Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Carsten Spitzer

Desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizinwissenschaften (Dr.rer.hum.)

der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von

Eva Flemming

geboren am 23.08.1987 in Luckenwalde

aus Bad Doberan

Rostock, 28.03.2024

https://doi.org/10.18453/rosdok_id00004847

GutachterInnen:

Prof. Dr. med. Carsten Spitzer, Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Michael Kölch, Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Univ.-Prof. Dr. Katja Petrowski, Universitätsmedizin Mainz, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Jahr der Einreichung: 2024

Jahr der Verteidigung: 2024

Die folgenden drei Originalarbeiten werden im Rahmen der vorliegenden kumulativen Promotionsschrift eingereicht:

1. **Flemming, E.,** Lübke, L., Müller, S., Rümler, L., Spitzer, C. (2023). Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D). *Psychother Psych Med*, 73, 1–7. https://doi.org/10.1055/a-2140-8260

2. **Flemming, E**., Lübke, L., Müller, S., & Spitzer, C. (2023). Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit. *Die Psychotherapie*, *68*(3), 165-171. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00647-9

3. **Flemming, E.,** Knorr, S., Lübke, L., Terne, C., & Spitzer, C. (2023). Bindung und seelische Gesundheit von ehemaligen Wochenkrippenkindern. *Die Psychotherapie*, *68*(6), 412-418. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00687-1

Inhaltsverzeichnis

0 Zusammenfassung 5

1 Einleitung und Fragestellungen 6

1.1 Überblick über die zentralen Annahmen der Bindungstheorie 6

1.2 Organisiertes und desorganisiertes Bindungsverhalten im Fremde-Situations-Test ... 7

1.3 Desorganisierte Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter 10

1.4 Selbstbeurteilte desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter 12

1.5 Fragestellungen 14

2 Zusammenfassender Überblick über Methodik und Ergebnisse der Studien 15

2.1 Studie 1: Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale 15

2.1.1 Stichproben und Durchführung 15

2.1.2 Instrumente 16

2.1.3 Statistische Analysen Studie 1 17

2.1.4 Ergebnisse Studie 1 18

2.2 Studie 2: Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit 20

2.2.1 Stichproben und Durchführung 20

2.2.2 Instrumente 20

2.2.3 Statistische Analysen Studie 2 21

2.2.4 Ergebnisse Studie 2 22

2.3 Studie 3: Bindung und seelische Gesundheit ehemaliger Wochenkrippenkinder 24

2.3.1 Stichprobenbeschreibung und Durchführung 24

2.3.2 Instrumente 26

2.3.3 Statistische Analysen Studie 3 26

2.3.4 Ergebnisse von Studie 3 26

3 Diskussion 28

3.1 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 1 28

3.2 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 2 29

3.3 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 3 31

3.4 Abschließende Diskussion..... 32

4 Literaturverzeichnis 34

5 Anhang..... 41

A: Abkürzungsverzeichnis 41

B: Tabellenverzeichnis 42

C: ADA (Adult Disorganized Attachment Scale) 43

– deutschsprachige Übersetzung 43

6 Originalarbeiten 45

6.1 Publikation 1:..... 45

6.2 Publikation 2……..54

6.3 Publikation 3……..62

Selbstständigkeitserklärung……..70

Lebenslauf……...71

Danksagung und Förderung…….73

0 Zusammenfassung

Das Konzept der desorganisierten Bindung ist für das Verständnis von komplexen psychischen Störungen, insbesondere von Persönlichkeitsstörungen und traumaassoziierten Störungen, hoch relevant. Eine desorganisierte Bindung im Kindesalter beziehungsweise ein unverarbeiteter Bindungsstatus bei Erwachsenen stellen im Vergleich mit den ‚organisierten' unsicheren Bindungsstilen in verschiedenen Metaanalysen den größten Risikofaktor für Psychopathologie dar. Die differenzierte Erfassung von (desorganisierter) Bindung ist daher sowohl für das ätiopathogenetische Verständnis der jeweiligen Störungen als auch für die psychotherapeutische Behandlungsplanung von entscheidender Bedeutung. Trotz dieser immensen Bedeutung ist die Studienlage zu desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter bislang unzureichend, was durch den hohen zeitlichen, personellen und Ressourcenaufwand der bislang eingesetzten interviewbasierten beziehungsweise projektiven Diagnostik bedingt sein könnte.

Mit der Adult Disorganized Attachment Scale liegt seit einigen Jahren ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von desorganisierten Bindungsmerkmalen in Partnerschaften vor. Die Skala wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit in die deutsche Sprache übersetzt und in verschiedenen Stichproben untersucht. Dabei wies das Instrument gute psychometrische Kennwerte auf.

Des Weiteren wurde das Instrument im Hinblick auf zwei Fragestellungen angewendet: Zum einen wurden die inkrementellen Zusammenhänge von desorganisierten Bindungsmerkmalen (im Vergleich mit Bindungsangst und –vermeidung) mit der körperlichen Gesundheit bestimmt. Zum anderen wurden in Übereinstimmung mit vorherigen Studien Assoziationen zwischen früher institutionalisierter Betreuung (Wochenkrippen) und selbstbeurteilter desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter gefunden. Eine Limitation liegt in der bislang ausstehenden Untersuchung der konvergenten Validität der Skala mit dem Adult Attachment Interview. Zusammenfassend zeigen die vorgestellten Befunde, dass die deutschsprachige Version der Adult Disorganized Attachment Scale als Screeningverfahren geeignet ist und die Untersuchung von Forschungsfragen in größeren Stichproben ermöglicht. Forschung zu desorganisierten Bindungsmerkmalen im Erwachsenenalter kann zu einem vertieften Verständnis für die Folgen früher traumatischer Beziehungserfahrungen für die spätere psychosoziale und körperliche Gesundheit beitragen.

1 Einleitung und Fragestellungen

1.1 Überblick über die zentralen Annahmen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie bietet Modelle dafür, wie biografisch frühe Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen die Erwartungen über das Selbst und andere formen. Diese bindungsbezogenen Aspekte der Persönlichkeit prägen über die gesamte Lebensspanne die Fähigkeit von Individuen, Stress zu regulieren und andere Personen dabei als hilfreich erleben und nutzen zu können (u.a. Bowlby, 1969; Kobak et al., 2015). Bindung ist als ein evolutionär geprägtes Verhaltenssystem zu verstehen, welches bei gefährlichen oder subjektiv bedrohlichen Situationen aktiviert wird. Beim Kleinkind führt diese Aktivierung dazu, dass es bei Gefahr die Nähe der Bezugsperson sucht, um sein Überleben zu sichern. Wenn die Sicherheit durch die Bezugsperson wieder hergestellt ist, setzt das Kleinkind sein Explorationsverhalten fort. Die drei Verhaltenssysteme Furcht, Bindung und Exploration stehen somit in ständiger Wechselwirkung (Kobak et al., 2015). Entsprechend den Annahmen von John Bowlby entsteht im Verlauf einer normativen Bindungsentwicklung mit kontinuierlichem Kontakt zu einer Bezugsperson eine sogenannte organisierte Bindungsrepräsentanz, welche in Abhängigkeit von der Qualität der Beziehungserfahrungen sicher oder unsicher sein kann. Die Bindungstheorie beschreibt Bindungsrepräsentanzen dabei als mentale Modelle, welche bindungsbezogene Kognitionen, Affekte, gedächtnis- und aufmerksamkeitsbezogene Prozesse umfassen und dadurch das Erleben und Verhalten in späteren bedeutsamen Beziehungen wesentlich prägen (Bretherton & Munholland, 2008). Organisierte Bindungsrepräsentanzen sind dadurch gekennzeichnet, dass ihre eben genannten Komponenten miteinander integriert sind, das heißt koordiniert zur Regulation des Selbst und des Kontakts zu anderen eingesetzt werden können. Hingegen können bestimmte Entwicklungsbedingungen zu einer Desorganisation der Bindungsentwicklung und der resultierenden Bindungsrepräsentanz führen. Bowlby beschrieb Deorganisation als eine Segregation der verschiedenen Komponenten der Bindungsrepräsentanz („*segregated systems*“), wobei Affekte, Aufmerksamkeit und bisherige Erfahrungen (Gedächtnis) zumindest in Teilen unverbunden sind und dadurch nicht koordiniert zur Selbstregulation und Verhaltenssteuerung genutzt werden können (Überblick bei Reisz et al., 2018). Ausgehend von den Beobachtungen des Verhaltens hospitalisierter Kleinkinder nahm Bowlby an, dass diese Segregation auftritt, wenn der kindliche Organismus massivem und anhaltendem Stress ausgesetzt ist (u.a. Bowlby et al., 1952). Bowlbys Annahmen wurden durch die systematische Beobachtung und Klassifizierung von desorganisierten kindlichen

Verhaltensweisen im Fremde-Situations-Test durch Main und Solomon (1990) empirisch untermauert und im Folgenden durch die Arbeiten verschiedener Autor:innen erweitert.

1.2 Organisiertes und desorganisiertes Bindungsverhalten im Fremde-Situations-Test

Der Fremde-Situations-Test (FST; Ainsworth, 1978) ist ein experimentelles Paradigma zur Untersuchung interindividueller Unterschiede im Bindungsverhalten von Kleinkindern im Alter zwischen 12 und 18 Monaten. Durch kurzzeitige Trennung von der primären Bezugsperson in der experimentellen Situation wird das Bindungssystem der Kinder aktiviert. In Folge können Unterschiede dahingehend festgestellt werden, wie die Kinder auf die Trennung und die Rückkehr der Bezugsperson reagieren und in welcher Weise sie den dadurch induzierten Stress regulieren. Systematische interindividuelle Unterschiede im Bindungsverhalten wurden initial in drei Kategorien zusammengefasst (u.a. Ainsworth, 1978):

– sogenannte sicher gebundene Kinder wandten sich der Bezugsperson zu und ließen sich von dieser trösten, wobei diese Kinder den erlebten Trennungsstress rasch regulieren konnten.

Daneben wurden zwei Kategorien von Verhalten beobachtet, welche als unsicher beschrieben wurden:

– Unsicher-vermeidend gebundene Kinder reagierten auf die Rückkehr der Bezugsperson augenscheinlich kaum und wandten sich stattdessen unbelebten Objekten, z.B. Spielzeug, zu, d.h. diese Kinder deaktivierten ihr Bindungsverhalten und zeigten übermäßige Exploration.

– Unsicher-ambivalent gebundene Kinder hingegen suchten die Nähe der Bezugsperson, konnten aber ihren Stress durch die Nähe nicht effektiv regulieren. Das Bindungssystem dieser Kinder blieb chronisch aktiviert, wodurch wiederum das Explorationsverhalten gehemmt blieb.

Im Fall der unsicheren Bindung sind zwar die drei Verhaltenssysteme Bindung, Furcht und Exploration unzureichend koordiniert. Jedoch folgt das Verhalten einer koordinierten und in sich konsistenten Strategie mit dem Ziel, die Nähe zur Bezugsperson aufrechtzuerhalten (u.a. Ainsworth et al., 1978; Kobak et al., 2015). Diese Strategie basiert auf den bisherigen Erfahrungen mit der Bezugsperson und ist an das (ggf. suboptimale) Betreuungsverhalten

angepasst: Die Bezugspersonen von vermeidend gebundenen Kindern zeigen eine zu geringe Reaktion oder weisen die Bindungsbedürfnisse des Kindes konsistent zurück. Entsprechend deaktivieren diese Kinder ihr Bindungsverhalten, um die Nähe zur Bezugsperson dennoch aufrechtzuerhalten. Die Bezugspersonen von ambivalent gebundenen Kindern sind in ihrem feinfühligen Verhalten inkonsistent, das heißt sie wechseln zwischen feinfühligem und abweisendem Verhalten. In diesem Fall dient das hyperaktivierende kindliche Bindungsverhalten dazu, die konstante Aufmerksamkeit der Bezugsperson und damit Nähe zu sichern.

Main und Solomon (1990) beschrieben erstmalig, dass einige Kinder im FST Verhaltensweisen zeigten, welche sich nicht in die oben beschriebene Klassifikation einordnen ließen. Es handelte sich um Auffälligkeiten, welche teilweise in kurzen Sequenzen auftraten und das ansonsten vorherrschende Bindungsverhalten unterbrachen. Main und Solomon fassten diese Verhaltensauffälligkeiten in folgende Kategorien zusammen (zitiert nach Solomon et al., 2017):

I. Sequentielles Auftreten von widersprüchlichem Verhalten
II. Gleichzeitiges Auftreten von widersprüchlichem Verhalten
III. Ungezielte, fehlgeleitete oder unvollständige Bewegungen
IV. Stereotypien und anomale Körperhaltungen
V. Einfrieren oder Erstarren
VI. Furchtsames Verhalten im Hinblick auf die Bezugsperson
VII. Orientierungslosigkeit

Unter Bezugnahme auf Bowlby, gingen Main und Solomon davon aus, dass diese beobachtbaren Anomalien im Verhalten eine Segregation der sich entwickelnden Bindungsrepräsentanz des Kindes widerspiegelten (Solomon et al., 2017). Durch die Entwicklung des Klassifikationssystems für desorganisiertes Bindungsverhalten (D-Typ, Main & Solomon, 1990) konnte dieses in Folge systematisch untersucht werden.

Bereits Bowlby beschrieb drei mögliche Entwicklungspfade, welche zur Desorganisation der kindlichen Bindung führen können (teilweise unveröffentlichte Arbeiten von Bowlby, zitiert nach Reisz et al., 2018). Diese Überlegungen wurden durch weitere Autor:innen (u.a. Hesse & Main, 2000) ergänzt und werden im Folgenden kurz zusammengefasst (zitiert nach Reisz et al., 2018; die englischsprachigen Originalbezeichnungen stehen zur Verdeutlichung in Klammern):

– *Bedrohungskonflikt (threat conflict):* im Fall einer misshandelnden Bezugsperson ist diese sowohl die Quelle der Bedrohung als auch der potentiellen Beruhigung. Beim Kind werden gleichzeitig das Flucht induzierende Furchtsystems, als auch das Annäherung auslösende Bindungssystem aktiviert. Das Kind befindet sich damit in einer paradoxen und unlösbaren Situation, die nicht durch eine geregelte und organisierte Verhaltensstrategie gelöst werden kann. Dieses Dilemma wird in dem Begriff "*fright without solution*" auf den Punkt gebracht (Hesse & Main, 2000).

– Unsicherheit/ Zweideutigkeit des sicheren Hafens (*safe haven ambiguity*): Dies beschreibt Situationen, in denen die Kommunikation des Kindes mit der Bezugsperson auf (für das Kind) unklare und unvorhersagbare Weise gestört ist, auch wenn keine offensichtlich bedrohlichen Reize vorliegen. Hesse und Main (2000) beschreiben, dass traumatisierte Eltern im Kontakt mit ihren Kindern kurze Episoden von Dissoziation erleben oder furchtsames Verhalten zeigen können, welches vom Kind als irritierend und furchterregend erlebt wird. Das Risiko für Desorganisation in der kindlichen Bindungsentwicklung besteht dann, wenn die traumatischen Erlebnisse der Eltern unverarbeitet, d.h. nicht-integriert sind und es dadurch zu trauma-assoziierten Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion kommt (Ensink et al., 2014).

– Aktivierung ohne Beruhigung (*activation without assuagement):* Dieser Entwicklungspfad beschreibt die anhaltende Aktivierung des Bindungssystems ohne dass eine Bezugsperson zur Verfügung steht, wie es in der Regel bei langer Hospitalisierung oder institutionalisierter Erziehung, d.h. Heimunterbringung, der Fall ist. Metaanalytische Untersuchungen (Lionetti et al., 2015) zeigen, dass eine frühe Heimunterbringung mit einem erhöhten Risiko für desorganisiertes kindliches Bindungsverhalten einhergeht. Dasselbe trifft auf eine extensive außerhäusliche Betreuung von mehr als 60 h/Woche im Säuglings- und Kleinkindalter zu (Hazen et al., 2015).

Metanalysen zeigen in nicht-klinischen Stichproben von Mutter-Kind-Dyaden aus der mittleren Einkommensschicht einen Anteil von 15 % desorganisiert gebundenen Kindern (erhoben mittels FST), welcher in Stichproben von Familien mit geringem sozioökonomischem Status sogar bei 34% liegt (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 2016). Insbesondere wurden Assoziationen von desorganisiertem Bindungsverhalten mit disruptivem und aggressivem Verhalten (Fearon et al., 2010), als auch mit dissoziativen Störungen gefunden (Überblick bei Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

1.3 Desorganisierte Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter

Zur Erfassung von Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter hat sich das Adult Attachment Interviews (AAI, George et al., 1984) als Goldstandard etabliert (Überblick bei Hesse, 2016). Das AAI ist ein semi-strukturierter Interviewleitfaden, dessen Durchführungsdauer zwischen ein und zwei Stunden beträgt. Dabei werden durch Fragen nach Kindheitserfahrungen bindungsbezogene Gedanken, Affekte und Erinnerungen bei der Interviewperson ausgelöst. Ziel der Auswertung ist es zu erheben, inwieweit die Person fähig ist, sich den Erinnerungen an Kindheitserfahrungen zuzuwenden und gleichzeitig den Diskurs mit dem Interviewpartner auf kohärente, kooperative und plausible Weise aufrechterhalten zu können. Dies ist ein Indikator für die Bindungssicherheit (Kohärenz). Die Interviews werden nach festgelegten Regeln transkribiert und anschließend hinsichtlich verschiedener linguistischer Merkmale ausgewertet, was in der Regel einen Zeitaufwand von vier bis sechs Stunden erfordert. Als ökonomischere Alternative zum zeit- und ressourcenintensiven AAI wurde das projektive Verfahren Adult Projective Picture System entwickelt (AAP, George & West, 2001), welches zwar eine kürzere Durchführungsdauer hat, aber ebenso wie das AAI eine umfangreiche Schulung hinsichtlich der Auswertung voraussetzt (Buchheim et al., 2003). Die Auswertung des AAIs resultiert in der Klassifikation des sogenannten Bindungsstatus (*state of mind with respect to attachment*), wobei initial drei mögliche Kategorien zur Verfügung standen: sicher (F), unsicher-vermeidend (Ds; dies entspricht einer narrativen Strategie, welche die Aufmerksamkeit für bindungsbezogene Themen minimiert und unsicher-präokkupiert (E; die Aufmerksamkeit für bindungsbezogene Themen wird maximiert). In den richtungsweisenden Studien, welche zur Bindung von Eltern-Kind-Dyaden durchgeführt wurden (Überblick bei Hesse & Main, 2000) zeigte sich, dass Elternteile von desorganisiert gebundenen Kindern spezifische sprachliche Auffälligkeiten im AAI zeigten. Diese traten in jenen Interviewpassagen auf, welche Missbrauchs- oder Verlusterlebnisse im Zusammenhang mit (frühen) Bezugspersonen thematisierten und äußerten sich etwa durch übermäßig lange Schweigepausen, plötzliche Änderung des Sprachstils, ‚Intrusionen' von Sinneseindrücken ohne Bezug zum Kontext oder sprachliche Hinweise auf irrationale Überzeugungen (z.B., dass die verstorbene Person noch lebendig sei; u.a. Hesse & Main, 2000). Um diese Auffälligkeiten abzubilden, wurde die „unverarbeitete/desorganisierte" Bindung (U/d) als vierte mögliche Klassifikation im AAI etabliert.

Die sprachlichen „Fehlleistungen" (*lapses*) werden dabei als Hinweise auf dissoziiertes furchtsames Erleben im Zusammenhang mit den abgefragten traumatischen Erlebnissen

gewertet. Dieses kann nicht mental repräsentiert werden, führt aber auf der Verhaltensebene zum zeitweisen sprachlichen „Zusammenbruch“ der ansonsten vorherrschenden narrativen Strategie, analog zum Zusammenbruch des organisierten kindlichen Bindungsverhaltens im FST (Hesse & Main, 2000).

Metaanalytische Befunde zeigen einen Anteil von 18 % an Personen mit unverarbeitetem Bindungsstatus (erfasst mittels AAI) in Allgemeinbevölkerungsstichproben. In Gruppen mit geringem sozioökonomischem Status liegt der Anteil bei 32% und in klinischen Stichproben mit 43 % nochmals deutlich höher (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). Eine U/d Klassifikation ist bisher insbesondere mit dissoziativen Symptomen in Verbindung gebracht worden (z. B. West et al., 2001; Riggs et al., 2007; Madigan et al., 2012) und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dafür, nach traumatischen Erlebnissen eine PTBS-Symptomatik zu entwickeln (Stovall-McClough & Cloitre, 2006). Darüber hinaus ist ein unverarbeiteter Bindungsstatus (U/d) als ein zugrundeliegender Mechanismus der Borderline – Persönlichkeitsstörung (BPS) diskutiert worden (Holmes, 2004) und eine U/d Klassifikation wurde in verschiedenen Studien überzufällig häufig in Stichproben von Patient:innen mit BPS gefunden (Barone et al., 2011; Fonagy et al., 1996).

Bislang existieren nur wenige Studien, die eine U/d Klassifikation im Zusammenhang mit somatischen Beschwerden und körperlichen Erkrankungen untersucht haben. Dies ist überraschend vor dem Hintergrund, dass verschiedene Autoren auf die Bedeutung von Bindung im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit hingewiesen haben (Maunder & Hunter 2001; Pietromonaco & Beck, 2019): Patient:innen mit unsicheren Bindungsmustern nehmen bei Beschwerden das Gesundheitssystem weniger in Anspruch und zeigen weniger Therapieadhärenz. Unsichere Bindung ist außerdem mit gesundheitsschädigenden Strategien zur Stressregulation assoziiert (Alkohol-, Tabak-, Drogenkonsum, übermäßiges Essverhalten) und es bestehen Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bindungsunsicherheit und pathophysiologischen Prozessen, welche wiederum das Risiko für körperliche Erkrankungen erhöhen. Dies betrifft unter anderem die Dysregulation der körperlichen Stressreaktion über die Ausschüttung von Kortisol, aber auch das Immunsystem (Überblick bei Ehrlich, 2019). Die Studien, welche Bindung mittels AAIs im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden erhoben haben, fanden einen von Anteil von U/d Klassifikation bei Patient:innen mit chronischen Schmerzzuständen, u.a. Fibromyalgie (Neumann et al., 2011; Waller et al., 2016; Ratnamohan & Kozlowska, 2017).

Das AAI wurde zunehmend auch in klinischen Stichproben und bei Personen eingesetzt, welche extrem abweichende frühe Bindungserfahrungen gemacht hatten. Dies führte zur Entwicklung der Kategorie Cannot Classify (CC) als einer weiteren Klassifikation desorganisierter Bindung (neben U/d) im AAI (Überblick bei Hesse, 2016). AAI-Transkripte der Kategorie CC sind dadurch charakterisiert, dass keine einheitliche narrative Strategie dominiert, sondern widersprüchliche mentale Modelle von Bindung unverbunden nebeneinander stehen. Nach Hesse (2016) entspricht dies, im Gegensatz zum zeitweisen Auftreten von sprachlicher Desorganisation bei U/d, einem globalen Zusammenbruch der Kohärenz im Verlauf des Interviews. Empirische Untersuchungen mit dem AAI zeigen ein gehäuftes Auftreten von CC unter anderem bei forensischen Patienten mit früher Heimerfahrung (Van Ijzendoorn et al, 1997), bei jungen Erwachsenen mit Hospitalisierungserfahrungen aufgrund schwerer Psychopathologie im Jugendalter (Allen et al., 1996) und bei Jugendlichen mit wechselnden Betreuungspersonen durch Maßnahmen der Jugendhilfe (Goldwyn & Hugh-Jones, 2011).

1.4 Selbstbeurteilte desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter

Neben dem AAI und AAP als klinisch orientierte Methoden der Bindungsdiagnostik, haben sich in den letzten Jahrzehnten aus einer sozialpsychologischen Tradition heraus eine Vielzahl von Fragebögen etabliert, welche Bindung in den aktuellen Beziehungen Erwachsener messen. Ausgangspunkt dafür war die Arbeit von Hazan & Shaver (1987), welche darlegt, wie sich kindliche Bindungserfahrungen in den Liebesbeziehungen von Erwachsenen niederschlagen und in diesem Kontext prinzipiell per Selbstbeurteilung gemessen werden können. Dieses Konzept fokussiert somit einen relativ spezifischen Aspekt von Bindung und weicht damit von der Konzeptualisierung der Bindungsrepräsentanzen im AAI und AAP ab, welche (teilweise) unbewusste bindungsbezogene Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozesse umfassen. Diese Differenzen spiegeln sich darin wider, dass eine allenfalls moderate Konvergenz zwischen AAI und Bindungsfragebögen besteht (Ravitz et al., 2010; Strauß et al., 2022). Neben den inhaltlich-konzeptuellen Unterschieden spielen jedoch auch methodische Aspekte (z.B. kategoriale Diagnostik im AAI/ AAP versus dimensionale Messung in den Fragebögen) im Hinblick auf die geringe Übereinstimmung eine Rolle. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die unterschiedlichen Methoden jeweils verschiedene Aspekte von Bindung messen (Strauß et al., 2022) und somit je nach Fragestellung unterschiedliche Instrumente sinnvoll sein können. Obwohl für das AAI sehr gute psychometrische Kennwerte berichtet werden (Überblick bei

Hesse, 2016) und sein Einsatz für die klinische Anwendung, zum Beispiel die Diagnostik und Evaluation von Psychotherapie, potentiell hilfreich sein könnte (u.a. Steele et al., 2009), ergeben sich Nachteile durch den erheblichen Aufwand für Durchführung, Transkription und Auswertung, welche eine zweiwöchige Schulung und eine Zertifizierung voraussetzt. Dies erschwert den Einsatz des Instruments in größeren Stichproben und in der klinischen Routinediagnostik (Pollard et al., 2023).

Die Arbeitsgruppe um Paetzold hat vor einigen Jahren die Adult Disorganized Attachment Scale (ADA) als ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter entwickelt. Analog zum Konzept der U/d Klassifikation im AAI gehen Paetzold und Kolleg:innen davon aus, dass Furcht in Folge von frühen traumatischen Beziehungserfahrungen der zentrale Affekt desorganisierter Bindung ist (Paetzold et al., 2015). Das furchtsame Erleben ist nicht mental repräsentiert und somit nicht sprachlich direkt zugänglich, kann aber zu Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene führen, wenn die Betroffenen mit traumaassoziierten Stimuli konfrontiert werden. Dies entspricht im AAI den oben beschriebenen sprachlichen „lapses“ im Zusammenhang mit den Fragen nach Verlusten und Missbrauchserfahrungen. Paetzold und Kolleg:innen (2015) schlussfolgern entsprechend der sozialpsychologischen Tradition der Bindungsforschung, dass sich diese Verhaltensauffälligkeiten auch in den Liebesbeziehungen von Erwachsenen zeigen sollten und in diesem Kontext prinzipiell der Selbstbeobachtung zugänglich sind. Beispielsweise könnten Personen mit desorganisierten Bindungsmerkmalen in einer Streitsituation bestimmte Aspekte der Mimik und Gestik des Partners als massiv bedrohlich erleben, da sie diese an frühere traumatische Erlebnisse mit Bezugspersonen erinnern. Diese Verbindung bleibt für die betreffende Person unbewusst, führt jedoch zu einer Aktivierung des Furchtsystems und damit zu plötzlichen Verhaltensänderungen, etwa körperlicher Aggression (Kampf) oder plötzlicher Rückzug (Flucht). Dies resultiert in erheblichen interpersonellen Problemen und kann, in Abhängigkeit vom Bindungsmuster des Partners, zu Beziehungsdynamiken von verbaler und körperlicher Gewalt führen. Die Furchtaffekte von Personen mit desorganisierten Bindungsmerkmalen gehen über die „organisierte“ Bindungsangst (Sorge, den Partner zu verlieren und dadurch übermäßiges Bindungsverhalten) und Bindungsvermeidung (Sorge vor Zurückweisung, dadurch Vermeidung von Nähe) hinaus beziehungsweise treten häufig in Kombination mit einer dieser unsicheren Bindungsdimensionen auf (Paetzold et al., 2015). Paetzold und Kolleg:innen orientierten sich in der Entwicklung der neun Items umfassenden Skala eng an den Merkmalen desorganisierten Bindungsverhaltens von Kindern im FST, so erfassen die Items beispielsweise Affekte von Verwirrung („In einer Partnerschaft weiß ich nie

wer ich bin“, Item 3), Furcht („ Furcht ist ein häufiges Gefühl in engen Beziehungen“, Item 1) und Misstrauen („Es ist gefährlich, Liebespartnern zu vertrauen“, Item 5).

Die ADA liegt bislang unseres Wissens nach in der englischsprachigen Originalversion (Paetzold et al., 2015) und in einer chinesischen Übersetzung (Li et al., 2021) vor und beide Versionen wiesen in Allgemeinbevölkerungsstichproben gute psychometrische Kennwerte auf (Paetzold et al., 2015; Li et al., 2021). Die ADA stellte unabhängig von Bindungsangst und Bindungsvermeidung einen signifikanten Prädiktor für internalisierende und externalisierende Symptome, insbesondere für körperliche Aggressivität (Paetzold et al., 2015; Rholes et al., 2016) und dissoziative Symptome dar, (Paetzold & Rholes, 2021) und es bestehen Zusammenhänge zu selbstbeurteilten Kindheitstraumatisierungen (Rholes et al., 2016). Jedoch besteht Kritik an der bislang unzureichenden Evaluation der Faktorenstruktur der ADA (Pollard et al., 2023). Ein erheblicher Vorteil des Instruments liegt wiederum in der ökonomischen Anwendbarkeit. Damit könnte das Konstrukt der desorganisierten Bindung im Erwachsenenalter, welches trotz seiner Relevanz für die Psychotherapie bislang nur unzureichend empirisch untersucht worden ist (Pollard et al., 2023), ohne erheblichen Aufwand auch in größeren Stichproben erforscht werden. Für den deutschen Sprachraum liegt bislang keine Übersetzung der ADA vor, ebenso wenig Anwendungserfahrungen und psychometrische Analysen. Vor dem Hintergrund des potentiellen Nutzens des Instruments war es das Ziel der vorliegenden Dissertation, diese Forschungslücke zu schließen.

1.5 Fragestellungen

Im Rahmen der Dissertation wurde eine deutschsprachige Übersetzung der ADA erstellt, welche von der Autorin der Originalversion autorisiert wurde. Zunächst wurden die Faktorenstruktur und die psychometrischen Gütekriterien der Skala in zwei verschiedenen nicht-klinischen Stichproben untersucht und die Zusammenhänge mit der Psychopathologie als Hinweis auf die Konstruktvalidität bestimmt **(Studie 1;** Originalarbeit: *Validierung der deutschsprachigen Adult Disorganized Attachment Scale [ADA-D]*, Flemming et al., 2023**)**. Darauf aufbauend, wurde das Instrument im Hinblick auf zwei Fragestellungen untersucht: aus einer psychosomatisch orientierten Perspektive wurden die Zusammenhänge von desorganisierter Bindung mit körperlichen Erkrankungen und der somatischen Krankheitslast bestimmt (**Studie 2;** Originalarbeit: *Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit*; Flemming et al., 2023). Entsprechend des Modells von Maunder & Hunter (2001) wurde angenommen, dass desorganisierte Bindung, gemessen mit der ADA, über Bindungsangst und

Bindungsvermeidung hinaus einen Beitrag zur Prädiktion der somatischen Krankheitslast leistet. In **Studie 3** wurde eine Stichprobe von Personen befragt, welche sich im Säuglings- und Kleinkindalter in einer wochenweisen institutionalisierten Betreuung, sogenannten Wochenkrippen, befanden (Originalarbeit: *Bindung und seelische Gesundheit ehemaliger Wochenkrippenkinder*; Flemming et al., 2023). Dabei handelt es sich um Einrichtungen des Krippensystems in der ehemaligen DDR, in denen Säuglinge und Kleinkinder durchgängig von Montag bis Freitag (Tag und Nacht) betreut wurden und nur das Wochenende bei der Familie verbrachten (Überblick bei Liebsch, 2023). Wochenkrippen wiesen die wesentlichen strukturellen Merkmale von Heimeinrichtungen auf (siehe Carr et al., 2020 für eine Übersicht zu den pathogenen Merkmalen institutionalisierter Erziehung), wodurch diese Betreuungsform mit einem erheblichen Risiko für emotionale Deprivation der Kinder einherging. Ausgehend von der oben skizzierten Studienlage wurde angenommen, dass ehemalige Wochenkrippenkinder höhere Ausprägungen in desorganisierten Bindungsmerkmalen aufweisen als eine Kontrollgruppe ohne Wochenkrippenerfahrung. Dies sollte zum einen in Hinblick auf die Validität der Skala untersucht werden. Zum anderen sollen die Ergebnisse zu einem besseren Verständnis möglicher Langzeitfolgen von früher institutionalisierter Betreuung in Hinblick auf die spätere Bindungsfähigkeit im Erwachsenenalter beitragen.

2 Zusammenfassender Überblick über Methodik und Ergebnisse der Studien

2.1 Studie 1: Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale

2.1.1 Stichproben und Durchführung

Stichprobe a) Allgemeinbevölkerungsstichprobe: Da metaanalytische Vorbefunde einen Zusammenhang zwischen desorganisierten Bindungsmerkmalen und niedrigem sozioökonomischem Status nahelegen (Cyr et al., 2010), sollte die Stichprobe möglichst verschiedene Einkommensschichten umfassen. Dadurch sollte eine ausreichend hohe Varianz hinsichtlich desorganisierter Bindungsmerkmale in den resultierenden Daten gewährleistet werden. Da Gelegenheitsstichproben in der Regel eher Teilnehmende mit höherem Einkommen umfassen (Doebel & Frank, 2023), wurde das Marktforschungsunternehmen bilendi & respondi mit der Erhebung einer Stichprobe beauftragt, welche hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Einkommen und Bundesland annähernd repräsentativ für die deutsche

Bevölkerung war. Die Erhebung und Durchführung erfolgte im Mai 2022 mit finanzieller Unterstützung durch die Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern. Es wurden ausschließlich Personen ab einem Alter von 18 Jahren eingeschlossen, die über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügten. Insgesamt wurde eine Stichprobe von N = 1101 Personen erhoben, davon gaben 49,8% ihr Geschlecht als weiblich und 0,2% als divers an. Das durchschnittliche Alter lag bei 46,4 Jahren (SD = 15,2; Range 18–74). Knapp die Hälfte (45,4%) der Personen waren verheiratet, 44,5 % waren ledig (mit oder ohne aktuelle Partnerschaft) und 10,1% waren geschieden oder verwitwet. Hinsichtlich der Schulbildung bestand folgende Verteilung: 56,1% hatten mindestens 12 Schuljahre; 32,8% hatten zehn Schuljahre absolviert und 10,4% acht Schuljahre oder weniger (kein Schulabschluss).

Stichprobe b) Studierende: Um die Faktorenstruktur der Skala an einer zusätzlichen, unabhängigen Stichprobe mittels Kreuzvalidierung prüfen zu können, wurde eine Gelegenheitsstichprobe von N = 328 Studierenden verschiedener Fachrichtungen über soziale Netzwerke rekrutiert. 84,1% der Teilnehmenden waren weiblich und 1,5% gaben ihr Geschlecht als divers an. Der Altersdurchschnitt lag bei 24,5 Jahren (SD = 5,4 Jahre; Range 18–64). In dieser Stichprobe waren 94,2 % ledig (mit oder ohne aktuelle Partnerschaft), 4,6% verheiratet und 1,2 % geschieden.

Durchführung: Die Datenerhebung erfolgte in beiden Stichproben mittels einer onlinebasierten Umfrage, wobei die Skala ADA und weitere standardisierte Fragebögen zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität der Skala vorgegeben wurden (die eingesetzten Instrumente werden im folgenden Absatz genauer beschrieben). Eingangs wurden die Teilnehmenden schriftlich über die Studie aufgeklärt und anschließend um ihre informierte Einwilligung gebeten. Erst wenn diese erfolgte, konnte mit der Beantwortung der Fragebögen begonnen werden. Um die Datenqualität zu gewährleisten, wurden Items zur Kontrolle der Aufmerksamkeit in die Umfrage integriert. Dies entspricht den aktuellen Empfehlungen zur Durchführung von onlinebasierten Erhebungen (Shamon & Berning, 2020). Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer A 2021-0268).

2.1.2 Instrumente

Im Folgenden werden die eingesetzten Instrumente knapp vorgestellt. Für eine ausführliche Beschreibung wird auf die Originalarbeit (*Validierung der deutschsprachigen Adult Disorganized Attachment Scale [ADA-D]*, Flemming et al., 2023) verwiesen.

- *Adult Disorganized Attachment Scale (ADA, Paetzold et al., 2015):* Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung desorganisierter Bindungsstrategien in Liebesbeziehungen. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde eine deutschsprachige Übersetzung der angloamerikanischen Originalversion erstellt. Die finale deutschsprachige Version wurde von der Autorin der Originalskala autorisiert. Das Original und die Übersetzung der Skala sind im Anhang dieser Arbeit angefügt. Das Instrument umfasst neun Items, welche auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 7 (starke Zustimmung) eingeschätzt und anschließend gemittelt werden. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung von desorganisierter Bindung. Die Bearbeitungszeit der Skala beträgt etwa 2 Minuten.
- *Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung (ECR-RD; Ehrenthal et al., 2009):* Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der partnerschaftsbezogenen Bindungsdimensionen *Bindungsangst* (*BANG*) und *Bindungsvermeidung* (*BVER*)
- *Gesundheitsfragebogen für Patienten – Ultrakurzform (PHQ-4, Kroenke et al., 2009):* Screeninginstrument zur Erfassung der aktuellen psychischen Belastung
- *Aggression Questionnaire (AQ) – deutschsprachige Kurzform (Herzberg, 2003)* Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen mit den Subskalen *Ärger* und *Körperliche Aggression*
- *Fragebogen zur Erfassung dissoziativer Symptome – Kurzform (FDS-Taxon, Spitzer et al., 2015)*

2.1.3 Statistische Analysen Studie 1

Zunächst wurde die Faktorenstruktur mittels Kreuzvalidierung überprüft. Dazu wurde Stichprobe a (Allgemeinbevölkerung) nach dem Zufallsprinzip in zwei Teilstichproben (a1 und a2) aufgeteilt. In Teilstichprobe a1 wurde eine explorative Faktorenanalyse (EFA) durchgeführt und die gefundene Faktorenstruktur sowohl in Teilstichprobe a2 als auch in Stichprobe b (Studierende) mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) überprüft. Die Modellgüte wurde anhand gängiger Koeffizienten beurteilt (nähere Angaben dazu finden sich in der entsprechenden Publikation). Weiterhin wurden Reliabilitätsmaße und deskriptive Kennwerte der Items und der Gesamtskala ermittelt. Zur Bestimmung der konvergenten Validität wurden bivariate Korrelationen der ADA mit den Skalen des ECR-RD und mit PHQ-4, AQ und FDS-Taxon berechnet. Zudem wurde die inkrementelle Varianzaufklärung der ADA im Vergleich mit Bindungsangst und -vermeidung hinsichtlich der abhängigen Variablen PHQ-4, AQ und FDS-Taxon bestimmt. Dazu wurden jeweils drei lineare Regressionsmodelle gerechnet: In

Modell 1 wurde die ADA als Prädiktor eingeschlossen, in Modell 2 die beiden Skalen des ECR-RD und in Modell 3 sowohl die ADA als auch die Skalen des ECR-RD.

2.1.4 Ergebnisse Studie 1

Die Untersuchung der Faktorenstruktur mittels EFA wies auf eine unidimensionale Struktur der Skala in Teilstichprobe a1 hin, die in den Teilstichproben a2 und b mit Hilfe der CFA bestätigt wurden, so dass die Ergebnisse zur Faktorenstruktur der Originalversion repliziert werden konnten. Die interne Konsistenz der ADA war mit McDonalds $\omega = 0{,}91$ (Stichprobe a) bzw. $\omega = 0{,}89$ (Stichprobe b) hoch. Hinsichtlich der konvergenten Validität waren die bivariaten Zusammenhänge mit Bindungsangst und -vermeidung in beiden Stichproben moderat ausgeprägt. Die Überprüfung mittels linearer Regression ergab zudem, dass die Skalen des ECR-RD nur knapp die Hälfte der Varianz der ADA aufklärten (Stichprobe a: $R^2 = 0{,}493$; $p < 0{,}001$), was darauf hinweist, dass desorganisierte Bindung, gemessen mit der ADA, zwar Überschneidungen mit Bindungsangst und -vermeidung aufweist, aber nicht vollständig durch diese erklärt werden kann. Hinsichtlich der inkrementellen Zusammenhänge zur Psychopathologie bestand in Stichprobe a für alle Ergebnismaße (psychische Belastung, Aggressivität, dissoziative Symptome) eine zusätzliche Varianzaufklärung durch die ADA über Bindungsangst und -vermeidung hinaus, was den Befunden zur Originalversion entspricht (Paetzold et al., 2015). In beiden Stichproben erwies sich die ADA als der stärkere Prädiktor für dissoziative Symptome als Bindungsangst und Bindungsvermeidung (Wald-Test für FDS-Taxon: Modellvergleich mit Bindungsangst: $F = 44{,}7$, $p < 0{,}001$; Bindungsvermeidung: $F = 78{,}5$, $p < 0{,}001$), in Stichprobe a zusätzlich noch für Körperliche Aggressivität (Subskala des AQ, siehe **Tabelle 1**

Tabelle 1

Zusammenhänge von desorganisierter Bindung (ADA), Bindungsvermeidung und Bindungsangst mit der psychischen Gesamtbelastung, Aggressivität und dissoziativen Symptomen in Stichprobe a (N = 1101)

	PHQ-4	**AQ: Ärger**	**AQ: Körp. A**	**FDS-Taxon**
Modell 1: R^2	0,24***	0,19***	0,18***	0,28***
β ADA	0,49***	0,43***	0,42***	0,53***
Modell 2: R^2	0,33***	0,21***	0,13***	0,16***
β BANG	0,52***	0,44***	0,34***	0,31***
β BVER	0,11***	0,04	0,05	0,16***
Modell 3: R^2	0,36***	0,25***	0,20***	0,28***
β ADA	0,20***	0,27***	0,37***	0,48***
β BANG	0,42***	0,32***	0,16***	0,08*
β BVER	0,04	-0,06	-0,09**	-0,02

Anmerkungen: Dargestellt sind die Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle. ADA = Adult Disorganized Attachment Scale. BANG = Skala Bindungsangst des ECR-RD; BVER = Skala Bindungsvermeidung des ECR-RD; PHQ-4 = Screening für Angst und Depression; AQ = Aggression Questionnaire; Körp. A = Subskala Körperliche Aggression; FDS-Taxon = Kurzform des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen. Signifikanzniveau * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

2.2 Studie 2: Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit

2.2.1 Stichproben und Durchführung

Für die Analysen in Studie 2 wurden Daten aus der annähernd repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichprobe (N = 1101) verwendet, welche im Rahmen von Studie 1 erhoben wurde. Daher wird an dieser Stelle auf die näheren Beschreibungen der Stichprobe und Untersuchungsdurchführung im oberen Absatz verwiesen.

2.2.2 Instrumente

Es wurden im Rahmen dieser Untersuchung die Selbstbeurteilungsinstrumente ADA und ECR-RD eingesetzt, welche bereits für Studie 1 beschrieben wurden. Zusätzlich wurden für Studie 2 die folgenden Maße erhoben (eine ausführliche Beschreibung findet sich in der Originalpublikation *Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit*, Flemming et al., 2023)

Work Ability Index – Kurzform (Friedli et al., 2018): Der Work Ability Index (WAI) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Hasselhorn et al., 2005), wobei in den vorliegenden Analysen ausschließlich die Sektion drei der validierten Kurzform des WAI (Friedli et al., 2018) einbezogen wurde. In diesem Abschnitt werden ärztlich diagnostizierte Erkrankungen erfasst, die zu folgenden Gruppen zusammengefasst sind:

- Unfallverletzungen
- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- Erkrankungen des Verdauungssystems
- Erkrankungen des Urogenitaltrakts
- Hautkrankheiten
- Tumore/ Krebs
- Hormon-/ Stoffwechselerkrankungen
- Krankheiten des Blutes

Die Anzahl der angegebenen Erkrankungen wurde als Indikator für die Gesamtmorbidität bzw. Krankheitslast herangezogen. Dies entspricht einem Vorgehen, welches bereits in anderen Studien mit dem WAI angewandt worden ist (u.a. Rostamabadi et al., 2017; Reeuwijk et al., 2015).

Disorganized Response Scale (DRS, Briere et al., 2019): Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung desorganisierter Verbalisierungen und Kognitionen im Zusammenhang mit unverarbeiteten traumatischen Kindheitserfahrungen. Die DRS wurde als konvergentes Maß

für die ADA in die Studie eingeschlossen, wobei eine weitergehende Untersuchung der Übereinstimmung der beiden Instrumente nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit war.

Alcohol Use Disorders Identification Test (Dybek et al., 2006): Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ist ein Screeningverfahren zur Erkennung eines riskanten Alkoholkonsums.

Neben einem möglichen riskanten Alkoholkonsum (AUDIT) wurde der ***Nikotinkonsum*** mittels der Frage: („Rauchen Sie aktuell oder haben Sie früher geraucht?) erfasst und als dichotome Variable (Ja/Nein) operationalisiert. Darüber hinaus wurden Größe und Gewicht zur Bestimmung des ***Body Mass Index (BMI***) erfragt. Diese gesundheitsbezogenen Variablen wurden in den Analysen kontrolliert, um die Zusammenhänge von desorganisierter Bindung mit der körperlichen Gesundheit, unabhängig von den wesentlichen Risikofaktoren für körperliche Erkrankungen (Alkohol, Nikotin, Übergewicht) zu bestimmen. Hinsichtlich dieser Variablen zeigte sich für die vorliegende Stichprobe folgende Verteilung: Etwas über die Hälfte der Personen waren Raucher (54,0%) und etwa ein Viertel der Stichprobe (24,4%) erfüllte die Kriterien für einen riskanten Alkoholkonsum im AUDIT. Der durchschnittliche BMI lag mit M = 26,9 (SD = 6,3) im Bereich des Übergewichts.

2.2.3 Statistische Analysen Studie 2

Neben deskriptiven Kennwerten wurden die bivariaten Korrelationen der beiden Skalen Adult Disorganized Attachment (ADA) und Disorganized Response Scale (DRS) mit den demografischen Merkmalen, dem Vorliegen der einzelnen ärztlich diagnostizierten Erkrankungen, der Gesamtmorbidität (d.h. der Anzahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen) und den Risikofaktoren BMI, Rauchen und riskanter Alkoholkonsum (Alkohol) bestimmt. Erwartungsgemäß waren die genannten Risikofaktoren mit dem Vorliegen der einzelnen Erkrankungen und der Gesamtmorbidität assoziiert und wurden daher in den nachfolgenden Regressionsmodellen als Kovariate eingeschlossen. Es wurden zunächst logistische Regressionen mit der jeweiligen körperlichen Erkrankung (dichotomisiert: liegt vor: Ja/ nein) als abhängige Variable und ADA respektive DRS als Prädiktor gerechnet. Als Nächstes wurde der inkrementelle Zusammenhang von desorganisierter Bindung mit der Gesamtmorbidität unter Berücksichtigung der ‚organisierten' Bindungsdimensionen bestimmt. Dazu wurden lineare Regressionsmodelle berechnet, wobei die Anzahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen als abhängige Variable und die ADA bzw. DRS sowie die Subskalen des ECR-RD (Bindungsangst und Bindungsvermeidung) als Prädiktoren eingingen.

2.2.4 Ergebnisse Studie 2

Im WAI wurden als häufigste ärztliche Diagnose Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 36,7% genannt, als seltenste Erkrankung wurden Krankheiten des Blutes mit 4,2% angegeben. Hinsichtlich der Zusammenhänge mit den einzelnen Erkrankungsgruppen war desorganisierte Bindung in der Partnerbeziehung (ADA) mit Erkrankungen des neurologischen Systems und mit Hormon- bzw. Stoffwechselerkrankungen assoziiert. Die DRS zeigte deskriptiv kleinere Zusammenhänge mit den einzelnen Erkrankungen, wobei signifikante Assoziationen mit Atemwegserkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Urogenitaltrakts und Bluterkrankungen bestanden. Eine höhere Krankheitslast (operationalisiert über die Anzahl der im WAI genannten Erkrankungen) war mit desorganisierter Bindung (ADA: $\beta = 0{,}10$, $p = 0{,}012$; DRS: $\beta = 0{,}12$, $p < 0{,}001$) assoziiert. Diese Ergebnisse bestanden unter Kontrolle der Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Rauchen, Alkoholkonsum und BMI. Es zeigten sich zudem inkrementelle Zusammenhänge zwischen desorganisierter Bindung und körperlicher Gesundheit über die ‚organisierten' Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung hinaus (siehe **Tabelle 2**).

Tabelle 2

Zusammenhänge zwischen der Gesamtmorbidität (Anzahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen im WAI) mit selbstbeurteilter desorganisierter Bindung (ADA und DRS), jeweils unter Berücksichtigung von Bindungsangst und Bindungsvermeidung (N = 1101)

		Gesamtmorbidität			
	R^2	*B*	*SE*	*β*	*p* ≤
Adult Disorganized Attachment (ADA)	0,19				
ADA		0,18	0,07	0,10	0,012
ECR-RD BANG		0,25	0,07	0,13	< 0,001
ECR-RD BVER		-0,03	0,06	-0,02	0,625
Disorganized Response Scale (DRS)	0, 20				
DRS		0,02	0,01	0,12	<0,001
ECR-RD BANG		0,24	0,06	0,13	<0,001
ECR-RD BVER		-0,01	0,06	0,00	0,911

Anmerkungen: Lineare Regression, jeweils kontrolliert für Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Rauchen, riskanter Alkoholkonsum und BMI.

2.3 Studie 3: Bindung und seelische Gesundheit ehemaliger Wochenkrippenkinder

2.3.1 Stichprobenbeschreibung und Durchführung

Stichprobe der ehemaligen Wochenkrippenkinder (WK): Es wurde über Aufrufe in den Medien und sozialen Netzwerken eine Gelegenheitsstichprobe von 80 Personen rekrutiert, die im Alter zwischen null und drei Jahren in einer Wochenkrippe in der DDR betreut worden waren. Voraussetzung für die Studienteilnahme war, dass eine Betreuung in einer Wochenkrippe den Teilnehmenden eindeutig bekannt war und eine Dauer von mindestens drei Monaten umfasste. In einem telefonischen Vorgespräch wurden jeweils die Einschlusskriterien geprüft und biografische Daten erfasst. Im Anschluss wurde den Teilnehmenden ein Fragebogen zugeschickt, in dem unter anderem die unten genannten Instrumente erhoben wurden. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock genehmigt (A 2022-0026) und unter Einhaltung der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki sowie den Regeln von „Good Clinical Practice“ durchgeführt. Die Studie wurde gefördert von der Bundesstiftung für Aufarbeitung der SED-Diktatur.

Kontrollstichprobe (KG): Die Daten der Kontrollgruppe stammen aus einer Teilstichprobe der oben (Studie 1) beschriebenen annähernd repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichprobe. Um mögliche Verzerrungen durch Unterschiede in der Sozialisation (DDR/ BRD) und durch das Alter zu vermeiden, wurden aus der Stichprobe Personen ausgewählt, welche die folgenden Kriterien erfüllten: a) geboren auf dem Gebiet der DDR b) Geburtsjahr vor 1990 c) keine Wochenkrippenbetreuung. Dies resultierte in einer Vergleichsgruppe von N = 192 Personen.

Es bestanden keine Unterschiede hinsichtlich des durchschnittlichen Alters zwischen den beiden Stichproben, jedoch waren in der Wochenkrippen-Stichprobe Personen mit weiblichem Geschlecht und höherem Bildungsgrad überrepräsentiert. Die folgenden Analysen wurden daher unter Kontrolle der soziodemografischen Unterschiede durchgeführt. In **Tabelle 3** sind die wesentlichen soziodemografischen Charakteristika und die Skalenkennwerte der beiden Stichproben dargestellt.

Tabelle 3

Demografische Daten und Skalenkennwerte der Stichprobe der Wochenkrippenkinder (N = 80) und der Vergleichsgruppe (geboren vor 1990 in der DDR; N = 192)

	Wochenkrippe (*N* = 80)	**Vergleichsgruppe (*N* = 192)**
	M ± SD (Min – Max) / %	
Alter (Jahre)	53.78 ± 6.7 (38 – 71)	52.21 ± 12.01 (33– 74)
Geschlecht (weiblich)	81.3 %	45.3%
Familienstand		
Ledig ohne Partnerschaft	18.8%	15.6%
Verheiratet/ in Partnerschaft	53.8%	71.4%
Geschieden/ Getrennt/ Verwitwet	27.5%	13.0%
Höchster Schulabschluss		
Hauptschulabschluss/ 8. Klasse	-	4.7%
Realschulabschluss/ 10. Klasse POS	38.7%	47.4%
Fachabitur/ Abitur/ EOS	61.3%	47.9%
Skalen		
PHQ-4	5.36 ± 3.17	1.95 ± 2.78
SSS-8	11.34 ± 6.82	6.97 ± 5.91
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S: Lebenszeit	7.15 ± 2.47	2.05 ± 1.92
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S: 12 Monate	3.93 ± 3.05	1.01 ± 1.72
ECR-RD BANG	4.01 ± 1.51	2.58 ± 1.18
ECR-RD BVER	3.81 ± 1.25	2.57 ± 1.19
ADA	3.37 ± 1.47	2.07 ± 1.19

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; PHQ-4 = Patient Health Questionnaire Ultrakurzform; CID-S = Composite International Diagnostic Screener; ECR RD = Experiences in Close Relationships –revidierte deutschsprachige Version; BANG = Bindungsangst; BVER = Bindungsvermeidung.

2.3.2 Instrumente

Es wurden neben desorganisierten Bindungsmerkmalen in der Partnerschaft (ADA) folgende Variablen mittels Selbstbeurteilung erhoben: aktuelle psychische Belastung durch depressive und angstbezogene Symptome (erfasst mittels PHQ-4), Bindungsangst und Bindungsvermeidung (ECR-RD). Darüber hinaus wurden folgende Verfahren eingesetzt:

Somatic Symptom Scale (SSS-8; Gierk et al., 2014): Die SSS-8 ist eine Kurzform des Patient Health Questionnaire-15 (Kroenke et al., 2002) zur Erfassung selbstbeurteilter körperlicher Beschwerden.

Composite International Diagnostic Screener (CID-S; Wittchen et al., 1999): Der Selbstbeurteilungsfragebogen CID-S ist ein Screeninginstrument zur Erfassung der häufigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen. Das Instrument umfasst zwölf Items, basierend auf den diagnostischen Kernfragen des Composite International Diagnostic Interview (CIDI), wobei nach Lebenszeitdiagnosen (A) und Diagnosen, welche im Laufe der letzten 12 Monate erfüllt waren (B), unterschieden wird. Es wurde jeweils die Anzahl der erfüllten Diagnosegruppen (A und B) in die Analysen der vorliegenden Studie einbezogen.

2.3.3 Statistische Analysen Studie 3

Es wurde überprüft, inwieweit die Zugehörigkeit zur Wochenkrippengruppe ein relevanter Prädiktor für die Ergebnismaße war, wenn für relevante soziodemografische Merkmale kontrolliert wurde. Es wurden jeweils hierarchisch lineare Regressionmodelle berechnet für die abhängigen Variablen PHQ-4, SSS-8, Anzahl der positiven Screenings für Diagnosen im CID-S (A und B), die Subskalen des ECR-RD und ADA-D. Als Prädiktoren wurden im ersten Block die soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung) eingeschlossen und im zweiten Schritt die Variable Gruppenzugehörigkeit (WK/ KG).

2.3.4 Ergebnisse von Studie 3

Die Zugehörigkeit zur Wochenkrippengruppe ging mit einer höheren Ausprägung in allen untersuchten Ergebnismaßen einher, auch unter Kontrolle der soziodemografischen Unterschiede zwischen den Stichproben. Hinsichtlich der Ausprägung desorganisierter Bindungsmerkmale (ADA-D), Bindungsvermeidung (ECR-RD), aktueller psychischer Belastung (PHQ-4) und Anzahl der positiven Screenings für Diagnosen (CID-S) klärte die Zugehörigkeit zur Wochenkrippengruppe mehr Varianz auf als die soziodemografischen Merkmale (siehe **Tabelle 4**)

Tabelle 4

Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsmodelle (N= 272): Zusammenhang der Variable Gruppe (Wochenkrippe = 0, Vergleichsgruppe = 1) mit den Ergebnismaßen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung

	Modell		**Koeffizienten**	
	R^2	**Δ R^2**	**B ± SE Gruppe**	**β Gruppe**
PHQ-4 Gesamt	.118 **	.175**	-3.31 ± 0.41	-.46**
Somatic Symptom Scale-8	.144**	.057**	-3.69 ± 0.85	-.26**
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S: Lebenszeit	.140**	.436**	-4.92 ± 0.30	-.71**
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S: 12 Monate	.110**	.208**	-2.77 ± 0.31	-.49**
ECR-RD BANG	.167**	.135**	-1.26 ± 0.18	-.40**
ECR-RD BVER	.061*	.165**	-1.29 ± 0.17	-.44**
ADA	.092**	.149**	-1.29 ± 0.18	-.42**

Anmerkungen: Multiple lineare Regression: Einschluss 1. Schritt: Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand; 2. Schritt: Gruppe (0 = Wochenkrippe, 1 = Vergleichsgruppe). Adj.R^2= korrigiertes R-Quadrat; ΔR^2 = zusätzliche Varianzaufklärung durch Einschluss der Variable Gruppe in Schritt 2. B = unstandardisierter Koeffizient; SE = Standardfehler; β = standardisierter Koeffizient. PHQ-4 = Patient Health Questionnaire Ultrakurzform; CID-S = Composite International Diagnostic Screener; ECR-RD = Experiences in Close Relationships –revidierte deutschsprachige Version; BANG = Bindungsangst; BVER = Bindungsvermeidung; ADA = Adult Disorganized Attachment

Signifikanzniveau: * $p < .01$ ** $p < .001$

3 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation wurde das Konzept der selbstbeurteilten desorganisierten Bindung im Erwachsenenalter, erfasst mittels der Adult Disorganized Attachment Scale, hinsichtlich seiner Validität und seiner Nützlichkeit für potentielle Anwendungsmöglichkeiten in der psychosomatischen Medizin und in psychosozial orientierten Forschungsansätzen untersucht.

3.1 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 1

In Studie 1 konnten die wesentlichen psychometrischen Gütekriterien und die Befunde zur Konstrukt- und Kriteriumsvalidität der Adult Disorganized Attachment Scale für die deutschsprachige Übersetzung repliziert werden. Zudem konnten die Ergebnisse von Paetzold und Kolleg:innen (2015) bestätigt werden, dass desorganisierte Bindungsmerkmale empirisch von dem Konzept des ängstlich-vermeidenden Bindungstyps (Bartholomew; 1990) differenziert werden können. Hinsichtlich der inhaltlichen Abgrenzung der beiden Konzepte entspricht das Beziehungsverhalten von Personen mit hohen Ausprägungen desorganisierter Bindung nicht einer in sich kohärenten Strategie, sondern ist durch widersprüchliche Affekte von Furcht und Aggression gegenüber dem oder der als bedrohlich erlebten Partner:in gekennzeichnet (Paetzold et al., 2015). Diese Affekte werden durch nicht repräsentierte Erinnerungen an traumatische Erlebnisse mit früheren Bezugspersonen ausgelöst und können somit als ‚Eindringlinge' das aktuelle Beziehungsgeschehen unterbrechen. Dies resultiert in dysfunktionalem und widersprüchlichem Beziehungsverhalten, welches durch plötzliche Aggression oder Rückzug gekennzeichnet ist. Für diese theoretischen Annahmen spricht unter anderem der inkrementelle Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung (im Vergleich mit Bindungsangst und -vermeidung) und körperlicher Aggression, der auch in der vorliegenden Arbeit repliziert werden konnte. In Übereinstimmung damit ist ein unverarbeiteter Bindungsstatus (U/d) in mehreren Studien mit Aggressivität assoziiert worden (u.a. mit der Diagnose einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung, Überblick bei Stovall-McClough & Dozier, 2016). Zudem gibt eine Untersuchung mit der ADA erste Hinweise darauf, dass körperlich aggressives Verhalten dem Liebespartner gegenüber mit desorganisierten Bindungsmerkmalen assoziiert ist (Rholes et al., 2016).

Die vorliegende Untersuchung weist darauf hin, dass desorganisierte Bindung im Vergleich mit Bindungsangst und –vermeidung der stärkste Prädiktor für dissoziative Symptome ist. Dieses Ergebnis spricht für die Kriteriumsvalidität der Skala, da der Zusammenhang zwischen

Dissoziation und einer U/d Klassifikation im AAI empirisch vielfach belegt ist (Überblick bei Jacobvitz & Reisz, 2019). So wie es bereits für desorganisiertes Bindungsverhalten im Kindesalter diskutiert worden ist (Liotti, 2004), sind mutmaßlich auch im Erwachsenenalter desorganisierte Bindungsmerkmale eng mit dissoziativen Symptomen assoziiert, wobei dieser Zusammenhang entsprechend den Ergebnissen von Studie 1 weitgehend unabhängig von Bindungsangst und –vermeidung besteht.

Eine erhebliche Limitation der Ergebnisse zur ADA stellen die bislang ausstehenden Belege für die konvergente Validität mit der U/d oder CC Klassifikation im Adult Attachment Interview dar. Unsere Ergebnisse geben zwar erste Hinweise auf die Konstrukt- und Kriteriumsvalidität der Skala, jedoch kann bislang nicht eindeutig geklärt werden, welcher Aspekt desorganisierter Bindung durch die ADA erfasst wird: Die Selbsteinschätzung der in den Items der Skala beschriebenen Erlebens - und Verhaltensweisen setzt voraus, dass diese bewusst wahrgenommen, beurteilt und verbalisiert werden können. Somit werden mutmaßlich Aspekte von desorganisierter Bindung erfasst, welche bereits ‚verarbeitet' (das heißt im Selbstkonzept integriert) sind. Dies steht der Konzeptualisierung desorganisierter Bindung im Adult Attachment Interview entgegen: Dass die Sprechenden ihre sprachlichen „lapses" im Zusammenhang mit Missbrauch und Verlust (bei U/d) bzw. Widersprüchlichkeiten der narrativen Strategien im Verlauf des Interviews (CC) nicht wahrnehmen und reflektieren können, ist ein entscheidendes Merkmal der Klassifikation. Möglicherweise zielen die beiden Instrumente jeweils auf unterschiedliche Aspekte des Konstrukts desorganisierter Bindung, wie es bisher auch für die moderate Übereinstimmung zwischen dem AAI und anderen Bindungsfragebögen diskutiert worden ist (Strauß et al., 2022). Die Items der ADA erfassen dabei das Erleben von Furcht und Desorientierung in Partnerschaften, welches die Betreffenden offenbar wahrnehmen, aber mutmaßlich nicht in einen Zusammenhang mit möglichen Auslösern bringen können (etwa die Geste des Partners, welche an ein traumatisches Erlebnis mit frühen Bezugspersonen erinnert). Die Konvergenz der ADA mit dem AAI bleibt eine offene Forschungsfrage, welche in zukünftigen Studien beantwortet werden sollte.

3.2 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 2

Während Studie 1 auf die Psychometrie und Validität der Adult Disorganized Attachment Scale fokussiert hat, wurden in Studie 2 die Zusammenhänge der desorganisierten Bindung mit der somatischen Krankheitslast untersucht. Obwohl die Erfassung und Berücksichtigung von Bindung auch im Bereich der somatischen Medizin immer bedeutsamer wird (u.a.

Pietromonaco & Beck, 2019; Ehrlich & Cassidy, 2019), finden sich für das Konzept der desorganisierten Bindung im Erwachsenenalter bislang kaum Vorbefunde. Die Ergebnisse geben erste Hinweise auf die spezifischen Assoziationen von desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter mit körperlichen Erkrankungen und der somatischen Krankheitslast insgesamt, unabhängig von Bindungsangst und -vermeidung. Die Zusammenhänge bestanden auch unter der Kontrolle wesentlicher gesundheitsbezogener Faktoren (Alter, Geschlecht, Rauchen, riskanter Alkoholkonsum, BMI). Einschränkend muss hinsichtlich der Ergebnisse zu den spezifischen Krankheitsgruppen erwähnt werden, dass diese im WAI als relativ grobe Kategorien erfasst werden, wobei Erkrankungen mit sehr unterschiedlichen pathogenetischen Mechanismen zusammengefasst werden. Zudem wurde das Vorliegen der einzelnen Erkrankungen per Selbstbeurteilung mittels eines Items abgefragt. Auch wenn nur diejenigen Erkrankungen berücksichtigt wurden, für welche die Befragten angegeben hatten, dass eine „Diagnose vom Arzt“ vorlag, können diese von der ärztlichen Fremdbeurteilung abweichen (Oemrawsingh et al., 2020). Trotz dieser Limitationen lassen sich die Befunde in die eingangs skizzierten Modelle (Maunder & Hunter, 2001; Pietromonaco & Beck, 2019) einordnen, wonach unsichere Bindung über verschiedene Mechanismen die körperliche Gesundheit beeinflusst: Da Bindungsmuster als interindividuelle Unterschiede in der Stressregulation verstanden werden können, besteht bei Personen mit desorganisierten Bindungsmerkmalen mutmaßlich eine Veränderung der physiologischen Stressantwort, wobei spezifische Auffälligkeiten der HHNA-Aktivität in einer Stichprobe von Personen mit einem unverarbeiteten/ desorganisierten Bindungsstatus bereits gezeigt wurden (Pierrehumbert et al., 2012). Relativ neue Untersuchungen auf dem Forschungsgebiet der Psychoneuroimmunologie geben zudem Hinweise auf Zusammenhänge zwischen unsicheren Bindungsmustern bei Erwachsenen und einem erhöhten Auftreten entzündlicher Prozesse und verminderter Zellimmunität, wobei bislang noch keine Befunde zur desorganisierten Bindung vorliegen (Überblick bei Ehrlich et al., 2019). Mit einer geringen effektiven Stressregulation auf der physiologischen Ebene geht einher, dass Personen mit unsicherer Bindung verstärkt gesundheitsschädigende Verhaltensweisen einsetzen, um Stress zu regulieren (Pietromonaco & Beck, 2019). Entsprechend lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie verstehen, dass höhere Ausprägungen in selbstberichteten desorganisierten Bindungsmerkmalen mit riskantem Alkoholkonsum, Rauchen und einem höheren BMI assoziiert waren. Als weitere vermittelnde Variablen können interpersonale Faktoren berücksichtigt werden: Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung aufgrund von desorganisierten Bindungsmerkmalen könnten mit verminderter sozialer Unterstützung durch Angehörige verbunden sein, was wiederum mit

einem ungünstigeren Verlauf körperlicher Erkrankungen assoziiert ist (Pietromonaco & Beck, 2019). Desorganisierte Bindungsmerkmale bei Erwachsenen sind mutmaßlich nicht nur auf romantische Beziehungen beschränkt, sondern könnten aufgrund der zugrundeliegenden widersprüchlichen Repräsentanzen von bedeutsamen Anderen auch zu häufigeren Abbrüchen ärztlicher Behandlung und geringerer Inanspruchnahme von Hilfsangeboten führen, auch wenn empirische Belege für diese Annahmen bislang ausstehen (siehe auch die Überblicksarbeit von Jimenez, 2017). Zukünftige Studien sollten mögliche Mediatoren auf der physiologischen und auf der Verhaltensebene berücksichtigen, um die Mechanismen der gefundenen Zusammenhänge genauer zu klären.

3.3 Diskussion zu den Ergebnissen von Studie 3

Studie 3 hat das Konzept der desorganisierten Bindung in einer Stichprobe von Erwachsenen untersucht, welche die ersten drei Lebensjahre in einer Wochenkrippe in der DDR betreut worden sind. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die wochenweise Unterbringung in einer Heimumgebung in den ersten drei Lebensjahren mit selbstbeurteilten desorganisierten Bindungsmerkmalen im Erwachsenenalter assoziiert ist. Dieser Befund erweitert die bisherige Studienlage zum Zusammenhang von institutionalisierter Erziehung und desorganisierten Bindungsmerkmalen im Kindesalter, welcher durch die Ergebnisse metaanalytischer Untersuchungen empirisch abgesichert ist (Lionetti et al., 2015). Hervorzuheben ist, dass die Wochenkrippenkinder (mutmaßlich) spezifisch von emotionaler Deprivation betroffen waren, wohingegen die körperliche Versorgung der Kinder in der Regel gewährleistet war und keine Berichte über systematische Misshandlungen in diesen Einrichtungen vorliegen. Schuder und Lyons-Ruth (2004) weisen darauf hin, dass das Alter des betreffenden Kindes und die damit verbundene kognitive Reife einen erheblichen Einfluss darauf haben, inwieweit emotionale Deprivationserfahrungen als traumatisch einzuordnen sind. Entsprechend stellt das Fehlen einer konstanten Bezugsperson für einen Säugling, welcher die Fähigkeit der Objektpermanenz erst ausbilden muss und noch nicht über ein Zeitverständnis verfügt, eine existentielle Bedrohung dar. Es kann daher vermutet werden, dass eine Wochenkrippenunterbringung mit einem Risiko für eine desorganisierte Bindung einherging. Die könnte entsprechend des von Doyle und Cicchetti (2017) beschriebenen Modells der selbstorganisatorischen Entwicklung Folgen für die späteren sozialen Lernerfahrungen dahingehend gehabt haben, dass bestimmte interpersonale Kompetenzen (u.a. Vertrauen in Andere, in Kontakt gehen) nicht ausreichend erworben werden konnten und korrigierende Beziehungserfahrungen im späteren Lebensalter

weniger wahrscheinlich werden. Die selbstbeurteilten partnerschaftsbezogenen Bindungsschwierigkeiten der erwachsenen ehemaligen Wochenkrippenkinder können in diesem Rahmen erklärt werden.

Jedoch müssen diese Ergebnisse auch im Hinblick auf wichtige Limitationen der vorliegenden Studie diskutiert werden: Aufgrund des Querschnittdesigns können keine Aussagen über die Kausalität der Zusammenhänge getroffen werden. Ebenso wenig können Rückschlüsse aus den selbstberichteten desorganisierten Bindungsmerkmalen im Erwachsenenalter auf das frühere kindliche Bindungsverhalten dieser Personen gezogen werden: Bislang existieren nur wenig Längsschnittstudien, welche die Kontinuität desorganisierter Bindung in der Kindheit (gemessen im FST) mit einer desorganisierten Bindung im Erwachsenenalter (bislang ausschließlich operationalisiert als unverarbeiteter Bindungsstatus im AAI) untersucht haben und diese Ergebnisse sind uneindeutig (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Zudem wurden die Erfahrungen der Probanden in ihren damaligen Familien nicht untersucht. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass in der Stichprobe der Wochenkrippenkinder familiäre beziehungsweise spätere Traumatisierungen häufiger auftraten und darüber die Zusammenhänge zur desorganisierten Bindung im Erwachsenenalter erklärt werden. Trotz dieser Einschränkungen liefern diese Ergebnisse eine erste Charakterisierung des aktuellen psychischen Befindens und des Bindungserlebens von ehemaligen Wochenkrippenkindern, die in den ersten Lebensjahren wiederholte Beziehungsabbrüche und diskontinuierliche Betreuung erfahren haben. Zukünftige Studien sollten prüfen, inwieweit die erhebliche psychische Belastung, welche die Wochenkrippenkinder im Vergleich mit der Kontrollgruppe angaben, durch die zugrundeliegenden unsicheren und desorganisierten Bindungsmerkmale vermittelt werden. Daraus ließen sich Empfehlungen für die psychotherapeutische Behandlung von ehemaligen Wochenkrippenkindern und anderen Patient:innen mit frühen diskontinuierlichen Bindungserfahrungen ableiten.

3.4 Abschließende Diskussion

Zusammenfassend hat die vorliegende Arbeit dargelegt, dass das Selbstbeurteilungsinstrument Adult Disorganized Attachment Scale in seiner deutschsprachigen Übersetzung grundsätzlich geeignet ist, um desorganisierte Bindungsmerkmale bei Erwachsenen zu erfassen, auch wenn durch die ausstehende Untersuchung der Konvergenz mit dem AAI noch eine wichtige Limitation besteht. Ein erheblicher Vorteil der ADA liegt in der ökonomischen Anwendbarkeit. Dies ermöglicht ein

Screening für desorganisierte Bindungsmerkmale in größeren Stichproben, wodurch sich die bislang noch vielen offenen Forschungsfragen zu diesem Konstrukt einfacher untersuchen lassen. Die ADA könnte auch eine Alternative für die Untersuchung von Stichproben darstellen, in denen die Durchführung des AAI beispielsweise aufgrund von hoher psychischer Belastung der Befragten nicht zumutbar wäre. Nicht zuletzt könnte ein wichtiges Anwendungsfeld der Skala in der Psychotherapieforschung liegen: Bislang existieren nur sehr wenige Studien zur Veränderung von unverarbeiteter/ desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter im Verlauf von Psychotherapie (siehe unter anderem Fonagy et al., 1996; Buchheim et al., 2017). Ein Selbstbeurteilungsfragebogen lässt sich dabei ohne erheblichen Aufwand als Instrument zur Verlaufsmessung und Evaluation von Psychotherapie einsetzen. Dadurch könnten vermehrt Erkenntnisse zur Veränderbarkeit von desorganisierten Bindungsmerkmalen gewonnen werden (Paetzold et al., 2015). Auch wenn diese Arbeit keine Angaben zur Prävalenz selbstbeurteilter desorganisierter Bindung in Patientenstichproben machen kann, weisen die metaanalytischen Ergebnisse zum hohen Anteil von U/d Klassifikationen in klinischen Stichproben (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009) darauf hin, dass das Konstrukt für die psychotherapeutische Praxis eine hohe Relevanz hat. Die therapeutische Beziehungsgestaltung mit Patient:innen mit unverarbeitetem Bindungsstatus ist als besonders herausfordernd beschrieben worden, da ihr Erleben durch zentrale Affekte von Aggression, Furcht und Hilflosigkeit in Hinblick auf ihre Bezugspersonen gekennzeichnet ist (Slade, 2016). Diese Patient:innen erleben die therapeutische Situation potentiell als bedrohlich und zeigen disruptives und widersprüchliches Verhalten dahingehend, wie sie sich auf die therapeutische Allianz einlassen. Ihre affektive Kommunikation ist deutlich beeinträchtigt und als typische Reaktionen können bei den Behandelnden Sorge, Verwirrung oder auch Überforderung und Furcht angesichts plötzlich überflutender Affekte der Patient.innen auftreten (Berry & Danquah, 2016; Holmes, 2004). Ein tieferes Verständnis für desorganisierte Bindungsmerkmale und die Aufmerksamkeit dafür, wie diese sich in der Beziehungsgestaltung von Patient:innen zeigen, können für Behandelnde hilfreich sein, um die wiederholten Brüche in der therapeutischen Beziehung gemeinsam mit den Patient:innen zu bearbeiten (Slade, 2016) und letztendlich als sichere Basis zur Verfügung zu stehen.

4 Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Routledge Taylor & Francis Group; Psychology Press.

Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 254–263.

Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, *11*(3), 223–263.

Barone, L., Fossati, A. & Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, *13*(5), 451–469.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*(2), 147–178.

Berry, K. & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(1), 15–32.

Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *7*(1), 82-94.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bretherton, I. & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment* (2 Auflage). The Guilford Press.

Briere, J., Runtz, M., Eadie, E. M., Bigras, N. & Godbout, N. (2019). The Disorganized Response Scale: Construct validity of a potential self-report measure of disorganized attachment. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, *11*(5), 486–494.

Buchheim, A., George, C. & West, M. (2003). Das Adult Attachment Projective (AAP) - Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *53*(9), 419–427.

Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D. & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in Borderline Personality Disorder: RCT study of Transference-Focused Psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, *86*(5), 314–316.

Carr, A., Duff, H. & Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of severe neglect in underresourced childcare institutions. In: *Trauma, Violence & Abuse 21*(3), 484–497.

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, *22*(1), 87–108.

Doebel, S. & Frank, M. C. (2023). Broadening convenience samples to advance theoretical progress and avoid bias in developmental science. *Journal of Cognition and Development*, DOI: 10.1080/15248372.2023.2270055 (Online publication ahead of print)

Doyle C. & Cicchetti, D. (2017). From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clinical Psychology, 24*, 203–217.

Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F. & Rumpf, H.-J. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, *67*(3), 473–481.

Ehrenthal, J., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B. & Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships - Revised" (ECR-RD). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *59*, 215–223.

Ehrlich, K. B. (2019). Attachment and psychoneuroimmunology. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 96–100.

Ehrlich, K. B. & Cassidy, J. (2019). Attachment and physical health: Introduction to the special issue. *Attachment & Human Development*, *21*(1), 1–4.

Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L. & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1471.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M. & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, *81*(2), 435–456.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(1), 22.

Friedli, T., Villiger, P. M. & Gantschnig, B. E. (2018). Workability for persons with chronic diseases. A systematic review of validity and utility of assessments in German language. *International Journal of Health Professions*, *5*(1), 72–90.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview Protokoll*. University of California at Berkeley.

George, C. & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, *3*(1), 30–61.

Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E. & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, *174*(3), 399–407.

Goldwyn, R. & Hugh-Jones, S. (2011). Using the Adult Attachment Interview to understand reactive attachment disorder: Findings from a 10-case adolescent sample. *Attachment & Human Development*, *13*(2), 169-191.

Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Freude, G., Tempel, J. & Kaluza, S. (2005). The Work Ability Index (WAI)—establishment of a German WAI-network. *International Congress Series*, *1280*, 292–295.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 511–524.

Hazen, N. L., Allen, S. D., Christopher, C. H., Umemura, T. & Jacobvitz, D. B. (2015). Very extensive nonmaternal care predicts mother-infant attachment disorganization: Convergent evidence from two samples. *Development and Psychopathology*, *27*(3), 649–661.

Herzberg, P. Y. (2003). Faktorstruktur, Gütekriterien und Konstruktvalidität der deutschen Übersetzung des Aggressionsfragebogens von Buss und Perry. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *24*(4), 311–323.

Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1097-127.

Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and selected empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment* (3. Auflage, 553–597). The Guilford Press.

Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, *6*(2), 181–190.

Jacobvitz, D. & Reisz, S. (2019). Disorganized and unresolved states in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 172–176.

Jimenez, X. F. (2017). Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic Illness*, *13*(1), 14–27.

Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K. & Ziv, Y. (2015). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology* (333–369). Wiley.

Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *64*(2), 258–266.

Li, A., Wang, S., Paetzold, R. L. & Liu, X. (2021). Validity and reliability of the Chinese version of adult disorganized attachment scale in Chinese adults. *Current Psychology 42*(9), 7618-7628.

Liebsch, Heike (2023). *Wochenkinder in der DDR. Gesellschaftliche Hintergründe und individuelle Erfahrungsberichte.* Psychosozial-Verlag.

Lionetti, F., Pastore, M. & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *42*, 135–145.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 472–486.

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *122*(1), 86–95.

Lyons-Ruth, K. & Jacobovitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment* (3. Auflage, 667-695). The Guilford Press.

Madigan, S., Vaillancourt, K., McKibbon, A. & Benoit, D. (2012). The reporting of maltreatment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment & Human Development*, *14*(2), 119–143.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg (Hrsg.), *Attachment in the preschool years*. University of Chicago Press.

Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, *63*(4), 556–567.

Neumann, E., Nowacki, K., Roland, I. C. & Kruse, J. (2011). Bindung und somatoforme Störungen: Geringe Kohärenz und unverarbeitete Bindungsrepräsentationen bei chronischem Schmerz. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *61*(6), 254–261.

Oemrawsingh, A., Swami, N., Valderas, J.M., Hazelzet, J.A., Pusic, A.L., Gliklich, R.E. & Bergmark, R.W. (2020): Patient-reported morbidity instruments: A systematic review. *Value Health*, *23*, 791–811.

Paetzold, R. L., Rholes, W. S. & Kohn, J. L. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, *19*(2), 146–156.

Paetzold, R. L. & Rholes, W. S. (2021). The link from child abuse to dissociation: The roles of adult disorganized attachment, self-concept clarity, and reflective functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*, *22*(5), 615-635. 1–21.

Pierrehumbert, B., Torrisi, R., Ansermet, F., Borghini, A. & Halfon, O. (2012). Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attachment & Human Development, 14*(5), 453–476.

Pietromonaco, P. R. & Beck, L. A. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 115–120.

Pollard, C., Bucci, S. & Berry, K. (2023). A systematic review of measures of adult disorganized attachment. *British Journal of Clinical Psychology*, *62,* 329-355.

Ratnamohan, L. & Kozlowska, K. (2017). When things get complicated: At-risk attachment in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *22*(4), 588–602.

Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B. & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*(4), 419–432.

Reeuwijk, K. G., Robroek, S. J. W., Niessen, M. A. J., Kraaijenhagen, R. A., Vergouwe, Y. & Burdorf, A. (2015). The prognostic value of the work ability index for sickness absence among office workers. *PloS one*, *10*(5), e0126969.

Reisz, S., Duschinsky, R., & Siegel, D. J. (2018). Disorganized attachment and defense: Exploring John Bowlby's unpublished reflections. *Attachment & Human Development*, *20*(2), 107-134.

Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H. & Ross, C. A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, *19*(1), 263–291.

Rholes, W. S., Paetzold, R. L. & Kohn, J. L. (2016). Disorganized attachment mediates the link from early trauma to externalizing behavior in adult relationships. *Personality and Individual Differences*, *90*, 61–65.

Rostamabadi, A., Zamanian, Z. & Sedaghat, Z. (2017). Factors associated with work ability index (WAI) among intensive care units' (ICUs') nurses. *Journal of Occupational Health*, *59*(2), 147–155.

Schuder, M. R. & Lyons-Ruth, K. (2004). "Hidden Trauma" in infancy: Attachment, fearful arousal, and early dysfunction of the stress response system. In J. D. Osofsky (Hrsg.) *Young children and trauma: Intervention and treatment* (69–104). The Guilford Press.

Shamon, H. & Berning, C. C. (2020). Attention check items and instructions in online surveys with incentivized and non-incentivized samples: Boon or bane for data quality? *Survey Research Method, 14*(1), 55-77.

Slade, A. (2016). Attachment and adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment* (3. Auflage). The Guilford Press.

Solomon, J., Duschinsky, R., Bakkum, L. & Schuengel, C. (2017). Toward an architecture of attachment disorganization: John Bowlby's published and unpublished reflections. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *22*(4), 539-560.

Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M. E. & Stieglitz, R. (2015). Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *65*(3), 134–139.

Steele, H., Steele, M. & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 633–643.

Stovall-McClough, K. C. & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(2), 219–228.

Stovall-McClough, K. C. & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.) *Handbook of Attachment* (3. Auflage). The Guilford Press.

Strauß, B., Altmann, U., Schönherr, D., Schurig, S., Singh, S. & Petrowski, K. (2022). Is there an elephant in the room? A study of convergences and divergences of adult attachment measures commonly used in clinical studies. *Psychotherapy Research, 32*(6), 695–709.

Waller, E., Scheidt, C. E., Endorf, K., Hartmann, A. & Zimmermann, P. (2016). Unresolved trauma in fibromyalgia: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, *21*(11), 2457–2465.

West, M., Adam, K., Spreng, S. & Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *46*(7), 627–631.

Wittchen, H.-U., Höfler, M., Gander, F., Pfister, H., Storz, S., Üstün, B.,… & Kessler, R.C. (1999): Screening for mental disorders: Performance of the Composite International Diagnostic – Screener (CID–S). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *8*(2), 59-70.

Van Ijzendoorn, M. H., Feldbrugge, J. T. T. M., Derks, F. C. H., De Ruiter, C., Verhagen, M. F. M., Philipse, M. W. G., ... & Riksen-Walraven, J. M. A. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, *67*(3), 449-459.

5 Anhang

A: Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective
ADA	Adult Disorganized Attachment Scale
FST	Fremde-Situations-Test
U/d	unverarbeitete/desorganisierte Bindung
CC	Cannot Classify
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
ECR-RD	Experiences in Close Relationships – revidierte deutschsprachige Fassung
PHQ-4	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Ultrakurzform
AQ	Aggression Questionnaire
FDS	Fragebogen zur Erfassung dissoziativer Symptome
EF	explorative Faktorenanalyse
CFA	konfirmatorische Faktorenanalyse
WAI	Work Ability Index
DRS	Disorganized Response Scale
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMI	Body Mass Index
WK	Wochenkrippenkinder
SSS-8	Somatic Symptom Scale
CID-S	Composite International Diagnostic Screener

B: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenhänge von desorganisierter Bindung (ADA), Bindungsvermeidung und Bindungsangst mit der psychischen Gesamtbelastung, Aggressivität und dissoziativen Symptomen in Stichprobe a (N = 1101)

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen der Gesamtmorbidität (Anzahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen im WAI) mit selbstbeurteilter desorganisierter Bindung (ADA und DRS), jeweils unter Berücksichtigung von Bindungsangst und Bindungsvermeidung (N = 1101)

Tabelle 3: Demografische Daten und Skalenkennwerte der Stichprobe der Wochenkrippenkinder (N = 80) und der Vergleichsgruppe (geboren vor 1990 in der DDR; N = 192)

Tabelle 4: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsmodelle (N= 272): Zusammenhang der Variable Gruppe (Wochenkrippe = 0, Vergleichsgruppe = 1) mit den Ergebnismaßen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung

C: ADA (Adult Disorganized Attachment Scale)

– Deutschsprachige Übersetzung

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in Liebesbeziehungen fühlen. Uns interessiert, wie Sie Liebesbeziehungen im Allgemeinen erleben, und nicht nur, was in einer aktuellen Liebesbeziehung passiert. Bitte antworten Sie auf jede Aussage, indem Sie angeben, wie sehr Sie zustimmen oder nicht zustimmen." (1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme voll zu).
(*The following statements concern how you feel in romantic relationships. We are interested in how you generally experience relationships, not just what is happening in a current relationship. Please respond to each statement by indicating how much you agree or disagree with it." (1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree).)*

1. Angst ist ein häufiges Gefühl in engen Beziehungen. (*Fear is a common feeling in close relationships.)*

2. Ich glaube, dass Liebespartner oft versuchen, sich gegenseitig auszunutzen. *(I believe that romantic partners often try to take advantage of each other.)*

3. In einer Liebesbeziehung weiß ich nie wer ich bin. *(I never know who I am with romantic partners.)*

4. Ich finde Liebespartner eher unheimlich. *(I find romantic partners to be rather scary.)*

5. Es ist gefährlich, Liebespartnern zu vertrauen. (*It is dangerous to trust romantic partners.)*

6. Es ist normal, traumatische Erfahrungen mit den Menschen zu machen, denen man sich nahe fühlt. *(It is normal to have traumatic experiences with the people you feel close to.)*

7. Fremde sind nicht so beängstigend wie Liebespartner. *(Strangers are not as scary as romantic partners.)*

8. Ich könnte Liebespartner nie als völlig vertrauenswürdig ansehen. (*I could never view romantic partners as totally trustworthy.)*

9. Verglichen mit den meisten Menschen, fühle ich mich generell verwirrt, was Liebesbeziehungen angeht. (*Compared with most people, I feel generally confused about romantic relationships.)*

6 Originalarbeiten

6.1 Publikation 1:

Flemming, E., Lübke, L., Müller, S., Rümler, L., Spitzer, C. (2023). Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D). *Psychother Psych Med*, 73, 1–7. https://doi.org/10.1055/a-2140-8260

Artikel online veröffentlicht: 04.09.2023

Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D)

Validation of a German version of the self-rating Adult Disorganized Attachment scale (ADA-D)

Autorinnen/Autoren
Eva Flemming[1], Laura Lübke[1], Sascha Müller[1, 2], Lisa Petra Sophia Rümler[1], Carsten Spitzer[1]

Institute
1 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock
2 Institut für Psychologie, Universität Kassel

Schlüsselwörter
Desorganisierte Bindung, Selbstbeurteilungsinstrument, Bindungsangst, Bindungsvermeidung, Psychometrische Evaluation

Key words
self-report questionnaire, attachment anxiety, attachment avoidance, psychometric evaluation, disorganized attachment

eingereicht 21.12.2022
akzeptiert 17.07.2023
Artikel online veröffentlicht 04.09.2023

Bibliografie
Psychother Psych Med 2023; 73: 473–479
DOI 10.1055/a-2140-8260
ISSN 0937-2032
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dipl.-Psych. Eva Flemming
Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Deutschland
eva.flemming@med.uni-rostock.de

Zusätzliches Material finden Sie unter https://doi.org/10.1055/a-2140-8260.

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Desorganisierte Bindung stellt im Vergleich mit den „organisierten" unsicheren Bindungsdimensionen in verschiedenen Metaanalysen den größten Risikofaktor für Psychopathologie dar. Kürzlich wurde mit der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA) ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von desorganisierter Bindung in der Partnerschaft entwickelt. Eine Übersetzung und Evaluation des Instruments in deutschsprachigen Stichproben liegt bislang nicht vor.

Methodik Eine deutschsprachige Übersetzung der neun Items umfassenden Skala (ADA-D) wurde in einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ($N = 1101$) und in einer Studierendenstichprobe ($N = 328$) erhoben. Es wurden die Faktorenstruktur, psychometrische Kennwerte und die Validität der Skala in Hinblick auf die Psychopathologie und den Bindungsfragebogen Experiences in Close Relationships (ECR-RD) untersucht. Die differentiellen Zusammenhänge von ADA-D und ECR-RD hinsichtlich der Psychopathologie wurden mittels linearer Regressionsmodelle bestimmt.

Ergebnisse Die einfaktorielle Struktur der Originalversion konnte für die ADA-D bestätigt werden und das Instrument zeigte eine hohe interne Konsistenz (McDonalds $\omega = 0{,}91/0{,}89$). Im Vergleich mit Bindungsangst und –vermeidung war die ADA-D der stärkste Prädiktor hinsichtlich dissoziativer Symptome (Stichprobe 1: $\beta = 0{,}48$; $p < 0{,}001$; Stichprobe 2: $\beta = 0{,}23$; $p < 0{,}01$) und in Stichprobe 1 zusätzlich für Körperliche Aggressivität ($\beta = 0{,}37$; $p < 0{,}001$).

Diskussion Die ADA-D zeigte gute psychometrische Kennwerte, welche mit der Originalversion der Skala vergleichbar sind. Die Zusammenhänge zur Psychopathologie, insbesondere mit Aggressivität und Dissoziation, sind vergleichbar mit bisherigen Befunden zum unverarbeiteten Bindungsstatus im Adult Attachment Interview.

Schlussfolgerung Die ADA-D ist für den weiteren Einsatz in der Forschung als Screeninginstrument für desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter empfehlenswert. Eine Anwendung in der psychotherapeutischen Diagnostik ist vielversprechend, jedoch sind zuvor Untersuchungen in klinischen Stichproben notwendig.

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

ABSTRACT

Objective Disorganized attachment represents the greatest risk factor for psychopathology compared to the "organized" insecure attachment dimensions in various meta-analyses. Recently, the Adult Disorganized Attachment Scale (ADA) was developed as a self-rating scale for measuring disorganized attachment in romantic partnerships. However, a translation and evaluation in German-speaking samples is not yet available.

Methods A German Translation of the scale (ADA-D) comprising nine items was assessed in a general population sample ($N = 1101$) and in a student sample ($N = 328$). The factor structure, psychometric properties, and validity of the scale with respect to psychopathology and the Experiences in Close Relationships questionnaire (ECR-RD) were examined. The differential associations of ADA-D and ECR-RD with psychopathology were determined using linear regression models.

Results The unidimensional factor structure of the original version could be confirmed for the ADA-D and the instrument exhibited high internal consistency (McDonalds $\omega = 0.91$ / 0.89). Compared to attachment anxiety and avoidance, ADA-D was the strongest predictor of dissociative symptoms (Sample 1: $\beta = 0.48$; $p < 0.001$; Sample 2: $\beta = 0.23$; $p < 0.01$) and, in Sample 1, additionally for physical aggression ($\beta = 0.37$; $p < 0.001$).

Discussion The ADA-D exhibits good psychometric properties that are comparable to the original version of the scale. The associations with aggressiveness and dissociation are in line with previous findings regarding the unresolved attachment status in the Adult Attachment Interview.

Conclusion The ADA-D can be recommended for further use in research as a screening instrument for disorganized attachment in adulthood. An application in psychotherapeutic diagnostics seems promising, however, evaluations in clinical samples are necessary beforehand.

Einleitung

Der desorganisierte Bindungsstatus ist für das Verständnis von komplexen psychischen Störungen, insbesondere von Persönlichkeitsstörungen und traumaassoziierten Störungen, hoch relevant [1, 2]. Das zentrale Charakteristikum desorganisierter Bindung sind Affekte von Furcht im Zusammenhang mit traumatischen Beziehungserfahrungen. Ein desorganisiertes Bindungsverhalten beim Kleinkind entsteht, wenn die Interaktion mit der Bezugsperson angstauslösend ist (z. B. wie bei misshandelnden oder dissoziierenden Eltern) und die Bindungsfigur somit gleichzeitig die Ursache wie auch die potentielle Beruhigung für den kindlichen Stress darstellt. Diese paradoxe Situation kann beim Kind zu einem Zusammenbruch des organisierten Bindungsverhaltens führen, welcher sich etwa durch Erstarren der Bewegungen („Einfrieren“) und dissoziative Phänomene im Fremde-Situations-Test zeigt [3]. Das Äquivalent im Erwachsenenalter stellt der unverarbeitete Bindungsstatus dar [4], welcher mittels Adult Attachment Interview (AAI) oder Adult Attachment Projective (AAP) erhoben wird. Während der Durchführung von AAI bzw. AAP treten unintegrierte furchtsame Affekte im Zusammenhang mit traumatischen Beziehungserlebnissen auf [4]. Diese beeinträchtigen die sprachliche Kohärenz der Bindungsnarrative, ohne dass es den interviewten Personen in der Regel bewusst ist. Bei einer entsprechenden Ausprägung der sprachlichen Auffälligkeiten wird die Klassifikation eines unverarbeiteten Bindungsstatus vergeben. Dieser stellt im Vergleich mit den organisierten unsicheren Bindungklassifikationen den größten Risikofaktor für Psychopathologie dar [5]. Während das AAI mittels linguistischer Methodik die weitgehend unbewussten inneren Arbeitsmodelle von Bindung erfasst, geht die sozialpsychologische Tradition der Bindungsforschung davon aus, dass sich frühe Beziehungserfahrungen in den aktuellen Liebesbeziehungen Erwachsener niederschlagen [6] und in diesem Rahmen prinzipiell mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten messbar sind. Dafür steht mittlerweile eine Reihe an Fragebögen zur Verfügung, etwa der Experiences in Close Relationships (ECR) zur Messung von Bindungsangst- und vermeidung in Partnerschaften. Gegenüber AAI und AAP sind diese Instrumente ökonomisch in größeren Stichproben einsetzbar und erfordern keinen hohen Trainingsaufwand. Jedoch wurde erst kürzlich im anglo-amerikanischen Raum durch die Arbeitsgruppe von R. Paetzold ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von desorganisierter Bindung in Partnerschaften entwickelt [7].

In Übereinstimmung mit dem Konzept des AAI gehen die AutorInnen der Skala davon aus, dass die inneren Arbeitsmodelle von Personen mit traumatischen frühen Beziehungserfahrungen unintegrierte Furchtaffekte aufweisen. Paetzold et al. schlussfolgern, dass sich diese Affekte in romantischen Beziehungen zeigen und dort zu widersprüchlichen Verhaltensweisen der betreffenden Personen führen. Die Furchtaffekte von desorganisiert gebunden Personen gehen über die „organisierte“ Bindungsangst (Sorge, den Partner zu verlieren und dadurch übermäßiges Bindungsverhalten) und Bindungsvermeidung (Sorge vor Zurückweisung, dadurch Vermeidung von Nähe) hinaus beziehungsweise treten häufig in Kombination mit einer dieser unsicheren Bindungsdimensionen auf [7]. Da die Skala prinzipiell selbstbeurteilbares Verhalten und Erleben erfasst und sich bezüglich der Itemformulierungen an den Beobachtungen desorganisierter Kinder im SST orientiert, sprechen die AutorInnen von desorganisierter Bindung (im Gegensatz zum unverarbeiteten Bindungsstatus im AAI/AAP). In einer Untersuchung in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung wies die Skala gute psychometrische Kennwerte auf (Cronbachs $\alpha = 0{,}91$; mittlere $r_{it:} = 0{,}76$ [7]). Hinsichtlich der Validität bestanden Zusammenhänge zwischen der ADA und Psychopathologie, dabei insbesondere mit körperlicher Aggressivität und Dissoziation [7–9]. Für den deutschen Sprachraum liegt bislang keine Übersetzung des Instruments vor, ebenso wenig Anwendungserfahrungen und psychometrische Analysen. Die vorliegende Untersuchung möchte diese Forschungslücke schließen: Dabei sollte eine deutschsprachige Übersetzung der ADA erstellt und deren teststatistische Gütekriterien evaluiert werden. Zudem sollten die Zusammenhänge der ADA mit Psychopathologie (insbesondere internalisierende Symptome, Aggressi-

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

vität und Dissoziation) untersucht und die inkrementelle Validität in Hinblick auf Bindungsangst und -vermeidung bestimmt werden.

Methode

Stichproben und Durchführung

Stichprobe 1: Es wurde eine Stichprobe von *N* = 1101 Personen erhoben, welche hinsichtlich der Merkmale Geschlecht (49,8 % Frauen, divers 0,2 %), Alter (*M* = 46,4 Jahre, *SD* = 15,2; Range 18–74), Einkommen und Bundesland annähernd repräsentativ für die deutsche Allgemeinbevölkerung war. Die Rekrutierung der Teilnehmenden und die Datenerhebung wurden durch das Marktforschungsunternehmen bilendi & respondi im Mai 2022 durchgeführt.

Stichprobe 2: Es wurde eine Gelegenheitsstichprobe von *N* = 328 Studierenden verschiedener Fachrichtungen über soziale Netzwerke rekrutiert. 84,1 % der Teilnehmenden waren weiblich und 1,5 % gaben ihr Geschlecht als divers an. Der Altersdurchschnitt lag bei 24,5 Jahren (*SD* = 5,4 Jahre; Range 18–64).

Durchführung: Die Datenerhebung erfolgte in beiden Stichproben mittels einer onlinebasierten Umfrage, wobei die ADA und weitere standardisierte Fragebögen (s.u.) zur Überprüfung der Validität der Skala vorgegeben wurden. Es wurden Personen ab einem Alter von 18 Jahren eingeschlossen, die über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügten. Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer A 2021–0268).

Instrumente

Adult Disorganized Attachment Scale (ADA)

Die ADA [7] ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung desorganisierter Bindungsstrategien in Liebesbeziehungen. Dabei wird folgende Instruktion vorgegeben: *„Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in Liebesbeziehungen fühlen. Uns interessiert, wie Sie Liebesbeziehungen im Allgemeinen erleben, und nicht nur, was in einer aktuellen Liebesbeziehung passiert. Bitte antworten Sie auf jede Aussage, indem Sie angeben, wie sehr Sie zustimmen oder nicht zustimmen."* Die neun Items werden auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 7 (starke Zustimmung) eingeschätzt und anschließend gemittelt. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung von desorganisierter Bindung. Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 3–5 Minuten. Unsere Arbeitsgruppe erstellte eine deutschsprachige Übersetzung (ADA-D) des englischen Originals nach den Richtlinien für Fragebogenübersetzungen der Food and Drug Administration FDA [10]. Die Übersetzung wurde von der Erstautorin der Skala autorisiert.

Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung (ECR-RD)

Der ECR-RD erfasst mittels Selbstbeurteilung partnerschaftsbezogene Bindungsdimensionen von Erwachsenen [11]. Anhand der Mittelwerte von jeweils 18 Items werden die beiden Skalen *bindungsbezogene Angst* (*BANG*) und *bindungsbezogene Vermeidung* (*BVER*) gebildet. Höhere Werte entsprechen einer höheren Ausprägung der jeweiligen Dimension. Der ECR-RD ist ein im deutschen Sprachraum häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter, welches in gesunden und klinischen Stichprobe gute psychometrische Kennwerte aufweist [11].

Ultrakurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-4)

Der PHQ-4 ist ein international etablierter Selbstbeurteilungsfragebogen mit guten psychometrischen Kennwerten [12, 13]. Mittels jeweils zwei Items werden auf einer Skala von 0 bis 3 Depressivität und Ängstlichkeit in den letzten 14 Tagen erfasst, wobei der Gesamtwert einen Indikator für die psychische Gesamtbelastung darstellt.

Aggression Questionnaire (AQ) – Kurzform

Der AQ [14] ist ein etabliertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung aggressiver Verhaltensweisen. Die vorliegende Kurzform erfasst mittels 16 Items die beiden Subskalen *Ärger* und *Körperliche Aggression*. Die deutsche Version des Instruments weist gute psychometrische Kennwerte auf [15].

Fragebogen zur Erfassung dissoziativer Symptome – Kurzform (FDS-Taxon)

Der FDS-Taxon ist die acht Items umfassende Kurzform der Dissociative Experience Scale [16] und erfasst mittels Selbstbeurteilung die Ausprägung dissoziativer Symptome. Das Instrument wurde in einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe mit guten psychometrischen Kennwerten evaluiert [17] und in klinischen [1, 2] Stichproben eingesetzt [18, 19].

Statistische Analysen

Zur Überprüfung der Faktorenstruktur wurde ein Kreuzvalidierungsverfahren angewandt. Dazu wurde Stichprobe 1 (Allgemeinbevölkerung) nach dem Zufallsprinzip in zwei Teilstichproben (1 A und 1B) aufgeteilt, wobei zwischen den beiden Teilstichproben keine Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Ausprägung der ADA-D bestanden. In Teilstichprobe 1 A wurde eine explorative Faktorenanalyse gerechnet und die gefundene Faktorenstruktur sowohl in Teilstichprobe 1B als auch in Stichprobe 2 (Studierende) mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) überprüft. Da eine Überprüfung mittels Mardia-Test eine signifikante Abweichung von der multivariaten Normalverteilung ergab, wurde der robuste Maximum-Likelihood-Schätzer (MLR) verwendet. Die Modellgüte wurde anhand gängiger Koeffizienten beurteilt (Comparative-Fit Index [CFI] > 0.95, Root-Mean-Square-Error of Approximation [RMSEA] < 0.06 bzw. 0.08 und Standardized Root Mean Square Residual [SRMR] < 0.08). Weiterhin wurden Reliabilitätsmaße und deskriptive Kennwerte der ADA-D-Items ermittelt. Zur Bestimmung der Validität wurden Korrelationen der ADA-D sowohl mit den Skalen des ECR-RD als konvergentem Maß zur Erfassung von Bindung als auch mit verschiedenen Skalen zur Erfassung von psychischer Symptombelastung berechnet. Mittels linearer Regression mit den Skalen des ECR-RD als Prädiktoren und der ADA-D als abhängiger Variable sollte geprüft werden, inwieweit die Varianz der ADA-D durch Bindungsangst und -vermeidung erklärt wird. Zudem wurde die inkrementelle Varianzaufklärung der ADA-D im Vergleich mit Bindungsangst und -vermeidung hinsichtlich der abhängigen Variablen PHQ-4, AQ (jeweils die Subskalen Ärger und Körperliche Aggression) und FDS-Taxon bestimmt. Dazu wurden jeweils drei lineare Regressionsmodelle gerechnet: In Modell 1 wurde die ADA-D als Prädiktor eingeschlossen, in Modell 2 die beiden Skalen des ECR-RD und in Modell 3 sowohl die ADA-D als auch die Skalen des ECR-

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

RD. Multikollinearität wurde mittels Variance Inflation Factor (VIF) überprüft.

Ergebnisse

Ergebnisse der Faktorenanalysen, Reliabilitätsmaße und deskriptive Skalenkennwerte

Zunächst wurde die Dimensionalität der ADA-D mittels Parallelanalyse überprüft. Diese legte in Teilstichprobe 1 A ($n = 547$) die Extraktion dreier Faktoren nahe. In Teilstichprobe 1 A wurde anschließend eine explorative Faktorenanalyse (Maximum-Likelihood-Schätzung mit Geomin-Rotation) durchgeführt. Es zeigten sich in der EFA folgende Eigenwerte: Faktor 1: 5,31; Faktor 2: 0,29; Faktor 3: 0,26; was auf eine eindimensionale Struktur hinweist. Diese wurde anschließend in Teilstichprobe 1B ($n = 554$) mittels CFA überprüft und zeigte eine akzeptable Modellanpassungsgüte nach den Kriterien von Hu und Bentler [20]: CFI = 0,933; RMSEA = 0,075; SRMR = 0,047. In der Studierendenstichprobe ($N = 328$) konnte die einfaktorielle Struktur der ADA ebenfalls bestätigt werden: CFI = 0,940; RMSEA = 0,073; SRMR = 0,049. Die Faktorladungen der Items in Teilstichprobe 1B und Stichprobe 2 sind in ▶ **Tab. 1** dargestellt. Die interne Konsistenz der ADA-D war mit McDonalds ω = 0,91 (Stichprobe 1) bzw. ω = 0,89 (Stichprobe 2) hoch. Die Itemkennwerte fielen in beiden Stichproben ähnlich aus (dargestellt in ▶ **Tab. 1** für Stichprobe 1 und Tab. S1 im **Online-Anhang** für Stichprobe 2). Die mittlere Itemtrennschärfe lag in Stichprobe 1 bei $r_{it} = 0,70$ (Minimum = 0,44; Maximum 0,78) bzw. in Stichprobe 2 bei $r_{it} = 0,65$ (Minimum = 0,39; Max. 0,74). Hinsichtlich der Trennschärfe lag Item 6 in beiden Stichproben deutlich unter dem Durchschnitt. In einem möglichen Wertebereich von 1 bis 7 lag der Mittelwert der ADA-D in Stichprobe 1 bei $M = 2,20$ ($SD = 1,23$) und in Stichprobe 2 bei $M = 2,29$ ($SD = 1,23$).

Validität

Hinsichtlich der konvergenten Validität bestanden in Stichprobe 1 moderate bivariate Korrelationen mit Bindungsangst und -vermeidung des ECR-RD (▶ **Tab. 2**). Die beiden Skalen erklärten zudem gemeinsam nur knapp die Hälfte der Varianz der ADA-D ($R^2 = 0,493$; $p < 0,001$). Die Korrelationen zwischen der ADA-D und den verschiedenen Skalen zur Erfassung von Psychopathologie waren moderat ausgeprägt (siehe ▶ **Tab. 2**), wobei der größte Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen bestand ($r = 0,47$; $p < 0,001$). In der Studierendenstichprobe fanden sich vergleichbare Zusammenhänge (siehe **Online-Anhang**, Tab. S2).

Varianzaufklärung hinsichtlich Psychopathologie

Wie in ▶ **Tab. 3** ersichtlich, stellten sowohl die ADA-D (Modell 1), als auch Bindungsangst und teilweise Bindungsvermeidung (Modell 2) signifikante Prädiktoren für die Ergebnismaße (psychische Gesamtbelastung, Ärger, körperliche Aggression und dissoziative Symptome) dar. Wenn alle drei Skalen gemeinsam als Prädiktoren eingeschlossen wurden (Modell 3), bestand eine inkrementelle Varianzaufklärung für alle Ergebnismaße gegenüber Modell 2 (nur organisierte Bindungsdimensionen). Die ADA-D stellte im Vergleich mit Bindungsangst und Bindungsvermeidung den stärksten Prädiktor für körperliche Aggression und Dissoziation dar, was mittels Wald-Test bestätigt wurde (z. B. FDS-Taxon: Modellvergleich mit Bindungsangst: $F = 44,7$, $p < 0,001$; Bindungsvermeidung: $F = 78,5$, $p < 0,001$). In allen untersuchten Modellen lagen die VIF jeweils unter 2. In der Studierendenstichprobe war ADA-D nur für dissozi-

▶ **Tab. 1** Standardisierte Faktorladungen der Items der ADA-D in Teilstichprobe 1B (Allgemeinbevölkerung, $n = 554$) und Stichprobe 2 (Studierende, $N = 328$) und deskriptive Itemkennwerte der Stichprobe 1 (Gesamt, $N = 1101$).

		Faktorladungen		Deskriptive Itemkennwerte in Stichprobe 1 (Gesamt)				
Nr.	**Item**	**Teilstichprobe 1 B**	**Stichprobe 2**	**M ± SD**	**Schiefe**	**Kurtosis**	**r_{it}**	**ω_{it}**
1.	Angst ist ein häufiges Gefühl in engen Beziehungen.	0,627	0,629	2,68 ± 1,82	0,82	−0,51	0,62	0,91
2.	Ich glaube, dass Liebespartner oft versuchen, sich gegenseitig auszunutzen.	0,774	0,714	2,17 ± 1,50	1,25	0,77	0,76	0,90
3.	In einer Liebesbeziehung weiß ich nie, wer ich bin.	0,843	0,772	2,04 ± 1,51	1,43	1,13	0,77	0,89
4.	Ich finde Liebespartner eher unheimlich.	0,797	0,759	1,78 ± 1,39	1,93	3,08	0,76	0,90
5.	Es ist gefährlich, Liebespartnern zu vertrauen.	0,786	0,787	2,06 ± 1,50	1,41	1,19	0,78	0,89
6.	Es ist normal, traumatische Erfahrungen mit den Menschen zu machen, denen man sich nahe fühlt.	0,427	0,405	2,70 ± 1,85	0,78	−0,57	0,44	0,92
7.	Fremde sind nicht so beängstigend wie Liebespartner.	0,636	0,700	2,07 ± 1,58	1,40	0,95	0,69	0,90
8.	Ich könnte Liebespartner nie als völlig vertrauenswürdig ansehen.	0,766	0,723	2,09 ± 1,60	1,45	1,11	0,75	0,90
9.	Verglichen mit den meisten Menschen fühle ich mich generell verwirrt, was Liebesbeziehungen angeht.	0,801	0,747	2,18 ± 1,70	1,34	0,69	0,74	0,90

Anmerkungen: Die standardisierten Faktorladungen beziehen sich jeweils auf ein unidimensionales Messmodell. Alle dargestellten Faktorladungen sind signifikant mit $p < 0,001$.

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 2** Deskriptive Skalenkennwerte, interne Konsistenzen und Korrelationen der ADA mit Bindungsangst, Bindungsvermeidung und Psychopathologie ($N = 1101$).

	Deskriptive Skalenkennwerte M ± SD (Range)	ω	ADA	BANG	BVER
Interkorrelationen der Bindungsskalen					
ADA	2,20 ± 1,23 (1–7)	*0,91*		0,62	0,56
BANG	2,72 ± 1,25 (1–7)	*0,93*			0,44
BVER	2,75 ± 1,27 (1–6.3)	*0,93*			
Korrelationen mit Psychopathologie					
PHQ-4 (Angst/ Depressivität)	2,33 ± 2,90 (0–12)	*0,91*	0,49	0,56	0,34
AQ: Ärger	2,14 ± 0,81 (1–4,86)	*0,83*	0,43	0,46	0,23
AQ: Körperliche Aggression	1,75 ± 0,68 (1–4,56)	*0,81*	0,42	0,36	0,19
FDS-Taxon (Dissoziation)	0,98 ± 1,77 (0–10)	*0,96*	0,53	0,38	0,29

Anmerkungen: ADA = Adult Disorganized Attachment Scale; BANG = Skala Bindungsangst des ECR-RD; BVER = Skala Bindungsvermeidung des ECR-RD; PHQ-4 = Ultrakurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten; FDS-Taxon = Fragebogen zur Erfassung dissoziativer Symptome; *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; ω = McDonalds Omega. Dargestellt sind die Pearson-Korrelationskoeffizienten, alle signifikant $p < 0{,}001$

▶ **Tab. 3** Zusammenhänge von desorganisierter Bindung (ADA-D), Bindungsvermeidung und Bindungsangst auf die psychische Gesamtbelastung, Aggressivität und dissoziative Symptome ($N = 1101$).

	PHQ-4	AQ: Ärger	AQ: Körp. A	FDS-Taxon
Modell 1: R^2	0,24 ***	0,19 ***	0,18 ***	0,28 ***
β ADA	0,49 ***	0,43 ***	0,42 ***	0,53 ***
Modell 2: R^2	0,33 ***	0,21 ***	0,13 ***	0,16 ***
β BANG	0,52 ***	0,44 ***	0,34 ***	0,31 ***
β BVER	0,11 ***	0,04	0,05	0,16 ***
Modell 3: R^2	0,36 ***	0,25 ***	0,20 ***	0,28 ***
β ADA	0,20 ***	0,27 ***	0,37 ***	0,48 ***
β BANG	0,42 ***	0,32 ***	0,16 ***	0,08 *
β BVER	0,04	−0,06	−0,09 **	−0,02

Anmerkungen: dargestellt sind die Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle. ADA = Adult Disorganized Attachment Scale. BANG = Skala Bindungsangst des ECR-RD; BVER = Skala Bindungsvermeidung des ECR-RD; PHQ-4 = Screening für Angst und Depression; AQ = Aggression Questionnaire; Körp. A = Subskala Körperliche Aggression; FDS-Taxon = Kurzform des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen. Signifikanzniveau * $p < 0{,}05$, ** $p < 0{,}01$, *** $p < 0{,}001$

ative Symptome der stärkste Prädiktor, nicht aber für die anderen Ergebnismaße (vgl. Tab. S3 im **Online-Anhang**).

Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde erstmalig die deutschsprachige Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D) zur Selbstbeurteilung desorganisierter Bindung in Partnerschaften evaluiert. Die einfaktorielle Struktur der Skala konnte sowohl in der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung als auch in einer Studierendenstichprobe bestätigt werden. Die psychometrischen Kennwerte der ADA-D sind gut und mit der Originalversion vergleichbar, ebenso zeigten sich ähnliche deskriptive Skalenkennwerte (Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung: $M = 2{,}20 \pm 1{,}23$; Studierendenstichprobe: $M = 2{,}29 \pm 1{,}23$) im Vergleich mit dem amerikanischen Original ($M = 2{,}31 \pm 1{,}24$ [7]) und der chinesischen Übersetzung ($M = 2{,}26 \pm 1{,}49$ [21]). Anders als in der Originalversion wies das Item 6 („Es ist normal, traumatische Erfahrungen mit den Menschen zu machen, denen man sich nahe fühlt") in beiden untersuchten Stichproben deutlich schlechtere Itemkennwerte auf. Trotz größter Sorgfalt bei der Übersetzung und Autorisierung der Rückübersetzung durch die Erstautorin des Originals („It is normal to have traumatic experiences with the people you feel close to") können hier Übersetzungseffekte nicht ausgeschlossen werden. Auch sind kulturelle Unterschiede zwischen US-amerikanischen und deutschen Stichproben dahingehend denkbar, wie der Begriff „traumatische Erfahrungen" verstanden wird. Ebenso wie bei Paetzold et al. zeigt die vorliegende Untersuchung, dass desorganisierte Bindung zwar Überschneidungen mit Bindungsangst und -vermeidung aufweist, andererseits aber auch ein spezifisches Konstrukt darstellt, welches über die „organisierten" Bindungsdimensionen hinausgeht. Die Zusammenhänge, welche für die Originalversion mit internalisierenden und externalisierenden Symptomen gefunden wurden, konnte die vorliegende Untersuchung für die ADA-D in beiden Stichproben bestätigen. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass desorganisierte Bindung den größeren Zusammenhang mit dissoziativen Symptomen und Aggressivität aufwies als die „organisierten" Bindungsdimensionen. Dies entspricht nicht nur den Befunden zur Originalversion [7–9], sondern auch der bisherigen Literatur zum unverarbeiteten Bindungsstatus im AAI. Dieser wurde in verschiedenen, zum Teil auch metaanalytischen Untersuchungen mit Aggressivität [22] und Dissoziation [23, 24] in

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

Verbindung gebracht. Während die Erfassung des unverarbeiteten Bindungsstatus im AAI einen hohen Zeitaufwand erfordert, weisen unsere Ergebnisse ebenso wie auch die zum Original ADA [7] darauf hin, dass mittels eines ökonomischen Selbstbeurteilungsinstruments Aspekte desorganisierter Bindung erfasst werden können, die vergleichbare Zusammenhänge zur Psychopathologie aufweisen. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass die ADA „bewusste" Erlebensweisen desorganisierter Bindung in Partnerschaften erfasst. In den bindungsbezogenen Narrativen des AAI hingegen wird ein „unverarbeiteter" Bindungsstatus durch sprachliche Fehlleistungen erfasst, welche der interviewten Person nicht bewusst sind. Zukünftig sind Studien zur Konvergenz von ADA und AAI notwendig um zu klären, inwieweit sich die jeweils gemessenen Konstrukte unterscheiden. Als methodische Stärke der vorliegenden Studie ist hervorzuheben, dass zwei große Stichproben untersucht wurden, eine davon annähernd repräsentativ hinsichtlich Geschlecht und Alter für die deutsche Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse waren in beiden Stichproben vergleichbar, obwohl sich diese hinsichtlich des Durchschnittsalters und der Geschlechterverteilung deutlich unterschieden. Hinsichtlich möglicher Limitationen ist zu berücksichtigen, dass die Studierendenstichprobe eine verhältnismäßig hohe aktuelle psychische Belastung im PHQ-4 im Vergleich mit den Normwerten aus deutschen Stichproben [13] aufwies. Ein mutmaßlicher Grund liegt in der Selbstselektion der Teilnehmenden, welche ohne finanziellen oder sonstigen Anreiz an der Studie teilnahmen. Verzerrungen in der Einschätzung des eigenen Bindungsverhaltens durch eine höhere aktuelle psychische Belastung können somit nicht ausgeschlossen werden. Die durchschnittliche Ausprägung von desorganisierter Bindung war, wie auch in anderen Studien zur ADA in der Allgemeinbevölkerung, niedrig [7, 21]. In klinischen Stichproben liegt die Selbsteinschätzung desorganisierter Bindung mutmaßlich höher, worauf die bisherigen metaanalytischen Untersuchungen zum Auftreten des unverarbeiteten Bindungsstatus im AAI hinweisen [5]. Untersuchungen des Instruments in klinischen Stichproben sind daher notwendig. Trotz dieser Einschränkungen kann die ADA-D aufgrund der guten psychometrischen Kennwerte und der bisherigen Befunde zur Validität als Screeninginstrument für die Forschung empfohlen werden und eignet sich aufgrund der ökonomischen Anwendbarkeit auch für den Einsatz in größeren Stichproben. Vor dem Hintergrund, dass desorganisierte Bindungsmerkmale bei PatientInnen Implikationen für die Prognose und therapeutische Beziehungsgestaltung haben [25], könnte die ADA darüber hinaus für den Einsatz in der psychotherapeutischen Diagnostik vielversprechend sein. Weitere Untersuchungen, insbesondere in klinischen Stichproben und zur Konvergenz mit Bindungsinterviews, sind notwendig.

Fazit für die Praxis

- Die deutschsprachige Version der Adult Attachment Scale zur Erfassung selbstbeurteilter desorganisierter Bindung in Partnerschaften weist gute psychometrische Kennwerte auf.
- Aufgrund seiner ökonomischen Anwendbarkeit ist das Instrument für die Forschung, insbesondere als Screening für desorganisierte Bindung in größeren Stichproben, gut geeignet.
- Die ADA-D könnte auch für den Einsatz in der psychotherapeutischen Diagnostik vielversprechend sein, jedoch stehen Untersuchungen in klinischen Stichproben aus.

Fördermittel

Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] Lyons-Ruth K, Jacobovitz D. Attachment disorganization from infancy to adulthood: In: Cassidy J, Shaver PR (eds). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New York: The Guilford Press; 2016: 697–695

[2] Buchheim A. Bindungsdesorganisation. In: Strauß B, Schauenburg H (eds.). Bindung in Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer; 2017: 151–161

[3] Main M, Solomon J. Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT (ed). Attachment in the preschool years. Chicago, Ill: Univ. of Chicago Press; 1990

[4] Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment. J Am Psychoanal Assoc 2000; 48: 1097–127

[5] Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. Attach Hum Dev 2009; 11: 223–263

[6] Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol 1987; 52: 511–524

[7] Paetzold RL, Rholes WS, Kohn JL. Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. Rev Gen Psychol 2015; 19: 146–156

[8] Rholes WS, Paetzold RL, Kohn JL. Disorganized attachment mediates the link from early trauma to externalizing behavior in adult relationships. Pers Individ Differ 2016; 90: 61–65

[9] Paetzold RL, Rholes WS. The link from child abuse to dissociation. J Trauma Dissociation 2021; 22: 1–21

[10] Acquadro C, Conway K, Hareendran A et al. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. Value Health 2008; 11: 509–521

[11] Ehrenthal J, Dinger U, Lamla A et al. Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships – Revised" (ECR-RD). Psychother Psychosom Med Psychol 2009; 59: 215–223

[12] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ–4. Psychosomatics 2009; 50: 613–621

[13] Löwe B, Wahl I, Rose M et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord 2010; 122: 86–95

[14] Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol 1992; 63: 452–459

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

[15] Herzberg PY. Faktorstruktur, Gütekriterien und Konstruktvalidität der deutschen Übersetzung des Aggressionsfragebogens von Buss und Perry. J Individ Differ 2003; 24: 311–323

[16] Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders 1993; 6: 16–27

[17] Spitzer C, Freyberger H, Brähler E et al. Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). Psychother Psychosom Med Psychol 2015; 65: 134–139

[18] Boroske-Leiner K, Hofmann A, Sack M. Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). Psychother Psychosom Med Psychol 2008; 58: 192–199

[19] Spitzer C, Göbel P, Wilfer T et al. Pathologische Dissoziation bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut 2021; 66: 299–305

[20] Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Struct Equ Modeling 1999; 6: 1–55

[21] Li A, Wang S, Paetzold RL et al. Validity and reliability of the Chinese version of adult disorganized attachment scale in Chinese adults. Curr Psychol 2023; 42: 7618–7628

[22] Crowell JA, Treboux D, Waters E. Stability of attachment representations: The transition to marriage. Dev Psychol 2002; 38: 467–479

[23] Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment. Psychother: Theory Res Pract 2004; 41: 472–486

[24] Byun S, Brumariu LE, Lyons-Ruth K. Disorganized attachment in young adulthood as a partial mediator of relations between severity of childhood abuse and dissociation. J Trauma Dissociation 2016; 17: 460–479

[25] Holmes J. Disorganized attachment and borderline personality disorder: a clinical perspective. Attach Hum Dev 2004; 6: 181–190

Heruntergeladen von: Universität Rostock. Urheberrechtlich geschützt.

Publikation 2:

Flemming, E., Lübke, L., Müller, S., & Spitzer, C. (2023). Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit. *Die Psychotherapie*, *68*(3), 165-171. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00647-9

Die Psychotherapie
vormals Psychotherapeut

Schwerpunkt: Der Körper in der Psychotherapie – Originalien

Psychotherapie
https://doi.org/10.1007/s00278-023-00647-9
Angenommen: 12. Januar 2023

© Der/die Autor(en) 2023

Desorganisierte Bindung und körperliche Gesundheit

Eva Flemming[1] · Laura Lübke[1] · Sascha Müller[1,2] · Carsten Spitzer[1]

[1] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

[2] Institut für Psychologie, Universität Kassel, Kassel, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Ziel der Arbeit**
- **Methodik**
  Studiendesign und Stichprobe • Instrumente • Statistische Analysen
- **Ergebnisse**
- **Diskussion**

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Bindungsforschung hat empirisch gezeigt, dass frühe Beziehungserfahrungen nicht nur für die psychosoziale, sondern auch für die körperliche Entwicklung hoch relevant sind. Während Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der „organisierten" unsicheren Bindung, Angst und Vermeidung, mit körperlichen Erkrankungen gut belegt sind, ist die Studienlage für Merkmale einer desorganisierten Bindung bislang unzureichend.
Methode: In einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe von 1101 Teilnehmenden wurden mithilfe von Selbstbeurteilungsskalen desorganisierte Bindung in Partnerschaften und desorganisierte Kindheitsbeschreibungen erfasst. Die Zusammenhänge mit ärztlich diagnostizierten Erkrankungen und der Krankheitslast insgesamt wurden mithilfe von Regressionsmodellen untersucht. Die Analysen erfolgten unter Kontrolle relevanter soziodemografischer Variablen sowie der Risikofaktoren Rauchen, riskanter Alkoholkonsum und Body-Mass-Index.
Ergebnisse: Hinsichtlich der Krankheitsgruppen waren neurologische Erkrankungen konsistent sowohl mit desorganisierter Bindung in der Partnerbeziehung als auch mit selbstbeurteilten desorganisierten Kindheitsbeschreibungen assoziiert. Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen desorganisierter Bindung und Krankheitslast, die unabhängig von den Dimensionen der „organisierten" unsicheren Bindung, Angst und Vermeidung, bestanden.
Diskussion: Personen mit desorganisierter Bindung weisen eine schlechtere körperliche Gesundheit auf, wobei die genauen Mechanismen in weiteren Studien untersucht werden sollten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der psychotherapeutischen Behandlung dieser PatientInnen die körperliche Gesundheit nicht außer Acht gelassen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen gestärkt werden sollten.

Schlüsselwörter
Unverarbeiteter Bindungsstatus · Körperliche Erkrankungen · Krankheitslast · Angst · Vermeidung

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (https://doi.org/10.1007/s00278-023-00647-9) enthält eine Tabelle zu den Korrelationen der soziodemografischen Variablen mit den Bindungsskalen, der körperlichen Krankheitslast und den einzelnen Erkrankungsgruppen.

Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Theoretische Überlegungen und empirische Befunde legen einen Zusammenhang zwischen (sicherer) Bindung und (guter) Körpergesundheit nahe. Eine unsichere Bindung beeinträchtigt bekanntermaßen die körperliche Gesundheit über verschiedene Mechanismen. Bislang fehlten jedoch Untersuchungen, die Assoziationen zwischen desorganisierter Bindung und körperlichen Krankheiten sowie der somatischen Krankheitslast insgesamt in repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichproben beleuchten und klären, ob der „psychotherapeutische Blick" insbesondere bei dieser Patientenklientel das körperliche Befinden stärker einbeziehen sollte.

Hintergrund

Die klinische Bindungsforschung zeigt, dass eine desorganisierte Bindung sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen ein potenter Risikofaktor für ungünstige Entwicklungsverläufe und psychopathologische Störungen ist (Lyons-Ruth und

Published online: 17 February 2023

Jacobovitz 2016; Buchheim 2017). Desorganisiertes Bindungsverhalten im Kindesalter entsteht, wenn das Bindungs- und das Furchtsystem wiederholt zeitgleich aktiviert werden, z. B. wenn die Interaktion mit der frühen Bezugsperson angstauslösend war (wie bei misshandelnden oder dissoziierenden Eltern). Die frühe Bindungsfigur stellt gleichzeitig die Ursache, aber auch die potenzielle Beruhigung für den kindlichen Stress dar, sodass es zu einem „Schrecken ohne Lösung" kommt (Hesse und Main 2000). Im Fremde-Situations-Test (FST, Ainsworth et al. 1978) wurde desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kindern erstmalig betrachtet und äußerte sich in Form von gleichzeitiger Annäherung an die Bezugsperson und Fluchtverhalten, Erstarren der Bewegungen („Einfrieren") sowie durch dissoziative Phänomene (Main und Solomon 1990).

Als Äquivalent zum kindlichen desorganisierten Bindungsverhalten wurde im Erwachsenenalter der unverarbeitete Bindungsstatus beschrieben (Lyons-Ruth und Jacobovitz 2016). Dieser ist durch die fehlende Integration von traumatischen Erfahrungen, insbesondere mit frühen Bezugspersonen, charakterisiert (Hesse und Main 2000) und wird durch sprachliche Auffälligkeiten in bindungsbezogenen Narrativen im Adult Attachment Interview (AAI; George et al. 1984) oder Adult Attachment Projective (AAP; George und West 2001) erfasst. Das Konzept der desorganisierten Bindung ist für das Verständnis von komplexen psychischen Störungen hoch relevant (Lyons-Ruth und Jacobovitz 2016; Buchheim 2017) und stellt im Vergleich mit den Dimensionen der „organisierten" unsicheren Bindung in verschiedenen Metaanalysen den größeren Risikofaktor für psychopathologische Störungen dar (Bakermans-Kranenburg und van Ijzendoorn 2009; Fearon et al. 2010; Cassidy und Mohr 2001). Seine Bedeutung für die körperliche Gesundheit ist dagegen bislang unzureichend untersucht. Sowohl theoretische Überlegungen als auch empirische Befunde legen einen Zusammenhang zwischen (sicherer) Bindung und (guter) Körpergesundheit nahe (Göbel et al. 2022). Eine unsichere Bindung beeinflusst über folgende Mechanismen die körperliche Gesundheit (Maunder und Hunter 2001):

- Unsicher gebundene Menschen nehmen Stress nicht nur intensiver wahr (Meredith und Strong 2019), sondern haben auch physiologisch bedingte Schwierigkeiten mit der Stressregulation (Engel und Gunnar 2020).
- Unsicher gebundene Menschen greifen eher auf externe Affektregulationsstrategien zurück, wie z. B. dysfunktionales Essverhalten oder Substanzmittelkonsum (Pietromonaco und Beck 2019).
- Bindungsunsicherheit wirkt sich nachteilig darauf aus, wie Betroffene professionelle Hilfe suchen und Adhärenz gegenüber Therapieempfehlungen zeigen (Meredith und Strong 2019; Maunder und Hunter 2001).

Neue Untersuchungen fokussieren zunehmend mögliche zugrunde liegende Mechanismen der Zusammenhänge von Bindung und körperlicher Gesundheit, wobei dem Immunsystem eine wichtige Rolle zukommt (Ehrlich 2019). (Unsichere) Bindung ist direkt mit chronischen Entzündungsprozessen assoziiert (Ehrlich et al. 2019) und stellt des Weiteren mutmaßlich einen moderierenden Faktor zwischen frühen Stresserfahrungen und dem Risiko für spätere körperliche Erkrankungen dar (Dagan et al. 2018; Farrell et al. 2019).

Wenn Bindungsdesorganisation einen potenteren Risikofaktor für psychopathologische Störungen darstellt als „organisierte" Bindungsunsicherheit (Lyons-Ruth und Jacobovitz 2016; Buchheim 2017; Bakermans-Kranenburg und van Ijzendoorn 2009), kann dies auch für die Körpergesundheit angenommen werden. Tatsächlich finden sich Hinweise darauf, dass ein unverarbeiteter Bindungsstatus im Erwachsenenalter mit dem metabolischen Syndrom (Davis et al. 2014) und chronischen Schmerzen (Neumann et al. 2011; Ratnamohan und Kozlowska 2017) assoziiert ist.

Es fehlen jedoch Untersuchungen, die in größeren repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstichproben die Assoziationen zwischen desorganisierter Bindung und einer Vielzahl körperlicher Krankheiten sowie der somatischen Krankheitslast insgesamt beleuchten. Dieser Umstand könnte u. a. mit dem hohen zeitlichen und personellen Aufwand für die Erhebung und Auswertung von AAI bzw. AAP zusammenhängen (Ravitz et al. 2010). In der vorliegenden Studie wurden daher 2 Selbstbeurteilungsinstrumente, die kürzlich im angloamerikanischen Raum zur Erfassung möglicher Merkmale desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter entwickelt wurden, eingesetzt. Die Disorganized Response Scale (DRS) aus der Arbeitsgruppe von Briere (2019) orientiert sich konzeptuell an der Erhebung des unverarbeiteten Bindungsstatus im AAI. Jedoch ermittelt die DRS sprachliche Auffälligkeiten, die bei Beschreibungen von Kindheitserlebnissen auftreten, mithilfe der Selbstbeurteilung (beispielsweise Item 7: „Wenn ich über meine Kindheit spreche, geraten meine Worte durcheinander."). Die Adult Disorganized Attachment Scale (ADA) aus der Arbeitsgruppe von Paetzold (2015) hingegen steht in der sozialpsychologischen Tradition der Bindungsdiagnostik, die davon ausgeht, dass sich frühe Beziehungserfahrungen in den Liebesbeziehungen Erwachsener niederschlagen (Hazan und Shaver 1987). Die Autoren nehmen an, dass Erwachsene mit Merkmalen einer desorganisierten Bindung (äquivalent zum kindlichen desorganisierten Bindungsverhalten im FST) gegenüber ihren Liebespartnern gleichzeitig sowohl Furcht vor als auch Wünsche nach Nähe erleben, resultierend aus zugrunde liegenden inkohärenten inneren Arbeitsmodellen des Selbst und des Anderen (beispielsweise Item 3: „In einer Liebesbeziehung weiß ich nie, wer ich bin."). Untersuchungen zur ADA zeigen, dass die Skala sowohl Überschneidungen mit Bindungsangst und Bindungsvermeidung aufweist als auch über eine Kombination beider Skalen (entsprechend der „fearful avoidance"; Bartholomew und Horowitz 1991) hinausgeht.

Sowohl ADA als auch DRS könnten aufgrund der ökonomischen Anwendbarkeit vielversprechende Ansätze sein und weisen in den Originalversionen und auch in der jeweiligen deutschen Übersetzung gute psychometrische Kennwerte auf (Flemming et al. in Revision, eingereicht zur Veröffentlichung in PPmP). Jedoch stehen Studien zur konvergenten Validität mit der Fremdbeurteilung im AAI bislang aus. Für die Repäsentationen der organisierten Bindung im AAI konnte in der Literatur nur eine geringe Übereinstimmung mit dimensionalen Selbstbeurteilungsinstrumenten

Tab. 1 Demografische und klinische Charakteristika der Stichprobe ($n = 1101$)

Alter in Jahren, M ± SD (Range)	46,43 ± 15,24 (18–74)
Geschlecht, n (%)	
Weiblich	548 (49,8)
Männlich	551 (50,0)
Divers	2 (0,2)
Familienstand, n (%)	
Ledig, ohne Partner	268 (24,3)
Ledig, mit Partner	222 (20,2)
Verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft	500 (45,4)
Geschieden/getrennt/verwitwet	111 (10,1)
Schulbildung, n (%)	
(Fach-)Abitur	618 (56,1)
Realschule	361 (32,8)
Hauptschule	114 (10,4)
Sonstiges (kein Abschluss, Sonderschule)	8 (0,8)
Raucher (aktuell und/oder früher), n (%)	595 (54,0)
Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) , n (%)	269 (24,4)
Body-Mass-Index (BMI [kg/m²]), M ± SD (Range)	26,90 ± 6,28 (13,65–63,71)
Adult Disorganized Attachment, M ± SD (Range)	2,20 ± 1,23 (1–7)
Disorganized Response Scale, M ± SD (Range)	22,32 ± 11,05 (15–75)
ECR-RD, Bindungsangst, M ± SD (Range)	2,72 ± 1,25 (1–7)
ECR-RD, Bindungsvermeidung, M ± SD (Range)	2,74 ± 1,27 (1–6,33)

M Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *AUDIT* Alcohol Use Disorders Identification Test

gezeigt werden (z. B. Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung ECR-RD; Strauss et al. 2022). Darüber hinaus erfassen die beiden Skalen ADA und DRS aufgrund ihrer unterschiedlichen konzeptuellen Hintergründe mutmaßlich verschiedene Facetten von Bindung. In der vorliegenden Studie werden beide Instrumente vergleichend eingesetzt, wobei die Ergebnisse unter Berücksichtigung der bislang unklaren konvergenten Validität als vorläufig zu betrachten sind.

Ziel der Arbeit

Es soll explorativ in einer größeren Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung untersucht werden, inwieweit a) desorganisierte Bindung in der Partnerschaft (ADA) und b) selbstbeurteilte desorganisierte Kindheitsbeschreibungen (DRS) mit dem Auftreten verschiedener körperlicher Erkrankungen und der körperlichen Krankheitslast insgesamt (Morbidität) zusammenhängen. Hinsichtlich der Morbidität soll geprüft werden, ob desorganisierte Bindung über das Vorliegen von „organisierten" Formen der Bindungsunsicherheit hinaus Varianz aufklären kann.

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Es wurden Daten an einer Stichprobe von 1101 Personen erhoben. Die Rekrutierung der Teilnehmenden und die onlinebasierte Datenerhebung wurden durch das Marktforschungsunternehmen bilendi & respondi im Mai 2022 durchgeführt. Die Steuerung der Rekrutierung erfolgte hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, Einkommen und Bundesland nach Quoten, die repräsentativ für die deutsche Allgemeinbevölkerung waren. Es handelt sich um eine Querschnittstudie. Neben den üblichen demografischen Kennwerten wurden sowohl Körpergewicht und -größe zur Ermittlung des Body-Mass-Index (BMI) als auch der Nikotinkonsum der Teilnehmenden erfasst. Es wurden Personen ab einem Alter von 18 Jahren, die über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügten, in die Studie eingeschlossen. Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer A 2021-0268).

Instrumente

Adult Disorganized Attachment Scale

Die ADA (Paetzold et al. 2015) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung desorganisierter Bindungsstrategien in Liebesbeziehungen und umfasst 9 Items, die auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 7 (starke Zustimmung) eingeschätzt und anschließend gemittelt werden. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung desorganisierter Bindung. Die Autoren des vorliegenden Beitrags erstellten eine deutsche Übersetzung der englischsprachigen Originalversion, angelehnt an die Richtlinien für Fragebogenübersetzungen der Food and Drug Administration (Acquadro et al. 2008). Die Übersetzung wurde von der Originalautorin der Skala autorisiert. Die interne Konsistenz der Skala in der vorliegenden Stichprobe war sehr hoch (McDonalds $\omega = 0{,}91$).

Disorganized Response Scale

Die DRS (Briere et al. 2019) ermittelt selbstbeurteilte desorganisierte Kindheitsbeschreibungen. Die Befragten schätzen mithilfe von 15 Items auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft völlig zu) ein, welche sprachlichen oder gedanklichen Schwierigkeiten auftreten, wenn sie mit anderen über ihre Kindheit sprechen. Der Gesamtsummenwert ist ein Maß für die Ausprägung desorganisierter Kindheitsbeschreibungen. Auch für diese Skala wurde von der eigenen Arbeitsgruppe entsprechend dem oben geschilderten Vorgehen eine deutschsprachige Übersetzung erstellt, die vom Autor der Originalversion genehmigt wurde. Die interne Konsistenz der Skala in der vorliegenden Stichprobe war mit $\omega = 0{,}96$ sehr hoch.

Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung

Der ECR-RD erhebt qua Selbstbeurteilung die partnerschaftsbezogenen Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung (Ehrenthal et al. 2009), basierend auf dem empirisch umfangreich abgesicherten zweidimensionalen Modell von Bindung im Erwachsenenalter. Die Befragten schätzen ihr Erleben in Partnerschaften anhand von 36 Items auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 7 (starke Zustimmung) ein. Anhand der Mittelwerte von jeweils 18 Items werden die beiden Skalen *bindungsbezogene Angst* (*BANG*) und *bindungsbezogene Vermeidung* (*BVER*) gebildet. Höhere Werte entsprechen einer höheren Ausprägung der jeweiligen Dimension. In der vorliegenden Stichprobe betrug die interne Konsistenz beider Skalen (McDonalds ω) 0,93.

Tab. 2 Häufigkeiten der ärztlich diagnostizierten Erkrankungen und ihre Assoziationen mit selbstbeurteilter desorganisierter Bindung in der Partnerschaft (*ADA*) bzw. mit desorganisierten Kindheitsbeschreibungen (*DRS*)

Erkrankungen	Häufigkeit		ADA			DRS		
	n	%	OR	*p*	95 %-KI	OR	*p*	95 %-KI
Unfallverletzungen	191	17,3	0,96	0,557	0,84–1,10	1,01	0,214	1,00–1,02
Muskel-Skelett-System	404	36,7	1,12	0,054	0,10–1,25	1,00	0,739	0,99–1,02
Herz-Kreislauf-System	312	28,3	1,07	0,328	0,93–1,23	1,00	0,800	0,99–1,02
Atemwege	196	17,8	1,18	0,013	1,04–1,35	1,03	<0,001*	1,02–1,04
Neurologisches System	212	19,3	1,38	<0,001*	1,22–1,57	1,03	<0,001*	1,02–1,05
Verdauungssystem	131	11,9	1,20	0,016	1,03–1,40	1,02	0,013	1,00–1,04
Urogenitaltrakt	127	11,5	1,25	0,005	1,07–1,46	1,03	0,002*	1,01–1,04
Haut	194	17,6	1,10	0,146	0,97–1,25	1,01	0,143	1,00–1,02
Tumoren/Krebs	60	5,4	1,34	0,005	1,10–1,65	1,03	0,011	1,01–1,05
Hormon-/Stoffwechsel	251	22,8	1,22	0,002*	1,07–1,39	1,02	0,003	1,01–1,04
Blut	46	4,2	1,34	0,008	1,08–1,66	1,04	<0,001*	1,02–1,06

Logistische Regression kontrolliert für Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Rauchen, riskanter Alkoholkonsum und Body-Mass-Index
OR „odds ratio", *KI* Konfidenzintervall, *ADA* Adult Disorganized Attachment Scale, *DRS* Disorganized Response Scale
*Signifikanter *p*-Wert nach Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiples Testen (Bonferroni-Korrektur: $p = 0{,}002$)

Work Ability Index

Der Work Ability Index (WAI) stellt einen Index zur Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit dar (Hasselhorn et al. 2005). Der WAI ist umfassend psychometrisch evaluiert worden; allerdings deuten aktuelle Untersuchungen eher auf eine zweifaktorielle Struktur hin (subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vs. objektiver Gesundheitsstatus; Freyer et al. 2019). In der vorliegenden Untersuchung wurde ausschließlich die Sektion 3 der validierten Kurzform des WAI (Friedli et al. 2018) in die Analysen einbezogen, wobei ärztlich diagnostizierte Erkrankungen erfasst werden, die zu folgenden Gruppen zusammengefasst sind: Unfallverletzungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems, im Urogenitaltrakt, Hautkrankheiten, Tumoren/Krebs, Hormon-/Stoffwechselerkrankungen sowie Krankheiten des Blutes. Die Zahl der angegebenen Erkrankungen kann als Indikator für die Gesamtmorbidität genutzt werden (Hasselhorn et al. 2005).

Alcohol Use Disorders Identification Test

Dieses Screeningverfahren für alkoholbezogene Störungen erlaubt die Erkennung eines problematischen Alkoholkonsums (Dybek et al. 2006). Das Instrument zeigte in einer großen Stichprobe aus der allgemeinärztlichen Versorgung eine hohe Reliabilität (Intraklassen-Korrelationskoeffizient des Gesamtwerts = 0,95) und Validität (Dybek et al. 2006). Der Summenwert über die 10 Items erlaubt eine Kategorisierung in unproblematisches vs. riskantes bzw. kritisches Trinkverhalten. Die Cut-off-Werte betragen 5 (für Männer) bzw. 4 (für Frauen).

Statistische Analysen

Neben deskriptiven Kennwerten wurden die bivariaten Korrelationen der beiden Skalen ADA und DRS mit den demografischen Merkmalen, dem Vorliegen der einzelnen ärztlich diagnostizierten Erkrankungen, der Gesamtmorbidität (d. h. der Zahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen), den Risikofaktoren BMI, Rauchen und riskanter Alkoholkonsum (Alkohol) bestimmt. Die Variable Rauchen wurde dichotomisiert (ja: aktuell oder früher geraucht vs. nein: niemals), ebenso wie die Variable Alkohol (ja/nein). Es bestanden jeweils signifikante Zusammenhänge (Zusatzmaterial online: Tab. S1), weshalb die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, BMI, Rauchen und Alkohol in alle folgenden Analysen als Kontrollvariablen eingeschlossen wurden. Es wurden zunächst logistische Regressionen mit der jeweiligen körperlichen Erkrankung als abhängige Variable und ADA resp. DRS als Prädiktor gerechnet. Berichtet werden die „odds ratios" (OR), die 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) und der jeweilige *p*-Wert; das Signifikanzniveau wurde nach Bonferroni adjustiert. Als Nächstes wurde der inkrementelle Zusammenhang von desorganisierter Bindung mit der Gesamtmorbidität unter Berücksichtigung der Dimensionen der „organisierten" Bindung bestimmt. Dazu wurden lineare Regressionsmodelle berechnet, in die die Zahl ärztlich diagnostizierter Erkrankungen als abhängige Variable und die ADA bzw. DRS sowie die Skalen des ECR-RD als Prädiktoren eingingen. Multikollinearität konnte ausgeschlossen werden, da der „variance inflation factor" (VIF) nicht höher als 2 war. Es werden jeweils das adjustierte R^2, die standardisierten Koeffizienten β mit Standardfehler *SE* und den dazugehörigen *p*-Werten berichtet. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit der Software IBM SPSS Statistics 27.

Ergebnisse

Der Altersdurchschnitt der Stichprobe (Mittelwert) betrug 46,4 Jahre (SD ± 15,24 Jahre), und von den 1101 Teilnehmenden waren 49,8 % Frauen. Etwas über die Hälfte der Personen waren Raucher, und etwa ein Viertel der Stichprobe gab einen riskanten Alkoholkonsum an. Der durchschnittliche BMI der Teilnehmenden betrug 26,9 kg/m² (SD ± 6,28 kg/m²) und war damit dem Bereich des Übergewichts zuzuordnen (◘ **Tab. 1**).

Tab. 3 Zusammenhänge der Gesamtmorbidität mit desorganisierter Bindung in der Partnerschaft (*ADA*) bzw. mit desorganisierten Kindheitsbeschreibungen (*DRS*), jeweils unter Berücksichtigung von Bindungsangst und Bindungsvermeidung

Modell	Gesamtmorbidität		
	β	*SE*	*p*
Modell 1; $R^2 = 0{,}190$			
ADA	0,10	0,04	0,012
ECR-RD, BANG	0,13	0,04	<0,001
ECR-RD, BVER	−0,02	0,03	0,625
Modell 2; $R^2 = 0{,}195$			
DRS	0,12	0,03	<0,001
ECR-RD BANG	0,13	0,03	<0,001
ECR-RD BVER	0,00	0,03	0,911

Multiple lineare Regressionsmodelle, jeweils kontrolliert für Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Rauchen, riskanter Alkoholkonsum und Body-Mass-Index
Gesamtmorbidität Zahl der vom Arzt diagnostizierten Krankheiten im Fragebogen zum Work Ability Index, ***ADA*** Adult Disorganized Attachment, ***ECR-RD*** Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung, ***BANG*** Bindungsangst, ***BVER*** Bindungsvermeidung, ***DRS*** Disorganized Response Scale

Aus **Tab. 2** geht hervor, dass Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im WAI mit 36,7 % als die häufigste ärztliche Diagnose genannt wurden, als seltenste Erkrankung wurden Krankheiten des Blutes mit 4,2 % angegeben.

Die beiden Instrumente zur Erfassung von desorganisierter Bindung unterschieden sich teilweise in ihren Zusammenhängen mit den einzelnen Erkrankungen (**Tab. 2**): Desorganisierte Bindung in der Partnerbeziehung war mit Erkrankungen des neurologischen Systems und Hormon- bzw. Stoffwechselerkrankungen assoziiert. Desorganisierte Kindheitsbeschreibungen zeigten deskriptiv kleinere Zusammenhänge mit den einzelnen Erkrankungen, wobei signifikante Assoziationen mit Atemwegserkrankungen, neurologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Urogenitaltrakts und Bluterkrankungen bestanden.

Eine höhere Krankheitslast (operationalisiert über die Zahl der im WAI genannten Erkrankungen) ging sowohl mit desorganisierter Bindung in der Partnerbeziehung ($\beta = 0{,}10$; $p = 0{,}012$) als auch mit desorganisierten Kindheitsbeschreibungen ($\beta = 0{,}12$; $p < 0{,}001$) einher. Auch unter Berücksichtigung der organisierten Bindungsdimensionen Angst und Vermeidung erklärte desorganisierte Bindung zusätzlich einen signifikanten Varianzanteil der Krankheitslast (**Tab. 3**).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte erstmalig Zusammenhänge zwischen selbstbeurteilter desorganisierter Bindung und körperlicher Gesundheit bei Erwachsenen. Sowohl desorganisierte Bindung in der Partnerschaft als auch desorganisierte Kindheitsbeschreibungen waren mit einzelnen Diagnosegruppen und der körperlichen Krankheitslast assoziiert. Diese Ergebnisse bestanden unter Kontrolle der Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Rauchen, Alkoholkonsum und BMI. Es zeigten sich zudem inkrementelle Zusammenhänge zwischen desorganisierter Bindung und körperlicher Gesundheit über die Dimensionen der „organisierten" Bindung, Angst und Vermeidung, hinaus.

Die vorliegenden Befunde replizieren und ergänzen Studien, die Assoziationen zwischen desorganisierten Bindungsrepräsentationen (erfasst mit dem AAI) und einem metabolischen Syndrom (Davis et al. 2014) resp. chronischen Schmerzen (Neumann et al. 2011; Ratnamohan und Kozlowska 2017) berichtet haben. Sie geben erste Hinweise darauf, dass selbstbeurteilte Bindungsdesorganisation in Liebesbeziehungen und desorganisierte Kindheitsbeschreibungen im Zusammenhang mit Erkrankungen des neurologischen Systems stehen könnten. Andere Krankheitsgruppen waren hingegen nur mit der einen oder anderen Methode zur Erfassung von desorganisierter Bindung assoziiert, sodass diese Befunde als vorläufig zu betrachten sind. Es ist hervorzuheben, dass sich in der vorliegenden Untersuchung ein Trend zu einem Zusammenhang von desorganisierter Bindung und Tumor- und Krebserkrankungen abzeichnete (dieser überschritt das Signifikanzniveau nach konservativer Korrektur nach Bonferroni knapp). In der Literatur bestehen Hinweise darauf, dass desorganisierte bzw. ungelöste Bindungsmuster mit der Schwere und Krankheitsverarbeitung von Krebserkrankungen assoziiert sind (Hinnen 2016; Ouakinin et al. 2015; Smith und George 2012). Auffällig ist zudem, dass kardiovaskuläre Erkrankungen mit keiner der beiden Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung desorganisierter Bindung assoziiert waren, obwohl in anderen repräsentativen Studien der Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Herzerkrankungen berichtet worden war (McWilliams und Bailey 2010). Hingegen wurde dieser Zusammenhang auch in einer weiteren Studie zu Bindungsangst und Bindungsvermeidung nicht gefunden (Göbel et al. 2022).

Dass die somatische Morbidität mit Bindungsdesorganisation assoziiert ist, konnte mithilfe beider Selbstbeurteilungsinstrumente bestätigt werden. In diesem Kontext konnte auch der kürzlich publizierte Befund (Göbel et al. 2022) dahingehend repliziert werden, dass Bindungsangst mit der körperlichen Krankheitslast assoziiert ist. Bindungsvermeidung hingegen hatte in der vorliegenden Untersuchung keinen inkrementellen Effekt über das Vorliegen desorganisierter Bindung hinaus.

Trotz der großen Fallzahl und der Berücksichtigung bedeutsamer Risikofaktoren ist methodenkritisch zu bedenken, dass aufgrund des Querschnittdesigns keine Aussagen zur Kausalität der Zusammenhänge möglich sind. Ebenso müssen die möglichen zugrunde liegenden Mechanismen offen bleiben. In weitere Studien sollten daher idealerweise in einem Längsschnittdesign mögliche moderierende oder vermittelnde Variablen auf Verhaltensebene, z. B. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, und auf physiologischer Ebene, z. B. Biomarker für chronisch entzündliche Prozesse (Ehrlich 2019), eingeschlossen werden, um die Zusammenhänge genauer zu klären. Zudem sollte in weiteren Untersuchungen geklärt werden, ob desorganisierte Bindung entsprechend dem Modell von Maunder und Hunter (2001) im Zusammenhang mit dem Verlauf und der Prognose von körperlichen Erkrankungen steht. Als Limitation des eingesetzten WAI ist zu erwähnen, dass die erfassten Krankheitsgruppen relativ grobe Kategorien repräsentieren; in diesen werden Erkrankungen mit sehr unterschiedlichen pathogenetischen Mechanismen zusammengefasst. Somit sollten die Ergebnisse in weiteren Studien

mithilfe feinkörnigerer Methoden überprüft werden. Als weitere Limitation ist zu nennen, dass die körperlichen Erkrankungen per Selbstbeurteilung erfasst wurden; Selbstbeurteilungen können jedoch von ärztlich diagnostizierten Erkrankungen abweichen (Oemrawsingh et al. 2020). Für beide Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung desorganisierter Bindung liegen bislang keine Befunde zur konvergenten Validität (mit AAI oder AAP) vor, weshalb die Ergebnisse als vorläufig betrachtet werden müssen.

Jenseits dieser Methodenkritik geben die vorliegenden Ergebnisse erste Hinweise darauf, dass mithilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten Aspekte von desorganisierter Bindung im Erwachsenenalter, die unabhängig von Bindungsangst und -vermeidung mit der körperlichen Gesundheit im Zusammenhang stehen, erhoben werden können. Weitere Studien sind notwendig, um die konvergente Validität der Skalen ADA und DRS mit Bindungsinterviews (AAI) zu überprüfen. Für die klinische Praxis implizieren die vorgestellten Ergebnisse, dass in der Psychotherapie von bindungsdesorganisierten PatientInnen besonders auf die körperliche Gesundheit zu achten ist. Der Förderung der körperbezogenen Selbstfürsorge (z. B. bei körperlichen Beschwerden rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu stärken, Adhärenz bei somatischen Therapien) kommt bei dieser PatientInnengruppe eine besondere Bedeutung zu.

Fazit für die Praxis

- **Im Erwachsenenalter vorliegende Merkmale einer desorganisierten Bindung gehen mit einer erhöhten körperlichen Krankheitslast einher.**
- **Diese Zusammenhänge bestehen unter Kontrolle verschiedener Risikofaktoren und über das Vorliegen von Bindungsangst und -vermeidung hinaus.**
- **In der psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit Merkmalen einer desorganisierten Bindung sollte die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbstfürsorge berücksichtigt werden.**

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Eva Flemming
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Deutschland
eva.flemming@med.uni-rostock.de

Förderung. Diese Studie wurde dankenswerterweise durch die Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern e. V. finanziell gefördert.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Flemming, L. Lübke, S. Müller und C. Spitzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Beteiligten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N (2008) Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. Value Health 11:509–521

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN (1978) Patterns of attachment; A psychological study of the strange situation. Routledge, New York

Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. Attach Hum Dev 11:223–263

Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 61:226–244

Briere J, Runtz M, Eadie EM, Bigras N, Godbout N (2019) The disorganized response scale: construct validity of a potential self-report measure of disorganized attachment. Psychol Trauma Theory Res Pract Policy 11:486–494

Buchheim A (2017) Bindungsdesorganisation. In: Strauß B, Schauenburg H (Hrsg) Bindung in Psychologie und Medizin. Kohlhammer, Stuttgart

Cassidy J, Mohr JJ (2001) Unsolvable fear, trauma, and psychopathology; theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. Clin Psychol 8(3):275

Dagan O, Asok A, Steele H, Steele M, Bernard K (2018) Attachment security moderates the link between adverse childhood experiences and cellular aging. Dev Psychopathol 30:1211–1223

Davis CR, Usher N, Dearing E, Barkai AR, Crowell-Doom C, Neupert SD, Mantzoros CS, Crowell JA (2014) Attachment and the metabolic syndrome in midlife: the role of interview-based discourse patterns. Psychosom Med 76:611–621

Dybek I, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Meyer C, Hapke U, John U, Broocks A, Hohagen F, Rumpf HJ (2006) The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. J Stud Alcohol Drugs 67:473–481

Ehrenthal J, Dinger U, Lamla A, Funken B, Schauenburg H (2009) Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens „Experiences in Close Relationships – Revised" (ECR-RD). PPmP 59:215–223

Ehrlich KB (2019) Attachment and psychoneuroimmunology. Curr Opin Psychol 25:96–100

Ehrlich KB, Stern JA, Eccles J, Dinh JV, Hopper EA, Kemeny ME, Adam EK, Cassidy J (2019) A preliminary investigation of attachment style and inflammation in African-American young adults. Attach Hum Dev 21:57–69

Engel ML, Gunnar MR (2020) The development of stress reactivity and regulation during human development. Int Rev Neurobiol 150:41–76

Farrell AK, Waters TEA, Young ES, Englund MM, Carlson EE, Roisman GI, Simpson JA (2019) Early maternal sensitivity, attachment security in young adulthood, and cardiometabolic risk at midlife. Attach Hum Dev 21:70–86

Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI (2010) The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. Child Dev 81:435–456

Flemming E, Lübke L, Müller S, Rümler L, Spitzer C (2023) Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D). (Zur Veröffentlichung eingereicht)

Freyer M, Formazin M, Rose U (2019) Factorial validity of the work ability index among employees in Germany. J Occup Rehabil 29:433–442

Friedli T, Villiger PM, Gantschnig BE (2018) Workability for persons with chronic diseases. A systematic review of validity and utility of assessments in German language. Int J Health Prof 5:72–90

George C, West M (2001) The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. Attach Hum Dev 3:30–61

George C, Kaplan N, Main M (1984) Adult attachment interview protokoll. University of California at Berkeley, Berkeley
Göbel P, Flemming E, Mestel R, Spitzer C (2022) Bindung im Erwachsenenalter und körperliche Gesundheit. Psychotherapie 67:414–419
Hasselhorn HM, Müller BH, Freude G, Tempel J, Kaluza S (2005) The Work Ability Index (WAI)—establishment of a German WAI-network. Int Congr Ser 1280:292–295
Hazan C, Shaver P (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol 52:511–524
Hesse E, Main M (2000) Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. J Am Psychoanal Assoc 48:1097–1127
Hinnen C (2016) Adaptation to cancer from the perspective of attachment theory. In: Hunter J, Maunder R (Hrsg) Improving patient treatment with attachment theory. Springer, Berlin Heidelberg, S 75–91
Lyons-Ruth K, Jacobovitz D (2016) Attachment disorganization from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg) Handbook of attachment. Guilford, New York
Main M, Solomon J (1990) Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg MT (Hrsg) Attachment in the preschool years. University of Chicago Press,
Maunder RG, Hunter JJ (2001) Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. Psychosom Med 63:556–567
McWilliams LA, Bailey SJ (2010) Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. Health Psychol 29:446–453
Meredith PJ, Strong J (2019) Attachment and chronic illness. Curr Opin Psychol 25:132–138
Neumann E, Nowacki K, Roland IC, Kruse J (2011) Bindung und somatoforme Störungen. PPmP 61:254–261
Oemrawsingh A, Swami N, Valderas JM, Hazelzet JA, Pusic AL, Gliklich RE, Bergmark RW (2020) Patient-reported morbidity instruments: a systematic review. Value Health 23:791–811
Ouakinin S, Eusebio S, Torrado M, Silva H, Nabais I, Gonçalves G, Bacelar-Nicolau L (2015) Stress reactivity, distress and attachment in newly diagnosed breast cancer patients. Health Psychol Behav Med 3:424–438
Paetzold RL, Rholes WS, Kohn JL (2015) Disorganized attachment in adulthood. Rev Gen Psychol 19:146–156
Pietromonaco PR, Beck LA (2019) Adult attachment and physical health. Curr Opin Psychol 25:115–120
Ratnamohan L, Kozlowska K (2017) When things get complicated: At-risk attachment in children and adolescents with chronic pain. J Clin Child Psychol 22:588–602
Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W (2010) Adult attachment measures: a 25-year review. J Psychosom Res 69:419–432
Smith JD, George C (2012) Therapeutic assessment case study: treatment of a woman diagnosed with metastatic cancer and attachment trauma. J Pers Assess 94:331–344
Strauss B, Altmann U, Schönherr D, Schurig S, Singh S, Petrowski K (2022) Is there an elephant in the room? A study of convergences and divergences of adult attachment measures commonly used in clinical studies. Psychother Res 32:695–709

Abstract

Disorganized attachment and physical health

Background: Attachment research has empirically shown that early relationship experiences are highly relevant not only for the psychosocial but also for the physical development. While associations between the dimensions anxiety and avoidance of "organized" insecure attachment and physical illness are well established, studies on the characteristics of disorganized attachment are so far lacking.
Methods: In a general population random sample of 1101 participants, disorganized attachment in partnerships and disorganized childhood narratives were assessed using self-report measures. Associations with medically diagnosed diseases and overall disease burden were examined by means of regression models. Analyses were conducted controlling for relevant sociodemographic variables and relevant risk factors, i.e., smoking, risky alcohol consumption and body mass index.
Results: With respect to disease groups, neurological diseases were consistently associated with both disorganized attachment in partnerships and self-assessed disorganized childhood narratives. Associations of disorganized attachment with disease burden emerged, which were independent from the dimensions anxiety and avoidance of "organized" insecure attachment.
Discussion: Individuals with disorganized attachment exhibit poorer physical health, although the exact mechanisms should be investigated in further studies. The results indicate that in the psychotherapeutic treatment of these patients, physical health should not be ignored and health-promoting behavior should be reinforced.

Keywords
Unresolved attachment status · Physical illness · Burden of disease · Anxiety · Avoidance

Publikation 3:

Flemming, E., Knorr, S., Lübke, L., Terne, C., & Spitzer, C. (2023). Bindung und seelische Gesundheit von ehemaligen Wochenkrippenkindern. *Die Psychotherapie*, *68*(6), 412-418. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00687-1

Die Psychotherapie
vormals Psychotherapeut

Schwerpunkt: Facetten der Psychotraumatologie – Originalien

Psychotherapie
https://doi.org/10.1007/s00278-023-00687-1
Angenommen: 31. Juli 2023

© Der/die Autor(en) 2023

Bindung und seelische Gesundheit von ehemaligen Wochenkrippenkindern

Eva Flemming · Stefanie Knorr · Laura Lübke · Claudia Terne · Carsten Spitzer

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Material und Methoden**
  Stichproben und Durchführung • Instrumente • Statistische Analysen
- **Ergebnisse**
- **Diskussion**
  Interpretation der Ergebnisse • Limitationen der Studie
- **Resümee**

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine umfangreiche oder andauernde institutionalisierte Betreuung in den ersten Lebensjahren (etwa in Heimen) ist mit einem erhöhten Risiko für spätere psychische Erkrankungen assoziiert. Die Annahmen der Bindungstheorie können für ein Verständnis dieses Zusammenhangs hilfreich sein. In einer Stichprobe von Personen, die im Alter zwischen 0 und 3 Jahren in einer Wochenkrippe in der DDR betreut wurden, werden die Assoziationen zwischen institutionalisierter Betreuung, dem Auftreten späterer psychischer Erkrankungen und Bindungsunsicherheit in den aktuellen Beziehungen untersucht.
Methodik: Anhand von Selbstbeurteilungsfragebogen wurden 80 ehemalige Wochenkrippenkinder (WK, 81,3 % weiblich, Alter: Mittelwert [M] ± Standardabweichung [SD] = 53,8 ± 6,7 Jahre) und eine Vergleichsstichprobe von 192 in der DDR geborenen Personen (VG, 45,3 % weiblich, Alter: M ± SD = 52,2 ± 12,0 Jahre) hinsichtlich der psychischen Belastung und Bindungsdimensionen in Partnerschaften befragt. Mithilfe linearer Regressionsanalysen wurden Zusammenhänge zwischen Wochenkrippenbetreuung und den Ergebnismaßen unter Kontrolle der soziodemografischen Variablen untersucht.
Ergebnisse: Die Gruppenzugehörigkeit (WK/VG) stellte, bezogen auf alle Ergebnismaße, einen signifikanten Prädiktor dar, insbesondere für die Zahl psychischer Problembereiche (Lebenszeit: $\beta = -0{,}71$, aktuell: $\beta = -0{,}49$, jeweils $p < 0{,}001$) und Bindungsvermeidung ($\beta = -0{,}44$, $p < 0{,}001$).
Diskussion: Ehemalige WK weisen ein höheres Maß an selbstbeurteilten psychischen Erkrankungen und Bindungsunsicherheit auf als die VG. Die vorläufigen Ergebnisse dieser Studie haben Implikationen für die Diagnostik und Therapie der Betroffenen. Eine mögliche Verzerrung der Befunde durch die Selbstselektion der Studienteilnehmenden ist bei der Interpretation kritisch zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter
Heimerziehung · Emotionale Vernachlässigung · Bindungsunsicherheit · Psychopathologie · Experiences in Close Relationships Fragebogen

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (https://doi.org/10.1007/s00278-023-00687-1) enthält eine weitere Tabelle zu den Ergebnissen der multiplen linearen Regressionsmodelle.

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

In den Wochenkrippen der DDR wurden Säuglinge ab einem Alter von sechs Wochen werktags Tag und Nacht betreut, weshalb diese Betreuungsform zwischen Heimerziehung und extensiver außerfamiliärer Betreuung zur verorten ist. Bekannt ist, dass Kinder, die ihre ersten Lebensjahre in Heimeinrichtungen verbringen, im Erwachsenenalter eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Diese Zusammenhänge könnten durch Störungen in der Bindungsentwicklung bedingt sein. Bislang ist jedoch zu den Bindungsmustern von Erwachsenen, welche ihre frühe Kindheit in einer Heimumgebung verbracht haben, wenig bekannt. Die Wochenkrippen stellen ein Modell dar, an dem die Assoziationen von emotionaler Deprivation durch eine heimähnliche Betreuung in den ersten Lebensjahren mit dem Bindungserleben und der psychischen Gesundheit im

Published online: 20 September 2023

Erwachsenenalter untersucht werden können.

Einleitung

Institutionalisierte Erziehung in den ersten Lebensjahren ist von verschiedenen Autoren als Trauma im Sinne einer (emotionalen) Deprivation beschrieben worden (Carr et al. 2020; McLaughlin et al. 2017; Dozier et al. 2012). Als institutionalisierte Erziehung wird das Aufwachsen in Heimeinrichtungen, in denen größere Gruppen von Kindern durch wechselndes Personal im Schichtdienst betreut werden, definiert. Da unter diesen Bedingungen keine kontinuierliche stabile Beziehung zu einer primären Bezugsperson möglich ist, geht eine institutionalisierte Betreuung meist mit emotionaler Vernachlässigung einher, auch wenn die körperliche Versorgung der Kinder gegeben ist (Dozier et al. 2012; Lionetti et al. 2015). Kinder, die ihre ersten Lebensjahre in Heimeinrichtungen verbringen, weisen im Erwachsenenalter höhere Raten an psychischen Erkrankungen auf (Kumsta et al. 2017; Golm et al. 2020). Dieser Zusammenhang wird möglicherweise über Schwierigkeiten in den sozialen Beziehungen vermittelt (Golm et al. 2020). Die Bindungsforschung könnte daher zu einem vertieften Verständnis dieser Zusammenhänge beitragen: Ausgehend von den wiederholten frühen Beziehungserfahrungen bilden sich innere Arbeitsmodelle (IAM), die lebenslang prägend für die Gestaltung späterer Beziehungen sind (Bretherton und Munholland 2008). Unsichere IAM umfassen negative Annahmen über das Selbst und Andere und sind mit interpersonalen Problemen und einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen assoziiert (Doyle und Cicchetti 2017).

Die Auswirkungen von Heimerziehung auf die kindliche Bindung sind gut untersucht: Eine Metaanalyse berichtet einen 54 %igen Anteil von Kindern mit desorganisiertem Bindungsverhalten aus institutionalisierter Betreuung (n = 399) im Vergleich zu einem Anteil von 21 % in einer familienbetreuten Kontrollgruppe, wobei sich insbesondere ein Betreuungsbeginn im Laufe des ersten Lebensjahres pathogen auswirkte (Lionetti et al. 2015). Zudem ist bekannt, dass bei einer außerfamiliären Betreuungszeit von mehr als 60 h pro Woche der Anteil der Kleinkinder, die zur Mutter desorganisiert gebunden waren, exponentiell ansteigt. Dieser Effekt ist ab einem Alter von sechs Monaten am stärksten, sodass das zweite Lebenshalbjahr mutmaßlich ein besonders sensitives Zeitfenster für die Bindungsentwicklung darstellt (Hazen et al. 2015). In der Literatur wird jedoch eine hohe Variabilität in der späteren Entwicklung von Kindern mit Heimerfahrung beschrieben, sodass eine frühe institutionalisierte Betreuung einen einflussreichen, aber keinen deterministischen Faktor für die weitere Entwicklung darstellt (Tottenham 2012). Studien mit Pflegekindern zeigen, dass trotz der vorausgehenden deprivierenden Erfahrung in einer Heimumgebung eine sichere Bindung zu den Pflegeeltern im Alter von drei Jahren festgestellt werden konnte und diese wiederum einen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit in der mittleren Kindheit darstellte (McLaughlin et al. 2012). Die Bindungsentwicklung von Heimkindern kann somit durch positiv korrigierende Erfahrungen mit Bezugspersonen in der späteren Kindheit modifiziert werden, wobei der Feinfühligkeit der Bezugsperson eine entscheidende Rolle zukommt (West et al. 2020). Über die Bindungsmuster von Erwachsenen, die die ersten Lebensjahre in einer institutionalisierten Betreuungsform verbrachten, ist bislang jedoch wenig bekannt (Doyle und Cicchetti 2017).

Die Wochenkrippen der DDR stellten eine Betreuungsform dar, die strukturell an der Schnittstelle von institutionalisierter Erziehung und extensiver außerfamiliärer Betreuung verortet werden muss: In diesen Einrichtungen wurden Säuglinge ab einem Alter von sechs Wochen werktags Tag und Nacht betreut und verbrachten nur das Wochenende bei der Familie. Die Entwicklungsbedingungen der Wochenkrippenkinder (WK) waren durch wiederholte Beziehungsabbrüche, lang anhaltende Trennungen von den Eltern und eine kollektivistische Erziehung gekennzeichnet. Hochrechnungen gehen davon aus, dass insgesamt zwischen 1949 und 1989 mehrere Hunderttausend Menschen als Säuglinge in einer Wochenkrippe betreut worden sind (Liebsch 2023). Die Gruppen von durchschnittlich etwa 16 Kindern wurden von zwei Erzieherinnen im Schichtsystem betreut (Schmidt-Kolmer und Kolmer 1970). Laut Zeitzeugenberichten war nachts teilweise nur eine Nachtwache für eine deutlich größere Zahl an Kindern zuständig, und in einigen Fällen wurden Kleinkinder an die Betten fixiert, um aufgrund der fehlenden Aufsicht die Sicherheit der Kinder zu gewährleisten. Darüber hinaus gab es straffe Zeitpläne, sodass beispielsweise für das Füttern der einzelnen Kinder mit der Flasche jeweils 10 min eingeplant waren (Beronneau 2020; Liebsch 2023). Eine feinfühlige Betreuung und individuelle Zuwendung war unter diesen Umständen schwer möglich. Zeitgenössische Untersuchungen zeigten Defizite der WK gegenüber den tagesbetreuten Kindern, insbesondere in der Sprachentwicklung (Schmidt-Kolmer und Grosch 1977; Schmidt-Kolmer und Niebsch 1963). Die möglichen Auswirkungen der Wochenkrippenbetreuung auf die emotionale Entwicklung und die Bindungsentwicklung bleiben jedoch unklar. Da die Wochenkrippen die wesentlichen Merkmale einer institutionalisierten Erziehungsumgebung aufweisen, muss angesichts des oben skizzierten Forschungsstandes angenommen werden, dass eine Wochenkrippenbetreuung einen Risikofaktor für unsicheres Bindungsverhalten beim Kind darstellte. Ausgehend von der bisher unzureichenden Studienlage zu den Langzeitfolgen institutionalisierter Erziehung auf die Bindung und das psychische Befinden untersucht die vorliegende Studie das aktuelle Vorliegen psychischer Erkrankungen sowie unsicherer und desorganisierter Bindung in einer Stichprobe von Erwachsenen, die einen Großteil der ersten drei Lebensjahre in einer Wochenkrippe verbracht haben. Es werden die vorläufigen Ergebnisse aus einer noch laufenden Erhebung berichtet.

Material und Methoden

Stichproben und Durchführung

Ehemalige Wochenkrippenkinder

Über die Website *wochenkinder.de*, Medienberichte und Aufrufe in sozialen Netzwerken wurde ab April 2022 eine Gelegenheitsstichprobe von Personen rekrutiert, die im Alter zwischen null und drei Jahren in einer Wochenkrippe in der DDR betreut worden waren (WK). Vorausset-

zung für die Studienteilnahme war, dass den Teilnehmenden die Betreuung in einer Wochenkrippe eindeutig bekannt war, und dass diese eine Dauer von mindestens drei Monaten umfasst hatte. In einem telefonischen Vorgespräch wurden jeweils die Einschlusskriterien geprüft und biografische Daten erfasst. Im Anschluss wurde den Teilnehmenden ein Fragebogen zugeschickt, in dem Daten u. a. mithilfe der unten genannten Instrumente erhoben wurden. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Rostock genehmigt (A 2022-0026) und unter Einhaltung der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki sowie den Regeln der „good clinical practice" durchgeführt. Die Studie wird gefördert von der Bundesstiftung für Aufarbeitung der SED-Diktatur.

Vergleichsgruppe ehemaliger DDR-BürgerInnen

Als Vergleichsgruppe ehemaliger DDR-BürgerInnen (VG) wurde eine annähernd repräsentative Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, die im Mai 2022 an einer onlinebasierten Umfrage durch das Marktforschungsinstitut respondi & bilendi teilgenommen hatte, herangezogen. Dabei wurden Daten u. a. mithilfe der unten stehenden Instrumente erhoben und die Teilnehmenden gefragt: „Wurden Sie vor 1990 in der ehemaligen DDR geboren?" Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten der Teilstichprobe von Personen ausgewertet, die diese Frage mit „ja" beantwortet hatten. Zudem wurde die überwiegende Betreuungsform in den ersten drei Lebensjahren erfragt. Sechs Personen hatten eine Wochenkrippenbetreuung angegeben und wurden von den Analysen ausgeschlossen, was in einer Vergleichsgruppe von n=192 resultierte (davon n=61 in Tageskrippenbetreuung, n=127 Betreuung ausschließlich in der Familie, n=2 Betreuung durch eine Tagesmutter, n=1 Heimbetreuung, n=1 Sonstiges). Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer A 2021-0268) und durch die Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern finanziell gefördert.

Instrumente

Gesundheitsfragebogen für Patienten – Ultrakurzform

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten – Ultrakurzform (PHQ-4; Kroenke et al. 2009) ist ein Screeninginstrument zur Erfassung der aktuellen psychischen Belastung. Mithilfe von jeweils zwei Items werden auf einer Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag) Depressivität und Ängstlichkeit in den letzten 14 Tagen erfasst. Der Gesamtwert stellt einen Indikator für die aktuelle psychische Belastung dar. Der PHQ-4 ist ein international etabliertes Selbstbeurteilungsinstrument mit guten psychometrischen Kennwerten (Kroenke et al. 2009). In den vorliegenden Stichproben betrug McDonalds ω 0,86 für die WK und 0,91 für die VG.

Somatic Symptom Scale-8

Die Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8; Gierk et al. 2014) ist eine Kurzform des Patient Health Questionnaire-15 (Kroenke et al. 2009) zur Selbstbeurteilung körperlicher Beschwerden. Acht häufige körperliche Beschwerden werden mit jeweils einem Item im Hinblick auf die subjektive Belastung in den letzten sieben Tagen auf einer Skala von 0 (gar nicht vorhanden) bis 4 (sehr stark) eingeschätzt. Die SSS-8 ist ein gut evaluiertes Instrument, das in einer großen Allgemeinbevölkerungsstichprobe eine hohe Reliabilität und Validität aufwies (Gierk et al. 2014). McDonalds ω betrug in der vorliegenden Studie 0,86 (WK) und 0,85 (VG).

Composite International Diagnostic Screener (A und B)

Der Selbstbeurteilungsfragebogen Composite International Diagnostic Screener (CID-S; Wittchen et al. 1999) ist ein Screeninginstrument zur Erfassung der häufigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen. Das Instrument umfasst zwölf Items, basierend auf den diagnostischen Kernfragen des Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Das Screening unterscheidet nach Lebenszeitdiagnosen (A) und Diagnosen, die im Laufe der letzten zwölf Monate erfüllt waren (B). Der CID-S wies in einer Untersuchung mit dem CIDI (Wittchen et al. 1999) eine hohe Sensitivität (A: 85,3 %, B: 80,7 %) und einen hohen negativen prädiktiven Wert auf (A: 92,0 %, B: 85,1 %). In der vorliegenden Untersuchung wird die Zahl der erfüllten Screeningdiagnosen (Lebenszeit und im letzten Jahr) als Ergebnismaß für das Vorliegen psychischer Erkrankungen herangezogen.

Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung

Der Fragebogen Experiences in Close Relationships – revidierte deutsche Fassung (ECR-RD) erfasstmittels Selbstbeurteilung partnerschaftsbezogene Bindungsdimensionen von Erwachsenen (Ehrenthal et al. 2009). Die Mittelwerte von jeweils 18 Items, die auf einer Likert-Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 7 (stimme völlig zu) eingeschätzt werden, bilden die beiden Skalen *bindungsbezogene Angst* (*BANG*) und *bindungsbezogene Vermeidung* (*BVER*). Der ECR-RD ist ein im deutschen Sprachraum häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung von Bindung im Erwachsenenalter, das in gesunden und klinischen Stichproben gute psychometrische Kennwerte aufweist (Ehrenthal et al. 2009). In der Stichprobe der WK betrug die interne Konsistenz der Skalen ω = 0,95 (BANG) und ω = 0,92 (BVER); in der VG ω = 0,91 für beide Subskalen.

Adult Disorganized Attachment Scale

Die Adult Disorganized Attachment Scale (ADA; Paetzold et al. 2015) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das desorganisierte Bindungsstrategien in Liebesbeziehungen erfasst. Neun Items werden auf einer Skala von 1 (starke Ablehnung) bis 7 (starke Zustimmung) eingeschätzt und anschließend gemittelt. Eine höhere Ausprägung der ADA ist mit dem Vorliegen von psychischen Störungen assoziiert, unabhängig von Bindungsangst und Bindungsvermeidung (Paetzold et al. 2015). Das Instrument zeigte sowohl im amerikanischen Original (Paetzold et al. 2015) als auch in der deutschsprachigen Übersetzung (Flemming et al. 2023) gute psychometrische Kennwerte. In der vorliegenden Stichprobe betrug die interne Konsistenz ω = 0,90 (WK) und ω = 0,91 (VG).

Tab. 1 Demografische Daten und Skalenkennwerte der Stichproben

	Wochenkrippengruppe (n = 80)	Vergleichsgruppe (n = 192)
Alter (Jahre; M ± SD [Min.–Max.])	53,78 ± 6,7 (38–71)	52,21 ± 12,01 (33–74)
Weibliches Geschlecht (Anteil [%])	81,3	45,3
Familienstand (Anteil [%])		
Ledig, ohne Partnerschaft	18,8	15,6
Verheiratet/in Partnerschaft	53,8	71,4
Geschieden, getrennt oder verwitwet	27,5	13,0
Höchster Schulabschluss (Anteil [%])		
Hauptschulabschluss/8. Klasse	–	4,7
Realschulabschluss/10. Klasse POS	38,7	47,4
Fachabitur/Abitur/EOS	61,3	47,9
Skalen (M ± SD)		
PHQ-4	5,36 ± 3,17	1,95 ± 2,78
SSS-8	11,34 ± 6,82	6,97 ± 5,91
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S		
– Lebenszeit	7,15 ± 2,47	2,05 ± 1,92
– 12 Monate	3,93 ± 3,05	1,01 ± 1,72
ECR-RD		
– BANG	4,01 ± 1,51	2,58 ± 1,18
– BVER	3,81 ± 1,25	2,57 ± 1,19
ADA	3,37 ± 1,47	2,07 ± 1,19

ADA Adult Disorganized Attachment, *BANG* Bindungsangst, *BVER* Bindungsvermeidung, *CID-S* Composite International Diagnostic Screener, *ECR-RD* Experiences in Close Relationships – revidierte deutschsprachige Version, *EOS* Erweiterte Oberschule (DDR), *M* Mittelwert, *PHQ-4* Patient Health Questionnaire Ultrakurzform, *POS* Polytechnische Oberschule (DDR), *SD* Standardabweichung, *SSS-8* Somatic Symptom Scale-8

Statistische Analysen

Beide Stichproben wurden hinsichtlich der Verteilung soziodemografischer Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung) analysiert und die Unterschiede der Verteilung zwischen den Stichproben mithilfe von U-Test bzw. χ^2-Test überprüft. Die deskriptiven Skalenkennwerte der genannten Instrumente wurden jeweils getrennt für beide Stichproben ermittelt. Mithilfe hierarchischer linearer Regressionsmodelle wurden die Zusammenhänge der Gruppenzugehörigkeit (WK/VG) mit den Ergebnismaßen PHQ-4 und SSS-8, der Anzahl der positiven Screenings für Diagnosen im CID-S (A und B), den Subskalen der ECR-RD Bindungsangst (BANG) und Bindungsvermeidung (BVER) sowie ADA ermittelt. Dazu wurden die genannten Skalen jeweils als abhängige Variablen eingeschlossen. Als Prädiktoren wurden im ersten Schritt die soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung) und im zweiten Schritt zusätzlich die Variable Gruppe (WK/VG) berücksichtigt. Es werden die Varianzaufklärung von Schritt 1 und die zusätzliche Varianzaufklärung in Schritt 2 berichtet, außerdem die Regressionskoeffizienten für die Variable Gruppe (B und Standardfehler sowie β). Zudem wurde mithilfe des Variance Inflation Factor (VIF) auf Multikollinearität überprüft. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0{,}05$ festgelegt.

Ergebnisse

In der WK-Stichprobe waren 61,5 % der Personen vor dem Alter von drei Monaten in die Krippe gekommen (in der Mehrzahl der Fälle im Alter von sechs oder acht Wochen), 16,6 % zwischen dem 4. und dem 12. Lebensmonat sowie 14,1 % ab einem Alter von einem Jahr. Die durchschnittliche Dauer der Wochenkrippenbetreuung betrug in der untersuchten Stichprobe 25,5 ± 10,6 Monate. Die deskriptiven Skalenkennwerte und die soziodemografischen Angaben der beiden Stichproben sind in **Tab. 1** aufgeführt. Die WK-Stichprobe unterschied sich hinsichtlich des Anteils an weiblichen Personen von der VG ($\chi^2 = 29{,}58$, $p < 0{,}001$). In Bezug auf das Alter bestand kein Unterschied zwischen den Gruppen ($U = 7152$, $p = 0{,}461$). Es zeigten sich Differenzen bei der Verteilung des Familienstands ($\chi^2 = 9{,}83$, $p = 0{,}007$) und des Bildungsgrades zwischen den Gruppen ($\chi^2 = 6{,}63$, $p = 0{,}036$). Deskriptiv wies die WK-Stichprobe jeweils höhere Ausprägungen allen untersuchten Skalen zur Erfassung des Vorliegens psychischer Erkrankungen und unsicherer/desorganisierter Bindung auf als die VG.

Die Ergebnisse der hierarchischen linearen Regressionsmodelle mit der jeweiligen Varianzaufklärung und den Regressionskoeffizienten des Prädiktors Gruppe (WK/VG) sind in **Tab. 2** ersichtlich. Aus Platzgründen findet sich die vollständige Darstellung der Koeffizienten für alle Prädiktoren (Gruppe, Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung) im Zusatzmaterial online: Tabelle OA. Im ersten Schritt der jeweiligen Modelle war das Geschlecht ein signifikanter Prädiktor für alle Ergebnismaße. Adult Disorganized Attachment und Bindungsangst waren mit dem Alter assoziiert und die somatischen Beschwerden mit der Schulbildung. Der Einschluss der Gruppenvariable (0 ≙ WK, 1 ≙ VG) in Schritt 2 zeigte für alle Ergebnismaße eine signifikante zusätzliche Varianzaufklärung zu den soziodemografischen Variablen. Für die abhängigen Variablen PHQ-4, CID-S, Bindungsvermeidung und ADA erzielte der Einschluss der Gruppenvariable jeweils eine größere Varianzaufklärung als die Soziodemografie. Hinsichtlich der Regressionskoeffizienten stand die Wochenkrippenbetreuung mit allen Ergebnismaßen in einem signifikanten Zusammenhang; dieser war bezüglich der Anzahl der positiven Screenings für die Lebenszeitdiagnosen am höchsten ($\beta = -0{,}71$, $p < 0{,}001$) und für die somatische Beschwerden am geringsten ($\beta = -0{,}26$, $p < 0{,}001$). Die Zusammenhänge der Ergebnismaße mit den soziodemografischen Variablen, insbesondere dem Geschlecht, waren im zweiten Modellschritt deskriptiv schwächer oder nicht mehr signifikant (Zusatzmaterial online: Tabelle OA). Das Vorliegen von Multikollinearität konnte ausgeschlossen wer-

Tab. 2 Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsmodelle (n =272): Zusammenhang der Variable Gruppe (Wochenkrippe ≙ 0, Vergleichsgruppe ≙ 1) mit den Ergebnismaßen unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Familienstand und Schulbildung

	Modell		Koeffizienten	
	R^2	ΔR^2	B ± SE Gruppe	β Gruppe
PHQ-4, Gesamt	0,118**	0,175**	−3,31 ± 0,41	−0,46**
Somatic Symptom Scale-8	0,144**	0,057**	−3,69 ± 0,85	−0,26**
Anzahl positiver Screenings für Diagnosen im CID-S				
– Lebenszeit	0,140**	0,436**	−4,92 ± 0,30	−0,71**
– 12 Monate	0,110**	0,208**	−2,77 ± 0,31	−0,49**
ECR-RD				
– BANG	0,167**	0,135**	−1,26 ± 0,18	−0,40**
– BVER	0,061*	0,165**	−1,29 ± 0,17	−0,44**
ADA	0,092**	0,149**	−1,29 ± 0,18	−0,42**

Multiple lineare Regression: Einschluss 1. Schritt: Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand; 2. Schritt: Gruppe (0 ≙ Wochenkrippe, 1 ≙ Vergleichsgruppe)
ΔR^2 zusätzliche Varianzaufklärung durch Einschluss der Variable Gruppe in Schritt 2, *ADA* Adult Disorganized Attachment, *Adj.* R^2 korrigiertes R-Quadrat, *B* unstandardisierter Koeffizient, *BANG* Bindungsangst, *BVER* Bindungsvermeidung, *CID-S* Composite International Diagnostic Screener, *ECR-RD* Experiences in Close Relationships – revidierte deutschsprachige Version, *PHQ-4* Patient Health Questionnaire Ultrakurzform, *SE* Standardfehler, *β* standardisierter Koeffizient
Signifikanzniveau: *$p < 0{,}01$, **$p < 0{,}001$

den, da der VIF in allen untersuchten Modellen unter 2 lag.

Diskussion

Interpretation der Ergebnisse

Die vorläufigen Ergebnisse aus einer noch laufenden Studie legen Zusammenhänge zwischen einer wochenweisen Krippenbetreuung und deutlich erhöhten Ausprägungen in der Psychopathologie im Erwachsenenalter im Vergleich zu anderen Betreuungsformen (Tageskrippe oder Familie) nahe. Eine frühe wochenweise Betreuung war assoziiert mit der generellen psychischen Belastung, aktuellen somatoformen Beschwerden sowie der Zahl der psychischen Problembereiche, für die sowohl aktuell als auch (retrospektiv) im Lebensverlauf positiv gescreent wurde. Diese Zusammenhänge bestanden unter Kontrolle der soziodemografischen Unterschiede zwischen den Stichproben. Diese vorläufigen Ergebnisse sind grundsätzlich vereinbar mit den bisherigen Befunden zur Assoziation zwischen früher institutionalisierter Erziehung und dem Auftreten emotionaler Schwierigkeiten im Erwachsenenalter (Golm et al. 2020; Kumsta et al. 2017). Für diesen Zusammenhang sind in der Literatur verschiedene mögliche Entwicklungspfade beschrieben worden, wobei u. a. der Dysregulation der hormonellen Stressantwort durch emotionale Deprivation in den ersten Lebensjahren eine wichtige Rolle zukommt (Blaisdell et al. 2019). Diese steht wiederum mit einer erhöhten Stresssensitivität und einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen im späteren Lebensalter im Zusammenhang (Murphy et al. 2022). Insbesondere eine Dauer von mehr als sechs Monaten in der Heimbetreuung könnte einen Risikofaktor sowohl für spätere hormonelle Dysregulation als auch das Vorliegen psychischer Erkrankungen darstellen (Kumsta et al. 2017). Die in der vorliegenden Studie befragten Personen hatten durchschnittlich mehr als zwei Jahre in der Wochenkrippe verbracht, was einen tiefgreifenden Einfluss dieser Betreuungsform auf die weitere Entwicklung nahelegt. Darüber hinaus wurde der überwiegende Teil der untersuchten Personen im Laufe des ersten Lebensjahres in die Wochenkrippe aufgenommen, wobei dies als ein kritischer Zeitraum für die Bindungsentwicklung gilt und eine extensive außerfamiliäre Betreuung in dieser Zeit das Risiko von desorganisiertem Bindungsverhalten beim Kind erhöht (Hazen et al. 2015). Die WK wiesen in der vorliegenden Untersuchung erhöhte Ausprägungen in unsicherer und desorganisierter Bindung in den aktuell bedeutsamen Beziehungen auf. Diese Ergebnisse lassen sich im Rahmen des Modells der selbstorganisatorischen Entwicklung (Cicchetti 2016; Doyle und Cicchetti 2017) verstehen: Die Qualität der frühkindlichen Bindung beeinflusst das Gelingen der weiteren sozioemotionalen Entwicklungsschritte im Verlauf der Kindheit (u. a. Aufbau von Freundschaften, Verstehen der sozialen Signale Gleichaltriger) und des jungen Erwachsenenalters (etwa positives Selbstbild in romantischen Beziehungen, Konfliktlösefähigkeit; Doyle und Cicchetti 2017). Sowohl die weitgehend institutionalisierte Betreuung mit (überwiegend) mangelnden Ressourcen für individuelle und emotionale Zuwendung als auch die wiederholten Trennungserfahrungen können bei ehemaligen WK zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von unsicheren inneren Arbeitsmodellen von Bindung geführt haben. Dies kann im Sinne des oben beschriebenen Modells (Doyle und Cicchetti 2017) Folgen für die weiteren sozialen Lernerfahrungen dahingehend gehabt haben, dass bestimmte interpersonale Kompetenzen (Vertrauen in Andere, um Hilfe bitten, sich aus schwierigen Beziehungen lösen können) nicht ausreichend erworben werden konnten und korrigierende Beziehungserfahrungen im späteren Lebensalter weniger wahrscheinlich werden. Auch wenn diese Zusammenhänge aufgrund fehlender Längsschnittdaten nicht überprüft werden können, bietet das beschriebene Modell einen Rahmen, um das unsichere Bindungserleben der ehemaligen WK in den aktuellen Beziehungen zu erklären. Die Ergebnisse stehen außerdem im Einklang mit den bisherigen Fallstudien und biografischen Interviews mit ehemaligen WK, die insbesondere Bindungsschwierigkeiten in Form von fehlendem Vertrauen in das Selbst und in Andere beschrieben haben (Beronneau 2020; Liebsch 2023). Ebenso, wie für die Heimerziehung beschrieben (Tottenham 2012), stellt auch der Besuch einer Wochenkrippe einen zwar mutmaßlich einflussreichen, jedoch nicht deterministischen Faktor für die Bindungsentwicklung dar. Es ist vorstellbar, dass der Aufbau einer sicheren Bindung zu mindestens einem Elternteil, einer Krippenerzieherin oder einer anderen Person für einen Teil der WK einen pro-

tektiven Faktor hinsichtlich der späteren psychischen Gesundheit darstellte. Hierfür kann die Erhebung von Bindungsrepräsentanzen mithilfe des Adult Attachment Interview aufschlussreich sein; diese ermöglichen einen Rückschluss auf die inneren Arbeitsmodelle von Bindung. Sichere Bindungsrepräsentanzen könnten einen moderierenden Faktor für den Zusammenhang zwischen früherer Wochenkrippenbetreuung und dem späteren Vorliegen psychischer Erkrankungen darstellen.

Limitationen der Studie

Die Frage nach der Auswirkung von sicheren Bindungsrepräsentanzen bei WK muss auf Grundlage der vorliegenden Daten offen bleiben, da mit den ECR-RD ein spezifischer Aspekt von Bindung, d. h. selbstbeurteilte Bindungsdimensionen in der Partnerschaft, erfasst wurde. Auch wenn selbstbeurteilte Bindungsunsicherheit in den romantischen Beziehungen eng mit der psychischen Belastung korreliert (Flemming et al. 2022), ist die Konvergenz mit dem Adult Attachment Interview zur Erfassung der Bindungsrepräsentanz moderat (Strauss et al. 2022).

Darüber hinaus müssen weitere Limitationen der Studie diskutiert werden: Aufgrund des Studiendesigns lassen die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die Kausalität der gefundenen Zusammenhänge zu. Die Auswahl der Studienteilnehmenden erfolgte mithilfe der Selbstselektion, daher könnten sich in erster Linie Personen, die sich stärker belastet fühlten, zur Studienteilnahme gemeldet haben. Jedoch gab es auch ProbandInnen, die auf die Frage nach der Teilnahmemotivation angaben, durch ihre als positiv erlebten Lebensgeschichten einer negativen Darstellung der Wochenkrippen entgegenwirken zu wollen. Zudem lassen sich Erinnerungsverzerrungen (etwa bei der retrospektiven Erfassung psychischer Probleme über die Lebensspanne hinweg) nicht ausschließen. Weiterhin sollten zukünftige Untersuchungen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis anstreben.

Resümee

Trotz oben genannter Einschränkungen sind die dargestellten Ergebnisse perspektivisch für die klinische Praxis relevant: Bei PatientInnen, die vor 1990 in der DDR geboren wurden, sollte die Möglichkeit einer Wochenkrippenbetreuung berücksichtigt und ggf. in der Anamnese direkt erfragt werden. Unsicheres Bindungserleben in den aktuellen Beziehungen könnte der Symptomatik zugrunde liegen und ein wichtiger Fokus der Behandlung sein. Der therapeutischen Beziehung kann in der Behandlung ehemaliger WK im Sinne einer sicheren und haltgebenden korrigierenden Beziehungserfahrung eine besondere Bedeutung zukommen. Vertiefende Untersuchungen in größeren Stichproben sind notwendig, um diese ersten Befunde zu überprüfen und differenzierte Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie von PatientInnen mit Wochenkrippenerfahrung ableiten zu können.

Fazit für die Praxis

- **Ehemalige Wochenkrippenkinder weisen, auch unter Kontrolle soziodemografischer Variablen, ein höheres Risiko für spätere psychische Erkrankungen auf als eine Vergleichsgruppe von Personen, die vor 1990 in der DDR geboren sind.**
- **Eine mögliche Wochenkrippenbetreuung sollte bei PatientInnen aus der ehemaligen DDR in der psychotherapeutischen Anamnese erfragt und ggf. in der Behandlung berücksichtigt werden.**
- **Größere Stichproben mit ausgewogenem Geschlechterverhältnis sind notwendig, um diese ersten vorläufigen Ergebnisse zu überprüfen.**

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Eva Flemming
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Deutschland
eva.flemming@med.uni-rostock.de

Förderung. Die Studien wurden gefördert von der Bundesstiftung für Aufarbeitung der SED-Diktatur (SO-025-2022, Ms Eva Flemming) und der Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern (Ms Eva Flemming).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Flemming, S. Knorr, L. Lübke, C. Terne und C. Spitzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Studienteilnehmenden liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

Beronneau A (2020) Kinderkrippen in der DDR. PTH 25:45–61
Blaisdell KN, Imhof AM, Fisher PA (2019) Early adversity, child neglect, and stress neurobiology. Int J Dev Neurosci 78:139–146
Bretherton I, Munholland KA (2008) The internal working model construct in light of contemporary neuroimaging research. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg) Handbook of attachment. Guilford, New York, S 63–90
Carr A, Duff H, Craddock F (2020) A systematic review of reviews of the outcome of severe neglect in underresourced childcare institutions. TVA 21:484–497
Cicchetti D (2016) Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Annu Rev Psychol 67:187–211
Doyle C, Cicchetti D (2017) From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. Clin Psychol 24:203–217
Dozier M, Zeanah C, Wallin AR, Shauffer C (2012) Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. Soc Issues Policy Rev 6:1–25

Ehrenthal J, Dinger U, Lamla A, Funken B, Schauenburg H (2009) Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships – Revised" (ECR-RD). PPmP 2009:215–223
Flemming E, Lübke L, Müller S, Rümler L, Spitzer C (2023) Validierung der deutschsprachigen Version der Adult Disorganized Attachment Scale (ADA-D). Psychother Psych Med 73:1–7
Flemming E, Lübke L, Müller S, Lorenzen V, Spitzer C (2022) Bindungsdimensionen im Erwachsenenalter – beziehungsspezifische Unterschiede und ihre Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit. Psychotherapie 67:493–500
Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B (2014) The somatic symptom scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med 174:399–407
Golm D, Maughan B, Barker ED, Hill J, Kennedy M, Knights N, Kreppner J, Kumsta R, Schlotz W, Rutter M, Sonuga-Barke EJS (2020) Why does early childhood deprivation increase the risk for depression and anxiety in adulthood? A developmental cascade model. J Child Psychol Psychiatry 61:1043–1053
Hazen NL, Allen SD, Christopher CH, Umemura T, Jacobvitz DB (2015) Very extensive nonmaternal care predicts mother-infant attachment disorganization: Convergent evidence from two samples. Dev Psychopathol 27:649–661
Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B (2009) An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. Psychosomatics 50:613–621
Kumsta R, Schlotz W, Golm D, Moser D, Kennedy M, Knights N, Kreppner J, Maughan B, Rutter M, Sonuga-Barke E (2017) HPA axis dysregulation in adult adoptees twenty years after severe institutional deprivation in childhood. Psychoneuroendocrinology 86:196–202
Liebsch H (2023) Wochenkinder in der DDR; Gesellschaftliche Hintergründe und individuelle Erfahrungsberichte. Psychosozial-Verlag, Gießen
Lionetti F, Pastore M, Barone L (2015) Attachment in institutionalized children: a review and meta-analysis. Child Abuse Negl 42:135–145
McLaughlin KA, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA (2012) Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. J Child Psychol Psychiatry 53:46–55
McLaughlin KA, Sheridan MA, Nelson CA (2017) Neglect as a violation of species-expectant experience: Neurodevelopmental consequences. Biol Psychiatry 82:462–471
Murphy F, Nasa A, Cullinane D, Raajakesary K, Gazzaz A, Sooknarine V, Haines M, Roman E, Kelly L, O'Neill A, Cannon M, Roddy DW (2022) Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: A targeted literature synthesis. Front Psychiatry. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.748372
Paetzold RL, Rholes WS, Kohn JL (2015) Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. Rev Gen Psychol 19:146–156
Schmidt-Kolmer E, Grosch C (Hrsg) (1977) Zum Einfluß von Familie und Krippe auf die Entwicklung von Kindern in der frühen Kindheit. Volk u. Gesundheit, Berlin
Schmidt-Kolmer E, Kolmer ES (Hrsg) (1970) Pädagogische Aufgaben und Arbeitsweise der Krippen. Volk u. Gesundheit, Berlin
Schmidt-Kolmer E, Niebsch G (1963) Der Einfluß der Lebensbedingungen auf die Entwicklung des Kindes im Vorschulalter. Akademie, Berlin
Strauss B, Altmann U, Schönherr D, Schurig S, Singh S, Petrowski K (2022) Is there an elephant in the room? A study of convergences and divergences of adult attachment measures commonly used in clinical studies. Psychother Res 32:695–709
Tottenham N (2012) Risk and developmental heterogeneity in previously institutionalized children. J Adolesc Health 51:29–33
West D, Vanderfaeillie J, van Hove L, Gypen L, van Holen F (2020) Attachment in family foster care: Literature review of associated characteristics. Dev Child Welf 2:132–150
Wittchen H-U, Höfler M, Gander F, Pfister H, Storz S, Üstün B, Müller N, Kessler RC (1999) Screening for mental disorders: performance of the Composite International Diagnostic–Screener (CID–S). Int J Method Psychiat Res 8:59–70

Abstract

Attachment and mental health of former *Wochenkrippenkinder* (children in day and night nursery care)

Background: An extensive or enduring institutionalized care in the early years of life (such as residential care) is associated with an increased risk of later mental illnesses. The assumptions of the attachment theory can be helpful in understanding this association. Drawing on a sample of individuals who were cared for between the age of 0 and 3 years in weekly nursery care in the German Democratic Republic (GDR, *Wochenkrippenkinder*), the associations between institutionalized care and the psychopathology and attachment insecurity in current relationships were examined.
Method: A sample of 80 former GDR *Wochenkrippenkinder* (WK 81.3% female, age: mean, M ± standard deviation, SD = 53.8 ± 6.7 years) and a comparison sample of 192 individuals born in the GDR (VG 45.3% female, age: M ± SD = 52.2 ± 12.0 years), were assessed using a self-report questionnaire regarding the psychological burden and attachment dimensions in partnerships. Linear regression analyses were used to examine associations between weekly nursery care and outcome measures, controlling for sociodemographic variables.
Results: The group affiliation (WK/VG) was a significant predictor with respect to all outcome measures, especially for the number of mental problem areas (lifespan: beta = –0.71 and currently: beta = –0.49, both $p < 0.001$) and attachment avoidance (beta = –0.44, $p < 0.001$).
Discussion: Former *Wochenkrippenkinder* show higher levels of self-rated mental illnesses and attachment insecurity in romantic relationships than a comparison group of individuals from the former GDR. The preliminary results of this study have implications for the diagnostics and treatment of the individuals concerned. A possible bias of the findings due to self-selection of the study participants has to be critically considered in the interpretation.

Keywords
Institutional rearing · Emotional neglect · Insecure attachment · Psychopathology · Experiences in Close Relationships questionnaire

Lebenslauf

Eva Flemming

geb. am 23.08.1987
zwei Kinder (geb. 2013 und 2019)

Kontakt:
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
T 0381 494 9556
M eva.flemming@med.uni-rostock.de

Berufliche Tätigkeit

Seit 01/2020	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock *Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungs- und Lehrtätigkeiten*
10/2017 - 12/2019	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock *Stationspsychologin PS 8 (Schwerpunkt Psychosen)*
05/2015 – 11/2016	Klinik für Psychiatrie, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin *Psychologin im Praktikum, Station 4 (Schwerpunkt affektive Erkrankungen)*
09/2014 – 09/2016	Klinik für Psychiatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin *Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „*Neuronale Korrelate der Emotionsverarbeitung bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens“

Akademischer Werdegang

04/2009 – 04/2014	Diplomstudiengang Psychologie - Universität Wien *Diplomarbeit:* Erziehung und die neuronale Verarbeitung von Emotion. Eine fMRT-Studie zu individuellen Unterschieden bei Jugendlichen (Note: 1,0)
10/2007 - 03/2009	Bachelorstudiengang Literaturwissenschaft – Freie Universität Berlin
08/1999 - 06/2006	Humboldt-Gymnasium Potsdam

Weiterbildungen

seit 08/2014	Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (berufsbegleitend) am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern (IPPMVe.V.) *Durchführung von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen unter Supervision*
02/2020 – 08/2021	Training und Zertifizierung als Auswerterin des Adult Attachment Interviews (AAI); Trainerinnen: Prof. Fischer-Kern/ Dr Tmej

Lehrtätigkeit

seit 2020	Medizinische Fakultät der Universität Rostock: *Praktikum Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
2018 – 2019	Medizinische Fakultät der Universität Rostock: *Blockpraktikum Psychiatrie: Diagnostik und Testtheoretische Grundlagen*

Eingeworbene Drittmittel/ Stipendien

01/2022 – 12/2023	Projektförderung der Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur *Projekt:„Bindung und seelische Gesundheit ehemaliger Wochenkrippenkinder“*
01/2022 – 12/2022	Forschungsstipendium der Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern e.V. *Projekt „Desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter“*
2012	Leistungsstipendium der Universität Wien

Rostock, 28.03.2024

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Dies sind insbesondere mein Betreuer Prof. Carsten Spitzer und meine Kolleg:innen Laura Lübke, Sascha Müller, Stefanie Knorr und Michaela Giermann, die mich fachlich, praktisch und persönlich bei dieser Arbeit und darüber hinaus unterstützt haben. Vielen Dank dafür an Euch!

Außerdem geht mein herzlicher Dank an Dagmar und Mike Flemming für das aufmerksame Lesen und die sprachliche Korrektur des Texts.

Förderung

Des Weiteren bedanke ich mich bei den Fördermittelgebern, die zur Finanzierung und damit der Durchführung der Studien wesentlich beigetragen haben:

- Forschungsförderung der Gesellschaft für Nervenheilkunde Mecklenburg-Vorpommern e.V. (für das Projekt: „Desorganisierte Bindung im Erwachsenenalter“, beantragt von Eva Flemming)
- Bundesstiftung für Aufarbeitung der SED-Diktatur (für das Projekt: „Bindung und seelische Gesundheit ehemaliger Wochenkrippenkinder“, beantragt von Eva Flemming)