

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/024 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 311 - 317

Bindungsstörungen (F94.1, F94.2)

1. Klassifikation

Diese Leitlinien beziehen sich auf folgende Störungsbilder:

- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)
- Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

1.1 Definition

Die Bindungsstörungen des Kindes gehören gemäß ICD-10 zu einer heterogenen Gruppe gestörter sozialer Funktionen. Sie beginnen in den ersten 5 Lebensjahren und sind nicht durch eine offensichtliche konstitutionelle Beeinträchtigung oder Defizite aller sozialen Funktionen charakterisiert. Vermutlich spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivation eine entscheidende Rolle in der Pathogenese.

Umschriebene Entwicklungsstörungen kommen häufig vor; es handelt sich dabei oft um kombinierte Entwicklungsstörungen. Primär organische Ursachen und/oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen liegen nicht vor. Manchmal finden sich Wachstums- und Gedeinstörungen. Alle Symptome sind auf dem Hintergrund von anamnestischen Daten und unter Berücksichtigung ihres Schweregrades zu beurteilen.

Verschiedene neue Studien setzen sich kritisch mit dem Merkmal des wahllosen Beziehungsverhaltens auseinander und betrachten es eher als Anpassung an institutionalisierte Erziehung, denn als Kernmerkmal von Bindungsstörungen. Als alternative diagnostische Kategorien werden vorgeschlagen: Fehlende Bindung ("non-attachment"), Verzerrung der sicheren Basis ("secure base distortion") sowie unterbrochene Bindung ("disrupted attachment"). Diese Kategorien erwiesen sich in einer Studie den DSM-IV-Kriterien in ihrer Reliabilität als überlegen.

Es liegen bislang keine Ergebnisse epidemiologischer Forschung über die Häufigkeit von Bindungsstörungen vor. Inzidenz und Prävalenz sind unbekannt. Die englische Studie an rumänischen Adoptivkindern mit unterschiedlich langer Deprivationsdauer kommt zu folgenden Ergebnissen: Unter den rumänischen Kindern mit langer Deprivationsdauer vor Adoption lag die Häufigkeit schwerer Bindungsstörungen im Alter von 6 Jahren bei 30%.

1.2 Leitsymptome

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) (entspricht "gehemmte Form" im DSM-IV)

Störungen der sozialen Funktionen

- Abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch
- Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
- Beeinträchtigung des sozialen Spielens
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

Emotionale Auffälligkeiten

- Furchtsamkeit
- Übervorsichtigkeit
- Unglücklichsein
- Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit
- Verlust/Mangel an emotionalen Reaktionen
- Apathie
- "frozen watchfulness"

Störungen der sozialen und emotionalen Reaktionen sollten nicht nur auf eine Person beschränkt sein, sondern in verschiedenen sozialen Situationen zu beobachten sein.

Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) (entspricht "ungehemmte Form" im DSM-IV)

Störungen der sozialen Funktionen

- Inadäquate Reaktionen auf Beziehungsangebote von fremden Bezugspersonen
- Nicht selektives Bindungsverhalten mit wahlloser Freundlichkeit und Distanzlosigkeit
- Gleichförmige Interaktionsmuster gegenüber Fremden
- Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
- Beeinträchtigung des sozialen Spielens
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

Emotionale Auffälligkeiten stehen nicht im Vordergrund, kommen aber vor.

1.3 Schweregradeinteilung

Keine bekannt.

1.4 Untergruppen

Das als reaktive Bindungsstörung bezeichnete Bild (F94.1) tritt besonders bei jüngeren Kindern auf. Die Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2) entwickelt sich in der Regel aus der erstgenannten Störung im fünften Lebensjahr.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Autistische Störungen
- Andere unspezifische psychosoziale Probleme infolge von sexueller oder körperlicher Misshandlung im Kindesalter
- Körperliche Probleme infolge von Misshandlung

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Exploration der Bezugspersonen
- Informationen aus Kindergarten oder Schule, ggf. Jugendamt, vom Hausarzt und/oder Kinderarzt
- Exploration des Betroffenen in Abhängigkeit vom Alter
- Körperliche Untersuchung

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Allgemeiner Entwicklungsverlauf
- Genaue Erhebung des Bindungsverhaltens des Kindes gegenüber seinen Bezugs- und anderen Kontaktpersonen unter Einbeziehung extrafamiliärer Quellen
- Genaue Erhebung der Betreuungsgeschichte des Kindes einschließlich Befragung Dritter

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Störungen des Sozialverhaltens
- Altersspezifische emotionale Störungen
- Hyperkinetische Störungen
- Angststörungen
- Intelligenzminderungen

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Kinderpsychiatrische Anamnese in Hinblick auf:

- Allgemeine oder partielle Entwicklungsverzögerungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- "Pseudodebilität"
- Intelligenzniveau
- Körperliche Erkrankungen
- Lebensbedingungen, insbesondere Sorgerechtssituation
- Wechsel von Bezugspersonen
- Betroffensein von aktiver oder passiver Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch
- Anpassung an aktuelle Entwicklungsaufgaben

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Beobachtung des Bindungsverhaltens, z.B. Video mit Trennung und Wiederannäherung von Kind und Bezugsperson
- Spielbeobachtung/projektive Untersuchungsverfahren, um auch bei jüngeren Kindern Aussagen über das Selbstkonzept machen zu können
- Elternfragebögen, Lehrerfragebögen, ggf. Selbstkonzeptfragebögen
- EEG; ggf. Labor (z.B. endokrinologische Abklärung bei Wachstumsstörungen)

- Entwicklungsneurologische Untersuchung
- Untersuchung von Sprechen und Sprache
- Untersuchung schulischer Fertigkeiten hinsichtlich Teilleistungsstörungen
- Ggf. Leistungs-/Intelligenzdiagnostik

2.6 Weitergehende Diagnostik

- Tiefgreifende Entwicklungsstörung
 - Vier Hauptmerkmale unterscheiden die reaktive Bindungsstörung von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen:
 1. Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung besitzen eine normale Fähigkeit zu sozialer Gegenseitigkeit und Reagibilität, die Kindern mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung fehlt.
 2. Das abnorme soziale Reaktionsmuster, auch wenn es anfänglich durchgängig in einer Vielzahl von Situationen auftrat, bildet sich bei der reaktiven Bindungsstörung zum größten Teil zurück, wenn das Kind in eine normal fördernde Umgebung mit einer kontinuierlichen, einführenden Betreuung gebracht wird. Dies geschieht bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in wesentlich geringerem Maße oder gar nicht.
 3. Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung zeigen trotz einer beeinträchtigten Sprachentwicklung (wie unter F80.1 beschrieben) nicht die für Autismus charakteristischen Merkmale der Kommunikation.
 4. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Muster von Verhalten, Interessen und Aktivitäten sind kein Merkmal der reaktiven Bindungsstörung.
 - Organische/neurologische Primärstörung
 - Posttraumatische Belastungsstörung

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Keine Angaben.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Voraussetzungen für F 94.1:

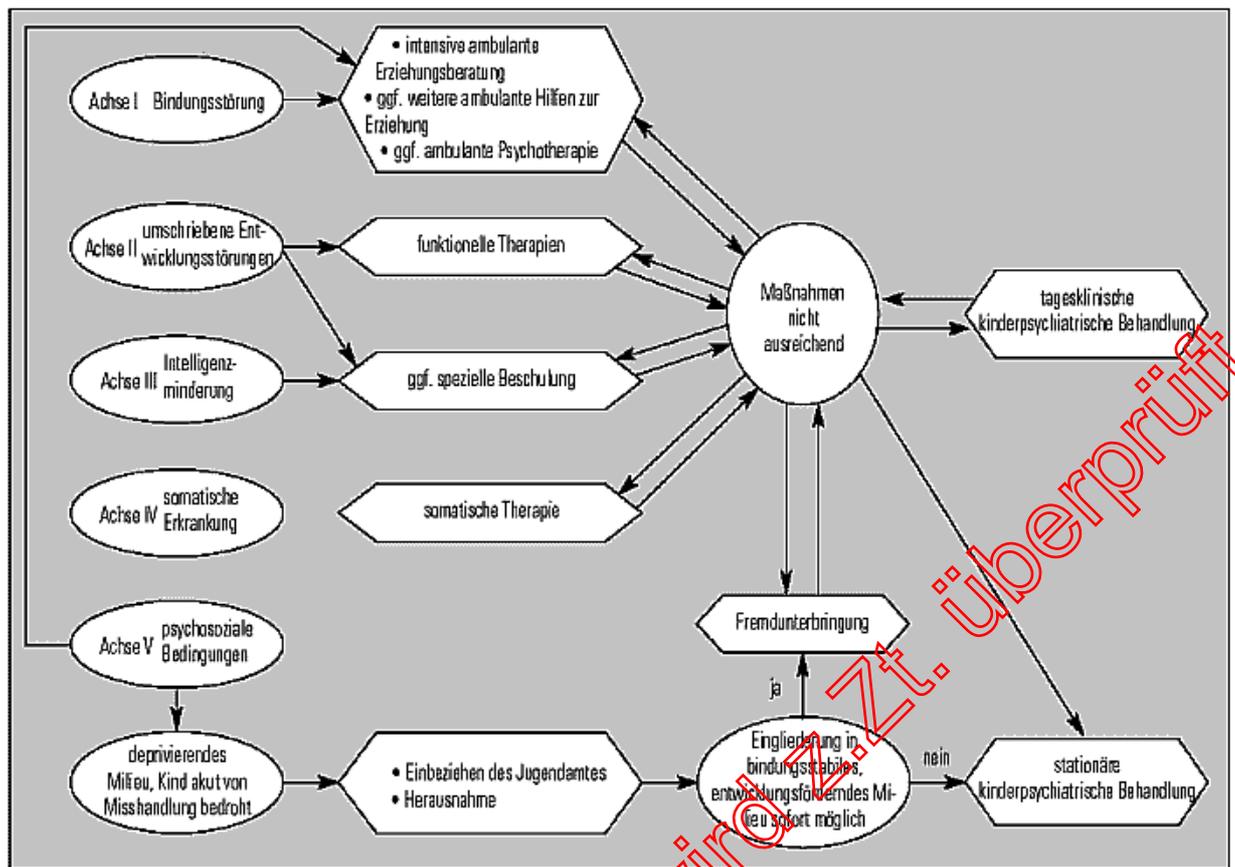
- Beginn vor dem fünften Lebensjahr
- Situationsabhängige widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen
- Emotionale Auffälligkeiten (verminderte Ansprechbarkeit, Rückzug, aggressive Reaktion auf Unglücklichsein, ängstliche Überempfindlichkeit), Nachweis sozialer Gegenseitigkeit bei Interaktion mit gesunden Bezugspersonen
- Ausschluss einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung
- Kein Vorliegen einer der unter 1.5 genannten Ausschlussdiagnosen

Voraussetzungen für F94.2:

- Diffuse Bindungen während der ersten 5 Lebensjahre (kein Trostsuchen bei Unglücklichsein bzw. Trostsuchen bei unselektierten Personen)
- Situationsübergreifend unmodulierte Interaktion mit Nichtvertrauten
- Situationsübergreifend Anklammerungsverhalten oder Aufmerksamkeit suchendes, unterschiedslos freundliches Verhalten
- Kein Vorliegen einer der unter 1.5 genannten Ausschlussdiagnosen

Abb. 44: Vorgehen nach Abschluss der Diagnostik bei Bindungsstörungen

Gültigkeit abgestufen wird z.Zt. überprüft



3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Ist die gegenwärtige Regelung der elterlichen Sorge vertretbar?
- Intelligenzrückstand?
- Motorischer Rückstand?
- Rückständige Sprech-/Sprachentwicklung?
- Behandlungsbedürftige körperliche Störung?
- Welche Entwicklungsprognose hat das Kind ohne Behandlung?

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

(s. auch Entscheidungsbaum Abb. 44)

Parallel behandeln:

- Hyperkinetische Störung mit und ohne Störung des Sozialverhaltens
- Motorische, sprachliche und kognitive Defizite
- Posttraumatische Belastungsstörungen

Sekundär behandeln:

- Störungen des Sozialverhaltens ohne hyperkinetische Störung
- Altersspezifische emotionale Störungen

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Ausschlaggebend für das Ausmaß der Intervention sind der Schweregrad der Störung, eventuelle Entwicklungsbeeinträchtigungen und die Funktionsfähigkeit des psychosozialen Umfeldes. Der Versuch einer ambulanten Behandlung kann dann unternommen werden, wenn die Bedingungen für teilstationäre oder stationäre Behandlung nicht vorliegen. Wenn die Funktionsfähigkeit mehrerer Lebensbereiche durch die Störung betroffen ist (z.B. Familie und Schule), kommt teilstationäre Behandlung infrage. Stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn die Eingliederung des Patienten in ein bindungsstabiles Milieu aufgrund des Schweregrades der Symptomatik nicht unmittelbar möglich ist und diese Eingliederung vorbereitet werden muss.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Die wichtigste Intervention besteht darin, dem Kind eine emotional verfügbare konstante Bezugsperson zur Verfügung zu stellen. Die Herstellung eines bindungsstabilen, entwicklungsfördernden Milieus in Familie, Pflegefamilie oder

stationärer Jugendhilfe muss oberstes Behandlungsziel sein. Dies kann auch die Herausnahme aus einer nicht ausreichend zu verbessernden familiären Situation beinhalten, insbesondere bei fehlender Kooperation und persistierender Misshandlung/Vernachlässigung.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Aufklärung und Beratung der Bezugsperson über Symptomatik, Komorbidität, Verlauf und Prognose der Störung, Beratung der Bezugsperson hinsichtlich Methoden der Verhaltenssteuerung
- Herstellung positiver Interaktions- und damit Bindungserfahrungen zwischen Bezugsperson und Kind
- Aufklärung des Patienten in altersentsprechender Weise
- Aufklärung und Beratung von Erziehern und Lehrern mit Einverständnis des Personensorgeberechtigten
- Beratung und/oder Supervision von Bezugspersonen in Familien, Pflegefamilien, Heim, Kindergarten und Schule
- Funktionelle Therapien (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie) als Einzelmaßnahmen oder in die institutionelle Tagesbetreuung integriert, falls umschriebene Entwicklungsstörungen vorliegen
- Psychotherapie in Form von intensiver psychotherapeutischer Arbeit mit der Bezugsperson, dyadischer Therapie von Bezugsperson und Kind oder Einzeltherapie mit begleitender Beratung der Bezugspersonen
- Eine psychopharmakologische Behandlung der Bindungsstörungssymptome ist weder erprobt noch bekannt. Ausgeprägte, anhaltende komorbide Störungen (Angst-, depressive und Impulskontrollstörungen) können Psychopharmakotherapie erforderlich machen.
- Verlaufskontrolle hinsichtlich der Bindungsstörungssymptome, der assoziierten Probleme und ihrer Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau sollte langfristig angelegt und abgesichert sein.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Eine enge Kooperation mit den Bezugspersonen ist erforderlich, damit keine Überforderung des Patienten durch den täglichen Milieuwechsel entsteht.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

In der therapeutischen Institution müssen feste Bezugspersonen etabliert werden, um einen institutionell bedingten Betreuerwechsel zu vermeiden.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Solche Maßnahmen sind einzuleiten, wenn ein entwicklungsförderndes und bindungsstabiles Milieu nicht gegeben ist bzw. im Lebensrahmen wegen der Symptomatik des Kindes nicht aufrechterhalten werden kann. Einleitung erforderlicher Maßnahmen im Rahmen der Hilfeplanung nach KJHG. Die mehrjährige Betreuung der Patienten ist in der Regel erforderlich.

Eventuelle Entwicklungsverzögerungen müssen aufgearbeitet werden.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Maßnahmen, die Bindung durch Zwang, Überwältigung oder Regression herstellen wollen ("comprehensive holding", "reattachment", "rebirthing therapy") haben keinerlei empirische Grundlage und sind potenziell gefährlich (2 berichtete Todesfälle).

Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf zusammengetragenem Erfahrungswissen respektierter Experten beruht (V).

Literatur:

1. AACAP Official Action: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2005), 44, 1206-1219
2. Boris NW et al., Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2004), 43, 568-577
3. Boris NW et al., Attachment and developmental psychopathology. Psychiatry (2000), 63 (1), 75-84
4. Boris NW et al., Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. Am J Psychiatry (1998), 155 (2), 295-297
5. Chisholm K, A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. Child Development (1998), 69, 1092-1106
6. Greenberg MT (1999) Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds.), Handbook of attachment, 469-496. Guilford Press, New York
7. O'Connor TG, Rutter M, Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000), 39, 703-712
8. Pfeiffer E, Lehmkuhl U (2003) Bindungsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann B et al. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie, 541-547. Schattauer, Stuttgart
9. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH, Attachment disturbances in young children. I. The continuum of caretaking casualty. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2002), 41, 972-982
10. Zeanah CH et al., Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. Child Abuse Negl (2004), 28, 877-888
11. Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A, Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutionalized care. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002), 41, 983-986

12. Zero to Three (2005) Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised edition (DC: 0-3R). Washington DC

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

U. Lehmkuhl, M. Völger, J. Fegert, E. Pfeiffer, H. Hübler, S. Eichholz, I. Spitzcok von Brisinski

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

U. Lehmkuhl, E. Pfeiffer, M. Elpers, I. Spitzcok von Brisinski

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

© Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 29.01.2008; 15:15:00