

Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) (2002) Klinische Bindungs-
Forschung. *Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 9-16*

Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie

Eva-Maria Biermann-Ratjen und Jochen Eckert

Carl Rogers war wie Bowlby Kindertherapeut. Er hatte seine erste Anstellung als Psychologe in einer Einrichtung für die Behandlung von schwierigen Kindern, und eines seiner ersten Bücher heißt: "The Clinical Treatment of the Problem Child" (Rogers, 1939). Schon in der Einleitung zu diesem Buch sagt er: "Wir müssen uns mit dem Kind befassen und nicht Verallgemeinerungen aus seinem Verhalten ziehen ". Er grenzte sich mit diesem, wie er ihn später nannte, nichtdirektiven Ansatz nicht nur von seinen meistens psychoanalytisch vorgebildeten Kollegen ab, deren Denken ihm - wie später Bowlby - ebenfalls als von abstrakten Fiktionen bezüglich dessen, was kindliches Verhalten motiviert, bestimmt erschien. Er wollte damit auch und vor allem, wie später die Bindungsforscher, betonen, daß es darauf ankommt, genau zu beobachten.

Rogers hat auch deshalb die nichtdirektive Beratung empfohlen, weil er immer wieder die Erfahrung gemacht hatte, daß sich der sogenannte therapeutische Prozess umso besser entwickelt, je weniger der Therapeut - auch unbewußt - von und für seinen Klienten etwas anderes will, als ihn empathisch in seinem Inneren Bezugsrahmen zu verstehen und ihn dabei tatsächlich und fühlbar und ohne Bedingungen - wertschätzen zu können. In einem therapeutischen Prozess, der zu guten Therapieergebnissen führt, erlebt sich der an ihm beteiligte Therapeut als empathisch verstehend und als den Klienten nicht bewertend, d.h. mitfühlend und frei von dem Wunsch, den Klienten zu ändern.

Rogers, der ja nicht auf der Suche nach effektiven Behandlungsmethoden sondern nach den natürlichen Bedingungen für günstige Entwicklungen war (vgl. Rogers, 1957; 1959, Höger, 1990) hat diese Erfahrungen in einer Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Ingangsetzen und die Aufrechterhaltung des Therapeutischen Prozesses zusammengefaßt und dabei - was später auch Bowlby getan hat - auf die zentrale Rolle der Angst in der psychischen Entwicklung hingewiesen.

Nach der ersten Bedingung: "Zwei Menschen sind in einem psychologischen Kontakt, der je eine bedeutet eine Veränderung des Erfahrungsfeldes des anderen" führt Rogers als zweite Bedingung für den therapeutischen Prozeß an: "Der ... Klient ist inkongruent: mit sich selbst uneins, verletzlich, ängstlich." Inkongruenz bedeutet, daß eine Person mit Erfahrung beschäftigt ist, die ihr Selbstkonzept infragestellt. Wenn einer Person nicht bewußt ist, daß sie Inkongruenz erlebt, dann befindet sie sich in einem Spannungszustand, der als Angst bekannt ist (vgl. Rogers, 1957, S. 96 und Biermann-Ratjen et al., 1997, S.35).

Die Kongruenz des Therapeuten und damit seine Freiheit von Angst in der Beziehung zum Klienten nennt Rogers als dritte der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess. Daß der Therapeut fühlt, daß er den Klienten wertschätzt, wird als vierte Bedingung und daß er den Klienten empathisch versteht, als fünfte genannt. Die sechste Bedingung für den therapeutischen Prozeß ist schließlich, daß es dem Therapeuten gelingt, dem Klienten mitzuteilen, daß er ihn empathisch versteht und unbedingt wertschätzt.

Carl Rogers und mit ihm die Gesprächspsychotherapeuten nehmen an, daß im psychotherapeutischen Prozeß Erfahrungen gemacht werden, die zur Weiterentwicklung des Selbstkonzepts führen. Und sie nehmen ferner an, daß die Selbstkonzeptentwicklung in der frühen Kindheit an dieselben notwendigen und hinreichenden Bedingungen geknüpft ist, die auch für den therapeutischen Prozeß gelten. Auch in der kindlichen Entwicklung werden von Anfang an nur unter bestimmten sozialen Bedingungen Erfahrungen in ein Selbstkonzept integriert: Und zwar werden potentiell bewußtseinsfähige und potentiell ängstigende Erfahrungen dann in ein Selbstkonzept integriert, wenn sich das Kind im Moment dieser Erfahrungen in einer Beziehung erlebt, in der es in diesen Erfahrungen und vor allem in seiner eigenen Bewertung dieser Erfahrungen von einer selbst kongruenten im oben definierten Sinn und damit im Moment angstfreien Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird.

Die Erfahrungen, die im Verlauf einer Psychotherapie ebenso wie im Verlauf der kindlichen Entwicklung in das Selbstkonzept integriert werden, sind also:

1. Erfahrungen, die bewußt werden können,
2. Erfahrungen, die der Organismus, während er sie macht, selbst bewertet

und zwar im Hinblick darauf, ob sie der Aufrechterhaltung und der Entwicklung des Organismus dienlich sind. Dieser Bewertungsprozeß und sein Ergebnis können bewußt werden.

3. Erfahrungen, die von einer anderen Person empathisch verstanden werden können, also Erfahrungen, in die sich ein anderer einfühlen kann, die also zumindest auch emotionale sind, denn nur in solche kann man sich einfühlen.

4. Erfahrungen, in denen und in deren Bewertung durch den eigenen Organismus die Person von einer anderen Person unbedingt wertgeschätzt - d.h. aber auch bewertet - werden kann.

5. Erfahrungen, die zusammen mit einer Beziehungserfahrung gemacht werden.

Erfahrungen, in denen eine Person nicht empathisch verstanden und anders als unbedingt positiv bewertet wird, Erfahrungen, mit denen eine Person allein gelassen wird oder mit denen sie andere Gefühle als unbedingte Wertschätzung in der wichtigen Bezugsperson ausgelöst hat, d.h. auch alle Deprivationserfahrungen und alle Mißbrauchserfahrungen, werden nicht in das Selbstkonzept integriert.

Das Selbstkonzept in der Theorie der Gesprächspsychotherapie ist also die Repräsentanz von ganz bestimmten Erfahrungen in ganz bestimmten sozialen Beziehungen von einer ganz bestimmten Qualität. Es ist dem Inneren Arbeitsmodell von Bowlby (1969) ähnlicher, als sein Name vermuten läßt, der ja nur auf die Erfahrung des Subjekts hinzuweisen scheint (vgl. Höger, 1990, S.50; 1993b).

Das Selbstkonzept entspricht dem Inneren Arbeitsmodell von Bowlby auch in seiner Funktionsweise. Nachdem das Selbstkonzept eine erste Gestalt gewonnen hat, bewertet die Person nämlich ihre Erfahrungen nicht mehr nur im Hinblick darauf, ob sie solche der Erhaltung und Entwicklung des Organismus sind oder Bedrohungen und Behinderungen oder Erfahrungen des Entwicklungsstillstandes. Erfahrungen werden nun auch als das Selbstkonzept bestätigend oder bedrohend oder nicht mit ihm zu vereinbaren beurteilt. Grundlage für diese Bewertung der Erfahrungen ist ihr Vergleich mit den Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert worden sind. Alle Erfahrungen, in denen das Kind nicht empathisch verstanden wird, alle Erfahrungen, in denen es anders als unbedingt positiv beurteilt wird, und alle Erfahrungen, die das Kind zusammen mit der Erfahrung macht, daß seine wichtigen Bezugspersonen nicht

kongruent, sondern z.B. ängstlich, sind, bestätigen das Kind nicht in seinem Selbstkonzept und werden als Bedrohungen erfahren. Sie sind mit Angst verbunden, wenn sie nicht abgewehrt werden können und das Kind ihrer gewahr wird. Sie können nicht, wie Erfahrungen, die das Selbstkonzept bestätigen, integriert werden.

Rogers führt dazu aus, daß zusammen mit der ersten Selbstkonzeptgestalt auch ein Bedürfnis nach positiver Beachtung erlebbar werde. Das Kind versuche nun, Erfahrungen zu machen, die mit der Erfahrung einhergehen, daß es geliebt wird, und Erfahrungen zu vermeiden, von denen es annehmen muß, daß es in ihnen nicht positiv beachtet, nicht verstanden und/oder nicht wertgeschätzt werden wird, oder mit denen es die Eltern aus der Fassung bringen könnte. Wenn das Kind solche Erfahrungen nicht vermeiden könne, werde es Angst spüren in dem Ausmaß, in dem es ihm nicht gelingt, sie dem Bewußtsein fernzuhalten bzw. sie zu verzerren oder zu verleugnen.

Auch die Erfahrung der Angst und die Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts in der Form von mit dem Selbstkonzept nicht zu vereinbarenden Selbsterfahrungen können aber in das Selbstkonzept integriert werden, wenn das Kind in ihnen von einer anderen kongruenten Person empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird.

Als die zentralen Merkmale der Bindungstheorie gelten (z.B. nach Fonagy, 1999): (1) Die Betonung des Einflusses der realen sozialen und damit auch kulturellen Umwelt auf die psychische Entwicklung (2) vom Anfang dieser Entwicklung an, das heißt auch schon und vor allem in der Säuglingszeit,

(3) vermittelt über die reale und direkt beobachtbare Gestaltung und Entwicklung der Beziehung zwischen Säugling und zentraler Bindungsperson (Mutter), wobei Verlusterfahrungen eine besondere Bedeutung zukommt,

(4) die Annahme, daß sich Innere Arbeitsmodelle entwickeln, Vorstellungen von der eigenen Person und der Bindungsperson und der Beziehung zwischen ihnen und ihrer Entwicklung im Verlauf von bindungsrelevanten Beziehungsepisoden, die Repräsentationen von realen Erfahrungen sind,

(5) die Annahme, daß die Inneren Arbeitsmodelle sich in Erwartungen bezüglich des eigenen Fühlens und bezüglich des Fühlens und Verhaltens von Objekten in realen Beziehungen zeigen und damit Einfluß auf das

Erleben und das Verhalten nehmen, so daß es zum Wiederauftauchen kindlichen Beziehungsverhaltens im Erwachsenenalter und zu den immer wieder gleichen Beziehungsproblemen kommt, sowie (6) die Annahme, daß auch das so selbstorganisierte Erleben und Verhalten repräsentiert wird und Erleben und Verhalten in der Zukunft mitbestimmt.

Die Bindungstheoretiker selbst betonen, daß (1) auf der Grundlage der Beobachtung des realen Verhaltens von Kindern und ihren Bezugspersonen

(2) ein von allen anderen Trieben und Bedürfnissen unabhängiges Bindungsbedürfnis anzunehmen ist, dessen Schicksal für die psychische Entwicklung von zentraler Bedeutung ist, daß (3) davon auszugehen ist, daß soziale Deprivation, die Erfahrung des Verlustes der Bindungsperson und die Qualität der real erlebten Sicherheit in Bindungsbeziehungen die zentralen Determinanten der Entwicklung zu mehr oder weniger psychischer Gesundheit sind, daß (4) in der Angst vor dem Verlust der Bindungsperson der Prototyp der Angst zu sehen ist, gleichbedeutend mit dem Verlust der Selbstachtung, (5) und in der Qualität der frühen Bindungserfahrung das Muster, nach dem spätere Liebesbeziehungen gestaltet werden.

Bowlby hat den Therapeuten - wie die Bindungsperson des Kindes - eine sichere Basis genannt, in deren Schutz der Patient seine Inneren Arbeitsmodelle von früheren und aktuellen Beziehungserfahrungen überprüfe, die der Patient vermissen, wenn der Therapeut nicht da sei, und zu der er sich flüchte, wenn es ihm schlecht gehe (vergl. Amini et al 1996). Und Bowlby hat betont, es sei immer zu beachten, daß es letztendlich immer der Patient sei, der um die Natur seiner Erfahrungen, Impulse und Gefühle wisse.

Ein Vergleich der Merkmale der Gesprächspsychotherapie mit denen der Bindungstheorie, die sie selbst betont, ergibt:

1. In der Gesprächspsychotherapie wird wie in der Bindungstheorie auf der Grundlage von Beobachtungen
2. ein von allen anderen Trieben und Bedürfnissen unabhängiges potentiell bewußtseinsfähiges Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung in der Form von empathischem Verstehen, bei dem die verstehende Person nichts anderes fühlt als positive Wertschätzung der von ihr beachteten Person, angenommen, dessen Befriedigung für die psychische Entwicklung von zentraler Bedeutung ist. Es entspricht dem Bindungsbedürfnis der

Bindungstheorie (vgl. Höger, 1990), so wie die unbedingt wertschätzende Empathie der Mutter der Feinfühligkeit (Ainsworth, Bell & Staton, 1974) der Mutter in der Bindungstheorie und vielleicht noch mehr ihrem Reflective Functioning im Sinne Fonagy's (Fonagy et al., 1993) entspricht.

3. In der Gesprächspsychotherapie wird wie in der Bindungstheorie davon ausgegangen, daß soziale Deprivation, die Erfahrung des Mangels an unbedingter positiver Beachtung und/oder der Verlust der Bindungsperson bzw. die real erlebte Sicherheit und Angstfreiheit in Bindungsbeziehungen von Anfang an die zentralen Determinanten der psychischen Entwicklung sind.

4. In der Gesprächspsychotherapie wird wie in der Bindungstheorie in der Angst vor dem Verlust der unbedingten positiven Beachtung der Prototyp der Angst gesehen. Sie wird als dem Verlust der Selbstachtung gleichbedeutend erlebt.

5. Die in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen, die immer auch Beziehungserfahrungen sind, determinieren in hohem Maße, welche neue Erfahrung - auch Beziehungserfahrung - später gemacht und in das Selbstkonzept integriert werden kann und welche abgewehrt wird. Seine Funktion entspricht der des Inneren Arbeitsmodelles der Bindungstheorie (vgl. Höger, 1990).

Rogers hat im Kontakt mit dem kongruenten, empathisch verstehenden und unbedingt wertschätzenden Therapeuten eine Situation gesehen, in deren Schutz sich der Klient seinen aktuellen ängstigenden Selbst- und Beziehungserfahrungen zuwende und Erfahrungen mache, die er in das Selbstkonzept integrieren könne, so wie Bowlby später den Therapeuten - wie die Bindungsperson des Kindes - eine sichere Basis genannt hat, in deren Schutz der Patient seine Inneren Arbeitsmodelle von früheren und aktuellen Beziehungserfahrungen überprüfe (vgl. Höger, 1993a). Und Rogers hat wie Bowlby betont, es sei immer zu beachten, daß es letztendlich immer der Patient sei, der um die Natur seiner Erfahrungen, Impulse und Gefühle wisse. Im folgenden wird auf der Grundlage dieser Ähnlichkeit der theoretischen Konzepte der Bindungstheorie und der Gesprächspsychotherapie auf die Erwartungen der Gesprächspsychotherapie an die klinische Bindungsforschung heute eingegangen.

Mary Main (1999) hat ihr Schlußwort zum Bindungshandbuch von

Cassidy und Shaver mit der zusammenfassenden Feststellung beendet, Bowlby und Ainsworth hätten mit der Bindungstheorie die wichtigsten Inhalte der Psychoanalytischen Theorie in ein neues Licht gestellt und sie auf diese Weise mit der Evolutionstheorie und der Entwicklungsbiologie kompatibel und mit den Methoden der empirischen Psychologie überprüfbar gemacht.

Seit Rogers Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess ist die empirische Erforschung der Natur von Entwicklungsprozessen, u.a. auch des therapeutischen, das Hauptanliegen der Gesprächspsychotherapeuten. Im Verfolgen dieses Anliegens hat sich die gesprächspsychotherapeutische Forschung immer am jeweiligen Trend der psychologischen Grundlagenforschung orientiert. In den letzten 50 Jahren ist es dort und speziell in der empirischen Psychotherapieforschung mehr um die Techniken des Therapeuten im psychotherapeutischen Prozeß gegangen als um den Klienten, seine Inkongruenz bzw. Angst, und als um die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, ihren "psychologischen" Kontakt und die Inhalte ihrer Kommunikation. Das hat zu erheblichen Verkürzungen und auch Verfälschungen von Rogers Psychotherapiekonzept geführt, vor allem dann, wenn die Gesprächspsychotherapie mit anderen psychotherapeutischen Verfahren verglichen wurde.

Von diesem Schaden könnte sich die Gesprächspsychotherapie u.E. mit Hilfe der Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung erholen. Wir haben Anlaß zu der Vermutung, daß das, was sich bezüglich der Natur des psychotherapeutischen Prozesses, vor allem bezüglich dessen, was den Patienten im therapeutischen Kontakt bewegt, und bezüglich der Inhalte der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut in der klinischen Bindungsforschung bisher ergeben hat und vermutlich weiterhin ergeben wird, Rogers bestätigen wird bzw. zur Fundierung seiner ursprünglichen Therapietheorie beitragen kann.

Das soll im folgenden, orientiert am erwähnten Schlußwort von Mary Main, ausgeführt werden.

1. Der Ausgangspunkt der Bindungsforschung war zunächst die Beobachtung und dann vor allem die genaue Definition der Bindung des Kindes an die Bindungspersonen in Abgrenzung von anderen Bezogenheiten und Formen der Verbundenheit, die ein Mensch zu einem anderen (z.B. die Mutter zum Kind) oder Menschen gegenseitig (z.B.

Freunde) entwickeln können. Das Kind bindet sich an eine Person, die "stärker und weiser" ist als es selbst, und versucht sich in potentiell gefährlichen Situationen in ihre körperliche Nähe zu flüchten.

2. Es hat sich ergeben, daß nur unter der Bedingung extremer sozialer Deprivation die Entwicklung einer Bindung unterbleibt.

3. Es kann davon ausgegangen werden, daß sich das Kind bevorzugt an die Person bindet, mit der es die meiste soziale Interaktion hat. Welcher Natur die soziale Interaktion ist, die zur Entwicklung einer Bindung führt, ist eine noch nicht endgültig beantwortete Frage. Es gibt deutliche Hinweise darauf, daß es sich um Interaktionen handelt, in denen das Kind zuverlässig etwas bewirken kann.

4. Das Bindungssystem gilt in der Bindungsforschung als ein Verhaltenssystem von mehreren. Es steht an der Spitze ihrer Hierarchie. Wenn es aktiviert ist, werden alle anderen Verhaltenssysteme deaktiviert. Bowlby hat die Überlegungen von Ainsworth und Bretherton aufgenommen, daß die Erreichbarkeit der Bindungsperson dauernd im Auge behalten wird, das Bindungsverhaltenssystem also in irgendeiner Weise nie gänzlich deaktiviert ist. Das Bindungssystem mit seiner biologischen Funktion, die Überlebenssicherheit zu gewährleisten, gilt als ein sehr altes System, das viel mit dem Gefühlsleben zu tun hat.

5. Die Flucht zur Bindungsperson unter Stressbedingungen, die in unterschiedlich organisiertem Verhalten, den Bindungsstilen, erfolgt, ist nicht mit dem allgemeinen Fluchtverhalten gleichzusetzen. Wenn das Kind die Mutter beobachtbar als Quelle der Angst erlebt und vor ihr flüchtet, wird nicht mehr Bindungsverhalten beobachtet und von desorganisierter Bindung gesprochen.

6. Die Bindungsstile bleiben erhalten. Das beobachtbare Verhalten in bindungsrelevanten Situationen verändert sich zwar mit dem Älterwerden des Kindes, die Struktur seiner Organisation läßt sich aber immer weiter verfolgen. 7. Der Bindungsstil eines Kindes läßt sich mit einer erheblichen Sicherheit auf der Grundlage der Bindungsorganisation seiner Mutter und seiner Großmutter schon vor seiner Geburt voraussagen.

8. Bei der Erläuterung der Bindungsstile, ihres Fortbestehens und ihrer Vorhersagbarkeit wird von Inneren Arbeitsmodellen als mentalen symbolischen Repräsentationen gesprochen. Sie regulieren - klar beobachtbar ab dem Alter von etwa 12 Monaten - zunächst das Verhalten des Kindes der Bindungsperson gegenüber nach einer Trennung von ihr

und später das Verhalten und Erleben in allen bindungsrelevanten Situationen, und das sind emotionale Beziehungen, einschließlich der zu sich selbst. Sie determinieren, wieviel Nähe und Sicherheit erwartet und zugelassen werden können. Die Inneren Arbeitsmodelle beeinflussen dem zugänglichen Wissen über sich selbst und die Bindungspersonen und die Beziehungen zwischen ihnen entsprechend die Verhaltensorganisation und -strategie in ängstigen Situationen.

Der Bindungsstil bzw. das Innere Arbeitsmodell des Erwachsenen enthüllt sich bei der Betrachtung der Organisation des Denkens und der Sprache bei bindungsrelevanten Themen (vgl. George, C. et al., 1985). Nicht der Inhalt sondern die Art und Weise, wie jemand erzählt, enthält die Kriterien, die sogenannte Kohärenz des Berichtens, die Freiheit, Erfahrung zu bewerten, die Aufrichtigkeit in der Beantwortung von Fragen nach Bindungserfahrungen und die Fähigkeit, das berichtete Erleben mit Erinnerungen an konkrete Erfahrungen zu belegen, d.h. die Qualität des Berichtens. Kriterium für den einen oder anderen Bindungsstil ist ferner die Quantität: Ist der Bericht knapp und vollständig? und die Relevanz des Erzählten: Bleibt die Person beim Thema? sowie die Modalität: die Verständlichkeit, Eindeutigkeit, Geordnetheit.

9. Fonagy et al. (1998) weist darauf hin, daß neben dem mehr oder weniger feinfühligem Verhalten der Mütter und ihrer Haltung gegenüber Bindungen vor allem ihr Reflective-Functioning in der Interaktion mit dem Kind für die Entwicklung seiner Inneren Arbeitsmodelle von Bedeutung sei. Die Begriffe der Metakognition, metakognitiven Steuerung (Main, 1991), Mentalisierung (Fonagy, 1991), theory of mind (Baron-Cohen, 1993), reflective self function (Fonagy et al., 1993) oder auch Symbolisierung werden in diesem Zusammenhang weitgehend synonym verwendet. Sie bezeichnen Reflective Functioning (Fonagy et al., 1993) als Grundlage der Selbstrepräsentanz. Reflective functioning bedeutet Denken und Fühlen und Sinn und Bedeutung Herstellen und auf diese Weise Verhalten regulieren. Von der Fähigkeit der Mutter zur Metakognition oder (Selbst-)reflexivität, von ihrem reflective functioning hängt es ab, ob sie sich das Kind als mentales (geistig-seelisches) Wesen, als Person mit Absichten, Gefühlen und Wünschen vorstellen kann. Fonagy postuliert, daß die Sicherheit der Bindung eine Funktion des Grades ist, in dem das Kind nicht einfach Zuwendung und Zuneigung

erhält, sondern die Bindungsperson als genauen Beobachter und Verarbeiter seines seelischen Zustandes erlebt. Das Innere Arbeitsmodell gilt als Niederschlag des Erlebens dieser Intersubjektivität, der gemeinsamen oder geteilten Erfahrung seelischer Prozesse.

Rogers Überlegungen zu den Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozeß würden erhebliche Bestätigung finden, wenn sich in der Zusammenarbeit mit der klinischen Bindungsforschung noch klarer herausstellen ließe:

1. Das Thema im psychotherapeutischen Kontakt ist die Inkongruenz des Klienten. So wie in der kindlichen Entwicklung das Kind in Angst zur Bindungsperson flüchtet, so wendet sich im psychotherapeutischen Prozeß ein Mensch mit Erfahrungen, die potentiell mit der Angst verbunden sind, in der Selbstachtung bedroht zu sein, an eine Person, die er für feinfühlig und stärker und weiser hält als sich selbst.

2. So wie es nur unter der Bedingung ganz extremer sozialer Deprivation nicht zur Entwicklung einer Bindung kommt, so sind nur ganz wenige Menschen nicht durch das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zu erreichen. Nur nach ganz extremer sozialer Deprivation lassen sich keine Aktualisierungstendenzen mehr beobachten, zeigt sich das Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung nicht mehr, bzw. kann der psychologische Kontakt zum Therapeuten nicht aufgenommen werden, in dem sich dieses Bedürfnis zeigt und der eine der Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozeß ist.

3. Die sozialen Interaktionen, in denen sich die Bindung, das Selbstkonzept, das Innere Arbeitsmodell und mit diesen die Abwehrmechanismen bis hin zum Charakter entwickeln, beinhalten die Erfahrung, bewirken zu können, als fühlend und denkend wahrgenommen und akzeptiert zu werden.

4. Die Frage, ob Erfahrungen, besonders gefühlsmäßige, geeignet sind, die Erreichbarkeit von äußeren und inneren Bindungspersonen zu gefährden, ist immer wichtiger als jede andere Frage, die Erfahrungen aufwerfen können. Dementsprechend sind emotionale die zentralen Erlebnis-inhalte in den Interaktionen von Kind und Bindungsperson und von Klient und Therapeut.

5. Die Repräsentanz der ersten Selbsterfahrungen im Kontakt mit Bindungspersonen organisiert zukünftiges Erleben und Verhalten mit dem Ziel, daß vor allem emotionale Erfahrung nicht zum Verlust von positiver

Beachtung führt.

6. Die Formen dieser Organisation sind über die Zeit relativ stabil.

7. Sie entwickeln sich in Interaktion mit dem Ausmaß, in dem die Form, in der die Bindungsperson ihre Erfahrung organisiert, die Wahrnehmung bindungsrelevanter Erfahrung bei ihr selbst und anderen zuläßt.

8. Die relative psychische Gesundheit zeigt sich im Ausmaß der Freiheit, die eigene Erfahrung zu bewerten. Die Inneren Bezugsrahmen der mehr oder weniger weit im psychotherapeutischen Prozeß vorangekommenen Personen ermöglichen mehr oder weniger Nähe zum Erleben, Bedeutung und Sinn, Angstfreiheit, Denkfreiheit, mehr oder weniger Mitteilungsbereitschaft, Selbstbewußtheit, Veränderungsbereitschaft und Beziehungsbereitschaft.

9. Die Inneren Bezugsrahmen unterscheiden sich im Ausmaß der Selbstreflexivität.

Abschließend sei auf ein Beispiel der möglichen Zusammenarbeit von Psychoanalytikern und Gesprächspsychotherapeuten in der klinischen Bindungsforschung hingewiesen. Daudert (2001) hat 51 stationäre Psychotherapiepatienten untersucht und dabei u.a. herausgefunden: Die Selbstreflexivität, erhoben mit der "Reflective Functioning Scale" von Fonagy et al. (1998) korreliert mit der Selbstexploration, erhoben mit der Selbstexplorationsskala von Truax (nach Tausch et al. 1969) $r = 0,53$. Die wahre Korrelation (vgl. Lienert, 1967), wenn die beiden Instrumente meßfehlerfrei wären, ist daher mit $r = 0,75$ anzunehmen. Die beiden Fremdbeurteilungsinstrumente messen also zu 57% dasselbe. Die Selbstexplorationsskala erfaßt, in welchem Ausmaß und mit welchem Ergebnis - z. B. ob er neue Zusammenhänge in seinem Erleben entdeckt - sich ein Patient in einem therapeutischen Kontakt seinen Erfahrungen und seinem Inneren Erleben zuwendet. Gesprächspsychotherapeutische Forschung konnte nachweisen, daß die mit dieser Skala gemessene Selbstexploration den Verlauf und den Erfolg einer Gesprächspsychotherapie vorauszusagen erlaubt und daß die Selbstexploration im Verlauf einer erfolgreichen Therapie zunimmt.

Literatur:

Ainsworth, M., Bell, S., Stayton, D., (1974) Infant-mother attachment and social development: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards, M. (ed) The integration of a

- child into a social world. Cambridge Univ Press, New York
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R. and Louie, A. (1996) Affect, attachment, memory: Contributions towards psychobiologic integration. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 59, 213-239
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen D.J. (1993) Understanding other minds: Perspectives from autism. Oxford Univ. Press, Oxford
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997). Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart.
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss. Vol.1: Attachment. Basic Books, New York (dts Bindung, 1975)
- Daudert, E. (2001) Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Zusammenhänge bei stationären Gruppenpsychotherapie-Patienten. Psychologische Forschungsergebnisse, Bd 82, Hanburg, Dr. Kovac
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Internat. J. Psycho-Anal* 72, 93-109
- Fonagy, P. (1999) Psychodynamic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. In: Cassidy, J. and Shaver Ph. R. (eds) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, The Guilford Press, New York, London
- Fonagy, P., Moran, G.S., Steele, h., Higgitt, A (1993) Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents` mental representations of childhood experiences and their infants` security of attachment. *J Am Psychoanal Ass* 41, 957-989
- Fonagy, P., Target, M. & Steele, M (1998) Reflective-Functioning Manual. Version 5. Unpubl. Ms., University of London
- George, C. Kaplan, N. & Main, M (1985). *The Adult-Attachment-Interview*. Unpubl. Ms., University of California, Berkeley
- Höger, D. (1990) Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie-Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In Meyer-Cording, G. & Speierer, G.W. (Hrsg), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S 30-53). Köln: GwG-Verlag
- Höger, D. (1993) Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.) *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Band 1.

- Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts (S. 17-41). Köln, GwG-Verlag
- Lienert, G. A. (1967) Testaufbau und Testanalyse. 2. Aufl., Beltz, Weinheim
- Main, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In: Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Harris, J. (eds) Attachment across life cycle. Routledge, New York
- Main, M. (1999) Epilogue. Attachment Theory: Eighteen Points with Suggestions for Future Studies. In: Cassidy, J. and Shaver Ph. R. (eds) Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, The Guilford Press, New York, London
- Rogers, C. R. (1939) The Clinical Treatment of the Problem Child. Houghton Mifflin, Boston
- Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. consult. psychol*, 21, 95-103
- Rogers, C. R. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed): *Psychology: A study of a science*. Vol. III (pp 184-256). New York: McGraw Hill (dts 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verlag)
- Rogers, C. R. (1973) Psychotherapie als Prozeß. In Rogers, C. R. *Entwicklung der Persönlichkeit*. S. 130-162. Klett, Stuttgart
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B., Minsel, W.-R. (1969) Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 176, 93-102