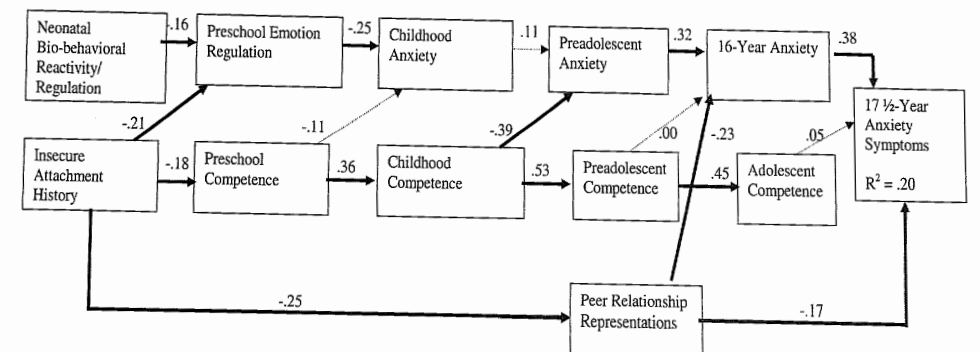


Figure 3. The results of the path analysis examining the prediction of anxiety symptoms across childhood, preadolescence, and adolescence. The heavy line paths are significant at $p < .05$.





Coping-Strategien bei Jugendlichen (Seiffge-Krenke u. Stoll 2004)

- Entwicklung der Bindungsorganisation von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter: Einfluss von kritischen Lebenssituationen
 - mittlere Stabilität der Bindungsqualität: 64% (Zimmermann und Becker-Stoll 2002)
 - Zusammenhang zwischen maladaptiver Entwicklung und zahlreichen psychischen Beeinträchtigungen (v.a. Depression)
 - dysfunktionale Copingstrategien bei ca. 20% der Jugendlichen (Problemvermeidung, Verleugnung, fatalistischer Rückzug)
- Untersuchung: Zusammenhang zwischen Coping-Verhalten und Bindungsrepräsentation: Längsschnitt, 103 junge Erwachsene (21.2 Jahre)
 - AAI (Adult Attachment interview, George et al. 1984), CASQ (Coping Across Situations Questionnaire, 1991 bis 1994 einmal jährlich, dann im Vergleich mit AAI, Seiffge-Krenke 1989, 1995)
 - 50% sicher, 38,4% unsicher-distanziert, 11,6% unsicher-verwickelt
 - bis 21. Lj.: Unterschiede im Bewältigungsverhalten v.a. zwischen sicher und unsicher-distanziert gebundenen Probanden: Aktivität vs. Rückzug (meidend)
 - unsicher-verwickelt: Rückzug/Pessimismus, Ärger / Trostsuche (Ambivalenz)
 - Unterschiede im Bewältigungsverhalten während der Jugendzeit (14 bis 17 Jahre) als prädiktive Marker für später erfasste Bindungsstile



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Persönlichkeitsstörungen: Borderline





- **prospektiv:** Untersuchung der Auswirkungen von **Bindungsre-präsentationen** („eine Ansammlung bewusster und unbewusster Regeln für die Information und Verarbeitung“... sowie den möglichen oder eingeschränkten Zugang zu dieser Information, Main et al. 1985) in einer Jugendhilfeeinrichtung (Gericht!)
 - Erziehung: Delinquenz, Drogenmissbrauch, schwere Verhaltens- und emotionale Probleme, Z.n. Missbrauch/Vernachlässigung...
 - Jugendliche (n=81) – professionelle Erzieher (n = 33) / Mentor
 - **AAI**, DFSI (Dutch Forensic Staff-Patient Relationship Inventory): Unterscheidung zwischen Abwesenheit und Missbrauch von Kontakt, PARA (Psychological Availability and Reliance on Adult): Einschätzung der basalen Bindungsbedürfnisse innerhalb einer asymmetrischen Beziehung
 - Auswertung: AAI – Vergleich mit Ergebnissen aus Metaanalysen
 - Rel. < Jgdl. U/d oder CC, jedoch > E (besorgt) oder Ds (abweisend)
- Jugendliche: kohärente Bindungsrepräsentation → Anstieg an Gebundenheit u. Abnahme der Kontaktverweigerung“ (3-10 Mo. n. Aufnahme)
- Erzieher: B-R prädiktiv im Hinblick auf Veränderungen in der Wahrnehmung des Jugendlichen, wahrgenommene Verfügbarkeit ↑ bei Autonomie vice versa, Kombination der B-R zeigte einen signifikanten Effekt auf die berichtete Feindseligkeit des Jugendlichen (nonautonom)



Implikationen für die Praxis

- Bindung nicht unbedingt kausal in Bezug auf Störungsbild
 - **Zusammenwirken** einer genetischen Disposition sowie Beeinflussung sich entwickelnder ZNS-Strukturen → Manifestation
 - deutliche **Auswirkungen** auf den Verlauf einer Erkrankung sowie deren mögliche Chronifizierung
- Umgang der **Eltern** mit der Erkrankung/Besonderheit ihres Kindes
- **Kinder**: möglichst früh einsetzende praxisgeleitete Interventionen
 - Misshandlung (Cicchetti et al. 2006), „Guter Start...“ (Ziegenhain und Fegert)
- **Jugendliche**: Autonomieentwicklung („zweite Individuation“)
 - Suchtproblematik (selbst, coabhängig)
 - Essstörungen
 - Persönlichkeits(entwicklungs)störungen („Borderline“)
 - Angststörungen
 - MBT (mentalization based treatment) als Möglichkeit einer therapeutischen Nutzung bindungsrelevanter Ressourcen



Grenzen

Bindungstheorie: zentrales Konzept zur Erklärung von Bindungsstörungen

- klinisch relevant: Forschung über hochunsichere (desorganisierte) Bindung
- phänotypische Ähnlichkeit hochunsichere Bindung und reaktive Bindungsstörung

qualitativer Unterschied Bindungstheorie und Bindungsstörungen

- bisher beschränkt auf normale und abweichende Entwicklung in etablierten Bindungen oder nach Verlust
- bisher keine Konzeptualisierung für „fehlende Bindung“/Bindungsentwicklung nach Deprivation



Bindungstheorie und Bindungsstörungen: nicht adoptierte rumänische Waisenkinder (Zeanah et al. 2005)

- Querschnittstudie: rumänische Waisenkinder
 - (institutionalisiert) vs. familienerzogene Kinder
 - Heimkinder: >drei Viertel hochunsichere
vs. < ein Viertel familienerzogene Kinder
 - Mehrheit der Heimkinder: keine persönlich bezogene
Bindung zur Erzieherin (nur 3%!)



Score	Operationalisierung
5	klares Bindungsverhalten: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert/desorientiert; klares Muster von Bindungs-/Erkundungsverhalten
4	traditionelles Bindungsmuster ist erkennbar, allerdings mit Verhaltensanomalien; Bindungs-/Erkundungsverhalten vorhanden (z.B. Suchen der Bindungsperson, Kummer bei Trennung, Reaktion bei Wiedervereinigung) Anomale Verhaltensweisen sind markant (starkes oder langes Schaukeln bei Kummer/ Belastetheit, extreme Erregung/Aufgeregtheit gegenüber Bezugsperson)
3	bevorzugt vertraute Bezugsperson deutlich vor fremder Person, äußert dies passiv; ggf. etwas Bekümmern bei Trennung (z.B. weinen, schaukeln), sucht ggf. Bezugsperson Interaktion mit der Bezugsperson wird überwiegend durch diese gestaltet; Kind reagiert ggf., allerdings schwach initiativ und/oder mit begrenzten Änderungen im Affekt.
2	erkennbare Unterscheidung von vertrauten und unvertrauten Erwachsenen, mit leichter Bevorzugung der vertrauten Bezugsperson zeigt wenig Änderung im Verhalten oder im Affekt gegenüber Bezugsperson oder ihren Initiativen; Aktivität wird überwiegend von der Bezugsperson gestaltet.
1	kein Bindungsverhalten, unterscheidet nicht zwischen vertrauten und unvertrauten Erwachsenen Aufmerksamkeit und Aktivität überwiegend auf Gegenstände gerichtet, flache oder minimale Änderungen im Affekt, wenig interaktives Verhalten wenig oder keine Belastung/Kummer bei Trennung, keine Reaktion bei Wiedervereinigung.



Zusammenfassung und Ausblick

- Bindungstheorie = ein Paradigma mit hoher Praxisrelevanz
- Bindungstheorie: „back to the roots“
- unsichere Bindung (40%): kein Problem per se, Normvariante
- diagnostischer, therapeutischer Zusammenhang (Multidimensionalität)





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

