



## Workshop 7

# Bindungsstörungen und ADHS: Überlappung und Abgrenzung

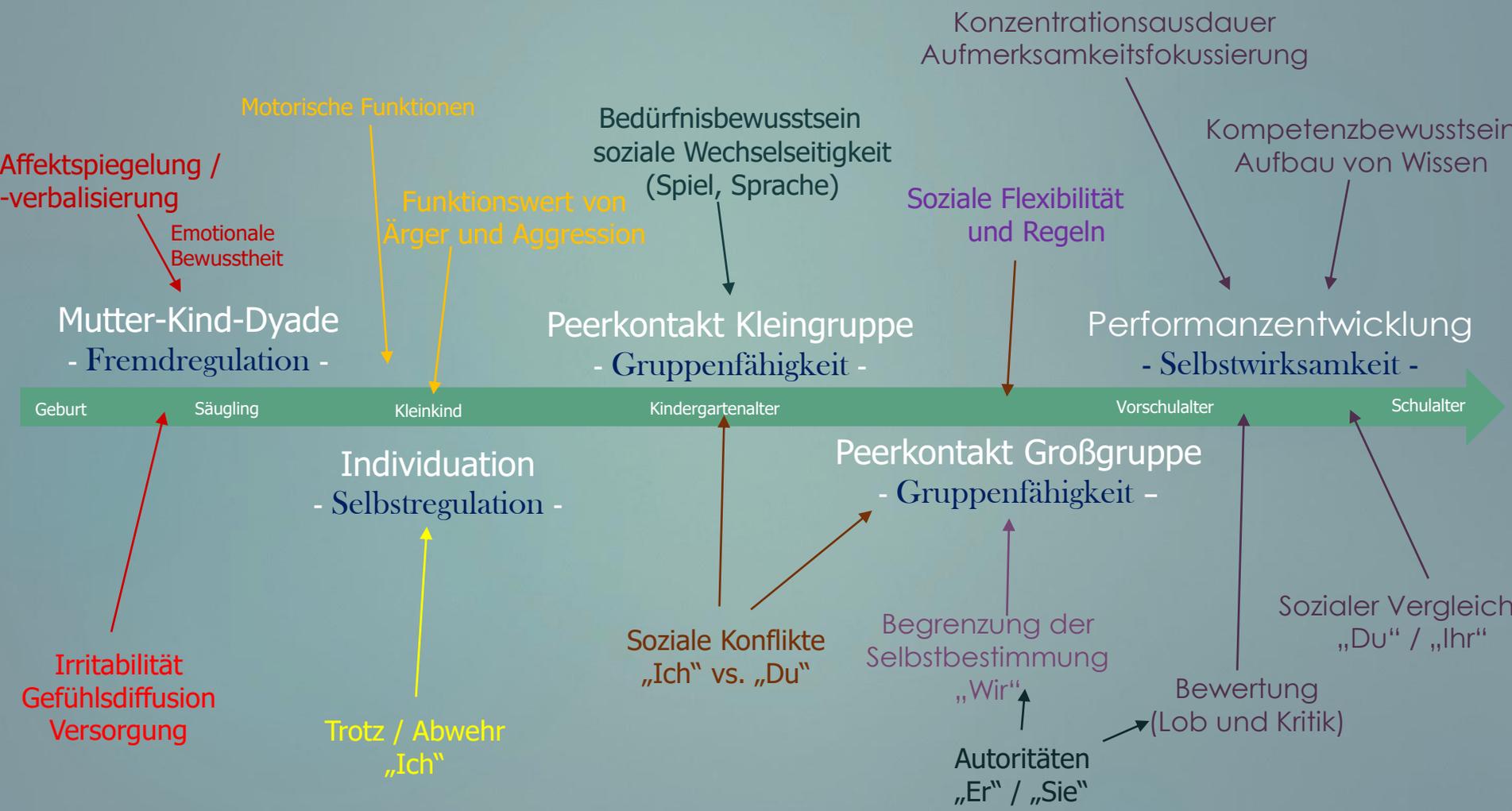
DR. SIMON A. MEIER

(DIPL.-PSYCH., KINDER- U. JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, VT)

LEITER DER ERZIEHUNGSBERATUNGSSTELLE DER KJF REGENSBURG  
UNIVERSITÄT REGENSBURG, BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL,  
OSTBAYERISCHE TECHNISCHE HOCHSCHULE REGENSBURG



# Entwicklungsaufgaben – sozialer Bezugsrahmen – Regulationsmodalitäten in der Kindheit



# Symptome einer ADHS

(Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung)

Symptome müssen vor dem 7. Lebensjahr auftreten und  
mind. über 6 Monate hinweg bestehen

▶ Kernsymptome:

- ▶ Unaufmerksamkeit
- ▶ Hyperaktivität
- ▶ Impulsivität

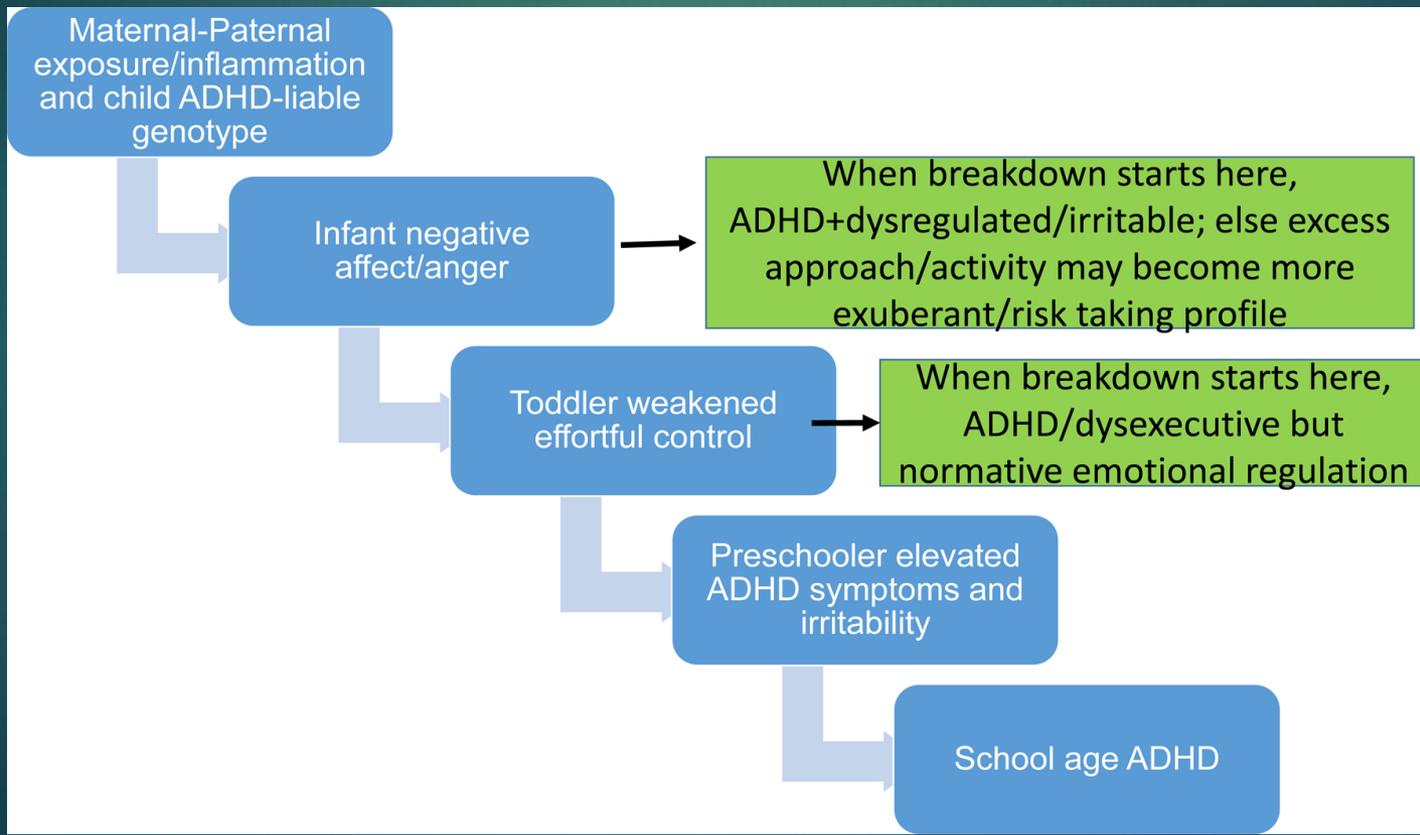
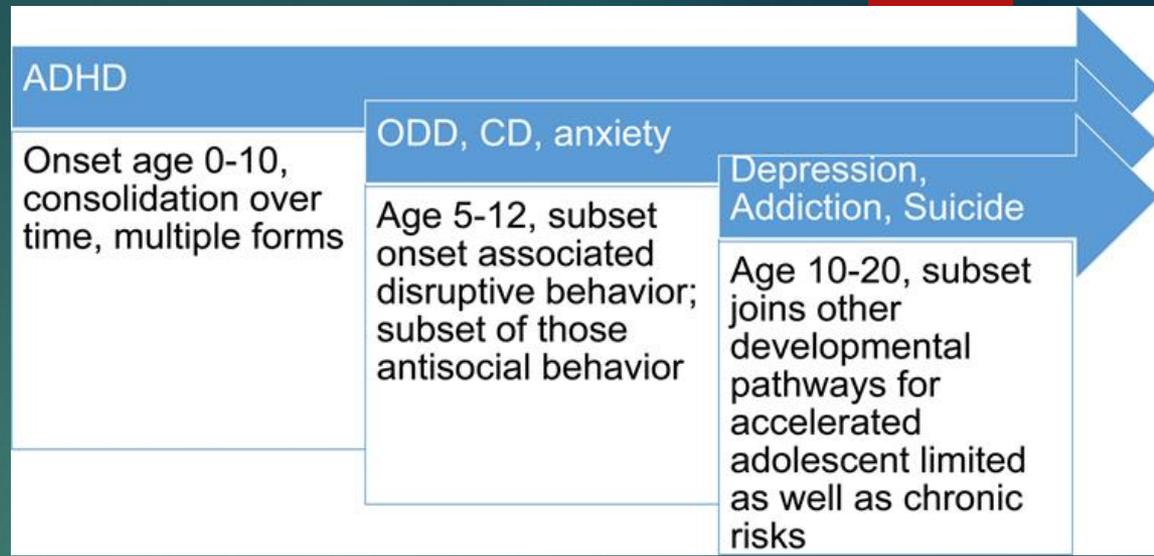
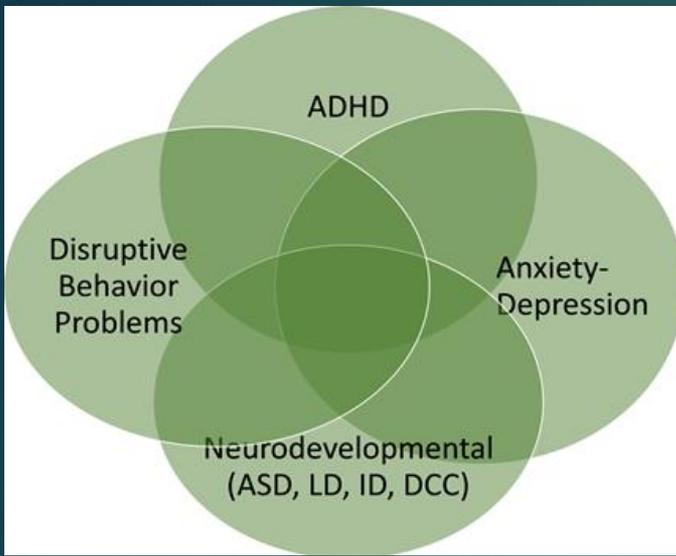
▶ Nebensymptome:

- ▶ Emotionale Labilität
- ▶ Desorganisation
- ▶ Reizbarkeit
- ▶ Vergesslichkeit
- ▶ Schulische Leistungsdefizite
- ▶ Wutausbrüche und Aggressivität
- ▶ Geringe Frustrationstoleranz

# Entwicklungspfadmodelle von Aufmerksamkeitsstörungen

(vgl. Nigg et al., 2020; Craig et al., 2020)

- ▶ Hochgerechnet ca. 4% der Weltbevölkerung (ca. 320 Millionen) leiden unter einer ADHS (vgl. Erskine et al., 2014)
- ▶ ADHS beginnt sich ab dem Kindergartenalter zu zeigen (z.B. in den Bereichen Verhaltenssteuerung, Kognition, Selbstwirksamkeitserleben)
- ▶ Kinder mit ADHS haben eine um 50% - 300% erhöhte Wahrscheinlichkeit in ihrem Entwicklungsverlauf an weiteren schweren seelischen Erkrankungen zu leiden, z.B. Substanzabusus, Depression, Psychose, Angststörungen (vgl. Groenman, Janssen, & Oosterlaan, 2017; Kessler et al., 2006; Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011; Riglin et al., 2020; Treur et al., 2019)
- ▶ 47% der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose erlebten in ihrer Kindheit moderate bis schwere körperliche Misshandlung (vgl. Stern et al., 2018), bzw. erlebtes Maltreatment im Kindesalter erhöht die Wahrscheinlich an ADHS zu erkranken um das 7,63-fache (vgl. Claussen et al., 2024)



# Befundauswahl zu Bindung und ADHS

- ▶ Eine sichere Bindung im 1. Lebensjahr korreliert mit ausdauernderem Spiel im Kindergarten (Schutzfaktor) (vgl. Suess, Grossmann & Sroufe, 1992)
- ▶ Bindungsdesorganisierte Kinder in der Fremde-Situation im Alter von einem Jahr zeigen bereits rückblickend im Neugeborenenalter Defizite in der Verhaltensorganisation und eine erhöhte Irritierbarkeit (vgl. Spangler, Fremmer-Bombik, Grossmann, 1996)
- ▶ Deutlicher Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit / -desorganisation und ADHS-Diagnose, v.a. beim Symptomkomplex „Hyperaktivität“, auch bei Kindern ohne Misshandlungs- bzw. Deprivationshintergrund (vgl. Wylock et al. 2023; Dekkers et al., 2021)
- ▶ Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsleistung und der Steuerung des Aktivitätsniveaus als beobachtbare Phänomene bei Kindern mit AD(H)S und bei Kindern mit einer Bindungsstörung. (vgl. Zeanah, Boris & Liebermann, 2000, vgl. Wylock et al., 2023)
- ▶ Frühe, tiefgreifende institutionelle Deprivation als ein möglicher psychopathologischer Pfad zu einer ausgeprägten ADHS-Symptomatik. (vgl. Roy & Rutter, 2006; vgl. Brodzinsky, Gunnar & Palacios, 2022) mit Persistenz bis ins Erwachsenenalter (vgl. Golm et al., 2021)

# ADHS – Was steckt dahinter?

- ▶ **Biogenetisch-neurokognitiver Entwicklungspfad** (vgl. Faraone, & Larsson, 2019)
  - ▶ postulierte Genmutationen / „Kandidatengene“  
(D2-/D4-/D5-Rezeptorgen; Dopamintransportergen, noradrenerge Rezeptorgene)
  - ▶ familiäre Häufung (Konkordanz bei eineiigen Zwillingen 50–80 %, bei zweieiigen Zwillingen ~33 %)
- ▶ **Psychosozialer Entwicklungspfad** (vgl. Tistarelli et al., 2020)
  - ▶ Bindungsdesorganisation, Vernachlässigung, Maltreatment
  - ▶ Familiäre Instabilität / mangelnde Fremdstrukturierung / Erziehungskompetenz
  - ▶ Erzieherische Überforderung mit „anstrengendem Temperament“ bzw. Defizite in der frühen Selbstregulationsentwicklung
- ▶ **Perinatale Risiken**
  - ▶ Minimal-cerebrale Störungen (vgl. Bitsko et al., 2024)
  - ▶ Nikotin als Schwangerschaftsnoxen erhöht um bis zu 200% die Wahrscheinlichkeit, dass der Nachwuchs an ADHS erkrankt (He, 2020; Liu et al., 2022)

# Bindungsdesorganisation mittlere und späte Kindheit

- ▶ Keine eindeutige Zuordnung zu A, B, oder C-Muster möglich, da inkonstante Elemente aller 3 Muster vorhanden sein können
- ▶ **Haupterscheinungsbild bei 6-jährigen** (Main & Solomon, 1986):
  - ▶ **Kontrollierend-bestrafender Typus:**
    - ▶ Bestrafendes Verhalten der Kinder ggb. Bindungspersonen
    - ▶ Abwertungen ggb. Bindungspersonen
    - ▶ Oppositionell-verweigerndes Verhalten ggb. Bindungspersonen
  - **Phänomenologie überschneidet sich stark mit den Symptomen einer ADHS!**

Massive Selbstbestimmung (Beziehungskontrolle),  
Hyperaktivität, kurze Konzentrationsspanne, gestreute  
Aufmerksamkeitslenkung, impulsiv-aggressives Verhalten

# Klinische Differentialdiagnostik ADHS vs. Bindungsstörung

Das DAI (Disturbances of attachment interview; Smyke & Zeanah, 1999) ist ein halb-strukturiertes Interview, welches vorzugsweise mit der primären Bezugsperson des Kindes durchgeführt werden sollte. Es umfasst 12 Themengebiete. Die Formulierung der Fragen steht dem Interviewer frei. Der Interviewer kann und soll durchaus tiefergehende Fragen stellen und bei bestimmten Themen mehr Informationen einholen.

Katalog an Leitfragen: DAI	Beispielfragen
Hat das Kind eine Präferenz für einen bestimmten Erwachsenen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hat er/sie einen bestimmten Erwachsenen, den sie anderen vorzieht? Wenn ja, wen? Wie zeigt sich diese Präferenz? Können Sie mir ein Beispiel nennen?</li> <li>- Gibt es noch andere Erwachsene, denen gegenüber er/sie sich auch so verhält? Welchen dieser Erwachsenen bevorzugt er/sie am meisten?</li> </ul>
Wie äußert sich die Trostsuche des Kindes bei Kummer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn er/sie fällt und sich dabei verletzt, was tut er/sie dann?</li> <li>- Bleibt er/sie eher sitzen und wartet, dass Sie als Bezugsperson zu ihm/ihr kommen oder kommt er/sie selbst, um von der Verletzung zu erzählen?</li> <li>- Sucht er/sie auch Trost bei Personen, die er/sie nicht gut kennt?</li> <li>- Sucht er/sie auch mal Trost bei einer unbekanntem Person, obwohl eine bekannte Person anwesend ist?</li> </ul>
Wie reagiert das Kind auf Trost, wenn dieser angeboten wird?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lässt er/sie sich trösten? Ist er manchmal untröstlich? Bsp.?</li> </ul>
Zeigt das Kind soziale und emotionale Reziprozität im Umgang mit anderen Personen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergeben sich Anhaltspunkte für empathische Verhalten?</li> <li>- Gibt es Anzeichen für einen altersgemäßen Perspektivwechsel?</li> </ul>

# Disturbances of Attachment Interview (DAI)

Wie reguliert das Kind Emotionen?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Was macht das Kind, wenn es wütend oder traurig ist?</li></ul>
Versichert sich das Kind durch Blicke zur Bezugspersonen, während es sich von dieser (räumlich) entfernt?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wenn Sie an einem für Ihr Kind unbekanntem Ort sind, wie verhält er/sie sich dann?</li><li>- Sucht er/sie vorher ihre Zustimmung (Fragen oder Hinschauen) oder geht er/sie einfach weg?</li><li>- Neigt er/sie dazu umherzulaufen ohne ersichtliche Absicht?</li><li>- Wenn er/sie von Ihnen getrennt wird, ist er/sie dann aufgebracht oder scheint es ihm/ihr eher egal zu sein?</li></ul>
Ist das Kind bei unbekanntem Erwachsenen eher zurückhaltend?	
Zeigt das Kind eine Bereitschaft mehr oder weniger fremde Personen zu begleiten?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glauben Sie, er/sie würde mit einer fremden Person mitgehen?</li><li>- Könnten Sie mir ein konkretes Beispiel dafür nennen?</li><li>- Denken Sie er/sie würde das immer oder nur manchmal tun?</li><li>- Hat sich das Verhalten gegenüber Fremden geändert? War er/sie früher bereit, mit fremden Personen mitzugehen?</li></ul>
Zeigt das Kind selbstgefährdendes Verhalten?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bringt er/sie sich in riskante, gefährliche Situationen? Könnten Sie mir ein konkretes Beispiel nennen?</li><li>- Ist es typisch für ihn/sie, dass er/sie einfach auf die Straße rennt oder etwas vom heißen Ofen nimmt?</li><li>- Möchte er/sie Sie mit ihrem gefährlichen Verhalten provozieren?</li><li>- Zeigt er/sie dieses Verhalten bei jeder Person oder nur in Gegenwart einer bestimmten Person?</li><li>- Was glauben Sie sind die Gründe für ihr/sein Verhalten?</li></ul>
Zeigt das Kind übermäßiges (exzessives) Klammerverhalten?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lässt das Kind Sie oder eine andere Person oft weggehen?</li></ul>
Ist das Kind wachsam oder übermäßig folgsam?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prüft das Kind immer, wie ihre Reaktion ist, ob sie ärgerlich sind?</li></ul>
Zeigt das Kind Anzeichen von Rollenumkehr?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Scheint er/sie zu wissen, wenn Sie oder eine andere Bezugsperson traurig, ärgerlich oder aufgebracht ist? Was tut er/sie dann? Können Sie mir ein konkretes Beispiel nennen?</li><li>- Scheint er/sie sich je um Sie (oder eine andere Bezugsperson) Sorgen zu machen oder zu sorgen? Könnten Sie mir ein konkretes Beispiel nennen?</li><li>- Macht er/sie sich Gedanken darum, wie es Ihnen (oder einer anderen Bezugsperson) geht? Warum denken Sie, tut er/sie das?</li></ul>

# Bindungsstörungen vs. ADHS

(vgl. Meier, 2012)

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)***

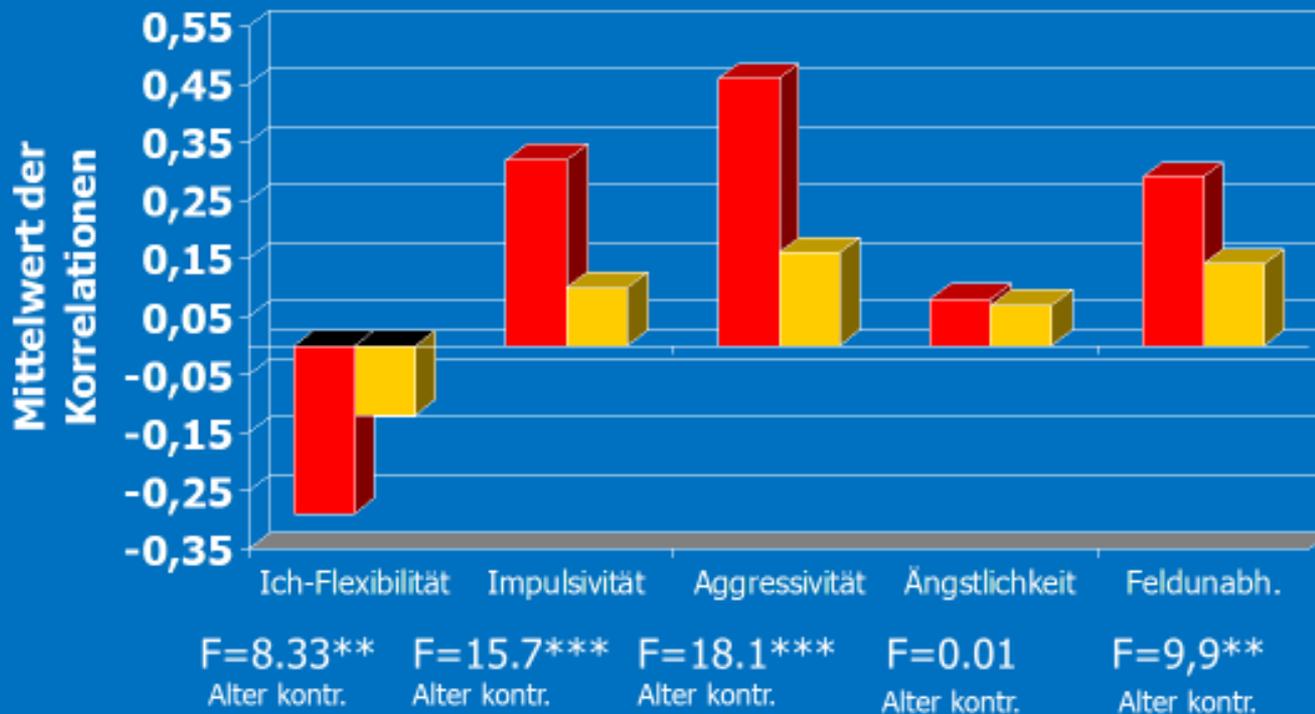
Mittelwerte und Standardabweichungen des **Conners-Ratingbogens** (Beeinträchtigungsintensität zwischen 0 und 3) und des **Bindungsstörungsscreenings** [Meier & Zimmermann, 2012]

# Bindungsstörungen vs. ADHS

(vgl. Meier, 2012)

## Persönlichkeitsentwicklung (California Child Q-Sort)

■ Bindungsstörung ■ ADHS



# Bindungsstörungen vs. ADHS

(vgl. Meier, 2012)

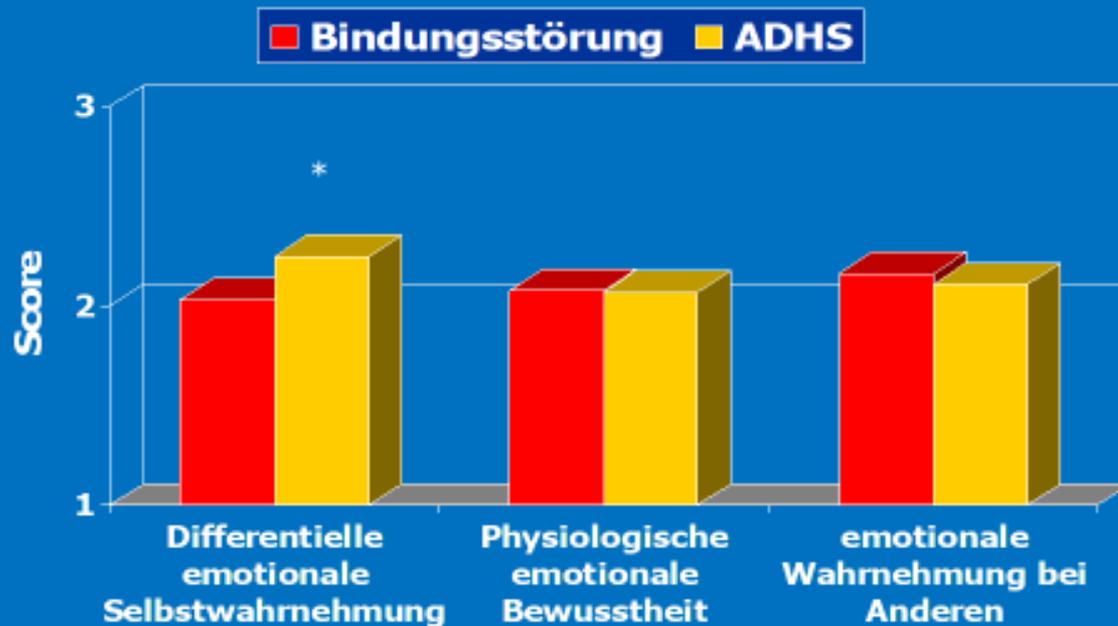
→ nähere Analyse der 100 Einzel-Items des CCQ  
(1 = sehr untypisch, 9 = sehr typisch)

CCQ-Item	ADHS M (SD)	Bindungsstörung M (SD)	P
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

# Bindungsstörungen vs. ADHS

(vgl. Meier, 2012)

## Emotionale Bewusstheit (EAQ)

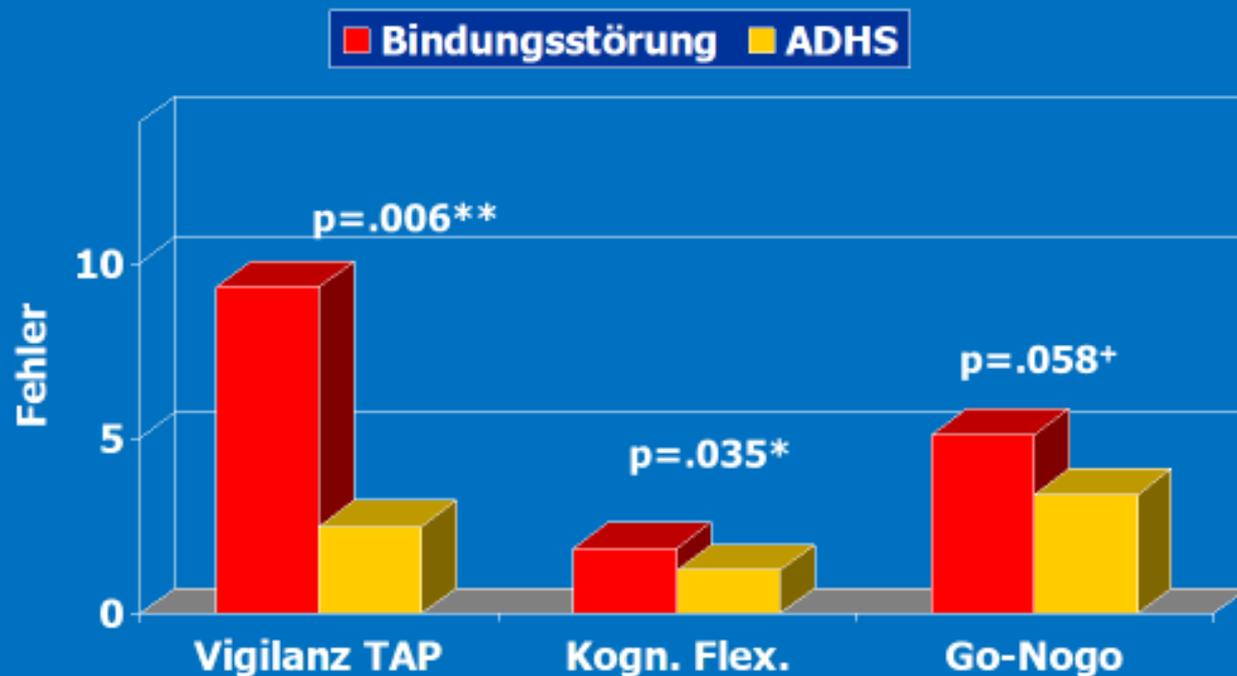


# Bindungsstörungen vs. ADHS

(vgl. Meier, 2012)

## Aufmerksamkeit: nicht soziale Reize

(Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, TAP)



# Aufmerksamkeitsprozesse:

beziehungsneutrale, soziale und emotionale Reize

durchschn. Reaktionszeiten aus 100ms und 500ms Bedingung (vgl. Meier, 2012)



	Bindungsstörung	ADHS	Kontrollgruppe
<b>nicht-soziale Aufmerksamkeit</b>			
Vigilanz	627 ms (26)	603 ms (19)	567 ms (20)
Kognitive Flexibilität	712 ms (43)	671 ms (36)	613 ms (23)
Go/Nogo	509 ms (22)	545 ms (18)	537 ms (17)
<b>emotionale Aufmerksamkeit</b>			
Ärger (kongruent)	719 ms (35) <sup>a</sup>	608 ms (27) <sup>b</sup>	545 ms (28) <sup>c</sup>
Ärger (inkongruent)	722 ms (37) <sup>a</sup>	602 ms (26) <sup>b</sup>	551 ms (30) <sup>c</sup>
Freude (kongruent)	710 ms (33) <sup>a</sup>	608 ms (26) <sup>b</sup>	556 ms (30) <sup>b</sup>
Freude (inkongruent)	699 ms (32) <sup>a</sup>	597 ms (28) <sup>b</sup>	544 ms (29) <sup>c</sup>
Ärger-Freude-baseline	705 ms (33) <sup>a</sup>	602 ms (25) <sup>b</sup>	539 ms (27) <sup>c</sup>
<b>Soziale Aufmerksamkeit</b>			
Zurückweisung (kongruent)	735 ms (36) <sup>a</sup>	607 ms (22) <sup>b</sup>	534 ms (23) <sup>c</sup>
Zurückweisung (inkongruent)	741 ms (34) <sup>a</sup>	619 ms (25) <sup>b</sup>	547 ms (23) <sup>c</sup>
Annahme (kongruent)	757 ms (36) <sup>a</sup>	613 ms (25) <sup>b</sup>	547ms (23) <sup>c</sup>
Annahme (inkongruent)	759 ms (34) <sup>a</sup>	622 ms (25) <sup>b</sup>	548 ms (24) <sup>c</sup>
Zurückweisung-Annahme-baseline	732 ms (36) <sup>a</sup>	615 ms (25) <sup>b</sup>	539ms (21) <sup>c</sup>

# Häufige Verläufe von Bindungsstörungen

(vgl. Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth & Ziv, 2015; vgl. Zenah & Gleason, 2015; vgl. Román, Palacios & Minnis, 2022 )

- ▶ Immense Defizite in der Selbstregulationsfähigkeit (z.B. ADHS-Symptomatik)
- ▶ Ausgeprägte „Beziehungsantennen“ in der Außenwelt, tiefgreifende Schwächen in der sozio-emotionalen Eigenwahrnehmung
- ▶ hohe soziale Irritierbarkeit („outbursts of irritability“)
- ▶ hohe Feldabhängigkeit / dependente Beziehungsmuster
- ▶ stark kontrastreiche Beziehungsbewertungen und zahlreiche Beziehungsabbrüche
- ▶ „Sprengen von Systemen“ (in Kindergarten, Schule, Beruf, Jugendhilfe)
- ▶ sehr häufig transgenerationale Tradierung

# Besonderheiten bei Bindungsstörungen im Kontext „Früher Hilfen“

- ▶ **Sprache:** deprivierte Kinder wirken häufig wie rezeptiv sprachgestört, oft jedoch deutliche Diskrepanz, ob sachlicher Inhalt oder sozio-emotional bedeutsamer Inhalt
- ▶ **Motorik:** fehlende Gefahrenereinschätzung und hohe motorische Unachtsamkeit, mangelnde Körperereigenwahrnehmung
- ▶ **Elternarbeit:** hohe Abbruchrate oder Nicht-Inanspruchnahme, da Angst vor zu viel Fremdbestimmung oder gar Fremdplatzierung

# Besonderheiten bei Bindungsstörungen im Kontext „späte Kindheit“

- ▶ **Performanz:** stark beeinträchtigte Aufmerksamkeitsparameter, aggressive Durchbrüche, immense Probleme Fremdbestimmung aushalten zu können (z.B. Lehrer)
- ▶ **Nähe-Distanzregulierung:** soziale Enthemmung, fehlender Selbstschutz in Beziehungen, unvertrauten Personen gefallen wollen vs. vertraute Beziehungen in ihrer Belastbarkeit austesten müssen
- ▶ **Peerkontakt:** unbewusstes Einsamkeitserleben, „Zweckgemeinschaften“, andere dominieren durch hohe Selbstbestimmung, wenig soziale Differenzierung (z.B. „alle sind meine Freunde“ oder „kein einziges Kind mag mich“)

# Besonderheiten bei Bindungsstörungen im Kontext „Jugendalter“

- ▶ **Peerkontakt:** existentielle Ängste vor sozialem Ausschluss, hochgradige Beziehungsambivalenz, hohe emotionale Labilität, hohe Beziehungsbrüchigkeit
- ▶ **Psychosexuelle Entwicklung:** Sexualität als Möglichkeit Personen in der Beziehung zu halten (Funktionalität), Vernachlässigung des Selbstschutzes, mangelnde Körpereigenwahrnehmung
- ▶ **Gefährdungsmomente:** sensation-seeking, Sexualität, Ernährung, Delinquenz, Substanzmissbrauch, NSSV und (Para-) Suizidalität, mangelndes Gefahrenbewusstsein, „Naivität in Beziehungen“

# Besonderheiten bei Bindungsstörungen im Kontext „Erwachsenenalter“

## ► **Übernahme von Verantwortung:**

Überfordernde Verantwortungsübernahme für die Probleme anderer, Abspaltung eigener Problemfelder (leben im hier und jetzt, aber viele unbewusste Verwicklungen mit vergangenen Erfahrungen)

## ► **Kardiometabolische Erkrankungen:**

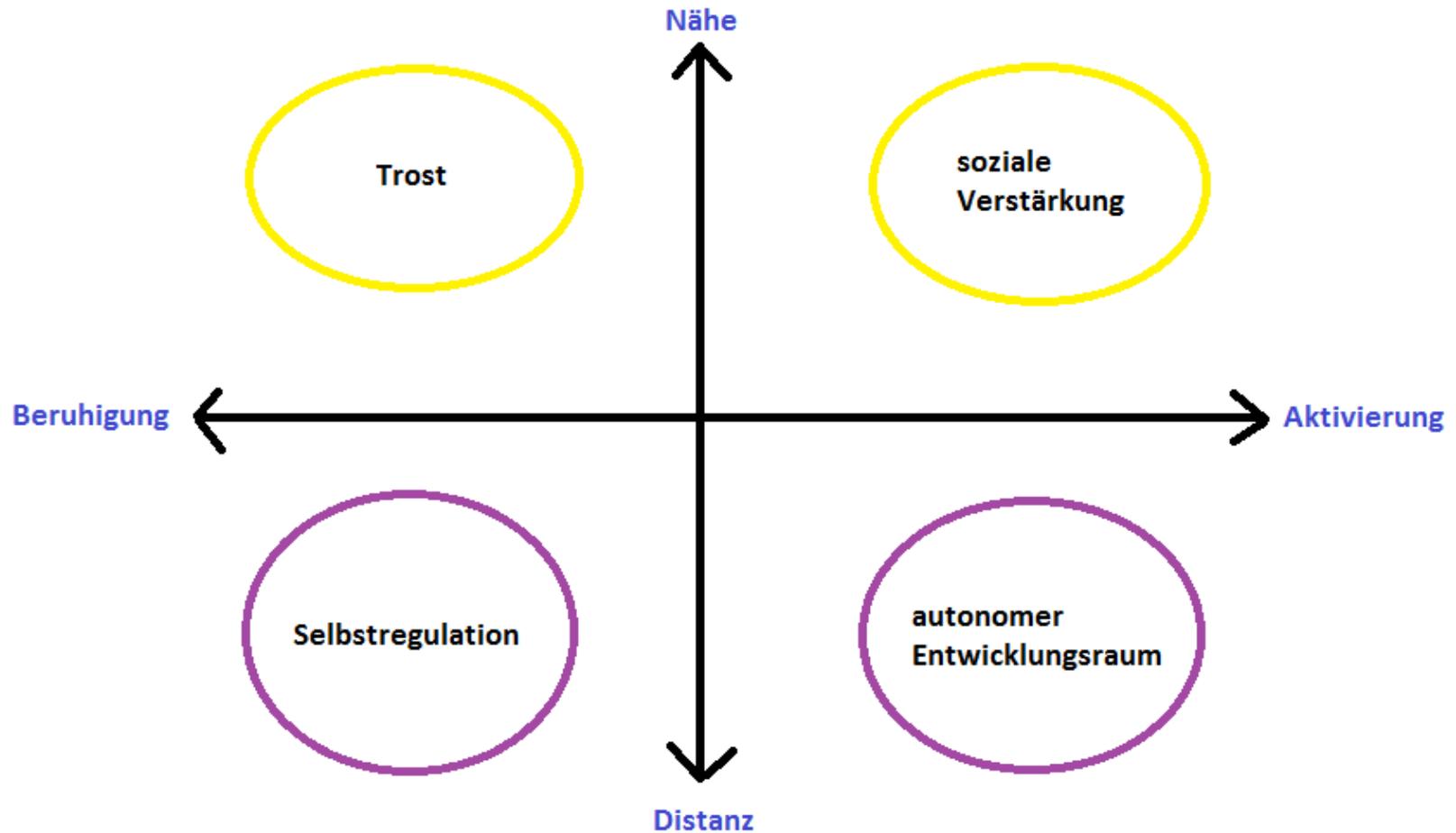
Widrige Kindheitserlebnisse gehen signifikant gehäuft mit chronisch erhöhten inflammatorischen Laborparametern im jungen und mittleren Erwachsenenalter einher und erklären einen möglichen Pfad in der Entstehung von kardiometabolischen Erkrankungen (vgl. Baldwin & Danese, 2019; vgl. Lacey et al., 2020)

# „Überlebensregeln“ im Alltag bei KlientInnen mit einer Bindungsstörung

- ▶ **Erkennen und Berücksichtigen des zugrundeliegenden sozio-emotionalen Entwicklungsalters:**
  - ▶ PatientInnen mit einer Bindungsstörung wurden auf „Überleben programmiert“ (Epigenetik / Neurobiologie / Verhalten / Kognition)
  - ▶ bestimmte Entwicklungsbereiche / -aufgaben sind hochgradig defizitär, andere evtl. pseudoprogredient (z.B. bei Rollenumkehr)
  - ▶ emotionale Eigenbewusstheit zeigt sich äußerst defizitär, emotionale Bewusstheit bzgl. anderer Personen hingegen zeigt sich meist übersensitiv
- **ohne ein geeignetes Krankheitskonzept steigt die Aggressionsneigung im Helfersystem!!!**

# Interaktion von Beziehung und Regulation

Beziehungsmodell der Emotionsregulation (S. Meier)



# Ziele für die sozio-emotionale Entwicklung

- ▶ **Entlastung von Beziehungen** (Verringerung der Reizdichte sozialer Informationen) durch vorgegebene, externe Strukturierungen um das in sozialen Interaktionen erlebte Stressniveau zu reduzieren
- ▶ Förderung von **emotionaler Bewusstheit / Selbstwahrnehmung** und adaptiver Emotionsregulationsstrategien
- ▶ Validierung der **Leitemotion** („nicht überall wo Wut sichtbar ist steckt Ärger dahinter“, aggressive Verarbeitung der besonders bindungsrelevanten Primär-Emotionen „Angst und Trauer“)
- ▶ Längerfristige **Beziehungskonstanz** als Nähe-Distanz-regulierendes Beziehungsmodell, „Holding Function“

# Pharmakotherapie Bindungsstörungen

- ▶ **Störungsspezifische Medikation bei Bindungsstörungen weder bekannt noch erprobt!**
- ▶ **Medikamentöse Behandlungsversuche komorbider Erkrankungen häufig sinnvoll (v.a. ADHS)**, 1. Wahl dabei Stimulanzen, v.a. Methylphenidat  
→ aber häufig mangelndes Responding oder nur kurzzeitige Effekte (< 3 Monate)
- ▶ Im klinischen Alltag oft längerfristig **bessere Erfolge mit Guanfacin** (Intuniv ®) als mit MPH
- ▶ **Kritische Prüfung des Einsatzes von Neuroleptika**, wenn dann am ehesten Risperidon oder Olanzapin, oft paradoxe Effekte bei stärker sedierenden Neuroleptika; die Anwendung zeitlich klar begrenzen (Krisenintervention)

# Pharmakotherapie Bindungsstörungen

## ▶ **Forschung: Medikation mit Oxytocin**

- ▶ Kinder und Jugendliche die unter einer Bindungsstörung leiden, zeigen massive Defizite in ihrer Belohnungssensibilität im Striatum (vgl. Nishitani et al., 2021; Takiguchi et al., 2015; Mehta et al., 2010).
- ▶ Diese Beeinträchtigung kann jedoch deutlich, leider jedoch nur bei männlichen Kindern, durch eine nasale Medikation mit Oxytocin in der frühen und mittleren Kindheit abgemildert werden (vgl. Takiguchi et al., 2023).
- ▶ In der Folge können dann verhaltenstherapeutisch-basierte Belohnerpläne möglicherweise spürbar besser ihre Wirkung entfalten.

# Fazit

- ▶ ADHS-Symptome können Bindungsstörungssymptome überdecken, insb. aber die Beeinträchtigungen in der Beziehungsfähigkeit nicht hinreichend aufklären
- ▶ Bei PatientInnen mit einer Bindungsstörung reichen die Maßnahmen zur Behandlung einer ADHS **alleine** nicht aus
- ▶ Kinder und Jugendliche mit einer Bindungsstörung zeigen eine tiefgreifend beeinträchtigte Selbstregulation und Selbststeuerung mit massiven Auswirkungen auf ihre Persönlichkeitsentwicklung
- ▶ Ihre Bezugspersonen und TherapeutInnen benötigen ein adäquates Krankheitsverständnis, damit eine langfristige und nachhaltige Betreuung und Versorgung möglich wird
- ▶ Krisen sind Chancen für sozio-emotionale Entwicklungszuwächse

# Literaturverzeichnis

- ▶ Baldwin, J. R., & Danese, A. (2019). Pathways from childhood maltreatment to cardiometabolic disease: A research review. *Adoption & Fostering*, 43(3), 329-339.
- ▶ Biłsko, R. H., Holbrook, J. R., O'Masta, B., Maher, B., Cerles, A., Saadeh, K., ... & Kaminski, J. W. (2024). A systematic review and meta-analysis of prenatal, birth, and postnatal factors associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Prevention Science*, 25(Suppl 2), 203-224.
- ▶ Brodzinsky, D., Gunnar, M., & Palacios, J. (2022). Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of adoption. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105309.
- ▶ Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., ... & Kaminski, J. W. (2024). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, 25(Suppl 2), 249-271.
- ▶ Craig, S. G., Bondi, B. C., O'Donnell, K. A., Pepler, D. J., & Weiss, M. D. (2020). ADHD and exposure to maltreatment in children and youth: A systematic review of the past 10 years. *Current psychiatry reports*, 22, 1-14.
- ▶ Dekkers, T. J., Hornstra, R., van den Hoofdakker, B. J., de Jong, S. R., Schaaf, J. V., Bosmans, G., & van der Oord, S. (2021). Attachment representations in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Brain sciences*, 11(11), 1516.
- ▶ Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J., Vos, T., ... & Scott, J. G. (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 328-336.
- ▶ Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575.
- ▶ Golm, D., Sarkar, S., Mackes, N. K., Fairchild, G., Mehta, M. A., Rutter, M., ... & ERA Young Adult Follow Up Study Team. (2021). The impact of childhood deprivation on adult neuropsychological functioning is associated with ADHD symptom persistence. *Psychological medicine*, 51(15), 2675-2684.
- ▶ Groenman, A. P., Janssen, T. W., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556-569.
- ▶ He, Y., Chen, J., Zhu, L. H., Hua, L. L., & Ke, F. F. (2020). Maternal smoking during pregnancy and ADHD: results from a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of attention disorders*, 24(12), 1637-1647.
- ▶ Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
- ▶ Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2015). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. *Developmental psychopathology: Volume one: Theory and method*, 333-369.
- ▶ Lacey, R. E., Pereira, S. M. P., Li, L., & Danese, A. (2020). Adverse childhood experiences and adult inflammation: Single adversity, cumulative risk and latent class approaches. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 820-830.
- ▶ Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 31(3), 328-341.
- ▶ Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T.B. Brazelton, & M.W. Yogman (Eds.). *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- ▶ Mehta, M. A., Gore-Langton, E., Golembo, N., Colvert, E., Williams, S. C., & Sonuga-Barke, E. (2010). Hyporesponsive reward anticipation in the basal ganglia following severe institutional deprivation early in life. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(10), 2316-2325.
- ▶ Meier, S.A. (2012). *Contrasting reactive attachment disorders and attention deficit disorders: Differences in socio-emotional and non-affective information processing and personality*. Wuppertal, Germany.

# Literaturverzeichnis

- ▶ Meier, S.A., Kandsperger, S., Brunner, R. & Zimmermann, P. (2022). Persönlichkeitsmodelle im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie-Entwicklung, Veränderung, Stabilität und Forschungsperspektiven. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(1), 2-22.
- ▶ Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559-583.
- ▶ Nishitani, S., Fujisawa, T. X., Hiraoka, D., Makita, K., Takiguchi, S., Hamamura, S., ... & Tomoda, A. (2021). A multi-modal MRI analysis of brain structure and function in relation to OXT methylation in maltreated children and adolescents. *Translational Psychiatry*, 11(1), 589.
- ▶ Riglin, L., Thapar, A. K., Leppert, B., Martin, J., Richards, A., Anney, R., ... & Thapar, A. (2020). Using genetics to examine a general liability to childhood psychopathology. *Behavior Genetics*, 50, 213-220.
- ▶ Román, M., Palacios, J., & Minnis, H. (2022). Changes in Attachment Disorder symptoms in children internationally adopted and in residential care. *Child abuse & neglect*, 130, 105308.
- ▶ Roy, P., & Rutter, M. (2006). Institutional care: Associations between inattention and early reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 480-487.
- ▶ Smyke, A. T., & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances of attachment interview. Unpublished manuscript.
- ▶ Spangler, G., Fremmer-Bombik, E., & Grossmann, K. (1996). Social and individual determinants of infant attachment security and disorganization. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 17(2), 127-139.
- ▶ Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. In A. J. Sameroff, & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 70-94). New York: Basic Books.
- ▶ Stern A, Agnew-Blais J, Danese A, Fisher HL, Jaffee SR, Matthews, T, et al. Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: a prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse Negl.* 2018;81:274–85.
- ▶ 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 organisation of self. *International journal of behavioral development*, 15(1), 43-65. Takiguchi S, Fujisawa TX, Mizushima S, Saito DN, Kumazaki H, Koizumi M, et al. Low striatal activity during reward perception caused by childhood adversity. *No To Hattatsu.* (2015) 47, 211.
- ▶ Takiguchi, S., Makita, K., Fujisawa, T. X., Nishitani, S., & Tomoda, A. (2023). Effects of intranasal oxytocin on neural reward processing in children and adolescents with reactive attachment disorder: a randomized controlled trial. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 1056115.
- ▶ Tistarelli, N., Fagnani, C., Troianiello, M., Stazi, M. A., & Adriani, W. (2020). The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, 63-77.
- ▶ Treur, J. L., Demontis, D., Smith, G. D., Sallis, H., Richardson, T. G., Wiers, R. W., ... & Munafò, M. R. (2021). Investigating causality between liability to ADHD and substance use, and liability to substance use and ADHD risk, using Mendelian randomization. *Addiction biology*, 26(1), e12849.
- ▶ Wylock, J. F., Borghini, A., Slama, H., & Delvenne, V. (2023). Child attachment and ADHD: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 32(1), 5-16.
- ▶ Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Lieberman, A. F. (2000). Attachment disorders of infancy. *Handbook of developmental psychopathology*, 293-307.
- ▶ Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222.