

Unverarbeitete Verlusterfahrungen und Angststörungen

Eine transgenerationale Pilotstudie bei Müttern und deren Kindern

A. Buchheim¹, U. Ziegenhain², A. Peter¹, H. von Wietersheim¹, A. Vicari¹, A. Kolb², U. Schulze²

¹Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (Leiter: Prof. Dr. med. H. Kächele)

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (Leiter: Prof. Dr. med. J. Fegert)

Schlüsselwörter

Angststörungen, Adult Attachment Interview, Geschichtenergänzungsverfahren, unverarbeiteter Verlust

Zusammenfassung

Zielsetzung der vorliegenden Studie war es, erstmals im deutschen Sprachraum die generationsübergreifenden Zusammenhänge zwischen Angststörungen bei Müttern und möglichen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder im Kindergartenalter im Kontext der Weitergabe von Bindungsmustern zu untersuchen. Um bindungsspezifische Risikofaktoren zu identifizieren, wurden sowohl die Mütter als auch deren Kinder mit Methoden der Bindungsforschung untersucht. Entsprechend unserer Hypothese wurde bei den Müttern mit einer manifesten Angststörung ein hoher Anteil an unsicherer Bindungsrepräsentation und insbesondere unverarbeiteter Trauer klassifiziert. Die Kinder dieser Mütter zeigten ebenso zu einem hohen Prozentsatz unsicherer Bindungsmuster, jedoch nicht wie erwartet keinen erhöhten Anteil an desorganisierter Bindung. Die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung führte bei den meisten Kindern zum Befund einer nachweisbar erhöhten psychosozialen Belastung und Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus, wenn auch nicht im psychiatrisch auffälligen Bereich. Hier liegen die Chancen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit rechtzeitigen, auch präventiven Angeboten und Hilfen, wie sie in der klinischen Versorgungslandschaft derzeit noch nicht systematisch vorgehalten werden.

Keywords

Anxiety disorders, Adult Attachment Interview, attachment story completion task, unresolved loss

Summary

Aim of the study was to examine for the first time in Germany the trans-generational relationship between maternal anxiety disorders and the psychopathological development of their children in the context of attachment. In order to identify attachment related risk factors mothers and children were both examined using established attachment measures. According to our hypothesis a high percentage of the mothers with an anxiety disorder were classified with an insecure attachment representation, especially with a predominance of the category "unresolved loss". Children of these mothers also showed a high percentage of insecure attachment patterns, but a lower percentage of disorganized attachment than expected. The psychiatric examination of the children revealed an evidence of increased psychosocial stress and an impairment of psychosocial functioning, though not reaching the severity of a psychiatric diagnosis. These results are discussed with respect to the chance of interdisciplinary cooperation. The importance of timely preventive intervention for this patient group, which is still not systematically implemented in health care provision, is emphasized.

Unresolved experiences of loss and anxiety disorders: A trans-generational pilot study with mothers and their children

Nervenheilkunde 2007; 26: 1130–1135

haltensmustern im weiteren Lebenslauf führen (4).

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Angststörungen und Bindungstypologie gibt es bezüglich der Störungsspezifität wenige, aber konsistente Befunde. Ein überproportional hoher Anteil (80%) der Klassifikation „Unverarbeitete Trauer“ in Bezug auf eine Verlusterfahrung einer wichtigen Bezugsperson, gemessen mit dem Adult Attachment Interview (AAI, 5), erwies sich in drei Studien (6–8) als spezifisch für Angststörungen im Vergleich zu anderen klinischen Gruppen.

Die Weitergabe von Angststörungen an die nächste Generation wurde in einigen transgenerationalen Studien nachgewiesen (9–13). Kinder von angsterkrankten Eltern haben ein höheres Risiko selbst eine Angsterkrankung zu entwickeln als Kinder gesunder Eltern.

Die transgenerationale Weitergabe von Bindung wurde vorwiegend an Normalstichproben mehrfach belegt (14). Fonagy und Kollegen (15) zeigten erstmals, dass die mit dem Adult Attachment Interview (AAI) erfasste Bindungsrepräsentation bei schwangeren Müttern (n = 96) als zuverlässiger Prädiktor für die zukünftige Bindungsqualität des Kindes gelten kann (kappa = 0,44). Weitere längsschnittliche Studien kamen zu dem Ergebnis, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit Bindungsmuster an die nächste Generation weitergegeben werden (16–18).

Zum Zusammenhang zwischen Bindungsmustern von Müttern mit Angststörungen und deren Kindern liegt bisher nur eine Untersuchung vor (7). In dieser wurde bei allen Müttern (n = 18) eine unsichere

Mit einer Prävalenz von 3 bis 10% im Erwachsenenalter und 8 bis 14% im Kindes- und Jugendalter (1–3) gehören Angststörungen zu den häufigsten behandlungsbedürftigen psy-

chischen Erkrankungen. Für die Ätiologie von Angststörungen werden neben biologischen Faktoren lebensgeschichtlich frühe Bindungs-, Trennungs- und Verlusterfahrungen diskutiert, die zu maladaptiven Ver-

Bindungsrepräsentation klassifiziert, davon wurden 78% der Kategorie „Unverarbeitete Trauer“ zugeordnet. 80% der Kinder waren im 3-Gruppenvergleich unsicher gebunden, 65% der Kinder wurden im 4-Gruppenvergleich als unsicher-desorganisiert (Mangel an durchgängiger Bindungsstrategie, dissoziatives oder verängstigtes Verhalten) eingestuft.

Zielsetzung der vorliegenden Studie war es, erstmals im deutschen Sprachraum die Identifikation generationsübergreifender Zusammenhänge zwischen Angststörungen bei Müttern und möglichen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder im Kindergartenalter im Kontext der Weitergabe von Bindung zu untersuchen. Dabei ging es insbesondere um eine differenzierte Erfassung *mehrerer diagnostischer Ebenen* sowohl bei den Müttern mit einer Angststörung als auch bei deren Kindern.

Wir nahmen an, dass Mütter mit Angststörungen auf verschiedenen Ebenen (Symptome, Angst und interpersonelle Probleme) schwerer belastet sind als Gesunde und in ihrer Bindungsrepräsentation im Vergleich zu Normalprobanden häufiger als unsicher eingestuft werden. Hierbei erwarteten wir insbesondere einen hohen Anteil an unverarbeiteter Trauer. Weiterhin gingen wir davon aus, dass die Kinder dieser Mütter mit Angststörungen ebenfalls belasteter sind und häufiger kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen (ICD-10 Achse I-VI, 19) erhalten. In Bezug auf ihre Bindungsqualität rechneten wir mit einem hohen Anteil an unsicherer Bindung und in Anlehnung an die Studie von Manassis und Mitarbeitern (7) mit einem erhöhten Anteil des unsicher-desorganisierten Musters.

Stichprobe und Methoden

Im Zeitraum von 2005 bis 2007 wurden $n = 16$ Mütter und $n = 25$ Kinder (Geschwister) rekrutiert. Die Mütter waren im Mittel 36 Jahre alt (28 bis 50 Jahre) und verfügten über eine mittlere bis hohe Schulbildung. Über die Hälfte von ihnen (58%) war verheiratet. In die Untersuchung eingeschlossen wurden ausschließlich die Mütter, die als 1. oder 2. Hauptdiagnose eine manifeste Angststörung nach den Kriterien der

ICD-10 (20) aufwiesen. Sieben der Mütter litten unter einer phobischen Störung, zwei Mütter an einer Panikstörung und sieben Frauen an einer generalisierten Angststörung. Alle Mütter gaben in ihrer Biografie einschneidende Verlusterlebnisse an, weiterhin berichteten sieben von ihnen von emotionaler Vernachlässigung und zehn Frauen von aktuellen Partnerschaftskonflikten. Die Kinder der Studiengruppe waren im Mittel fünf Jahre alt (2,5 bis 8 Jahre).

Untersuchungsinstrumente

Die Untersuchungen der *Mütter* umfassten eine ausführliche klinische Erstanamnese, gemäß der ICD-10 sowie eine ausführliche Bindungsdiagnostik mit dem Adult Attachment Interview (AAI, 5) und dem Adult Attachment Projective (AAP, 21). Zudem wurden Daten zu körperlichen und allgemeinen psychischen Beschwerden (SCL-90-R; 22), zur Ängstlichkeit (STAI, State und Trait-Angst; 23) und zu zwischenmenschlichen Problemen (IIP; 24) erhoben.

Die Untersuchungen der *Kinder* umfassten eine kinderpsychiatrische Anamnese (ICD-10, Achse I-VI (19) und eine körperliche Untersuchung. Dem Alter entsprechend wendeten wir unterschiedliche Methoden der Bindungsdiagnostik an: Bei Kindern zwischen 2,5 und 5,5 Jahren ($n = 18$) wurde die Fremde Situation (FST) (25) durchgeführt, bei älteren Kindern zwischen 4 bis 12 Jahren ($n=11$) setzten wir das Geschichtenergänzungsverfahren (GEV) (26) ein. Bei sieben Kindern wurden beide Verfahren erhoben, weil sie gleichermaßen auf die jeweilige Altersgruppe passten.

Im Folgenden stellen wir die im Fokus der Studie stehenden Bindungsmethoden etwas ausführlicher dar:

Adult Attachment Interview (AAI)

Das AAI von George und Kollegen (5) und Main und Goldwyn (27) gilt bis heute als Standardmethode zur Erfassung von Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen. Die Gütekriterien der Methode sind vielfach belegt (28). Die Themen zu Bindung, Trennung, Verlust- und Missbrauchserfahrungen sind

so konzipiert, dass sie das Bindungssystem der Befragten sukzessive aktivieren. Die Interviews werden wörtlich transkribiert und nach diskursanalytischen Aspekten (z. B. Kohärenz) ausgewertet. Es werden vier Gruppen klassifiziert (sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt, unverarbeitete Trauer/Trauma) (genaue Definition der Bindungsklassifikationen, 29). Der klinische Nutzen des AAI ergibt sich aus der zuverlässigen Trennung zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen (30, 31). Klinische Gruppen fallen signifikant häufiger in die Kategorie „*unverarbeiteter Bindungsstatus*“ in Bezug auf Missbrauchserfahrungen oder Verluste.

Adult Attachment Projective (AAP)

In jüngster Zeit wurde im AAP eine Methode zur ökonomischeren Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen entwickelt (21). Das AAP ist ein projektives Verfahren, das aus acht Umrisszeichnungen besteht, auf denen bindungsrelevante Szenen abgebildet sind, die graduell das Bindungssystem des Betrachters aktivieren (neutraler Stimulus, Kind am Fenster, Abschied, Bank, Bett, Notarzt, Friedhof, Kind in der Ecke). Die Versuchsperson soll beschreiben, was in jeder Zeichnung dargestellt wird, was in den einzelnen Episoden zu dem gezeigten Ereignis geführt hat, was die dargestellten Personen denken und empfinden und was als nächstes passieren wird. Validitätsuntersuchungen belegen (21), dass das AAP eine hohe Übereinstimmung mit dem AAI aufweist: $n = 122$: sicher vs. unsicher: kappa = 0,80; $n = 122$: bei vier Bindungsgruppen – sicher, distanziert, verstrickt und unverarbeitetes Trauma: kappa = 0,89. Weitere Gütekriterien sind gesichert (32).

Fremde Situation (FST)

Für die Diagnostik der vier Bindungsqualitäten (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert) von Kindern im Alter zwischen 2,5 und 5 Jahren wurde die Fremde Situation (25) gewählt. Die Kinder wurden zwei Mal à drei Minuten von ihrer Mutter getrennt und analog der Fremden Si-

Tab. 1 Beschwerden, Ängstlichkeit und interpersonelle Probleme der Studienmütter mit Angststörungen im Vergleich zu Eichstichproben mit Gesunden; *** = $p \leq 0,001$; ** = $p \leq 0,01$; ES = Effektstärke

SCL-90	Studienmütter n = 16		Eichstichprobe n = 2 141			
	m	s	m	s	ES	p
SCL-GSI	1,10	0,58	0,45	0,42	1,53	***
STAI	Studienmütter n = 15		Eichstichprobe n = 1 278			
	m	s	m	s	ES	p
STAI Trait	58,27	26,00	38,08	10,29	1,91	**
STAI Trait	57,85	7,34	37,01	9,95	2,10	**
IIP	Studienmütter n = 16		Eichstichprobe n = 634			
	m	s	m	s	ES	p
IIP-Gesamt	1,47	0,59	11,37	4,33	-2,28	***

Studienmütter AAI (n = 15)	absolut	relativ in %	Normstichprobe Metaanalyse in % (30)	exakter Binomialtest (1-seitig)
sicher	2	13	58	
unsicher	13	87	42	0,00049
gesamt	15	100	100	

Tab. 2a
Verteilungen der Bindungsrepräsentationen (Adult Attachment Interview, AAI) „sicher“ versus „unsicher“ in der Studiengruppe im Vergleich zur Normalpopulation

Studienmütter AAI (n = 15)	absolut	relativ in %	Normstichprobe Metaanalyse in % (30)	exakter Binomialtest (1-seitig)
verarbeitete Trauer	5	33	81	
unverarbeitete Trauer	10	67	19	0,00007 (einseitig)
gesamt	15	100	100	

Tab. 2b
Verteilungen der Bindungsrepräsentationen (Adult Attachment Interview, AAI) „verarbeitete“ versus „unverarbeitete“ Trauer in der Studiengruppe im Vergleich zur Normalpopulation

tuation nach Ainsworth (33) während acht Spielphasen mit zwei Trennungen und zwei Wiedervereinigungen von/mit der Mutter gefilmt. Die Interaktion und der emotionale Ausdruck wurden dabei unter bindungsrelevanten Gesichtspunkten kodiert und in eine der vier Bindungskategorien eingestuft (genaue Definitionen der Bindungsmuster, 29).

Geschichtenergänzungsverfahren (GEV)

Das GEV (26) wurde für das mittlere Kindesalter (4 bis 12 Jahre) entwickelt. Zur

symbolischen Erfassung der Bindungsrepräsentation werden die Anfänge von fünf vorgegebenen Geschichten mit kleinen Puppen vorgespielt, die von den Kindern spielend und erzählend fortgeführt werden sollen. Die Geschichten sprechen Themen an, die schrittweise das Bindungssystem des Kindes aktivieren, z. B. Schmerz als Auslöser von Bindungs- und Fürsorgeverhalten („verletztes Knie“), Angst als Auslöser von Bindungs- und Fürsorgeverhalten („Monster im Kinderzimmer“) oder Trennungsangst und ihre Bewältigung („Trennungsgeschichte“). Entsprechend der sprachlichen Konstruktion der Geschichte werden

die Kinder bezüglich ihres Bindungsstatus analog der Fremden Situation (FST) in eine der vier Bindungsgruppen klassifiziert. Die deutschsprachige Version wurde in der Heidelberger Längsschnittstudie adaptiert und in Düsseldorf validiert (26, 34).

Alle Auswertungen der vier Bindungsmethoden in dieser Studie erfolgen von unabhängigen, zertifizierten, reliablen Auswertern¹.

Ergebnisse

Belastungen der Mütter

Wie erwartet waren die Mütter mit Angststörungen in ihrer Ängstlichkeit (State- und Trait-Angst), allgemeinen Beschwerden (SCL-90) und in Bezug auf interpersonelle Probleme (IIP) deutlich belasteter als die Normalpopulation (Tab. 1).

Bindungsmuster der Mütter

Der Vergleich der Verteilungen der Bindungsmuster in dieser Studie mit denen aus den Normstichproben in der Literatur (Metaanalyse, 30) brachte folgende hochsignifikante Ergebnisse: Im AAI wurden 87% der Studienmütter als unsicher eingestuft im Vergleich zu 42% in der gesunden Population; 67% der Studienmütter erhielten die Klassifikation „Unverarbeitete Trauer“, während ein Anteil von nur 19% in Normstichproben berichtet wird (Tab. 2a, b).

Erwartungsgemäß zeigten sich damit ähnliche Verteilungen im Vergleich zu der angloamerikanischen Studie bei Müttern mit einer Angststörung (7), wobei in deren Studie der Anteil an unverarbeiteter Trauer (78%) etwas höher lag als in unserer Stichprobe (67%).

¹ AAI: Buchheim (Ulm), zertifiziert von Main, University California, Berkeley, USA; AAP: Buchheim (Ulm), Vicari (Ulm), zertifiziert von George, Mills College, Oakland, USA; FST: Zweyer (Düsseldorf) GEV: König (Düsseldorf)

Befunde mit dem AAP

Die in dieser Stichprobe zusätzlich mit dem AAP gemessenen Bindungsrepräsentationen unterschieden sich ebenso signifikant von einer Normstichprobe (35): 87% der Studienmütter wurden im AAP als unsicher eingestuft im Vergleich zu 33% in der gesunden Population; 75% der Studienmütter erhielten die Klassifikation Unverarbeitete Trauer, während in der Normalstichprobe der Anteil bei 38% liegt.

Belastungen der Kinder

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und multiaxialen Diagnostik (Achsen I bis VI) zeigte ein Großteil der Kinder insbesondere Anzeichen einer erhöhten psychosozialen Belastung bzw. eingeschränkten sozialen Adaptationsfähigkeit (Tab. 3). Bei sieben von ihnen wurde auf der Achse I ein kinder- und jugendpsychiatrisches Störungsbild diagnostiziert bzw. ein diesbezüglicher Verdacht formuliert. Ein – im Verlauf deutlich emotional belastetes – Kind erhielt zwei Diagnosen gemäß ICD-10-Kriterien. Während bei zwei Kindern das Bestehen einer Emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst diagnostiziert wurde, hatten die anderen größtenteils ihre Sauberkeitsentwicklung noch nicht vollständig abgeschlossen (Enuresis diurna oder nocturna). Hinzuweisen ist auf einen nicht unwesentlichen Anteil von Kindern, welche ängstlich-depressive Tendenzen oder aber oppositionelle Verhaltensweisen zeigten, ohne dass diesbezügliche Diagnosekriterien erfüllt gewesen wären. Bei vier Kindern wurden Entwicklungsverzögerungen unterschiedlichen Ausmaßes festgestellt (Achse II). 16 Kinder (70%) wurden als überdurchschnittlich intelligent eingestuft (Achse III), in 35% der Fälle war eine körperlich-neurologische Symptomatik von diagnostischer Relevanz (Achse IV). Die Kinder der untersuchten Stichprobe waren sämtlich durch die psychische Erkrankung ihrer Mütter betroffen. Diese war in 26% der Fälle mit ebenfalls auf Achse V zu kodierenden Defiziten in der elterlichen Erziehungskompetenz (abweichendes Erziehungsverhal-

ten, meist mütterliche Überfürsorge bzw. unzureichende Steuerung) verbunden. Knapp ein Viertel der Kinder wuchs ohne den von der Mutter getrennt lebenden bzw. geschiedenen Vater auf. Das psychosoziale

Funktionsniveau (Achse VI) der Kinder war höchst unterschiedlich: es reichte von „herausragende Funktion“ bis hin zu einer bei zwei Kindern vorliegenden ernsthaften sozialen Beeinträchtigung (Tab. 3).

Tab. 3 Verteilung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen (MAS, ICD-10) in der Studiengruppe (n = 25 Kinder)

		n	Prozentangaben
Achse I Klinisch psychiatrisches Syndrom n = 21, n = 4 missing	kein klinisch psychiatrisches Syndrom	13	62
	klinisch psychiatrisches Syndrom	8	38
Achse II Entwicklungsverzögerung n = 21, n = 4 missing	keine Entwicklungsverzögerung	17	81
	Entwicklungsverzögerung	4	19
Achse III Intelligenz n = 23, n = 2 missing	unterdurchschnittlich	1	4
	durchschnittlich	16	70
	überdurchschnittlich	6	26
Achse IV Körperlich-neurologische Erkrankung n = 23, n = 2 missing	keine körperlich-neurologische Erkrankung	15	65
	körperlich-neurologische Erkrankung	8	35
Achse V Psychosoziale Umstände n = 23, n = 2 missing	psychische Störung der Mutter	23	100
	abnorme Erziehungsbedingungen	6	26
	verzerrte Kommunikation	1	4
	abweichende Elternsituation	5	22
Achse VI Psychosoziales Funktionsniveau n = 21, n = 4 missing	herausragende Funktion	4	19
	mäßige soziale Funktion	2	9,5
	leichte soziale Beeinträchtigung	7	33
	mäßige soziale Beeinträchtigung	6	29
	ernsthafte soziale Beeinträchtigung	2	9,5

Tab. 4a
Verteilungen der Bindungsmuster (Geschichtenergänzungsverfahren, GEV) „sicher“ versus „unsicher“ in der Studiengruppe im Vergleich zur Normalpopulation

Kinder GEV (n = 11)	absolut	relativ in %	Normstichprobe Heidelberg Kindergarten Zweielternfamilien (n = 24) (18)	exakter Fisher-Test
sicher	1	9	11	
unsicher	10	91	13	0,036 (einseitig)
gesamt	11	100	24	

Tab. 4b
Verteilungen der Bindungsmuster (Geschichtenergänzungsverfahren, GEV) „organisiert“ versus „desorganisiert“ in der Studiengruppe im Vergleich zur Normalpopulation

Kinder GEV (n = 11)	absolut	relativ in %	Normstichprobe Heidelberg Kindergarten Zweielternfamilien (n = 24) (18)	exakter Fisher-Test
organisiert	7	64	24	
desorganisiert	4	36	0	0,006 (einseitig)
gesamt	11	100	24	

Bindungsmuster der Kinder

Befunde gemessen mit der FST

Entsprechend unserer Erwartung fiel der Großteil der mit der FST untersuchten Kinder ($n = 3$, missing) in die unsichere Bindungskategorie: nur drei Kinder wurden als sicher klassifiziert und 15 als unsicher. Entgegen unserer Hypothese fiel allerdings nur ein Anteil von 11% der Kinder der Studiengruppe in die Kategorie „desorganisiert“.

Verglich man die Bindungsmuster der vorliegenden Stichprobe mit denen der Studie von Manassis und Koautoren ($n = 18$), zeigten sich ähnliche Verteilungen, allerdings lag der Anteil der desorganisierten Kinder in der Manassis-Studie (67%) signifikant höher als der in unserer Stichprobe (11%).

Befunde gemessen mit dem GEV

Von elf mit dem GEV untersuchten Kindern wurde nur ein Kind als sicher klassifiziert und zehn als unsicher. Erwartungsgemäß unterschied sich diese Verteilung signifikant von der Verteilung in Normalstichproben (36). Entsprechend unserer Hypothese wurden die Kinder der Studiengruppe mit einem Anteil von 36% als desorganisiert klassifiziert, eine starke Abweichung vom Anteil von 0% in der Normalstichprobe (Tab. 4 a, b).

Diskussion

Als ein zentrales Ergebnis dieser Risikostichprobe kann angesehen werden, dass mit zwei unabhängigen Bindungsmethoden (AAI und AAP, Übereinstimmung der Kategorien sicher versus unsicher $\kappa = 1,0$) bei Müttern mit einer manifesten Angststörung ein hoher Anteil an unsicherer Bindungsrepräsentation und insbesondere an unverarbeiteter Trauer identifiziert wurde. Diese Befunde korrespondieren mit zwei angloamerikanischen Studien (6, 7) und einer eigenen Studie mit Angstpatientinnen, die sich in stationärer Behandlung befanden (8). Es scheint sich immer deutlicher herauszustellen, dass unverarbeitete Verluste

einer wichtigen Bezugsperson in der Biografie mit der Entwicklung einer Angst-erkrankung assoziiert sein könnten. Die zuverlässige Identifizierung von unverarbeiteten Trauerprozessen scheint bei Patienten mit Angststörungen neben der ICD-10-Diagnose eine weitere wichtige Dimension zu sein, die anamnestisch und klinisch Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Bindungserfahrungen, Entwicklung der Erkrankung und Weitergabe (zumindest von Symptomen bzw. einer diesbezüglichen Vulnerabilität) an die nächste Generation geben könnte.

Aus transgenerationaler Perspektive wurde angenommen, dass die Belastung dieser Mütter für die Entwicklung ihrer Kinder einen Risikofaktor darstellt. Es zeigte sich in der Bindungsdiagnostik der Kinder mit beiden Verfahren ein deutlich erhöhter Anteil an unsicherer Bindung. Unsichere Bindung für sich genommen stellt jedoch keinen Risikofaktor für eine psychopathologische Entwicklung dar. Längsschnittstudien berichten von Einschränkungen unsicher-gebundener Kinder in den Bereichen Konzentrationsfähigkeit, Selbstbewusstsein und Freundschaftsbeziehungen (14). Dagegen wurde die hochunsichere, sogenannte desorganisierte Bindung als ein Risikofaktor für psychopathologische Entwicklungen nachgewiesen (37). Bei aller Vorsicht bezüglich der kleinen Untersuchungsgruppe lässt der leicht erhöhte Anteil an desorganisierter Bindung (39%) im projektiv angelegten Geschichtenergänzungsverfahren dahingehend interpretieren, dass möglicherweise verstärkte Indikatoren für weitere Entwicklungsrisiken vorliegen. Konfundierend sind hierbei das Alter und die Methode: Diese Kinder waren zum Zeitpunkt der Bindungsmessung älter als die Kinder, die mit der Fremden Situation untersucht wurden, und hatten demnach eine längere Erfahrung mit einer psychisch kranken Mutter; weiterhin könnte sein, dass, ähnlich wie bei den Müttern, mit dem projektiven Bindungsverfahren eine höhere Sensibilität für die Erfassung von potenziell traumatischen Belastungen vorliegt.

Die Ergebnisse der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung zeigen bei einem Großteil der Kinder eine erhöhte nachweisbare psychosoziale Belastung.

Diese münden im Rahmen der jeweils gegebenen Gesamtkonstellation teilweise in eine (leichte bis ernsthafte) Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus. Die auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationssystems vergebenen psychiatrischen Diagnosen lassen bisher keine ausdrückliche Spezifität vermuten.

Hervorzuheben bleibt, dass weniger die psychische Erkrankung der Mutter selbst als vielmehr hieraus ergebende Defizite hinsichtlich der jeweiligen Erziehungskompetenz im Vordergrund standen. Ein Großteil der Kinder schien – nicht nur aufgrund der häufig guten bis sehr guten intellektuellen Leistungsfähigkeit – insgesamt vergleichsweise gut mit der mütterlichen Erkrankung und sich den hieraus ergebenden Konsequenzen zurechtzukommen bzw. frühzeitig Kompensations- und Copingstrategien entwickelt zu haben.

Die Problematik der Rekrutierung von Müttern mit einer Angststörung für eine Studie ist aus klinischer Sicht wert, diskutiert zu werden. Entsprechend den Erfahrungen aus der über zehn Jahre zurückliegenden Studie von Manassis und Kollegen (7) meldeten sich für unsere Studie die Mütter mit Angststörungen sehr zögerlich und ließen sich nur schwer für die Teilnahme gewinnen. Ängste und Schamgefühle im Familiensystem, die Angststörung als Erkrankung anzuerkennen oder gegenüber der Umwelt einzugestehen, spielten dabei eine wichtige Rolle. Alle Mütter zeigten jedoch einen sehr hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf, gleichermaßen für sich selbst und für die Kinder. Dies galt sowohl für Mütter, die an der Studie teilnahmen als auch für diejenigen, die sich dagegen entschieden und an bestehende Versorgungsangebote vermittelt wurden ($n = 13$).

In unserer Untersuchung ist die Entwicklung der Kinder von Müttern mit einer Angsterkrankung deutlich belastet, wenn auch nicht im psychiatrisch auffälligen Bereich. Dabei bilden die verwendeten Methoden der Bindungsforschung Verhaltens-, Erlebens- und Verarbeitungsweisen ab, die auf bindungsspezifische Belastungen hinweisen. Hier liegen große Chancen für rechtzeitige Angebote an klinischer Diagnostik sowie präventiver Hilfen (38, 39), wie sie in der klinischen Versorgungslandschaft der-

zeit nicht systematisch vorgehalten werden. In unserer Studie hat sich gezeigt, dass die engmaschige Kooperation zwischen der Erwachsenen-Psychosomatik/Psychotherapie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie für solch einen Ansatz dringend erforderlich ist. Die frühe Einbeziehung potenzieller Entwicklungsrisiken der Kinder durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bietet bessere Möglichkeiten der klinischen Versorgung von Müttern mit einer Angsterkrankung sowie der präventiven – und therapeutischen Bedarfsplanung für deren Kinder.

Danksagung:

Wir danken der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung für die 2-jährige Förderung dieser Studie von 2005 bis 2007.

Literatur

- Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1110–1119.
- Schneider S. Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen. In S. Schneider: *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer 2004, 55–77.
- Joraschky P, Arnold S, Petrowski K. Angsterkrankungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer 2005; 267–281.
- Petermann U, Essau CA, Petermann F. Angststörungen. Multikausales Entwicklungsmodell. In: Petermann F (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2000, 255–256.
- George C, Kaplan N, Main M. The Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript, University of California, Berkeley 1985.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1996; 64: 22–31.
- Manassis MD, Bradley MD, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33: 1006–1013.
- Buchheim A, Benecke C. Mischaffektives Verhalten bei Patientinnen mit Angststörungen während des Adult Attachment Interviews: Eine Pilotstudie. *Psychother Psych Med* 2007; 57: 343–347.
- Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 1502–1510.
- Fyer AJ, Masnuzza S, Gallops MS, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM, Liebowitz MR, Klein DF. Familial transmission of simple phobias and fears. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 252–256.
- Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and anxiety disorders on parents and children. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 845–852.
- Turner SM, Beidel DC, Costello A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychology* 1987; 55: 229–235.
- Unnewehr S, Schenider S, Florin I, Margraf J. Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology* 1998; 31: 69–84.
- Grossmann K, Grossmann KE. *Das Gefüge sicherer Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta 2006.
- Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev* 1991; 62: 891–905.
- Grossmann K, Fremmer-Bombik E, Rudolph J, Grossmann KE. Maternal attachment representations as related to child-mother attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In Hinde RA, Stevenson-Hinde J (eds), *Relationships within families*. Oxford: Oxford University Press 1988, 241–260.
- Benoit D, Parker KH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Dev* 1994; 65: 1444–1456.
- Gloger-Tippelt G. Transmission von Bindung über die Generationen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1999; 48: 73–85.
- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F. (Hrsg.). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber 2001.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber 2005.
- George C, West ML, Pettem O. The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (eds.). *Attachment disorganization*. New York: Guilford 1999, 462–507.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In *Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum* (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz 1986.
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD. *Das State-Trait-Angstinventar* [Manual for the State-Trait Anxiety Inventory]. Weinheim: Beltz 1981.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Deutsche Version, 2. überarbeitete und neu normierte Auflage. Weinheim: Beltz Test 2000, 206–210.
- Cassidy J, Marvin RS. With the MacArthur Working Group on Attachment A system for classifying individual differences in the attachment-behavior of 21/2 to 41/2 year old children. Unpublished coding manual, University of Virginia 1992.
- Gloger-Tippelt G, König L. *Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung (GEV-B) für 5 bis 8jährige Kinder*. Manual zur Durchführung und Auswertung. Unveröffentl. Manuskript, Universität Düsseldorf 2000.
- Main M, Goldwyn R. *Adult Attachment Classification and rating system*. Unpublished. Manuscript, University of California, Berkeley 1996.
- Hesse E. The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In Cassidy J, Shaver P (eds), *Handbook of Attachment*. New York: Guilford 1999; 395–433.
- Buchheim A. *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Befunde*. *Nervenheilkunde* 2007; 26, 291–298.
- van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 8–21.
- Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (ed.) *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press 1999, 497–519.
- Buchheim A, George C, West M. *Das Adult Attachment Projective – Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse*. *Psychother Psych Med* 2003; 53, 419–427.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1978.
- Gloger-Tippelt G, Gomille B, König L, Vetter J. Attachment representations in 6-year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mother's attachment representations. *Attachment and Human Development* 2000; 4: 318–338.
- Buchheim A, George C. The representational and neurobiological function of attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In: Solomon J, George C, eds. *Disorganization of Attachment and Caregiving*. New York: Guilford Press, in press.
- Gloger-Tippelt G, König L. Bindungsrepräsentationen von 6-jährigen Kindern aus Zweielternfamilien und Einelternfamilien mit Trennungserfahrung. *Praxis der Rechtspsychologie* 2003; 13: 77–99.
- Solomon J, George C. *Attachment disorganization*. New York: Guilford 1999.
- Ziegenhain U. The contribution of attachment theory to early and preventive intervention and to professional training. *Educational and Child Psychology* 2004; 21: 46–58.
- Ziegenhain U. *Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit*. *Psychotherapeut* 2004; 49: 243–251.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl. Psych. Anna Buchheim
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
Am Hochsträss 8, 89081 Ulm