

Bindung und Beziehung in der Behandlung: Konzepte, Vorgehen und Beispiele

Harald J. Freyberger

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universitätsmedizin Greifswald am Helios Hanseklinikum Stralsund



Übersicht

1. Anaklitische Depression als Paradigma
2. **Vernachlässigung und Missbrauch**
3. Die neurobiologische Dimension
4. **Verlust und Trauer**
5. Beispiel Kindstod
6. Beispiel für die Koinzidenz zwischen Neurobiologie, Vernachlässigung und Trauer: ein DDR-Heimkind
7. Bindung, Beziehung und Internettherapie
8. Zur Diskussion

Anaklitische Depression (Rene Spitz) als Paradigma

Trennung von der Mutter im 6.-8. Monat

- Phase 1: Trauriges Verhalten, zunehmende Kontaktverweigerung vs. Anhänglichkeit
- Phase 2: Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit, Krankheitsanfälligkeit
- Phase 3: Mimische und gestische Starre, Betäubung, Entwicklungsrückgang
- Phase 4: Tod

Relevanz von Trennung und Vernachlässigung

Methoden der Bindungsforschung

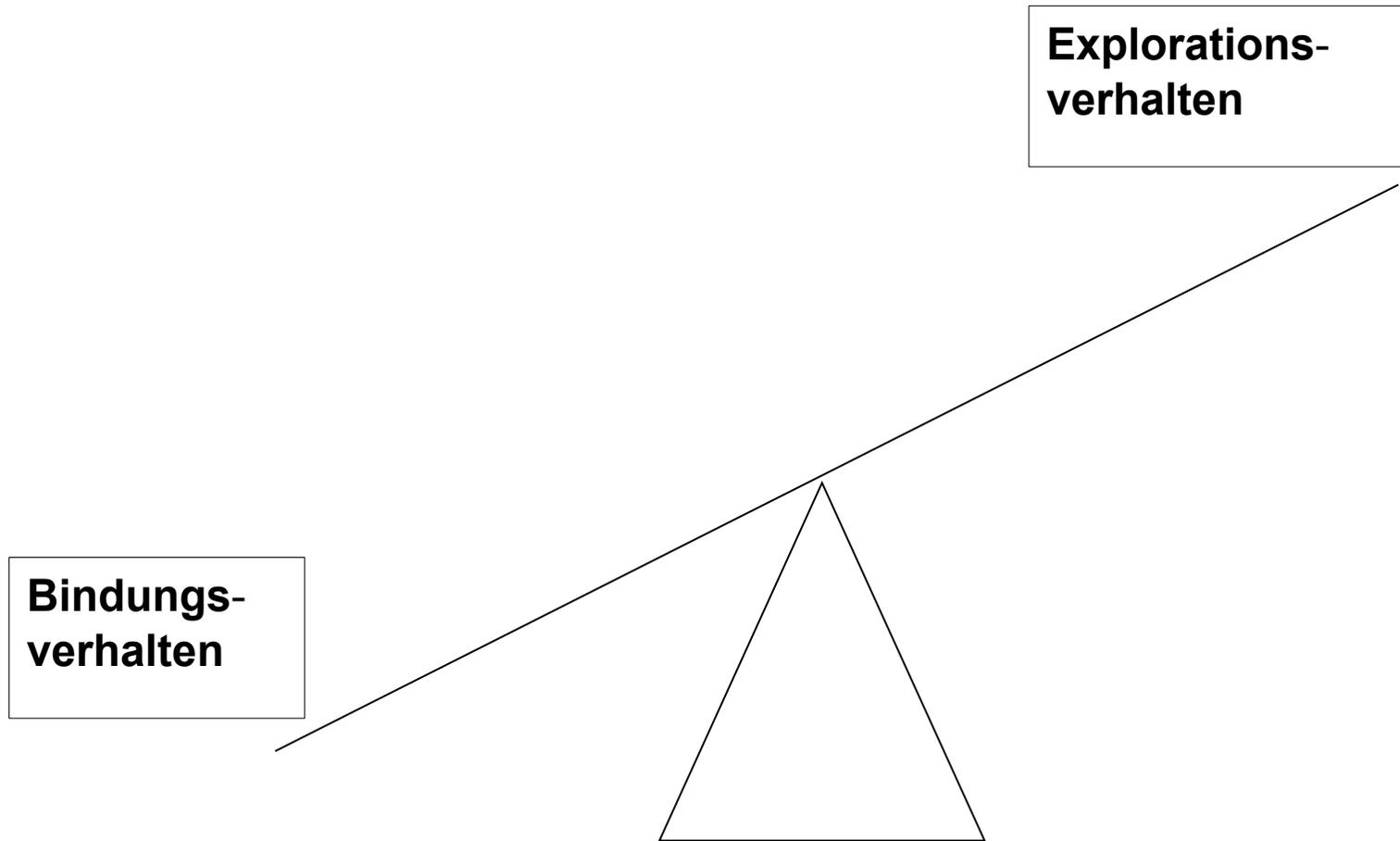
(Strauß, 2016)

1. „Feinfühligkeit“ als Grundlage für eine sichere Basis (Ainsworth et al. 1974)
2. „Fremde Situation“ zur Erfassung der Bindungsqualität bei 12-18 Monate alten Kindern (Ainsworth et al. 1978)
3. „Adult Attachment Interview“ zur Erfassung der Bindungsrepräsentation von Erwachsenen (George et al. 1985; Main & Goldwyn 1996)

Merkmale von Feinfühligkeit

(Strauß, 2016)

- Wahrnehmung von kindlichen Signalen („aufmerksam im Blick“ behalten)
- „Richtiges“ Interpretieren der kindlichen Signale (nicht gefärbt durch eigene Bedürfnisse)
- „prompte“ Reaktion (vermittelt dem Säugling das Gefühl von Effektanz)
- „angemessene“ Reaktion (situations- und altersangemessen)



**Antagonistische Verhaltenssysteme:
Bindung vs. Exploration**

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Bindung Kind | Sicher | Unsicher- vermeidend | Unsicher- Ambivalent | Desorganisiert |
| Bindung Mutter | Autonom | Abweisend, beziehungs- abwertend | Verstrickt, beziehungs- überbewert. | Unaufgelöstes Trauma |
| Bindungs- geschichte Mutter | Breite Affektpalette | Idealisierung der eigenen Eltern ohne Erinnerungen | Überflutet von Erinnerungen, unverarb. Negativverfahr. | Verluste vor dem 14. Lj./ nach Geburt des Kindes, Traumatis. |
| Bindungs- repräsentanz Mutter | Kohärent, integriert | Fehlende Kohäsion | Keine Ordnung u. Struktur, Abstraktion | Anzeichen fehlender Trauerarbeit |
| Verhalten gg. Kind | Vorhersagbar, angemessen, einfühlsam | Vorhersagbar, unangemessen, Hilfe ableh- nend, Freude ermutigend | Unvorhersag- bar, unange- messen | Gelegentliche Absenzen, furchterregend, angsterfüllt |

Zusammenspiel zwischen Bindung des Kindes und Bindungsrepräsentanzen der Mutter

SHIP-LEGENDE (Grabe et al., 2014)

Zusammenhang von Kindesmisshandlungen und Depression (F32.0-F33.3)

| Childhood Trauma Questionnaire none-mild versus moderate-severe | Prävalenz | Life-time MDD | OR |
|--|-----------|---------------|-------------------|
| Emotionaler Missbrauch | 3.8 % | 45.2 % | 3.9 (2.5-6.3) |
| Körperlicher Missbrauch | 4.7 % | 28.0 % | 2.1 (1.3-3.3) |
| Sexueller Missbrauch | 3.6 % | 31.7 % | 2.02 (1.3-3.3) |
| Emotionale Vernachlässigung | 12.6 % | 26.8 % | 2.1 (1.6-2.8) |
| Körperliche Vernachlässigung | 16.9 % | 19.7 % | 1.3 (1.1-1.8) |

Missbrauch insgesamt: 9.0%

Vernachlässigung insgesamt: 21.9%

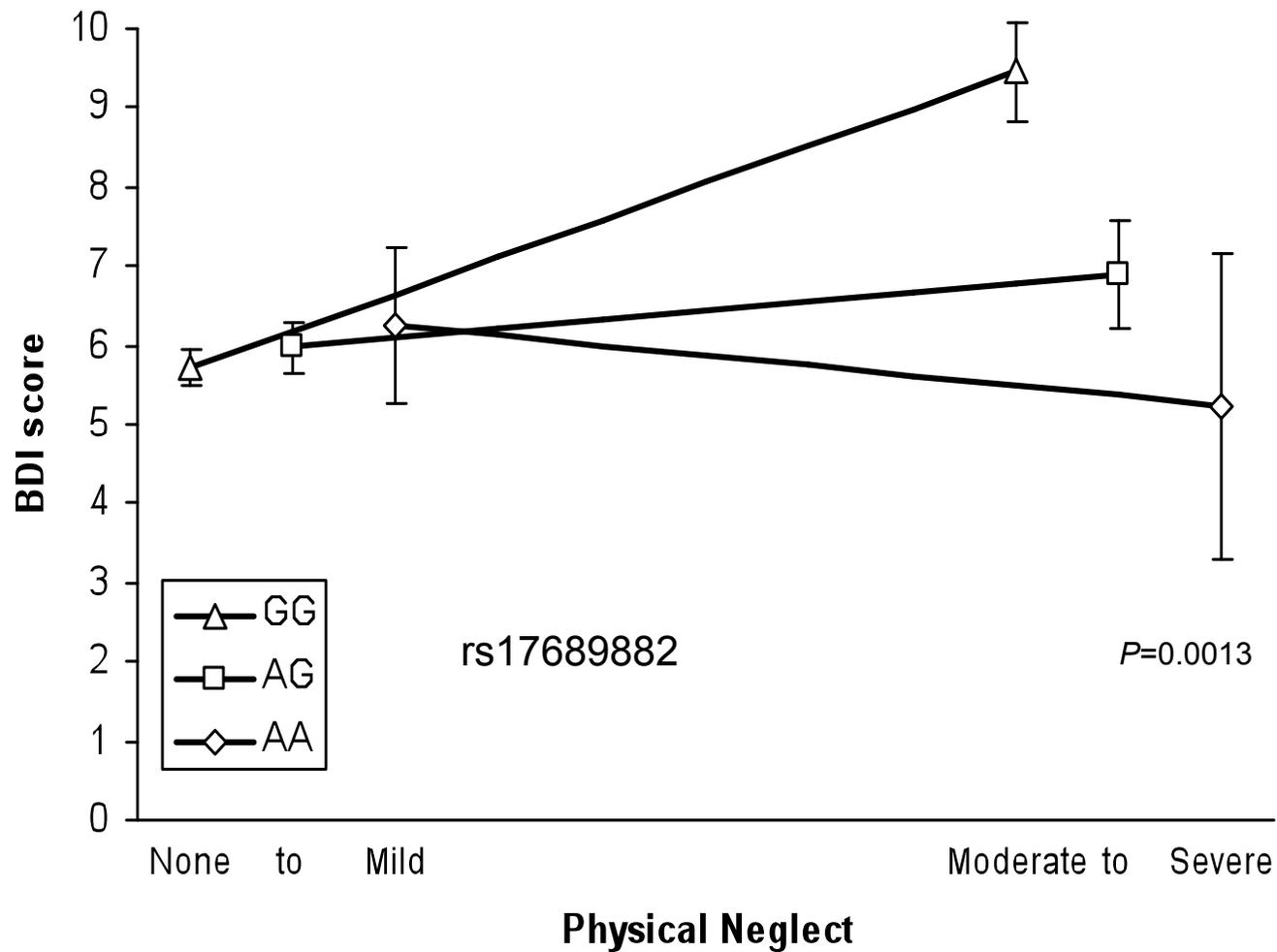
Ergebnisse für Depression (Grabe et al., 2014)

Verteilung nach Risiko- und Protektivfaktoren

| prozentuale Anteil von Probanden mit Depression | niedrige Resilienz | hohe Resilienz | gesamt |
|---|--------------------|----------------|--------|
| Kindheitstraumata (+) (moderate - severe) | 29,7 % | 13,8 % | 22,7 % |
| Kindheitstraumata (-) (none - mild) | 18,4 % | 11,2 % | 14,7 % |
| | | | |

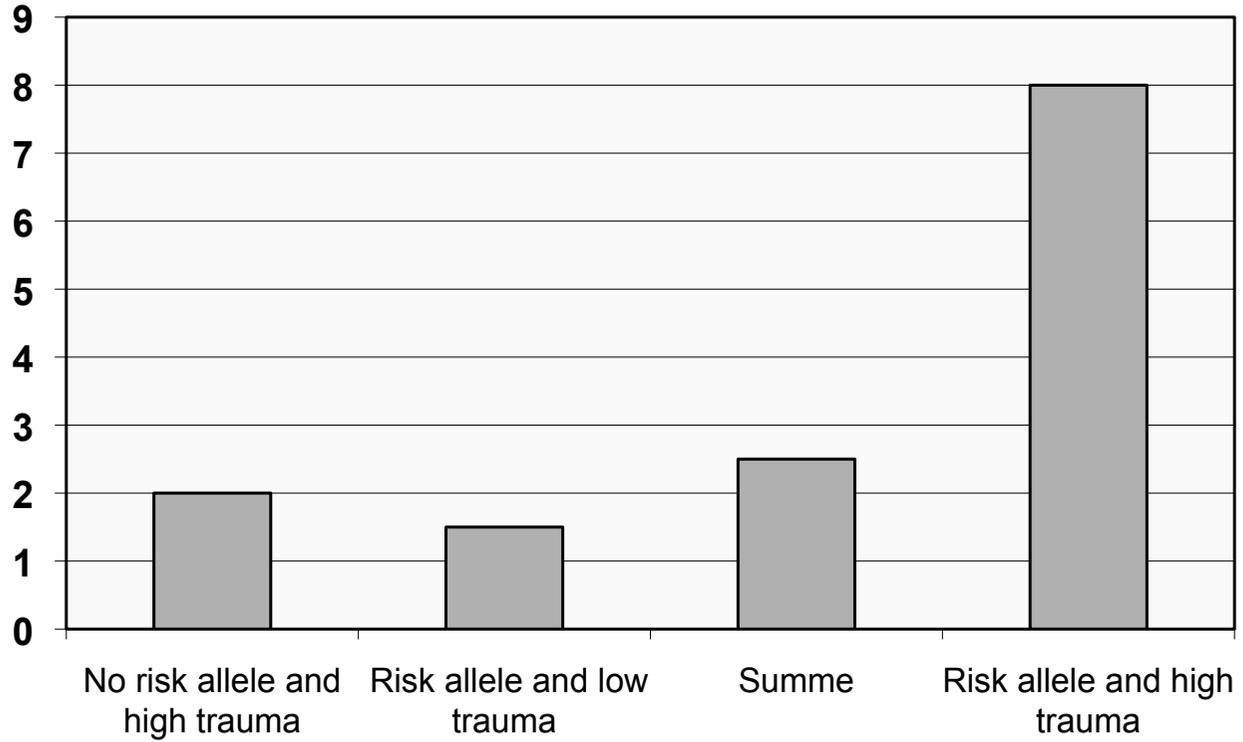
- Hochrisikogruppe: Personen mit Kindheitstrauma und geringer Resilienz
- Protektion durch Resilienz

„Physical Neglect“, Aktualtrauma und Corticotropin-Releasing-Hormone Receptor 1 (Grabe et al., 2016)



SLC6A4 x Trauma und Depression

OR



Relative Excess Risk due to Interaction (RERI) = 5.5 (95% CI: 0.8 - 18.3; p<0.05)*
2 LA-alleles versus 0 LA-alleles; *accelerated bootstrap approach with 10,000 bootstrap samples

Grabe HJ et al., 2009, 2016

Verlust und Depression: Trauerphasen als Modell

- A. Auseinandersetzung mit dem akuten Ereignis/nicht Wahrhaben wollen: Verleugnung , Schock, Entsetzen.
Dauer: Tage bis Wochen.
- B. Komplexe Emotionen: Trauer, Depressivität, Wut, Angst, Zorn, Ruhelosigkeit. Suche nach Schuldigen und eigene Schuld. Offenes vs. verdecktes Thematisieren, Symbole der Trauer. Dauer: Wochen
- C. Auseinandersetzung durch Suche, Identifikation und Abgrenzung („innerer oder äußerer Dialog“)
- D. Neuorientierung: Der Verstorbene wird zu einer biographischen Figur, die Teil einer individuellen Erinnerungskultur wird. Sinngebung.
Dauer: ca. 12 Monate

Kindstod

- > 95% plötzlich und unerwartet (Antizipation und Schock)
- nicht als Risiko im Bewußtsein repräsentiert
- mindestens 30% aller Schwangerschaften enden mit einem Abort
- 80% vor dem 6. Lebensmonat
- männliche Foeten oder Säuglinge: 60%
- Risiko: 0.17 je 1000 plötzlicher Kindstot nach Geburt und 0.5-1.2 Totgeburten
- Risiken: Alter der Mutter, frühere lebensbedrohliche Prozesse, ein Geschwisterkind bereits vorher betroffen, Frühgeburt/niedriges Geburtsgewicht, Suchtkonsum

Kindstod

- Schätzung: gestörte Trauerprozesse > 50%,
behandlungsbedürftige Depression ca. 30%
- häufig: Fehlen von Erklärungsmodellen, die das
Geschehen erklärbar werden lassen und
Vorherrschen subjektiver Konzepte oder
inadäquater ärztlicher Erklärungsmodelle mit
Vorwurfscharakter („Überlegen Sie sich mal, ob Ihr
Lebenswandel während der Schwangerschaft
angemessen war...“)

Was ist das Besondere am Tod eines Kindes (n = 123) ?

1. Plötzlich ohne Antizipationsmöglichkeit
2. Das Besondere an der Beziehung („ein Teil von mir selbst ist gestorben...“) zieht komplizierte Trauer nach sich.
3. Trauma: Flashbacks, Vermeiden von Orten
4. Infragestellung des Selbstkonzepts als Mutter oder Vater (Schuld und Scham) insbesondere bei ambivalenter Schwangerschaft, „Fehlverhalten“ in der Schwangerschaft, fehlender oder unzureichender Vater

Was ist das Besondere am Tod eines Kindes ?

5. Eine ganze Familie kann betroffen sein: Geschwister und Großeltern mit der Folge komplexer Verarbeitungsprozesse
6. Es trifft jüngere Menschen mit eher weniger Trauererfahrungen und –kompetenz
7. Neid gegenüber anderen Müttern
8. Kontakt zu Kindern reaktiviert den Schmerz
9. Fehlen von Ritualen (Beerdigung)
10. Frage der direkten Verabschiedung (Konfrontation mit dem toten Kind)

Was ist das Besondere am Tod eines Kindes ?

11. Es stellt sich am Ende die Frage nach einer weiteren Schwangerschaft ?
12. Die Langzeitfolgen für die Geschwister werden unterschätzt, u.a. „bekomme ich selbst später Kinder“ ?

Reaktionsmerkmal bleibende Vulnerabilität

Vulnerabilität bei Exposition gegenüber neuen und vergleichbaren Belastungsfaktoren bleibt 24-48 Monate erhalten (Reaktualisierung)

Die Therapie ist auf zumindest 48 Monate anzulegen.

Koinzidenz zwischen Trauer und Traumatisierung: ein „DDR-Heimkind“: Frau A., 31 Jahre alt, Köchin

- Ort: geschlossene Akutstation der Klinik
- Anlaß: Aufnahme nachts mit einer
Alkoholintoxikation und suizidal
- Szene: Bad der Station, Versuche, sich mit
einem Bademantelgürtel zu erdrosseln.
Dissoziativer Zustand: in einer anderen
Welt, unverständliche Worte.
- Diagn.: chronischer Alkoholismus,
schwere depressive Störung

Prä- peri- und postnatale Faktoren bei Frau A.

- alkoholkrank und nikotinkonsumierende Mutter (18, ungelernt), die in sozial verwaorlosten Verhältnisse und während der Schwangerschaft promisk lebt
- alkoholkranker und dissozialer Vater (18, Maurer), selbst in Heimen aufgewachsen, mit mehrfachen gewalttätigen Übergriffen in der Schwangerschaft
- komplizierte Geburt, hypoxischer Hirnschaden (?) mit späterem ADHS und LRS, geringe Größe und geringes Gewicht - „unruhiges Kind“, „schreit viel“, von Beginn an vernachlässigt (Ernährung und Fürsorge)

Bindungsgeschichte von Frau A.

- kein konsistentes Bild von den beiden Eltern, sie werden mit nicht integrierten Eigenschaften beschrieben
- durch einen Wechsel von Nähe und Distanzierung gekennzeichnete Beziehung zum Bruder (+2 Jahre), der zunächst im gleichen, später in anderen Heimen aufwächst
- kaum Erinnerungen an die Heim-Peergroup („jeder kämpfte wohl ums Überleben“)
- Erzieher als kühl, distanziert, bedrohlich, repressiv und gewalttätig beschrieben
- Versuche mit Pflegeeltern scheitern 2 x
- Ehe mit Geburt eines Sohnes mit einem alkoholkranken Heimkind, das 1 Jahr später stirbt
- anschließend durch den Bruder des Mannes prostituiert

Beziehungsabbrüche bei Frau A.

1. Herausnahme aus dem Elternhaus im 1. Lebensjahr.
2. 2.-4. Lebensjahr Kinderheim
3. 1. Pflegefamilie gemeinsam mit dem Bruder, der nach 8 Wochen ins Heim zurückgegeben wird. Pflegevater ehemaliger SS-Mann, Pflegemutter „Hexe“
4. 4. Klasse: Heim für schwer erziehbare Mädchen
5. 5.-8. Klasse Kinderheim „Juri Gagarin“ in Schönberg
6. Kurzzeitiger 2. Versuch mit einer Pflegefamilie
7. Bis zum 18. Lebensjahr Heim für schwer erziehbare Kinder in Grevesmühlen

Wochenende gelegentlich bei den Pflegeeltern..

Die 4 subjektiv bedeutsamsten Traumata bei Frau A. in der realen Welt

1. Als Strafe von den Pflegeeltern entweder über Nacht in den dunklen Keller oder bei Gewittern auf dem Dachboden eingesperrt zu werden („...seitdem habe ich Angst...“).
2. Von der Pflegemutter geschlagen zu werden, wenn der Pflegevater nicht da war und Verleugnung dieser Vorfälle durch die Pflegemutter.
3. In der Schule wegen eines Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndroms und einer Lese-Rechtsschreibschwäche bestraft zu werden, „obwohl ich es nicht besser konnte“.
4. Tod des Ehemannes („...**seitdem bin ich depressiv...**“).

Die 4 subjektiv bedeutsamsten Traumata bei Frau A. in der Heimwelt

1. Ab dem 6. Lebensjahr regelmäßiges Eingesperrtwerden in eine „Gefängniszelle“ über 48 Stunden ohne Essen und Trinken als individuelle oder kollektive Strafe, wahllos, ohne erkennbare innere Logik.
2. Massive körperliche Misshandlung durch andere Heimkinder („... die Erzieher standen manchmal lachend daneben...“).
3. Verhöhnung durch Erzieher („aus Dir wird sowieso nichts“) verbunden mit plötzlichen Gewaltübergriffen oder sexuellen Grenzüberschreitungen während der Adoleszenz (Rebellion vs. „sozialistische Persönlichkeit“)
4. Ohnmachtserfahrung („auch wenn ich mich angestrengt habe, passierte immer dasselbe“).

Frau A. heute

- Fester Partnerschaft, teilberentet, Köchin in einer psychosozialen Einrichtung, abstinent
- 28 stationären (Entgiftungs-) Behandlungen
- 10 Jahre Gruppenpsychotherapie ohne verbleibende Dissoziation, die Traumatisierungen sind als versprachlichte Narrative verfügbar
- Rekonstruktion der weiteren Lebensgeschichte durch Bearbeitung der Jugendamtsakte, Kontaktwiederaufnahme mit dem Bruder
- Verschiedene Täter (Erzieher, Bruder des Ehemannes) wurden erfolglos angezeigt („aber die wissen jetzt endlich, das sie „Scheiße“ gebaut haben“)
- Subjektive Wirkfaktoren in der Therapie: „Egal was ich gemacht habe, Sie sind bei mir drangeblieben“; gemeinsam in der Gruppe Probleme bewältigen (z.B. Besuch der alten Heime), die besondere Beziehung zu meinem Sohn (Einleitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Intervention)
- Der Sohn: heute 28 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, Koch, gesund

Therapie in der virtuellen Beziehung am Beispiel einer Lebensrückblicksinterventionen

1. Lebensbilanzannahme: Traumaerinnerungen interferieren negativ mit positiven Erinnerungen und beeinflussen zentrale Narrative
2. Traumagedächtnisannahme: Das Traumagedächtnis ist in seiner Bedeutung ungenügend strukturiert und mangelhaft in andere Erinnerungskontexte integriert
3. Sinnfindungsannahme: Es besteht eine individuelle Tendenz zur Sinnfindung insbesondere in der Verarbeitung aversiver kognitiver und emotionaler Ereignisse.



Startseite

Trauma

Behandlung

Studie

Datenschutz

Alternativen

Anmeldung

Kontakt

Impressum

Startseite

Allgemein

Einige Menschen, die traumatische Situationen durchleben, leiden später unter psychischen und körperlichen Beschwerden, die als Folge der erschütternden Ereignisse auftreten, sog. Posttraumatische Störungen. Dies sind u.a. Schlafstörungen, Gefühle von Schuld und Scham, Angst, unfreiwilliges Erinnern der Situation, Interessenverlust, Schmerzzustände und Konzentrationsschwierigkeiten.

Manchmal kommt es im Alter zu einem verstärkten Wiedererinnern und einer gedanklichen Beschäftigung mit dem Erlebten. Viele Menschen, die durch Kriegserlebnisse traumatisiert sind, haben nie oder nur bruchstückhaft über das Erlebte gesprochen.

Behandlungsangebot

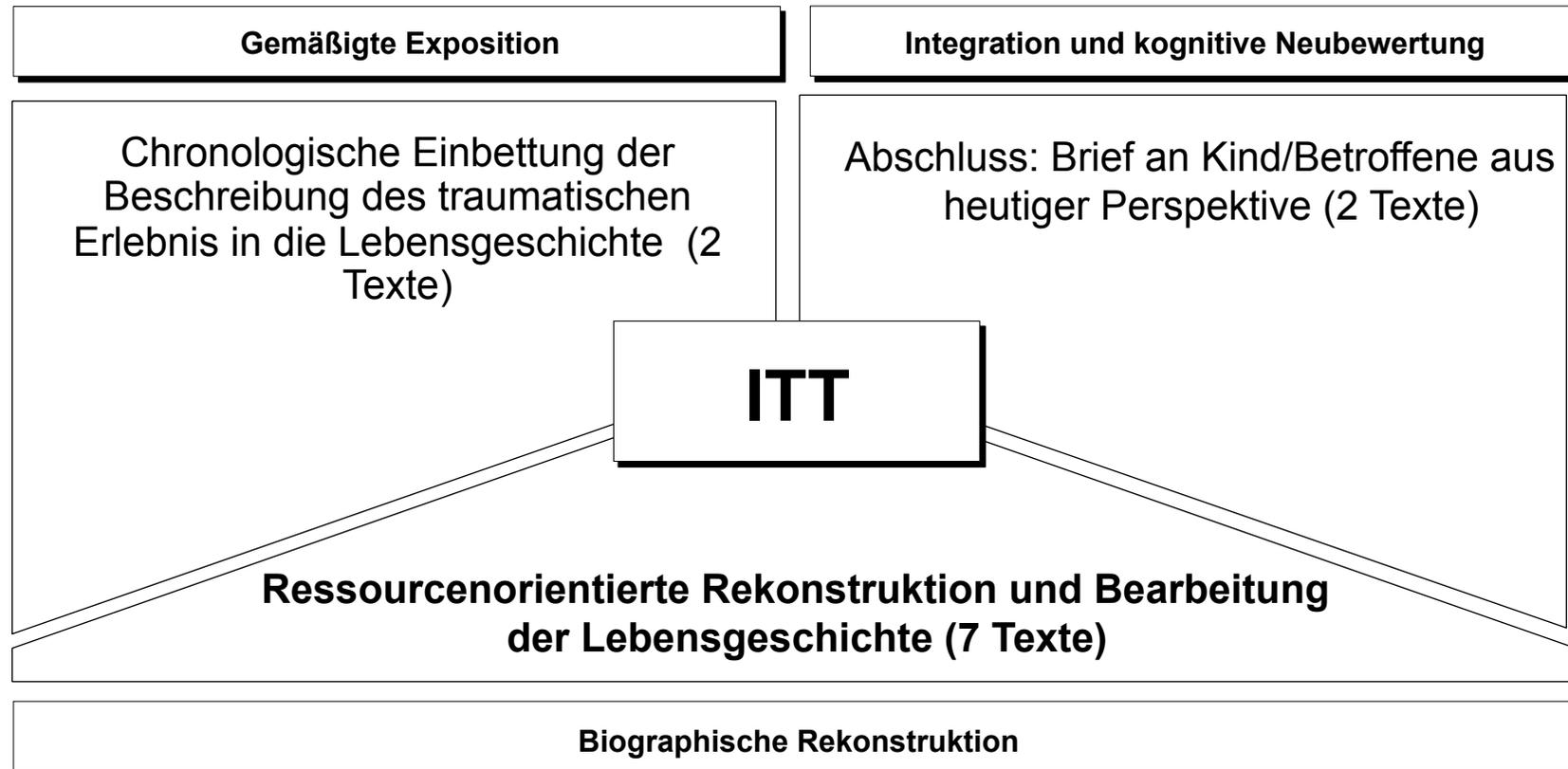
Das Behandlungsangebot richtet sich an ältere Menschen über 65 Jahre, die momentan aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse während und kurz nach Ende des II. Weltkrieges unter psychischen Langzeitfolgen leiden.

Die Therapie vereint Komponenten, die sich als sehr wirksam in der Behandlung von posttraumatischen Störungen gezeigt haben. Im Vordergrund der Therapie steht die biographische Aufarbeitung, in deren Zusammenhang das traumatische Erlebnis aus der Vergangenheit bearbeitet wird.

KlientIn und TherapeutIn kommunizieren ausschließlich über das Internet, in Ausnahmefällen auch über den herkömmlichen Briefweg oder per Fax. Die TherapeutInnen folgen dabei einem wissenschaftlich fundierten Behandlungsprotokoll, das aus strukturierten Behandlungseinheiten besteht, die jedoch auf die Situation und die Möglichkeiten des Klienten eingehen und angepasst werden. Die KlientInnen schreiben zuhause, aus ihrer vertrauten Umgebung und können so ihre Biographie und ihr Trauma in Begleitung eines Therapeuten verarbeiten.

Die Behandlung dauert sechs Wochen.

ITT: schematische Übersicht (Knaevelsrud et al., 2013)



Internetbasiertes, interaktive Programm für kriegstraumatisierte ältere Frauen

Stichprobe

| | ITT (n=45) | Warteliste (n=46) |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Geschlecht (weiblich) | 74% | 53% |
| Alter (Jahre) | M=74.4 (63-82) | M=71.8 (65-85) |
| Bildung (Jahre) | | |
| <= 10 | 51% | 40% |
| > 10 | 49% | 60% |
| Familienstand | | |
| verheiratet | 44% | 78% |
| geschieden | 40% | 7% |
| ledig | 7% | 9% |
| verwitwet | 9% | 7% |
| Indextrauma | | |
| Flucht/Vertreibung | 30% | 20% |
| Bombardierung | 19% | 39% |
| Zeugen Kriegsgräuel | 44% | 36% |
| Vergewaltigung | 7% | 5% |
| Jahre seit Trauma | M=61,2 (61-68) | M=65,2 (60-69) |

Mittelwerte (SD) und Effektstärken: PTSD

| | Prä Mean (SD) | Post Mean (SD) | 3-Follow-Up Mean (SD) | 6-Follow-Up Mean (SD) | 12-Follow-Up Mean (SD) | EffectSize (Cohen's d) Prä-post/prä-12FU |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| Posttraumatic Stress Disorder Scale Treatment group Control group | 22.4 (9.14) 21.6 (7.39) | 15.3 (9.06) 19.0 (7.25) | 14.2 (10.56) | 11.6 (9.31) | 12.2 (10.39) | 0.78 / 1.04 0.36 |
| PDS Intrusion Treatment group Control group | 6.9 (3.67) 6.1 (2.28) | 5.6 (3.45) 5.7 (3.00) | 4.4 (3.59) | 2.8 (2.86) | 3.2 (3.29) | 0.37 / 1.05 0.15 |
| PDS Vermeidung Treatment group Control group | 8.3 (4.76) 8.5 (4.50) | 4.4 (4.00) 7.2 (4.16) | 4.9 (5.55) | 4.5 (4.92) | 4.4 (5.13) | 0.89 / 0.74 0.30 |
| PDS Hyperarousal Treatment group Control group | 7.3 (3.71) 6.9 (3.29) | 4.8 (3.36) 6.1 (2.85) | 4.8 (3.31) | 4.3 (3.37) | 4.4 (3.37) | 0.71 / 0.81 0.26 |

Was ist irritierend an diesem Ansatz ?

Ist wirksam trotz

- Aufgabe der face-to-face Beziehung
- gute therapeutische Allianzmaße
- die Exposition wird in Intensität und Dauer dem Patienten überlassen, mit dem Risiko ausbleibenden Angstabfalls und Habituation
- keine relevanten Raten von dop-outs

Effektstärken für Psychotherapie, kontextuelle und spezifische Faktoren (Metaanalysen)

nach Wampold & Imel (2015); Strauß, 2016

| Faktor | Studien | Patienten | ES |
|-----------------------------------|----------------|------------------|-----------|
| Psychotherapie | >500 | >80.000 | .80 |
| Allianz | 190 | >14.000 | .57 |
| Empathie | 59 | 3599 | .63 |
| Zielkonsens/Zusammenarbeit | 15 | 1302 | .72 |
| Wertschätzung | 18 | 1067 | .56 |
| Kongruenz/Echtheit | 16 | 863 | .49 |
| Kulturelle Adaptation d. Therapie | 21 | 950 | .32 |
| Person des Therapeuten | 29+17 | 14519 | .35-.55 |
| Unterschiede zw. Treatments | 295 | >5900 | <.20 |
| Spezifische Techniken | 30 | 871 | .01 |
| Adhärenz | 28 | 1334 | .04 |
| Kompetenz für störungsspez. Th | 633 | 633 | .14 |

Die Therapie
fokussiert
Bindungs- und
Beziehungsmuster, die sich
im
therapeutischen
Prozess
reinszenieren.

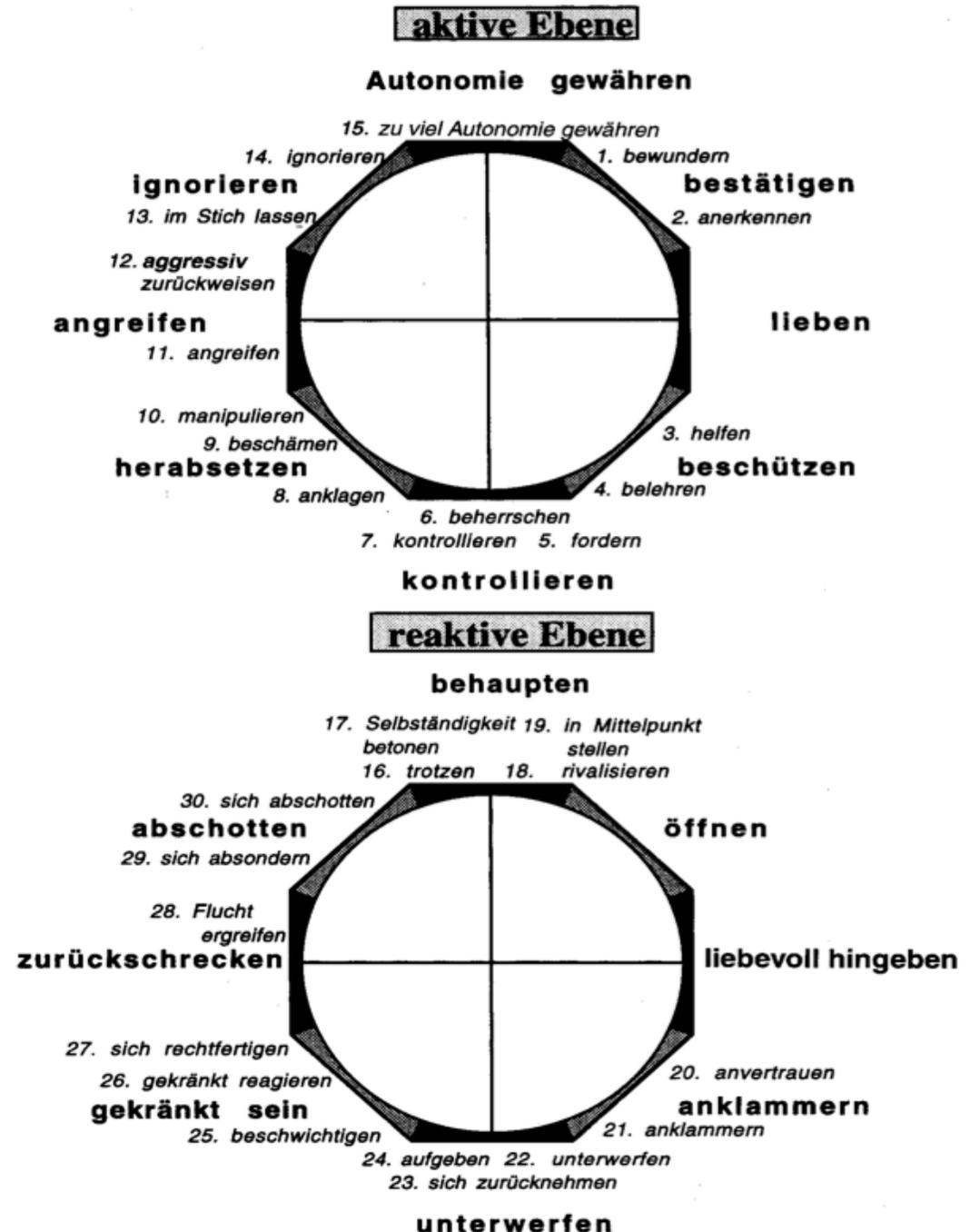


Abbildung 2: Das interpersonelle Kreismodell mit den Itemzuordnungen.

Merkmale von Feinfühligkeit – Bezüge zur therapeutischen Beziehung?

(nach Strauß, 2016)

- Wahrnehmung von kindlichen Signalen („aufmerksam im Blick“ behalten)
- „Richtiges“ Interpretieren der kindlichen Signale (nicht gefärbt durch eigene Bedürfnisse)
- „prompte“ Reaktion (vermittelt dem Säugling das Gefühl von Effektivität)
- „angemessene“ Reaktion (situations- und altersangemessen)

Zur Diskussion

Die Therapie fokussiert ...

- die Rekonstruktion früher Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen
- den Kontext und die Charakteristik der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen
- eine Dosis-Wirkungsbeziehung, die von der Erfassung neurobiologischer Merkmale mitbestimmt wird