

Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie

Interaktions- und Bindungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Mutter – Söhne – Sucht

Fachtagung
anlässlich des
10-jährigen Jubiläums
der Fachklinik Flammersfeld

Mittwoch, 15.06.2011
9:30 - 16:30 Uhr
Fachklinik Flammersfeld

Andreas Wiefel

Bergmannstr. 5

10963 Berlin

030/715 715 21

info@andreaswiefel.de



Judy 4 Wochen

Anaklitische Depression

(anaklitisch: von griechisch ανακλίνειν, anaklīnein - sich anlehnen)

Unter- und Fehlernährung, Krankheitsanfälligkeit, Entwicklungsverzögerung, eingeschränkte Reaktion auf Umweltreize, Apathie und ausgeprägte, krankheitswertige Verslossenheit.

KM bringt Kind in die Rettungsstelle, ist aggressiv gegen die Ärzte, Drohungen, GB, Betreuung, GA liegt bei Gericht vor.

Weitere Kinder leben beim KV. KV ebenfalls aggressiv und noncompliant.

Unsere Klienten 4 Wochen – 4 Monate – 4 Jahre – 40 Jahre

Sucht und Komorbidität - oder Ausdruck von

Bindungsstörung

Selbstheilungsversuch von Depression

Narzißmus

Persönlichkeitsstörung

Familiärer Transmission (psychisch kranker Eltern)

Trauma

...

Suchtmittel als beste Bindungsperson? Mehr im workshop...

practice parameters (Thomas et al. JAACAP 1997)

A. Emotionale-, Verhaltens-, Beziehungs- oder Entwicklungsstörungen

B. Maximale Abhängigkeit von den Eltern

1. Mindestens 3 Termine
2. Verschiedene Kontexte
3. Entwicklungsgeschichte/Familiengeschichte
4. Klinische Beobachtung
5. Videointeraktionsbeobachtung
6. ITMSE (=Psychopathologischer Befund)
7. Standardisierte Instrumente
 1. Entwicklungsdiagnostik (Bayleys, Denver, Münchner)
 2. Fragebögen/Interviews (CBCL, Vineland, Mc Arthur)
8. Diagnose

Untersuchung mit Video?



Liebe Eltern, heute soll eine Untersuchung des Verhaltens Ihres Kind gemeinsam mit seinen Eltern stattfinden. Dafür sollen Sie einfach kurz eine „gute Zeit“ miteinander verbringen. Sie müssen nichts Besonderes machen. Ihr Kind sollte gesund, ausgeschlafen, ohne Hunger oder Toilettendrang und auf die Untersuchung eingestimmt sein. Wir werden Ihnen gleich den Ablauf noch genauer erklären. Zur Überbrückung der Wartezeit geben wir Ihnen schon einmal dieses Blatt in die Hand weil wir wissen, dass sich unsere Patienten zu dem Thema „Videoaufzeichnung“ immer wiederkehrende Gedanken machen. Bitte nutzen Sie diese Information als Grundlage für weitere Fragen an uns.

„Das ist doch eine künstliche Atmosphäre“

„Diese „Laborsituation“ ist für die Auswertung wichtig“

„Mein Kind kennt diese Spielzeug nicht“

„Es ist ja eine psychologische Diagnostik“

„Aber es ist doch gar nicht wie zu Hause“

„Ungewohnte Situation - aber für alle gleich!“

„Die Kameras machen mir aber Stress“

Ja, aber Stress aktiviert das Bindungsverhalten“

Setting, Intuitive Parenting

Die 5 G: Gesund, Geschlafen, Gefüttert/getrunken, Gewickelt, Gestimmt

Informed consent, Reizarmer Raum, Monitor, Spielzeugkiste, Anweisung

Kinderwagen, Feed-Back, Abbruchkriterien

Begleitperson: Interventionscharakter!

Zeitraumen: 5 – 2 – 3; 5 – 5 – 5; 5 – 5 – 5 – 5 – 5

- Prüfen des Wachheits- und Erregungszustands
 - Regulation des visuellen Kontakts (Abstand)
- Herstellen der Kommunikationssituation: Reziprozität
 - Angemessene Stimulation
- Unterstützung integrativer Prozesse: Multimodalität, Kontingenz, Matching

(Papousek, 1987)

Ancolina 4 Monate

Diagnostic Classification DC:0-3R

Achse I: Klinische Störungen

- 100. Posttraumatische Streßstörung
- 150. Bindungsstörung bei Deprivation
- 200. Affektstörungen/Emotionale Störungen
- 210. Verlängerte Trauerreaktion
- 220. Angststörungen des Säuglings- und Kleinkindalters
 - 221. Trennungsangststörung
 - 222. Spezifische Phobie
 - 223. Störung mit sozialer Ängstlichkeit
 - 224. Generalisierte Angststörung
 - 225. Angststörung n.n.b.
- 230. Depression des Säuglings- und Kleinkindalters
 - 231. Typ 1: Depressive Episode („major depression“)
 - 232. Typ 2: Depressive Störung n.n.b.
- 240. Gemischte Störung des emotionalen Ausdrucks
- 300. Anpassungsstörung
- 400. Regulationsstörungen/Störungen der sensitiven Integration
- 410. Regulationsstörung Hypersensitiv
 - 411. Typ A: Ängstlich/Übervorsichtig
 - 412. Typ B: Negativ/Trotzig
- 420. Regulationsstörung Hyposensitiv/Unterreaktiv
- 430. Stimulationssuchend/Impulsiv

- 500. Schlafstörungen

- 510. Einschlafstörung
- 520. Durchschlafstörung

- 600. Fütterstörungen

- 601. Homöostatische Fütterstörung
- 602. Fütterstörung mit Interaktionsproblemen
- 603. Infantile Anorexie
- 604. sensorisch aversive Fütterstörung
- 605. medizinisch bedingte Fütterstörung
- 606. Fütterstörung bei Gastro-intestinal-Trauma/Sondenbedingt

- 700. Tiefgreifende Entwicklungsstörung

- 710. Multisystemische Entwicklungsstörung

- 800. Sonstige Störung nach DSM IV oder ICD-10

Achse II: Beziehung zur primären Bezugsperson

Skala zur Einschätzung des globalen Funktionsniveaus
(Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale,
PIR-GAS)

Achse III: Medizinische Konditionen und umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse IV: psychosoziale Belastungsfaktoren

Achse V: emotionales Entwicklungs- und Funktionsniveau

Beziehungsdiagnostik

Parent-Infant-Relationship Global-Assessment-Scale (PIR-GAS)

| | | | |
|----|-----------------|-----|----------------------------|
| 10 | Misshandelnd | 60 | Gestresst |
| 20 | Akut gefährdend | 70 | Unausgewogen |
| 30 | Schwer gestört | 80 | Etwas unausgewogen |
| 40 | Gestört | 90 | Adaptiert (ausgewogen) |
| 50 | Dysfunktional | 100 | Gut adaptiert (ausgewogen) |

MAS und DC:0-3R

Multiaxiale Klassifikation nach ICD-10 und DC:0-3R

- 1. Achse: **Klinisch-psychiatrisches Syndrom**
- 2. Achse: **Umschriebene Entwicklungsstörungen**
- 3. Achse: **Intelligenzniveau**
- 4. Achse: **Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD-10**
- 5. Achse: **Psychosoziale Belastungsfaktoren**
- 6. Achse: **Globales Funktionsniveau**

Diagnosen nach DC: 0-3R

- Achse I:** **Klinisch-psychiatrisches Syndrom**
- Achse II:** **Beziehung zur primären Bezugsperson**

DC: 0-3R (Diagnostic Classification 0-3, 1. Revision). ZTT, Washington, 2005

Klinischer Standard KJP Charité

1. BK-Erstgespräch (BADO)

2. Fakultative organische Diagnostik: körperliche Untersuchung und neuropädiatrischer Status, Hörtest, Sehtest, EEG

Perinataleschäden (Sono), Humangenetik, MRT, Hirnorganische Störungen
Stoffwechselfeldiagnostik, Anatomische Fehlbildungen (Gastrointestinaltrakt),

Gastroösophagealer Reflux, Nahrungsmittelallergie, Ergotherapie

Logopädie/Mundmotorik, Labor, Konsiliaruntersuchungen

Fragebögen, Entwicklungsdiagnostik/PSU, Video-Interaktion u. feed-back

3. Diagnose nach ICD-10/DC:0-3R und Therapieplanung

(Wiefel et al. **Praxis KPP** , 2007)

Basismodell Fünf Säulen der Diagnostik

| | |
|---|---|
| Psychopathologischer Befund und Soziodemographische Daten | Frankfurter Basisdokumentation BADO (Englert 1999) |
| Standardisierter Entwicklungstest Intelligenztest | Bayleys, Münchner funktionelle Diagnostik SON-R, K-ABC |
| Interaktionsanalyse (Standardisierte und videographierte Eltern-Kind Interaktion) | Konzept Emotionale Verfügbarkeit (Emde) Coding Interactive Behavior Scales CIB (Feldman 1997) |
| Dimensionale Klassifikation (Fragebögen) | Child Behavior Checklist CBCL/1½-5 C-TRF (Achenbach 2002) |
| Kategoriale Klassifikation (Klinische Untersuchung) | ICD-10 (multiaxial) (Remschmidt 1994) Diagnostic Classification 0-3R DC:0-3R (ZTT 2005) |

(Wiefel et al. 2005, 2007)

Elena 4 Monate



Vorankündigung
Internationale Konferenz
BINDUNG UND SUCHT

Samstag, den 15. und Sonntag, den 16. Oktober 2011
Vorkonferenz am Freitag, den 14. Oktober 2011

Konferenzorganisation:

PD Dr. med. Karl-Heinz Brisch, Ludwig-Maximilians-Universität, Dr. von Haunersches Kinderspital, Padiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoferstr. 8A, 80336 München; e-Mail: Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de.

Alkohol, Drogen, Medikamente, Essen, Hungern, Computerspiele, Spielautomaten, Arbeit, Beziehungen – vieles kann Menschen süchtig machen. Oftmals beginnt die Sucht damit, dass ein großer Stress, wie er etwa durch psychisch schwierige Entwicklungsbedingungen, traumatische Erfahrungen, unlösbare Konfliktsituationen u. a. entstehen kann, versuchsweise durch das Suchtmittel - statt durch eine Bindungsperson - zu lösen gesucht wird. Meistens tritt eine kurzfristige, rasche Entspannung ein. Besteht der Stress weiter oder ist chronisch, wird das Suchtmittel immer öfters benutzt und es entsteht eine Abhängigkeit, die psychisch und körperlich sein kann. Ist erst einmal das Suchtmittel zur „besten Bindungsperson“ geworden, wird die Therapie entsprechend schwierig.

In der Konferenz werden Zusammenhänge zwischen Bindung und Sucht sowie therapeutische und präventive Möglichkeiten von internationalen Forschern und Klinikern vorgestellt und diskutiert.

Psychopathologischer Befund ITMSE (Benham 1997)

1. Auftreten, äußerer Eindruck
2. Reaktion und Adaptation auf die Untersuchungssituation
3. Selbstregulation
 - Wachheit
 - Responsivität
 - Ungewöhnliches, altersinadäquates Verhalten
 - Aktivitätslevel
 - Aufmerksamkeitsspanne
 - Frustrationstoleranz
4. Motorik
5. Sprechen und Sprache
 - Produktivität (Qualität, Quantität, Rhythmus, Volumen)
 - Rezeption
 - Expression
6. Denken
 - Angstinhalte
 - Träume und Albträume
 - dissoziative Phänomene
7. Stimmung und Affekt
 - Ausdruck: mimisch, verbal, Körpertonus
 - Haltung und Position im Raum
 - Spannweite des emotionalen Ausdrucks
 - Responsivität
 - Dauer affektiver Episoden
 - Intensität des emotionalen Ausdrucks
8. Spielverhalten. Das Spiel ist die Hauptquelle der Informationen zum emotionalen Erleben, insbesondere zum Umgang mit Aggressionen
 - Spielstruktur
 - Spielinhalte
9. Kognitiver Stand
10. Beziehungsqualität
 - zu den Eltern
 - zum Untersucher
 - Bindungsverhalten

CBCL/1½-5

| | Skalen | items | | |
|-------------|-------------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|
| EMOT | Emotional-Reaktiv | 9 | | |
| ANG | Angst-Depression | 8 | Internale Probleme | |
| KÖRP | Körperliche Beschwerden | 11 | | |
| RÜCK | Sozialer Rückzug | 8 | | Gesamt Probleme 99 items |
| SCHL | Schlafprobleme | 7 | | |
| AUF | Aufmerksamkeit | 5 | Externale Probleme | |
| AGGR | Aggression | 19 | | |
| | Andere | 32 | | |

Coding Interactive Behavior CIB (Feldman 1998)

Parent

Positive Affect, Depression
Hostility, Anxiety
Enthusiasm, Empathy

Child

Gaze, Affect, Withdrawn
Alert, Anxiety
Vocalisation, Emotional Lability

Acknowledging, Imitating, Elaborating
Consistency, Structure, Support

Initiation, Compliance
Reliance, Symbolic Play

Dyadic

Reciprocity, Adaptation, Regulation, Fluency, Tension
Child Led – Parent Led

Emotionale Verfügbarkeit

Elterliche Sensitivität

Affektaustausch

(dyadisch)

Kindliche Responsivität

„Anwesende Abwesenheit“

(double-bind)

Elterliche Strukturierung

Konfliktregulation

(misscoordination and repair)

Kindliche Involvierung

altersunabhängig

Emotionale Verfügbarkeit ist nicht statisch, sondern dynamisch

(Emde 1980)

Interaktion und psychische Strukturbildung

Bindungstheorie

(Innere Arbeitsmodelle)

Objektbeziehungstheorie

(Introjektionen)

Behaviorale-/Lerntheorie

(Konditionierung)

Entwicklungspsychologie

(„Schemas of being with“, Mutterschaftskonstellation)

Grundregeln der Videoauswertung

| | |
|---|---------------------------|
| Kontingenz | „auf A folgt B“ |
| Koordinationsfehler und Korrektur | „Fehlerkultur“ |
| Sprachliche Passung | „Babytalk“ |
| Passung auf anderen Kanälen | Körpersprache |
| Platz für kurze Ausstiegspausen | |
| Veto-Recht des Babys | |
| Interaktive Rückkopplung | „Bedeutung der Botschaft“ |
| Affektive Abstimmung | |
| Gehaltvolle affektive Momente | |
| Gemeinsamer Aufmerksamkeitsfokus: in Gang bringen, aufrecht erhalten, affektiv abstimmen | Dramaturgie, Bientanz |

Begriffsdefinition

Babylonische Sprachverwirrung:

Bindung

Bindungstheorie

Bindungsmuster

Bindungsmenge

Bindungsqualität

Störung der Bindung

Bindungsstörung

Erwachsenenbindung

Pränatalpsychologie

Prägung

Schulenabhängigkeit

Bindungsmuster

Kindliche Bindungsmuster nach Ainsworth

B: sichere Bindung: 50-60 %

A: unsicher vermeidende Bindung: 30-40 %

C: unsicher ambivalent/resistente Bindung: 10-20 %

D: desorganisierte Bindung

Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen 1

F (free-autonomous) (entspricht B)

Autonom: flüssig, kohärent und ohne unangemessene Idealisierung.

Ich-Form, mit angemessener Relativierung der eigenen Position.

Entscheidend ist die Form: auch schlechte Erfahrungen können

„durchgearbeitet“ sein.

E (entangled, enmeshed) (entspricht C)

Kämpfen mit der Vergangenheit. Ärger, untergründiger Groll, und Kraft

raubendes Bemühen, es den Eltern recht zu machen. Lange, verschachtelte

Sätze, konfus, vage, sprechen auf Fragen nach vergangenen Erfahrungen über

aktuelle Interaktionsprobleme.

Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen 2

D (dismissing) (entspricht A)

viel verdrängt, keine Erinnerung oder widersprüchlich.

Finden Eltern grossartig“, können aber nichts erinnern.

Distanziert. Beschönend, z.B. zu Strafen.

U (unresolved) (entspricht D)

Unabgeschlossene Trauer. Traumata. Irrelevante Details,

pseudopoetische Phrasen:

sie war jung, lieblich und alle liebten sie....

unlogische Gedankenverbindungen:

sie starb und dann ging ich auf die High school...

(Main, 1994)

Bindungsstörung 1

F94.1 reaktive Form („inhibited type“):

- Furcht und Vorsicht, geringe Kontakte
- Aggression und Unglücklich sein
- Wachstumsprobleme, Deprivationshistorie

Kriterien:

- A. Beginn vor dem fünften Lebensjahr
- B. Widersprüchliche soziale Reaktionen
- C. Emotionale Störung
- D. Nachweis sozialer Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit
- E. Keine tiefgreifende Entwicklungsstörung

Bindungsstörung 2

F94.2 mit Enthemmung/ungehemmter Typ („desinhibited“):

- Undifferenziertes Bindungsverhalten
 - Aufmerksamkeitssuchen
- Häufige Wechsel der Bezugsperson

Kriterien:

- A. Diffuse Bindungen, abnorme Wahllosigkeit
- B. Wenig modulierte Interaktion mit Unvertrauten
- C. Allgem. Anklammern oder unterschiedslos freundlich
- D. Keine Situationsspezifität

Bindungsfall

Bindungsfiguren können missbrauchen – „schuldloses Versagen“

➔ Ist im biologischen attachment Programm nicht vorgesehen

➔ Desaster: Anbindung an den Mißbraucher

Untergruppen („double trouble“)

Sucht – Alkohol/illegale Drogen (F0.x)

Hirnorganische Störungen, geistig behinderte Eltern (F1.x, F7.x)

Psychosen (F2.x)

Affektive Störungen (F3.x)

Essstörungen (F5.x)

Persönlichkeitsstörung (F6.x)

(Kranke) Teeniemütter

Dissozialität/Psychosoziale Belastung

Trauma

Traumatische Migration

Chronische Erkrankung (z.B. Onkologie)

Misshandlung/artifizielle Stellvertreterstörung (Münchhausen by proxy)

Quelle

Muir, E., Lojkasek, M., et al. (1999).

Watch, Wait and Wonder:

**A manual describing a dyadic infant-led approach
to problems in infancy and early childhood.**

Published by the Hincks-Dellcrest Institute.

Instruktionen

- Geh mit dem Baby auf den Boden
- “Folge” dem Baby die ganze Zeit
- Mache keine Aktivität von Dir aus
- “Antworte” dem Baby, aber übernehme nicht
- Erlaube dem Baby freie Exploration
- Was immer es will, ist o.k. so lange es sicher ist
- Denk an Watch, Wait and Wonder

Auswertung

Was hast Du beobachtet?

Welche Erlebnisse hatte das Baby?

Worum ging es im Spiel?

Was hast du gedacht und gefühlt?

Diagnostisch-Therapeutische Haltung

- Distanz statt (Über) Identifikation
- Kindzentriert – Mutterzentriert?
 - Watch, wait and wonder
- Ressourcenorientierung – Überforderung?
- Professionelle Hilfe ist keine Schande, sondern Entlastung