

Bindungsstörungen im Jugendalter

Zusammenfassung

Trotz oder gerade wegen des alterstypischen Autonomiestrebens ist Bindung an Fürsorgepersonen auch im Jugendalter noch relevant. Bei frühen sozialen und emotionalen Deprivationserfahrungen, durch Vernachlässigung oder nach vielen Wechseln in der Betreuungsgeschichte, können Bindungsstörungen entstehen, die sich bis ins Jugend- oder Erwachsenenalter auswirken. Diese beeinträchtigen nicht nur die Aufmerksamkeit und Impulskontrolle der Jugendlichen in sozialen und emotionalen Situationen besonders intensiv, sondern auch deren Kooperationsfähigkeit und Stressresistenz. Für Ausbilder wie auch Auszubildende können Bindungsstörungen eine besondere Herausforderung darstellen. Theoretische Kenntnisse dazu und die Kenntnis der Bindungsgeschichte der betroffenen Jugendlichen können Ausbilderinnen und Ausbildern helfen, bei Problemen in der Zusammenarbeit handlungsfähiger zu sein.

1. Bindung im Jugendalter

Das Bedürfnis nach Bindung, also nach Nähe zu einer vertrauten Person bei emotionaler Überlastung, ist ein Leben lang vorhanden und auslösbar (Bowlby, 1980; 2015). Bindung ist ein zeitlich relativ stabiles Gefühl der Verbundenheit und Zugehörigkeit eines Kindes zu einer Bezugsperson, die in der Regel vom Kind als stärker und weiser wahrgenommen wird oder dies von der Bindungsperson zumindest erwartet (vgl. Ainsworth, 1991; Grossmann & Grossmann, 2012). Kinder entwickeln bereits im ersten Lebensjahr selektive Bindungen an einzelne erwachsene Personen, die nicht ohne weiteres ersetzt werden können. Bindung an Bezugspersonen sowie das Bindungsbedürfnis finden sich auch im Jugendalter. Selbst in dieser Altersphase ist Bindung weiterhin wichtig für die Regulation eigener negativer Emotionen, die Beziehungsgestaltung und das eigene Selbstbild (Zimmermann, 2015; Zimmermann & Iwanski, 2013). Allerdings wird durch die zunehmende Kompetenz von Jugendlichen viele belastende oder herausfordernde Situationen selbst zu meistern, das Bindungsbedürfnis im Vergleich zu jüngeren Kindern seltener ausgelöst. Gleichzeitig wird die Autonomie, als der Wunsch selbst zu bestimmen, welche Ziele man hat, was man tut

und wie und wann man dies tut, erneut eine zentrale Entwicklungsthematik bei Jugendlichen (Zimmermann, 1999). Dies führt dazu, dass Eltern oder Betreuer von Jugendlichen mit diesen häufiger in Dispute geraten. Bindung und Selbstbestimmung müssen dabei aber keine Gegensätze sein (Allen & Land, 2008; Becker-Stoll, Fremmer-Bombik, Wartner, Zimmermann & Grossmann, 2008). Bindungssicherheit im Jugendalter ist vielmehr gekennzeichnet durch eine gelingende kooperative Autonomie (Zimmermann & Iwanski, 2013). Trotz mancher Konflikte sind Bindungsmuster im Jugendalter nicht normativ unsicher (vgl. Zimmermann, Becker-Stoll & Fremmer-Bombik, 1997).

Die Entwicklungsveränderungen im Jugendalter führen auch zu Veränderungen in der Form, in der Bindung gezeigt wird. Bindung äußert sich konkret beobachtbar darin, inwieweit die körperliche oder psychische Nähe (z.B. durch Körperkontakt oder gefühlsbezogene Kommunikation) bei emotionaler Belastung oder Überforderung bei vertrauten Personen gesucht wird und das Kind bzw. der Jugendliche sich durch diese Nähe beruhigt. Im Jugendalter zeigt sich Bindungsverhalten alterstypisch vor allem durch das Suchen psychischer Nähe, d.h. durch die Kommunikation emotionaler Belastung und seltener, aber durchaus noch, durch die Suche nach körperlicher Nähe (Zimmermann & Iwanski, 2013). Situationen, die Jugendliche stark herausfordern oder manchmal auch emotional überlasten, sind Bewertungssituationen, vor allem durch Gleichaltrige, aber auch durch ihnen wichtige Erwachsene (Zimmermann, Çelik, Podewski & Iwanski, 2017).

2. Bindungsmuster und ihre Erfassung im Jugendalter

Auch im Jugendalter lassen sich Bindungsmuster, wie sie in der Kindheit existieren, erfassen. Man kann aber bei Jugendlichen unterscheiden, ob man Bindung im Verhaltensmuster oder im verbalen Repräsentationsmuster untersucht. Auf Verhaltensebene unterscheidet man auch im Jugendalter drei organisierte Bindungsmuster: sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent. Diese lassen sich durch alterstypische emotional herausfordernde Situationen, wie z.B. die Talkshow-Situation (Zimmermann, 2004) erfassen. Hierbei müssen die Jugendlichen sich selbst mit Hilfe ihrer Bindungsperson vor einem Publikum präsentieren. Diese Situation löst bei Jugendlichen alterstypisch Angst aus und aktiviert somit das Bindungsverhaltenssystem, vergleichbar zu den Trennungssituationen bei Kleinkindern, die auch alterstypisch Angst auslösen. Bindungsmuster auf Verhaltensebene können aber auch im Bindungsinterview für die Späte Kindheit (BISK; Zimmermann & Scheuerer-Englisch, 2003) erkannt werden.

Auf Verhaltensebene ist bei Jugendlichen das **sichere Bindungsmuster** durch die offene und direkte Kommunikation emotionaler Belastung gegenüber der Bindungsperson und eine effektive soziale Emotionsregulation durch diese charakterisiert. Das **unsicher-ambivalente Bindungsmuster** ist gekennzeichnet durch eine indirekte Kommunikation emotionaler Belastung, d.h. Jugendliche zeigen ihre emotionale Belastung eher im Verhalten, als dass sie direkt gegenüber der Bindungsperson eigenen Ärger ansprechen. Beispielsweise würden

sie nach Ärger in der Schule die Schultasche in die Ecke werfen, aber der Bezugsperson nicht direkt mitteilen, dass sie sich geärgert haben. Die Emotionsregulation bei unsicher-ambivalenter Bindung ist gekennzeichnet durch soziale Strategien, welche jedoch nicht zu einer effektiven Regulation der eigenen Gefühle führen. Eine **unsicher-vermeidende Bindung** zeigt sich auch im Jugendalter durch ein individuell-ineffektives Emotionsregulationsmuster. Jugendliche mit unsicher-vermeidender Bindung versuchen emotionale Belastung ohne ihre Bezugsperson zu regulieren, tun so als ob alles in Ordnung wäre, scheitern hier jedoch häufig bzw. leugnen negative Gefühle, wenn sie direkt gefragt werden.

Neben der Verhaltensebene kann im Jugendalter Bindung auch auf evaluativ-deklarativer Repräsentationsebene erfasst werden. Hierbei wird die sogenannte Bindungsrepräsentation der Jugendlichen erfragt. Bindungsrepräsentationen können als verinnerlichte Reaktionsmuster von Bindungspersonen in emotional belastenden Situationen verstanden werden. Zur Erfassung der Bindungsrepräsentation werden zumeist Interviewverfahren, wie z.B. das Bindungsinterview für die Späte Kindheit (BISK; Zimmermann & Scheuerer-Englisch, 2003) oder das Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan & Main, 1996; Zimmermann, Becker-Stoll & Fremmer-Bombik, 1997) im Jugendalter eingesetzt. Das BISK erfasst getrennt für die Bindungspersonen sowohl die berichteten Verhaltensstrategien der Jugendlichen, wie auch die Repräsentation der emotionalen Verfügbarkeit und Regulationsfähigkeit der eigenen Bindungspersonen. Das AAI hingegen erfasst die Kohärenz, also Widerspruchsfreiheit, des retrospektiven Berichts eigener Bindungserfahrungen in der Kindheit (Reiner, Fremmer-Bombik, Beutel, Steele & Steele, 2015) und misst somit nicht die aktuelle Bindungsqualität, sondern ein generalisiertes internes Arbeitsmodell von Bindung (Fremmer-Bombik, 2015).

Neben den drei organisierten Bindungsmustern: sicher, unsicher-ambivalent und unsicher-vermeidend, kann auch im Jugendalter die sogenannte **Bindungsdesorganisation** vorliegen. Bei einer Bindungsdesorganisation handelt es sich um ein viertes, von den drei anderen organisierten Mustern unabhängiges Muster. Dieses ist gekennzeichnet durch den teilweisen Zerfall oder das Fehlen einer klar zu erkennenden Bindungsstrategie. Im Verhalten kann es sich, wie in der Kindheit auch, durch bizarre Verhaltensweisen in der Interaktion mit der Bezugsperson zeigen. Auf sprachlicher Ebene zeigt sich ein Zerfall der Sprache und des Berichts. Auch im Jugendalter ist zu beachten, dass Bindungsdesorganisation aber keine klinische Diagnose darstellt. Erst die Bindungsstörung ist ein klinisch relevantes Syndrom, welches über ICD-10 oder DSM-V diagnostiziert wird (vgl. Zimmermann, Fremmer-Bombik, Meier & Iwanski, 2017).

3. Diagnosekriterien einer Bindungsstörung

Die ICD-10 ist das in Deutschland vorrangig verwendete Klassifikationssystem zur Diagnose medizinischer und psychischer Erkrankungen. Nach ihr werden zwei Hauptgruppen von Bindungsstörungen unterschieden, deren Kriterien im Folgenden dargestellt werden sollen:

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)

Diese Störung wird aufgrund von insgesamt fünf Kriterien diagnostiziert:

- Die Störung beginnt vor dem fünften Lebensjahr.
- Es liegen deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen Situationen vor.
- Das Kind zeigt eine emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit und sozialem Rückzug. Hier können auch emotionale Störungen mit aggressiven Reaktionen auf das Erleben eigener oder fremder Traurigkeit oder eine ängstliche Übervorsichtigkeit bestehen.
- Dennoch ist dem Kind soziale Wechselseitigkeit und Kontaktaufnahme in der Interaktion mit gesunden Erwachsenen möglich.
- Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84) kann ausgeschlossen werden.

Folgende Verhaltensmuster sind typisch, treten aber nicht notwendigerweise in vollem Umfang bei allen Kindern oder Jugendlichen auf:

- Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte gegenüber Bezugspersonen (z.B. unvorhersehbarer Wechsel zwischen Kontakt und Ablehnung)
- Mischung von Annäherung, Vermeidung und Widerstand gegenüber den Tröstungsversuchen der Bezugsperson, trotz anhaltender negativer Befindlichkeit
- intensives Rückzugsverhalten (z.B. am Boden zusammenkauern, keine Reaktion auf Kontaktaufnahme durch Betreuungsperson)
- große ängstliche Vigilanz bzgl. der Reaktionen der Betreuungsperson, wenig Spontaneität und positiver Affekt trotz situativer Möglichkeit (aber nicht gehemmtes Temperament)
- unvorhersehbares aggressives Verhalten gegenüber Bezugspersonen
- fehlende Bindung: Kein Bindungsverhalten oder Protest bei Trennung gegenüber Betreuungspersonen.

Bindungsstörung im Kindesalter mit Enthemmung (F94.2)

Diese Störung wird zumeist innerhalb der ersten fünf Lebensjahre bei Vorliegen folgender Merkmale diagnostiziert:

- Die Kinder zeigen mangelnde selektive Bindungen (z.B. bei Traurigkeit keinen Trost suchen; sich wahllos an andere Personen wenden, um Nähe, jedoch keinen Trost zu suchen).
- Die Interaktionen mit unvertrauten Personen sind wenig moduliert (z.B. wahllose Freundlichkeit und Kontaktsuche gegenüber unbekanntem Personen, „distanzloses“ Verhalten).
- Die Kinder zeigen entweder in der frühen Kindheit eher anklammerndes Verhalten

- oder ab der mittleren Kindheit und später aufmerksamkeitsheischendes und unterschiedslos kontaktsuchendes Verhalten.
- Die Merkmale (1) und (2) treten gegenüber relativ vielen Personen im sozialen Umfeld des Kindes auf (eindeutig keine Situationsspezifität).

Das Verhalten wird häufig von Kindern und Jugendlichen gezeigt, die oft wechselnde Betreuungspersonen erlebt haben oder lange Zeit in Institutionen aufgewachsen sind. Folgende Verhaltensmuster des Kindes sind typisch:

- wahlloses Zulassen oder Suchen von engem Kontakt mit anderen Personen; Nähe- oder aufmerksamkeitsheischendes Verhalten gegenüber unbekanntem, nicht vertrauten Erwachsenen, die nicht differenziert werden
- oft schwer zu beruhigen und aggressiv; entfernen sich ohne Absprache von Betreuungspersonen auch in fremder Umgebung
- kaum enge Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Distanzlosigkeit gegenüber unvertrauten Personen.

Auch im DSM-V, dem amerikanischen Klassifikationsstandard, werden zwei distinkte Formen von Bindungsstörungen unterschieden:

- reaktive Bindungsstörungen (reactive attachment disorder) mit Fokus auf fehlendem oder abweichendem Bindungsverhalten in verschiedenen Situationen (Zeanah & Gleason, 2015),
- Störung des Sozialverhaltens mit Enthemmung (disinhibited social engagement disorder) mit Fokus auf unmoduliertem und unterschiedslosem sozialen Verhalten (vor allem gegenüber unbekanntem Erwachsenen).

Viele der Diagnosekriterien, sowohl im ICD-10 als auch im DSM-V, beziehen sich auf Auffälligkeiten in der frühen Kindheit, aber auch auf mangelnden Fürsorgeerfahrungen. Boris und Zeanah (2005) geben an, dass die Schwierigkeiten einer Diagnose einer Bindungsstörung im Jugendalter vor allem darin zu sehen sind, unzureichende reliable und valide Informationen über die bisherigen Fürsorgeerfahrungen der Jugendlichen sowie deren frühes Bindungsverhalten gegenüber Bezugspersonen vorzuliegen haben. Dies ist vor allem bei Jugendlichen mit Adoptionshintergrund, aber auch bei Jugendlichen mit Heimaufenthalten oder nach wechselnden Betreuungssituationen der Fall.

4. Ursachen einer Bindungsstörung und Häufigkeit des Vorkommens

Bindungsstörungen können durch die folgenden Faktoren verursacht sein (Minde, 2015; Zimmermann, 2012):

Bindungslosigkeit: Die Kinder und Jugendlichen haben durch häufigen Wechsel oder extremen Mangel an Interaktion mit Bezugspersonen keine kontinuierliche Betreuung erfahren und keine stabile selektive Bindung mit klaren Erwartungen zum Verhalten ihrer Betreuungspersonen (internale Arbeitsmodelle) aufgebaut. Das Bindungsverhaltenssystem wird dadurch entweder unspezifisch (Distanzlosigkeit, allgemeine Trennungsangst) oder gar nicht aktiviert.

Vernachlässigung und mangelnde Fürsorge bei bestehenden Bindungen (emotional wie körperlich) durch die Betreuungspersonen: Obwohl das Kind oder der Jugendliche ausreichenden Kontakt mit einer Betreuungsperson zum Bindungsaufbau hatte, lernt es nicht, wie es seine Emotionen mithilfe von Betreuungspersonen effektiv regulieren kann (z.B. Ärger ohne Beziehungsbelastung äußern, Ängstlichkeit bewältigen). Als Konsequenz zeigt das Kind entweder einen stark gehemmten oder minimierten Emotionsausdruck in Situationen, in denen man eher offenen Ausdruck erwarten kann oder aber eine mangelnde Kontrolle seiner Emotionen (z.B. von Ärger und Handlungsimpulsen). Ursächlich dafür sind folgende Erfahrungen mit Betreuungspersonen: kontinuierliche mangelnde Beachtung der emotionalen Signale des Kindes, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, mangelnde Fürsorge (z.B. das Kind häufig abends allein lassen oder es den Großteil des Tages nur schlafen legen, ohne auf Weinen oder Schreien zu reagieren). Die Bindungsstörung entsteht dann aus einer extrem geringen Passung von kindlichen Bedürfnissen und elterlichem Fürsorgeverhalten.

Wenn die kindlichen Bindungsbedürfnisse nicht erfüllt werden, geht dies mit intensiven Gefühlen von Ärger, Angst oder Trauer einher, die je nach Interaktionsgeschichte des Kindes mit der Bezugsperson unterschiedlich reguliert werden: Bei starker Vernachlässigung des Kindes stellen sich oft ein deutlicher Rückzug und eine geringe emotionale Reaktivität gegenüber Erwachsenen ein. Bei Misshandlung zeigen sich häufig Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte im Kontakt zu den Betreuungspersonen, mangelnde Selbstständigkeit und Überfolgsamkeit.

Es liegen keine einheitlichen Zahlen über die Prävalenz von Bindungsstörungen vor. In epidemiologischen Studien wurden Raten zwischen 0,9 % und 1,4 % geschätzt (Minnis, Macmillan, Pritchett, Young, Wallace, Butcher & Sim, 2013). Hierbei liegt jedoch teilweise nur die Einschätzung der Symptome durch Fürsorgepersonen oder Erzieherinnen vor und nicht immer eine klinische Diagnose. In deutschen Kliniken wurde für das Kindes- und Jugendalter (1-19 Jahre) im Jahr 2014 in 939 Fällen (0,006 % der Altersgruppe) die Diagnose F94.1 (ICD-10) und in 866 Fällen (ca. 0,006 % der Altersgruppe) die Diagnose F94.2 vergeben. Bei sozial-emotional deprivierten Kindern ist der Anteil erhöht. In einer Studie mit adoptierten rumänischen Heimkindern zeigte sich eine Rate von 22,4 % an Bindungsstörungen mit Enthemmung im Vergleich zu 3,8 % im Durchschnitt bei Adoptionen in England. In dieser Studie erhöhte ein längerer Aufenthalt im Heim zwischen 24 und 42 Monaten die Rate an Bindungsstörungen auf 33 %. Bei Pflegekindern in Norwegen wurden 19,4% Bindungsstörungen berichtet.

5. Auswirkungen von Bindungsstörungen auf das Verhalten von Jugendlichen

Es gibt kaum Studien, die sich mit der Kontinuität von Bindungsstörungen beschäftigen und auch noch kein einheitliches Verständnis darüber haben, welche spezifischen Verhaltensweisen ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen zeigen (Zeanah, Chesher & Boris, 2016). Humphreys, Nelson, Fox und Zeanah (in Druck) konnten zeigen, dass mit Hilfe eines strukturierten Interviews im frühen Jugendalter vergleichbare Symptome von Bindungsstörungen erfasst werden konnten wie in der Kindheit. Demnach scheint es altersunabhängig Anzeichen von Bindungsstörungen zu geben, welche sich auch im Jugendalter noch manifestieren. Langfristige Konsequenzen von Bindungsstörungen sind nicht systematisch untersucht worden. Allerdings sind die Auswirkungen von früher Deprivation bis ins Jugend- und Erwachsenenalter hinein mit Symptomen der Diagnose F94.2 und einer hohen Rate an Aufmerksamkeitsproblemen verbunden (Kennedy, Kreppner, Knights, Kumbsta, Maughan, Golm, Rutter, Schlotz & Sonuga-Barke, 2016). Empirische Studien konnten zeigen, dass diejenigen Kinder, welche am längsten in Heimen untergebracht waren, deutlich mehr Symptome von Bindungsstörungen über die Zeit hinweg aufwiesen (Gleason, Fox, Drury, Smyke, Egger, Nelson, & Zeanah, 2011). Kinder, die adoptiert wurden, zeigten nach Aussagen der Adoptiveltern kaum noch Anzeichen von emotionalem Rückzug oder Inhibition, also Kennzeichen der reaktiven Bindungsstörung (z.B. Rutter, Colvert, Kreppner, Beckett, Castle, Groothues, Hawkins, O'Connor, Stevens & Sonuga-Barke, 2007). Enthemmte Verhaltensweisen konnten aber noch bei einigen Kindern trotz Adoption oder familiärer Unterbringung beobachtet werden (Smyke, Zeanah, Gleason, Drury, Fox, Nelson, & Guthrie, 2012). Demnach gibt es Anzeichen dafür, dass die Verhaltensweisen, die mit der gehemmten Form der Bindungsstörung assoziiert sind, durch eine Adoption oder Unterbringung in einer Familie deutlich mehr reduziert werden können, als die enthemmten Verhaltensweisen.

Erste Studien deuten darauf hin, dass ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen ein deutlich erhöhtes Ausmaß an Impulsivität, Aggressivität und Verhaltensproblemen, an Problemen bei der Selbststeuerung und Defizite in der Emotionserkennung aufweisen als psychisch gesunde Jugendliche, aber auch als Jugendliche mit Aufmerksamkeitsstörungen (Levy & Orlans, 2000; Zimmermann & Meier, 2011). Immer wieder werden Jugendliche mit Bindungsstörungen aufgrund ihrer Impulsivität, ihrer Ablenkbarkeit und ihrer überschießenden, manchmal unangemessen kontaktfreudigen, dann wieder kontaktabbrechenden Verhaltensweisen mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnosen verwechselt. In der Einschätzung durch Fachkräfte zeigen ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen im Vergleich zu Jugendlichen mit ADHS-Diagnosen in der Conner-Skala vor allem höhere Hyperaktivität und oppositionelles Verhalten, nicht jedoch mehr Aufmerksamkeitsprobleme. Außerdem ist ihre Persönlichkeit durch eine geringere Ich-Flexibilität und höhere Impulsivität und Aggressivität charakterisiert. Während Jugendliche mit ADHS-Diagnosen in Reaktionszeitaufgaben bei neutralen Reizen ebenso schnell reagieren wie bei sozialen und emotionalen Reizen, zeigen ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörung bei sozialen oder emotionalen Reizen (z. B. Gesichter oder Ablehnungsszenen) eine deutlich verlangsamte Reaktionszeit. Dies ist im Vergleich zu Jugendlichen aus einer gesunden

Kontrollgruppe mit einer stabilen Fehlerneigung bei der Interpretation von emotionalen Gesichtsausdrücken verbunden. Kinder und Jugendliche mit einer Bindungsstörung „sehen“ Freude, wenn Ärger, Angst oder Trauer gezeigt wird, und „sehen“ Ärger und Trauer, wenn diese nicht ausgedrückt werden (vgl. Zimmermann & Meier, 2011).

Zusammengefasst wird deutlich, dass ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen deutlich verzögert auf soziale und emotionale Situationen reagieren, dass sie bei anderen Personen Emotionen interpretieren, die diese nicht zeigen und dass sie möglicherweise auch deshalb oppositionell und sozial oft unangemessen reagieren. Gerade in sozialen Situationen, in denen es darum geht Ereignisse oder Leistungsergebnisse zu bewerten, ist es wichtig zu verstehen und korrekt zu identifizieren, welche Bewertungen andere Personen in ihrer Mimik ausdrücken und hierauf schnell zu reagieren. Wer hier, auch auf Grund seiner Informationsverarbeitung, falsch und verzögert reagiert, wird von anderen als unangemessen und vielleicht auch oppositionell bewertet. Evtl. nimmt die Person selbst auch weniger Hilfe an. Zusätzlich konnten Probleme im intellektuellen und sprachlichen Bereich sowie Lernschwierigkeiten bei Kindern mit Bindungsstörung beobachtet werden (vgl. z.B. Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2015).

Ergebnisse in der Verhaltensbeobachtung von Kindern und Jugendlichen mit Heimhintergrund deuten darauf hin, dass sich sowohl das Kooperationsverhalten gegenüber der Hauptbezugsperson wie auch die Kooperationsbereitschaft gegenüber einer fremden erwachsenen Person von gesunden Kontrollkindern und -jugendlichen unterscheiden. Auch der Emotionsausdruck, vor allem der von Freude, scheint bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensweisen einer Bindungsstörung weniger ausgeprägt zu sein als bei gesunden Kindern und Jugendlichen. Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit Heimhintergrund zeigte sich als deutlich unvorhersehbarer als das Verhalten der Kinder und Jugendlichen der Kontrollgruppe. So zeigten sich abrupte Wechsel zwischen kooperativem und ablehnendem Verhalten wie auch Wechsel zwischen völlig überdrehtem Verhalten, gefolgt von sehr zurückgezogenem, fast ängstlichem, Verhalten. Im Jugendalter wird enthemmtes Bindungsstörungsverhalten nicht nur gegenüber Erwachsenen, sondern auch gegenüber Gleichaltrigen beobachtet (Zeanah et al., 2016). Neue Bekanntschaften werden schnell als „beste Freunde“ bezeichnet. Auch Hodges und Tizard (1989) konnten bei Jugendlichen mit frühen enthemmten Verhaltensweisen Probleme in Gleichaltrigenbeziehungen und eine geringere Anzahl an wirklich engen Freunden im Jugendalter finden. Jugendliche mit frühen enthemmten Verhaltensweisen waren mehr an der Aufmerksamkeit von Erwachsenen interessiert als an Gleichaltrigen.

In einer eigenen Studie haben die Autoren Persönlichkeitsbeschreibungen von Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose verglichen (Zimmermann & Meier, 2011). Es zeigte sich, dass ältere Kinder und Jugendliche mit Bindungsstörungen signifikant weniger gut mit anderen Gleichaltrigen auskommen, deutlich seltener enge Beziehungen eingehen und diese wenig dauerhaft sind. Es wurde auch deutlich, dass sie negative Gefühle sehr direkt ausdrücken, aggressiver

sind und weniger Rücksicht auf Gleichaltrige nehmen. Außerdem versuchen sie häufiger als Kinder und Jugendliche mit ADHS ihre Grenzen auszureizen. Sie drücken ihre Gefühle öfter unpassend zum Kontext aus, sind weniger zugänglich für Erklärungen und Appelle an die Vernunft, planen weniger voraus und geben leichter auf. Besonders Jugendliche mit der *enthemmten* Form der Bindungsstörung (F94.2) sind im Vergleich zu Jugendlichen mit ADHS-Diagnosen nochmals intensiver in ihrer Problematik gefangen sich zu kontrollieren. Sie sind signifikant manipulativer gegenüber anderen, suchen mehr Körperkontakt, sind körperlich aktiver, aber auch weniger in der Lage zu warten und Bedürfnisse aufzuschieben. Sie sind weniger folgsam und entspannt und denken weniger nach bevor sie handeln. Kinder und Jugendliche mit der *gehemmten* Form der Bindungsstörung (F94.1) vermeiden im Vergleich zu solchen mit der enthemmten Form signifikant deutlicher Körperkontakt, sind weniger manipulativ, aber auch weniger an anderen interessiert, weniger empathisch und prosozial, aber vor allem noch deutlich weniger stressresistent. Darüber hinaus sind sie signifikant eher unreif, weinerlich oder ärgerlich ausfallend und handlungsunfähig.

Die Verwechslung der Symptomatik von älteren Kindern und Jugendlichen mit Bindungsstörungen mit der Symptomatik von ADHS ist auch deswegen nicht überraschend, da die Studien zu deprivierten Heimkindern zeigen, dass ein „später Wechsel“ in eine förderliche Umgebung durch Adoption dennoch bis ins Jugendalter gleichzeitig mit den Symptomen einer enthemmten Bindungsstörung und mit deutlichen Aufmerksamkeitsproblemen einhergeht (Kreppner et al., 2007). Die Adoption reduziert lediglich die besonders deutliche IQ-Einschränkung im unteren IQ-Bereich, nicht jedoch die Selbststeuerungsdefizite in Aufmerksamkeit und Sozialverhalten. Dies macht deutlich, dass Vernachlässigung oder Gewalterfahrungen in der Kindheit nicht durch einen einfachen Umgebungswechsel ausgeglichen werden können. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen brauchen erheblich mehr stabile und zurückweisungsresistente Bindungsangebote durch betreuende Erwachsene als sie möglicherweise in vielen Fällen durch Adoption angeboten werden. Die Kinder und Jugendlichen stellen eine große Herausforderung für die betreuenden Personen dar.

Bindungsstörungen sind somit zwar ein relativ seltenes Störungsbild, gehen allerdings mit erheblichen Beeinträchtigungen der Selbststeuerung und der sozialen und emotionalen Entwicklung einher. Diese Symptome stellen im Umgang mit betroffenen Jugendlichen, jenseits der jugendtypischen Relevanz von Autonomie und sozialer Bewertungsangst, ein Problem dar. In der klinischen Praxis zeigt sich, dass Jugendliche mit Bindungsstörungen für ihre Betreuungspersonen eine besondere Herausforderung sind, weil sie, auch wenn sich ihr Problemverhalten schon über längere Zeit immer mehr reduziert hat, in Krisensituationen dazu tendieren in die alten, schwierigen Verhaltensmuster (mit unvorhersehbarer und nicht gelingender Nähe-Distanz-Regulierung) zurückzufallen. Oft entwickeln sie neue selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, Weglaufen, Suchtmittelkonsum, usw. Da sie kein funktionierendes frühes Arbeitsmodell von Bindung entwickeln konnten, tendieren sie in emotionalen Krisen dazu immer wieder ihre Beziehungen auszutesten und auf die Probe zu stellen. Dieser Drang ist vergleichbar mit dem scheinbar sinnlosen Aufkratzen einigermaßen gut verheilter Wunden. Die Unsicherheit in

der Beziehungsgestaltung führt oft zu riskanten, wenig reflektierten Peerbeziehungen. Jugendliche, die im Heim aufgewachsen sind, sind u.a. besonders gefährdet bereits im Teenageralter Eltern zu werden und wiederum problematische Beziehungen zu ihren Kindern zu entwickeln (Schleiffer, 2001). Die anhaltend ineffektive Emotionsregulation dieser Jugendlichen, die sich vor allem in unvorhersehbaren Stimmungsschwankungen, impulsiven Emotionsausbrüchen und starkem Misstrauen äußert, bedeutet eine enorme Belastung für das Zusammenleben mit ihnen und stellt eine tägliche Herausforderung dar. Es drängt sich deshalb die Forderung auf, dass sie von einem im Bindungswissen gut geschulten Fachdienst über lange Zeit begleitet und entlastet werden.

6. Fazit

Bindungsstörungen sind in der Gesamtbevölkerung ein relativ seltenes Störungsbild, jedoch bei Deprivation, vielen Beziehungsabbrüchen oder erlebter Gewalt und Vernachlässigung gehäuft feststellbar. Die Konsequenzen von Bindungsstörungen sind langandauernd und gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Selbststeuerung und der sozialen und emotionalen Entwicklung einher, die sich auch im sozialen Leben und im Beruf deutlich auswirken können. Die zugrunde liegende Beziehungsstruktur zur Umgebung erfordert von dieser eine höhere Toleranz gegenüber Zurückweisung als bei anderen Jugendlichen. Die Betroffenen verfügen über internale Arbeitsmodelle von Bindung, die im Umgang mit sozialen und emotionalen Situationen zu oft widersprüchlichem, negativem und dann wieder kontaktsuchendem Verhalten führen.

Mögliche Bindungspersonen für Jugendliche mit Bindungsstörungen sollten demnach vorhersehbar in ihrer Reaktion auf jugendliche, emotionale Reaktionen sein. Sie sollten den Jugendlichen gegenüber den sicheren Hafen bieten, in dem in Situationen emotionaler Belastung Schutz und Unterstützung gesucht werden kann. Sie sollten aber auch die sichere Basis sein, von der aus die Jugendlichen ihr Streben nach Autonomie verwirklichen können. Im Jugendalter ist feinfühliges Verhalten auf emotionale Signale der Jugendlichen weiterhin wichtig.

Auch im Ausbildungskontext werden Bindungserfahrungen, abhängig von der Länge des Kontakts und der stabilen Zuordnung, gemacht. Ausbilder und Ausbilderinnen sollten im Umgang mit Jugendlichen mit Bindungsstörungen deren bisherige Bindungsgeschichte nicht außer Acht lassen. Die Bindungsgeschichte der Jugendlichen ist verantwortlich für deren Modelle von zwischenmenschlichen Beziehungen, für ihren Umgang mit Schwierigkeiten oder für die Regulation von Emotionen und Selbstbild. Auszubildende können hier als sichere Basis für die Jugendlichen fungieren, wenn sie vor allem in überfordernden oder emotional belastenden Situationen mit Geduld und Ruhe auf die Jugendlichen reagieren. Gerade dann sind diese Jugendlichen auf angemessene und ihre Erlebenswelt berücksichtigende Angebote psychologischer Nähe angewiesen, die die Regulationsprobleme der Jugendlichen akzeptieren und auch mit Zurückweisung umgehen können. So gelingt es

Jugendlichen mit Bindungsstörungen sichere Bindungserfahrungen zu machen. Jedoch wird emotionale Nähe und Distanz in der Öffentlichkeit und unter Berücksichtigung der gewünschten Autonomie bei bindungsgestörten Jugendlichen viel unvorhersehbarer sein als bei normalen Jugendlichen. Aufgrund der bei Jugendlichen mit Bindungsstörungen fast immer auch vorhandenen Aufmerksamkeitsprobleme sollten diese bei der Wahl der Ausbildung berücksichtigt werden.

Die Ausbilderinnen und Ausbilder sollten sich immer wieder bewusst machen, welches Arbeitsmodell sie selbst von engen zwischenmenschlichen Beziehungen haben und dass auch dies den Umgang mit den Jugendlichen beeinflusst. Ist man selbst eher distanziert in Beziehungen, wird einem die herausfordernde und dann plötzlich wieder Beziehung suchende Art von Jugendlichen mit Bindungsstörungen sehr emotional erscheinen. Der Auszubildende neigt dann eher dazu, zurückweisend auf den Jugendlichen zu reagieren und vor allem Selbstkontrolle von ihm zu erwarten („Stell dich nicht so an!“). Selbstkontrolle ist natürlich eine wichtige Fähigkeit für Jugendliche wie Erwachsene. Von bindungsgestörten Jugendlichen zu verlangen, sich in emotionalen und sozialen Situationen zusammenzureißen und gut kontrolliert zu interagieren, ist für diese Jugendliche ebenso schwer umzusetzen, wie wenn man von ihnen verlangen würde, ein Werkstück fertigzustellen, ohne ihnen die Arbeitsschritte vorher zu erklären. Jugendlichen mit Bindungsstörungen fehlen genau dieses emotionale und soziale Handlungswissen und die Erfahrung diese in sozialen Beziehungen angemessen umzusetzen.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge.
- Allen, J. & Land (2008). The attachment system in adolescence. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications* (pp.419-435). New York: Guilford Press.
- Becker-Stoll, F., Fremmer-Bombik, E., Wartner, U., Zimmermann, P., & Grossmann, K. (2008). Is attachment at ages 1, 6 and 16 related to autonomy and relatedness behavior of adolescents in interaction towards their mother? *International Journal of Behavioral Development*, 32, 372-380.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Volume 3: Loss; sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2015). Bindung – Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unveröffentlichtes Manu-