

Brisch, Karl Heinz / Buchheim, Anna und Kächele, Horst

Diagnostik von Bindungsstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 6, S. 425-437

urn:nbn:de:bsz-psydok-41561

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

| | |
|--|-----|
| BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years) | 178 |
| KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing) | 192 |
| LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children) | 37 |
| MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy) | 27 |

Originalarbeiten / Originals

| | |
|--|-----|
| BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age) | 399 |
| FEGER, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping) | 677 |
| GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children) | 113 |
| GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood) | 101 |
| HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey) | 465 |
| HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data) | 247 |
| HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen | |

| | |
|---|-----|
| Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?) | 723 |
| HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years) | 734 |
| KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison) | 273 |
| KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation) | 163 |
| KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists) | 340 |
| KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project) | 497 |
| KLOPFER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach) | 647 |
| LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotological Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort)) | 751 |
| LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology) | 1 |
| LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children) | 260 |
| LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?) | 326 |
| NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy) | 155 |
| NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie | |

| | |
|--|-----|
| anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist) | 141 |
| PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants) | 231 |
| PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation) | 311 |
| ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents) | 481 |
| SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View) | 664 |
| WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study) | 15 |
| ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment) | 86 |

Übersichtsarbeiten / Reviews

| | |
|---|-----|
| BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders) | 425 |
| DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation) | 571 |
| FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment) | 694 |
| GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations) | 73 |
| KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists) | 351 |
| RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective) | 556 |
| SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection) | 411 |

| | |
|---|-----|
| SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ)) | 548 |
| STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play) | 580 |
| VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy) | 564 |

Werkstattberichte / Brief Reports

| | |
|---|-----|
| BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict) | 611 |
| BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations) | 602 |
| KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard) | 623 |
| LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders) | 366 |
| SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment) | 589 |
| STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder) | 202 |
| SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment) | 438 |

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen | 450 |
| BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis | 455 |
| BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter | 219 |
| BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen | 638 |
| BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz | 450 |

| | |
|---|-----|
| BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage | 529 |
| BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling | 456 |
| CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik | 713 |
| DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings | 295 |
| DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen | 380 |
| DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP | 381 |
| EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung | 294 |
| EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38 | 211 |
| EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39 | 216 |
| ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches | 715 |
| ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder | 296 |
| FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe | 448 |
| FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann | 131 |
| FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis | 790 |
| FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik | 129 |
| GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte | 387 |
| GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik | 61 |
| HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis | 641 |
| HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse | 791 |
| HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation | 63 |
| HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention | 221 |
| HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen | 298 |
| KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen | 716 |
| KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie | 530 |
| KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme | 534 |
| KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter | 452 |
| KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik | 783 |
| KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung | 386 |
| KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes | 215 |
| KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie | 209 |
| KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis | 637 |

| | |
|---|-----|
| KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache | 452 |
| LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung | 390 |
| LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen | 785 |
| MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt? | 132 |
| MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung | 533 |
| MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern | 218 |
| NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter | 641 |
| NYSSSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung | 300 |
| PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern | 208 |
| PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen | 531 |
| POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe | 212 |
| PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie | 454 |
| RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes | 295 |
| RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer | 377 |
| ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder | 65 |
| ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten | 447 |
| ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie | 382 |
| ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie | 528 |
| ROTTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung | 788 |
| RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation | 716 |
| SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren | 383 |
| SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome | 384 |
| SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe | 446 |
| SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität | 62 |
| SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können | 717 |
| SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik | 389 |
| SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung | 302 |
| STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern | 639 |
| STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie | 535 |
| STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung | 214 |

| | |
|--|-----|
| STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma | 779 |
| STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie | 62 |
| TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe | 787 |
| TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer | 134 |
| UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher | 714 |
| VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten | 376 |
| VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit | 373 |
| WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis | 379 |
| WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter | 526 |
| WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter | 525 |
| WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment | 374 |
| WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch | 537 |
| WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik | 129 |
| ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule | 717 |

| | |
|---|---|
| Editorial / Editorial | 71, 543 |
| Autoren und Autorinnen / Authors | 52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778 |
| Zeitschriftenübersicht / Current Articles | 56, 288, 515 |
| Tagungskalender / Calendar of Events | 67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794 |
| Mitteilungen / Announcements | 70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797 |

Diagnostik von Bindungsstörungen

Karl Heinz Brisch, Anna Buchheim und Horst Kächele

Summary

Diagnostic of Attachment Disorders

After an introduction about the basic concepts of attachment theory the diagnostic classification systems ICD, DSM and ZERO TO THREE are reviewed for descriptions and diagnosis of attachment disorders. It is demonstrated how over the last few years attachment theory has been partly adopted in those diagnostic systems. In addition different types of clinically relevant attachment disorders are described. The authors argue that it would be necessary to integrate attachment disorders on a broader base into the current diagnostic classification systems. The diagnostic importance of attachment disorders and their impact on the technique of child psychotherapy are finally discussed.

Zusammenfassung

Nach einer Einleitung über die Konstrukte der Bindungstheorie wird aufgezeigt, wie die Aufnahme von bindungsorientierten Diagnoseklassifikationen in den vergangenen Jahren in verschiedenen diagnostischen Klassifikationssystemen (ICD, DSM und ZERO TO THREE) in ersten Ansätzen vollzogen wurde. In Erweiterung hierzu werden unterschiedliche Typen von klinisch relevanten Bindungsstörungen dargestellt. Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, Symptome von Bindungsstörungen, die in einzelnen Kategorien in den Diagnosesystemen verstreut Erwähnung finden, zu einer erweiterten Klassifikation von Bindungsstörungen zusammenzufassen. Die Bedeutung einer Diagnostik nach Bindungsstörungen und die möglichen Implikationen für die Technik der Kinderpsychotherapie werden abschließend diskutiert.

1 Einleitung

JOHN BOWLBY, ein englischer Psychiater und Psychoanalytiker, postulierte aufgrund seiner klinischen Erfahrung, daß der Entwicklung der frühen Bindungsprozesse zwischen dem Säugling und der primären Bezugsperson eine entscheidende Bedeutung für die psychische Entwicklung zukommt. Er formulierte in seiner Bindungstheorie, daß es ein biologisch verankertes Bedürfnis für die Entwicklung einer emotionalen Bindung an eine primäre Bezugsperson auch beim menschlichen Säugling gibt (BOWLBY 1969, 1973, 1980).

Nach der Bindungstheorie entwickeln Kleinkinder während des ersten Lebensjahres eine Bindungsbeziehung zu einer bevorzugten (primären) Bezugsperson, der sie in einer Trennungssituation nachfolgen, die sie bei Gefahr aufsuchen und an die sie sich klammern, um bei ihr Sicherheit und Schutz durch möglichst große Nähe zu erfahren. Diese Art des Bindungsverhaltens ist kennzeichnend für eine *sichere* Bindungsqualität des Säuglings zu seiner primären Bindungsperson. Wenn sich der Säugling in einer sicheren Bindung mit dieser fühlt, kann er sein Umfeld explorieren. Bindungssicherheit und Exploration bedingen einander wechselseitig. Nach dem Verhalten der einjährigen Säuglinge in einer Trennungssituation („Fremde Situation Test“ nach AINSWORTH (1978)) kann man die Bindungssicherheit in vier unterschiedliche Bindungsqualitäten einschätzen: *sicher* gebunden, *unsicher-vermeidend* gebunden, *unsicher-ambivalent* gebunden und *desorganisiert* gebunden (AINS WORTH et al. 1969; MAIN u. SOLOMON 1986; MAIN u. SOLOMON 1990). Unsicher vermeidend gebundene Kinder zeigen im Verhalten wenig ausgeprägtes Bindungsverhalten in einer Trennungssituation. Sie ignorieren die Bindungsperson und haben ihre Aufmerksamkeit auf die Exploration gelenkt. Unsicher ambivalent gebundene Kinder dagegen reagieren mit einer übermäßigen Aktivierung des Bindungssystems; für die Bindungsperson ist es schwierig, sie nach einer Trennung wieder zu beruhigen. Außer der übersteigerten Nähesuche zeigen sie zusätzlich auch gegen die Bindungsperson gerichtete ärgerlich-aggressive Verhaltensweisen. Dies wird als Ausdruck ihrer Ambivalenz interpretiert. Bei desorganisierten Bindungsanteilen ist keine eindeutige Bindungsstrategie vorhanden; es können zusätzlich widersprüchliche Verhaltensweisen, wie Stereotypien, Verharren im Verhalten, ausweichende Verhaltensweisen beobachtet werden.

Bowlby ging davon aus, daß sich die Bindungsqualität zwar im ersten Lebensjahr entwickelt und festigt, aber deswegen kein deterministischer Weg vorgezeichnet sei. Vielmehr könnten weitere Bezugspersonen die Qualität der Bindung in Richtung sicher oder unsicher im Laufe des Lebens beeinflussen. Mit zunehmendem Alter wird durch die Ausgestaltung einer Bindungsrepräsentation als Ergebnis eines intrapsychischen Arbeitsmodells von Bindung die Flexibilität allerdings geringer und durch exogene neue Beziehungserfahrungen immer schwieriger beeinflussbar (AINS WORTH 1985). Bindungsforscher betonen, daß eine unsichere Bindungsklassifikation von einjährigen Säuglingen noch keine Aussage zulasse im Hinblick auf eine sich entwickelnde Psychopathologie (SROUFE u. RUTTER 1984; SROUFE et al. 1992).

Inzwischen hat sich die Entwicklungspsychopathologie als eigener Forschungszweig etabliert (BOWLBY 1988; SROUFE 1989; BRETHERTON 1995; CICHETTI u. COHEN 1995). Diese versucht u. a., die umfassenden Forschungsergebnisse zur Bindungsentwicklung für das Verständnis von Psychopathologie zu nutzen. Hierbei wird es notwendig, Störungen in der Bindungsentwicklung zu diagnostizieren und in Klassifikationssysteme einzuordnen. Wenn man dies versucht, ergeben sich aber erhebliche Schwierigkeiten, da die Diagnose einer spezifischen Bindungsstörung in den häufig gebrauchten Diagnoseinventaren nur in unzureichenden Kategorien möglich ist und einer Erweiterung bedarf.

Im folgenden wird an den im klinischen Alltag gebräuchlichen Klassifikationssystemen die Entwicklung von Möglichkeiten zur Diagnose von Bindungsstörungen als einer Form der emotionalen Störungen verdeutlicht. Weiterhin werden Vorschläge ge-

macht, die Klassifikationssysteme um zusätzliche Kategorien von Bindungsstörungen zu erweitern, die im einzelnen beschrieben werden.

2 Bindungsaspekte in diagnostischen Klassifikationssystemen

Während in der ICD-8 (DEGKWITZ et al. 1975) eine spezifische Diagnostik von emotionalen Störungen noch nicht möglich war, werden erstmals in der ICD-9 (DEGKWITZ et al. 1980) folgende emotionale Störungen aufgeführt:

- „Spezifische emotionale Störungen des Kindes und Jugendalters (313)“:
- mit „Angst und Furchtsamkeit“ (313.0): Hierunter werden auch Fälle von Schulverweigerung und elektivem Mutismus diagnostiziert sowie überängstliche Reaktionen in der Kindheit und Adoleszenz. Dagegen werden eine „abnorme Trennungsangst, Angstneurosen, Hospitalismus bei Kindern und Phobien“ explizit ausgeschlossen (S. 83).
 - mit „Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein“ (313.1): Bei dieser Diagnose können auch zusätzlich „EB- und Schlafstörungen“ bestehen (S. 84).
 - mit „Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung“ (313.2): Hierzu werden ebenfalls Fälle von elektivem Mutismus gerechnet. Ausgeschlossen werden dagegen „Frühkindlicher Autismus, schizoide Persönlichkeit und Schizophrenie“ (S. 84)
 - mit „Beziehungsschwierigkeiten“ (313.2): Hauptsymptom sind Beziehungsschwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen, wie etwa Geschwisterrivalität. Explizit werden aber „Beziehungsschwierigkeiten in Verbindung mit Aggressivität, Destruktivität oder anderen Formen einer Störung des Sozialverhalten“ ausgeschlossen (S. 84).

In der ICD-10 (DILLING et al. 1991) findet sich eine Weiterentwicklung mit Diagnose-Verschlüsselungen, die sich auf Bindungskonstrukte beziehen, wenn auch in sehr unvollständiger Weise. Es werden nur zwei Muster von Bindungsstörungen aufgeführt:

Es wird eine „reaktive Bindungsstörung im Kindesalter (Typ I-F.94.1)“ von einer „Bindungsstörung des Kindesalter mit Enthemmung (Typ II-F.94.2)“ unterschieden. Ähnliche Diagnosekategorien finden sich im DSM-III-R (313.89) (WITTCHEN et al. 1991) und DSM IV (313.89) (SASS et al. 1996).

Typ I beschreibt, daß die Kinder in ihrer Bindungsbereitschaft gegenüber Erwachsenen sehr gehemmt sind und mit Ambivalenz und Furchtsamkeit auf Bindungspersonen reagieren (z. B. F 94.1). Im Typ II (z. B. F 94.2) zeigt sie ein konträres klinisches Bild mit enthemmter distanzloser Kontaktfreudigkeit gegenüber verschiedensten Bezugspersonen. Beide Verhaltensweisen werden als direkte Folge von extremer emotionaler und/oder körperlicher Vernachlässigung und Mißhandlung oder als Folge von ständig wechselnden Bezugspersonen angesehen.

Es finden sich noch andere Diagnosen in der ICD-Klassifikation, die sich auch implizit auf bindungsrelevante Items beziehen, wie etwa „Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen“ (F 91.1); „Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters“ (F. 93.0); „Störungen mit sozialer Ängstlichkeit“.

Es ist nachvollziehbar, Störungen der Bindung wie in der ICD-9 als Störungen der *emotionalen* Regulation zu betrachten. In der Weiterentwicklung in der ICD-10 werden die Bindungsstörungen aber nicht mehr unter den emotionalen Störungen, son-

dem unter der Kategorie „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ aufgeführt. Obwohl jetzt im Gegensatz zur ICD-9 schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivation ätiologisch als entscheidend angenommen werden, ist der Bezug zur emotionalen Störung verlorengegangen. Eine Störung der emotionalen Entwicklung hat aber in der Regel auch eine Störung in der sozialen Interaktion zur Folge, so daß eine Trennung in emotionale und soziale Störungen künstlich erscheint. Die Bindungsentwicklung und ihre Störung betrifft die emotionale Beziehungsregulation und bedingt ein entsprechendes soziales Interaktionsverhalten.

Umfassender als in der ICD-10 oder im DSM IV werden im „Multiaxialen Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994) unter „Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Fünfte Achse)“ eine Vielzahl von Belastungen aufgeführt, die sich negativ auf die Bindungsentwicklung auswirken können (s. Tab. 1).

Tab. 1: „Abnorme psychosoziale Umstände“, die sich auf die Bindungsentwicklung negativ auswirken können (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994, S. 147-154)

-
- (1) Abnorme intrafamiliäre Beziehungen mit
 - Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung
 - Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
 - feindselige Ablehnung gegenüber dem Kind
 - körperliche Mißhandlung
 - sexueller Mißbrauch
 - (2) psychische Störung /abweichendes Verhalten eines Elternteils
 - (3) inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
 - (4) Abnorme Erziehungsbedingungen
 - elterliche Überfürsorge
 - unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
 - (5) abnorme unmittelbare Umgebung
 - Erziehung in einer Institution
 - Verlust einer liebevollen Bezugsperson
 - bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung
 - negativ veränderte familiäre Beziehung durch neue Familienmitglieder
 - Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
 - sexueller Mißbrauch
 - unmittelbar änstigende Erlebnisse
-

Zusätzlich werden unter „gesellschaftlichen Belastungsfaktoren“ bindungsrelevante Belastungsfaktoren wie „Verfolgung oder Diskriminierung“ und „Migration und soziale Verpflanzung“ aufgeführt (S.156). „Institutionale Erziehung“ und „bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung“ werden als belastende Lebensereignisse angegeben (S. 157f.). Diesen Ereignissen ist gemeinsam, daß es unter diesen Umständen zu einer schweren Beeinträchtigung im Bindungs- und Beziehungserleben des Kindes kommen muß.

Das speziell für den Altersbereich bis zum dritten Lebensjahr entwickelte System „Zero to Three/Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood“ des National Center for Clinical Infant Programs (ZERO TO THREE/National Center for Clinical Infant Programs 1994) führt unter den affektiven Störungen „Angststörungen, verlängerte Trauerreaktionen, Depression, gemischte Störungen des emotionalen Ausdrucks“ auf (Diagnosekategorie 201-204) sowie „Beziehungsstörungen“, die dadurch gekennzeichnet sind, daß die Eltern „overinvolved, underinvolved, anxious tense, angry, hostile, abusive“ (901-906) sind. Auch in diesem Manual ist keine explizite Diagnose von Bindungsstörungen möglich.

Die Übersicht zeigt, daß es in den im deutschen und angloamerikanischen Sprachraum häufig gebrauchten Diagnoseinventaren ein Defizit gibt, daß in der fehlenden Möglichkeit zur umfassenderen Diagnostik von Bindungsstörungen besteht. Dies ist erstaunlich, da bereits in früheren Jahren auf dem Hintergrund der Bindungstheorie Typologien von Bindungsstörungen beschrieben wurden, die aber in die Klassifikationssysteme bis heute keinen umfassenderen Eingang gefunden haben.

3 Bindungsstörungen

In den USA haben sich in der Vergangenheit verschiedene Arbeitsgruppen damit beschäftigt, sowohl interaktionelle als auch bindungsrelevante Kriterien für die Diagnostik im Kleinkindalter sowie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu integrieren.

Im folgenden soll eine differenziertere Klassifikation von Bindungsstörungen nach ZEANA (1994) vorgestellt werden, die auf Arbeiten von LIEBERMAN und Mitarbeitern basiert (LIEBERMAN et al. 1991; LIEBERMAN u. PAWL 1988; LIEBERMAN u. PAWL 1993). Grundsätzlich ist anzumerken, daß die Diagnose einer Bindungsstörung nicht eine Verhaltensvariante einer unsicheren Bindungsqualität ist, wie sie aus der Fremden-Situation bekannt ist. Es ist jedoch anzunehmen, daß eine unsichere Bindung als Vulnerabilitätsfaktor für eine sich entwickelnde Bindungsstörung wirken kann, wenn entsprechende Risikofaktoren wie belastende Lebensereignisse in entsprechenden Lebensabschnitten dazukommen. Vielmehr sieht man bei Kindern mit einer Bindungsstörung ganz erhebliche Störungen im Verhalten mit den verschiedensten Beziehungspersonen. Diese Störungen sind nicht nur situativ, sondern erstrecken sich als stabiles Verhaltensmuster über einen längeren Zeitraum. Es wird vorgeschlagen, daß für die Diagnosestellung ein Anamnesezeitraum über sechs Monate bestehen muß (SAMEROFF u. EMDE 1989; ZEANA u. EMDE 1994). Im folgenden werden in Weiterentwicklung und Überarbeitung eines Konzepts von ZEANA (1994) unterschiedliche Typen von Bindungsstörungen beschrieben (s. Tab. 2):

3.1 Bindungsstörung ohne Zeichen von Bindungsverhalten: Typ I

Diese Kinder fallen dadurch auf, daß sie *kein* Bindungsverhalten gegenüber einer Bezugsperson zeigen. Es ist besonders bemerkenswert, daß sie sich auch in offensichtlichen Bedrohungssituationen, die normalerweise Bindungsverhalten mit Nähesuchen

Tab. 2: Verschiedene Typen von Bindungsstörungen

| Typ I ohne Zeichen von Bindungsverhalten | Typ II undifferenziertes Bindungsverhalten | Typ III gesteigertes Bindungsverhalten | Typ IV gehemmtes Bindungsverhalten |
|--|---|--|--|
| Verhaltensstrategie: Kinder zeigen kein Bindungsverhalten gegenüber Bezugspersonen | Verhaltensstrategie: Subtyp II A mit sozialer Promiskuität: undifferenziertes wahlloses Bindungs- verhalten gegenüber bekannten wie unbe- kannten Bezugspersonen Subtyp II B mit Unfall-Risiko- Verhalten: aktivieren Bindungs- verhalten der Bezugs- person durch Unfälle oder risikoreiches Ver- halten | Verhaltensstrategie: exzessives Klammern und Nähesuchen gegenüber der Bindungsperson und ausgeprägte Trennungsreaktion | Verhaltensstrategie: übermäßige Anpas- sung gegenüber der Bindungsperson, we- nig Trennungsprotest, freiere Exploration in Abwesenheit der Bin- dungsperson |
| Typ V aggressives Bindungsverhalten | Typ VI Bindungsverhalten mit Rollenumkehr | Typ VII Bindungsverhalten mit psychosomatischer Symptomatik | |
| Verhaltensstrategie: Herstellung der Bindung durch aggressive Verhaltensweisen gegenüber der Bindungsperson | Verhaltensstrategie: stellen für die Eltern eine emotionale sichere Bindungsbasis dar und verhalten sich ihnen gegenüber als Bindungsperson | Verhaltensstrategie: Subtyp VII A mit Wachstumsretardierung, z.B. bei Bindungsstörung mit emotionaler Verwahrlosung Subtyp VII B mit Schrei-, Schlaf- und Eßsymptomatik, z.B. bei psychischen Störungen der Eltern | |

zur primären Bezugsperson auslösen, nicht an eine Bezugsperson wenden. In Trennungssituationen reagieren sie nicht mit Protest, oder sie protestieren bei Trennungen von jeder beliebigen Beziehungsperson ganz undifferenziert. Wenn sie prosoziales Verhalten zeigen, was sehr selten geschieht, dann wird keine Bezugsperson von ihnen in besonderer Weise bevorzugt, wie dies von Kindern mit sicherem Bindungsverhalten bekannt ist. Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es von Bedeutung, daß man

diese Klassifikation von Bindungsstörung erst nach dem achten Lebensmonat in Erwägung ziehen sollte, da erst nach der Entwicklung der Fremdenangst („Fremdeln“) mit ca. acht Monaten eine ausgeprägte Differenzierung und Bevorzugung einer primären Bezugsperson erwartet werden kann. Das Muster dieser Bindungsstörung erinnert an die Klassifikation einer unsicher-*vermeidenden* Bindungsqualität, wie sie aus der Klassifikation nach der Fremden Situation (AINSWORTH et al. 1969) bekannt ist. Die Bindungsstörung zeichnet sich aber dadurch aus, daß das vermeidende Bindungsverhalten in einer Extremvariante ausgeprägt ist und zusätzliche Verhaltensweisen (z.B. undifferenzierter Trennungsprotest) hinzukommen können.

Klinisches Beispiel: Dieses Verhaltensmuster findet sich bei Heimkindern oder bei Kindern, die schon im Säuglingsalter vielfältige Beziehungsabbrüche und Wechsel durchlebt haben und in vielen verschiedenen Pflegestellen aufgewachsen sind.

Differentialdiagnostisch muß diese Bindungsstörung vom autistischen Syndrom unterschieden werden, das durch zusätzliche Symptome (z. B. Vermeidung von Körperkontakt, stereotype Verhaltensweisen, Retardierung in der Sprachentwicklung) gekennzeichnet ist, die beim beschriebenen Typ I der Bindungsstörung nicht zu finden sind.

3.2 Bindungsstörung mit undifferenziertem Bindungsverhalten: Typ II

Kinder des Subtyps A „soziale Promiskuität“¹ verhalten sich undiskriminiert freundlich gegenüber ihnen bekannten wie unbekannten Bezugspersonen. Eine vorsichtige zurückhaltende Reserviertheit gegenüber fremden Personen, wie man dies bei sicher gebundenen Kleinkindern beobachten kann, fehlt bei diesen Kindern. In streßvollen Situationen möchten diese Kinder getröstet werden, greifen aber hierzu undifferenziert auf jede Person zurück, die sich gerade in ihrer Nähe befindet. Versucht die Bezugsperson allerdings, diese Kinder zu trösten, so gelingt dies selten in der Weise, daß die Kinder sich wirklich beruhigen und zu einem konzentrierten Explorationsverhalten zurückkehren können.

Der Subtyp B wird als „Unfall-Risiko-Typ“ charakterisiert. Diese Kinder fallen dadurch auf, daß sie sehr häufig in Unfälle mit Selbstgefährdung und Selbstverletzung verwickelt sind. Bei genauerer Analyse stellt sich heraus, daß sie diese Unfälle durch ein ausgeprägtes Risikoverhalten selbst provoziert haben. Dieses Verhalten kann nicht mehr mit reiner Neugier oder ausgeprägtem Explorationsverhalten erklärt werden. Die Kinder vergessen oder unterlassen es vollständig, sich gegenüber der Bezugsperson in einer gefährlichen Situation rückzuversichern, wie wir dies von sicher gebundenen Kindern in ängstigenden Situationen kennen. Das social referencing-Verhalten (EMDE u. SORCE 1983), das man schon im ersten Lebensjahr zwischen Säuglingen und ihren Müttern beobachten kann, fehlt ihnen. Wenn ein Säugling in seinem Explorationsverhalten an eine ihm unbekannte und ihn ängstigende Schwelle kommt, schaut er normalerweise zu seiner Bezugsperson zurück und versichert sich über Blickkontakt, ob er die ihn ängstigende Schwelle übertreten darf oder ob eine Fortsetzung seines Explorationsverhaltens für

¹ Promiskuität ist hier nicht im sexuellen Sinne zu verstehen, sondern als Kennzeichen eines wahllosen Beziehungskontakts.

ihn mit Gefahr verbunden ist. Aus den non-verbalen Botschaften seiner Mutter mit entsprechendem Blickverhalten und Mimik (maternal referencing) kann er Zustimmung oder Ablehnung zur Fortsetzung seiner Exploration ablesen.

Die Kinder mit Unfall-Risiko-Typus der Bindungsstörung zeigen zusätzlich eine gewisse „Getriebenheit“ in ihrem Verhalten. Trotz schmerzlicher Unfallerfahrungen setzen sie scheinbar ohne Lernprozeß ihr Risikoverhalten fort.

Klinisches Beispiel: Diese Kinder findet man in pädiatrischen und chirurgischen Ambulanzen. Sie kommen mit ständig neuen Verletzungen und müssen oftmals notfallmäßig behandelt werden. Diese beiden Subtypen der Bindungsstörung findet man etwa bei Heimkindern und Pflegekindern mit häufigem Wechsel von Bezugspersonen, aber auch bei vernachlässigten Kindern. Es wäre ein neuer diagnostischer Blickwinkel, bei solchen Kindern auch an die Möglichkeit einer Bindungsstörung zu denken und eine entsprechende kinderpsychiatrische Diagnostik und eventuell Behandlung einzuleiten.

Differentialdiagnostisch ist das Hyperkinetische Syndrom abzugrenzen. Diese Kinder sind in ihrem Explorationsverhalten zwar auch getrieben und sprunghaft, neigen in der Regel aber nicht zu häufigen Unfällen, da ihr Risikoverhalten nicht erhöht ist.

3.3 Bindungsstörung mit gesteigertem² Bindungsverhalten: Typ III

Kinder mit dieser Bindungsstörung wirken nur in absoluter Nähe zur Bezugsperson emotional beruhigt und ausgeglichen und fallen durch *exzessives Klammern* (clinging) auf. In nicht vertrauter Umgebung, in neuen Situationen, gegenüber fremden Personen reagieren sie ausgesprochen ängstlich, suchen die Nähe zu ihrer Bezugsperson und stellen ihr Explorationsverhalten gänzlich ein. Selbst bei körperlicher Nähe mit ihrer Bezugsperson wirken sie noch ängstlich angespannt. In Trennungssituationen reagieren sie mit maximalem emotionalem Streß, sie weinen und toben, sind untröstlich. Auch auf kürzere Trennungen reagieren sie mit maximalem Widerstand, klammern sich an ihre Bezugsperson und protestieren lautstark, so daß eine Trennung zwischen Kind und Bezugsperson in der Regel nicht gelingt oder von der Bezugsperson im Wissen um die heftige emotionale Reaktion des Kindes von vornherein vermieden wird.

3.4 Bindungsstörung mit gehemmtem Bindungsverhalten: Typ IV

Im Gegenteil dazu neigen Kinder dieser Bindungsstörung zu *übermäßiger Anpassung*. Sie zeigen kaum oder gar keinen Widerstand gegen Trennungen. Sie verhalten sich auf Aufforderungen und Befehle der Bezugsperson übermäßig angepaßt und erfüllen diese meistens umgehend und ohne Protest. Dabei wirkt ihr positiver emotionaler Austausch mit der Bezugsperson eher eingeschränkt und es fällt auf, daß die Kinder gegenüber der Bindungsperson wenig oder kaum Bindungsverhalten zeigen. In

² Dieser Typ der Bindungsstörung wird von ZEANA (1994) als „gehemmtes Bindungsverhalten“ bezeichnet. Nach unserer Auffassung handelt es sich jedoch hierbei um „gesteigertes“ Bindungsverhalten, da das Bindungssystem übermäßig aktiviert ist und demzufolge das Explorationsverhalten vom Kind extrem eingeschränkt oder aufgegeben wird.

Abwesenheit der Bezugsperson dagegen können sie freier und offener ihre Gefühle gegenüber fremden Personen zum Ausdruck bringen. Dieses Verhalten kann so verstanden werden, daß die Bezugsperson zwar als Bindungsperson von Bedeutung ist, die Beziehung zu ihr aber durch ängstigendes Verhalten der Bindungsperson beeinträchtigt ist. Fremden Personen gegenüber, die eigentlich erwartungsgemäß mehr Angst beim Kind auslösen müßten, können Gefühle freier geäußert werden, da diese Beziehungen als weniger streßvoll oder ängstigend erlebt werden.

3.5 Bindungsstörung mit aggressivem Beziehungsverhalten: Typ V

Kinder mit dieser Bindungsstörung gestalten ihre Bindungsbeziehungen vorzugsweise durch aggressives Kontaktverhalten, das physisch, verbal oder auf beide Arten gleichzeitig zum Ausdruck gebracht werden kann. Auch gegenüber der primären Bezugsperson, die eindeutig vorhanden ist, wird das Nähesuchen durch aggressive Verhaltensweisen initiiert.

In der Regel steht das aggressive Beziehungs- und Kontaktverhalten ganz im Vordergrund der Symptomatik und ist klinisch der Vorstellungsgrund in der kinderpsychiatrischen Ambulanz. Das Familienklima wird auffälligerweise durch Verhaltensweisen unter den Familienmitgliedern geprägt, die sich nicht unbedingt in physischer Gewalt äußern müssen, sondern auch in verbaler und non-verbaler aggressiver Art der Interaktion manifest werden können. Die Familiensitzungen sind durch ein hohes Maß an aggressiver Spannung geprägt, die von den Familienmitgliedern nicht wahrgenommen oder nach außen verleugnet wird.

3.6 Bindungsstörung mit Rollenumkehrung: Typ VI

Charakteristisch für diesen Typus der Bindungsstörung ist eine Rollenumkehr zwischen der Bezugsperson und dem Kind (Parentifizierung), d.h. in der Verhaltensbeobachtung zeigt das Kind Fürsorgeverhalten gegenüber seiner Bezugsperson und übernimmt für diese Verantwortung. Es hat im Bindungsverhalten eine Umkehrung der Eltern-Kind-Beziehung stattgefunden. In vertrauter wie in unvertrauter Umgebung bleibt das Kind in der Nähe seiner Bezugsperson, zeigt sich dabei dieser gegenüber freundlich zugewandt, überbesorgt oder auch kontrollierend. Es fällt auf, wie ungewöhnlich ausgeprägt das Kind um das Wohlergehen der Bezugsperson besorgt ist.

Klinisches Beispiel: Kinder, die Angst um den realen Verlust ihrer Bezugsperson haben, etwa bei drohender Scheidung oder nach einem Suizidversuch eines Elternteils oder bei Suiziddrohungen durch die Bezugspersonen, können sich in dieser Weise mit Rollenumkehr verhalten.

3.7 Bindungsstörung mit psychosomatischer Symptomatik: Typ VII

Wir schlagen in Erweiterung der Klassifikation von ZEANAH einen zusätzlichen Typ vor, der sich dadurch auszeichnet, daß es aufgrund von Störungen in der Bindung zu psychosomatischen Symptomen kommt.

Subtyp A mit Wachstumsretardierung: Infolge emotionaler und körperlicher Verwahrlosung kommt es zu einer Wachstumsretardierung. Insbesondere bei emotional vermeidender bis distanzierter Haltung der Bezugsperson kann es trotz basaler körperlicher Versorgung zu einem Stillstand oder einer Retardierung im Wachstum kommen. Das klassische Beispiel ist die frühkindliche Deprivation und der Hospitalismus. Von großer diagnostischer Bedeutung ist, daß das Phänomen „emotionale Deprivation“ keine auf eine Unterschichtklientel beschränkte Diagnose ist, sondern vielmehr in allen sozialen Schichten vorkommen kann (GORDON u. JAMESON 1979).

Subtyp B mit Symptomatik im Schrei-, Schlaf- und Eßverhalten: Wenn die Hauptbezugsperson aufgrund eigener psychischer Überforderung oder sogar psychischer Erkrankung (z. B. postpartale Depression, Psychose) überängstlich bis paranoid und in raschem Wechsel auch noch inkonsistent mit teilweisem Rückzug und mit fehlender emotionaler Verfügbarkeit in der Interaktion reagiert – wobei es nie zu einer körperlichen Verwahrlosung kommen muß – kann dieses Verhalten zu einer Störung in der Bindung führen, die weit über die bekannten Bindungsmuster mit unsicherer Bindungsqualität hinausgeht. Die emotionale Irritation des Kindes ist wegen der Unvorhersagbarkeit des mütterlichen Verhaltens sehr groß. Die Mutter äußert typischerweise überwiegend ambivalente Gefühle ihrem Kind gegenüber. Auf dem Boden dieser affektiven Beziehungsspannung kann es besonders im Säuglingsalter zu einer psychogenen körperlichen Symptombildung kommen, wie etwa Eß-, Schrei- und Schlafstörungen (MINDE 1995; NASLUND et al. 1984; SROUFE 1979).

Dies könnte auch besonders dann der Fall sein, wenn Bindungsbedürfnisse gegenüber der Bindungsperson unterdrückt werden müssen. Wir wissen aus den psychophysiologischen Untersuchungen im Kontext der Fremden Situation, daß die unsicher-vermeidend gebundenen Kinder die höchsten Stresswerte (gemessen am Wert des Speichelcortisols) aufweisen, obwohl sie dies in ihrem Verhalten wenig oder gar nicht zum Ausdruck bringen. Bei diesen Kindern kommt es also bei gehemmtem oder unterdrücktem Verhaltensausdruck zu einer ausgeprägten psychosomatischen Reaktion, die physiologisch meßbar ist (REITE u. FIELD 1985; SPANGLER u. SCHIECHE 1995).

4 Abschließende Bemerkungen

Bindung kann als ein dynamischer Entwicklungsprozeß betrachtet werden, der zentral an der Bildung von intrapsychischen Strukturen und der Persönlichkeit beteiligt ist. Die Bindungstheorie stellt ein Modell dar, aus dem sich verschiedene Formen von klinisch relevanten Bindungsstörungen für die Kinderpsychiatrie und -psychotherapie ableiten lassen.

Die bisherigen häufig gebrauchten Diagnose-Inventare ermöglichen keine ausreichende Diagnostik von Bindungsstörungen. Zukünftige diagnostische Klassifikationssysteme sollten bindungsrelevante Merkmale in einer Gruppe zusammenfassen und sie im Vergleich zu den jetzigen Möglichkeiten um bekannte Störungen der Bindung erweitern.

Es ist zu erwarten, daß die hier vorgeschlagenen Kategorien von Bindungsstörungen im Lauf der Zeit um zusätzliche Untergruppen erweitert werden müssen. Die so erwei-

terten diagnostischen Möglichkeiten könnten auch Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis haben, da die Diagnose den Therapieansatz bzw. den Fokus der Behandlung in der Regel bestimmt (BRISCH 1999). Die Diagnose einer Bindungsstörung könnte ein therapeutisches Vorgehen bedingen, daß von den Konzepten der Bindungstheorie geleitet ist. Dies würde beispielsweise bedeuten, daß sich ein Therapeut bewußt ist, daß typischerweise das Bindungssystem des Patienten aktiviert ist, wenn er sich wegen einer inneren oder äußeren Gefahr an ihn wendet. Der Therapeut würde sich in der Übertragung ebenfalls als Bindungsperson verstehen, von der der Patient in der Therapie emotionale Sicherheit und Schutz erhofft. Ein bindungsorientiert arbeitender Therapeut könnte dem Patienten trotz dessen Ängsten vor Bindung oder dessen Vermeidung von Bindung oder trotz übersteigerter Wünsche nach Nähe und Geborgenheit den Aufbau einer therapeutischen Bindungsbeziehung ermöglichen, die weder zu einer klammernden Bindung noch zu einer distanzierten Vermeidung von Nähe führt. Es ist eine zukünftige Aufgabe, eine entsprechende bindungsorientierte Technik der Psychotherapie zu erarbeiten, die in besonderem Maße die Themen Bindung, Trennung und Verlust sowohl in der Biographie des Patienten als auch in der Übertragung und Gegenübertragung berücksichtigt (BRISCH 1999; BUCHHEIM et al. 1998; HEDERVARI 1996; STRAUSS u. SCHMIDT 1997). Eine solche Vorgehensweise wäre von großer Bedeutung, da nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung die Herstellung eines „therapeutic bond“ zwischen Patient und Therapeut von außerordentlich prädiktiver Bedeutung für den Behandlungserfolg ist (ORLINSKY et al. 1994).

Literatur

- AINSWORTH, M./SALTER, D./WITTING, B. (1969): Attachment and the exploratory behavior of one-years-olds in a strange situation. In: Foss, B.M. (Hrsg.): *Determinants of infant behavior*. New York: Basic Books, 113-136.
- AINSWORTH, M.D.S. (1985): Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 61(9), 792-812.
- AINSWORTH, M.D.S./BLEHAR, M.C./WATERS, E./WALL, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- BOWLBY, J. (1969): *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973): *Attachment and Loss*. Vol. 2: Separation. Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (Hrsg.) (1980): *Attachment and loss*. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1988): Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry* 145, 1-10.
- BRETHERTON, I. (1995): Attachment theory and developmental psychopathology. In: CICCHETTI, D./TOTI, S. (Hrsg.): *Emotion, cognition and representation*. Volume 6: Rochester symposium on developmental psychopathology. Rochester, NY: University of Rochester Press, 231-260.
- BRISCH, K.H. (1999): *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BUCHHEIM, A./BRISCH, K.H./KÄCHELE, H. (1998): Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 128-138.
- CICCHETTI, D./COHEN, D.J. (Hrsg.) (1995): *Developmental Psychopathology II: Risk, disorder, and adaptation*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- DEGKWITZ, R./HELMCHEN, H./KOCKOTT, G./MOMBOUR, W. (Hrsg.) (1975): *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. ICD-8. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- DEGKWITZ, R./HELMCHEN, H./KOCKOTT, G./MOMBOUR, W. (Hrsg.) (1980): *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. ICD-9. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.)(1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. IDC-10. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- EMDE, R.N./SORCE, J.F. (1983): The rewards of infancy: Emotional availability and maternal referencing. In: CALL, J.D./GALENSON, E./TYSON, P.I. (Hrsg.): *Frontiers of infant psychiatry*. Volume 1. New York: Basic Books, 17-30.
- GORDON, A./JAMESON, J. (1979): Infant-mother attachment in patients with non-organic failure to thrive. *American Academy of Child Psychiatry* 18, 251-259.
- HEDERVARI, E. (1996): Therapeutische Implikationen des Bindungskonzeptes für die psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie* 27(91), 227-239.
- LIEBERMAN, A.-F./WESTON, D.R./PAWL, J.H. (1991): Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads, *Child Development* 62, 199-209.
- LIEBERMAN, A.F./PAWL, J.H. (1988): Clinical applications of attachment theory. In: BELSKY, J./NEZWORSKY, T. (Hrsg.): *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 327-347.
- LIEBERMAN, A.F./PAWL, J.H. (1993): Infant-parent psychotherapy. In: ZEANA, C.H. (Hrsg.): *Handbook of infant mental health*. New York, London: The Guilford Press, 427-442.
- MAIN, M./SOLOMON, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: BRAZELTON, T.B./YOGMAN, M. (Hrsg.): *Affective development in infancy*. Norwood, New York: Ablex, 95-124.
- MAIN, M./SOLOMON, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. In: GREENBERG, M.T./CICCHETTI, D./CUMMINGS, E.M. (Hrsg.): *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press, 121-160.
- MINDE, K. (1995): Bindung und emotionale Probleme bei Kleinkindern: Diagnose und Therapie. In: SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 361-374.
- NASLUND, B./PERSSON-BLENNOW, I./MCNEIL, T./KAJ, L./MALMQUIST-LARSSON, A. (1984): Offspring of women with nonorganic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 69, 231-241.
- ORLINSKY, D.E./GRAWIE, K./PARKS, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: BERGIN, A.E./GARFIELD, S.L. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 270-376.
- REITE, M./FIELD, T. (Hrsg.)(1985): *The psychobiology of attachment and separation*. Orlando: Academic Press.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.)(1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- SAMEROFF, A.J./EMDE, R.N. (1989): Relationship disturbances in context. In: SAMEROFF, A.J./EMDE, R.N. (Hrsg.): *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books, 221-238.
- SASS, H./WITTCHEN, H.-U./ZAUDIG, M. (Hrsg.)(1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe. Engl.: American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C.
- SPANGLER, G./SCHIECHE, M. (1995): Psychobiologie der Bindung. In: SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 297-310.
- SROUFE, L.A. (1989): Relationships and relationship disturbances. In: SAMEROFF, A.J./EMDE, R.N. (Hrsg.): *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books, 97-124.
- SROUFE, L.A./RUTTER, M. (1984): The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55, 17-29.
- SROUFE, L.A. (1979): The coherence of individual development: Early care, attachment and subsequent developmental issues. *American Psychologist* 34(84-841).
- SROUFE, L.A./COOPER, R.G./DETTARD, G.B. (1992): *Child development. Its nature and course*. New York: McGraw Mill.
- STRAUSS, B./SCHMIDT, S. (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut* 42, 1-16.
- WITTCHEN, H.U./SASS, H./ZAUDIG, M./KOEHLER, K. (Hrsg.)(1991): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim, Basel: Beltz. Engl.: American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R*. Washington, D.C.

- ZEANAH, C.H./EMDE, R.N. (1994): Attachment disorders in infancy and childhood. In: RUTTER, M./TAYLOR, E./HERSOV, L. (Hrsg.): Child and adolescents psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 490-504.
- ZERO TO THREE/National Center for Clinical Infant Programs (1994): Diagnostic classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Arlington: Publications Department.

Anschrift der Verfasser/in: Dr. med. Karl-Heinz Brisch, Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm, Frauensteige 14 a, 89075 Ulm.