

# Bindungs- und Beziehungsstörung aus medizinischer Sicht

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

LVR-Klinik Viersen  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters

## 2. Dia – mögliche Interessenskonflikte

- Unterstützung für **Vorträge** in den letzten 5 Jahren von: ADHS Deutschland e. V., Hochschule Aachen, Context, DGSE, DGVT, Fachhochschule Düsseldorf, isiberlin, Janssen-Cilag, Universität Lüneburg, Universität Münster, Verband deutscher MotopädInnen, Volkswagen
- **Kein Sponsoring** für Tagungen, Studien, Gremien, boards, keine Aktien
- **Vorstandsmitglied** von BAG und BKJPP
- **Mitautor** der AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen
- **Mitglied** der S3-AWMF-Leitlinien-Arbeitsgruppen ‚Autismusspektrumsstörungen‘ und ‚ADHS‘

## Medizin

- lateinisch *ars medicina*, „Heilkunst“, auch „Heilkunde“
- Lehre von der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von **Krankheiten und Verletzungen** bei Menschen und Tieren.
- wird von Ärzten, von den Angehörigen weiterer anerkannter Heilberufe, und von anderen Therapeuten, wie etwa traditionellen „Heilern“ oder den in Deutschland zugelassenen Heilpraktikern ausgeübt mit dem Ziel, die Gesundheit der Patienten wiederherzustellen oder zu erhalten.
- Medizin ist die Lehre **vom gesunden und kranken Lebewesen**.

Wikipedia

## Bindung

- ist ein vom Gefühl getragenes Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft, das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet
- **John Bowlby**, Psychiater (1907-1991)

Bowlby, 1979

## Bindung als Grundbedürfnis

- Bindungsbedürfnisse sind biologische Grundbedürfnisse
- das Bindungssystem wird insbesondere bei Verunsicherung bzw. Angst aktiviert
- Bindungspersonen dienen als Hilfe bei Verunsicherung bzw. Angst

Grawe, 2004

## Wurzeln der Bindungstheorie

- *Adolf Mayer*: Einfluss tatsächlicher Ereignisse auf die Persönlichkeit
- *Sigmund Freud*: Einfluss von Imaginationen, Phantasien, innerer Welt der psychischen Prozesse, unbewussten Prozessen

Bowlby, 2004

## Bindungstheorie: John Bowlby

- Der Säugling entwickelt im ersten Lebensjahr eine spezifische emotionale Bindung an eine Hauptbindungsperson sowie nachgeordnete Bindungspersonen bzw. ein Netz von Bindungspersonen
- Die emotionale Bindung sichert das Überleben des Säuglings
- Die Bindungsperson ist der „*sichere emotionale Hafen*“ für den Säugling

## Mary Ainsworth (1913-1999): Fremde Situation Psychologin in der Forschungsgruppe von Bowlby in London

Episode	Dauer	Personen	Ablauf
1	ca. 30 Sek.	Kind, Bindungsperson, Versuchsleiter	Bindungsperson, Kind wird hereingeführt
2	3 Minuten	Kind, Bindungsperson	Kind spielt bzw. Bindungsperson aktiviert das Kind zum Spielen
3	3 Minuten	Kind, Bindungsperson, Fremde Person	Fremde Person kommt herein, schweigt (1. Minute) unterhält sich mit der Bindungsperson (2. Minute) versucht Kontakt mit Kind aufzunehmen (3. Minute)
4	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Fremde Person	Bindungsperson verlässt den Raum (ohne sich zu verabschieden)
5	3 Minuten	Kind, Bindungsperson	<u>1. Wiedervereinigungsepisode</u> : Bindungsperson kommt zurück, geht zum Kind beruhigt es ggf.; Fremde Person verlässt den Raum
6	3 Minuten (oder kürzer)	Kind	Bindungsperson verlässt den Raum (verabschiedet sich)
7	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Fremde Person	Fremde Person kommt zurück; beruhigt das Kind ggf.
8	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Bindungsperson	<u>2. Wiedervereinigungsepisode</u> : Bindungsperson kommt zurück; Fremde Person verlässt den Raum

(aus Ziegenhan, 2011)

## Bindungstypen nach Ainsworth

- *sicher gebunden* (60-65%): Trennungsprotest, Weinen, Rufen, aktive Suche nach der Bindungsperson, Wunsch nach Körperkontakt, bei Wiedervereinigung Beruhigung durch Körperkontakt mit der Bindungsperson nach deren Rückkehr; Fortsetzung der Exploration nach kurzer Beruhigungszeit
- *unsicher vermeidend gebunden* (20-25%): Bei Trennung keine Reaktion, etwas eingeschränktes Spiel während der Trennung; bei Wiedervereinigung Ignorieren der Eltern kaum oder kein Trennungsprotest, kein Wunsch nach Körperkontakt bei Rückkehr der Bindungsperson, aktive Distanzierung von Bindungsperson
- *unsicher ambivalent gebunden* (5-10%): Bei Trennung sehr aufgeregt, unstillbares Weinen, extreme Erregung; bei Wiedervereinigung klammern, extremer Trennungsprotest, nur langsame Beruhigung nach Rückkehr der Bindungsperson trotz Körperkontakt, Nähesuchen und Aggression gleichzeitig, verzögerte Rückkehr zum entspannten Spiel
- *unsicher desorganisiert* (10-15%): Widersprüchliches, wechselndes Verhalten, Stereotypen, Angst, Leere, Umherlaufen widersprüchliche Verhaltensweisen von Nähesuchen und Vermeidung, dissoziative Zustände

(Brisch, 2007)

## Der Bindungstyp ist keine Diagnose!

- *Sichere Bindung* mit stabileren sozialen Beziehungen assoziiert
- *Unsichere Bindung ambivalent bzw. vermeidend* ist nicht gleichzusetzen mit einer Störung des Kindes oder der Eltern-Kind-Beziehung
- *Unsicher desorganisierte Bindung* ist eher mit Psychopathologie assoziiert, vor allem mit externalisierenden Störungen; häufiger in Risikogruppen, z.B. nach Misshandlung

## Bindung und Persönlichkeit

### *Sichere Bindung:*

- psychischer Schutz bei Belastungen
- breites solides Fundament

### *Unsichere Bindung:*

- psychisches Risiko bei Belastungen
- schmales und weiches Fundament

### *Desorganisierte Bindung:*

- beginnende Psychopathologie
- fehlende Fundamentteile

### *Bindungsstörung*

- manifeste Psychopathologie
- „Sumpf“ als Fundament

(Brisch, 2008)

## Bindungstypen bei psychischen Störungen

- In einer Meta-Analyse (14 Studien, 688 Probanden) von AAI-Ergebnissen fanden sich
- *in der Patientenstichprobe*: 41% unsicher-vermeidend, 46,5% unsicher-ambivalent und **12,5% sicher**
- *in der Gesunden-Kontrollgruppe*: 23,2%, 17,6% und **59,2%**

Grawe, 2006

## Feinfühligkeit und Bindung

- Die Pflegeperson mit der größten Feinfühligkeit in der Interaktion wird die Hauptbindungsperson für den Säugling
- große Feinfühligkeit fördert eine sichere Bindungsentwicklung
- Die Bindungsperson muss nicht die leibliche Mutter sein

(Brisch, 2007)

## Feinfühligkeit und Bindung

Die Pflegeperson muss die Signale des Säuglings

- wahrnehmen
  - richtig interpretieren
- und sie muss
- angemessen reagieren
  - prompt reagieren

(Brisch, 2007)

## Positive Faktoren

- **Blickkontakt** mit gelungener AffektAbstimmung (Intersubjektivität) zwischen Säugling und Pflegeperson fördert die sichere Bindungsentwicklung
- Feinfühligkeit **Berührung und Körperkontakt** zwischen Pflegeperson und Säugling fördert die sichere Bindungsentwicklung

(Brisch, 2007)

## Wie entstehen Bindungsstörungen?

Durch multiple Traumatisierungen

- des Kindes
  - und/oder der Eltern
- wird die frühe Eltern-Kind-Interaktion gravierend gestört
- Die Folge ist eine frühe Psychopathologie der Bindungsentwicklung.

(Brisch, 2007)

## Ursachen von Bindungsstörungen

- Sexuelle Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Massive Vernachlässigung
- Häufig wechselnde Bezugssysteme bzw. multiple Verluste von Bezugspersonen
- Multiple unverarbeitete Traumatisierungen von Kindern durch Bindungspersonen
- Emotionale Gewalt

(Brisch, 2007)

## Diagnostik

- Bindungs-Trauma-Anamnese
- Psychischer Befund
- Fremde-Situations-Test für Säuglinge nach Ainsworth (12 bis 19 Monate)
- Attachment Q-Set (12-36 Monate)
- Separation Anxiety Test (2-6 J.)
- Puppenspiel (3-12 J.), Geschichtenergänzung
- Child Attachment Interview (CAI) (13-16 J.)
- Inventory of Parent and Peer Attachment (12-18 J.)
- Adult Attachment Interview (AAI)
- Hazan and Shaver's Romantic Attachment Scale
- Current Relationship Interview
- Adult Attachment Projective Picture System (AAP)

## Diagnostische Klassifikation von Bindungsstörungen

- **DC:0-3R:** 150 Deprivation/Maltreatment Disorder
- **DSM-IV-TR:** 313.89 Reaktive Bindungsstörung im Säuglingsalter oder in der Frühen Kindheit: a) Gehemmter b) Ungehemmter Typus
- **ICD-10:** a) F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters b) F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC: 0-3R);*

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR);*

## Reliabilität der Diagnose

- „the reliability of DSM-IV criteria in diagnosing attachment disorders was marginal“

Neil W. Boris, Charles H. Zeanah, Julie A. Larrieu, Michael S. Scheeringa, Sheryl S. Heller (1998) Attachment Disorders in Infancy and Early Childhood: A Preliminary Investigation of Diagnostic Criteria. *Am J Psychiatry* 155:295–297

## DSM-V

- „There is broad consensus that the disorder results from inadequate caregiving environment and encompasses two clinical patterns, an emotionally withdrawn inhibited type and an indiscriminately social/disinhibited type“.

Charles H. Zeanah & Mary Margaret Gleason (2010) REACTIVE ATTACHMENT DISORDER: A REVIEW FOR DSM-V. American Psychiatric Association.

## AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen (F94.1, F94.2)

- In nosologischer Hinsicht nehmen Bindungsstörungen eine einzigartige Stellung ein, weil nicht nur **intrapersonale** Symptomatik, sondern auch **interpersonales** Beziehungsverhalten als Diagnosekriterium gilt.
- Umschriebene Entwicklungsstörungen sind häufig.
- Manchmal finden sich Wachstums- und Gedeihstörungen.
- Alle Symptome sind vor dem Hintergrund von anamnestischen Daten und unter Berücksichtigung ihres Schweregrades zu beurteilen.

## ICD-10 GM 2011

### Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Es handelt sich um eine etwas heterogene Gruppe von Störungen, mit Abweichungen in der sozialen Funktionsfähigkeit und Beginn in der Entwicklungszeit.
- Anders als die tief greifenden Entwicklungsstörungen sind sie jedoch **nicht primär durch eine offensichtliche konstitutionelle** soziale Beeinträchtigung oder Defizite in allen Bereichen sozialer Funktionen charakterisiert.
- In vielen Fällen spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivationen eine vermutlich entscheidende Rolle in der Ätiologie.

## Genetische Aspekte

- „Behavioural genetics analysis suggested a strong genetic influence to attachment disorder behaviour, with males showing higher heritability“.

(Minnis et al. 2007)

## Serotonin und Bindung

- Bei Rhesusaffen mit bzgl. Serotonin-Transportergen weniger effizientem kurzem HTT-Allel war nur bei den ohne Mutter aufgewachsenen eine geringere Serotoninkonzentration im Liquor zu finden.
- Bei Affen, die normal mit ihrer Mutter aufgewachsen waren, spielte der Genotyp keine Rolle für den späteren Serotoninstoffwechsel.
- Offenbar wurde das Risiko für eine serotonerge Unterfunktion durch eine sichere Bindungsbeziehung ausgeglichen

(Bennett et al. 1998, Suomi 2000)

## ICD-10 GM 2011

### F94.1 **Reaktive** Bindungsstörung des Kindesalters

- Diese tritt in den ersten 5 Lebensjahren auf und ist durch anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster des Kindes charakterisiert.
- Diese sind von einer emotionalen Störung begleitet und reagieren auf Wechsel in den Milieuverhältnissen.
- Die Symptome bestehen aus Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichteten Aggressionen, Unglücklichsein und in einigen Fällen Wachstumsverzögerung.
- Das Syndrom tritt wahrscheinlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung auf.

## ICD-10 GM 2011

### F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit **Enthemmung**

- Ein spezifisches abnormes soziales Funktionsmuster, das während der ersten 5 Lebensjahre auftritt mit einer Tendenz, trotz deutlicher Änderungen in den Milieubedingungen zu persistieren.
- Dieses kann z.B. in diffusem, nichtselektivem Bindungsverhalten bestehen, in aufmerksamkeitsuchendem und wahllos freundlichem Verhalten und kaum modulierten Interaktionen mit Gleichaltrigen; je nach Umständen kommen auch emotionale und Verhaltensstörungen vor.
- Inkl.:
  - Gefühlsarme Psychopathie
  - Hospitalismus

## AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen: Kritik an den Subtypen F94.1, F94.2

- Verschiedene neue Studien setzen sich kritisch mit dem Merkmal des wahllosen Beziehungsverhaltens auseinander und betrachten es eher als **Anpassung an institutionalisierte Erziehung**, denn als Kernmerkmal von Bindungsstörungen.
- Als alternative diagnostische Kategorien werden vorgeschlagen: Fehlende Bindung („non-attachment“), Verzerrung der sicheren Basis („secure base distortion“) sowie unterbrochene Bindung („disrupted attachment“). Diese Kategorien erwiesen sich in einer Studie den DSM-IV-Kriterien in ihrer Reliabilität als überlegen (Boris et al. 1998).

## Differentialdiagnosen / Komorbide Störungen

- Autismusspektrumstörungen
- ADHS
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- etc.

## Prävention von Bindungsstörungen

- Förderung der elterlichen Feinfühligkeit
- Schulung über Bedeutung der sicheren Bindung
- Verhinderung von unvorbereiteten Trennungen
- Vermeidung von Traumatisierung
- Behandlung nach Traumaerfahrung

Brisch, 2007

## Häufigkeit

- Inzidenz und Prävalenz sind unbekannt.
- extrapolierte Schätzungen zur Prävalenz (Vernachlässigung, Misshandlung) ca. 1%
- Unter den rumänischen Kindern mit langer Deprivationsdauer vor Adoption lag die Häufigkeit schwerer Bindungsstörungen im Alter von 6 Jahren bei 30%.

AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen (F94.1, F94.2); Ziegenhain 2011

## Verlauf

### Verlauf:

- *Typus Inhibition*: Rückbildung nach Fremdplatzierung
- Trotz bester Milieubedingungen bleiben kognitive und emotionale Schwierigkeiten, wenn Adoption nach dem 18. Lebensmonat erfolgte
- *Typus Enthemmung*: Persistenz bis Alter von 4-8 Jahren, nicht bis Alter von 16 Jahren; Persistenz nur von wahllosen sozialen Kontakten

(von Gontard, 2011)

## Therapie

- Die wichtigste Intervention besteht darin, dem Kind eine emotional verfügbare konstante Bezugsperson zur Verfügung zu stellen.
- Die Herstellung eines bindungsstabilen, entwicklungsfördernden Milieus in Familie, Pflegefamilie oder stationärer Jugendhilfe muss oberstes Behandlungsziel sein.
- Dies kann auch die Herausnahme aus einer nicht ausreichend zu verbessernden familiären Situation beinhalten, insbesondere bei fehlender Kooperation und persistierender Misshandlung/Vernachlässigung.

AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen

## Pädagogische Maßnahmen

- Wiedererleben von wachgerufenen, alten Affekten und emotionalem Schmerz in der schützenden haltenden Pflegebeziehung
- Neuerfahrung des sicheren emotionalen Hafens mit Pflegeperson bei Angst und Schmerz
- Entwicklung von Bindungssicherheit
- Vertrauen, Schutz, Beruhigung, Suche nach Nähe

Brisch, 2007

## Pädagogische Maßnahmen

- Exploration der Welt
- Neue Beziehungen innerhalb und außerhalb der Pflegebeziehungen
- Empathische Situationen mit anderen
- Trennungen werden möglich ohne traumatische Situationen

Brisch, 2007

## Therapie

- Beratung und/oder Supervision von Bezugspersonen in Familien, Pflegefamilien, Heim, Kindergarten und Schule
- Psychotherapie in Form von intensiver psychotherapeutischer Arbeit mit der Bezugsperson, dyadischer Therapie von Bezugsperson und Kind oder Einzeltherapie mit begleitender Beratung der Bezugspersonen
- Ausgeprägte, anhaltende komorbide Störungen (Angst-, depressive und Impulskontrollstörungen) können Psychopharmakotherapie erforderlich machen.

AWMF-Leitlinie Bindungsstörungen

## Therapie mit den Eltern bei jungen Kindern

- bindungstheoretisch konzeptualisiert
- wirksam evaluiert:
- begrenzte Zahl von Sitzungen (< 5)
- oder mehrwöchiges Psychoedukationsprogramm verhaltensorientiert
- gezielte Förderung elterlicher Feinfühligkeit

(Bakermans-Kranenburg et al. 2003, Marvin 2002)

## Videogestützte Förderung feinfühligem Verhaltens

- Vermittlung von Ausdrucks-, Belastungs- und Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern (Brazelton, 1984; Als, 1982)
- niedrigschwellig
- zeitlich begrenzt
- flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrierbar

(Ziegenhain et al. 2004)

## Therapie mit den Betroffenen

- Nach klinischer Erfahrung oft hohe Veränderungsresistenz
- Keine abgegrenzten Phasen
- Keine lineare Entwicklung
- Bindungsaufbau wie "Achterbahn-Erfahrung"
- Bei massiv deprivierten Kindern u. U. fehlender bzw. entwicklungsinadäquater Bindungsaufbau

(Brisch 2007; Ziegenhain 2011)

## Therapie

### Phase 1

- Herstellung einer „sicheren emotionalen therapeutischen Bindung“
- Therapeutische Feinfühligkeit

### Phase 2

- Exploration der Lebensgeschichte
- Erfahrungen von Trennung, Verlust, Traumata

Brisch, 2007

## Therapie

### Phase 3

- Wiederbelebung in der Übertragung
- Neue Bindungserfahrung
- Trennungserfahrungen mit Therapeuten
- Trauerarbeit

### Phase 4

- Veränderung von Realbeziehungen

Brisch, 2007

## Therapie

### Phase 5

- Abschied in der Therapie
- Intervallbehandlung
- Sichere emotionale therapeutische Beziehung wird nicht aufgelöst
- Kürzere Behandlungsphasen zu späteren Zeiten
- Rückgriff auf therapeutische Beziehung

Brisch, 2007

## SSRI

- Case 1: Ab dem Alter von 4 J. wurde sie in 7 verschiedenen Pflegefamilien untergebracht, die alle mit ihrem aggressiven Verhalten Probleme hatten
- Ab 5 J. bis heute in derselben Adoptivfamilie. Zunächst Wutausbrüche und Stimmungsschwankungen
- Über die nächsten 6 Jahre hatte sie ein stabiles und warmherziges Zuhause, sie blieb jedoch emotional distanziert und hatte kein Interesse an engen Beziehungen zu Familienmitgliedern.
- Ihr oppositionelles Verhalten blieb problematisch und sie zeigte keine Schuldgefühle. Darüber hinaus bestanden weitere soziale Defizite.
- Sie erhielt zahlreiche Therapien an verschiedenen Stellen einschließlich Medikation mit Methylphenidat, Clonidin, Guanfacin und Risperidon. Weder pharmakologische noch psychosoziale Interventionen halfen.
- Mit 11 J. wurden die Medikamente abgesetzt ohne spürbare Verschlechterung.

## SSRI

- Mit 12 J. wurde ein Versuch mit 50 mg/d Sertralin (*Zoloft*®) begonnen, obwohl sie nicht depressiv war.
- Nach 2 Monaten leichte Verbesserung, Erhöhung auf 100mg/d, was zu dramatischen Verbesserungen führte:
- Die Stimmungslage normalisierte sich, die Aggressivität nahm deutlich ab, jedoch blieben episodische Probleme im sozialen Verständnis
  - Sie zeigte jetzt jedoch echtes Interesse an sozialen Aktivitäten mit den Eltern und Geschwistern und respektierte deren Gefühle und Grenzen
  - Obwohl sie nicht spontan mehr Zuwendung von ihren Eltern suchte, nahm sie diese dankbar an. Wahlloses Kontaktverhalten trat nicht mehr auf.
  - Auch nach 8 Monaten fanden sich keine Hinweise auf einen Rückfall.

Weinberg, H. A. (2010) Improved Functioning in Children Diagnosed with Reactive Attachment Disorder after SSRI Therapy. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 19(1): 48–50

## SSRI

- Case 2: Ab dem 6 J. Sertralin (*Zoloft*®) 25mg für die Stimmungsschwankungen, innerhalb von mehreren Monaten Erhöhung bis auf 150mg/d.
- Deutlich weniger oppositionelles Verhalten zu Hause und in der Schule
- Affektiv schwingungsfähiger, Normalisierung der Stimmungslage
- Abnahme von Wutanfällen, Irritierbarkeit und Schreien
- Drängende Kontaktsuche zu Fremden nahm ab
- Er war interessierter an sozialen Aktivitäten mit den Eltern und anderen Familienmitgliedern und suchte spontan ihre Zuneigung
- Seine Integration in die Peergroup verbesserte sich sehr, er war nun rücksichtsvoll und kooperativ beim Spiel.
- Die Verbesserungen waren auch noch nach 9 Monaten vorhanden.

Weinberg, H. A. (2010) Improved Functioning in Children Diagnosed with Reactive Attachment Disorder after SSRI Therapy. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 19(1): 48–50

## Bindungs- und Beziehungsstörung aus medizinischer Sicht

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

LVR-Klinik Viersen  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters