The background features a dark blue gradient with faint, light-colored circular patterns and a scale on the left side. The scale has markings from 140 to 260 in increments of 10. Several circular elements, some solid and some dashed, are scattered across the background, some with arrows indicating direction.

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN SOZIALER UNGLEICHHEIT, TRAUMATA UND BINDUNGSSICHERHEIT

PRIV. DOZ. DR. CLAUDIA SUBIC WRANA

PSYCHOANALYTISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT KÖLN-DÜSSELDORF



PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

- Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

- Krankheit als Interaktion zwischen dem Individuum und seiner biologischen und sozialen Umwelt



BINDUNG: THEORIE UND EMPIRIE



Bindungsmuster sind

- verinnerlichtes Repertoire von Erwartungen und Verhalten in Beziehungen
- Regulator im Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt
- prägend den Umgang mit akuten oder chronischen Belastungs- und Krisensituationen



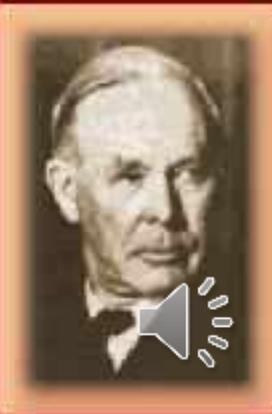
THEORIE: BINDUNGSKATEGORIEN

Bindungsgefahr > Angst aktivierend

Bindungsbeziehung > Angst regulierend

Bindungskategorien > Formen der Angstbewältigung

Scheitern > Überflutung mit negativem Affekt
> physiologische und psychische Gefährdung



BINDUNGSKATEGORISIERUNG: FREMDEN – SITUATIONS – TEST

Mary Ainsworth entwickelte den „Strange Situation Test“ (1969), mit dem bei Kindern am Ende des ersten Lebensjahrs die Bindungskategorie empirisch ermittelt werden kann:

In einem Spielzimmer verbringen Mutter und Kind einige Minuten in Gegenwart einer dem Kind unbekannten weiblichen Person, dem Kind steht Spielzeug zur Verfügung. Auf ein Zeichen des Versuchsleiters verläßt die Mutter den Raum und kehrt nach drei Minuten wieder.

Wichtig: Verhaltens des Kindes während Abwesenheit und nach Rückkehr der Mutter.



BINDUNG UND BEZIEHUNG



- Sichere Bindung
 - auch bei starker Angst psychisch beweglich
 - Kann den anderen differenziert wahrnehmen
 - Zuversicht wird aufrecht erhalten

- Unsicher-verwickelt
 - anklammernd und skeptisch zugleich
 - Wenig Vertrauen in Beziehungspartner
 - Feindseligkeit und Verzweiflung leicht aktivierbar

- Unsicher-vermeidend
 - verleugnet Angst, vermeidet Nähe
 - In Notsituation Verleugnung anstatt Hilfesuchen bei gleichzeitiger hoher Angstaktivierung

- Ungelöste Bindungstraumata
 - Angst löst „irrationales“ Verhalten aus
 - Geringe Angsttoleranz: schon Alltagskonflikte „zuviel“
 - Beziehungsverwicklungen „vorprogrammiert“



„MEILENSTEIN“ DER BINDUNGSFORSCHUNG:



Fonagy, Steele & Steele (1991): Nachweis der transgenerationalen Weitergabe des Bindungsstils.

Vorhersagewahrscheinlichkeit des Bindungstyps des Kindes am Ende des ersten Lebensjahres anhand des Bindungstyps der Mutter: 75%



ERGEBNISSE KLINISCHER BINDUNGSFORSCHUNG

Angst: 2 „sicher“, **42** „unsicher“ (Fonagy et al, 1996)

Depression: 0 „sicher“, **33** „unsicher“ (Rosenstein et al, 1996)

BPS: 2 „sicher“, **34** „unsicher“ (Fonagy et al, 1996)

Psychosomatische Station: 9 „sicher“, **36** „unsicher“
(Subic-Wrana et al., 2011)

Anteil „sicher“ in nicht-klinischen Populationen: **60 % !**

Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn
(2009) **Metaanalyse**: in allen klinischen
Gruppe überwiegt deutlich die
desorganisierte und /oder unsichere
Bindungskategorie

> Quelle: **10 000 AAI**



ERGEBNISSE KLINISCHER BINDUNGSFORSCHUNG

! Anteil F = sicher Bindung: in nicht-klinischen Populationen: 60 % !

! Anteil U = Bindungstrauma: in klinischen Population zwischen 40 und 80%

U: die Person (en), die bei Gefahr schützen sollen, sind selber Quelle von Gefahren

z.B: körperliche Misshandlung

z.B: sexueller Missbrauch

z.B: Entwertung und Erniedrigung



ERGEBNISSE KLINISCHER BINDUNGSFORSCHUNG

Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn (2010): Invariance of attachment across gender, age, culture and socioeconomic status? J Soc Pers Relationship 27(2): 200 – 208

Vergleich nicht-klinischer AAI-Samples mit Norm-Sample: weiße amerikanische Mütter:

Sicher: 58%

Unsicher-vermeidend: 23%

Unsicher-verwickelt: 19%

- ❖ Untersuchungsgruppen aus wohlhabenden Schichten unterschieden sich nicht von der Norm-Population
- ❖ Bindungsklassifikation unabhängig von Sprache und Herkunftsland
- ❖ **Mehr unsicher-vermeidende Bindung bei Adoleszenten und Studenten**
- ❖ **Bei Müttern von Adoleszenten mit niedrigem SES war die unsicher-vermeidende Bindung deutlich überrepräsentiert**



FREMDEN – SITUATIONS – TEST: UNSICHER - VERMEIDEND GEBUNDEN



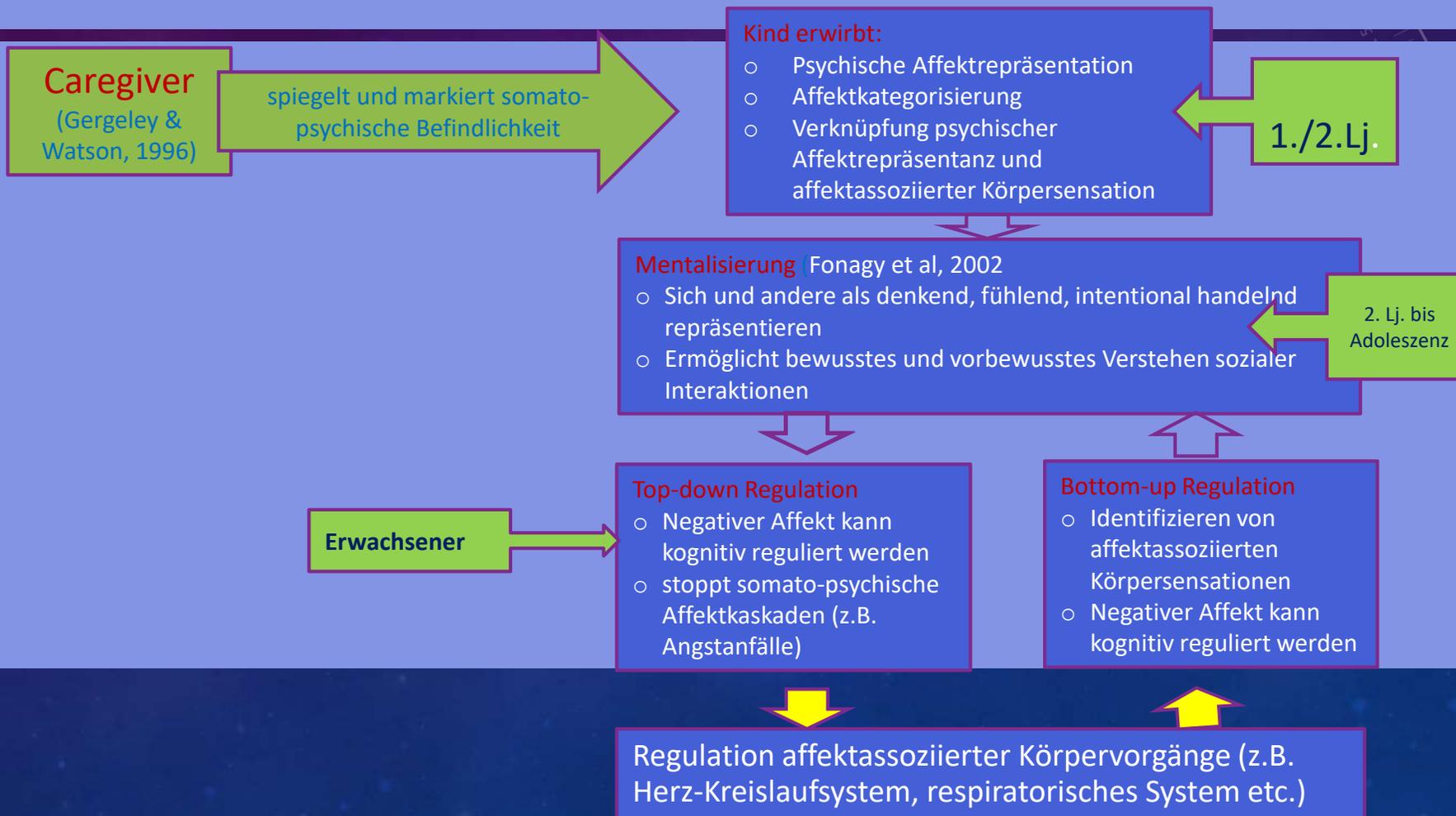
Das **Kind** zeigt bei der Trennung von der Mutter eine verminderte Trauerreaktion und lehnt Versuche „der Fremden“ ab es zu trösten. Zeichen von Stress sind beobachtbar. Bei der Rückkehr der Mutter reagiert das Kind eher zurückhaltend.

Der „unsicher - vermeidend gebundene“ **Erwachsene** reagiert mit psychophysischer Anspannung auf eine Bindungsgefahr, verneint eher das emotionale Beteiligtsein. Er kann die Angst, die Situation aus eigener Kraft nicht zu bewältigen, nicht mitteilen und sucht nicht aktiv nach Hilfe. Er verhält sich „als ob nichts wäre“.

In **Beziehungen** dominiert „Pseudoautonomie“.



EMOTIONSREGULATION UND KÖRPERFUNKTION: WARUM WIRKT SICHERE BINDUNG PROTEKTIV?

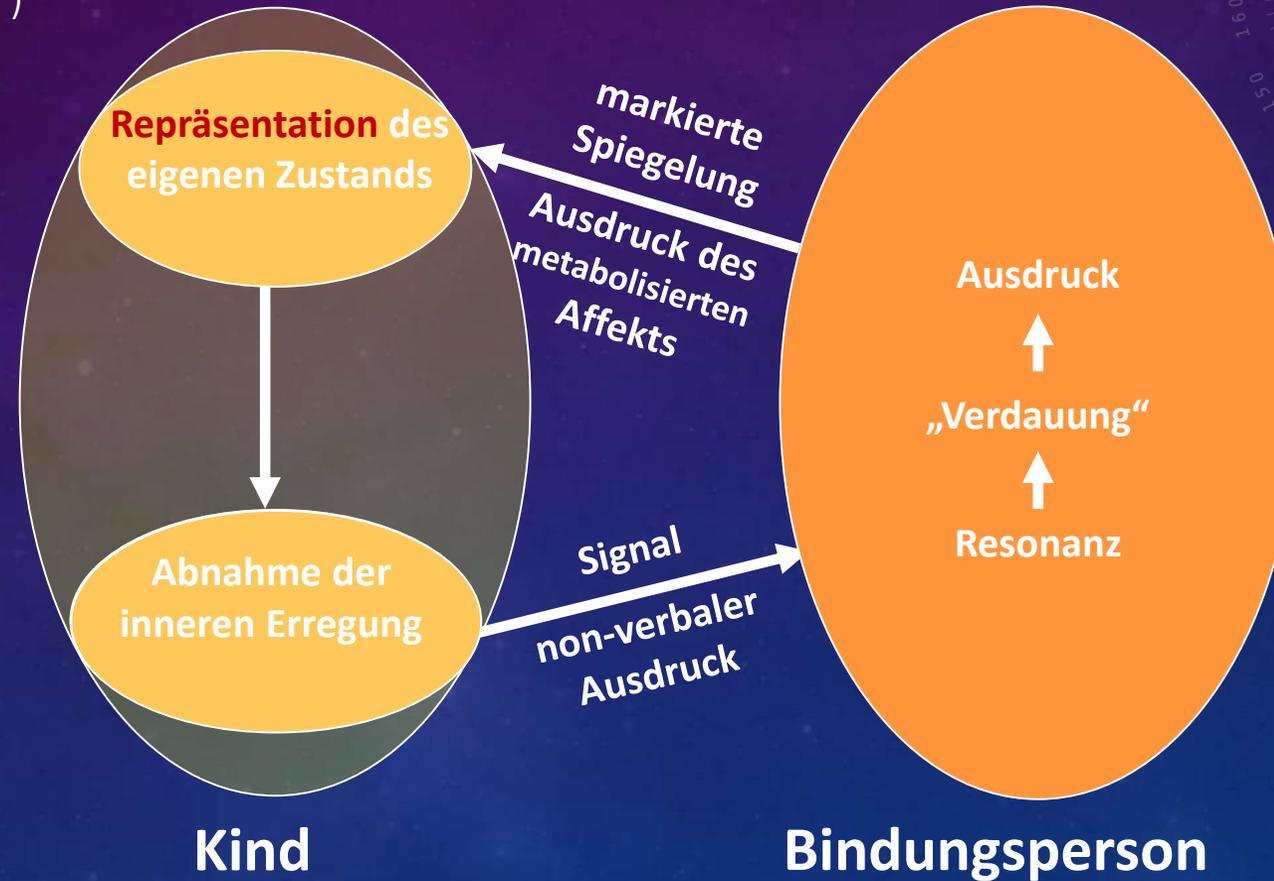


ENTWICKLUNG DES SELBST UND AFFEKTREGULATION

(BATEMAN & FONAGY 2006, 2007)

**Psychisches
Selbst**
sekundäre
Repräsentanzen

**Körperliches
Selbst**
primäre
Repräsentanzen



Unsichere Bindung

Mentalisierungsversagen



Gesteigerte physiologische Stressreaktion
Beeinträchtigte individuelle Stressregulation
Fehlende „soziale Modulation“ von Stress

Mentalisierungsversagen



Neigung zu externen „Regulatoren“
(exzessives Essen, Alkohol, Nikotin etc.)

Mentalisierungsversagen



Ungünstige Nutzung protektiver Faktoren
(Hilfe suchen, soziale Unterstützung, Compliance, Selbstfürsorge)

Herabgesetzte Selbstaufmerksamkeit
Geringes Vorsorgeverhalten
Verminderte Inanspruchnahme

Krankheit

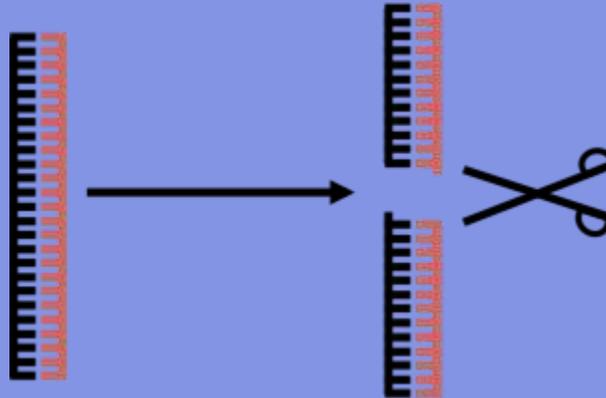
Bindung und Erkrankung

(Maunder & Hunter 2001, Graphik nach Schultz-Venrath et al.)



FRAGESTELLUNG:

- Sind in der **Kindheit** erlittene **komplexe Traumatisierungen** ebenso toxisch wie physikalischen oder chemischen Schädigungen?
- Operationalisierung von genotoxischer Schädigung: erhöhte **Häufigkeit von DNA-Doppelstrangbrüchen**



Copyright ©2013 DocCheck
Medical Services GmbH

- Haben psychische Schutzfaktoren – **insbesondere Bindungssicherheit und gut ausgebildete Affektverarbeitungskapazität** – Auswirkungen auf eine mögliche genotoxische Schädigung durch komplexe Traumatisierung?





Claudia Subic-Wrana¹, Liana Bergholz², Jörg Wiltink¹, Manfred E. Beutel¹ & Bernd Kaina²
**Einfluss von Bindung und affektzentrierter Mentalisierung auf die
Genotoxizität komplexer Traumatisierung**

Kontakt: claudia.subic-wrana@unimedizin-mainz.de

Fragestellung

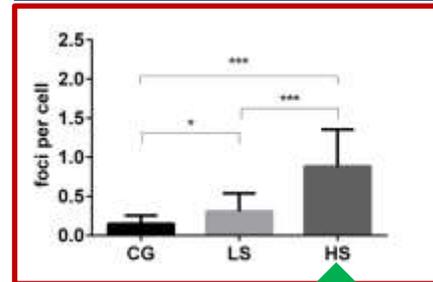
Wir haben untersucht, ob frühe und schwere Kindheitstraumatisierungen in den primären Beziehungen (**komplexe Traumatisierung**) ebenso genotoxisch sind wie chemische oder physikalische Noxen:

Zugleich sind wir der Frage nachgegangen, ob Bindungsmuster und affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit die "Toxizität" der komplexen Traumatisierung abmildern können.

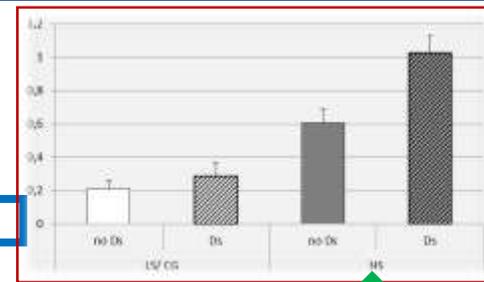
Methoden

- Genotoxische Schädigung wurde als Anzahl von DNA-Doppelstrangbrüchen in peripheren Lymphozyten von Kontrollpersonen und Trauma-Patienten mit dem **γH2AX-Immunofluoreszenz-Assay** ermittelt.
- Das Bindungsmuster wurde mit dem **Adult Attachment Projektive (AAP)** bestimmt; die affektzentrierte Mentalisierungsfähigkeit wurde mit der **Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)** ermittelt.

Ergebnisse



In der Kindheit komplex traumatisierte Patienten (HS) haben die höchste Anzahl an DNA-Doppelstrangbrüchen pro Zelle



In der Gruppe der Patienten mit Traumatisierung haben diejenigen mit einer unsicher-vermeidenden Bindung (DS) die höchste Anzahl von DNA-Doppelstrangbrüchen

HS: 20 stationär psychosomatisch behandelte Patienten mit komplexen Kindheitstraumata (ermittelt mit dem Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)

LS: 20 stationär psychosomatisch behandelte Patienten ohne komplexen Kindheitstraumata

CG: 20 psychisch gesunde, nicht traumatisierte Kontrollpersonen.

Diskussion

DNA-Doppelstrangbrüche sind ein Hinweis auf eine erhöhte Belastung durch regenerative Prozesse nach Zellschädigung und damit auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko (z.B. Krebserkrankungen). Komplexe Bindungstraumatisierung in der Kindheit wirkt genotoxisch; ein Bindungsverhalten, dass bei Angstentwicklung Nähe zu anderen vermeidet und das Bedrohungserleben negiert, verstärkt diesen somatischen Risikomarker. Psychotherapie kann dazu beitragen, unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten zu flexibilisieren – ob damit auch die Häufigkeit von DNA-Doppelstrangbrüchen beeinflusst wird, ist eine noch offene Frage.



ERGEBNISSE KLINISCHER BINDUNGSFORSCHUNG

Condon L et al (2019): Maternal Adverse Childhood Experiences; Family Strengths, and Chronic Stress in Children. Nurs Res 68(3): 189-199

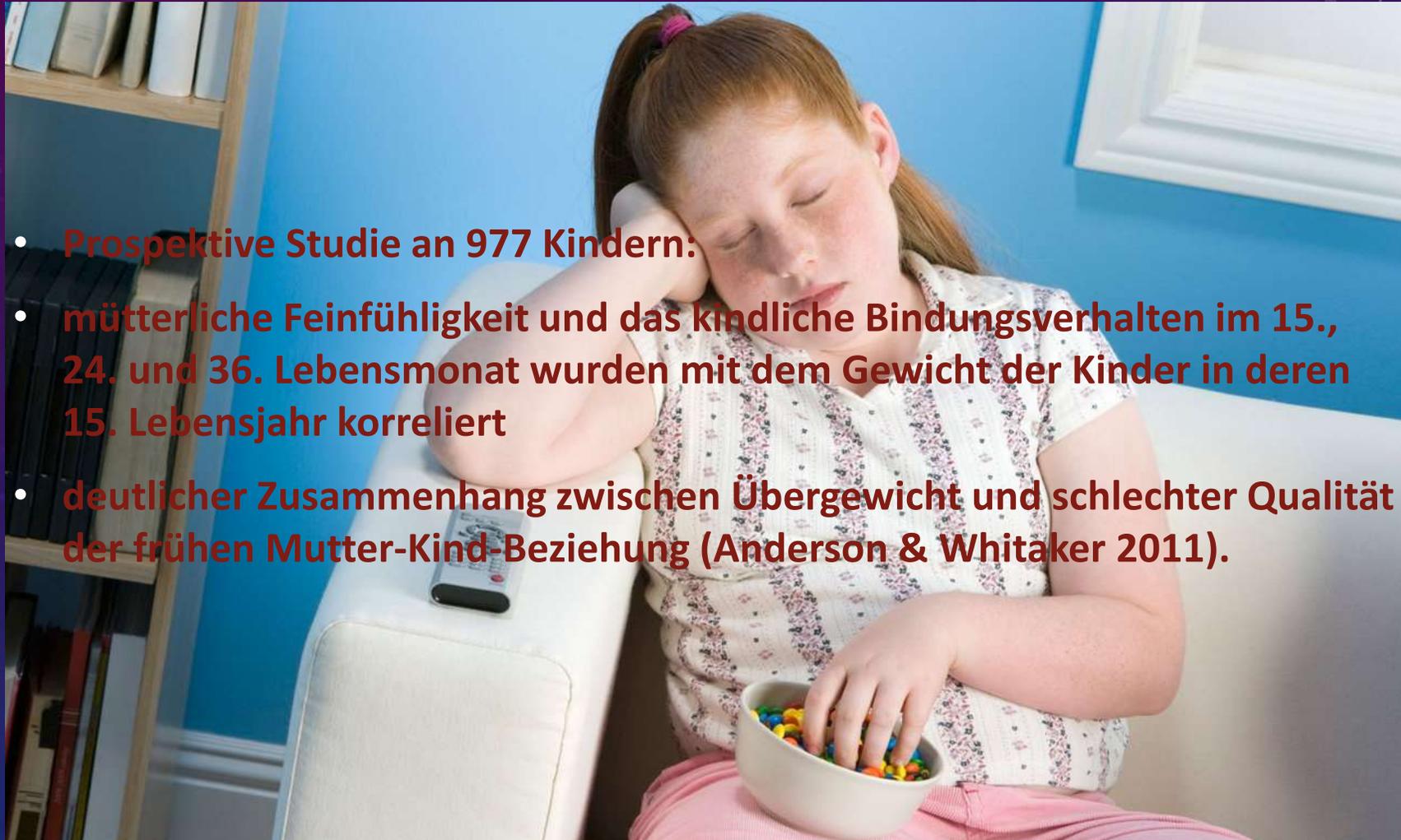
54 Mutter-Kind Paare

Kinder: 4 – 9 J.

- ❖ **Kindheitstrauma der Mutter korreliert mit Verhaltensproblemen des Kindes**
- ❖ **PTSD der Mutter korreliert mit Verhaltensproblemen des Kindes und erhöhtem Auftreten von Asthma**
- ❖ **Mütter aus haltgebender Familie hatten Kinder mit geringerem Körpergewicht**



UNSICHERE BINDUNG: EXTERNE REGULATION VON STRESS, ANGST, NEGATIVEM AFFEKT



- **Prospektive Studie an 977 Kindern:**
- **mütterliche Feinfühligkeit und das kindliche Bindungsverhalten im 15., 24. und 36. Lebensmonat wurden mit dem Gewicht der Kinder in deren 15. Lebensjahr korreliert**
- **deutlicher Zusammenhang zwischen Übergewicht und schlechter Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung (Anderson & Whitaker 2011).**

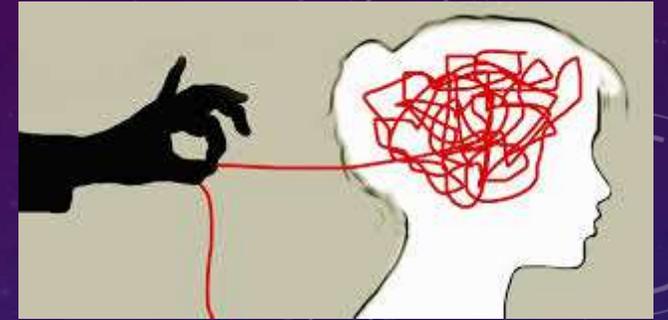


UNSICHERE BINDUNG UND KRANKHEITSVERARBEITUNG > COMPLIANCE

- vermeidender Bindungsstil verschlechtert Beziehung zum Behandler und dadurch die allgemeine Compliance bei Diabetikern vom Typ 1 und Typ 2 vermindert (N = 4095; Ciechanowski et al. 2004)
- dies führt im 5-Jahres-Follow-up zu einer höheren Todesrate (für Marker der Krankheitschwere wurde kontrolliert; Ciechanowski et al. 2010)
- Interventionsstudien zur Verbesserung der Behandlungsbeziehung und zur Verminderung krankheitsbegleitender Depressionen besonders sind besonders bei vermeidend gebundenen Patienten wirksam (Ciechanowski et al. 2006).



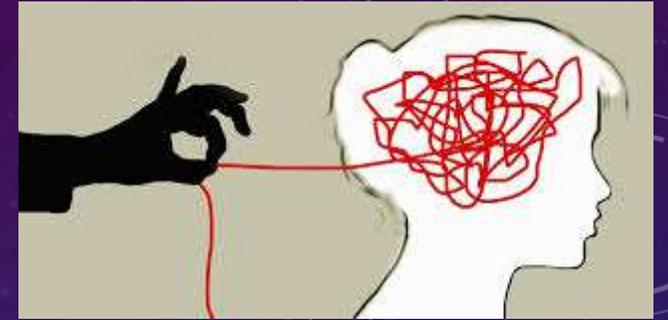
BEHANDLUNGSOPTIONEN



- **Psychodynamisch Interaktionelle Therapie bei somatoformen Störungen (PISO, Manual Lahmann et al. 2007)**
 - Niedrigschwelliger Kurzzeittherapie
 - Psychoedukation: Psychosomatisches Krankheitsmodell
 - Klärung von Problemen in der Therapeut-Patient Interaktion im „Hier und Jetzt“
 - Anleitung zur Entspannung
 - **Auf Wirksamkeit geprüft:**
 - Anzahl der Arztbesuche sinkt
 - Reduzierung schwerer depressiver Symptomatik von 44% auf 26%



BEHANDLUNGSOPTIONEN



- **A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders (Luyten et al, J Psychoanal Psychother 2012 26(2): 121-140)**
 - Abgeleitet aus MBT (Fonagy & Bateman 2007)
 - Basiert auf Bindungstheorie und Mentalisierungs-Theorie
 - Herstellung von Verbindung zwischen „Beziehungsschmerz“ oder „Beziehungsenttäuschung“ > negativer Emotion und Symptom
 - Symptom als Beziehungsreaktion
 - **Ein Wirkungsnachweis liegt bisher nicht vor**

