

Psychosomatik Ist Bindung der Schlüssel?

Die Rolle von instabilen Beziehungen in der Kindheit wird in der psychosomatischen Medizin zunehmend erforscht. Neue Studien versprechen etwa bei dem verbreiteten Schmerzsyndrom Fibromyalgie Hoffnung.

Zum Mainstream, sagte der Kinder- und Jugendpsychiater **Karl Heinz Brisch** in seiner Eröffnungsrede im Audimax der Ludwig-Maximilians-Universität München, gehöre die bindungsorientierte Herangehensweise in den deutschen Kliniken für Psychosomatik und für Psychiatrie noch lange nicht. Aber immerhin hat das Thema Bindung vor etwas mehr als einem Jahrzehnt den Sprung von der Grundlagenforschung in die Klinik geschafft. Wie bedeutsam es in einzelnen Bereichen schon geworden ist, wurde jetzt in den Vorträgen des internationalen Kongresses „Bindung und Psychosomatik“ in München deutlich. Welchem Bindungstyp ein Patient angehört und was er in seinem Leben für Erfahrungen mit Bindung machen konnte: Für eine wachsende Zahl von Ärzten und Psychotherapeuten – und für deren wissenschaftliche Arbeiten – sind diese Fragen entscheidend geworden. Denn man stellt inzwischen einen Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern – von der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ADHS über Asthma bis hin zu Schmerzsyndromen – her. In manchen Fällen könnte der Erfolg der neuen Herangehensweisen einer bemerkenswert großen Zahl von Patienten Hoffnung geben.

Ulrich Egle etwa, der ärztliche Direktor der psychosomatischen Celenus-Fachklinik in Gengenbach, berichtete in München über die Chancen, die ein bindungsorientierter therapeutischer Ansatz bei Fibromyalgie bietet, einem Schmerzsyndrom, das zwischen zwei und vier Prozent der Bevölkerung betrifft, neunzig Prozent der Patienten sind Frauen. „Die Debatte über Fibromyalgie hat sich in den vergangenen zehn Jahren verschoben“, sagte Egle. „Dass es sich um eine zentrale Stressverarbeitungsstörung in bestimmten Hirnbereichen handelt, wird zunehmend anerkannt – leider nicht in Deutschland, aber international.“ Die Diagnose Fibromyalgie wurde ursprünglich von Rheumatologen eingeführt, die damit Patienten belegten, die unter Muskel- und Gelenkschmerzen sowie häufig auch Abgeschlagenheit und Schlafstörungen leiden, ohne dass beispielsweise orthopädische oder immunologische Ursachen gefunden werden können. Im Jahr 1990 veröffentlichte das American College of Rheumatology einen Kriterienkatalog; hier wurde unter anderem gefordert, dass mindestens elf von achtzehn definierten Sehnenansatzpunkten am Körper bei Druck durch den Arzt schmerzempfindlich sein sollten.

Zentrale Fehlregulation

„Später wurde deutlich, dass die Patienten überall eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit aufweisen und zudem besonders geruchs- und geräuschempfindlich sind“, sagte Egle. „Das sind Indizien, die für eine zentrale Dysregulation sprechen, eine sensorische Schwellenverstellung.“ Damit würde die Krankheit aus der rheumatologischen Zuständigkeit herausfallen. Ob eine solche Herauslösung gerechtfertigt wäre, ist noch immer umstritten. Immer wieder wird vermutet, dass doch Nervenschädigungen in der Peripherie des Körpers – und nicht im Zentralnervensystem – verantwortlich für die chronische Störung sind. Zuletzt beschrieben Forscher der Universität Würzburg

Anfang des Jahres im Fachmagazin „Brain“ Schädigungen im Bereich der kleinen schmerzleitenden Nervenfasern, die in der Haut enden, bei Betroffenen (doi:10.1093/brain/awt053).

Egle vertritt hingegen den Standpunkt, dass die Patienten in psychosomatischen Kliniken am besten aufgehoben sind. Er sieht hinter der Debatte einen berufspolitischen Konflikt: „Es gibt in Deutschland zu viele Betten in rheumatologischen Fachkliniken. Ohne die Fibromyalgie-Patienten könnten sie nicht mehr gefüllt werden.“ Für Aufsehen sorgte Egle gemeinsam mit acht anderen deutschen Wissenschaftlern im Juni mit einer Studie, die im Fachmagazin „Rehabilitation“ erschien. Die Autoren verglichen anhand von Fragebögen mehr als 600 Fibromyalgie-Patienten, die ihre RehaMaßnahmen an drei Rheumakliniken und an drei psychosomatischen Kliniken erhielten. Einen Frühbererungswunsch äußerten fünfzehn Prozent der Patienten in der Psychosomatik – aber achtzig Prozent derjenigen, die eine rheumatologische Reha durchliefen (doi: 10.1055/s-0032-1330006).

Stress in der Vergangenheit

In Rheumakliniken, so Egle, werde vor allem ein Schmerzbewältigungstraining angeboten. „Die Patienten lernen, dass sie Bewegung nicht vermeiden dürfen und wie sie sich vom Schmerz ablenken können.“ Egle stellte ein anderes Konzept vor: eine „interaktionelle Gruppentherapie“ während sechs Wochen stationärer Behandlung. „Wir untersuchen die Beziehungsmuster der Patienten im Umgang mit sich und mit anderen“, erklärte Egle. „Fibromyalgie-Patienten gehen mit sich und mit anderen so um, dass sie sich selbst stressen. Sie haben in der Vergangenheit familiäre Situationen erlebt, die durch Stress und Unkalkulierbarkeit geprägt waren – beispielsweise durch einen alkoholabhängigen Vater. Die Patienten regulieren gegen, indem sie versuchen, alles zu kontrollieren.“

Bindungserfahrungen spielten bei den meisten Patienten eine zentrale Rolle. Daran sind auch überkommene Erziehungsprinzipien schuld, etwa, dass schreiende Säuglinge mit dem Kinderwagen in den Garten gestellt wurden, ein Vorgehen, das in Erziehungsratgebern noch bis in die zweite Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts zu finden war. „Schreien ist ein Bindungssignal“, erklärte Egle. „Wenn ein Kind durch Schreien aber immer auf der Terrasse landet, gewöhnt es sich das ab und macht alles allein.“ Als Erwachsene sind die Betroffenen nicht nur perfektionistisch, sie versuchen auch, nie jemanden um etwas zu bitten, und grenzen sich so selbst aus; sie suchen Aufmerksamkeit durch Altruismus und versuchen, immer zu funktionieren und ihre Gefühle abzuschalten. „Das Kind vermeidet so Ausgrenzung“, sagt Egle. „In der Therapie geht es darum, das kindliche Verhalten abzulösen durch ein erwachsenes Verhalten. Gelingt das, endet der Schmerz.“

Bindungsstile von Kindern

Den Bindungsstil, den diese Patienten erlernt haben, nennt man „vermeidende Bindung“. Es ist ein Ausdruck, der in die Frühzeit der Bindungsforschung zurückreicht, zu der amerikanischen Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth, die in den siebziger Jahren den „Strange Situation Test“ entwickelte, der bis heute große Bekanntheit besitzt, weil noch häufig Filme dieses Tests vor Eltern in Krabbelgruppen und Kindergärten gezeigt werden. Ainsworth plazierte Mütter mit deren Kleinkind und einer anderen Person in einen Raum und ließ die Mutter nach einiger Zeit den Raum verlassen. Je

nachdem, wie das Kind reagiert, ordnet man es seit Ainsworth' Studien dann einem von vier Bindungstypen zu: sicher gebunden, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent oder desorganisiert. Sicher gebundene Kinder weinen, lassen sich von der Betreuungsperson trösten und freuen sich über die Rückkehr der Mutter. Unsicher gebundene Kinder ignorieren die Trennung und auch die zurückkehrende Mutter, oder aber – bei einem ambivalenten Muster – sie zeigen sich aggressiv bei der Rückkehr. Der desorganisierte Typ zeigt Übersprungshandlungen, Erstarren oder Stereotypien.

Lang war der Weg von den Pionieren der Bindungsforschung bis zu neuen Therapiemethoden, die deren Erkenntnisse integrieren. Karl Heinz Brisch, der Leiter der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München, erinnerte in seinem Eröffnungsvortrag daran, dass es noch in den fünfziger Jahren üblich war, Eltern, deren Kinder ins Krankenhaus kamen, keine Besuche zu gestatten. Beim Wiedersehen reagierten die Kinder apathisch und desinteressiert, eine Strategie, mit der sie auf den Stress der Trennung zu reagieren gelernt hatten.

Bedeutung bei Hyperaktivität?

Nevena Vuksanovic vom Uniklinikum München stellte in ihrem Vortrag eine Verbindung her zwischen ADHS und Bindungsstörungen. Vuksanovic fand heraus, dass Jungen mit ADHS mit starkem Anstieg des Stresshormons Cortisol auf bindungsspezifische, emotionale Stressoren reagieren, etwa Bilder von Gesichtern mit negativen Emotionen. Auf kognitive Stressoren – etwa Rechenaufgaben – reagieren sie hingegen vergleichbar stark wie gesunde Kontrollkinder. „Was für einen Unterschied würde es machen, wenn die Kinder neue Bindungserfahrungen machen könnten“, ist Vuksanovic überzeugt. Inzwischen gibt es erste Stationen wie die von Brisch in München, auf denen mit „bindungsorientierten Settings“ gearbeitet wird. In vielen Kinder- und Jugendpsychiatrien und Jugendhilfeeinrichtungen sei noch der sogenannte „Time-Out“ üblich, so Brisch: Ein schwer gestresstes Kind, das schreit und „ausrastet“, wird allein in einen separaten Raum geschickt. In München arbeitet man stattdessen mit einem „Time-Intensive“. „Zwei oder mehrere Therapeuten gehen empathisch auf das Kind ein; es wird so lange gecoacht, bis es wieder runterkommt“, erklärt Brisch. „Die Phasen nehmen dann ab, das Kind kann lernen, seine Affekte besser zu kontrollieren.“

(Quelle: FAZ.Net, vom 26.10.2013 von [Christina Hucklenbroich](#))