

Leseprobe aus: Heinrichs, Klinische Entwicklungspsychologie, ISBN 978-3-621-27806-5

© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27806-5>

6 Störungen mit überwiegendem Beginn im Säuglings- und Kleinkindalter

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

In diesem Kapitel wird ein Überblick gegeben zu Störungen, die überwiegend bereits von Geburt an bestehen bzw. sich in den ersten Lebenswochen, -monaten und -jahren entwickeln, die sich jedoch weit darüber hinaus auswirken können. Dazu gehören Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die sich in exzessivem Weinen in den ersten Lebensmonaten, in Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen äußern können. Bereits frühzeitig können weiterhin Bindungsstörungen auftreten, die durch gestörte Interaktionen und Kontaktaufnahmen

des Kindes im Umgang mit Bezugspersonen charakterisiert sind. Weitere frühkindliche Probleme beziehen sich auf Störungen der Ausscheidungskontrolle (Enuresis und Enkopresis). Als besonders gravierende Formen der frühkindlichen Störung sind weiterhin die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu nennen, die in erheblichem Umfang unterschiedliche Dimensionen des Erlebens und Verhaltens beeinträchtigen. In dieses Formenspektrum fallen vor allem die autistischen Störungen. Auf die einzelnen Störungsbilder wird im Folgenden genauer eingegangen.

6.1 Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

6.1.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Definition

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) wird unter einer **Regulationsstörung** eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings

bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen angemessen zu regulieren.

Bei den Regulationsstörungen besonders hervorzuheben sind exzessives Weinen in den ersten Lebensmonaten, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen. Auf diese Bereiche soll im Folgenden ausführlicher eingegangen werden.

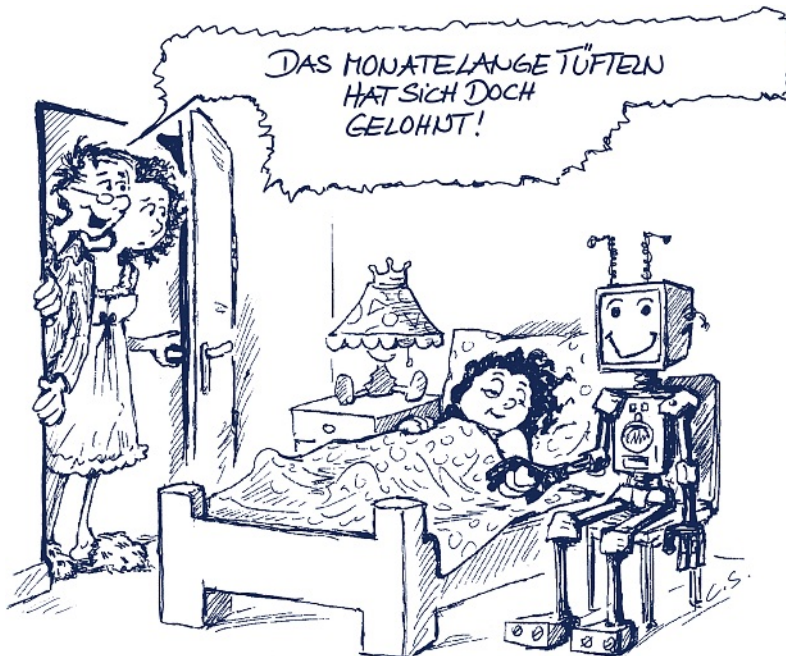
Gründe für das Weinen im Säuglingsalter. Betrachtet man das exzessive Weinen, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Weinen eines der wichtigsten Signale im Säuglingsalter ist, mit dem ein Kind schon früh seine Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann. Zu unterscheiden sind mindestens vier wesentliche Gründe für das Weinen eines Säuglings:

- ▶ Hunger
- ▶ Schmerz
- ▶ Müdigkeit
- ▶ Langeweile

Exzessives Weinen. Es kann eine Vielzahl von Bedingungen geben, die die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind weint, erhöhen. Dabei können sowohl personale Faktoren (wie ein schwieriges

Temperament, unzureichende physische Reife) als auch situationale Faktoren (wie Schlafmangel) eine Rolle spielen. Wenn hinzukommt, dass die Bezugspersonen sich durch das Weinen belastet fühlen und unangemessen reagieren, kann sich die Situation weiter verschärfen. Es kann zu Weinattacken kommen, die sich über längere Zeitabschnitte erstrecken, ohne dass das Kind zu beruhigen ist. Da häufig auch die Schlaf-Wach-Regulation beeinträchtigt ist und es zu Einschlafproblemen kommt, finden sich nicht selten verkürzte Tag- und Gesamtschlafzeiten. Die Übermüdung wiederum ist ein Auslöser für weiteres Weinen und Quengeln, sodass es zu Aufschaukelungsprozessen kommt. Von einem exzessiven Weinen wird gesprochen, wenn das Weinen über drei Wochen hinweg an mindestens drei Tagen über jeweils mindestens drei Stunden auftritt. Häufig werden jedoch nicht nur objektive Kriterien herangezogen, da auch die subjektive Bewertung der Bezugspersonen im Sinne einer wahrgenommenen Belastung von Bedeutung ist. Das exzessive Weinen tritt vor allem in den ersten sechs Lebensmonaten auf und nimmt danach in der Regel hinsichtlich Frequenz und Dauer wieder ab.

Ein- und Durchschlafstörungen. Betrachtet man das Ein- und Durchschlafvermögen von Säuglingen, so ist zunächst zu konstatieren, dass der Schlaf-Wach-Rhythmus in den ersten Lebensmonaten relativ unabhängig von den Tag- und Nachtzeiten bei etwa drei bis fünf Stunden liegt. Ein Durchschlafen in der Nacht findet sich in der Regel frühestens in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres. Auch danach wachen viele Kinder noch während der Nacht auf, verfügen jedoch bereits über Selbstberuhigungsstrategien, um in den Schlaf zurückzufinden. Andere Kinder benötigen jedoch eine Fremdregulation durch Bezugspersonen, um wieder einschlafen zu können. In diesem Fall wird auch die Bezugsperson aufgeweckt (z. B. durch Weinen) und dem Kind gelingt es nur durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen (z. B. im Bett der Eltern schlafen, Hand halten), wieder einzuschlafen (Parritz & Troy, 2011). Als problematisch gilt dabei, wenn die Einschlafzeit im Durchschnitt mehr als 30 Minuten beträgt und wenn das Einschlafen nur mit Einschlafhilfen seitens der Bezugspersonen erfolgt. Beim Durchschlafen



gilt als problematisch, wenn ein Kind in mindestens vier Nächten pro Woche mehr als drei Mal aufwacht, dabei ohne elterliche Hilfen nicht wieder einschläft und die Aufwachperioden durchschnittlich mehr als 20 Minuten betragen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007).

Fütterprobleme. Vorübergehende Fütterprobleme kommen im Säuglingsalter nicht selten vor und sind per se kein Anlass zur Beunruhigung. Hervorgerufen werden sie beispielsweise durch Erkrankungen oder auch durch Nahrungsumstellungen, die für den Säugling ungewohnt sind und daher abgelehnt werden. Als problematisch gilt nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007), wenn das Füttern eines Kindes über einen Zeitraum von mehr als einem Monat von den Bezugspersonen als subjektiv belastend erlebt wird. Als objektivierende Kriterien gelten weiterhin, wenn eine Fütterung durchschnittlich mehr als 45 Minuten in Anspruch nimmt und die Intervalle zwischen den Fütterungen weniger als zwei Stunden betragen. Weiterhin kann eine Problematik durch einen Stillstand der Gewichtszunahme oder durch einen Gewichtsrückgang indiziert werden.

Klassifikation

Regulationsstörungen

Da Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter häufig nur schwer abgrenzbare Störungsbilder darstellen, die vielfach kaum von den Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen zu trennen sind, werden sie in Klassifikationssystemen wie der ICD-10 nicht als eigenständige Störungen mit Krankheitswert geführt. Es gibt jedoch einige Klassifikationsmöglichkeiten, die sich nutzen lassen, wenn eine Klassifikation erforderlich ist. Hierzu gehören die folgenden Kategorien:

- ▶ F 43.2: Anpassungsstörung
- ▶ F 51.9: Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörung

- ▶ F 93.8: Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
 - ▶ F 98.2: Fütterstörungen im frühen Kindesalter
- Problematisch ist allerdings, dass die meisten dieser Kategorien nur jeweils Spezialfälle der Regulationsstörungen umfassen. Auch das Zero-to-Three-Klassifikationssystem (s. Abschn. 3.1.3) erfasst in dieser Hinsicht nur Teilgruppen (Papoušek, 2004), ermöglicht aber zusätzlich eine Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung, die bei den Regulationsstörungen Beachtung finden sollte.

Fallbeispiel

Die 15 Monate alte Leonie kann nur einschlafen, wenn ihre Mutter oder ihr Vater neben ihr auf dem Bett sitzen und ihre Hand halten. Selbst wenn dies geschieht, dauert es immer mindestens eine halbe Stunde, bis sie eingeschlafen ist. Häufig versuchen die Eltern, ihre Hand vorsichtig wegzuziehen, aber sobald Leonie bemerkt, dass die Hand weggezogen wird, protestiert sie sofort und die Eltern müssen erneut ihre Hand halten. Die Eltern haben zunehmend den Eindruck, dass Leonie versucht, ein Einschlafen zu verhindern, weil sie dann befürchtet, dass ihre Eltern sie verlassen. Also versucht sie, möglichst lange wach zu bleiben, um sicherzugehen, dass ihre Hand weiter gehalten wird. Auch wenn Leonie nachts wieder wach wird, was regelmäßig mindestens einmal, manchmal auch mehrmals pro Nacht vorkommt, ruft sie sofort nach ihren Eltern. Ein Elternteil kommt dann und hält erneut ihre Hand, bis sie einschläft. Gelegentlich holen die Eltern Leonie in solchen Situationen auch entnervt in ihr Bett, damit Ruhe ist. Eigentlich möchten sie jedoch, dass Leonie in ihrem eigenen Bett schläft. Wenn Leonie eine

der Nächte hinter sich hat, in denen sie spät eingeschlafen und mehrfach aufgewacht ist, schlägt sich dies am Folgetag in Müdigkeit nieder. Leonie wirkt unaufmerksam und quengelt häufig.

6.1.2 Annahmen zur Störungsgenese

Gemeinsamkeiten zwischen den Regulationsstörungen. Auch wenn unter dem Oberbegriff der Regulationsstörungen sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder zusammengefasst werden, so finden sich dennoch einige auffällige Gemeinsamkeiten. Diese Gemeinsamkeiten werden auch als Symptomtrias bezeichnet, die sich bei vielfältigen Regulationsstörungen im frühen Kindesalter findet. Sie lassen sich nach Papoušek (2004) wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen
- ▶ Überlastungssyndrom der Bezugsperson(en) beim Umgang mit dem schwierigen Säugling (möglicherweise verbunden mit weiteren Problemkonstellationen wie beispielsweise Partnerschaftsproblemen)
- ▶ Dysfunktionale Interaktionsmuster im Umgang mit den kindlichen Verhaltensproblemen

Aufschaukelungsprozesse. Die Symptomtrias weist darauf hin, dass am Anfang der Entwicklung häufig Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling bestehen, die durch besondere Situationen (wie beispielsweise Erkrankungen) oder besondere Konstitutionen (wie ein schwieriges Temperament) ausgelöst werden. Die Verhaltensauffälligkeiten können in erhöhten Weindauern und Weinfrequenzen, Ein- und Durchschlafproblemen oder Fütterproblemen bestehen. Wenn sie mit dysfunktionalen Interaktionsmustern seitens der Bezugspersonen zusammentreffen, können sich die Probleme verstärken. Als Folge können Überlastungsempfindungen auftreten, die es den Bezugspersonen weiter erschweren, ein angemessenes Verhalten im Umgang mit ihrem Säugling an den Tag zu legen. Insgesamt kann es zu vielfältigen Aufschaukelungsprozessen kommen, die bis zu Kindesmisshandlungen führen können, wenn die Eltern sich absolut hilflos fühlen und die Kontrolle über das Verhalten ihres Kindes und über ihr eigenes Verhalten verlieren (Blanz et al., 2006).

Merke

Vielfach liegt bei Regulationsstörungen im Säuglingsalter keine einfache Ätiologie vor, sondern ein Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren bei mangelnder

Passung zwischen kindlicher Problemlage und elterlichem Erziehungsverhalten.

6.1.3 Epidemiologie

Frühkindliche Regulationsstörungen sind relativ weit verbreitet, wobei allerdings zu bedenken ist, dass in verschiedenen Studien uneinheitliche Abgrenzungskriterien verwendet werden. Die Wahrscheinlichkeit, eine Regulationsstörung im Säuglingsalter zu entwickeln, wird von Papoušek (2004) zusammenfassend mit 15 bis 30 Prozent angegeben. Betrachtet man die Störungsbilder im Einzelnen, so findet sich beim exzessiven Weinen nach Wolke (2008) eine Prävalenz zwischen 9 bis 25 Prozent in den ersten drei Lebensmonaten und danach zwischen ca. 5 bis 10 Prozent. Probleme beim Ein- und Durchschlafen finden sich bei 15 bis 25 Prozent der Kinder in den ersten drei Lebensjahren, während anhaltende Fütterprobleme mit einer Prävalenz von 4 bis 10 Prozent auftreten. Da Zusammenhänge zwischen den Störungsbildern bestehen, kommen sie nicht selten in Kombination vor (z. B. Schlafstörungen und exzessives Weinen).

6.1.4 Verlauf und Prognose



Viele Regulationsstörungen im Säuglingsalter treten vorübergehend auf und verschwinden nach einiger Zeit, auch wenn keine umfassende Intervention erfolgt.

Die passagere Natur der Regulationsstörungen wird bereits an der verbreiteten Bezeichnung des exzessiven Weinens als Drei-Monats-Kolik deutlich. Auch wenn kaum Bezüge des exzessiven Weinens zu Koliken nachgewiesen sind, weist die Bezeichnung darauf hin, dass das exzessive Weinen in den ersten Lebenswochen entsteht, um dann mit etwa drei Monaten seinen Höhepunkt zu erreichen. Danach sinken die Raten deutlich ab, obwohl es Kinder gibt, die auch über diesen Zeitpunkt hinaus exzessives Weinen an den Tag legen. Ähnliches gilt für das Schlaf- und Essverhalten, bei dem sich häufig ebenfalls im Laufe der Entwicklung eine Normalisierung zeigt.



Problematisch ist vielfach weniger das Problemverhalten selbst, sondern es sind vor allem die vielfältigen Konsequenzen, die sich daraus für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung ergeben können.

Wenn in den ersten Lebensmonaten vielfältige Probleme zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen entstehen, kann dies den Beziehungsaufbau beeinträchtigen und darüber vermittelt Folgeprobleme nach sich ziehen. Unmittelbare Probleme können sich weiterhin bei einem Kontrollverlust der Eltern ergeben, wenn dies beispielsweise zu Misshandlungen führt. Insofern sollten Regulationsstörungen ernst genommen werden, auch wenn sie möglicherweise nicht längerfristig bestehen bleiben.

6.1.5 Psychosoziale Belastungen

Exzessives Weinen, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Fütterprobleme haben Signalcharakter und weisen auf eine Problemlage beim Säugling bzw. Kleinkind hin. Grundsätzlich sind dabei physische Probleme auszuschließen, da auch körperliche Probleme (wie z. B. Verdauungsstörungen) mit Signalen wie beispielsweise Weinen oder Nahrungsverweigerung im Zusammenhang stehen können. Da ein Säugling bzw. Kleinkind nur ein eingeschränktes Spektrum zur Verfügung hat, um bestehende Problemlagen zum Ausdruck zu bringen, ist es also notwendig, die Ursache für die kindlichen Signale zu verstehen. Erst dadurch ist eine Entlastung sowohl beim Kind als auch bei seiner sozialen Umgebung, die häufig ebenso stark unter der Problematik leidet, zu erreichen. Bei den Belastungen der sozialen Umgebung ist nicht nur zu bedenken, dass die Bezugspersonen gegebenenfalls mitleiden, wenn sie die Problematik ihres Kindes sehen. Häufig nimmt das Kind durch seine Problematik so viel Raum ein, dass die Eltern sich zunehmend eingeschränkt fühlen. Die Eltern-Kind-Interaktion kann dadurch negativ beeinflusst werden und es kann zu negativen bis hin zu aggressiven Gefühlen dem Kind gegenüber kommen. Gleichzeitig steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Aufschaukelungsprozessen kommt.

6.1.6 Präventions- und Interventionsmöglichkeiten

Prävention. Präventionsmöglichkeiten ergeben sich durch frühzeitige Eltern-Kind-Trainings, die die Erziehungskompetenzen von Eltern steigern. Es geht dabei darum, dass Eltern lernen, die Signale ihres Kindes zu erkennen, richtig zu interpretieren sowie prompt und angemessen zu reagieren (Ainsworth et al., 1974). Beispielsweise sollten Überstimulationen vermieden werden und Müdigkeitssignale (wie Augenreiben, Gähnen etc.) rechtzeitig ernst genommen werden, damit das Kind zur angemessenen Zeit schlafen kann. Auch der Aufbau von Ritualen und Routinen kann hilfreich sein, um die Regulationsfertigkeiten eines kleinen Kindes zu unterstützen. Hinzu kommen Informationen zur kindlichen Entwicklung, um auch dadurch die Eltern zu entlasten, da viele Verhaltensprobleme im Säuglingsalter vorübergehender Natur sind und von vielen Eltern erlebt werden. Dies soll dazu führen, dass Eltern mehr Gelassenheit im Umgang mit ihren Säuglingen an den Tag legen, um negative Einflüsse auf die Eltern-Kind-Interaktion und Aufschaukelungsprozesse zu vermeiden.

Intervention. Wenn schon deutliche Probleme eingetreten sind, kann eine wichtige Maßnahme darin bestehen, die betroffenen Eltern sowohl physisch als auch psychisch zu entlasten. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass ein Kind übergangsweise durch andere Personen betreut wird, sodass eine Beruhigung bei den Bezugspersonen eintreten kann. Weiterhin können entlastende psychotherapeutische Gespräche von Bedeutung sein, um beispielsweise einseitige Schuldzuweisungen seitens der Eltern zu vermeiden. Weiterhin kann eine entwicklungsorientierte Beratung helfen, um z. B. angemessene Anforderungen an das Kind zu stellen. Auch die Analyse von Videoaufzeichnungen der Interaktionen zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen kann hilfreich sein, um zu zeigen, welche Signale das Kind zeigt und wie darauf sinnvoll reagiert werden kann.

6.2 Bindungsstörungen

6.2.1 Darstellung des Störungsbildes und diagnostische Abgrenzung

Zentrale Entwicklungsaufgaben eines Kindes im ersten Lebensjahr. Eine Bindung zu erwerben, ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe im ersten Lebensjahr eines Kindes (und auch der primären Bezugspersonen). In dieser Zeit entwickelt ein Kind ein Gefühl für das eigene Selbst als unabhängiges Lebewesen ebenso wie ein grundlegendes Verständnis der Welt und anderer Menschen (Parritz & Troy, 2011). Dies beinhaltet den Aufbau von Erwartungen, wie sich primäre Bezugspersonen verhalten und was in neuen Situationen mit fremden Menschen passiert. Frühere Bindungserfahrungen sind dabei von großer Bedeutung für das Kind, wenn es neuen Situationen gegenübertritt.

Merke

Der Aufbau einer sicheren Bindung ist eine der Hauptaufgaben im ersten Lebensjahr eines Kindes, sowohl für das Kind als auch für die Bezugsperson.

Bindung reflektiert das Ausmaß, in dem das Kind sich sicher, geborgen und geliebt fühlt. Unter diesen Bedingungen gelangen Kinder zu der grundlegenden und wichtigen Überzeugung, dass die Welt ein sicherer Ort ist, dass sich jemand um sie kümmert und dass sie es wert sind, dass sich jemand um sie sorgt (Parritz & Troy, 2011). In stressreichen Zeiten (z. B. aufgrund der

Erkrankung eines Elternteils) kann das Kind auf dieses Wissen zurückgreifen und es schützt das Kind vor möglichen negativen Einflüssen. Bindung wird damit zum Kern der Eltern-Kind-Beziehung.



Eine sichere Bindung ist das Ergebnis einer angemessenen, emotional wärmenden und konsistenten Responsivität der Bezugsperson. Diese Responsivität kann aufgrund der eigenen Lebensgeschichte und psy-

chischer Probleme der Bezugspersonen zeitweise oder dauerhaft beeinträchtigt sein und damit die Grundlage für die Ausbildung einer Bindungsstörung bei dem Kind bilden.

Bindung aus entwicklungspsychopathologischer Sicht: die Bindungsstörungen. Die Bindungsstörungen der ICD sind nicht zu verwechseln mit den unterschiedlichen Bindungstypen (s. Abschn. 2.1.1). Während es sich bei den im Fremde-Situations-Test erhobenen Bindungstypen um eine entwicklungspsychologische Typologie handelt, sind die Bindungsstörungen laut ICD-10 qualitative Einheiten gestörter Interaktionen und Kontaktaufnahmen seitens des Kindes. Dementsprechend kommen auch unsichere Bindungen (wie z. B. die unsicher-vermeidende Bindung) recht häufig vor, wohingegen die Bindungsstörung als psychische Erkrankung selten vorkommt. Die Bindungsstörungen mögen begünstigt werden durch bestimmte Bindungstypen, sie sind allerdings nicht mit diesen gleichzusetzen. So finden sich beispielsweise Hinweise, dass eine unsicher-ambivalente Bindung im Kleinkindalter ein Prädiktor für Angststörungen bei Jugendlichen sein kann oder dass eine unsicher-vermeidende Bindung ein Prädiktor für internalisierende und externalisierende Probleme im Kindergartenalter sein kann (Carlson, 1998; Muris & Meesters, 2002). Ein spezieller Bezug der Bindungstypologie zu einer spezifischen (Bindungs-)Störung ist allerdings bisher nicht ausreichend konsistent nachgewiesen.

Klassifikation

Formen von Bindungsstörungen. Es gibt zwei Typen von Bindungsstörungen, die in der ICD-10 klassifiziert werden können. Sie sind beide in dem Kapitel über »Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend« (F 94) beschrieben:

(1) Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

- ▶ Tritt innerhalb der ersten 5 Lebensjahre auf
- ▶ Ist durch ein abnormes Beziehungsmuster mit widersprüchlichen oder ambivalenten sozialen Reaktionen gekennzeichnet
- ▶ Wird begleitet von einer emotionalen Störung (Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, ängstliche Überempfindlichkeit)
- ▶ Häufig mit einer Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Widerstand bei Begegnung mit Bezugspersonen

- ▶ Vermutlich als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung und/oder Misshandlung
- ▶ Änderung der emotionalen und sozialen Auffälligkeiten in neuer Lebensumgebung

(2) Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

- ▶ Spezifisches abnormes soziales Funktionsmuster, das während der ersten Lebensjahre auftritt
 - z. B. diffuses, nicht-selektives Bindungsverhalten, aufmerksamkeitsuchendes und wahllos freundliches Verhalten (fremde und vertraute Personen sind in dieser Hinsicht gleich)
 - kaum moduliertes Interaktionsverhalten mit unvertrauten Personen
- ▶ Tendenz zu persistieren, auch bei Wechsel der Lebensumgebung

Die ICD-10 ermöglicht die Unterscheidung von zwei Bindungsstörungen: reaktive Bindungsstörung und Bindungsstörung mit Enthemmung.

Die Bezeichnung »reaktiv« in F 94.1 verdeutlicht die unmittelbare Auswirkung von Deprivationsbedingungen. Betont wird bei dieser Störung, die häufig bei jüngeren Kindern als Diagnose vergeben wird, der *soziale Rückzug* im Verhalten (Bindungsverhalten wird hier eher gehemmt). Bei der zweiten Bindungsstörung steht vor allem die Suche nach *unselektiven und oberflächlichen Bindungen* im Vordergrund. Die Kinder haben Schwierigkeiten, sich auf eine (oder wenige) Person(en) festzulegen, bei der/denen sie Trost suchen (Bindungsverhalten ist hier eher enthemmt). Meist wird diese Störung, die häufig bei älteren Kindern als Diagnose vergeben wird, konzeptualisiert als weiterreichende Auswirkung von Heimunterbringung und/oder multiplen Pflegschaften. Beide Störungen zeichnen sich dadurch aus, dass das Verhalten des Kindes nicht nur in einer Beziehung zu einer bestimmten Bezugsperson auftritt, sondern sich in vielen sozialen Beziehungen niederschlägt. Dies ist ebenfalls eine wichtige Abgrenzung zu den Bindungstypen: nach der Bindungstypologie kann man gegenüber zwei unterschiedlichen Bezugspersonen zwei unterschiedliche Bindungen aufweisen. Es muss also bei den Bindungstypen kein kontinuierliches Muster sozialer Beziehungen sein, das sich bei verschiedenen Beziehungen zu Bezugspersonen wiederfindet.



Aspekte, auf die im Bindungsverhalten des Kindes geachtet werden sollte, wenn der Verdacht einer Bindungsstörung existiert (nach Goodman et al., 2007)

- ▶ Geborgenheit (sucht das Kind bei seelischer Belastung bestimmte Personen aus, an die es sich wendet?)
- ▶ Sichere Basis (kehrt das Kind zurück, wenn es exploriert und plötzlich Sicherheit benötigt?)
- ▶ Affektive Bindung (zu wenig oder zu viele, wahllose, unselektive Kontakte)
- ▶ Selektivität (werden unbekannte erwachsene Personen vorschnell herangezogen, um Trost zu erhalten?)
- ▶ Rollenumkehr (Kind kontrolliert erwachsene Umwelt oder verhält sich wie ein Betreuer)

Intergenerationale Transmission von Bindungserfahrungen. Der Schaden, den negative frühkindliche Bindungserfahrungen anrichten können, ist immens, und selbst die gegenwärtig effektiven Formen von Kinderpsychotherapie können vermutlich nicht mehr gut machen, was einem Kind an negativen Erfahrungen zugestoßen ist. Darüber hinaus werden diese Bindungserfahrungen oft auch an eigene Kinder weitergegeben (intergenerationale Transmission von ungünstigen Beziehungserfahrungen in der Kindheit; Parritz & Troy, 2011). Daher ist die Prävention solcher Erfahrungen in der Kindheit von außerordentlicher Bedeutung für alle psychosozialen Berufsgruppen.

Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der Kindheit können generationsübergreifend weitergegeben werden.

Fallbeispiel

Kristin ist ein 11 Jahre altes Mädchen niederländischer Herkunft. Sie besucht die 4. Klasse einer Förderschule für geistig behinderte Kinder und Jugendliche und lebt in einer Einrichtung der

Jugendhilfe. Erste Anzeichen für massive Verhaltensprobleme zeigten sich im Kindergartenalter: Kristin missachtete Spielregeln, verhielt sich provokativ und biss oder schrie, wenn man ihr etwas verbot. Wenn andere Kinder sie nicht mitspielen ließen, zerstörte sie die Spielsachen dieser Kinder. Wenn sie mitspielen durfte, dann musste es nach ihren Regeln geschehen, ansonsten beschimpfte sie die anderen Kinder oder kniff, schubste und schlug ihre Mitspieler. Sie zeigte hinterher keine Reue und sah die Schuld bei den anderen Kindern. Neben diesen Verhaltensproblemen zeigte Kristin apathische Zustände, in denen sie nicht ansprechbar war. Während der Schulzeit verschlimmerten sich die Konflikte mit anderen Kindern, Lehrern und Bezugspersonen und eine Regelbeschulung war nicht mehr möglich. Mit knapp 8 Jahren wurde Kristin wegen gravierender Verhaltensprobleme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen. Dort zeigte sie starke sexualisierte Verhaltensweisen (sie entblößte sich vor anderen Kindern und Betreuern, fasste anderen Kindern unvermittelt in den Genitalbereich usw.). Im Spiel beherrschten die Themen Einsperren, Festhalten, Schlagen und Fesseln das Geschehen. Sie zeigt deutlich ambivalente soziale Reaktionen, ist überempfindlich in sozialen Situationen bei gleichzeitiger sozialer Responsivität. Aus der Lebensgeschichte ergibt sich, dass Kristin wiederholt wegen unerklärlicher körperlicher Verletzungen bei Ärzten vorgestellt wurde, darunter Verbrühungen an den Fingern mit weniger als einem Jahr, Schürfwunden an der Oberlippe im Alter von 2 Jahren, Schädelfrakturverdacht mit knapp 3 Jahren, Platzwunden mit 6 Jahren, kreisrunde Wundmale auf dem Rücken und Verletzungen an Knochen, die das Nachziehen eines Beines zur Folge hatte, mit 7 Jahren. Nach Meinung des Vaters sind die Verletzungen das Ergebnis des mütterlichen Verhaltens im Umgang mit Kristin. Darüber hinaus berichtet Kristin mit 8 Jahren, dass ihr Vater sexuelle Kontakte mit ihr aufgenommen habe. Diese innerfamiliären Misshandlungserfahrungen führten schließlich auch zu ihrer dauerhaften Fremdunterbringung in einer Einrichtung.¹

Welche Diagnose trifft auf Kristin zu? Das Mädchen zeigt eine komplexe Störung des Verhaltens und der Emotionen, die angesichts der innerfamiliären Erfahrungen nicht überrascht. Ihre Klassifikation ist allerdings sehr schwierig und erfordert die Berücksichtigung unterschiedlicher Störungskategorien. Da es in diesem Abschnitt um Bindungsstörungen geht, wird auch diese spezielle Klassifikation hier diskutiert. Es gibt allerdings noch eine Reihe weiterer Störungen, die es abzuwägen gilt. Der/die interessierte Leser/in wird hier auf die ausführliche Falldarstellung verwiesen (Heinrichs et al., 2010). Es fällt Kristin schwer, eine angemessene und selektive Bindung einzugehen, sie hat keine Bindung zu ihrer Mutter oder ihrem Vater. Seit sie in der Einrichtung lebt, bietet eine Bezugsmitarbeiterin eine dauerhafte Erprobungsoption einer Bindung. Dies fällt ihr sehr schwer, allerdings kann man nach ca. zwei Jahren dieser Erprobungszeit so etwas wie eine Bindung zu der Bezugsmitarbeiterin erkennen; sie lässt sich von ihr bevorzugt trösten, freut sich, wenn sie in den Raum kommt und es fällt ihr leichter, auf Anweisungen dieser Person zu reagieren, sofern diese konkret, unverzüglich und konsistent vermittelt werden. Kristin weist Merkmale beider Subtypen der Bindungsstörung auf, die sich unter einer gleichbleibend wohlwollenden Umwelt zumindest zum Teil zurückbildet. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass Kristin eine normale Bindung zu einer anderen Person aufbauen kann.

¹ Aus: Heinrichs et al. (2010)

6.2.2 Annahmen zur Störungsgenese

Die Bindungsstörungen sind einige der wenigen psychischen Störungen der ICD-10, die bereits in ihren Kriterien einen Hinweis auf die Ursache enthalten: eine Bindungsstörung kommt häufig unter Deprivationsbedingungen zustande.

Definition

Eine **Deprivation** ist ein Wegfall notwendiger emotionaler Zuwendung und/oder eine mangelnde Befriedigung von Grundbedürfnissen und wird in der Regel durch primäre Bezugspersonen verursacht. Unzurei-

chende Versorgung, unaufmerksame, inkonsistente oder intrusive Fürsorge sind verantwortlich für die Entstehung dieser Störungen.

Es gibt Hinweise darauf, dass manche Kinder stärker von Deprivation betroffen sind als andere (z. B. solche mit einem schwierigen Temperament, mit neurologischen Auffälligkeiten, Frühgeborene mit zusätzlichen medizinischen Komplikationen). Allerdings gibt es einige Erkenntnisse, die dafür sprechen, dass diese kindlichen Merkmale nicht die Hauptursache der Bindungsstörungen sind. Hauptursache der Bindungsstörungen ist die primäre (meist elterliche) Bezugsperson, die eine unangemessene Fürsorge für das Kind zeigt.

Wenn ein Kind unter deprivierenden Umständen lebt, dann fehlt ihm eine Umwelt, die eine emotionale und sozial-kognitiv anregende Funktion übernimmt. Eine der daraus resultierenden Störungen ist die »frühkindliche Gedeihstörung«, in der die Deprivation so stark ausgeprägt ist, dass das Kind nicht nur seelisch im Wachstum behindert wird, sondern auch körperliche Funktionen unterentwickelt sind.

Es gibt unterschiedliche Varianten von Deprivationszuständen (vgl. Steinhausen, 2006). Beispiele sind:

- ▶ Verlust der Eltern durch Tod
- ▶ Verlust der Eltern durch Trennung/Scheidung
- ▶ Krankenhausaufenthalte
- ▶ Heimunterbringung
- ▶ Vernachlässigung
- ▶ Misshandlung

Wovon hängt der Einfluss solcher aversiver Umweltbedingungen ab? Es ist vermutlich ganz entscheidend, wie alt das Kind zum Zeitpunkt des Einsetzens der Deprivation ist. Je früher der Beginn, desto ausgeprägter ist die damit verbundene psychische Problematik. In diesem Zusammenhang ist insbesondere wichtig, ob das Kind vor Einsetzen der Deprivation bereits die Möglichkeit hatte, eine Bindung zu erwerben (vgl. »sensible Phase« Abschn. 2.2.4). Schließlich sind auch die Form und Intensität der Deprivation entscheidend.

6.2.3 Epidemiologie

Die Bindungsstörungen treten gehäuft in Institutionen auf, in denen Kinder zeitweise oder dauerhaft untergebracht sind. Auch bei Pflegekindern besteht ein gesteigertes Risiko (Oswald et al., 2010). Die erhöhten Prävalenzen ergeben sich in der Regel durch die der Fremdunterbringung vorausgegangenen innerfamiliären dysfunktionalen Prozesse (Misshandlung, Vernachlässigung, etc.). In der Gesamtpopulation aller Kinder kommen Bindungsstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eher selten vor.