

ORIGINALARBEITEN

Persönlichkeitserfassung als Beitrag zur Differentialdiagnostik zwischen Patienten mit ADHS und Bindungsstörung in der mittleren Kindheit

Simon A. Meier und Peter Zimmermann

Summary

Personality Assessment as Contribution to Diagnostic Differentiation Between ADHD and RAD in Middle Childhood

Early and prolonged social and emotional deprivation can result in symptoms of both ADHD and attachment disorder (RAD). The present study compares children between 7 and 13 years of age diagnosed with either ADHD or RAD, regarding their disorder specific behavior by using the Conners Rating Scale, a RAD screening scale, the overall psychopathology in the CASCAP-D, and the children's personality using the California Child-Q-sort (CCQ). The RAD group showed an increased overall psychopathology score and both increased ADHD and RAD symptomatology. In addition, they also were characterized as lower in self-regulatory personality characteristics (e. g. ego-resiliency). The results suggest that children with a RAD diagnosis do not show two comorbid disorders (RAD plus ADHD) but are characterized by an even more intense deficit of self-regulation in social and emotional contexts, compared to the children of the pure ADHD group. This should be considered in diagnosis and treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 67/2018, 510-528

Keywords

Reactive Attachment Disorder – ADHD – middle childhood – personality – ego-resiliency

Zusammenfassung

Als Folge früher und langandauernder sozioemotionaler Deprivation können Symptome von ADHS und Bindungsstörungen zeitgleich auftreten. Die vorliegende Studie vergleicht Kinder im Alter von 7-13 Jahren mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung mit solchen, die unter einer Bindungsstörung nach ICD-10 leiden. Die Gruppen werden hinsichtlich der Ausprägung der beiden Störungsbilder mit dem Conners-Fragebogen, einem Bindungsstörungen-Screening, dem CASCAP-D sowie selbstregulatorischer Persönlichkeitsmerkmale, erfasst mit

dem California-Child-Q-sort (CCQ), untersucht. Patienten mit Bindungsstörungsdiagnose zeigten eine stärkere gesamtpsychopathologische Beeinträchtigung mit stärkerer Ausprägung sowohl hinsichtlich der Symptomatik einer ADHS als auch einer Bindungsstörung als die ADHS-Gruppe. Auf Persönlichkeitsebene waren Kinder mit Bindungsstörungen ebenfalls eher stärker in ihrer Selbstregulation beeinträchtigt als die ADHS-Gruppe. Die Befunde deuten darauf hin, dass Patienten mit einer Bindungsstörung nicht komorbid zwei Störungsbilder aufweisen (Bindungsstörung plus ADHS), sondern dass die ADHS-Symptomatik durch Impulsivität und Hyperaktivität bei Kindern mit einer Bindungsstörung auf Kennzeichen extremerer Defizite der Selbstregulation in sozialen und emotionalen Kontexten hinweisen. Dies sollte in Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden.

Schlagwörter

Bindungsstörung – ADHS – mittlere Kindheit – Persönlichkeit – Ich-Flexibilität

1 Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Bindungsstörungen und ADHS in der späten Kindheit und im Jugendalter

Im klinisch-diagnostischen Alltag ist es oft schwer zu differenzieren, ob psychopathologische Phänomene, wie etwa eine ausgeprägte motorische Unruhe, eine hohe Reizoffenheit, eine gestreute Aufmerksamkeitslenkung oder eine hohe Irritier- und Ablenkbarkeit als Symptomatik einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, kurz ADHS, oder als Ausdruck einer frühen sozioemotionalen Deprivationserfahrung, wie etwa im Rahmen einer Bindungsstörung, verstanden werden können. Dies ist auch nicht unbedingt verwunderlich, da ADHS-Symptome und Bindungsstörungssymptome bei Deprivationserfahrungen in der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter zeitgleich auftreten können, und dies trotz einer Verbesserung der sozioemotionalen Fürsorge durch Adoption (Sonuga-Barke et al., 2017). Phänotypisch ähnliche Störungsbilder können jedoch im Sinne der Äquifinalität durch unterschiedliche entwicklungspsychopathologische Pfade entstehen (Cicchetti u. Rogosch, 1996), die eine wichtige Rolle bei der multimodalen Behandlung der jeweils zugrundeliegenden Erkrankung spielen könnten.

1.1 Diagnosekriterien von ADHS und Bindungsstörungen

Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sind Kardinalsymptome einer ADHS, die für die Diagnosestellung überdauernd und situationsübergreifend bei einem Patienten vorliegen müssen und die vom Alter, dem Entwicklungsstand und der Intelligenz des Betroffenen in negativer Weise bedeutsam abweichen müssen (WHO, 1992). Darüber hinaus müssen sie in verschiedenen Lebensbereichen zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen führen. Begleitet werden diese Kernsym-

ptome häufig von geringer Selbstwirksamkeit, emotionaler Labilität und aggressiven Verhaltensweisen (Newcorn et al., 2001). Mit der Modifikation der Diagnosekriterien durch die Einführung der DSM-5 wurde ADHS den neuronalen Entwicklungsstörungen zugeordnet, das Alterskriterium für den Beginn der Symptomatik wurde verändert und ab dem Alter von 17 Jahren wurde die Anzahl der geforderten Symptomen herabgesetzt (Banaschewski u. Döpfner, 2014). Demgegenüber sind typische Symptome einer reaktiven Bindungsstörung, die ihren Störungsbeginn vor dem Alter von fünf Jahren haben müssen, stark widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen, die über verschiedene soziale Kontexte hinweg auftreten (ICD-10; WHO, 1992). Die dabei auftretenden Symptome können entweder eine emotionale Störung mit einem Mangel an sozialer Reagibilität, Apathie, Unglücklichsein, Untröstbarkeit, Überängstlichkeit oder Hypervigilanz umfassen, oder sie zeigen sich in aggressiven Verhaltensweisen, insbesondere als Reaktion auf das Erleben von eigener Traurigkeit (WHO, 1992). Die Symptomatik einer Bindungsstörung mit Enthemmung umfasst hingegen ein ungerichtetes und nicht-selektives Suchen nach Nähe, das in der frühen Kindheit durch soziales Anklammerungsverhalten und ab dem Alter von vier Jahren kontextübergreifend zu zunehmend beziehungs-suchendem und unterschiedslos bzw. wahllos freundlichem Kontaktverhalten führt. Als Ursache hierfür wird Deprivation und Betreuungsdiskontinuität in der frühen Kindheit angenommen, sodass sich das Kind in seinem Bindungsverhalten nicht stabil genug auf ein vorgegebenes Fürsorgeverhalten adaptieren kann bzw. bindungslos bleibt (von Klitzing, 2009). Mit der Einführung der DSM-5 (APA, 2013) wurden auch in diesem Klassifikationssystem zwei verschiedene Störungsbilder unterschieden. Die reaktive Bindungsstörung umfasst dabei eine deprivationsbedingte, introversive Verhaltensstörung mit einer depressiven bzw. emotionalen Störung. Die enthemmte soziale Beziehungsstörung („disinhibited social engagement disorder“) verzichtet hingegen auf die Bezeichnung Bindungsstörung, da die Wahllosigkeit des enthemmten Bindungsverhaltens auch bei Patienten auftreten kann, bei denen bereits Merkmale sicherer Bindungstendenzen zu einer neuen, stabilen Bindungsperson entwickelt sein können (Zeanah u. Gleason, 2015). Im Folgenden bezieht sich die verwendete Diagnose Bindungsstörung auf die ICD-10-Kriterien. Bindungsstörungen gemäß ICD-10 oder DSM-5 stellen schwerwiegende psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters dar, während unsichere Bindungsmuster oder Bindungsdesorganisation in Familien zwar einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, diese jedoch auch in nicht-klinisch auffälligen Familien auftreten (Zimmermann u. Iwanski, 2017). Bindungsstörungen beeinflussen das Verhalten von Kindern beziehungsübergreifend und gehen mit Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und des sozioemotionalen Verhaltens einher (von Klitzing, 2009; Rutter, Kreppner, Sonuga-Barke, 2009; Meier, 2012). Als Begleiterkrankungen von Bindungsstörungen werden Aufmerksamkeitsstörungen, Sozialverhaltensstörungen, affektive Störungen, Teilleistungsstörungen sowie teilweise auch pseudoautistische Verhaltensweisen berichtet (Kennedy et al., 2016; Zeanah u.

Gleason, 2015; Meier 2012; Pritchett, Pritchett, Marshall, Davidson, Minnis, 2013). Aufgrund der vielfältigen Komorbiditäten von Bindungsstörungen (von Klitzing, 2009) mit deren häufig „überschattenden“ Symptomen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen) bedarf es zusätzlicher, gezielter und fundierter Differentialdiagnostik.

1.2 Ätiopathogenetische Pfade einer ADHS-Symptomatik im Vergleich zur Bindungsstörung

Es gibt verschiedene Entwicklungswege, die zu ADHS-Symptomen führen (Johnston u. Mash, 2001; Thapar, Cooper, Eyre, Langley, 2013). Ein solcher Entwicklungspfad basiert auf biogenetischen Faktoren mit hoher Heritabilität (Faraone et al., 2005) und Effekten genetischer Polymorphismen (Gizer, Ficks, Walmann, 2009), jedoch mit großer Variabilität in den Befunden (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke, Coghill, 2010). Ein zweiter Entwicklungspfad basiert auf den Interaktionserfahrungen zwischen dem Säugling bzw. Kleinkind und seinen Bindungspersonen. Die Qualität der gemeinsamen Aufmerksamkeitsregulation und der Autonomieunterstützung spielen eine wichtige Rolle in der Entwicklung der exekutiv-kognitiven Fähigkeiten von Kindern (Bernier, Carlson, Whipple, 2010). Untersuchungen aus der Bindungsforschung zeigen, dass unsichere Bindungsmuster und Bindungserfahrungen die Aufmerksamkeitsregulation und die exekutiven Funktionen von Kindern nachhaltig negativ beeinflussen. Sie sagen geringere Ausdauer und Konzentration im Spiel und geringere Leistungen in exekutiven Funktionstests vorher (Suess, Grossmann, Sroufe, 1992; Bernier, Carlson, Deschênes, Matte-Gagné, 2012; Matte-Gagné et al., 2017). Intrusives Verhalten von Müttern während des gemeinsamen Spiels ist ein Prädiktor für spätere Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme (Carlson, Jacobvitz, Sroufe, 1995), wobei bidirektionale Prozesse ebenfalls auftreten (Johnston u. Mash, 2001). Auch andere Studien zeigen unterschiedliche Entwicklungspfade zu ADHS. Manche Kinder mit ADHS-Symptomen weisen spezifische exekutive Funktionsdefizite auf, bei anderen Kindern mit ADHS-Symptomen steht jedoch eine geringe Qualität der Mutter-Kind-Beziehung als kausaler Faktor im Vordergrund (Roskam et al., 2014; Schloss, Neff, Becker, Pauli-Pott, 2016).

Sozioemotionale Interaktionserfahrungen von Kindern können somit bereits in Nicht-Risikofamilien mit ADHS-Symptomen einhergehen. Eine frühe sozioemotionale Deprivation kann jedoch noch nachhaltigere und teils irreversible Spuren in der neurobiologischen Entwicklung hinterlassen (Rutter u. O'Connor, 2004; Stevens et al., 2009; Zeanah u. Gleason, 2015). Dies schlägt sich dann phänomenologisch in Symptomen sowohl einer ADHS als auch einer Bindungsstörung nieder (Rutter et al., 2009). Die Häufigkeit von misshandelten Kleinkindern einer Hochrisikostichprobe, welche die Kriterien einer Bindungsstörung erfüllen, liegt bei circa 40 %, wenn ein Elternteil auch psychisch erkrankt ist noch höher (Zeanah et al., 2004). Die Prävalenzrate für Bindungsstörungen nach einem Elternscreening liegt bei 1,4 % (Minnis et al., 2013), ist aber möglicherweise durch komorbide Diagnosen wie ADHS überdeckt (Pritchett et al., 2013).

Somit stellt sich die Frage, wie beide Störungsbilder neben einer möglichen Differenzierung anhand einer frühen Deprivationsgeschichte des Kindes unterscheidbar sind. Hier könnte die Selbstregulationsfähigkeit der Kinder ein wichtiger Faktor sein.

2 Selbstregulationsfähigkeit als Persönlichkeitsmerkmal bei ADHS und Bindungsstörung

Sowohl bei ADHS als auch bei Bindungsstörungen zeigen die diagnostischen Kennzeichen der ICD-10, dass ein Selbstregulationsdefizit vorliegt. In einem transaktionalen Entwicklungsmodell das kumulative und wechselseitige Effekte von Umwelterfahrungen (z. B. Beziehungserfahrungen), genetischer Prädisposition (z. B. dopaminerge Polymorphismen) und bereits entwickelter Struktur der Person (z. B. Persönlichkeit, Aufmerksamkeit, Sozialverhalten) mit einbezieht (Sameroff, 2010), kann man nun prüfen, ob Persönlichkeitsmaße, die die Selbstregulation erfassen bei den beiden Störungsbildern unterschiedlich sind.

Die Persönlichkeitsdimensionen Ich-Flexibilität („ego-resiliency“) und Ich-Kontrolle („ego-control“) sind für die Vorhersage von psychischen Störungen empirisch gut bestätigt, da sie die Selbstregulations- und Anpassungsfähigkeit eines Individuums erfassen (Block u. Block, 1980). Ich-Kontrolle umfasst die habituelle Verhaltenskontrolle zwischen den beiden Extremen der Unterkontrolle, das heißt sehr geringer Kontrolle eigener Impulse, Bedürfnisse und Emotionen und sehr geringer Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (ego-undercontrol) und der Überkontrolle, das heißt konstanter Kontrolle und Hemmung eigener Impulse und Bedürfnisse mit starkem Belohnungsaufschub bis zur Selbsteinschränkung und starker Anpassung an äußere Vorgaben und Zwänge (ego-overcontrol). Die zweite Persönlichkeitsdimension, die Ich-Flexibilität kennzeichnet die Fähigkeit, das Ausmaß der eigenen Kontrolle von Impulsen, Bedürfnissen und Emotionen effektiv an die aktuelle Situation anzupassen und stressresistent zu sein (Block u. Block, 1980). Personen mit niedriger Ich-Flexibilität haben entweder sehr hohe oder sehr niedrige Ausprägungen an Ich-Kontrolle (Asendorpf u. van Aken, 1999). Kinder und Jugendliche mit hoher Ich-Flexibilität zeigen zeitgleich und prädiktiv weniger Problemverhalten (Huey u. Weisz, 1997; White et al., 1994; Hofer, Eisenberg, Reiser, 2010), seltener Drogenkonsum (Oshri, Rogosch, Burnette, Cicchetti, 2011) und sind in ihrer schulischen Laufbahn erfolgreicher. Kinder mit ADHS-Diagnosen zeigen hingegen eine geringe Ich-Flexibilität (Martell u. Nigg, 2006; Martell, Nigg, von Eye, 2009).

Erziehung und Beziehungserfahrungen beeinflussen die Entwicklung von Ich-Flexibilität. So sagt eine sichere Bindungsqualität in der frühen Kindheit eine höhere Ich-Flexibilität im Vorschulalter im Vergleich zu Kindern mit unsicherer Bindung vorher (Urban, Carlson, Egeland, Sroufe, 1991). Auch im Jugendalter geht eine sichere Bindungsrepräsentation mit erhöhter Ich-Flexibilität einher (Kobak u. Sceery, 1988; Zimmermann, Gliwitzky, Becker-Stoll, 1996; Zimmermann, 2007). Misshandelte Kinder hingegen zeigen eine geringe Ich-Flexibilität, die sich langfristig in der Symptoma-

tik einer expansiven Verhaltensstörung wie z. B. ADHS niederschlagen kann (Kim, Cicchetti, Rogosch, Manly, 2009). Auch pathogene Fürsorge bei psychisch kranken Eltern beeinflusst Ich-Flexibilität im Schulalter negativ (Kersten-Alvarez et al., 2012). Unsichere Bindung, aber auch Kindesmisshandlung gehen somit mit geringerer Effektivität der Selbstregulation des Kindes, also geringer Ich-Flexibilität, einher. Für Bindungsstörungen ist dies bislang noch ungeklärt.

3 Ziele der vorliegenden Studie

Die Befunde zu den Auswirkungen früher und schwerwiegender sozioemotionaler Deprivationserfahrungen auf die Entwicklung einer persistenten ADHS-Symptomatik und Bindungsstörungssymptomatik bis ins Erwachsenenalter legen nahe, dass bei manchen Kindern und Jugendlichen beide Symptome auf Defizite der emotionalen Fürsorge zurückzuführen sind. Die Wahrscheinlichkeitsrate, nach einer schweren frühkindlichen Deprivationserfahrung im Jugend- oder Erwachsenenalter an einer ADHS-Erkrankung zu leiden, ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das vier- bis siebenfache erhöht (Kennedy et al., 2016). Gleichzeitig ist eine langfristig persistierende ADHS-Symptomatik nicht die einzige psychopathologische Folge frühkindlicher Misshandlung bzw. Deprivation. Eine große Vielfalt an psychiatrischen Erkrankungen im Sozialverhalten, in der Affektregulation, in der sozialen Reziprozität und in der Persönlichkeitsentwicklung kann als zusätzliche Folge auftreten und die Phänomenologie einer Bindungsstörung umfassen (von Klitzing, 2009). Auf der anderen Seite sind frühkindliche Misshandlungs- bzw. Deprivationserfahrungen keine Voraussetzungen zur Entwicklung einer ADHS, da biogenetische Wirkfaktoren auf eine hohe Vererbbarkeit hindeuten. Wenn bereits eine unsichere Bindung zu Defiziten in der Selbstregulation von Aufmerksamkeit und Impulsen führt, kann man davon ausgehen, dass dies bei Bindungsstörungen noch intensiver der Fall ist, aber mit der Symptomatik einer ADHS verwechselt werden kann, die ja gerade durch ein solches Defizit gekennzeichnet ist. Folglich muss es in einer angestrebten Verbesserung der Differentialdiagnostik darum gehen, im Kontinuum zwischen einer biogenetisch vermittelten ADHS und ADHS-Symptomen bei gegebener Bindungsstörung zu unterscheiden. Zu dieser Differenzierung sollen Persönlichkeitsvariablen zur Erfassung der Selbstregulations- und Steuerungsfähigkeit herangezogen werden, da diese unter Deprivation als stark beeinträchtigt angenommen werden. Konkret werden folgende Fragestellungen geprüft:

1. Unterscheiden sich Kinder mit der Diagnose Bindungsstörung von Kindern mit der Diagnose ADHS im Schweregrad der (a) ADHS-Symptomatik im Screening, (b) Bindungsstörungssymptomatik im Screening und (c) dem Schweregrad ihrer gesamten Psychopathologie im standardisierten psychopathologischen Befund?
2. Zeigen Kinder mit Bindungsstörungen im Vergleich zu Kindern mit ADHS-Diagnose auffälliger Werte in Persönlichkeitsmerkmalen, welche die Selbstregulation

in verschiedenen Bereichen erfassen, wie Ich-Flexibilität, Ich-Kontrolle, Feldunabhängigkeit, Aggressivität oder Ängstlichkeit?

3. Lassen sich typische Persönlichkeitsmerkmale der beiden klinischen Gruppen deskriptiv unterscheiden, die in der Praxis die Unterschiede der Kinder für die Diagnose verdeutlichen?

4 Stichprobe und Methoden

Die untersuchte Stichprobe besteht aus 79 Kindern im Alter von 7-13 Jahren (80 % männlich), die entweder stationär oder teilstationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, und aus Kindern, die in Kinderheimen lebten. Die Kinder wurden alle ausführlich fachärztlich kinder- und jugendpsychiatrisch nach ICD-10 (WHO, 1992) diagnostiziert, unter Einbezug anamnestischer, testpsychologischer und verlaufdiagnostischer Erkenntnisse aus der Behandlung. Bei 38 Kindern wurde eine Bindungsstörung diagnostiziert (N = 20 mit F94.1 und N = 18 mit F94.2). Bei 41 Kindern wurde eine AD(H)S diagnostiziert (N = 8 mit F98.8, N = 26 mit F90.0 und N = 7 mit F90.1). Die Diagnosen waren unabhängig von Alter und Geschlecht der Kinder verteilt, beide Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Merkmals Intelligenz nicht signifikant voneinander. Die Untersuchung fand in den Räumlichkeiten einer Kinder- und Jugendpsychiatrie oder des betreuenden Kinderheims statt. Der jeweils behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater füllte den Conners-Fragebogen und den psychopathologischen Befund nach CASCAP-D, der jeweilige Bezugsbetreuer der Kinder das Screening zu Bindungsstörungen aus. Zwei Untersucher beschrieben die Persönlichkeit der Kinder anhand des CCQs auf Grundlage deren Verhaltens während Reaktionstests, Interviews und im Sozialverhalten bei Unkenntnis der Diagnose (vgl. Meier, 2012).

4.1 Conners-Rating- Scale (Kurzversion)

Die Conners-Rating-Scale ist ein Standardverfahren zur Beurteilung kindlicher ADHS-Symptomatik. Hier wurde die Kurzversion des Elternfragebogens mit 27 Items genutzt (Conners, Sitarenios, Parker, Epstein, 1998), mit dem Gesamtwert der Schwere der ADHS-Symptomatik und den Unterskalen Hyperaktivität, oppositionelles Verhalten, kognitive Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme. Jedes Item wird auf einer vierstufigen Skala von null („nicht vorhanden“) bis drei („durchgängig vorhanden“) hinsichtlich der Ausprägungsintensität bewertet. Der Durchschnittswert aller Items entspricht dem Schweregrad der ADHS-Symptome. In früheren Untersuchungen waren die Kennwerte für interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität und Validität sehr gut (Conners et al., 1998). In dieser Untersuchung liegt die interne Konsistenz des Gesamtwerts bei Cronbachs $\alpha = 0,96$.

4.2 Fragebogen zum Screening von Bindungsstörungen

Der Fragebogen zum Screening von Bindungsstörungen (Zimmermann u. Meier, 2009) wurde im Rahmen der Studie entwickelt, ersetzt aber keine klinische Diagnose. Er besteht aus 25 Items, die auf einer Skala von (1) Symptom trifft nicht zu bis (4) Symptom ist stark ausgeprägt eingeschätzt werden. Die Items sind aus der ICD-10-Beschreibung von Bindungsstörungen und den Kriterien von Zeanah und Smyke (2008) abgeleitet. Typische Items sind z. B. Erstarren im Kontakt mit einer Bindungsperson, abrupte aggressive Durchbrüche als Anzeichen emotionaler Dysregulation, Hypervigilanz oder Apathie. Die interne Konsistenz beträgt Cronbachs $\alpha = 0,91$.

4.3 CASCAP-D

Die deutsche Version der Clinical Assessment Scale for Children and Adolescent Psychopathology, kurz CASCAP-D (Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl, Steinhilber, 1999) erfasst in standardisierter Weise die vorliegende aktuelle Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen. Sie beinhaltet 99 Einzelitems, die auf einer vierstufigen Skala von null („nicht vorhanden“) bis drei („ausgeprägt vorhanden“) bewertet werden. In dieser Studie wird der Gesamtwert als Indikator für den Schweregrad der Beeinträchtigung berechnet, mit einer internen Konsistenz von Cronbachs $\alpha = 0,69$.

4.4 California Child-Q-sort (CCQ)

Der California Child Q-sort (Block u. Block, 1980) ist ein Verfahren zur Erfassung der Persönlichkeit bei Kindern und Jugendlichen. Hierbei werden 100 Karten mit Eigenschaftsbeschreibungen nach einer festen Verteilung auf einer Neun-Punkte-Skala nach der Typizität für das Kind sortiert. Die individuellen Q-Sorts werden mit Prototypen korreliert und der Korrelationskoeffizient als Rohwert pro Proband für die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen (Prototypizität) genutzt, mit einem Wertebereich von +1 bis -1. Es wurden die Prototypen für „Ich-Flexibilität“, „Mangelnde Selbstkontrolle“ und „Feldunabhängigkeit“ von Block und Block (1980), sowie für „Aggressivität“ und „Ängstlichkeit“ von Zimmermann und Scheuerer-Englisch (2013) genutzt. Zusammenhänge zur CBCL in einer KJP-Stichprobe zeigen deren Validität (Zimmermann u. Scheuerer-Englisch, 2013).

Ich-Flexibilität (ego-resiliency) ist die Fähigkeit, die Kontrolle eigener Handlungsimpulse, Emotionen oder Bedürfnisse situationsangemessen anzupassen. Hohe Werte sind als Stressresistenz und Belastbarkeit zu interpretieren. Mangelnde Selbstkontrolle (Ego-underrcontrol) beschreibt die Neigung, Handlungsimpulse und Bedürfnisbefriedigung kaum kontrollieren zu können und unmittelbar belohnungsabhängig zu reagieren. Feldunabhängigkeit charakterisiert Kinder, die sich im sozialen Umfeld eine eigene Meinung erhalten und diese in sozialen Kontakten umsetzen. Ängstlichkeit

charakterisiert die Neigung schnell Angst zu erleben und sich zurückzuziehen. Aggressivität zeigt sich in Feindseligkeit oder unkontrolliertem Ärgerausdruck. Die Test-Retest-Reliabilität ist hoch (Zimmermann u. Scheuerer-Englisch, 2013).

5 Ergebnisse

5.1 Conners-Rating-Scale

Um geringfügige Altersunterschiede zwischen beiden klinischen Gruppen sowie Alterseffekte hinsichtlich Psychopathologie und Persönlichkeit zu kontrollieren, wurde in sämtlichen Analysen das Alter der Probanden als Kovariate einbezogen. Bedeutsame Geschlechtseffekte zeigten sich nicht.

Eine ANOVA mit dem Faktor Klinische Diagnose (Bindungsstörung vs. ADHS) und dem Gesamtcore der Conners-Skala als abhängiger Variable und Alter als Kovariate ergab einen signifikanten Haupteffekt ($F(1,76) = 9,57, p = .003$) mit einem höheren Gesamtcore der Bindungsstörungsgruppe (vgl. Tab. 1). Eine MANOVA zur Prüfung von Unterschieden der beiden klinischen Gruppen für die Subskalen Hyperaktivität, oppositionelles Verhalten, kognitive Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme mit Alter als Kovariate ergab einen signifikanten Haupteffekt ($F(4,72) = 3,09, p = .021$). Univariate Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede für Hyperaktivität ($F(1,75) = 7,39, p = .008$) und oppositionelles Verhalten ($F(1,75) = 10,93, p = .001$). Die Gruppe mit einer Bindungsstörung (BS) wies im Gesamtcore, wie auch in den Subskalen Hyperaktivität und Oppositionelles Verhalten somit mehr ADHS-Symptome auf als die Gruppe mit ADHS-Diagnose (s. Tab. 1). Für Kognition und Aufmerksamkeit ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Patienten mit einer reaktiven BS und enthemmter BS nach ICD-10 unterschieden sich nicht in der Conners-Skala.

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen des Conners-Ratingbogens (Beeinträchtigungssintensität zwischen 0 und 3) und des Bindungsstörungsscreenings für die beiden klinischen Gruppen

Conners-Skalen	Bindungsstörung	ADHS
Gesamtsskala	1,81 (0,63)	1,36 (0,56)**
Hyperaktivität	1,44 (0,77)	0,89 (0,76)**
Oppositionelles Verhalten	1,85 (0,82)	1,16 (0,83)**
Kognitive Probleme	1,95 (0,62)	1,66 (0,59)
Aufmerksamkeitsprobleme	2,07 (0,62)	1,85 (0,65)
Bindungsstörungsscreening		
Bindungsstörungssymptomatik	2,04 (0,47)	1,53 (0,46)***

** $p < .01$, *** $p < .0001$ (Bindungsstörung vs. ADHS)

5.2 Screening von Bindungsstörungen

Eine ANOVA mit dem Faktor Klinische Diagnose (BS vs. ADHS), dem Gesamtwert des Bindungsstörungsscreenings als abhängiger Variable und Alter als Kovariate ergab einen signifikanten Haupteffekt ($F(2,76) = 21,32, p < .0001$). Die Diagnosegruppe BS zeigte im Screening signifikant mehr Merkmale einer Bindungsstörung als die ADHS-Gruppe. Patienten mit einer reaktiven BS und einer BS mit Enthemmung nach ICD-10 unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

5.3 Psychopathologischer Befund

Eine ANOVA mit dem Faktor klinische Diagnose (BS vs. ADHS), dem Gesamtwert der CASCAP-D als abhängiger Variable und Alter als Kovariate ergab für die BS-Gruppe ein signifikant höheres Maß an Gesamtpsychopathologie als für die ADHS-Gruppe ($F(2,76) = 16,44, p < .0001$).

5.4 California Child-Q-sort (CCQ)

Eine MANOVA mit Ich-Flexibilität, mangelnder Selbstkontrolle, Feldunabhängigkeit, Aggressivität und Angst als abhängigen Variablen und klinischer Diagnose (BS vs. ADHS) als unabhängigen Faktor sowie Alter als Kovariate ergab einen signifikanten Haupteffekt für die klinische Diagnose ($F(5,72) = 4,63, p = .001$). Univariate Post-hoc-Tests mit Alter als Kovariate zeigten signifikante Haupteffekte für Ich-Flexibilität ($F(1,76) = 7,80, p = .007$), mangelnde Ich-Kontrolle ($F(1,76) = 17,08, p < .0001$), Feldunabhängigkeit ($F(1,76) = 7,32, p = .008$) und Aggressivität ($F(1,76) = 20,96, p < .0001$). Hinsichtlich Ängstlichkeit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Patienten mit Bindungsstörung zeigten eine signifikant geringere Ich-Flexibilität und Feldunabhängigkeit und signifikant höhere Werte in mangelnder Selbstkontrolle und Aggressivität im Vergleich zu Patienten mit ADHS-Diagnose (s. Tab. 2, folgende Seite). Zum deskriptiven Vergleich sind Werte einer nicht-klinischen, altersgleichen Kontrollstichprobe aus der Studie von Zimmermann und Scheuerer-Englisch (2013) aufgeführt. Die Werte für Ich-Flexibilität und Feldunabhängigkeit sind in der Kontrollgruppe deutlich höher und für Aggressivität und Ängstlichkeit deutlich niedriger als in beiden klinischen Gruppen. Der Wert für mangelnde Ich-Kontrolle der Kontrollgruppe ist vergleichbar dem Wert der ADHS-Gruppe, beide deutlich höher als bei der BS-Gruppe.

5.5 Ergänzende Analyse

Unterschiede in einzelnen CCQ-Items, wie sie in der Tradition der Persönlichkeitsmessung mit Q-Sorts zur Veranschaulichung genutzt werden, werden in Tabelle 3 (über nächste Seite) berichtet. Es zeigen sich signifikante Unterschiede der beiden Gruppen bzw. der Untergruppe gehemmter Bindungsstörung im Vergleich zu ADHS und der

Untergruppe enthemmter Bindungsstörung im Vergleich zu ADHS. Die Stichprobengröße schränkt die Power ein, sodass die Unterschiede bis zu einem Signifikanzniveau bis $p < .05$ berichtet werden, um für die Praxis die Unterschiede zu illustrieren. Will man die Ergebnisse konservativer interpretieren, so ist bei einer Bonferroni-Korrektur von signifikanten Unterschieden ab $p < .005$ und einer Tendenz ab $p < .01$ auszugehen. Die Items zeigen, dass Kinder mit ADHS-Diagnosen in den Bereichen Selbstregulation und Sozialverhalten lediglich im mittleren Bereich (Skalenwert 5) der 9-Punkte Skala liegen, also wie erwartet eine eher geringe Selbstregulation und Probleme im Sozialverhalten aufweisen. Die Kinder mit einer diagnostizierten Bindungsstörung sind jedoch in all diesen Items deutlicher an den Extremen der jeweiligen Verhaltensweisen. Sie handeln deutlich weniger planvoll, sind deutlich weniger ausdauernd, handeln emotional unangebracht und sind weniger durch Erklärungen oder Appelle an ihre Vernunft oder Moralvorstellungen steuerbar als Kinder mit ADHS-Diagnosen. Gleichzeitig sind sie anderen Personen gegenüber unbeständiger, weniger rücksichtsvoll, bauen weniger vertrauensvolle Beziehungen auf und reizen deutlich mehr ihre Grenzen aus als Kinder mit ADHS-Diagnosen. Gerade Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung sind weniger offen, einfühlsam und geben eigene Gefühle und negative Erfahrungen im Vergleich zu Kindern mit ADHS-Diagnose nicht zu. Kinder mit enthemmter Form der Bindungsstörung sind noch weniger gehemmt, scheu oder unbeschwert als Kinder mit ADHS-Symptomatik und noch weniger lange vertieft in ihre Tätigkeit.

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Persönlichkeitsvariablen für die beiden klinischen Gruppen und einer nicht-klinischen Kontrollgruppe

CCQ-Skalen	Bindungsstörung	ADHS	Kontrollgruppe
Ich-Flexibilität	-.30 (.23)	-.12 (.30)**	.51 (.13)
Mangelnde Selbstkontrolle	.34 (.25)	.09 (.24)**	.07 (.12)
Feldunabhängigkeit	-.29 (.25)	.14 (.24)**	.28 (.15)
Aggressivität	.47 (.27)	.15 (.32)**	-.21 (.13)
Ängstlichkeit	.07 (.23)	.08 (.23)	-.27 (.14)

** $p < .01$; Bindungsstörung vs. ADHS; Kontrollgruppe zum Vergleich (aus Zimmermann u. Scheuerer-Englisch, 2013)

Die Unterschiede in den Einzelitems illustrieren, dass Kinder beider Diagnosegruppen durch Selbstregulationsprobleme in vielen Bereichen gekennzeichnet sind, jedoch das Ausmaß dieser Selbstregulationsdefizite sowie die Möglichkeit der externen Steuerung der Kinder mit der Diagnose Bindungsstörung im Alltag für Betreuungspersonen überaus herausfordernd ist.

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen einzelner CCQ-Items für die beiden klinischen Gruppen mit ADHS und Bindungsstörung allgemein (BS) bzw. den gehemmten (BS-G) und enthemmten Subtyp (BS-E)

CCQ-Item	ADHS	BS	p
	M (SD)	M (SD)	
Ist aufmerksam und rücksichtsvoll gegenüber anderen Kindern	4.07 (2.25)	2.16 (1.24)	<.001
Hat flüchtige zwischenmenschliche Beziehungen	4.98 (2.30)	7.41 (2.71)	<.001
Baut echte und gute Beziehungen auf	4.17 (1.94)	1.76 (1.64)	<.001
Handelt vernünftig ; ist für Vernunft zugänglich	5.63 (1.98)	3.62 (1.93)	<.001
Ist ausdauernd, gibt nicht leicht auf	4.00 (2.53)	2.08 (1.16)	<.001
Handelt planvoll, denkt vorher nach	4.68 (2.61)	2.30 (1.56)	<.001
Ist verträumt.	4.78 (2.53)	3.11 (2.15)	<.001
Ist vertrauenswürdig , zuverlässig	5.61 (2.41)	3.40 (1.92)	<.001
Zeigt Interesse für moralische Belange, z.B. Fairness	4.95 (2.58)	3.35 (1.86)	<.01
Kommt mit anderen Kindern gut aus	3.71 (2.34)	2.27 (1.15)	<.01
Drückt negative Gefühle gegenüber Gleichaltrigen direkt aus	4.56 (2.54)	6.32 (2.29)	<.01
Versucht den Spielraum des Erlaubten auszudehnen	5.58 (2.87)	7.41 (2.71)	<.01
Verhält sich emotional unangemessen (übertrieben, nicht folgerichtig)	6.09 (2.87)	7.81 (1.35)	<.01
	ADHS	BS-G	p
	M (SD)	M (SD)	
Zeigt Verständnis für die Gefühle anderer	5.39 (2.38)	2.70 (1.26)	<.001
Ist offen und aufrichtig	5.20 (2.32)	3.60 (1.79)	<.01
Kann unangenehme Erfahrungen und Gefühle zugeben u. anerkennen	4.09 (2.48)	2.35 (1.84)	<.05
Ist freundlich und einfühlend	5.66 (2.49)	4.10 (1.92)	<.05
Nimmt andere in Schutz	5.05 (2.19)	3.60 (1.79)	<.05
Teilt gerne mit anderen Kindern, kann Dinge hergeben	4.49 (1.45)	3.60 (1.31)	<.05
Gibt bei Konflikten mit anderen nach, steckt zurück	4.09 (2.51)	2.40 (1.96)	<.05
Ärgert andere Kinder	6.09 (2.44)	7.45 (1.67)	<.05
Neigt unter Stress dazu, starr zu werden	5.56 (2.73)	7.35 (1.46)	<.05
Fühlt sich selbst unwürdig, stuft sich selbst als „schlecht“ ein	4.46 (2.38)	6.05 (1.64)	<.05
Ist geltungsbedürftig, besteht auf Anerkennung seiner Rechte	4.59 (2.52)	6.15 (2.11)	<.05
	ADHS	BS-E	p
	M (SD)	M (SD)	
Sucht Körperkontakt mit anderen (Umarmen, Hand halten)	3.68 (2.27)	6.61 (1.72)	<.001
Versucht andere zu manipulieren (mit Charme, Schüchternheit etc.)	4.0 (2.43)	6.72 (2.19)	<.001
Ist gehorsam und gefügig	4.61 (2.45)	2.56 (1.85)	<.01
Ist emotional ausdrucksvoll	4.15 (2.59)	6.28 (2.08)	<.01
Kann Bedürfnisse nicht aufschieben oder auf Belohnungen warten	6.09 (2.13)	7.72 (1.49)	<.01
Ist gehemmt, selten ungezwungen	5.37 (2.89)	2.83 (2.75)	<.05
Ist scheu und zurückgezogen	4.29 (2.45)	2.28 (1.93)	<.05
Ist ruhig, ein bequemes Kind	2.88 (2.43)	1.44 (0.70)	<.05
Vertieft sich ganz in die eigene Tätigkeit	4.49 (2.69)	2.78 (1.86)	<.05
Denkt und überlegt bevor er/ sie spricht oder handelt	4.12 (2.57)	2.39 (2.03)	<.05
Ist vital, voller Tatendrang, körperlich aktiv	5.41 (5.12)	7.17 (2.04)	<.05
Zeigt körperliche Symptome als Folge von Konflikten	5.12 (2.42)	6.83 (1.86)	<.05

9-Punkte-Skala, 1: sehr untypisch; 5: mittlere Ausprägung; 9: sehr typisch

6 Diskussion

Eine Reihe an Längsschnittstudien zeigt, dass längere sozioemotionale Deprivation im Kleinkind- und Vorschulalter zu langandauernden Symptomen von ADHS und Bindungsstörungen (BS) führen können (Zeanah u. Smyke, 2008; Kennedy et al., 2016). ADHS und BS können also parallel auftreten, sodass möglicherweise bei einem zu starken Fokus auf der ADHS-Symptomatik in der Diagnostik eine parallel vorhandene Bindungsstörung nicht erkannt wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Kinder mit einer diagnostizierten BS nach ICD-10-Kriterien noch signifikant höhere Werte in der Conners-Skala zum Screening von ADHS-Symptomen aufweisen als Kinder mit einer klinischen ADHS-Diagnose. Eine Analyse der Subskalen der Conners-Skalen zeigt spezifisch für Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten signifikant erhöhte Werte bei gegebener Bindungsstörung im Vergleich zu ADHS, nicht jedoch für kognitive Probleme oder Aufmerksamkeitsprobleme. Würde man die Kinder anhand des Conners-Gesamtwerts also einer klinischen Gruppe zuweisen wollen, so würde man den bindungsgestörten Kindern nicht gerecht werden. Letztere zeigen darüber hinaus auch noch signifikant erhöhte Werte im Gesamtstörungsindex des psychopathologischen Befundes und im Bindungsstörungsscreening. Somit sind bindungsgestörte Kinder insgesamt klinisch auffälliger und zeigen auch Symptome von ADHS, wie in der Literatur wiederholt bei früh sozial und emotional deprivierten Kindern berichtet (Zeanah u. Smyke, 2008). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind jedoch nur bei der Verhaltensregulation bedeutsam, wo bindungsgestörte Kinder deutlich mehr Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten zeigen als dies bei Kindern mit einer ADHS-Diagnose ohnehin zu finden ist. Dies und die insgesamt erhöhte Psychopathologie der Kinder mit BS scheint darauf hinzudeuten, dass diese nicht nur komorbid zwei Störungsbilder aufweisen (Bindungsstörung plus ADHS), sondern dass die ADHS-Symptomatik mit Impulsivität und Hyperaktivität bei Kindern mit BS auf intensivere Defizite der Selbstregulation hinweist, die möglicherweise spezifisch im sozialen Kontext ausgelöst werden.

Die Ergebnisse zu Persönlichkeitsunterschieden der Kinder verdeutlichen, dass bindungsgestörte Kinder intensiver solche Verhaltenstendenzen zeigen, wie sie üblicherweise Kindern mit ADHS zugeschrieben werden. Die Ich-Flexibilität, also die Fähigkeit, eigene Impulse, Wünsche und Emotionen situationsgerecht zu regulieren, ist bei Kindern mit einer ADHS-Diagnose deutlich defizitär, wie der Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigt. Ähnliches gilt für die Regulation von Aggression und Angst. Die Gruppe der Kinder mit Diagnose BS hingegen ist noch weniger ich-flexibel, noch weniger feld-unabhängig, zeigt noch weniger Belohnungsaufschub und ist noch aggressiver als die ADHS- und die Kontrollgruppe. Die Schwere der Beeinträchtigung der Selbststeuerung ist bei bindungsgestörten Kindern somit deutlich erhöht. Zeigen sich bereits bei unsicherer Bindung geringere Werte in Ich-Flexibilität und erhöhte Aggressivität (Kobak u. Sceery, 1988; Zimmermann, Mohr, Spangler, 2009) vor allem bei Bindungsdesorganisation (Fearon et al., 2010), so ist dieses Defizit in situationsan-

gepasster Selbstregulation im Sozialverhalten bei Kindern mit BS noch ausgeprägter und mit größeren Problemen im Belohnungsaufschub verbunden.

Interessanterweise unterscheiden sich die beiden klinischen Gruppen jedoch nicht hinsichtlich Ängstlichkeit, sind jedoch beide deutlich ängstlicher als nicht-klinische Kontrollkinder (Zimmermann u. Scheuerer-Englisch, 2013). Obgleich unsichere Bindung mit einer erhöhten Rate an Angststörungen einhergeht (Achtergarde et al., 2015) ist dies für Ängstlichkeit auf Persönlichkeitsebene nicht immer gegeben (Zimmermann et al., 2009).

Auf Einzelitemebene zeigt sich besonders deutlich, wie tiefgreifend die Beziehungsfähigkeit der Kinder mit einer BS beeinträchtigt ist und wie sehr ihnen eine situationsangemessene sozioemotionale Regulationsfähigkeit fehlt. Sie werden, verglichen mit ADHS-Patienten, als weniger verlässlich, rücksichtsloser, weniger vertrauensvoll und flüchtiger in Beziehungen wahrgenommen und als weniger planvoll in ihren Handlungen bewertet, was zu einer hohen Unberechenbarkeit des Verhaltens in der Fremdwahrnehmung führt. Das als hochgradig ambivalent wahrgenommene Beziehungsverhalten von Patienten mit einer BS (von Klitzing, 2009) basiert möglicherweise darauf, dass sie häufig ein aktiviertes Bindungsverhaltenssystem zeigen, wenn es objektiv nicht indiziert ist, und sie umgekehrt keine Aktivierung des Bindungsverhaltens zeigen, wenn es für sie hilfreich wäre, physische oder psychische Nähe zu einer Bezugsperson zu suchen. Sowohl im klinischen Alltag als auch im Alltag der Jugendhilfe resultiert dies in zahlreichen Beziehungsabbrüchen und Wechseln des Bezugsrahmens, da die Bezugspersonen dieses Beziehungs- und Bindungsverhalten weder verstehen noch darauf angemessen reagieren können und sich überfordert und hilflos erleben. Die frühe Verbesserung der Fürsorgesituation durch den Wechsel in Pflegefamilien kann die Bindungssicherheit dieser Kinder erhöhen und die Symptome einer Bindungsstörung reduzieren (McLaughlin, Zeanah, Fox, Nelson, 2012; Bovenschen et al., 2016). Die hier untersuchten Kinder mit Bindungsstörungen haben jedoch bereits lange Karrieren in wechselnden Betreuungssettings erfahren.

Der untersuchte Altersbereich in unserer Studie stellt eine Besonderheit in der Forschung an Patienten mit einer BS dar, da die meisten Studien hierzu sich auf die frühe Kindheit beziehen (Zeanah u. Gleason, 2015). In der Stichprobe unserer Untersuchung wurde kein Kind vor dem Alter von zwei Jahren und insgesamt nur fünf Kinder vor dem Alter von fünf Jahren fremdplatziert, was somit in der Gruppe der BS mit einem entsprechend langfristigen Deprivationserleben verbunden sein dürfte. Bei länger andauernder Deprivation ist die Manifestation eines organisierten Bindungsverhaltens und die eigene Emotionsregulation sowie die Fähigkeit, sich durch soziale Beziehungen regulieren zu lassen, selbst Jahre später noch beeinträchtigt. Es fehlen jedoch weitere Längsschnittstudien zu den psychopathologischen Folgen nicht-institutioneller, frühkindlicher Deprivation und Misshandlung und der weiteren Entwicklung von Patienten mit BS in der späten Kindheit oder dem Jugendalter. Eine bessere Differenzierung zwischen der defizitären Persönlichkeitsentwicklung im Bereich der Selbststeuerung infolge einer BS und einer ätiopathogenetisch anders sich entwickelnden Persönlichkeitsstörung ist klinisch relevant, da sich hieraus auch Folgen für die Behandlung ableiten ließen.

Einschränkend muss man zu dieser Studie anmerken, dass die klinische Gruppenzuteilung durch die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung vorgenommen wurde und Fehldiagnosen nicht auszuschließen sind. Dieses Risiko sollte jedoch dadurch reduziert werden, dass nur Fälle Eingang in die Studie fanden, bei denen sich die Diagnosen im teil- oder vollstationären Rahmen bestätigen ließen. Ferner ist limitierend zu sagen, dass es natürlich auch Subtypen der ADHS gibt (Roberts, Martel, Nigg, 2017), die hier nicht unterschieden wurden, sodass in nachfolgenden Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe an ADHS-Subgruppen verglichen werden sollte. Ebenso ist die Stichprobengröße der hier untersuchten Kinder mit BS ein begrenzender Faktor für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Dennoch deuten die Befunde darauf hin, dass manche Kinder mit Bindungsstörungen möglicherweise ausschließlich als schwere Fälle der ADHS diagnostiziert werden könnten, ohne Berücksichtigung der Hauptdiagnose. Im Umkehrschluss erscheint aus Sicht der Autoren auch die Erfassung einer möglichen komorbiden ADHS bei einer vorliegenden Bindungsstörung relevant, um insbesondere die Defizite der Patienten im kognitiven Bereich entsprechend zu behandeln. Die Idee der Äquifinalität, also verschiedener Entwicklungswege, die zu einer vergleichbaren Symptomatik führen, wie es sich bei ADHS zeigt (Schloss et al., 2016), sollte die Prüfung der möglichen Diagnose einer Bindungsstörung mit einbeziehen, da die Selbstregulationsdefizite hier besonders gravierend sind und die Interventionsansätze hierzu angepasst werden sollten. Dabei ist für die Intervention wichtig, unsichere Bindung und Bindungsdesorganisation nicht mit Bindungsstörung gleichzusetzen, sondern die Begrifflichkeiten klar voneinander abzugrenzen (Zimmermann u. Iwanski, 2017).

Fazit für die Praxis

Kinder und Jugendliche mit sozialen und emotionalen Deprivationserfahrungen laufen im klinischen Alltag Gefahr, diagnostisch falsch eingeschätzt zu werden, wenn bei einer vordergründig stark ausgeprägten Störung der Selbstregulation lediglich die ADHS-Symptomatik, aber nicht eine Bindungsstörung mit in Betracht gezogen wird. Eine alleinige Betrachtung der Symptome des Conners-Fragebogens würde bei Kindern mit Bindungsstörungssymptomen zu unvollständigen Diagnosen führen. Der Einbezug von Persönlichkeitsmerkmalen die Selbstregulation erfassen, kann einen Beitrag zur Unterscheidung leisten. Insbesondere der klinische Befund einer schweren ADHS-Symptomatik sollte zu einer breiter gefächerten Diagnostik führen. Eine diagnostisch nicht erfasste Bindungsstörung könnte zu einer wenig effektiven klinischen Behandlungsplanung mit falscher Schwerpunktsetzung oder unzureichender Planung des Jugendhilfebedarfs führen. Pflegefamilien und Betreuer der stationären Jugendhilfe benötigen, wenn sie Kinder mit einer diagnostizierten Bindungsstörung betreuen, intensive Supervision. Unterschiedliche Entwicklungspfade der ADHS-Phänomenologie sollten bei der Prüfung des Einsatzes von Medikation beachtet werden.

Literatur

- Achtergarde, S., Müller, J. M., Postert, C., Wessing, I., Mayer, A., Romer, G. (2015). Der Zusammenhang von Bindungsmustern und der Entwicklung von Angstsymptomen im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64, 496-526.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Asendorpf, J. B., van Aken, M. A. G. (1999). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 815-832.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 19, 237-257.
- Banaschewski, T., Döpfner, M. (2014) DSM-5-Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 271-277.
- Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, 15, 12-24.
- Bernier, A., Carlson, S. M., Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81, 326-339.
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Hrsg.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, S. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Förthner, J., Nowacki, K., Roland, I., Spangler, G. (2016). Foster children's attachment behavior and representation: Influence of children's pre-placement experiences and foster caregiver's sensitivity. *Child Abuse & Neglect*, 51, 323-335.
- Carlson, E., Jacobvitz, D., Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37-54.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G., Steinhausen, H.-C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Gizer, I. R., Ficks, C., Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Human Genetics*, 126, 51-90.

- Hofer, C., Eisenberg, N., Reiser, M. (2010). The role of socialization, effortful control, and ego resiliency in French adolescents' social functioning. *Journal of Research in Adolescence*, 20, 555-582.
- Huey, S. J., Weisz, J. R. (1997). Ego control, ego resiliency, and the five-factor model as predictors of behavioral and emotional problems in clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 404-415.
- Johnston, C., Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Kennedy, M. Kreppner, J. Knights, N. Kumsta, R., Maughan, B., Gol, D., Rutter, M., Schlotz, W., Sonuga-Barke J. S. (2016). Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees Study. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 57, 1113-1125.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T., Smeekens, S., Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 201-218.
- Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: implications for the development of personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 889-912.
- Kobak, R. R., Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 135-146.
- Martel, M. M., Nigg, J. T. (2006). Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1175-1183.
- Martel, M. M., Nigg, J. T., von Eye, A. (2009). How do trait dimensions map onto ADHD symptom domains? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 337-345.
- Matte-Gagné, C., Bernier, A., Sirois, M. S., Lalonde, G., Hertz, S. (2017). Attachment security and developmental patterns of growth in executive functioning during early elementary school. *Child Development*, 89, 5-25.
- McLaughlin, K. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 46-55.
- Meier, S. A. (2012). Contrasting reactive attachment disorders and attention deficit disorders: Differences in socio-emotional and non-affective information processing and personality. Dissertation. Universität Wuppertal.
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J., Sim, F., Baynham, K., Davidson, C., Gillberg, C. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 342-346.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., ..., Hechtman, L. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 137-146.
- Oshri, A., Rogosch, F. A., Burnette, M. L., Cicchetti, D. (2011). Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: Child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 634.

- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., Minnis, H. (2013). Reactive attachment disorder in the general population: a hidden ESSENCE disorder. *Scientific World Journal*, 2013: 818157.
- Roberts, B. A., Martel, M. M., Nigg, J. T. (2017). Are there executive dysfunction subtypes within ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 21, 284-293.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M. J., Santelices, M. P., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., Pierrehumbert, B. (2014). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 133-144.
- Rutter, M., Kreppner, J., Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 529-543.
- Rutter, M., O'Connor, T. G. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40, 81.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6-22.
- Schloss, S., Neff, A. C., Becker, K., Pauli-Pott, U. (2016). Executive Functions in Preschool Children with Increased Risk of ADHD: The role of mother-child relationship. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65, 406-422.
- Sonuga-Barke, E. J., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W., Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*, 389, 1539-1548.
- Stevens, S. E., Kumsta, R., Kreppner, J. M., Brookes, K. J., Rutter, M. and Sonuga-Barke, E. J. S. (2009). Dopamine transporter gene polymorphism moderates the effects of severe deprivation on ADHD symptoms: Developmental continuities in gene-environment interplay. *American Journal of Medical Genetics*, 150B, 753-761.
- Suess, G. J., Grossmann, K. E., Sroufe, L. A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From Dyadic to Individual Organization of Self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43-65.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 3-16.
- Urban, J., Carlson, E., Egeland, B., Sroufe, L. A. (1991). Patterns of individual adaptation across childhood. *Development and Psychopathology*, 3, 445-460.
- von Klitzing, K. (2009). *Reaktive Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- White J. L., Moffitt T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J., Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 192-205.
- WHO (World Health Organization) (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland.
- Zeanah, C. H., Gleason, M. M. (2015). Disturbances and disorders of attachment in infancy and early childhood. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 56, 207-222.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. B., Heller, S. S., Smyke, A. T., Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28, 877-888.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29, 219-233.

- Zimmermann, P. (2007). Bindung und Erziehung – gleiche oder sich ergänzende Beziehungsfaktoren? Zusammenhänge zwischen elterlicher Autonomie- und Kompetenzförderung, Bindungsrepräsentation und Selbstregulation im späten Jugendalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 54, 147-160.
- Zimmermann, P., Gliwitzky, J., Becker-Stoll, F. (1996). Bindung und Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 43, 141-154.
- Zimmermann, P., Iwanski, A. (2017). Entwicklungsstörungen: Bindungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In M. A. Wirtz, C.-W. Kohlmann, C. Salewski (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 667-670). Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, P., Meier, S. (2009). Screeningbogen für Bindungsstörungen. Unveröffentlichtes Manuskript: Universität Wuppertal
- Zimmermann, P., Mohr, C., Spangler, G. (2009). Genetic and attachment influences on adolescents' regulation of autonomy and aggressiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1339-1347.
- Zimmermann, P., Scheuerer-Englisch, H. (2013). Unterschiede in Bindung und Persönlichkeit bei Kindern in Erziehungsberatung, in Kinder- und Jugendpsychiatrie und in Kontrollfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62, 5-29.

Korrespondenzanschrift: Dr. Simon A. Meier, Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg; E-Mail: simon.meier@medbo.de

Simon A. Meier, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg; *Peter Zimmermann*, Bergische Universität Wuppertal