

# Bindungsqualität:

Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten



## 7. SPZ-Symposium

Gemeinsame Veranstaltung  
mit dem Zentrum für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie der  
Universität Zürich

EINLADUNG

**Donnerstag, 2. Dezember 2010, 8.30 bis 17.15 Uhr**  
**Kirchgemeindehaus, Liebestrasse 3, Winterthur**



**Universität  
Zürich** UZH



Kinder- und Jugendpsychiatrischer  
Dienst des Kantons Zürich

**KSW**

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Sehr geehrte Damen und Herren

Kinder und Jugendliche bedürfen unseres ganz besonderen Schutzes. Sie wachsen unter den Rahmenbedingungen heran, die ihnen unsere Gesellschaft vorgibt. Eine Vielzahl internationaler und auch schweizerischer Untersuchungen belegen eindrücklich die Bedeutung der Bindungs-entwicklung bereits in frühester Kindheit für die spätere Fähigkeit, dauerhafte und tragfähige Beziehungen und soziale Netze aufbauen und auch leben zu können. In der Schweiz wurden auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene verschiedene Anstrengungen zugunsten von Kindern, Eltern und Familien unternommen, und diese sollen auch weiter vorangetrieben werden. Es ist wichtig, Kindern durch frühe Förderung und private und öffentliche Betreuungsangebote die bestmögliche, ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Bildung und Betreuung zukommen zu lassen. Und es ist entscheidend, dass Eltern Unterstützung erfahren und nicht allein gelassen werden, wenn Schwierigkeiten oder Überforderung auftreten.

Das SPZ-Symposium, 2010 gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich und der Universität Zürich in siebter Auflage organisiert, veranschaulicht die Möglichkeiten, Bindungsqualität sowie den Verlauf von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter diagnostisch zu erfassen. Es präsentiert Interventionsmöglichkeiten bei Bindungsstörungen. Zahlreiche Videobeispiele und aktuelle Erkenntnisse aus der entwicklungspsychologischen und der neurobiologischen Forschung spannen den Bogen zwischen theoretischen Grundlagen und anwendungsbezogener Praxis.

Ich möchte den Organisatoren/-innen sowie den Referenten/-innen herzlich danken, dass sie dieses wichtige Thema aufgreifen, und die an der Veranstaltung Teilnehmenden einladen, sich weiterhin für eine stabile und positive Entwicklung in Kindheit und Jugend einzusetzen. Denn: Am Wohlergehen unserer Kinder und Jugendlichen soll unsere Gesellschaft gemessen werden.



Chantal Galladé  
Nationalrätin und Erziehungswissenschaftlerin, Winterthur

**Sämtliche Vorträge werden simultan übersetzt (Französisch-Deutsch-Englisch).**

# 7. SPZ-Symposium Winterthur

Gemeinsame Veranstaltung mit KJPD / ZKJP Universität Zürich

## Programm

---

- 08.30–09.00 **Eintreffen**  
Registration, Kaffee und Gipfeli
- 09.00–09.10 **Grussworte**  
Chantal Galladé, Nationalrätin, Winterthur
- 09.10–09.20 **Begrüssung**  
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Susanne Walitza, Zürich
- 09.20–09.30 **Einführung**  
Dr. med. Kurt Albermann, Winterthur
- 09.30–10.20 **Bindungsqualität:  
Definition und Erkenntnisse an Früh- und Neugeborenen**  
Univ.-Prof. Dr. Marguerite Dunitz-Scheer, Graz
- 10.20–11.05 **Mutter-Kind-Interaktion in Hochrisikokonstellationen:  
Diagnostik, Prävention und Intervention bei jugendlichen Müttern**  
Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Ulm
- 11.05–11.35 **Kaffeepause**
- 11.35–12.20 **The Child Attachment Interview: Current Status and Future Developments**  
Yael Shmueli-Goetz, PhD, London
- 12.20–13.35 **Mittagspause**
- 13.35–14.20 **Bio-psycho-soziale Prozesse in der Bindungsentwicklung**  
Prof. Dr. Gottfried Spangler, Erlangen
- 14.20–15.05 **Attachement, traumatisme et réponse au stress**  
Prof. Dr. Blaise Pierrehumbert, Lausanne
- 15.05–15.15 **Frauke Tometten Molino, Viola; Suguru Ito, Klavier**
- 15.15–15.45 **Kaffeepause**
- 15.45–16.25 **Bindung und Problemverhalten bei Pflegekindern:  
Der Einfluss von Erfahrungen in Herkunfts- und Pflegefamilie**  
Dr. Ina Bovenschen, Erlangen
- 16.25–17.15 **Bedeutung der Bindungsqualität in der Therapeut-Patient-Beziehung  
junger Erwachsener**  
Prof. Dr. Bernhard Strauss, Jena
- 17.15 **Ende der Veranstaltung**

## Referentinnen und Referenten

---

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Ina Bovenschen**

Institut für Psychologie  
Universität Erlangen-Nürnberg (D)

**Chantal Galladé**

Nationalrätin  
Erziehungswissenschaftlerin, Winterthur

**Univ.-Prof. Dr. med.  
Marguerite Dunitz-Scheer**

Klinik für Kinderheilkunde  
Universität Graz (A)

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza**

Ärztliche Direktion, Zentrum für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich

**PD Dr. phil. Blaise Pierrehumbert**

Service Universitaire de Psychiatrie  
de l'enfant et de l'adolescent,  
Unité de recherche, Lausanne

**Dr. med. Renate Schäffer**

Oberärztin  
Leiterin Regionalstelle KJPD Winterthur

**PhD Yael Shmueli-Goetz**

Senior Research Fellow  
Anna-Freud-Institute, London (GB)

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Marina Zulauf-Logoz**

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universität Zürich

**Prof. Dr. phil. Gottfried Spangler**

Lehrstuhl Entwicklungspsychologie  
und Pädagogische Psychologie  
Universität Erlangen-Nürnberg (D)

**Dr. med. Kurt Albermann**

Chefarzt  
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  
Kantonsspital Winterthur

**Prof. Dr. phil. Bernhard Strauss**

Direktor Institut für Psychosoziale  
Medizin und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Jena (D)

**Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain**

Leiterin Sekt. Pädagogik/Jugendhilfe/Bindung  
Universitätsklinik für  
Kinder-/Jugendpsychiatrie, Ulm

# Anmeldeformular

## 7. SPZ-Symposium

Gemeinsame Veranstaltung mit KJPD / ZKJP Universität Zürich

«**Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten**»

Datum **Donnerstag, 2. Dezember 2010**  
Zeit **8.30–17.15 Uhr**  
Ort **Kirchgemeindehaus, Liebestrasse 3, 8400 Winterthur**  
Kosten **Die Teilnahmegebühr beträgt CHF 150.–.**

Bitte verwenden Sie beigefügten Einzahlungsschein oder die aufgeführte Bankverbindung für eine Online-Überweisung. Aufgrund der Limitierung der Teilnehmerzahl erfolgt die Anmeldung entsprechend der Reihenfolge der eingehenden Zahlungen. Einen Zahlungsnachweis erhalten Sie mit der Teilnahmebestätigung am Tag der Veranstaltung. Bei Abmeldung bis zum 17. November 2010 erfolgt eine Rückerstattung des Betrages abzüglich einer Verwaltungsgebühr von CHF 50.–, danach ist eine Rückerstattung nicht möglich.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

Anmeldung bitte bis spätestens **10. November 2010** einsenden!

### **KANTONSSPITAL WINTERTHUR**

#### **Departement Kinder- und Jugendmedizin**

Verena Maier, Sekretariat SPZ

Brauerstrasse 15

CH-8401 Winterthur

Tel. +41 (0)52 266 37 11

Fax +41 (0)52 266 35 09

E-Mail spz@ksw.ch

  
**A**

Nicht frankieren  
Ne pas affranchir  
Non affrancare

  
Geschäftsantwortsendung Invio commerciale-risposta  
Envoi commercial-réponse

## **Kantonsspital Winterthur**

Department Kinder- und Jugendmedizin

Sekretariat SPZ

Frau Verena Maier

Brauerstrasse 15

Postfach 834

CH-8401 Winterthur

## **Organisation**

### **Dr. med. Kurt Albermann**

Chefarzt

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Departement Kinder- und Jugendmedizin

Kantonsspital Winterthur

### **Dr. med. Renate Schäffer**

Oberärztin

KJPD Zürich, Leitung Regionalstelle Winterthur

### **Dr. phil. Dipl.-Psych. Marina Zulauf Logoz**

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Universität Zürich

## **Information und Anmeldung**

Verena Maier

Sekretariat SPZ

Departement Kinder- und Jugendmedizin

Kantonsspital Winterthur

Telefon +41 (0)52 266 37 11

Handy +41 (0)78 684 98 36

Telefax +41 (0)52 266 35 09

E-Mail [spz@ksw.ch](mailto:spz@ksw.ch)

## **Anfahrt und Lageplan**

[www.kirchgemeindehaus-winterthur.ch](http://www.kirchgemeindehaus-winterthur.ch)

**Bankverbindung:** Zürcher Kantonalbank, CH-8401 Winterthur

### **Zahlungen aus dem Ausland**

IBAN: CH 39 0070 0113 2012 0981 7

SWIFT-Adresse: ZKBKCHZZ80A

Kontoinhaber: Kantonsspital Winterthur

Vermerk: «8881 SPZ-Symposium»

### **Zahlungen aus dem Inland (Onlinebanking)**

Postkonto: 84-212-9

Kontoinhaber: Kantonsspital Winterthur

Vermerk: «8881 SPZ-Symposium»

## KANTONSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15  
Postfach 834  
CH-8401 Winterthur  
Tel. +41 (0)52 266 21 21  
Fax +41 (0)52 266 20 43  
[www.ksw.ch](http://www.ksw.ch)



Die Veranstaltung wird unterstützt durch:



Illustrationen:

Frontseite: Eltern mit Kind, Käthe Kollwitz

Rückseite: !Ko-Buschmann (zentrale Kalahari), Prof. Irenäus Eibl-Eibesfeldt

Die Veranstaltung wird als Weiterbildung angerechnet:

Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie: 6 Credits

Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: 8 Credits

Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP: 6 Credits



Drucksache  
No. 01-10-389741 – [www.myclimate.org](http://www.myclimate.org)  
© myclimate – The Climate Protection Partnership

# Qualité de l'attachement:

diagnostic, cours, et interventions possibles



7<sup>ème</sup> Symposium SPZ

En collaboration avec  
le service de psychiatrie  
de l'enfance et de  
l'adolescence de l'université  
de Zurich

INVITATION

**Jeudi, le 2 décembre 2010, de 8h30 à 17h15**  
**Kirchgemeindehaus, Liebestrasse 3, Winterthur**



**Universität  
Zürich** UZH



Kinder- und Jugendpsychiatrischer  
Dienst des Kantons Zürich

**KSW**

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Mesdames et Messieurs

Enfants et adolescents ont besoin de notre protection d'une manière toute particulière. Ils grandissent dans un contexte que notre société et nos notions culturelles leur imposent. Nombre d'études internationales ainsi que suisses démontrent de façon impressionnante l'importance du développement des liens d'attachement dès la prime enfance et leur influence sur la capacité d'établir des liens durables et porteurs pour plus tard et de pouvoir les vivre. En Suisse, des initiatives diverses en faveur des enfants, parents et familles ont été entreprises aux niveaux national, cantonal et régional qu'il faut poursuivre. Il est important de procurer aux enfants une formation et un encadrement correspondant le mieux possible à leurs besoins individuels moyennant un encouragement précoce ainsi que des offres d'accueil extrafamilial privées et publiques. Et il est primordial que les parents se sentent soutenus et ne soient dès lors pas livrés à eux-mêmes quand surgissent des difficultés et des situations qui les dépassent.

Le 7<sup>ème</sup> symposium SPZ, organisé en collaboration avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Canton et de l'Université de Zurich, met en évidence les possibilités de diagnostiquer la qualité de l'attachement, au cours de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, et présente des possibilités d'interventions face aux troubles de l'attachement. Un nombre d'exemples vidéografiés ainsi que des notions actuelles provenant de la recherche dans le domaine de la pédopsychopathologie et de la neurobiologie réunissent fondements théoriques et pratique appliquée.

Je tiens à remercier les organisateurs et les présentateurs de soulever ce sujet important et d'inviter les participants à continuer de s'engager en faveur d'un développement stable et positif dans l'enfance et l'adolescence. Car il faut jauger notre société en fonction du bien-être de nos enfants et adolescents.



Chantal Galladé  
Conseillère nationale, Winterthur

**Traduction simultanée de toutes les conférences (français-allemand-anglais).**

# 7<sup>ème</sup> Symposium SPZ Winterthur

En collaboration avec le service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence du Canton et de l'Université de Zurich

## Programme

---

- 08.30–09.00 **Arrivée**  
Enregistrement, café et croissants
- 09.00–09.10 **Message**  
Chantal Galladé, conseillère nationale, Winterthur
- 09.10–09.20 **Mots d'accueil**  
Prof. Dr. Susanne Walitza, Zurich
- 09.20–09.30 **Introduction**  
Dr. med. Kurt Albermann, Winterthur
- 09.30–10.20 **La qualité de l'attachement: Définition et connaissances acquises sur les nouveau-nés et enfants prématurés**  
Univ.-Prof. Dr. Marguerite Dunitz-Scheer, Graz
- 10.20–11.05 **Interaction mère-enfant dans les contextes à risque élevé: Diagnostic, prévention et interventions auprès des mères adolescentes**  
Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Ulm
- 11.05–11.35 **Pause café**
- 11.35–12.20 **The Child Attachment Interview: Current Status and Future Developments**  
PhD Yael Shmueli-Goetz, London
- 12.20–13.35 **Repas**
- 13.35–14.20 **Les processus bio-psycho-sociaux dans le développement de l'attachement**  
Prof. Dr. Gottfried Spangler, Erlangen
- 14.20–15.05 **Attachement, traumatisme et réponse au stress**  
Prof. Dr. Blaise Pierrehumbert, Lausanne
- 15.05–15.15 **Présentation artistique: Frauke Tometten Molino, alto et Suguro Ito, piano**
- 15.15–15.45 **Pause café**
- 15.45–16.25 **Attachement et comportement problématique des enfants placés: L'influence des expériences dans la famille d'origine et dans la famille de placement**  
Dr. Ina Bovenschen, Erlangen
- 16.25–17.15 **La signification de la qualité de l'attachement pour la relation entre thérapeute et client dans le traitement des jeunes adultes**  
Prof. Dr. Bernhard Strauss, Jena
- 17.15 **Clôture**

## Conférenciers et conférencières

---

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Ina Bovenschen**

Institut de psychologie  
Université Erlangen-Nürnberg (D)

**Chantal Galladé**

Conseillère nationale, Winterthur

**Univ. Prof. Dr. med.  
Marguerite Dunitz-Scheer**

Hôpital d'enfance, Université de Graz (A)

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza**

Directeur du centre de psychiatrie de l'enfance  
et de l'adolescence de l'Université de Zurich

**PD Dr. phil. Blaise Pierrehumbert**

Service Universitaire de Psychiatrie  
de l'Enfant et de l'adolescent,  
Unité de recherche, Lausanne

**Dr. med. Renate Schäffer**

Premier-médecin  
Dirigeant du département KJPD Winterthur

**PhD Yael Shmueli-Goetz**

Senior Research Fellow  
Anna-Freud-Institute, London (GB)

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Marina Zulauf-Logoz**

Centre de psychiatrie de l'enfance et de  
l'adolescence de l'Université de Zurich

**Prof. Dr. phil. Gottfried Spangler**

Chaire de psychologie du développement  
et de psychologie pédagogique  
Université Erlangen-Nürnberg (D)

**Dr. med. Kurt Albermann**

Médecin-chef  
Centre de pédiatrie sociale (SPZ)  
de l'Hôpital cantonal de Winterthur

**Prof. Dr. phil. Bernhard Strauss**

Directeur de l'Institut de médecine  
psychosociale et psychothérapie  
Hôpital universitaire Jena (D)

**Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain**

Dirigeant de la section de pédagogie, psycho-  
pathologie, Développementale et d'attachement  
Hôpital universitaire de psychiatrie  
de l'enfance et de l'adolescence, Ulm (D)

# Formulaire d'inscription

## 7<sup>ème</sup> Symposium SPZ

En collaboration avec le centre de psychiatrie d'enfants et d'adolescents de l'université de Zurich

«Qualité de l'attachement: diagnostic, cours,  
et interventions possibles»

Date **Judi, le 2 decembre 2010**

Horaire **de 8 h 30 à 17 h 15**

Lieu **Kirchgemeindehaus, Liebestrasse 3, 8400 Winterthur**

Frais d'inscription **CHF 150.-.**  
Votre inscription est définitive. Pour tout désistement avant le 17 novembre, nous retenons Fr. 50 de frais administratifs. S'il nous parvient après cette date, un remboursement ne sera plus possible. Veuillez utiliser le bulletin de versement ci-joint ou le code bancaire pour le paiement par virement en ligne.

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

Inscription demandée jusqu'au **10 novembre 2010** au plus tard!

### **KANTONSPITAL WINTERTHUR**

#### **Departement Kinder- und Jugendmedizin**

Verena Maier, Sekretariat SPZ

Brauerstrasse 15

CH-8401 Winterthur

Tel 052 266 37 11

Fax 052 266 35 09

E-Mail spz@ksw.ch

  
**A**

Nicht frankieren  
Ne pas affranchir  
Non affrancare

  
Geschäftsantwortsendung Invio commerciale-risposta  
Envoi commercial-réponse

## **Kantonsspital Winterthur**

Department Kinder- und Jugendmedizin

Sekretariat SPZ

Frau Verena Maier

Brauerstrasse 15

Postfach 834

CH-8401 Winterthur

## **Organisation**

### **Dr. med. Kurt Albermann**

Médecin chef

Centre de pédiatrie sociale (SPZ)

Département de pédiatrie

Hôpital cantonal de Winterthur

### **Dr. med. Renate Schäffer**

Première-médecin

Service de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,

Université de Zurich, direction du département KJPD Winterthur

### **Dr. phil. Dipl.-Psych. Marina Zulauf Logoz**

Centre de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,

Université de Zurich

## **Informations et inscription**

Verena Maier

Secrétariat SPZ

Département de pédiatrie

Hôpital cantonal de Winterthur

Téléfon +41 (0)52 266 37 11

Handy +41 (0)78 684 98 36

Téléfax +41 (0)52 266 35 09

E-Mail [spz@ksw.ch](mailto:spz@ksw.ch)

## **Accès et plan de situation**

[www.kirchgemeindehaus-winterthur.ch](http://www.kirchgemeindehaus-winterthur.ch)

**Code bancaire:** Zürcher Kantonalbank, CH-8401 Winterthur

### **Versement de l'étranger**

Numéro IBAN: 39 0070 0113 2012 0981 7

Adresse SWIFT: ZK BKCHZZ80A

Titulaire de compte: Kantonsspital Winterthur

Note: «8881 SPZ-Symposium»

### **Versement dans le pays (Onlinebanking)**

Compte postale: 84-212-9

Titulaire de compte: Kantonsspital Winterthur

Note: «8881 SPZ-Symposium»

## KANTONSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15  
Postfach 834  
CH-8401 Winterthur  
Tel. +41 (0)52 266 21 21  
Fax +41 (0)52 266 20 43  
[www.ksw.ch](http://www.ksw.ch)



Le symposium est soutenu par:



Images:

Image de front: Käthe Kollwitz

Image au verso: !Ko-Buschmann (Kalahari centrale), Prof. Irenäus Eibl-Eibesfeldt

La participation au symposium est reconnue dans le cadre  
de la formation continue:

Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie: 6 Crédits

Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie: 8 Crédits

Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP: 6 Crédits



No. 01-10-389741 – [www.myclimate.org](http://www.myclimate.org)  
© myclimate – The Climate Protection Partnership





## Gliederung

Jugendliche Mütter als Hochrisikogruppe

Risikodiagnostik: Frühe Hinweise in der Beziehungsdynamik

Bindungsförderung bei jugendlichen Müttern





Judith Samen



Geburtenraten jugendlicher Mütter im europäischen Vergleich

Dänemark	1,4%	2006 (prozentualer Anteil der unter 20-Jährigen; Eurostat, 2010)
Niederlande	1,4%	
Deutschland	3,5%	
Großbritannien	7 %	
Rumänien	13,2%	
Bulgarien	13,8%	





(Entwicklungs-) Risiken für jugendliche Mütter

Kumulation und Wechselwirkung von Risiken, die nicht durch Schutzfaktoren abgepuffert werden

- psychosoziale Belastungen (Armut/Sozialhilfe/Schulabbruch)
- biographische Belastungen (Eielfernfamilie, Vernachlässigung/Misshandlung → „**broken home**“)
- gesundheitliche/psychische Belastungen (depressive Symptomatik, Substanzmissbrauch, antisoziale und aggressive Verhaltenstendenzen (conduct disorder)  
→ **stärkster unabhängiger Prädiktor!**

→ **kritisches Beziehungs- und Erziehungsverhalten**





## Eingeschränkte elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

### Probleme

sich nicht flexibel auf die verändernden Bedürfnisse des Kindes einstellen zu können

verzerrte Wahrnehmungen der kindlichen Signale

verzerrte Interpretationen/Zuschreibungen

feindseliges, aggressives, misshandelndes/ vernachlässigendes Verhalten



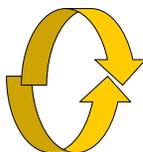
## Entwicklungsrisiken für Kinder jugendlicher Mütter

postnatale Risiken, inadäquate Ernährung,  
unregelmäßige Vorsorge

kognitive und sprachliche Entwicklungsverzögerung

### hochunsichere Bindung

- Verhaltensprobleme (Aggressivität, geringe Impulskontrolle)
- mangelnder Schulerfolg, Schulabbruch
- Delinquenz, Substanzmissbrauch  
frühe sexuelle Aktivität/Schwangerschaft



**Circulus Vitiosus transgenerationaler Prozesse**





Gliederung

---

Jugendliche Mütter als Hochrisikogruppe

Risikodiagnostik: Frühe Hinweise in der Beziehungsdynamik



Sichere Bindung als Regulationskompetenz

Entwicklung sicherer Bindung

zunehmende Anpassungskompetenz des Säuglings,  
belastende Veränderungen in der Umgebung einzuschätzen  
und zu bewältigen

flexible und kompetente Bewältigungsstrategien im Umgang mit  
Stress und belastenden Lebensereignissen

→**elterliche Feinfühligkeit wesentlicher Faktor**





## Eltern als externe Regulationshilfe

intuitive und kontinuierliche Regulation der wechselnden Erregungsniveaus und der emotionalen Befindlichkeit des Säuglings (**elterliche Feinfühligkeit**)

dyadische Emotionsregulation (Sroufe, 1996)

**”The infant’s brain needs to ‘feel felt’ by the caregiver”** (Siegel, 2001)

➔ **Feinfühligke Eltern als „Emotions-Coach“ ihrer Kinder**





### Destruktive Entgleisung elterlicher Regulationshilfe

frühe traumatische und/oder chronisch negative Erfahrungen in der Bindungsbeziehung (Misshandlung/Vernachlässigung)

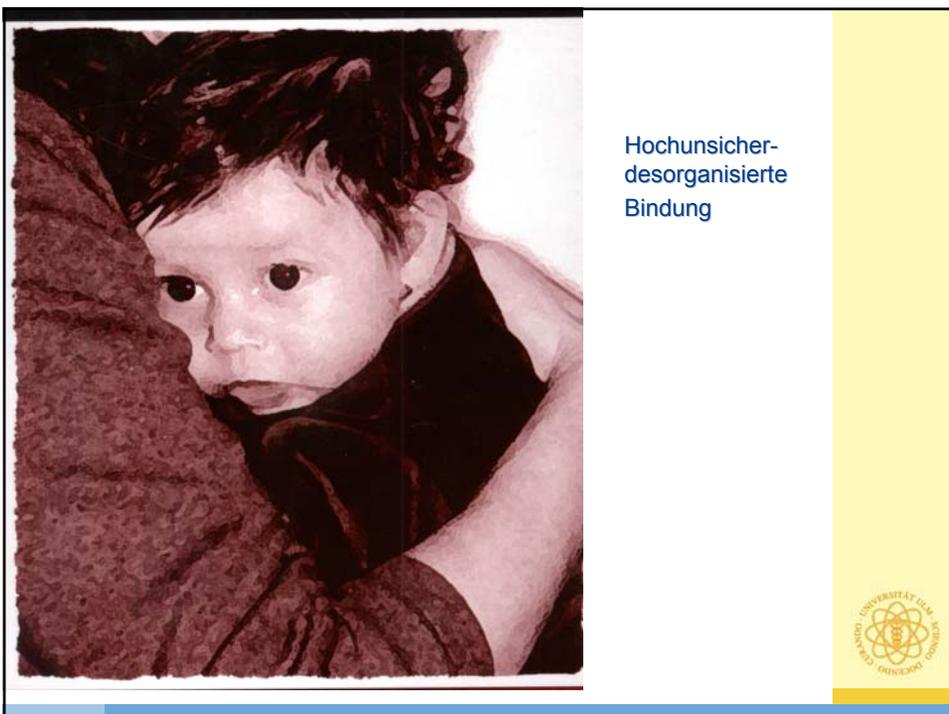
Zusammenbruch der kindlichen Bewältigungsstrategien und der Fähigkeit, Gefühle flexibel zu regulieren

Angst aufgrund unbeherrschten elterlichen Verhaltens als wiederkehrende (konditionierte) Erfahrung

Risikoindikator für emotionale Vulnerabilität (mangelnde Widerstandsfähigkeit oder Resilienz; Probleme im Umgang/Coping mit Stress)



7. SPZ-Symposium  
Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und  
Interventionsmöglichkeiten





Elterliche Erziehungs- und Beziehungskompetenzen als  
wichtiger Ansatzpunkt für frühe Prävention und Frühe Hilfen

Eltern können das körperliche und psychologische  
Wohlbefinden und die Entwicklung eines Säuglings und  
Kleinkindes entscheidend fördern, aber auch einschränken

frühe Verhaltensprobleme und –störungen zeigen sich  
(zunächst) in der Beziehungsdynamik  
- oft nur in Interaktion mit einem Elternteil

→ elterliche Erziehungs- und Beziehungskompetenzen als  
wichtiger Ansatzpunkt für Frühe Hilfen

! in Kombination mit anderen Indikatoren/Angeboten



Risikoeinschätzung elterlicher Beziehungs- und  
Erziehungskompetenzen (Ostler & Ziegenhain, 2007)

Qualität bisheriger elterlicher Kompetenzen

Qualität gegenwärtiger elterlicher Kompetenzen:  
**Interaktionsdiagnostik als empirisch erprobtes, aber bisher  
wenig systematisch genutztes Verfahren**

Wissen über Entwicklung und Erziehungseinstellungen

Persönlichkeitsmerkmale und eigene  
Bindungsvorerfahrungen der Eltern

Ausmaß der Kindeswohlgefährdung

Qualität elterlicher Kompetenzen über die Zeit und unter  
Stress



## Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten



Verfahren zur videogestützten Interaktionsdiagnostik bei Kleinkindern

Skala	Feinfühligkeit Ainsworth et al. 1971	AMBIANCE (Bronfman et al., 2009)	Emotional Availability Biringen et al. 1993		CARE-Index Crittenden 1988-2007	
Dimensionen	Eltern	Eltern	Eltern	Kind	Eltern	Kind
	Rating, 9-stufig	Rating, 7-stufig	Rating, 9- bzw. 5-stufig	Rating, 7-stufig	14-Punkte-Skala, relativer Anteil elterlicher bzw. kindlicher Komponenten	
	feinfühlig	negativ intrusiv	feinfühlig	responsiv	feinfühlig	kooperativ
		Rollen-konfusion	strukturierend	involvierend	kontrollierend	schwierig
		widersprüchlich affektive Signale	nicht intrusiv	nicht responsiv	zwanghaft überangepasst	passiv
		desorientiert	nicht feindselig			
zurückgezogen						




Methoden: Ainsworth Feinfühligkeitsskala  
(Ainsworth et al., 1974)

Einschätzung emotionaler Zugänglichkeit

Dimensionen:

- Wahrnehmen kindlicher (Kommunikations-) Signale
- angemessene Interpretation der kindlichen Signale
- angemessene und prompte Reaktion

9-stufige Rating-Skala (Wert 1 = nicht feinfühlig, Wert 9 = sehr feinfühlig) 1 Wert pro Erhebung



7. SPZ-Symposium  
 Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und  
 Interventionsmöglichkeiten



### Dyadische Feinfühligkeitsskala im CARE-Index (Crittenden, 2007)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

hohes Risiko                      Intervention                      angemessen                      feinfühlig  
 0-4                                      5-6                                      7-10                                      11-14




### Die Chance der ersten Monate Feinfühlige Eltern – gesunde Kinder

**Lösungsmatrix zur Skala elterlicher Feinfühligkeit**

Die Lösungsmatrix fasst die Kriterien feinfühligem Verhalten auf den unterschiedlichen Stufen der Skala zusammen.      Auf der Rückseite finden Sie die Definitionen der Skalenstufen elterlichen feinfühligem Verhaltens.

Verhalten der Mutter/des Vaters	sehr feinfühlig	feinfühlig	wenig feinfühlig	überhaupt nicht feinfühlig
Fähigkeit, Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen	sehr ausgeprägt	angemessen	wenig ausgeprägt	nicht vorhanden
Abstimmung des emotionalen Ausdrucksverhaltens auf das Verhalten des Kindes	durchgängig stimmig	überwiegend stimmig	wenig stimmig	nicht stimmig
ärgerlich / feindseliges oder aggressives Verhalten	kommt nicht vor	kann vereinzelt vorkommen	kommt zeitweise vor	kommt überwiegend vor
emotional flaches, verlangsamtes Verhalten oder ausdrucksloses Gesicht	kommt nicht vor	kann vereinzelt vorkommen	kommt zeitweise vor	stark ausgeprägt und durchgängig





**Lernprogramm Baby-Lesen**  
Übungsfilme für Hebammen, Kinderärzte,  
Kinderkrankenschwestern und Sozialberufe

Ute Ziegenhain  
Sigrid Gebauer  
Birgit Ziesel  
Anne Katrin Klümster  
Jörg M. Fegert

Inklusive DVD

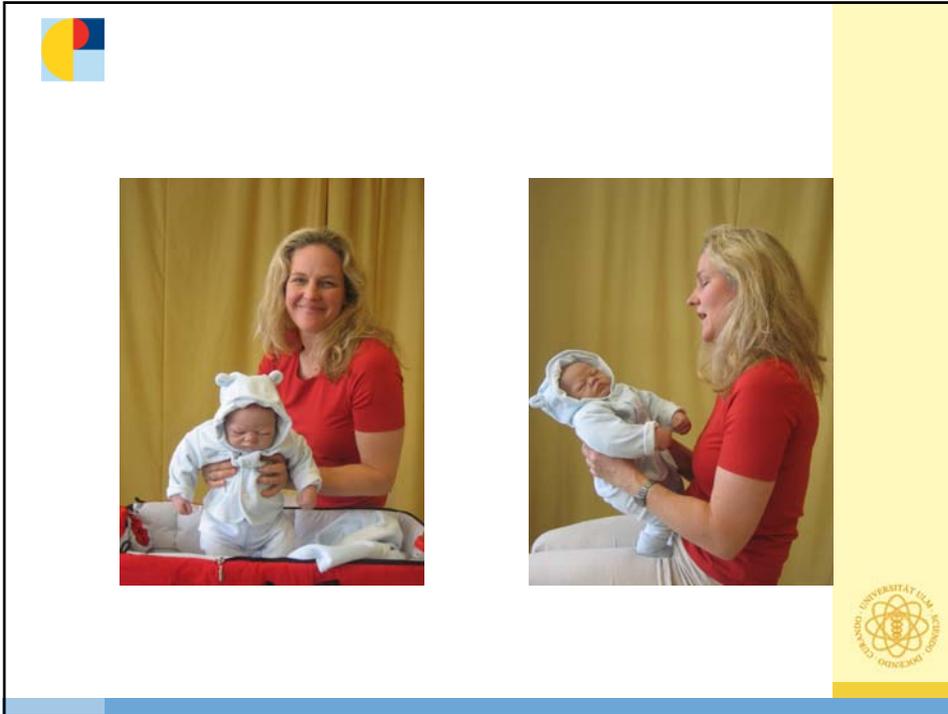
Hippokrates

Techniker  
Krankenkasse  
Gesund in die Zukunft.



Zeichen starker Belastetheit







Gliederung

---

Jugendliche Mütter als Hochrisikogruppe

Risikodiagnostik: Frühe Hinweise in der Beziehungsdynamik

Bindungsförderung bei jugendlichen Müttern





Family Support Services: Was wirkt? (Layzer et al., 2001;  
Metaanalyse, N = 260)

#### Ziel

**Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen**  
allgemeine Verbesserung der Lebenssituation („Head-Start“)

- Entwicklungsscreening
- Elterntrainings
- weitergehende Beratungs- und Unterstützungsangebote

#### Angebotsformen

- aufsuchend – center- based
- einzel – gruppenbezogene Angebote



Family Support Services: Was wirkt? (Layzer et al., 2001;  
Metaanalyse, N = 260)

#### Elternverhalten

- + risikogruppenspezifische Angebote (misshandlungs-  
vernachlässigungsgefährdete Familien)

**!Cave:** konfundiert mit Angeboten zur gegenseitigen  
Unterstützung von Eltern (Selbsthilfegruppen)

- Case-Management zur Alltagsbewältigung und –organisation

alltagspraktische Unterstützung „leichter“ als kritisches  
Verhalten der Eltern im Umgang mit ihrem Kind anzusprechen  
und zu fördern? (Hebbeler & Gerlach-Downie, 2002)

**aber: Förderprogramme mit Case-Management  
hochwirksam bei jugendlichen Müttern**





Family Support Services: Was wirkt? (Layzer et al., 2001;  
Metaanalyse, N = 260)

### Elternverhalten

- + risikogruppenspezifische Programme zur selektiven Prävention
  - + professionelles und gut qualifiziertes Personal
  - + Förderung der gegenseitigen Unterstützung von Eltern
- kombiniertes Vorgehen erzielt die besten Effekte

**! CAVE:** keine Liste von „Best-Practice-Modellen“!  
keine oder nur kleine Effekte bei mehr als der Hälfte der  
Programme; bisher kein Interventionsprogramm für sich alleine  
genommen umfassend effektiv (Powell, 2006; Ramey & Ramey, 1998;  
Sweet & Appelbaum, 2004)



Interventionsansätze in der frühen Kindheit  
(Bakermans-Kranenburg et al., 2003)

- bindungstheoretisch konzeptualisiert
- davon wirksam evaluiert
- begrenzte Zahl von Sitzungen (< 5)
- verhaltensorientiert
- gezielte Förderung elterlicher Feinfühligkeit



## 7. SPZ-Symposium Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten



### Promoting Positive Parenting (VIPP; Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2008)

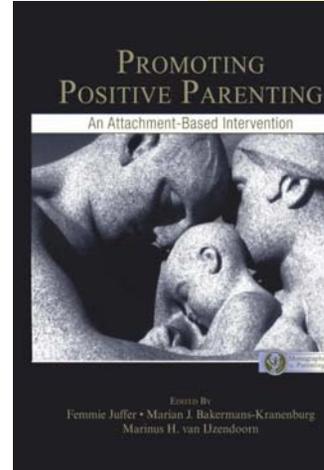
basierend auf Bindungstheorie, Pattersons Modell von manipulativen ("coercive") Interaktionsmustern, Metaanalysen über die Effekte von Bindungsintervention

Förderung elterlichen feinfühliges Verhaltens und Empathie, Perspektivenübernahme), insbesondere im Kontext von Grenzen-Setzen

- Kurzzeit-Intervention (aufsuchend, Video-Feedback, 6 (inhaltlich standardisierte) Termine)

Evaluation

- Verbesserung feinfühliges Verhaltens bei Adoptiveltern, Müttern mit mangelnder Feinfühligkeit, unsicherer Bindungsrepräsentation, Essstörungen (Juffer et al., 2005; Velderman et al., 2006)



### Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP; Erickson & Egeland, 2006; Kißgen & Suess, 2005; Ludwig-Körner & Derksen)

basierend auf Bindungstheorie; insbesondere entwickelt für die Beratung und Therapie von Familien mit psychosozialen Belastungen (jugendliche Mütter, Familien mit Frühgeborenen, Mütter mit postpartaler Depression)

Förderung elterlichen feinfühliges Verhaltens und flankierende Hilfen

- Langzeit-Intervention (aufsuchend, Gruppensitzungen, Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch Video-Feedback: „Seeing is Believing“)

Evaluation

- Verbesserung feinfühliges Verhaltens bei Familien mit psychosozialen Belastungen; positive Veränderungen in der Bindung beim Kind nur in einer Studie; (Heinicke et al., 1998; 1999)



## Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten



### Child-Parent-Psychotherapy (CPP; Lieberman, Silverman & Pawl, 2000; Lieberman, 2004)

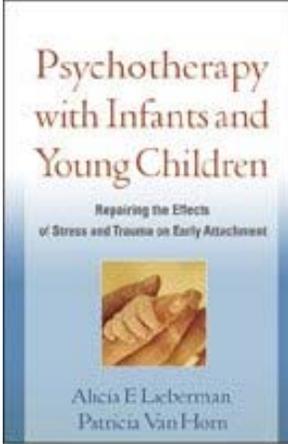
basierend auf Bindungstheorie und Selma Fraibergs Konzept der Säuglings-Eltern-Psychotherapie (transgenerationale Vermittlung elterlicher unbewusster beziehungsbezogener Gefühle von Furcht, Ärger)

Förderung elterlichen feinfühliges Verhaltens, (entwicklungs-) angemessenen Reaktion auf kindliche Bedürfnisse

- Exploration/Bearbeiten elterlicher Gefühle und Erfahrungen aus der eigenen Kindheit („ghosts in the nursery“) und Verknüpfung mit Fehlinterpretationen kindlicher Signale
- Langzeit-Intervention (aufsuchend)

Evaluation

- Verbesserung der Beziehungsqualität, Rückgang von psychiatrischen Symptomen bei Kindern und Müttern, positivere Sicht des Kindes bei Müttern von misshandelten Kindern, von unsicher gebundenen Kindern, bei Müttern mit Gewalterfahrungen, depressiven Müttern (Tosh et al., 2006; Cicchetti, Rogosch & Toth, 2006; Lieberman, van Horn & Gosh Ippen, 2005; Lieberman, Gosh Ippen & van Horn, 2006)



**trauma-fokussierter Arm der CPP**





### Interaction Guidance (Mc Donough, 1995)

Basierend auf transaktionalem Modell (mit familiensystemtheoretischen, ressourcenorientierten Prinzipien) Ursprünglich entwickelt für die Beratung und Therapie von schwer erreichbaren bzw. Therapie ablehnenden Familien)

Förderung elterlichen feinfühliges Verhaltens und Empathie; besondere Hervorhebung der Stärken und Ressourcen der Familien und einer partnerschaftlichen und wertschätzenden Zusammenarbeit

- Kurzzeit-Intervention (Video-Feedback, 8 bis 12 Termine, wöchentlich)

Evaluation

- Verbesserung der Beziehungsqualität, Abnahme von Schlaf- oder Fütterproblemen (Robert-Tissot, Cramer et al., 1996; Benoit, Madigan et al., 2001)



## Bindungsqualität: Diagnostik, Verlauf und Interventionsmöglichkeiten



### Münchener Modell interaktionszentrierter Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie (Papoušek, 2002; Papoušek et al., 2004)

basierend auf einer systemischen Sichtweise und der Sichtweise eines dynamischen und transaktionalen Entwicklungsprozesses; Grundlagenforschung von Mechthild und Hanūs Papoušek zur vorsprachlichen Eltern-Kind-Kommunikation, zu kindlichen Regulationsverhaltensverhaltensweisen sowie zum intuitiven Elternverhalten (Papoušek & Papoušek, 1987; 1990; M. Papoušek, 1994).

integrative und interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung (unterschiedliche Therapietechniken, wie verhaltensorientierte Beratungen, psychodynamisch orientierte Gespräche bis hin zu konkreten Entlastungen der Familie)

#### Evaluation

- differentielle Informationen zum entwicklungstypischen Auftreten spezifischer Symptome (N=701)
- Rückgang/Verschwinden der Symptome bei immerhin 2/3 der behandelten Säuglinge und Kleinkinder nach wenigen Terminen (von Hofacker, 1998; von Hofacker & Papoušek, 1998; Papoušek et al., 2004)



### Entwicklungspsychologische Beratung (EPB; Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen, 2004)

basierend auf Bindungstheorie, Entwicklungsmodell nach Als und Brazelton

Förderung elterlichen feinfühliges Verhaltens (Empathie, Perspektivenübernahme)

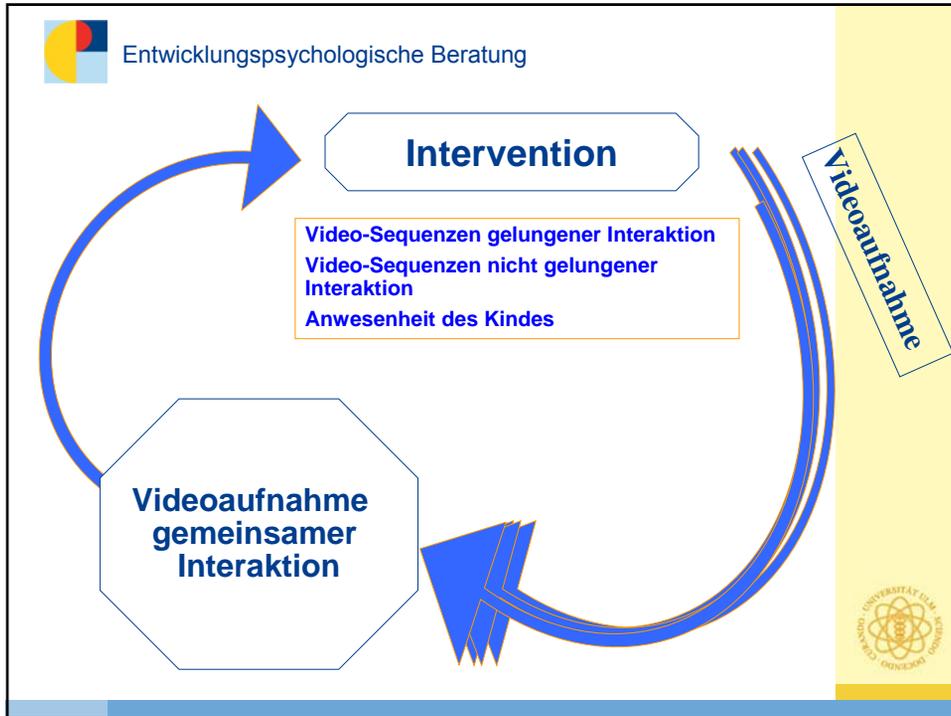
Vermittlung von Ausdrucks-, Belastungs- und Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern

- Kurzzeit-Intervention (aufsuchend, Video-Feedback („Sehen-Verstehen-Handeln“), ca. 6 -7 Termine)
- flexibel integrierbar in bestehende Hilfesysteme

#### Evaluation

- Verbesserung feinfühliges Verhaltens bei jugendlichen Müttern (verglichen mit jugendlichen Müttern in regulärer Jugendhilfe-Betreuung (TAU; Ziegenhain et al., 2004; Ziegenhain, 2008; derzeit: Evaluation „Guter Start ins Kinderleben“)





Hypothesen

Mütter mit entwicklungspsychologischer Intervention verhalten sich zunehmend und nachhaltig feinfühlig und unterscheiden sich von den Müttern der Kontrollgruppe

Primary endpoint: Feinfühligkeit Mutter

- differenziell im Verlauf der ersten drei Lebensmonate des Säuglings
- im Vergleich mit einer Gruppe von Müttern ohne Intervention (TAU)
- mittelfristiger Effekte drei (6. LM) Monate nach Beendigung der Intervention

Das Diagramm enthält das Logo der Universität Ulm in der unteren rechten Ecke.

 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

	Projekt I (n=30)	Projekt II (n=55)
Alter der Mütter	M=17,6 (14-21)	M=22 (15-37)
Migrations- hintergrund	----	23.0%
SES	83 % niedrige Schulbildung	80.4% <1.000 € 70.9% niedrige Schulbildung
Familienstand	93,3% alleinerz. 3,3% verheiratet 3,3% geschieden	76.4% alleinerz. 18.2% verheiratet 5.5% geschieden
Geschlecht der Kinder	17 Jungen 13 Mädchen	27 Jungen 27 Mädchen 1 N.N.



 Studiendesign Projekt I – quasi-experimentell

	Messzeit- punkt 1	Messzeit- punkt 2	Messzeit- punkt 3	Messzeit- punkt 4
	1.- 3. Lebens- monat	2.-4. Lebens- monat	3.-5. Lebens- monat	6. Lebens- monat
<b>IG</b>	Entwicklungspsychologische Beratung (EPB; 7 Termine)			Follow-Up
<b>KG</b>	treatment as usual			Follow-Up
<b>Instrumente</b>	<b>Feinfühlig- keit (Ainsworth)</b> soziodemo- graphischer FB ADS-L BSI AAI	<b>Feinfühlig- keit (Ainsworth)</b>	<b>Feinfühlig- keit (Ainsworth)</b>	<b>Feinfühlig- keit (Ainsworth)</b> ADS-L BSI soz. Unter- stützung





### Projekt I: Methoden - Einschlusskriterien

#### Kriterien A:

- jugendliche Mutter (< 21 Jahre)
- psychosoziale Risiken
- ambulante oder stationäre Jugendhilfebetreuung

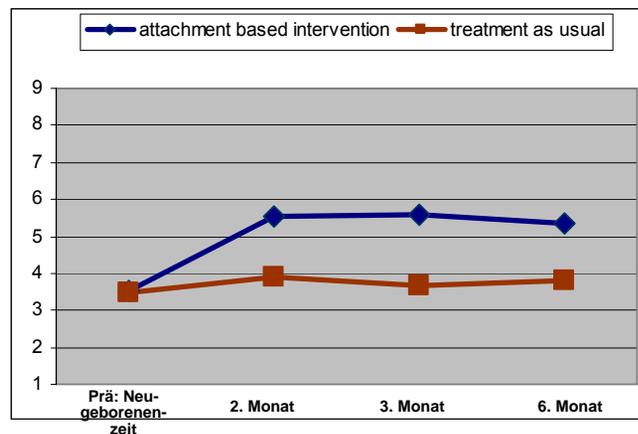
#### Kriterium B:

- Alter des Kindes: Neugeborenenzeit



### Feinfühliges Verhalten bei jugendlichen Müttern Intervention (Ziegenhain, Libal, Derksen, Dreisörner & Fegert, 2005)

+  
F  
E  
I  
N  
F  
Ü  
H  
L  
I  
G  
K  
E  
I  
T  
-



N = 30





Studiendesign Projekt II – quasi-experimentell („Guter Start ins Kinderleben“)

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Messzeitpunkt 3	Messzeitpunkt 4	Messzeitpunkt 5
	Neugeborenenzeit	2. Lebensmonat	3. Lebensmonat	6. Lebensmonat	12. Lebensmonat
<b>IG</b>	Entwicklungspsychologische Beratung (EPB; 7 Termine)			1. Follow-Up	2. Follow-Up
<b>KG</b>	treatment as usual			1. Follow-Up	2. Follow-Up
<b>Instrumente</b>	<b>CARE-Index</b> soziodemographischer FB ADS-L BSI EBSK Anhaltensbogen soz. Unterstützung	<b>CARE-Index</b>	<b>CARE-Index</b> ADS-L BSI soz. Unterstützung	<b>CARE-Index</b> ADS-L BSI soz. Unterstützung ET6-6 <b>AAI</b>	CARE-Index ADS-L BSI EBSK Anhaltensbogen soz. Unterstützung FST



Projekt II: Methoden - Einschlusskriterien

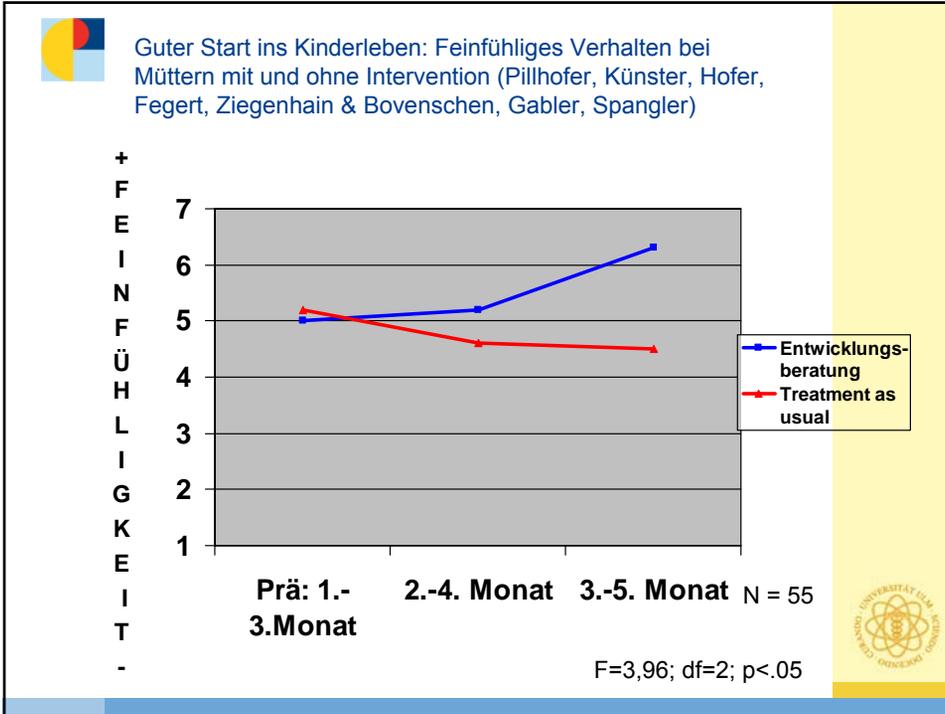
**Kriterien A:**

- jugendliche Mutter (< 21 Jahre)
- psychische Erkrankung der Mutter
- Migrationshintergrund der Mutter
- Entwicklungsrisiken beim Kind (Frühgeburtlichkeit, Behinderung)
- psychosoziale Risiken in der Familie

**Kriterium B:**

- Alter des Kindes < 3 Monate

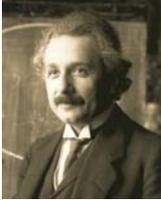






„Es gibt keine großen Entdeckungen  
und Fortschritte, solange es noch  
ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

Albert Einstein  
\* 1889 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /  
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5  
89075 Ulm

[www.uniklinik-ulm.de/kjpp](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp)



• [ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de](mailto:ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de)

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert



## Bindungsqualitäten bei Früh- und Neugeborenen



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

Vortrag vom 2.12.2010 in Winterthur, CH nur Folien ohne Bilder und Filme

- Teil 1: Wie **definieren** wir Bindung heute?
- Teil 2 : Wie **messen** wir Bindungsqualitäten?
- Teil 3 : Bindung bei **Früh- & Neugeborenen**
- **Teil 4: DC 0-3R** eine Dokumentations-Option
- **Teil 5:** Mögliche Konsequenzen im Alltag  
z.B: Der „adaptierte“ SST: Interpretation des Präsentier-  
symptom's als therapeutisch nutzbare Herausforderung

## Theoretische Modelle und die eigene klinische Erfahrung



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

Die Spezialisierung auf ein einziges Präsentier-  
symptom (z.B. ihr Spezialgebiet) verändert uns:

- Wir werden sicherer *und* unsicherer
- Meist werden wir skeptischer und kritischer
- Aber meist auch vertrauender *und* gelassener
- Für die Beurteilung einer individuellen Situation  
sind Studienergebnisse *an sich nicht hilfreich!*

## Bindung

gibt es überall und immer schon



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

- Bindung und “Hausverstand” als Symptom des jeweiligen state of the art/culture/time
- **Darwin** und seine Entwicklungstheorie
- **Sigmund Freud** und das Thema Bindung
  - Die Bedeutung der Hauptbezugspersonen
  - Die Wahl des analytischen Therapiesettings
- **John Bowlby**, Mary Ainsworth et al:
  - die “klassische” Bindungstheorie und der SST
- **Resilienz**forschung und Bindungstheorie

## Bindungskontext

↔ Explorationslust



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

**Adaptierung eines standardisierten Testverfahrens (SST) für Neugeborene?**

## Wie und Was messen wir beim Neugeborenen?



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

### Objektivierbare Methoden:

- **Beobachten**, Hören, Riechen, Angreifen
- **Messen, untersuchen**, taktile Eindrücke  
(z.B. mit standardisierten Entwicklungstests)
- **Abfragen** von Gedanken, Affekten und  
Assoziationen der beteiligten Erwachsenen  
(z.B. mit standardisierten Fragebögen, Skalen)
- **Einordnen, Relativierung, Benennung**
- **Reflexion, Evaluation, Überprüfung**

## Kindliche Bindungssignale



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- **Biometrie**: Gew, Länge
- **Apgarscore** beschreibt Gesamtzustand
- **Regulationstyp** des Neugeborenen
- **Reaktionstyp** des Neugeborenen
- **Klarheit** seiner Signalemission
- **Wirkung/Match** auf das verfügbare  
adulte Familien- und Bindungssystem

Eine Kategorisierung  
"elementarer" Zustände ist schwer



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

- Welche Gebärende ist per se "sicher"?
- Wie kann die kindliche Reaktion auf Stress sein, wenn die gesamte Situation (Geburt) Stress ist?
- Welche Kategorien könnten da besser passen?

Die bekannten Begriffe sind hier darum eher unangebracht

- sicher gebunden: B
- unsicher gebunden
  - unsicher vermeidend: A
  - unsicher ambivalent: C
  - chaotisch desorganisiert D

*Sicher-Unsicher*  
sind nicht sinnvolle Kategorien



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

- **Bindungstests** sind von den Erfindern der Bindungstheorie unter der Geburt und beim Früh- Neugeborenen **per se nicht** vorgesehen
- **Trennung** geschieht (im Gegensatz zum 12.-18. Monate alten Kind) hier nie unter "natürlichen" Bedingungen und hat unterschiedlichste und massive Auswirkungen auf den Prozess selbst

## Isabelle am 13.11.2010, 21.04 Uhr

Aus Frühchen: Forum für frühgeborene Babys



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

Die Problematik einer gestörten Bindung bei Frühchen ist ein "typisches", mit dem viele Eltern umgehen müssen. Eine sichere Mutter-Kind-Bindung ist ja sicher die Grundlage für eine gesunde Entwicklung.

Am Anfang, als mein Sohn noch auf der Intensivstation lag, hatte ich immer **Angst, dass ich keine Bindung** zu ihm aufbauen könnte. Auch weil ich **so große Angst davor hatte, ihn gleich wieder zu verlieren**, wollte ich mich vielleicht vor einem befürchteten großen Verlust schützen, und dachte, dass meine Bindung zu meinem Kind vielleicht **nicht stark genug** war.

Aber heute, ein Jahr später, geht es meinem Sohn wunderbar (28 +4 SSW nach Blasensprung 25 SSW). Ich denke **meine Bindung an ihn ist absolut**. Ich bin zwar manchmal etwas verunsichert, ob er auch so fest und sicher gebunden ist, wie alle sagen, dass es sein soll. Ich finde, die Frühgeburt war eine extreme Situation und habe kein schlechtes Gefühl dabei, auch jetzt noch Hilfe von außen anzunehmen, damit es uns eben weiter so gut geht, wie es uns heute wirklich geht. Melde dich wieder!

## Bindungssignale des gesunden Frühgeborenen



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- **Biometrie:** Gew, L, Apgar
- **Regulations- Reaktionstyp**
- **Klarheit** der Signalemissionen
- **Wirkung** auf das verfügbare Bindungssystem

ABER

- **Die Interpretation** der Bindungsdynamik wird viel mehr vom Bildungsstand und den Rückmeldungen des Umfelds beeinflusst
- **Haltung und Ideologie der Neonatologie** prägen das Entstehen der Bindung mit

## Klassifikation von Bindung



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- Muss adaptiv und situativ angepasst sein
- Sollte kulturell standardisiert sein
- Sollte auch für grössere und extrem kleine Frühgeborene standardisiert sein
- Die klassischen Kategorien versagen hier
- DC 0-3R ist eine zumindest von 0-3 (ab termingerechtem Neugeborenenalter gute Option)
- Für Frühgeborene gibt es noch kein spezifisches Bindungsinstrument

## Das DC 0-3R: Klassifikationsoptionen Achse I



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- **100: Posttraumatische Stresstörung**
- 150: Bindungsstörung bei Deprivation
- **200: Affektstörungen**, emotionale Störungen
- 210: Verlängerte Trauerreaktion
- **220: Angststörungen**
  - 221: Trennungsangst
  - 222: Spezifische Phobie
  - 223: Soziale Ängststörung
  - 224: Generalisierte Angstst.
  - 225: Angststörung nnb

## Fortsetzung Achse I DC0-3R



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- 240: gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks
- 300: **Anpassungsstörung**
- 400: **Regulationsstörung**  
der sensitiven Integration
- 410: Regulationsstörung hypersensitiv
- 411: Typ A: ängstlich-überevorsichtig
- 412: Typ B: negativ-trotzig
- 420: Regulationsstörung hyposensitiv-unterreaktiv
- 430: Regulationsstörung stimulationssuchend, impulsiv

## Fortsetzung II, Achse I DC 0-3R



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- 500: **Schlafstörung**, 510/520: Ein-, / Durchschlafstörung
- 600: **Essverhaltensstörung**
- 601: bei prim. Bindungsproblematik
- 602: mit Interaktionsproblemen
- 603: Individuationsstörung, Infantile AN
- 604: Sensorisch-aversiv EssVSt
- 605: Post medical episode EssVSt
- 606: bei Gastroösoph. Problemen, Sondendependenz
- 700: Tiefgreifende Entwicklungsstörung, MSDD, PDD
- 800: sonstige Störungen nach ICD 10 ODER DSM-IV

## Achse II: qualitative Beziehungs-Interaktionsdiagnose



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

- (901) Überregulierte interaktive Qualität in der EKB
- (902) Unterreguliert " "
- (903) Ängstlich- gespannt " "
- (904) Feindselig-negativ " "
- (905) Komplex gestört " "
- (906) Übergriffig-missbrauchend  
A: verbal, B: körperlich, C: sexuell

## PIR GAS: Schweregradskala



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer  
Medizinische Universität Graz

PIR: Parent Infant Relationship	GAS: Global Assessment Scale
---------------------------------	------------------------------

<ul style="list-style-type: none"><li>• 100: Gut adaptiert</li><li>• 90: Adaptiert</li><li>• 80: Etwas unausgewogen</li><li>• 70: Unausgewogen</li><li>• 60: Gestresst</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 50: Dysfunktional</li><li>• 40: Gestört</li><li>• 30: Schwer gestört</li><li>• 20: Akut gefährdend</li><li>• 10: Missbrauchend</li></ul>
--	--

Gemessen und beurteilt werden dabei immer

- **Bei Eltern:** Affekt, Wärme, Empathie, Angemessenheit
- **Beim Kind:** Affektmodulation, Explorationsverhalten, soziale und emotionale Kompetenzen, Intelligenzentwicklung

## Wie werden Unterschiede wahrgenommen?



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

### Hierarchie der persönlichen und unvermeidbaren Wahrnehmung:

1. **Gender-aspekt** (Männer und Frauen nehmen klar  
Definiertes an sich unterschiedlich wahr)
2. **Generationsaspekt** (von welcher Altersphase aus  
wird etwas wahrgenommen und beurteilt?)
3. **Soziale Schicht, Bildungsniveau** (fast  
unüberbrückbar, wird selten reflektiert)
4. **Kulturelle Faktoren** (deren Bedeutung muss bekannt  
sein, wird aber eher oft überinterpretiert)

## Und was vernachlässigen wir?



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

1. **Die Kind-Kind Interaktion** und ihre Bedeutung  
für die frühkindliche Bindungsentwicklung
2. Die Bedeutung der **Geschwisterreihe**
3. Bedeutung **früherer Bindungsverluste**
4. Wichtige **Nebenbindungspersonen**, z.B.  
Nannys, Grosseltern, Tagesmütter, Babysitter

## Results aus der Resilienzforschung



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- “Resiliare”: zur Ruhe kehren, emotionale Widerstandsfähigkeit, Coping
- Individuelle Fähigkeit mit Stress und intrazerebrale Reperaturfähigkeit sind weitgehend unvorhersehbar
- Impact unterschiedlicher Ressourcensysteme!
- “Zeit heilt alle Wunden”-Ansatz passt für Manche!
- Wenn aber Symptome oder Leidensdruck besteht ist eine aktive Therapie → Psychodynamische Reperatur für PTSD und als Prävention sinnvoll!

## Fazit: More is better!



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

- **Petra Hampel**, Petermann et al 2007:  
Signifikante IQ Minderung im Alter v 5-6 Jahren bei ehem FG, Bremen-Düsseldorf
- **Karl Heinz Brisch** et al, seit 2000  
Ulmer Modell Safe: Interventionsstudie mit Feinfühligkeitstraining
- **Heidi Als**, USA ab 1975, Boston:  
Multiintervention senkt Hirnblutungsrate
- **Maria Markovitsch**, ab 1990:  
Sanfte FG Pflege, Wien

**Ich bedanke mich für  
Ihre Aufmerksamkeit!**



Univ. Prof. Dr. Dunitz-Scheer

Medizinische Universität Graz

**Zusammenfassung:**

Unabhängig von jeder aktuell herrschenden Entwicklungs- und Bindungstheorie beginnt Beobachtung, Diagnostik, Förderung und der Umgang mit gesunden und kranken Neugeborenen und ihren Familien, wie auch extrem unreifen und schwer kranken Frühgeborenen und ihren Familien schon in der allerersten Begegnungssituation.

Diese ist ein nutzbares Potential und kann unmittelbar auf den Bindungsaufbau einwirken! Hoffentlich im positiven Sinne!

C:\Documents and Settings\bpierreh\Mes documents\BPH\Congres\Congres 2009-2010\Winterthur 2010

Winterthur\_2010\_Pierrehumbert\_v\_15\_11\_10.ppt

timing: 45 mn

Blaise Pierrehumbert  
SUPEA  
Unité de recherche  
25A, Rue du Bugnon  
CH - 1005 Lausanne (Switzerland)  
e-mail : [blaise.pierrehumbert@chuv.ch](mailto:blaise.pierrehumbert@chuv.ch)  
Tph: 0041 (0)21 314 74 84  
Fax: 021 314 74 81  
web : <http://sites.google.com/site/bpierreh/>

Sozialpädiatrisches Zentrum spz, Winterthur (Dr.med. K. Albermann); Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Univ. Zurich (Prof. Dr. S. Walitza); Attachment Conference, Winterthur, dec. 2, 2010.

1

# Attachment, trauma, and response to stress

Blaise Pierrehumbert



Service Universitaire de Psychiatrie  
de l'Enfant et de l'Adolescent,  
Lausanne

Swiss National Science Foundation (SNF N° 3200B0-100676/1; Oncosuisse (KLS N° 01705-04-2005); Fondation FORCE pour la Recherche sur le Cancer de l'Enfant (Lausanne); Association "Faire le Pas" (Lausanne)

1

## Attachment, stress and trauma

Attachment refers to a capacity to regulate emotions in stressful circumstances through voluntary, and selective social engagement behaviors.



Mary Cassatt, 1900

Is such a capacity affected by early experiences such as trauma ?

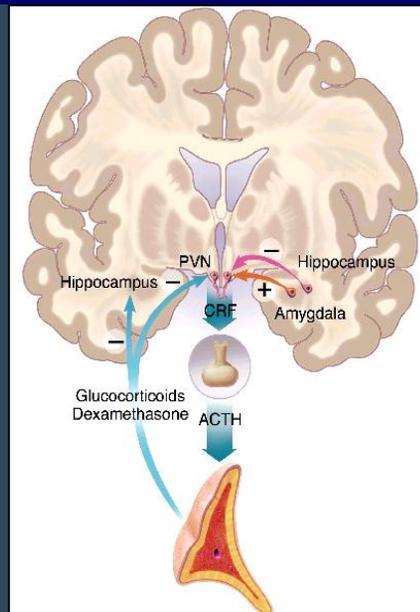
What are the biological correlates of social engagement behaviors and of stress regulation, namely in persons with past trauma ?

3

## « Measuring » stress

The "HPA"  
(hypothalamic-  
pituitary-  
adrenocortical)  
axis of response  
to stress

Cortisol in body  
fluids as an  
indicator of HPA  
activity



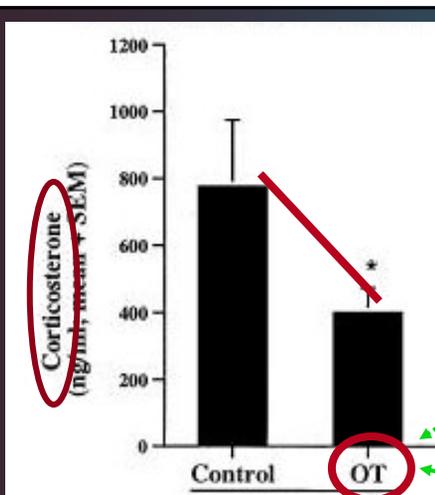
## The biological bases of social engagement behaviors

The role of oxytocin (OT) hormone (= «quick birth»):



Neuropeptid secreted centrally (**hypothalamus**), and peripherally in mammals, essentially during reproductive-related events ; light sedative effect

5



A dynamic interaction between social engagement and stress (i.e. between oxytocin and cortisol)



Sue Carter (1998): infusion of OT **OR** physical intimacy with an individual of opposite gender (in monogamous voles): inhibates HPA (lowers corticosterone)

6

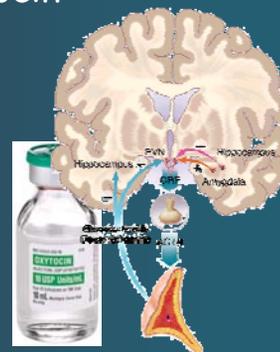
Heinrichs et al. (2003): in humans, OT (nasal sniff plus social support) protects against stress (reduces HPA activation under stress in the TSST, i.e. lowers saliva cortisol)

Similar result with breastfeeding (Heinrichs et al., 2001)



7  
7

=> Social intimacy helps to regulate the stress system, in part through oxytocin



«Attachment hormone»,  
«love hormone»...  
... and «stress hormone» ?

8

Paradoxically,  
 oxytocin, a  
 pro-social,  
 relaxing,  
 stress-  
 reducing  
 hormon,  
 is not only  
 secreted in  
 intimacy:  
 seems  
 also secreted  
 during stress  
 exposure

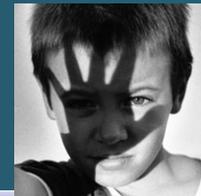


9

### Lausanne studies: participants (adults)

#### Two models of child trauma

	n	m/f
• Controls (no trauma)	28	12/16
• Child trauma: abused	23	0/23
• .. .. cancer	23	11/12
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>23/51</b>
<b>Age: mean 29.5 y (s.d. 7.8); SES: middle-upper</b>		



10

## Instruments

### The Adult Attachment Interview (Main et al., 1985)



Mary Main



11

### Four categories of AAI autobiographical narratives

Free-  
autonomous

Balance  
between  
activation and  
deactivation  
of emotions

Free access to  
memories and  
emotions

Dismissing

Deactivation

Derogation or  
idealization of  
relationships with  
caregivers, poor  
memories

Enmeshed-  
preoccupied

Hyper-  
activation

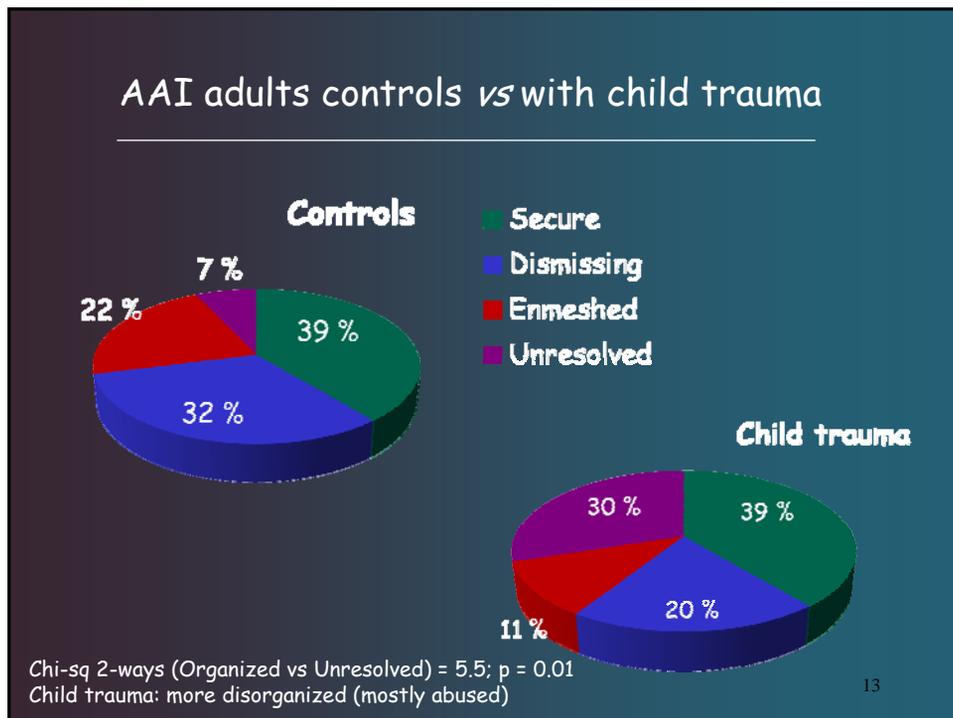
Preoccupied by  
relationships with  
caregivers,  
resentment

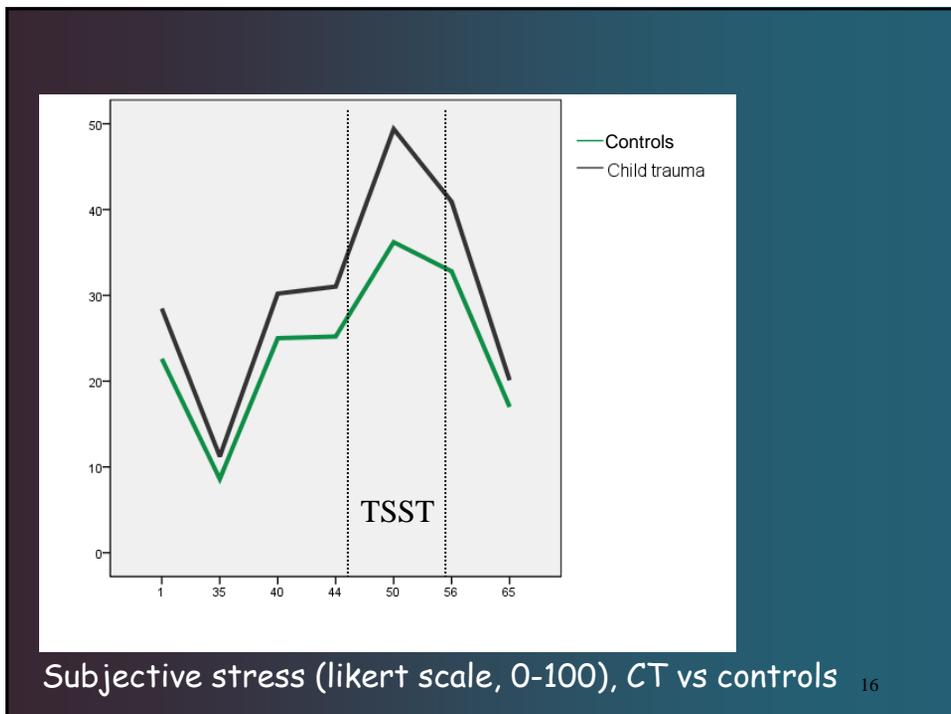
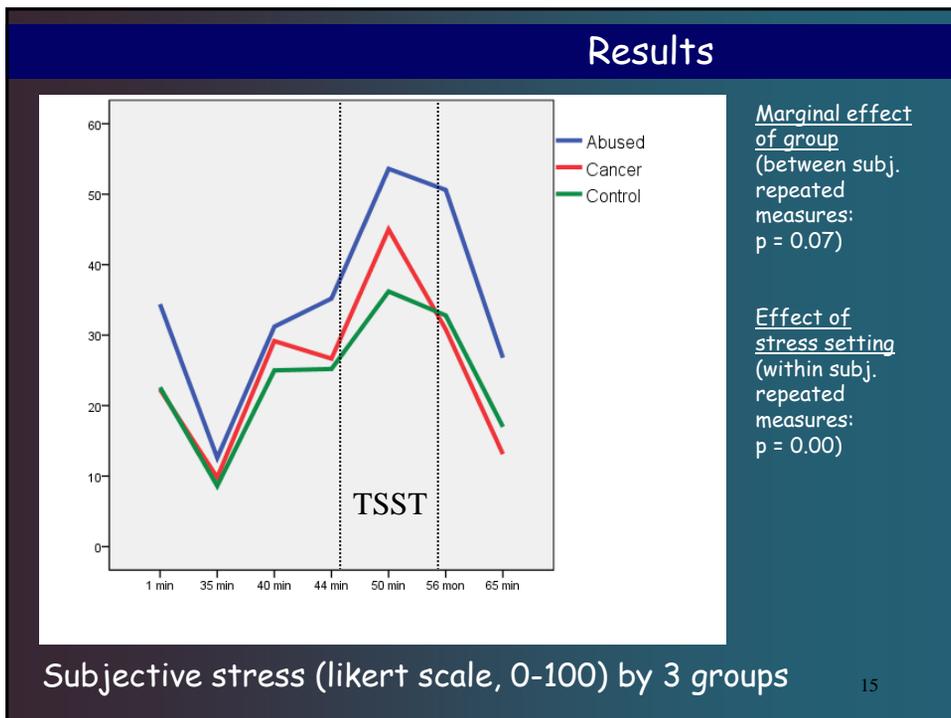
Unresolved-  
disorganized

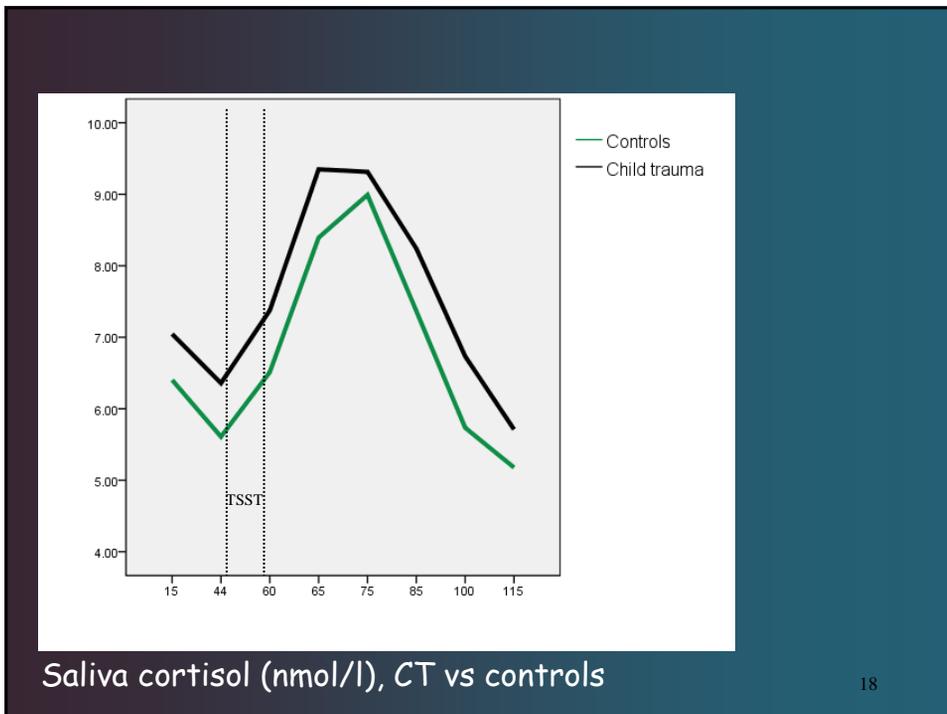
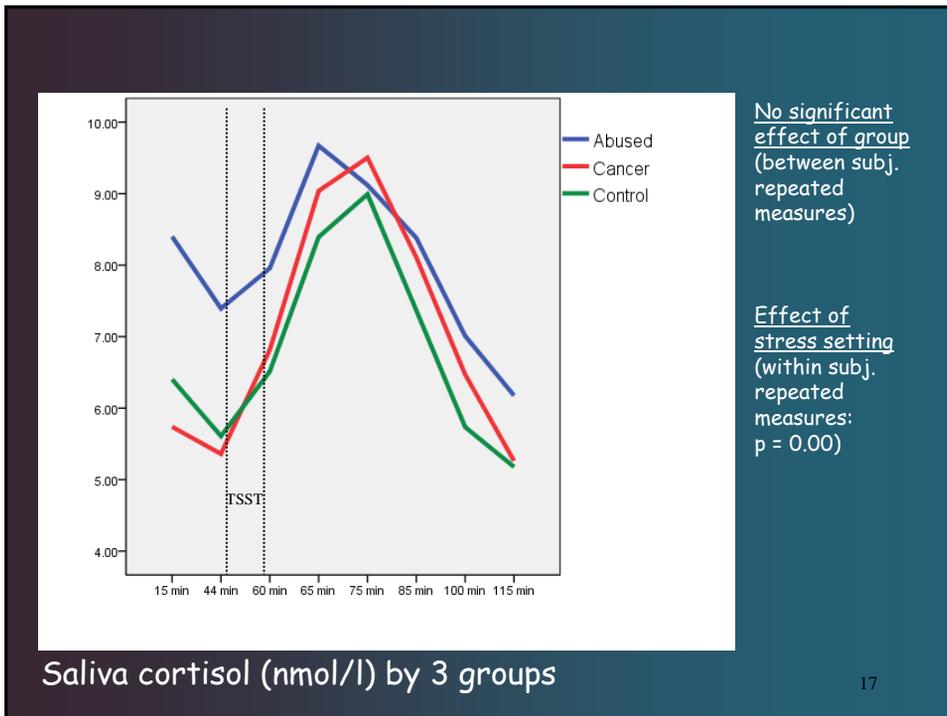
Loss of  
control

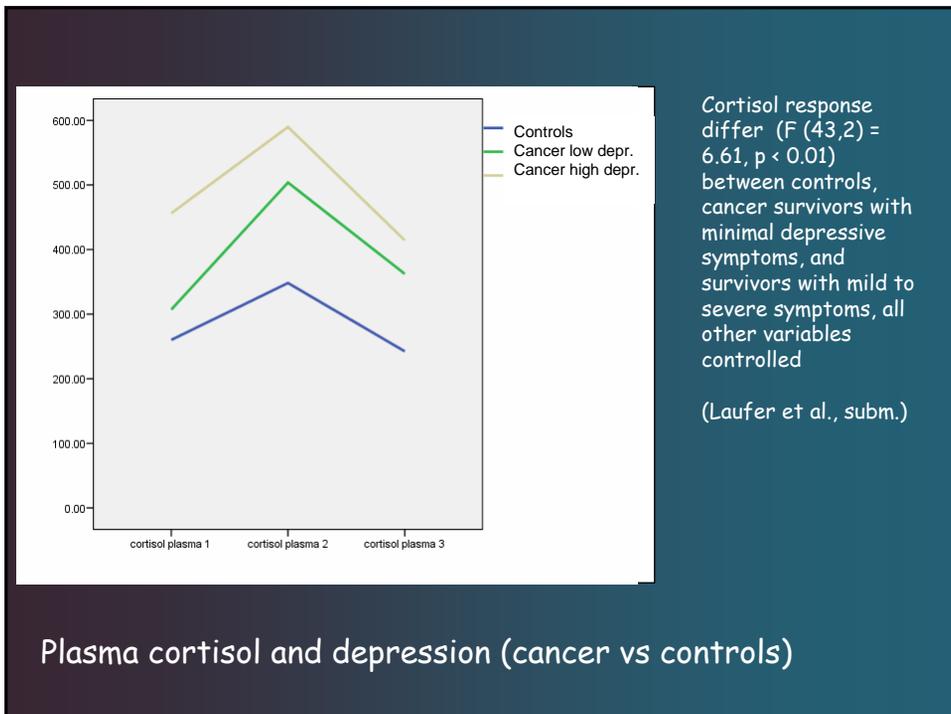
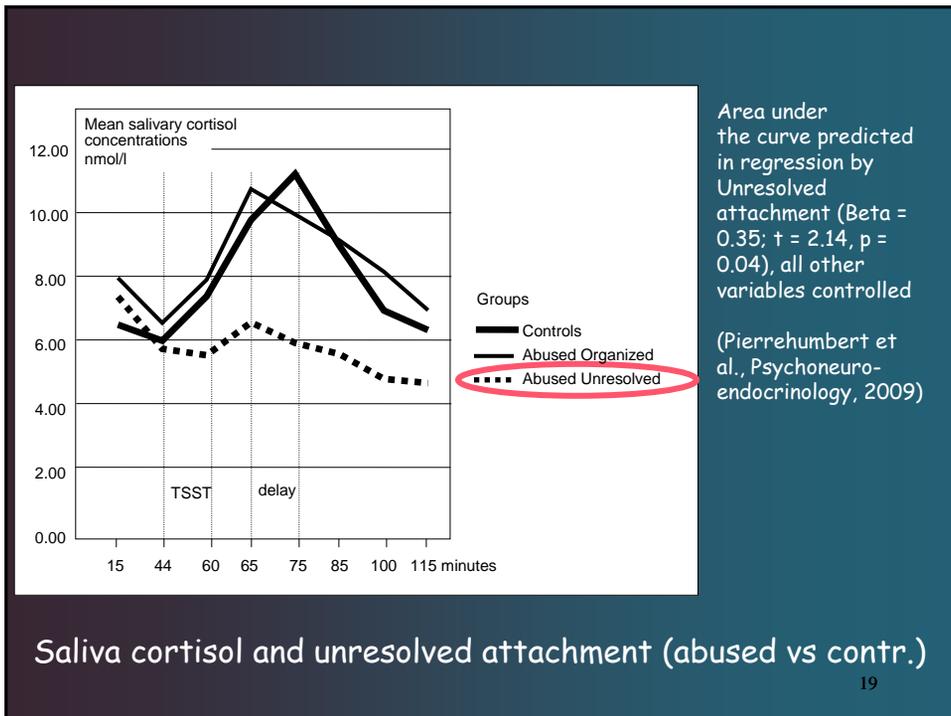
Non-resolved loss  
or trauma,  
disorganized  
discourse

12



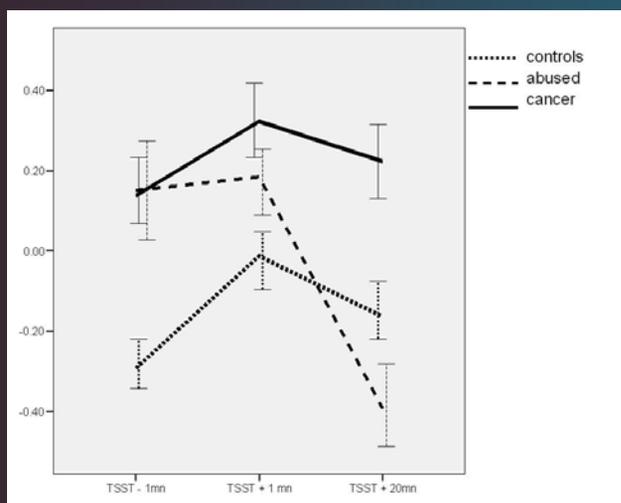






## HPA (cortisol) response in adults with child trauma :

- Accentuated responses in patients with depression (Heim et al., 2000): sensitization of the stress system
- Suppressed responses in patients with PTSD (Yehuda, 1997): de-sensitization of the stress system



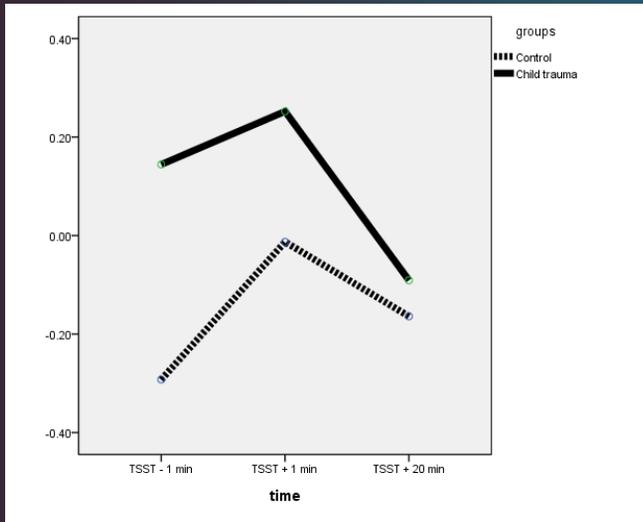
Sign. effect of child cancer ( $t = 2.02$ ,  $p = 0.04$ ) in regression predicting mean OT, all other variables controlled

Effect of stress setting (within subj. repeated measures:  $p=0.03$ )

Pierrehumbert et al.  
*Neuroscience (2010)*

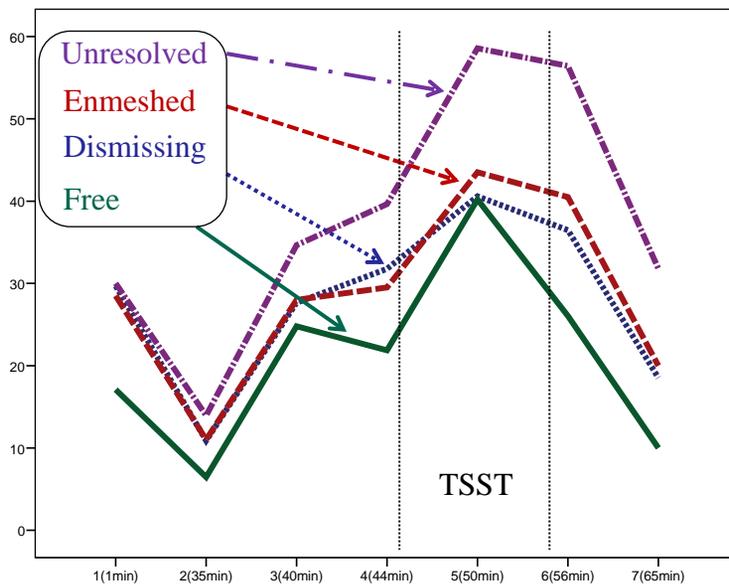
Plasma Oxytocin (residual z scores)

22



OT (residual z scores), controls vs child trauma

23

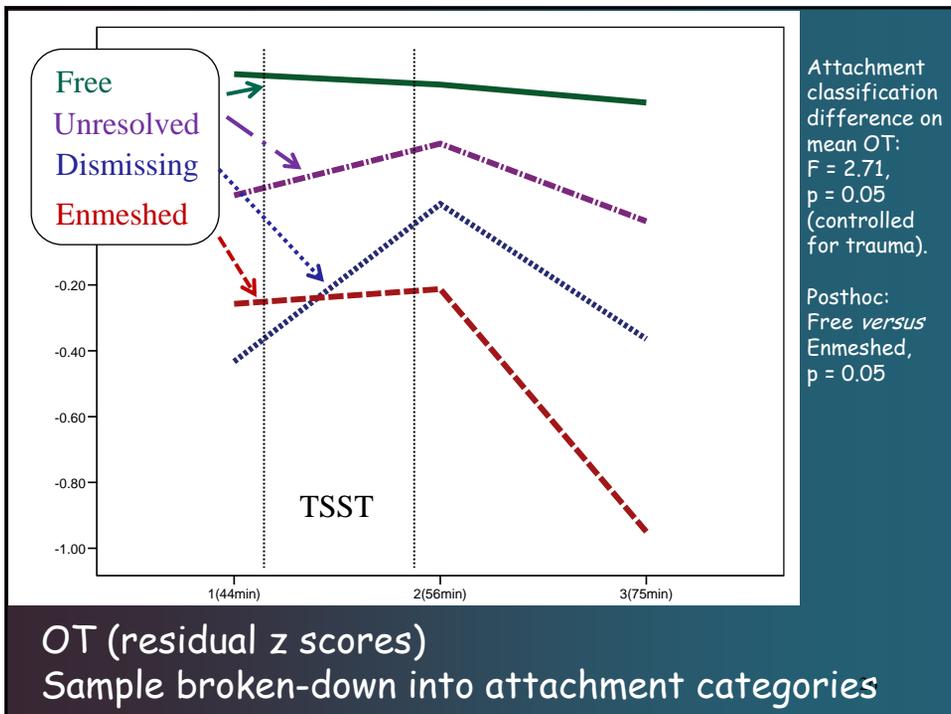
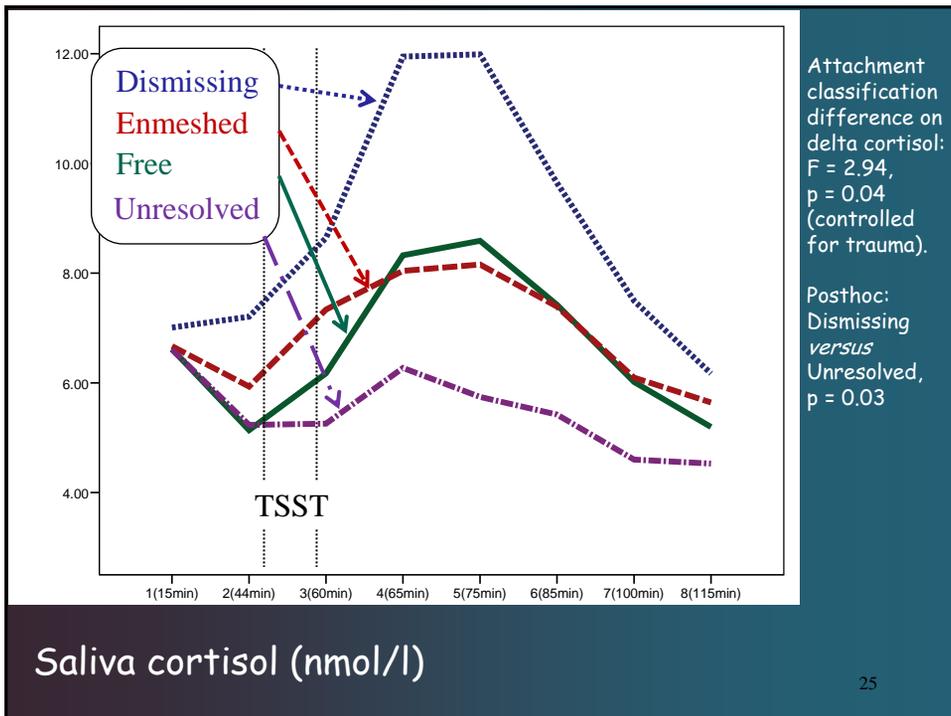


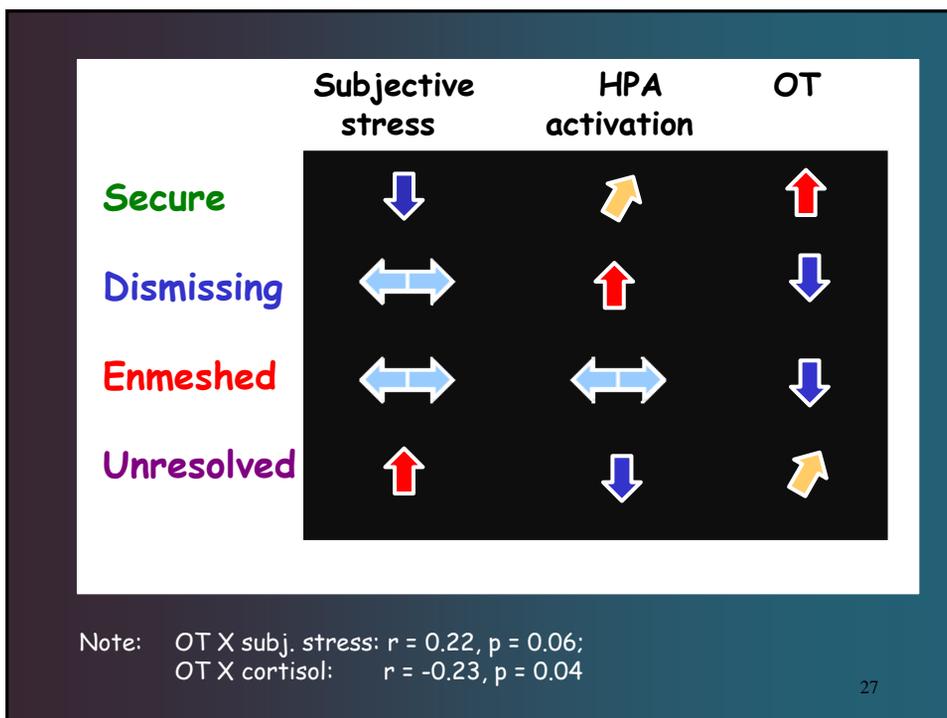
Attachment classification difference on mean subjective stress:  
 $F = 3.01$ ,  
 $p = 0.04$   
 (controlled for trauma).

Posthoc:  
 Free versus Unresolved,  
 $p = 0.01$

Subjective stress in the TSST and AAI categories

24





- Secure  
 Coherent with notion of OT as regulating the stress system (e.g. Carter, 1998; Heinrichs et al., 2003; Ditzen et al., 2009). In secures, actual social engagement seems not necessary to elevate OT under stress (internalized)
  - Dismissing  
 Converge with results in the SSP: increased HPA activation (Spangler and Grossman, 1993). Avoidance and apparent emotional aloofness as an attempt to refrain the attachment system (and not an absence of stress)
  - Enmeshed  
 OT not directly associated with activation of the attachment system (enmeshment expresses a maximization of mental focus on attachment related emotions and cognitions). OT seems to be associated with the effectiveness of the attachment system, not with its activation
  - Unresolved  
 Congruent with patients with PTSD (Yehuda, 1997): suppressed adaptive HPA responses under psychological stress
- 28

## Discussion

(1) Exposure to trauma in childhood alters the HPA stress response system; interaction with the subject's mental state

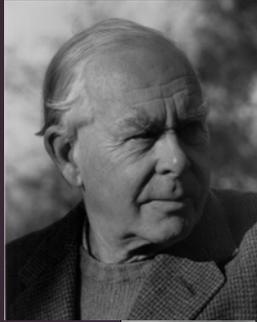


29

(2) Plasma OT increases under stress  
(evidenced in the TSST when including subjects with child trauma; not evidenced in other reports with non clinical subjects)

(3) OT as part of the stress response system; a protective function (downregulation of HPA system) ?

30



John  
Bowlby



(4) According to attachment theory:  
Social engagement helps to regulate stress in secure individuals.

In adulthood, even while others not actually present, secure individuals under stress activate endocrine regulation mechanisms, normally associated with social engagement (i.e. OT).

31

(5) Suppressive effect of disorganisation on HPA response (higher than the effect of PTSD, in subjects with child trauma)

---

Numerous limitations (e.g. plasma, not central OT; problems with interassay variability; no real OT baseline; lack control gender x trauma; lack control attachment x trauma; etc)

32



A. Borghini, R. Torrasi, B. Pierrehumbert, D. Laufer

SNF N° 3200BO-100676. Olivier Halfon, Olivier Chouchena, Markus Heinrichs, Giusi Daniele, Nathalie Glatz, Raffaella Torrasi, Nevena Dimitrova, Blaise Pierrehumbert  
KLS - 01705-04-2005; Fondation FORCE. F.Ansermet, Raffaella Torrasi, Maja Beck-Popovic, Olivier Halfon, Dominique Laufer, Blaise Pierrehumbert  
SNF N° 3013-125421. Ayala Borghini, Martin Preisig, Jean-François Tolsa, Jardena Puder, Raffaella Torrasi, Dominique Laufer, Blaise Pierrehumbert

33



## The Child Attachment Interview: Current Status and Future Developments



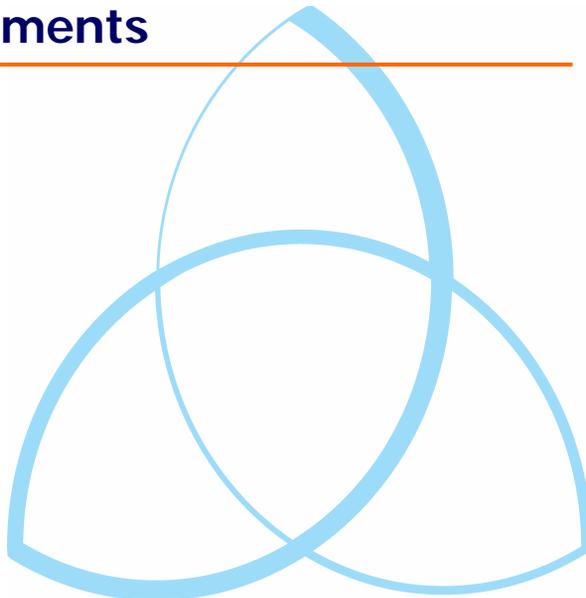
Yael Shmueli-Goetz PhD

Anna Freud  Centre

Caring  
for young  
minds

## Acknowledgments

- Mary Target,
- Peter Fonagy,
- Adrian Datta,
- Karin Ensink,
- Pasco Fearon



Anna Freud  Centre

Caring  
for young  
minds

## Outline

---

- The importance of attachment
- The measurement gap as the context for developing the Child Attachment Interview (CAI)
- Summary of developmental considerations
- The CAI and related psychometric properties
- The wider application of the CAI, some example
- Behavioural genetics of attachment in adolescence - the TEDS study

## Core Functions of Attachment

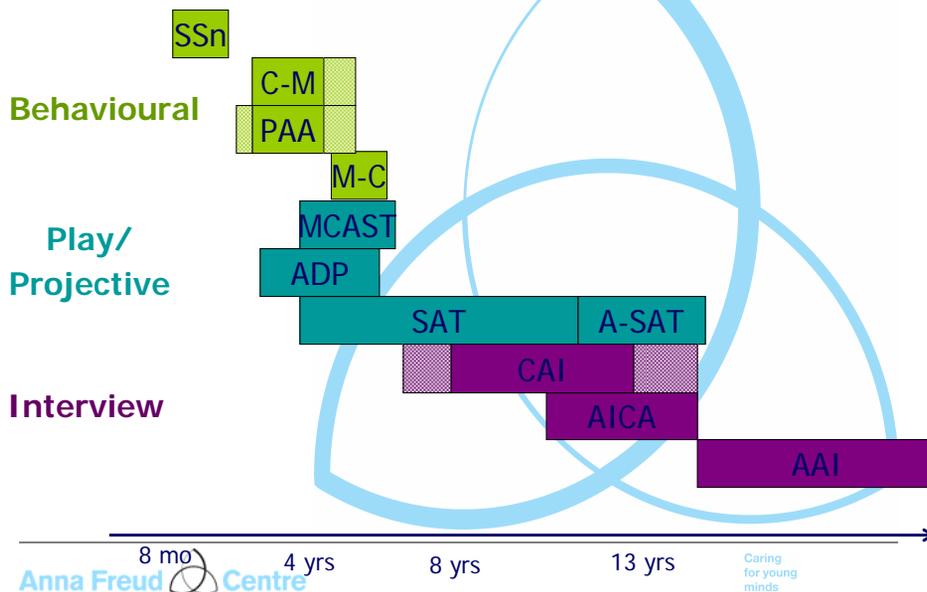
---

- Physical survival
- Emotional survival
  - Regulation of affect, being able to tolerate different feelings, frustration etc
  - Sense of self develops, based on expectations of how treated by others, feeling loved, interesting etc
- Developing social cognition
  - Regulation of physiological arousal
  - Regulation of attention
  - Foundations for developing capacity to mentalise

## Early Attachment and Later Development

- Attachment security/insecurity a significant factor in later adaptation
- We know that early Insecure attachment constitutes a risk factor, linked to maladaptation;
  - Poor social competence and peer relationships
  - Increased anti-social behaviour, aggression, hostility
  - lower ego resilience
  - Psychopathology, e.g., depression, anxiety (Ogawa et al, 1997; Sroufe et al, 2005; Stams et al 2002)
- Would similar findings emerge when attachment is assessed contemporaneously in middle childhood?

## Attachment Measures



## Context: The Measurement Gap

---

- How can we overcome the 'measurement roadblock' (Greenberg, 1999) in middle childhood?
- Study language (representation) or Behaviour?

“The reunion system for 6-year-olds underemphasizes aspects of the child’s security of exploration or organisation of emotions and behaviours in situations that challenge his or her adaptation. This fact would make the ecological validation of these patterns in the child’s day-to-day behaviour more difficult”... “Assessments of attachment quality beyond infancy should include security of *mental exploration*, which is evaluated predominantly through narrative” (Grossmann 1999; emphasis added)

- Through direct questioning, observation, projective or play methods? SAT, doll-play, drawing assessments have promise but need further work on reliability and validity

## What Would We Find?

---

- Focus on attachment related narratives, on representations of relationships
- Can children of 8-12 reveal their attachment strategies in a direct interview about their parents?
- How do patterns of attachment manifest in this age range?
- Will there be a singular IWM of attachment relationships?

## Why Sparse Responses?

---

- **Is there is a rise in dismissing strategy in latency and adolescence?**
  - AAI used with preadolescents tends to yield brief replies and schematic memories (Ammaniti et al, 2000)
- **Is it situational anxiety?**
- **Could the demand for earlier memories also be a problem?**
- **Or do children need "scaffolding" to enhance their narrative capacity? (Vygotsky 1978)**

## What Can Children Remember?

---

- **Children are poor at organising memories by time sequence before 10 years. More likely to organise by location**
- **Often very concrete, take questions literally (Nelson, 1993)**
- **Danger of mistaking developmental limitations of autobiographical narrative in children (Nelson & Fivush, 2000) for avoidant or disorganised attachment**

## Emphasis on Current Appraisal

---

- Ten year olds' representations of their parents as supportive and emotionally available more influenced by recent experiences than by early attachment patterns (Scheuerer-Englisch, 1989)
- Even when preadolescent are asked about relationships in early childhood, they often give recent memories (Ammaniti et al, 2000; Black, Jaeger et al, 2000)
- "security from infancy through adulthood derives from *current* appraisals of the attachment figure's availability. This places an emphasis on the need to assess security in the context of current attachment relationships ... attachment security results from a dynamic transaction between internal working models and the quality of current attachment relationships." (Kobak, 1999)

## Developmentally Appropriate Interviewer Stance

---

- Scaffolding of episodic memory
- Encouragement of a child-centred (egocentric) representation of the self and relationship episodes
- Focus on eliciting emotional processing
- Interviewer actively engaged in the child's representational world

## The Child Attachment Interview

---

- The CAI assesses the child's capacity to regulate emotions and attention when recounting attachment-related episodes
- 18 questions, some adapted from AAI, elicit representations of the self and attachment figures
- 3 adjectives to describe the self followed by 3 for mother and father; each adjective probed for specific recent memories
- Focus on times of conflict, hurt, separations, loss,
- Interview lasts 25-50 minutes (mean=35 minutes)

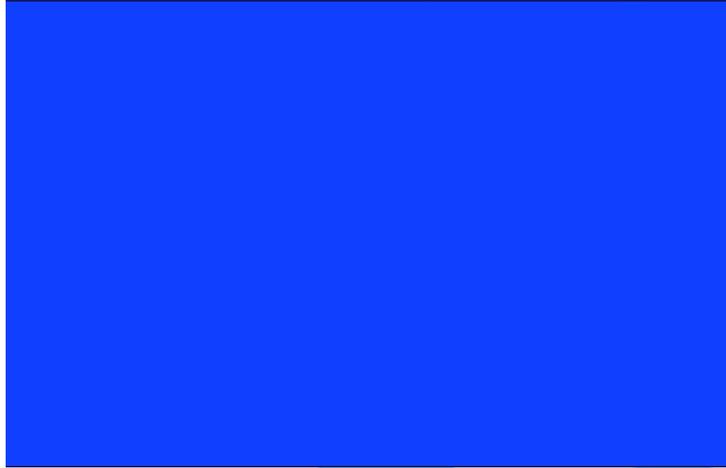
## CAI Excerpt: Relationships with Mother in 3 Words and Conflict

---



## CAI Excerpt: Relationships with Mother in 3 Words and Conflict

---



## CAI Dimensions/Scales

---

- Involving Anger
- Idealisation
- Dismissal of Attachment
- Emotional Openness
- Balance of Positive/Negative
- Resolution of Conflicts
- Use of Examples
- Reflective Function
- Disorganisation
- Coherence

## CAI Coding System

---

- Videotaped verbal and non verbal communication
- Strategy with respect to each attachment relationship coded separately on certain scales
- Qualitative study of types of insecurity and of mentalization (reflective function)
- Coding of disorganisation

## Does the CAI Measure Attachment?

---

- Is it activating the attachment system?
- Is it a reliable and valid measure of attachment strategies?

## Secure

---

- **Psychological self often in balanced terms.**
- **Relationship with parents**
  - Objective, balanced
  - If solely positive, supported by specific & relevant examples
  - Little anger, idealisation or dismissal
  - Conflicts are generally resolved
  - Coherent and often reflective

## Dismissing

---

- **Physical or absent descriptions of self**
- **Relationship with parents**
  - idealised (deny difficulties) or forgotten, normalised
  - No or few examples given. No memories of separation, times of hurt or conflicts
  - Attachment experiences dismissed or minimised, pushed away, emphasis on self reliance
  - Emphasis on activities and material 'things' rather than focus on relationships

## Preoccupied

- **Range of self adjectives, can be slightly self serving** ("clever", "good at maths" etc)
- **Relationship with parents**
  - Long, confusing or over-detailed, partly irrelevant narratives
  - Often attempts to 'involve' interviewer and enlist sympathy and understanding ("can you believe she does that?")
  - Affect muddled, angry or depressed, e.g., confusion between self and attachment figures
  - Long, multiple stories of neglect, things going wrong, parents unable to cope, many examples brought forth to support view of parents as 'useless'

## Disorganised/Controlling/Atypical

- **Levels of disorganisation; representational & Behavioural**
  - contradictory factual descriptions
  - invasions of magical thinking into explanation
  - affect becomes dysregulated, e.g. sudden giggling or fearful expression
  - dissociative experiences
  - bizarre associations
  - Taking control either punitive or caregiving

## Psychometric Properties\*

- High inter-rater reliability for naïve and non naïve
- High stability of attachment classifications over 1 year (69% to 85%)
- Good discriminant validity, attachment classifications independent of IQ, SES, gender, expressive language and age
- Good convergent validity with the SAT
- High predictive validity with mothers' AAI and childrens' MCAST, clinical status
- High concordance between attachment to mother and father (92%)

\*Shmueli-Goetz et al, 2008

Caring  
for young  
minds

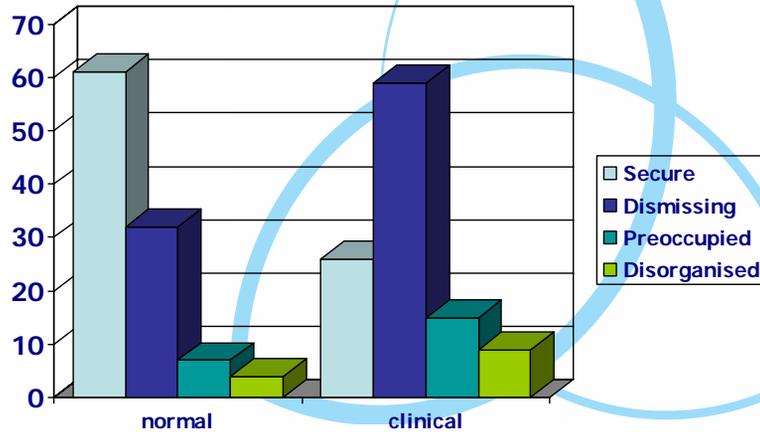
## The AFC Standardisation Sample

- 288 valid CAIs of which 141 children referred for mental health assessments matched with children from local schools
- 61% boys
- Mean age 9.1 (s.d. 1.7), range 7-12
- IQ mean 101 (s.d. 19)
- SES: 52% manual workers
- Ethnicity: 13% non-white

Anna Freud  Centre

Caring  
for young  
minds

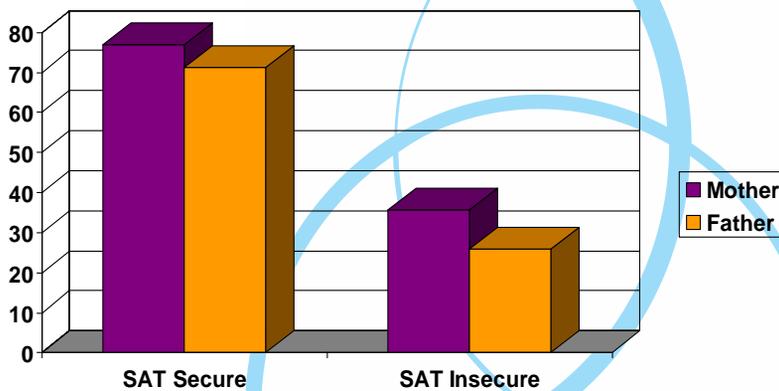
## Distribution of Attachment Classifications Mother and Father Combined



Anna Freud Centre

Caring for young minds

## Concurrent Validity: SAT and CAI



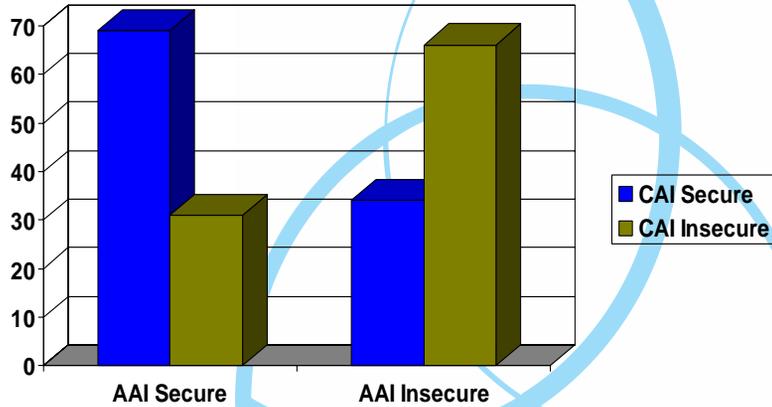
SAT vs CAI:  
 64% agreement

Mother: Kappa=.40;  $p < .001$ ,  
 Father: Kappa =.44;  $p < .001$ .

Anna Freud Centre

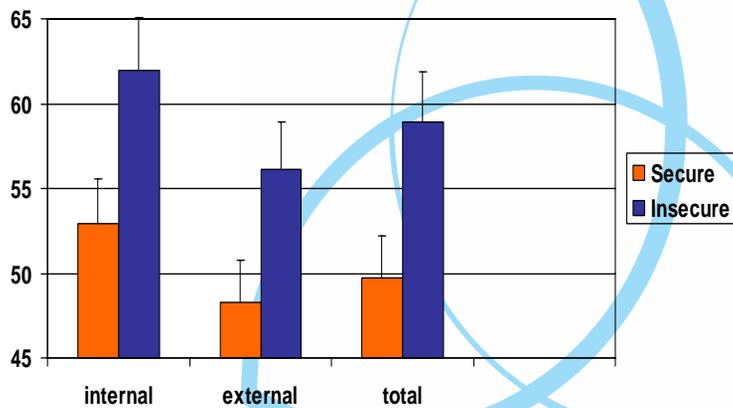
Caring for young minds

## Predictive Validity: AAI and CAI



68% agreement across 88 cases, Kappa = .26,  $p < .01$

## Mean CBCL Scores and Attachment Status on the CAI



$t(114) = -4.0, p < .001$

$t(114) = -3.4, p < .001$

$t(114) = -3.6, p < .001$

## Where now?

---

- What about attachment in diverse populations such as high risk, migrants, cross cultural validation?
- Can the CAI as a narrative provide the basis for assessing mentalisation operationalised as RF?
- Can the CAI be reliably and validly used with adolescents?
- Can the CAI further elucidate the role of the nonshared environment in shaping attachment?
- What about using it as a measure of change in treatment outcome and in examining the process and outcome of adoption?

## The Quebec Sexual Abuse Study

---

- Karin Ensink et al (in press)
- Study of mentalization in middle childhood operationalised as reflective functioning (RF)
- Used the CAI to elicit attachment-related narratives
- 94 mother-child dyads of which 46 dyads with sexual abuse (22 intrafamilial, 24 extrafamilial). Matched comparison group
- At first assessment measured maternal RF using the PDI when children were between 3.5 to 6 years old
- At second assessment measured child RF using the CAI when children were between 8 and 12 years old

## The Quebec Sexual Abuse Study

- Summary of findings;
  - Child RF significantly lower in sexual abuse sample than in comparison group and lowest in children with intrafamilial abuse
  - Maternal RF significantly lower in sexual abuse sample
  - Child age, maternal RF, and sexual abuse status all significant factors in predicting child RF
  - In sum, found clear association between child RF and child sexual abuse even when controlling for child age and maternal RF

## Why Study the Behavioural Genetics of Attachment? Why Adolescence?

- Research looking at aspects of socio-emotional development (with the exception of depression) does show some heritability (Rowe, 1983).
- However, for attachment security in early childhood, 50% of variance accounted for by shared environment and 50% by nonshared environment. No genetic influence hence no heritability (Fearon et al, 2006)
- Would the same over the course of development? In adolescence?
- Why important? Sharp increase in depression and anti social behaviour, delinquency, teenage pregnancy etc. Adolescence casts a 'long shadow' over the life course (Harrington, 1994).

## The Twin Early Development Study (TEDS)

---

- Large study headed by Prof. Robert Plomin and his team, based at the Social, Genetic & Developmental Psychiatry (SGDP) Centre
- Longitudinal cohort of MZ and DZ twins followed from birth to adolescence
- Eight assessment points over a 12 year period
- Genetic and environmental contribution to diverse domains of child functioning including;
  - Intellectual abilities
  - Language Development
  - Social cognition
  - Emotional and behavioural difficulties, including anxiety and conduct problems

## The AFC TEDS

---

- Twenty month study supported by Leverhulme grant, based across 2 sites, AFC and SGDP
- The TEDS team

Pasco Fearon (PI), Peter Fonagy, Robert Plomin, Essi Viding, Mary Target, Yael Shmueli-Goetz

Four RAs (Alison, Eve, Harriet, Jo), 2 PhD students (Pia and You) and postgraduate and volunteers (Alex, Imogen, Sabina)
- If we find that security is not heritable, i.e. MZ twins who are identical genetically, have different attachment relationships, this would be a very powerful evidence for the lack of heritability of attachment in adolescence

## The AFC TEDS: Aims

---

- Aims of study twofold;
  1. Assess the relative contribution of genes and environment to attachment status in adolescence (Can we rule out heritability?)
  2. Examine the concurrent link between attachment insecurity and antisocial behaviour in adolescence
- Unique study and first to focus on the behavioural genetics of attachment in adolescence
- Recruit 650 families from the original cohort of same-sex adolescent twins (DZ & MZ), aged 15 yrs

## The AFC TEDS: Measures

---

- Adolescents;

Child Attachment Interview (CAI), 'Hot Topics' task, various measures of emotional and behavioural problems/symptoms, callous-unemotional traits, parent and peer attachment, and parenting practices.
- Parents;

'Hot Topics' task, parenting practices, twins' emotional and behavioural problems (SDQ), family conflict, psychiatric symptomatology.

## The AFC TEDS: MZ Twins CAI

### Twin 1

- Self Adjectives; happy to be with, get on with people, take everything as it comes

- Relationship with mum; fun, embarrassing, nice

- Relationship with dad; nice, funny, good cook

### Twin 2

- Self Adjectives; funny, I don't do anything I don't want to do, friendly

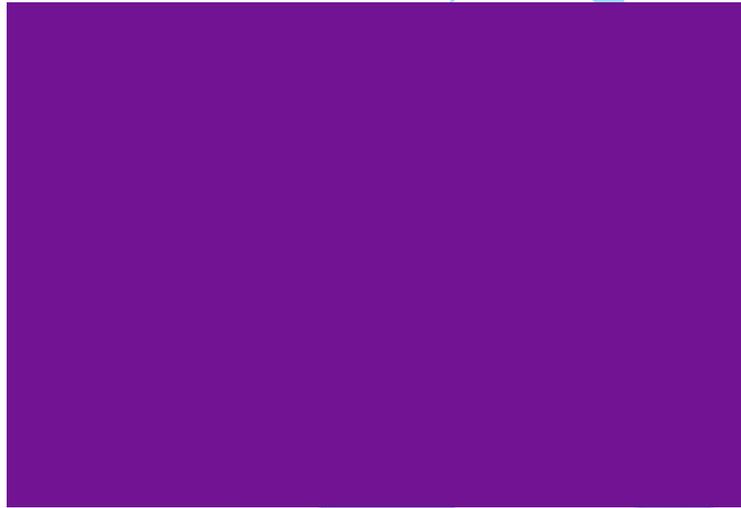
- Relationship with mum; funny-embarrassing, bubbly, we never really fight

- Relationship with dad; funny, nice to me, generous

## Twin 1, CAI Excerpt



## Twin 2, CAI Excerpt:

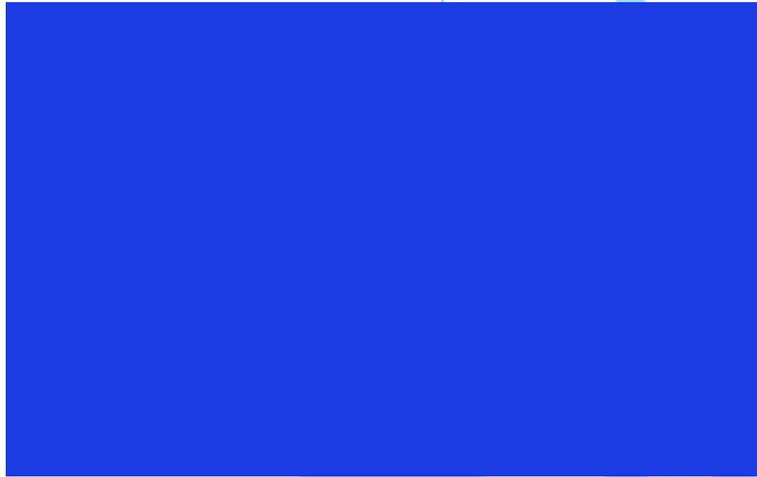


## Using the CAI in an Adoption Context

- Early adopted children do pretty well (Cohen 2008)
- Foster parents who fostered babies had as high concordance with infant security (SS) as do intact families, suggesting intact ability to form secure attachments (Dozier, 2001)
- But age at coming into care is bimodal; late placed children do much worse (Rushton 2002) raising the question is it too late?
- The Study of Adolescents in London (SAIL, Michelle Joseph, Stephen Scott et al)
- Adapted the CAI to elicit representations of foster parents and biological parents
- Aim to examine functioning of late placed children who had been abused
- 53 fostered young people aged 10-16 (mean 13) and 50 comparisons from similar inner-city area
- Higher rates of attachment security to foster carers but marked difficulties in other domains. 'New' representations sit alongside 'old' ones. (see also Steele et al, 2008)

## SAIL CAI Excerpt

---



## Where Next?

---

- Develop a Disorganisation scale and differentiate disorganised from organised-controlling and atypical
- Include experience scales that capture probable experience ala AAI
- More validation work needed on mentalization (RF) in middle childhood
- Further elucidation of the factors/mechanisms that effect change in attachment representations in middle childhood
- CAI as aid to clinical assessment and treatment/intervention outcome

Bedeutung der Bindungsqualität  
in der Therapeut-Patient-  
Beziehung junger  
Erwachsener

Prof. Dr. Bernhard Strauss  
Institut für Psychosoziale Medizin und  
Psychotherapie

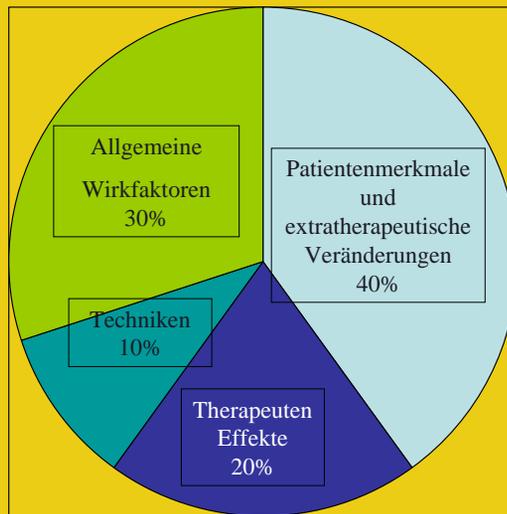
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena



## Übersicht

- **Therapeutische Beziehung als wesentliche Determinante des Psychotherapieerfolgs**
- Entwicklungsdeterminierte interpersonale Muster in der Psychotherapie
- Klinische Bindungsforschung
- Bindung und therapeutische Beziehung
- Therapeutische Implikationen

## Vorhersage von Behandlungserfolgen durch ....

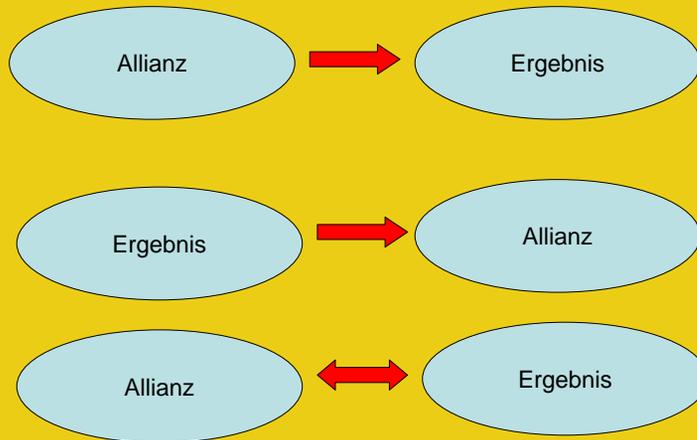


vgl.  
Wampold, 2001;  
Lambert&Ogles, 2004

## Orlinsky, Grawe & Parks (1994)

„The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings“.

## Neuer Diskurs – Zeitliche Aspekte



## Predicting subsequent outcome from alliance (considering temporal sequences)

STUDY	N	r	Significance
DeRubeis & Feeley (1990)	25	.10	No
Feeley, DeRubeis & Gelfand (1999)	25	-.27	No
Barber et al. (1999)	252	.01	No
Barber et al. (2000)	88	.30	Yes
Barber et al. (2001)	291	.01	No
Klein et al. (2003)	367	.14	Yes
Strunk, Brotman & DeRubeis (2009)	60	.16	No

from Barber, 2009

## Komponenten der therapeutischen Allianz n. Bordin

**TASKS**

**GOALS**

**BONDS**

## Übersicht

- Therapeutische Beziehung als wesentliche Determinante des Psychotherapieerfolgs
- **Entwicklungsdeterminierte interpersonale Muster in der Psychotherapie**
- Klinische Bindungsforschung
- Bindung und therapeutische Beziehung
- Therapeutische Implikationen

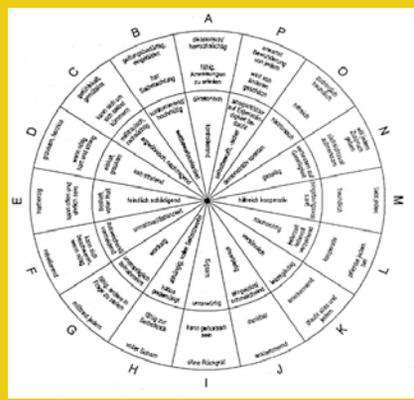
**Every psychopathology  
is a gift of love**

Lorna Benjamin, 1994

## **Interpersonale Theorie der Persönlichkeit**

- **Beziehungserfahrung formen innere Modelle des Selbst und der Objekte und interpersonale Motive**
- **Innere Modelle entstehen über unterschiedliche „Kopierprozesse“**
- **Modelle sind handlungsleitend (allgemein und in spezifischen Interaktionen)**

### Kreismodell zwischenmenschlichen Verhaltens



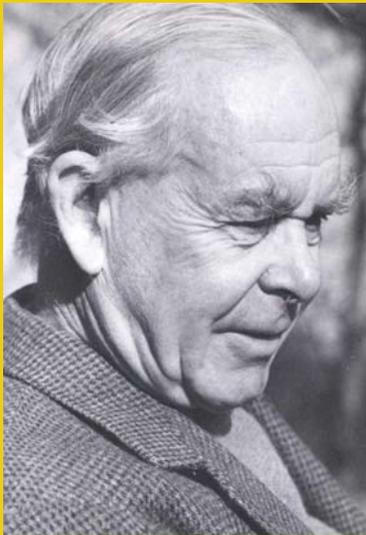
- Verhaltensebenen**
- zwischenmenschliches Verhalten/ Eigenschaften
  - verdeckte zwischenmenschliche Reaktionen
  - zwischenmenschliche Probleme
  - zwischenmenschliche Motive

### Lichtenbergs Konzept motivational-funktionaler Systeme

- Befriedigung physiologischer Bedürfnisse
- **Bindung** und Verbundenheit
- **Exploration** und Selbstbehauptung
- aversive Reaktion durch Widerspruch/Rückzug
- sinnliches Vergnügen und sexuelle Befriedigung

## Übersicht

- Therapeutische Beziehung als wesentliche Determinante des Psychotherapieerfolgs
- Entwicklungsdeterminierte interpersonale Muster in der Psychotherapie
- **Klinische Bindungsforschung**
- Bindung und therapeutische Beziehung
- Therapeutische Implikationen

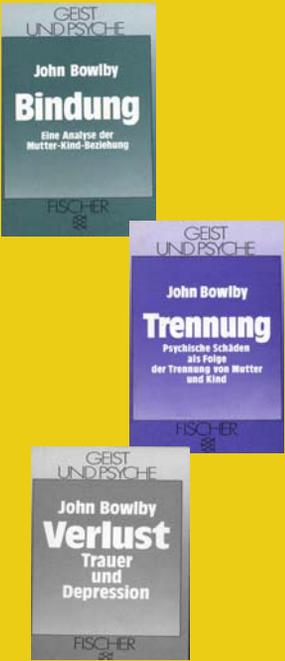


John Bowlby  
& Attachment Theory

„Obwohl die Bindungstheorie von einem Kliniker zur Anwendung bei der Diagnostik und Behandlung emotional gestörter Patienten und Familien formuliert wurde, benutzte man sie überwiegend dazu, die entwicklungspsychologische Forschung voranzutreiben.

Ich bin zwar der Meinung, daß die Befunde dieser Forschung unser Verständnis von Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie enorm erweitert haben, weshalb sie auch von größter klinischer Relevanz ist, dennoch ist es enttäuschend, daß die Kliniker bisher so zögerlich waren, die Anwendung der Theorie zu prüfen“.

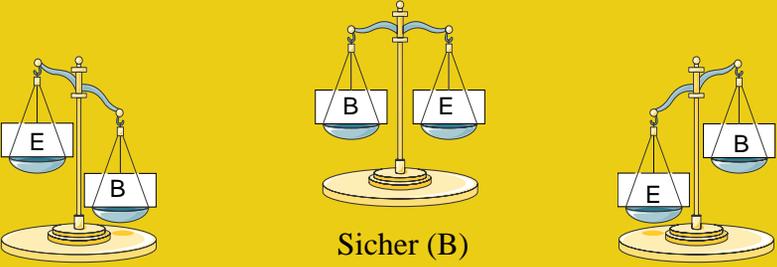
(Bowlby, 1988)



**„ALL OF US, FROM THE CRADLE TO THE GRAVE ARE HAPPIEST WHEN LIFE IS ORGANISED AS A SERIES OF EXCURSIONS, LONG OR SHORT, FROM THE SECURE BASE PROVIDED BY OUR ATTACHMENT FIGURES“**

(Bowlby, 1988)

## Exploration und Bindung



Unsicher-ambivalent (C)                      Sicher (B)                      Unsicher-vermeidend (A)

## Mentale Repräsentanzen von Bindung



## Wesentliche Befunde der Bindungsforschung

- Differenzierung organisierter (sicher, ambivalent, vermeidend) und desorganisierter kindlicher Bindungsmuster
- Differenzierung äquivalenter organisierter (autonom, verstrickt, abweisend) und desorganisierter („U“) Erwachsenenbindungsmuster

## Bindungsfiguren im Lebenslauf

- Kleinkind - Primäre Bezugsperson
- Jugendliche (8-14/15-17 Jahre)
  - - Elternfiguren (separation protest, secure base)
  - - Peers (proximity maintenance, safe haven)
  - - 83% der 15-17 jährigen nennen Freund/in als primäre Bindungsperson
- Erwachsene in längeren Partnerbeziehungen
  - Partner „erfüllen alle Voraussetzungen“
- Können PsychotherapeutInnen Bindungsfiguren sein?

Das Bindungssystem als Basis für psychotherapeutische Veränderung: Entwicklungspsychologische Befunde



### • Kindliche Bindung

- ist gut messbar



- sagt vorher:
  - die Erwachsenenpersönlichkeit
  - psychische Störungen

### Erwachsenenbindung

- ist ebenfalls messbar\*



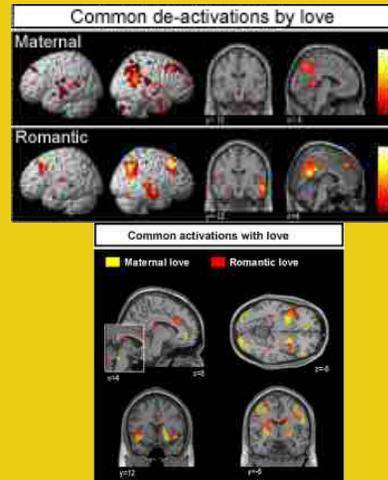
- Mütterliche Bindung sagt kindliche Bindung vorher
- beeinflusst soziale Wahrnehmung und Mentalisierung

\*, z. B. durch Fragebögen und Interviews

## Das Bindungssystem als Basis für psychotherapeutische Veränderung: Grundlagen



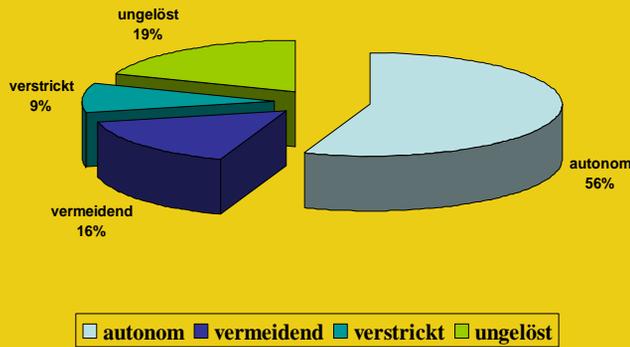
- **Bindungssystem**
  - reflektiert universales Bedürfnis
  - ruft reziprokes Verhalten hervor
  - ist biologisch bedeutsam
  - repräsentiert „eine Sucht“ (Insel, 2003) [Abhängigkeit als Versuch Opiate und endogene Faktoren zu ersetzen, die normalerweise durch soziale Bindung aktiviert werden]
  - ist relevant für Bewältigung und Krankheitsverhalten
- **Bindungstheorie**
  - ist empirisch gut fundiert und integrativ
  - ist auf viele andere Theorien beziehbar
  - berücksichtigt Grundkonzepte der Entwicklungspsychopathologie



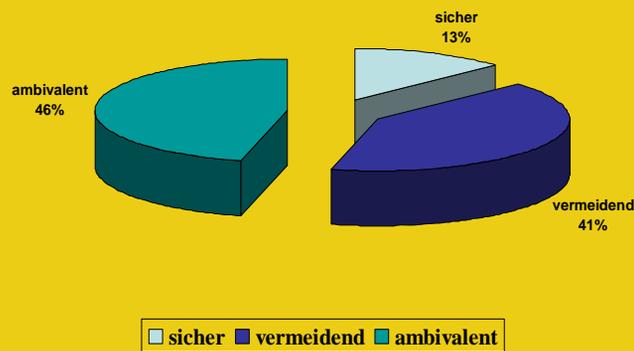
from: Bartels & Zeki, 2004



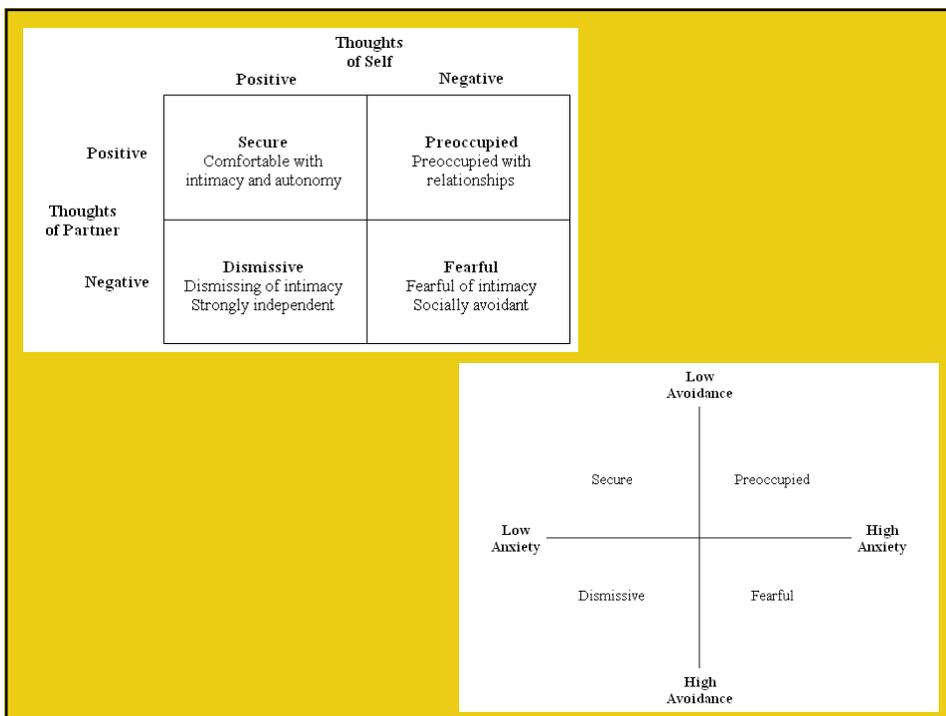
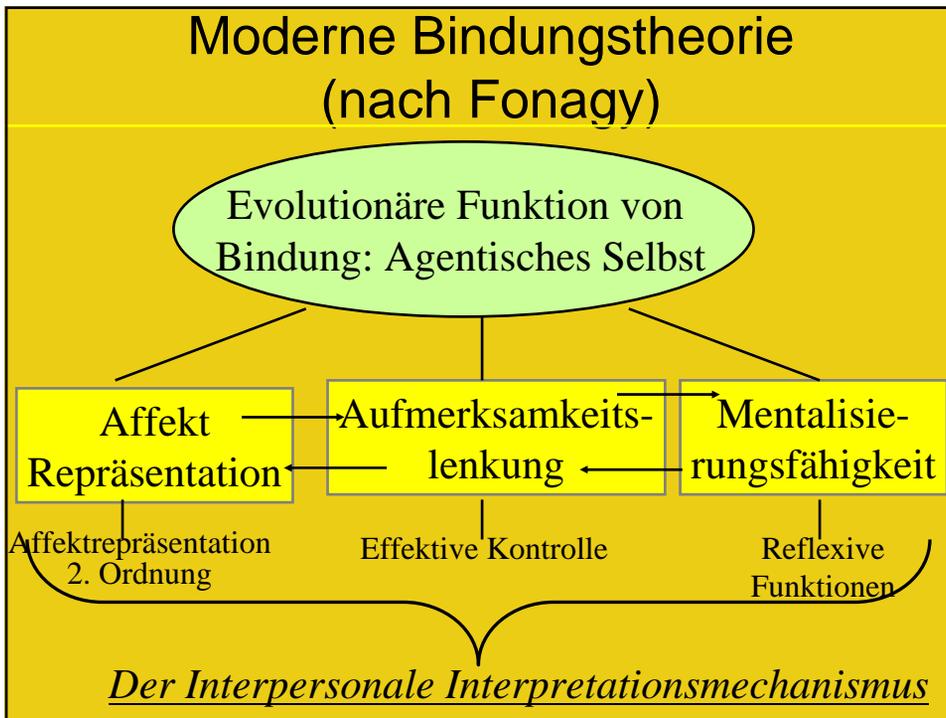
### Metaanalyse zur Verteilung von Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen (van Ijzendoorn, 1995)



### Metaanalyse zur Verteilung von organisierten Bindungsstilen bei Patienten mit psychischen Störungen



80% „unresolved“



## Sichere Bindung

Entwicklungs- und Familiengeschichte	Kognitiv-affektive Prozesse	Soziale Kompetenzen/ Beziehungsprobleme
Angemessene frühe elterliche Bindung, positive und differenzierte elterliche Repräsentationen	Ausgeprägte Kapazität zur Selbstreflexion, flexible kognitive Verarbeitung von bindungsrelevanten Informationen	Ausgeprägtere und differenziertere Selbstöffnung
Stabile und zufrieden stellende Beziehungsgeschichte	Besserer Zugang zu positivem und negativem Affekt, gedächtnis, adaptiveres Coping	Mehr kollaborative Problemlösungsstrategien
Weniger negative Erlebnisse in der Kindheit	Resilientere, kohärentere und positivere Selbststruktur	Stabiler und befriedigendere intime Beziehungen
Reife, integrierte Persönlichkeitsorganisation		Bedürfnisgerechte Suche nach Unterstützung und Fürsorge

nach Lopez, 2009

## Verstrickte Bindung

Entwicklungs- und Familiengeschichte	Kognitiv-affektive Prozesse	Soziale Kompetenzen/ Beziehungsprobleme
Weniger warme, eher verstrickte Elternbeziehungen	Reflexive Fähigkeiten beeinträchtigt durch negative Assoziationen	Exzessive Rückversicherungen in Beziehungen, Kontrolle
Ambivalente elterliche Repräsentationen (strafend und wohlwollend)	Reaktives, emotionsfokussiertes Coping, geringes Selbstwertgefühl	Suche und Entwertung sozialer Rückmeldungen
Eher abhängige Persönlichkeitsorganisation	Wenigen Offenheit, Informationen bezüglich Anderer zu integrieren	Eingeschränkte Fähigkeiten zur Fürsorge

nach Lopez, 2009

## Abweisende Bindung

Entwicklungs- und Familiengeschichte	Kognitiv-affektive Prozesse	Soziale Kompetenzen/ Beziehungsprobleme
Frühe elterliche Bindungen wenig warm und fürsorglich	Wenig Erinnerungen und geringe Integration bindungsrelevanter Erinnerungen	Wenig Selbstöffnung, wirken oft ungebunden und distanziert
Wenig differenzierte, eher bestrafende elterliche Repräsentationen	Distanzierung, Verneugung und Ablenkung als Copingstrategien	Suchen eher keine soziale Unterstützung im Falle von Belastungen
Gegenabhängig Persönlichkeitsorganisation	Unterdrückung bindungsrelevanter Affekte, Defensives Selbstwertgefühl	Keine Suche nach/ Wertschätzung von sozialer Rückmeldung

nach Lopez, 2009

## Ängstliche Bindung

Entwicklungs- und Familiengeschichte	Kognitiv-affektive Prozesse	Soziale Kompetenzen/ Beziehungsprobleme
Häufig traumatische und brüchige frühe Bindungen	Chronische Vulnerabilität gegenüber Stress	Passiv, selbstunsicher, ausnutzbar
Differenzierte, aber negative elterliche Repräsentationen	Tendenz, sich zu verstellen bzw. zu dissoziieren im Falle bindungsbezogener Gefahren	Schlecht ausgebildete Fähigkeit, Unterstützung zu suchen
Häufige Erfahrungen von körperlichem/sexuellem Missbrauch	Selbstkritische Depression, geringer Selbstwert	Weniger zufrieden stellende und stabile intime Beziehungen
Soziale vermeidende Persönlichkeitsorganisation		

nach Lopez, 2009

## Übersicht

- Therapeutische Beziehung als wesentliche Determinante des Psychotherapieerfolgs
- Entwicklungsdeterminierte interpersonale Muster in der Psychotherapie
- Klinische Bindungsforschung
- **Bindung und therapeutische Beziehung**
- Therapeutische Implikationen

„Nicht eher, als bis sich eine leistungsfähige Übertragung, ein ordentlicher Rapport, bei dem Patienten hergestellt hat. Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Missgriffe vermeidet, stellt der Patient ein solches Attachement von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, etwa einen moralisierenden....“ (Freud 1913; S. 473-474).

## Therapeutische Beziehung = Bindungsbeziehung?

„The client finds in the therapist someone who seems stronger and wiser than him- or herself. Thus, the client may interact with the clinician in ways that reflect expectations from other relationships“ (Dozier & Bates, 2004)

„Ideally, the effective therapist´s role is to provide the two functions of an attachment figure as conceptualized by Bowlby: that of a secure base and a safe haven“ (Borelli & David, 2004)

„...Bereitstellung einer sicheren Basis für die Exploration“

## Aufgaben der Psychotherapeuten

- **Sichere Basis**
- **Exploration aktueller Beziehung**
- **Exploration der therapeutischen Beziehung**
- **Vergleich aktueller mit früheren Erfahrungen**
- **Neugestaltung von Beziehungen**

## Empirische Studien

- Interpersonale Erwartungen, Beziehungsangebote und Bindungsmerkmale
- Bindungseinflüsse auf die therapeutische Allianz im engeren Sinne
- Bindung und (Gegen-)übertragung



## Befunde zur therapeutischen Beziehung

- Kivlighan et al., 1998: Bedeutung der Erfahrung des Therapeuten bei bindungsunsicheren Patienten (*uncomfortable with intimacy*) für die Qualität der therapeutischen Beziehung
- Eames & Roth, 2000: Bindungssicherheit mit Working Alliance positiv assoziiert (fearful und preoccupied attachment negativ, „ruptures“!)

## Befunde zur therapeutischen Beziehung

- Rubino et al., 2000: Bedeutung des Bindungsstils von potentiellen Therapeuten für den Umgang mit Problemen in der therapeutischen Beziehung: Ängstliche Personen weniger empathisch (speziell gegenüber einer abweisend gebundenen Person).
- Tyrell et al. (1999): Komplementarität! Bindungsdesaktivierende „Case manager“ erfolgreicher bei verwickelten Patienten; vermeidende Patienten profitieren mehr von Personen mit weniger desaktivierter Bindung

## Befunde zur therapeutischen Beziehung

- Hardy et al., 1999: Therapeuten reagieren (intuitiv?) unterschiedlich auf bindungsrelevante Situationen: Vermeidung von Interpretationen, „Emotions-Containing“ bei verstrickten Patienten, Versuch der Konstruktion eines Narrativs bei vermeidenden Patienten. Verschiedene Bindungsstile -> unterschiedlichen Interventionen und Behandlungsstrategien?

### THERAPIST RESPONSIVENESS TO CLIENT ATTACHMENT STYLES AND ISSUES OBSERVED IN CLIENT-IDENTIFIED SIGNIFICANT EVENTS IN PSYCHODYNAMIC-INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

Gillian E. Hardy  
Jan Aldridge  
University of Leeds  
Colin Davidson  
Celly Rowe  
Leeds Community and Mental Health Services (Teaching) NHS Trust  
Stephen Reilly  
York Health Services NHS Trust  
David A. Shapiro  
University of Leeds

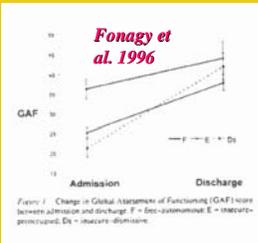
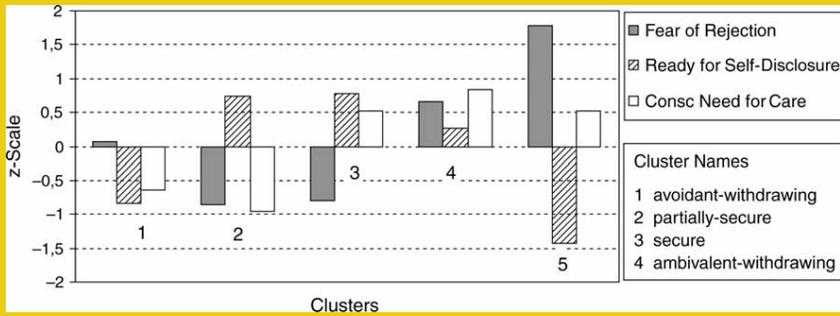
We analysed the influences of client interpersonal styles on therapy processes using an attachment theory framework. Ten transcripts of three identified significant therapy events were analysed for evidence of client attachment styles (blameless, preoccupied, or secure), attachment issues, and therapist responsiveness to attachment issues. The attachment issues identified tended to focus on three themes: concerns about loss or rejection, feelings surrounding conflict and change, and the need for closeness or proximity. Therapist responses were categorised as (a) providing containment, safety, and structure, (b) reflecting the client emotions and concerns, and (c) interrupting or challenging the client attachment style. It was hypothesised that therapist responses to client attachment issues would be mediated by client attachment styles. In three of seven cases there was evidence that therapists responded to preoccupied attachment styles with reflectors and to dismissing styles with interpretation, as had been hypothesised.

## Client Attachment to Therapist Scale (CATS, Mallinckrodt et al., 1995)

- sichere Bindungserwartungen
  - engere Bindungen an Therapeuten
  - positivere Bewertung der Arbeitsbeziehung
  - fokussiertere Arbeit
  - höhere Zielähnlichkeit
  - differenzierte Objektbeziehungen
  - assoziiert mit mehr Selbsteffizienz
  - realistischere Wahrnehmung anderer in Gruppen



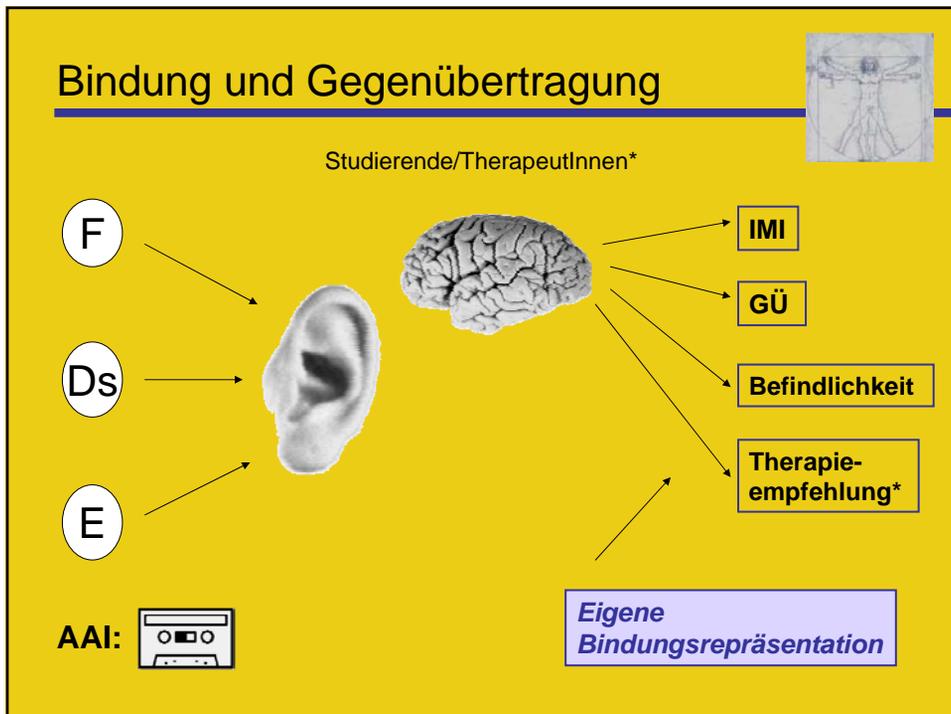
## Bielefeld Client Expectations Questionnaire Subscales and clusters



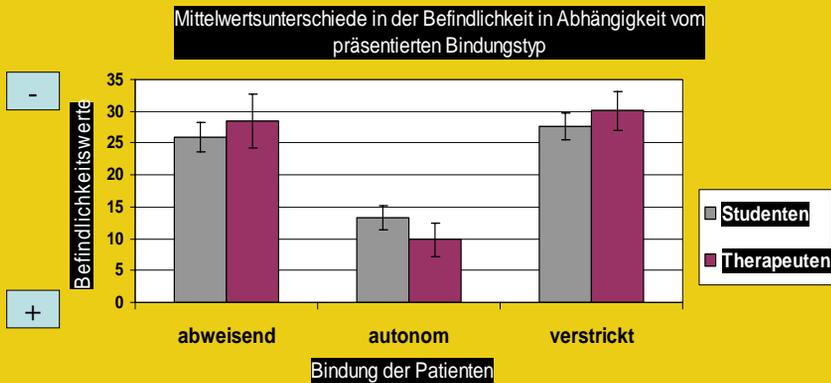
Vorhersage des  
Behandlungserfolges  
und Veränderungen  
von Bindung im  
Therapieverlauf

# Übertragung

- Woodhouse et al. (2003):
  - negative Übertragungen häufiger bei autonomen und verstrickten Patienten (Exploration negativer Gefühle), wenig Übertragungsreaktionen bei abweisenden P.
  - Ligiero & Gelso (2002): Positive Gegenübertragungsreaktionen mit mehr „Bindung“ in der therapeutischen Allianz assoziiert



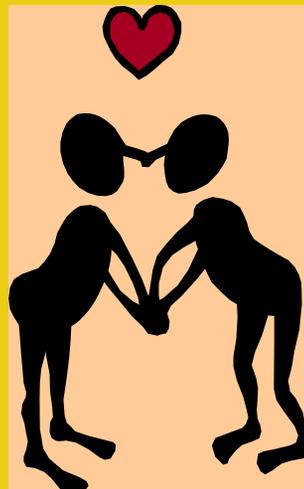
## Ergebnisse



Details s. Martin et al. (2006)  
Psychotherapy Research

## Attribute sicher gebundener Individuen

- Kooperativer, engagierter
- Werden positiver wahrgenommen
- Suchen aktiv Hilfe
- Zusammenarbeit ist angenehm
- Profitieren mehr von einer Behandlung ?
- Entwickeln positivere Arbeitsbeziehung
- Fokussieren ihre Probleme
- Stimmen in Therapiezielformulierung eher mit Th. überein
- Nehmen andere differenzierter wahr



## Attribute abweisender Patient(innen) (vgl. Slade, 1999)

- kühl
- bagatellisierend\*
- distanziert
- pflegeleicht, scheinbar freundlich
- behandlungsresistent
- Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit
- Hilfe zurückweisend
- lenken Aufmerksamkeit von emotionalen Themen ab



\* , „physiology belies their self-representation“

## Attribute verstrickter Patient(innen) (vgl. Slade, 1999)

- erhöhter (übertriebener?) Ausdruck von Bedürfnissen, Bedürftigkeit, Abhängigkeit
- fordernd
- testen die Grenzen
- halten Therapeuten involviert
- provozieren Feindseligkeit
- tolerieren es nicht, alleine zu sein



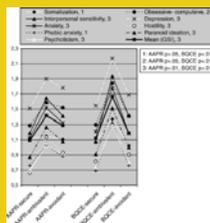
## Features of a good therapist

- Specific skills (e.g. facilitate development of a positive relational environment)
- General interpersonal ability (caring, interest, tolerance, listening, empathy. Setting aside own interests, flexibility, creativity, responsiveness...)
- Intrapersonal functioning (self awareness/self acceptance, incl. Internal complexity and contradictions, blind spots, limits; **balanced attachment pattern, i.e. attached but not too secure, slightly distant but not detached**)
  - Elliott (2000)

## Das Bindungssystem als Basis für psychotherapeutische Veränderung: Befunde

### • Bindung

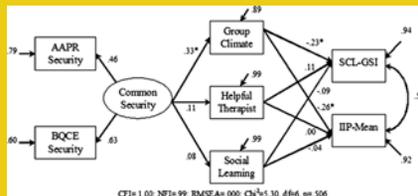
- sagt Behandlungsergebnis vorher\*



- ist veränderbar (e.g. Levy et al., 2006)

### • Bindung sagt auch

- therapeutische Allianz vorher\*



- Behandlungserwartungen
- Inanspruchnahme
- Gruppenprozesse und -wahrnehmung

\* , e.g. Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J. et al.: Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy - Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 2006, 579-594.

\* , e.g. Kirchmann, H., et al. *Psychotherapy Research*, 19, 2009, 234-48

## Klinische Schlussfolgerungen

- Bindungsdiagnostik ergänzt „herkömmliche“ Diagnostik
- Fokus auf bindungsrelevante Situationen in der Therapie
- Zahlreiche nützliche Konzepte für den klinischen Alltag (sichere Basis, Bindung vs. Exploration, Trennungsprotest, Mentalisierung)

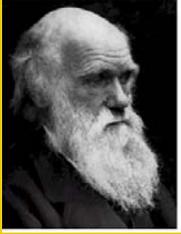
### Das Bindungssystem als Basis für psychotherapeutische Veränderung: Mechanismen



- Parallelen zu Entwicklungsprozessen bezüglich Affekt und Selbstregulation (durch Spiegelung)
- Ko-aktivierung des Bindungssystems und der Mentalisierung in der Psychotherapie

Mentalizing is a form of imaginative mental activity, namely, perceiving and interpreting human behaviour in terms of intentional mental states (e.g. needs, desires, feelings, beliefs, goals, purposes, and reasons).

*„Simultaneously with the activation of attachment the therapist attempts to enhance mentalisation“  
(Fonagy, 2009)*



„Zwei Dinge sollen Kinder von ihren  
Eltern bekommen:

Wurzeln und Flügel“

(J.W. v. Goethe)

## Bindung und Problemverhalten bei Pflegekindern: Bedeutung der Erfahrungen in Herkunfts- und Pflegefamilie



Dr. Ina Bovenschen

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

SPZ-Symposium, Winterthur, 02.12.2010

### Warum sind Pflegekinder eine Risikogruppe?

Erfahrungen, die die  
Kinder/Jugendlichen in ihren  
Herkunftsfamilien gemacht  
haben (z.B. Misshandlung,  
Vernachlässigung)

#### Fremdunterbringung als Risiko

- Trennungen, Bindungsabbrüche & negativ verlaufende Umgangskontakte mit den Herkunftseltern



Erhöhte Wahrscheinlichkeit von psychischen  
Problemen, Entwicklungsauffälligkeiten &  
**Bindungsproblemen**

## Psychische Belastung von Pflegekindern

Pflegekinder gelten als besonders vulnerable Gruppe von Kindern und Jugendlichen, z.B.

- Stein et al. (1996): Pflegekinder ähneln in ihren Auffälligkeiten einer klinischen Stichprobe
- McCann et al. (1996): Psychische Auffälligkeiten bei 67% der fremd untergebrachten Jugendlichen, bei 15% einer Kontrollgruppe
- Aktuelle Befragung des Deutschen Jugendinstituts: ungefähr 50% der Pflegekinder zeigen Auffälligkeiten im klinisch relevanten Bereich



**Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von ca. 30-50% bei Pflegekindern**

## Bindungsprobleme bei Pflegekindern

- Insgesamt wenige Studien weltweit zur Bindung von Pflegekindern, z.T. widersprüchliche Befunde
- Beispielhafte Befunde zu Bindungssicherheit & -organisation:
  - Lamb et al. (1985): 34% Bindungssicherheit in abgewandelter Fremder Situation
  - Dozier et al. (2001): 52% Bindungssicherheit, 34% Desorganisation in der Fremden Situation
  - Swanson et al. (2001): 37% Bindungssicherheit, 45% Desorganisation in der Fremden Situation
  - Cole (2005): 67% Bindungssicherheit, 28% Desorganisation in der Fremden Situation

*„Foster children are as securely attached to their foster parents as children reared in their biological family“, aber: „foster children showed more disorganized attachment compared to children reared by their biological parents“ (van den Dries et al., 2009)*

## Bindungsstörungen bei Pflegekindern

- Bindungsstörungen bei Pflegekindern wurden bisher kaum untersucht, Studien konzentrieren sich vor allem auf Heimkinder
- Studie von Zeanah et al. (2004) mit Pflegekindern, die zum Zeitpunkt der Studie ca. 3 Monate in den Pflegefamilien waren: 40% der Kinder erfüllten die ICD-10 Kriterien für eine Bindungsstörung
- Studie von Oosterman & Schuengel (2008): 18% der Pflegekinder haben reaktive Bindungsstörungen, 13% Störungen der sicheren Basis



**Kaum Befunde zu Prävalenzen von Bindungsstörungen von Pflegekindern**

## Welche Faktoren bedingen unterschiedliche Bindungsentwicklungen bei Pflegekindern?



### Bindungsentwicklung bei Pflegekindern: Bedeutung der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie

- Bisher keine empirischen Befunde zum Einfluss der Art und Schwere der Vorerfahrungen auf die Bindungsentwicklung von Pflegekindern
- Diskutierte Variable: Alter bei Vermittlung
  - Studien von Dozier (Stovall-McClough & Dozier, 2004; Stovall & Dozier, 2000): positiver Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Alter bei Vermittlung in die Pflegefamilie
  - Studien von Cole (2005) sowie Oosterman und Schuengel (2008): kein Zusammenhang

### Bindungsentwicklung bei Pflegekindern: Bedeutung der Erfahrungen in der Pflegefamilie

- *Bindungsrepräsentation der Pflegemütter* sagt die Bindung der Pflegekinder vorher (Dozier et al., 2001)
- Zusammenhänge zwischen *eigenen Traumata der Pflegemütter* und der Bindungssicherheit der Pflegekinder (Cole, 2005)
- *Feinfühligkeit der Pflegeeltern*
  - Cole (2005) fand keine (positiven) Zusammenhänge zur Bindungssicherheit der Pflegekinder
  - Oosterman & Schuengel (2008) fanden einen signifikanten Zusammenhang
- *Motivation der Pflegeeltern, ein Pflegekind aufzunehmen* (Cole, 2005)



Bisher wenig empirische Befunde zu Einflussfaktoren auf die Bindungsentwicklung von Pflegekindern, v.a. keine Befunde zu später vermittelten Kindern

## Bindung & Problemverhalten bei Pflegekindern: Eigene empirische Befunde



Ina Bovenschen, Ulla Garnerus, Katrin Lang, Katharina Lorey,  
Natalie Pölloth, Janin Zimmermann  
(Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

Katja Nowacki & Inga Roland  
(Fachhochschule Dortmund)

### Fragestellung

- Welches Bindungsprobleme / -schwierigkeiten zeigen Pflegekinder im Vergleich zu Normalstichproben?
  - Bindungsverhalten
  - Bindungsrepräsentation
  - Bindungsstörungssymptome
  
- Inwieweit hängen Bindungsunterschiede (Verhalten / Repräsentation) und das Ausmaß an Bindungsstörungssymptomen ab von
  - Erfahrungen in den Herkunftsfamilien
  - Erfahrungen in der Pflegefamilie

## Stichprobe

- 49 Pflegekinder (24m, 25w) aus den Regionen Erlangen-Nürnberg-Fürth sowie Ruhrgebiet

Alter der Kinder bei Teilnahme	36 bis 99 Monate ( $M = 66.14$ ; $SD = 18.51$ )
--------------------------------	--

Alter bei Vermittlung in die aktuelle Pflegefamilie	0 bis 77 Monate ( $M = 19.68$ ; $SD = 19.43$ )
---	---

Aufenthalt in aktueller Pflegefamilie	1 bis 95 Monate ( $M = 45.88$ ; $SD = 24.35$ )
---------------------------------------	---



Im Durchschnitt Pflegekinder, die bereits lange in ihrer aktuellen Pflegefamilie leben

## Methoden: Überblick

### Gemessenes theoretisches Konstrukt

Bindung  
Repräsentationsebene

Bindung  
Verhaltensebene

Verhaltensauffälligkeiten

Bindungsstörungssymptome

Kindliches Temperament

Erfahrungen von abweichendem Elternverhalten

Bindungsrepräsentation Pflegeeltern

### Verwendete Verfahren

Geschichtenergänzungsverfahren

Attachment Qsort (Beobachter & Eltern)  
Trennungs-Wiedervereinigungs-Situation

Strengths & Difficulties Questionnaire

Disturbances of Attachment Interview

Child Behavior Questionnaire

Fragebogen an die Fachkräfte der  
Pflegekinderdienste

Adult Attachment Interview

## Methoden: Bindungsmaße

### Bindungsverhalten: Attachment qsort AQS (Waters & Deane, 1985)

- Erfassung der *Bindungssicherheit*, v.a. „secure-base-behavior“
- Grundlage: mehrstündige freie Beobachtung in natürlicher Umgebung
- Rater: zwei trainierte Beobachter

### Bindungsrepräsentation: Attachment Story Completion Task ASCT (Bretherton et al., 1990)

- Vorspielen von 5 Geschichtenanfängen mit bindungsrelevanten Themen aus dem Alltag des Kindes
- Standardisierte Geschichtenanfänge und Prompts
- Auswertung anhand des Verfahrens von Miljkovitch et al. (2004)
  - Vier Prototypen: *Sicherheit, Deaktivierung, Hyperaktivierung und Desorganisation*

## Disturbances of Attachment Interview (DAI) (Smyke & Zeanah, 1999)

- Halbstrukturiertes, klinisches Interview mit Hauptbezugsperson des Kindes
- Dauer ca. 20 Minuten

### Inhalt:

- 12 Fragenbereiche zu verschiedenen Symptomen der Bindungsstörung
  - u.a. gehemmte & enthemmte Bindungsstörung
  - Einschätzung: von 0 - selten gezeigt bis 2: definitiv und oft gezeigt

## DAI: Erfassung von Bindungsstörungssymptomen

### ▪ Reaktive Bindungsstörung

- Fehlen einer bevorzugten Bindungsfigur (1)
- Fehlen von Trostsuchen bei Distress (2)
- Ausbleibende Reaktion auf Trost von der Bezugsperson (3)
- Fehlen sozialer und emotionale Reziprozität (4)
- Schwierigkeiten in der Emotionsregulation -Affektregulation, Irritabilität, Traurigkeit, Ernsthaftigkeit (5)

1. Verhält sich ihr Kind ver-schiedenen Personen, die es kennt ,gegenüber unterschiedlich?

3. Wie lange braucht ihr Kind um sich zu beruhigen?

### ▪ Bindungsstörung mit Enthemmung

- Fehlen einer bevorzugten Bindungsfigur (1)
- Kein Checking-Back bei Weggehen von der Bezugsperson (6)
- Fehlende Zurückhaltung bei unbekanntem Erwachsenen (7)
- Bereitwilligkeit mit Fremden weg zu gehen (8)

5. Reichen auch scheinbar unwichtige Ereignisse um ihr Kind traurig oder erst zu machen?

6. Was macht ihr Kind, wenn es sich an einem für ihn unbekanntem Ort befindet?

7. Wie geht ihr Kind mit Fremden um, die es nicht kennt?

## Methoden: Erfahrungen von abweichendem Elternverhalten

### Fragebogen basierend auf Barnett et al. (1993)

- Ausgefüllt von den Fachkräften der Jugendämter (Pflegekinderdienste, Allgemeiner Sozialdienst)
- Drei Arten von abweichendem Elternverhalten
  - Vernachlässigung /emotionale Misshandlung
  - Körperliche Misshandlung
  - Sexueller Missbrauch

Kodierung: Vorhandensein (ja /nein) & Einstufung des Schweregrades (5stufige Skala)

- Zusätzlich einbezogen: psychiatrische Erkrankung sowie Inhaftierung eines biologischen Elternteils

## Methoden: Bindungsrepräsentation der Pflegeeltern

### Adult Attachment Interview

- Form: halbstrukturiertes Interview mit insgesamt 20 Fragen
- Themen: Bindungs-, Trennungs- und Verlusterlebnisse aus der Kindheit bis heute
- Ziel: Erfassung der aktuellen emotionalen und kognitiven Verarbeitung von früheren Bindungserfahrungen
- Klassifikation durch Einordnung in vier Muster:

Sicher-  
autonom

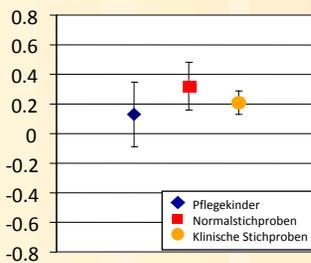
Unsicher-  
distanzierend

Unsicher-  
verwickelt

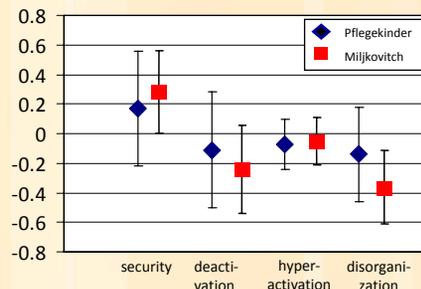
Unverarbeitetes  
Trauma

## Ergebnisse: Bindungsverhalten und -repräsentation

Bindungsverhalten: AQS



Bindungsrepräsentation: ASCT

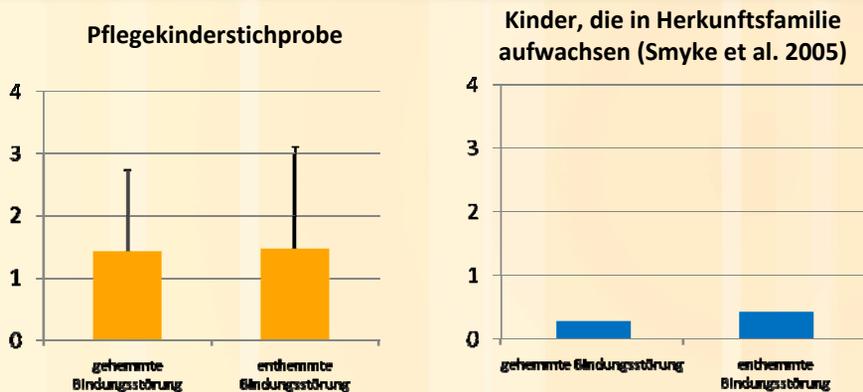


❑ Keine Zusammenhänge zwischen Bindungsverhalten und -repräsentation



**Bindungssicherheit bzw. Desorganisation im ASCT höher als in Normalstichproben**

### Ergebnisse: Anzahl von Bindungsstörungssymptomen



- Pflegekinder weisen mehr Bindungsstörungssymptome (gehemmte und enthemmte BS) auf als Kinder, die Herkunftsfamilien aufwachsen

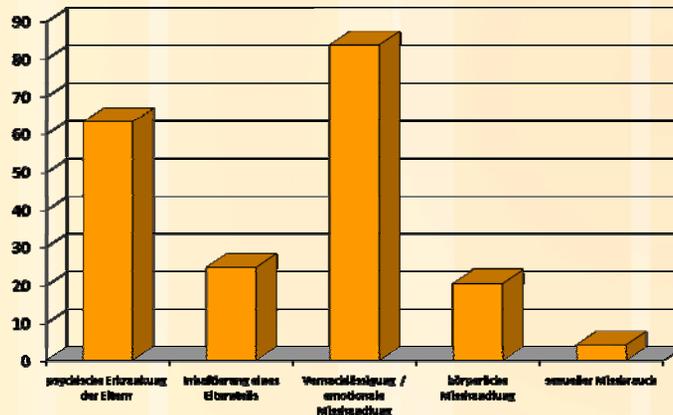
### Ergebnisse: Erfahrungen der Pflegekinder & Bindung

#### Alter bei Vermittlung / Dauer in Pflegefamilie & Bindung

- *Bindungsverhalten und -repräsentation* weitgehend unabhängig vom Alter bei Vermittlung in Pflegefamilie sowie Dauer in der Pflegefamilie
  - Folgerung: Auch später vermittelte Kinder können sichere Bindungen entwickeln?
- *Bindungsstörungssymptome* stärker ausgeprägt, wenn Kinder später in Pflegefamilie bzw. weniger stark, wenn Kinder länger in Pflegefamilie (aber: schwacher Effekt!)

## Ergebnisse: Gründe für Fremdunterbringung

Anzahl an Kindern in Prozent (Angaben der Pflegekinderdienste)



## Ergebnisse: Zusammenhänge zwischen Bindung & Problemverhalten und den Erfahrungen der Kinder

### Vernachlässigung / emotionale Misshandlung

- Keine Zusammenhänge mit Bindungsverhalten oder –repräsentation sowie mit Bindungsstörungssymptomen

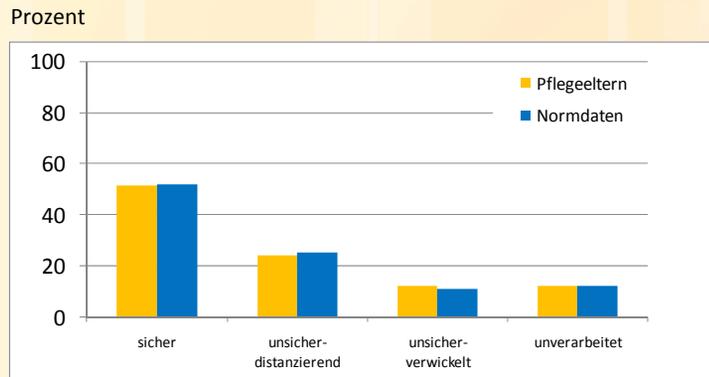
### Körperliche Misshandlung

- Pflegekinder, die körperlich misshandelt wurden, zeigten mehr Hyperaktivierung und Desorganisation in dem Geschichtenergänzungsverfahren
- Keine Zusammenhänge mit Bindungsverhalten und Bindungsstörungssymptomen

### Schweregrad der abweichende Erfahrungen (Summenwert)

- Je schwerwiegender die Erfahrungen in den Herkunftsfamilien, desto weniger Sicherheit und mehr Desorganisation zeigen sich in den Bindungsrepräsentationen der Pflegekinder
- Keine Zusammenhänge mit Bindungsverhalten und Bindungsstörungssymptomen

### Ergebnisse: Bindungsrepräsentation der Hauptbezugsperson



Anmerkung.  $N = 33$ .

- ▣ Verteilung der Bindungsmuster der Pflegeeltern vergleichbar mit Normalstichproben

(Quelle: Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009)

### Ergebnisse: Bindungsrepräsentation der Hauptbezugsperson & Bedeutung für die Bindung des Pflegekindes

- ▣ Signifikante Zusammenhänge zwischen der Bindungsrepräsentation der Pflegeeltern und den Repräsentationen der Pflegekinder
  - ▣ Pflegekinder, deren Hauptbezugsperson wenig Zugang zu Bindungserfahrungen hat, zeigen selber weniger Bindungssicherheit in den Geschichtenergänzungen
- ▣ Keine Zusammenhänge zum Bindungsverhalten der Pflegekinder
- ▣ Keine Zusammenhänge zu Bindungsstörungssymptomen

## Fazit der eigenen Studie

- Pflegekinder zeigen weniger Bindungssicherheit und mehr Desorganisation als Normalstichproben
- Das Ausmaß an Bindungsstörungssymptomen liegt über den Werten von Normalstichproben
  
- Bindung – vor allem das Bindungsverhalten – hängt zusammen mit dem Ausmaß an Verhaltensprobleme der Pflegekinder
  - Gleiches zugrunde liegendes Konstrukt: Emotionsregulation?
  - Wirkungsrichtung unklar: Bindungssicherheit als Schutzfaktor?  
⇒ Längsschnittstudien erforderlich

## Fazit der eigenen Studie

- kein Einfluss von Umständen der Vermittlung & Vorerfahrungen des Pflegekinds auf Bindungsverhalten, einzelne Befunde für Bindungsrepräsentation
  - Allgemeines inneres Arbeitsmodell / Emotionsregulationsstrategien vs. dyadisches Verhalten
  
- Aber: deutlichere Zusammenhänge von Umständen der Vermittlung & Vorerfahrungen mit den Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder
  - persistierend, da weniger beziehungspezifisch?

## Fazit der eigenen Studie

- kein Einfluss der Bindungsrepräsentation der Pflegeeltern auf auf Bindungsverhalten, aber auf die Bindungsrepräsentation der Pflegekinder
  - Widerspruch zu Dozier et al. (2001)?

## Ausblick

- Befunde zur Bedeutung der Erfahrungen in Herkunfts- und Pflegefamilie z.T. uneinheitlich und widersprüchlich
  - Eigene Befunde: insgesamt wenig signifikante Auswirkungen auf Bindung der Kinder (v.a. Einflussfaktoren auf Bindungsverhalten bleiben offen)

### Perspektiven für Interventionen

- Basis für Interventionen: Längsschnittstudien, die verschiedene Einflussvariablen (v.a. auch elterliches Verhalten) einbeziehen
  - Relevante Einflussfaktoren spezifisch bei der Bindungsentwicklung von Pflegekindern noch zu wenig bekannt, um gezielt Interventionen anzusetzen
  - Wenig Wissen v.a. über die Veränderbarkeit von Bindungsstörungssymptomen mittels Interventionen

## Idee für Beratungskonzepte

- Videogestützte Beratungskonzepte
  - z.B. Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain et al., 2004)
- Attachment and Biobehavioral Catch-Up (Dozier et al., 2006): Speziell für Pflegefamilien entwickeltes Programm mit drei Kernkomponenten:
  - 1) die Probleme des Kindes, Nähe zur Bezugsperson herzustellen
  - 2) Die Probleme der Bezugsperson, Nähe zu spenden
  - 3) Dysregulation von Verhalten, Emotionen und physiologischen Prozessen



Bisher vor allem Programme für jüngere Kinder konzipiert

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**



Danke an

- Ulla Garnerus
- Katrin Lang
- Katharina Lorey
- Natalie Pölloth
- Janin Zimmermann