

**Wieviel Bindungswissen braucht der Psychoanalytiker -
Der Nutzen des Adult Attachment Interviews für das analytische
Verständnis von Bindungsdynamik dargestellt an drei Einzelfällen**

Anna Buchheim und Horst Kächele

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden anhand von drei Beispielen die Konvergenzen und Divergenzen von psychoanalytisch-klinischer und Bindung-evaluativer Perspektive herausgearbeitet. Dazu wurden ein 45-jähriger Patient mit einer depressiv-suizidalen Krise und narzißtisch-zwanghafter Persönlichkeitsstruktur, eine 43jährige Patientin mit einer Angststörung und ein 32jähriger Patient mit einer Depersonalisationsstörung ca. 6 Monate nach Behandlungsbeginn mit dem Adult Attachment Interview (AAI, George et al. 1985; Main & Goldwyn 1996) untersucht. Zunächst wird die allgemeine Vorgehensweise der Auswertung und Klassifikationsbildung des AAI erläutert. Im folgenden führt der Analytiker mit kurzen szenischen Ersteindrücken sowie wesentlichen Beobachtungen aus den Behandlungsverläufen in die Psychodynamik der Patienten ein. Anhand konkreter Transkriptauszüge wird jeweils die AAI-Klassifikation der Patienten nachvollziehbar belegt. Exemplarisch wird dann die bindungstheoretische (AAI) der psychoanalytisch-klinischen Interpretation gegenübergestellt und Divergenzen sowie Ergänzungen der unterschiedlichen Betrachtungen diskutiert. Zusammenfassende Bemerkungen zum Nutzen der Bindungsmethode für den therapeutischen Prozeß weisen daraufhin, daß das AAI durch seine komplexe, textnahe Auswertung den Blickwinkel des Analytikers erweitern kann. Das Wissen um die Verarbeitung bindungsrelevanter sowie traumatischer Erlebnisse erscheint hilfreich, diese Erfahrungen angemessen zu registrieren bzw. zu validieren und sie in der therapeutischen Beziehung zur Geltung zu bringen.

Verwickelt oder nicht _ das ist die Frage - ein Analytiker über die Bindungsstrategie einer Patientin im Gespräch mit einer Bindungsforscherin:

T: Ja, sie ist verwickelt.

I: hmhm?

T: Ich mach das daran fest, daß sie eben schon große Mühe hat, sich von; überhaupt der Mutter, nicht nur der Mutter, aber mit beiden Familien, Schwiegermutter und Mutter, Schwiegervater und Vater; beide Familien sind auch sowieso

verwickelt, die ganze Ehe ist verwickelt. Ja, da ist überhaupt, da ist jeder verwickelt, aber sie ist besonders verwickelt und sie also war; große Mühe, dem Druck sich entziehen, der immer wieder auf sie ausgeübt wird, was sie alles tun soll und machen soll und ähnliches wiederholt sich in ihrer Beziehung

zu ihrem Mann, daß sie ihren eigenen Raum nicht finden kann. Aber; und das ist ihre ganze Tragödie. Also das ist doch, doch das Gefühl, daß sie zu vielen, ja? recht geben muß, und das wiederholt sich in ihrem Alltagsleben, in der Schule. Sie ist immer diejenige, die alle Probleme anderer lösen muß, ihre eigenen immer zurückstellt. Sie tut immer alles Gute, sie springt ein, sie ist hilfreich und gut, nur sie selber kommt dabei kaum vor. Und das eine Mal, wo sie versucht, sich

selber in den Mittelpunkt zu rücken, ihre Verselbständigung zu inszenieren, da ist sie wieder dran gescheitert, weil sie wieder nicht sagen konnte, an welcher Stelle sie genau Hilfe brauchte, als sie mit ihren Kindern ihren Mann verlassen wollte. Und dann hat der Freund ihr wieder gesagt: “Aber gell, das mußst Du alleine regeln, mich kannst Du dafür nicht hernehmen”.

I: hmhm

T: Und das war der Zusammenbruch, das ist der Punkt, wo sie eigentlich, ja, dekompenziert ist.

1. Einleitende Gedanken

Die Zeitschrift PSYCHE publizierte 1959 und 1961 drei Schlüsselarbeiten, mit denen John Bowlby ins Kreuzfeuer der offiziellen Psychoanalyse geriet. Diese Arbeit transporten die Gedanken seines Vortrages zum Thema “Grief and mourning in infancy and early childhood”, den er im Oktober 1959 vor den Britischen Psychoanalytischen Vereinigung, später dann auch in New York an der Columbia University im April 1960 gehalten hatte, früh in den deutschen Sprachraum. Unmissverständlich formulierte Bowlby dort seine Kritik an der von der Psychoanalyse kanonisierten Sicht der frühen Entwicklung. In ihrer Stellungnahme setzte Anna Freud (1960) das Unwort “attachment behavior” in Anführungszeichen. Dies führte zu einer faktischen Ausklammerung der Forschungen Bowlbys aus den ‚heiligen Hallen‘ der Psychoanalyse. Nur wenige deutsche Autoren wie z. B. Rudolf (1977) schlossen sich den Folgerungen Bowlbys an, daß “es sich bei der Bindung in der Tat um ein autochtones Bedürfnis handelt, das sich unabhängig von sonstiger Bedürfnisbefriedigung entwickelt” (S. 82). 10 Jahre später würdigte Hoffmann (1986) Bowlbys Werk: “Das emotionale Band zwischen Mutter und Kind ist Ausdruck der Wirkung eines in der Evolution erworbenen Verhaltenssystems (Bindung/ attachment). Dieses Verhaltenssystem ist präformiert und wird durch die Interaktion mit anderen Systemen in ständiger Wechselwirkung zur sozialen Umwelt, besonders zur Mutter, aktiviert” (S. 10).

Von Mitscherlich, in dessen Gesammelten Werken (1983) kaum ein Hinweis auf die Bindungstheorie zu finden ist, wurde die sozial orientierte Tradition der psychoanalytischen Bewegung im Sinne einer emanzipatorischen Aufgabe für

die Psychoanalyse weiterentwickelt; die Verknüpfung mit der sozialwissenschaftlich-philosophischen Orientierung der Frankfurter Schule dürfte einiges dazu beigetragen haben, dass eine solche theoretische Orientierung der Psychoanalyse eine psychobiologisch orientierte Bindungsforschung ausklammerte.

Immerhin erinnert das Ulmer Lehrbuch von Thomä & Kächele (1985) an Modells (1984) Vorbemerkung zu seinem Aufsatz „The Ego and the Id: Fifty Years Later“: „Objektbeziehungen sind keine Abfuhrphänomene. Freuds Begriff des Triebes als Vorgang, der innerhalb des Organismus entsteht, kann nicht auf die Beobachtung angewendet werden, daß die Bildung von Objektbeziehungen ein Prozeß der gegenwärtigen Fürsorge zwischen zwei Personen ist - ein Prozeß, der keine Höhepunkte der Abfuhr aufweist. Weiterhin hat der Begriff des Triebes nicht die notwendige Fundierung in der gegenwärtigen Biologie gefunden. ... Ich glaube wie Bowlby (1969), daß Objektbeziehungen ihre Analogie im Bindungsverhalten anderer Arten haben“ (Modell 1984, S. 199 f.; Übers. von den Verf.).

An anderer Stelle ihrer einleitenden perspektivischen Bemerkungen schreiben Thomä & Kächele (1985): „In den psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien waren diese interaktionellen Kontexte von Anfang an impliziert. In unserer Zeit rückt ihre Bedeutung nicht zuletzt durch die Erkenntnisse über das Kind-Mutter-Verhalten in den Mittelpunkt. Die Objektbeziehungstheorien wurden in den letzten Jahrzehnten durch Untersuchungen Bowlbys (1969) über „attachment“ angereichert“ (S.46). Die 6. Auflage des Tübinger „Lehrbuch der psychoanalytischen Krankheitslehre“ von Wolfgang Loch und Mitarbeitern (1999, in seiner nach dessen Tod erschienen), hebt inzwischen die besondere Stellung Bowlbys innerhalb der Gruppe der sog. Objektbeziehungstheoretiker hervor: „Er war der erste, welcher der biologisch verankerten Tendenz eines Säuglings, Bindungen einzugehen eine zentrale Bedeutung zumaß, d.h. also der Neigung, Interaktionen mit der Pflegeperson zu initiieren, aufrechtzuerhalten und zu beenden und sie als eine „sichere Basis“ für das Auskundschaften und die Festigung des Selbst zu benutzen“ (Holder 1999, S. 368).

2. Bindungstheoretische Annahmen zur Entwicklung von Psychopathologie

In seiner Trilogie stellte uns John Bowlby (1969, 1973, 1980) ein Entwicklungsmodell mit nachvollziehbaren Implikationen für eine psychopathologische Entwicklung zur Verfügung. Seine Annahmen gehen davon aus, daß sich ein Kleinkind, phylogenetisch determiniert, an eine

wichtige Bindungsperson bindet und durch die Reaktionen der Bindungsfigur auf seine Signale eine innere Repräsentation von Bindung entwickelt. Dieses basale Prinzip hat weitreichende Konsequenzen für die spezifische, ontogenetisch geformte Verinnerlichung von Interaktionen und Ereignissen, die im späteren Lebenslauf bindungsrelevante Gefühle und Kognitionen beeinflussen. Verlust-, Mißhandlungs- oder Mißbrauchserlebnisse führen zu zwangsläufigen Modifikationen, Verzerrungen oder Abspaltungen dieser Internalisierungen und bewirken dadurch entsprechende Anpassungsleistungen als Überlebensstrategie, die im psychopathologischen Verlauf als maladaptiv angesehen werden können.

Innere Arbeitsmodelle von Bindung werden als Organisationsstrukturen beschrieben, die Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Handlungen und später Sprache beeinflussen (Main et al. 1985, Main 1991, Bretherton 1999) und aufgrund von Interaktionserfahrungen zunächst im Kontakt mit den Bindungsfiguren entstehen. Im ständigen Austausch etablieren sich zunehmend festere Muster, die weitgehend auf automatisierter Ebene und somit unbewußt und prozedural wirken. Je nach der Qualität der Responsivität, die ein Kind auf sein Bindungsverhalten durch die primäre Bezugsperson erfährt, werden unterschiedliche Vorstellungsmodelle über die erwartete Reaktionsweise der Bindungsfiguren ausgebildet und „gespeichert“ (Cassidy 1999). Das bedeutet, daß innere Arbeitsmodelle die Wahrnehmung und Interpretation von Situationen sowie deren Antizipation steuern. Die Erfahrungen, wie Umwelt und Bindungsfiguren funktionieren, werden im Sinne einer aktiven Konstruktion in ein Gesamtbild integriert. Gelingt diese Integration, so entsteht eine kohärente, anpassungsfähige innere Abbildung der Wirklichkeit. Das sichere Arbeitsmodell bildet die Fähigkeit zu emotionaler Integrität und Kohärenz ab, so daß diese Person positive und negative Gefühle wahrnehmen, sie realitätsgerecht einschätzen, kommunizieren und entsprechend aktiv, wirklichkeitsgerecht handeln kann. Ein unsicheres Arbeitsmodell erlaubt keine realitätsangemessene Einschätzung und führt zu einer eingeschränkteren Wahrnehmung und Integration verschiedener Gefühle, wirklichkeitsbezogenes Kommunizieren und Handeln werden erschwert (Grossmann et al. 1989, Grossmann u. Grossmann 1991).

Bowlby (1980) prägte im Rahmen seiner Abwehrtheorie den Begriff der „abgetrennten Systeme“ (segregated systems), den George & West vor kurzem wieder aufgriffen und als höchst bedeutsam für das Verständnis von Psychopathologie hervorheben: „In order to understand the relationship between adult attachment and mental health risk we need to examine the attachment concepts of defense and segregated systems, the mental processes

that define disorganization“ (S. 295). Bowlby war bereits damals der Überzeugung, daß der Zusammenbruch des Bindungssystems einen Risikofaktor für die psychische Homöostase darstellt. Im Falle einer starken Bedrohung des Bindungssystems (z. B. Drohungen, Verlassenwerden, Mißhandlung, Isolation, Mißbrauch) mündet der „Ausschluß von Information“ (defensive exclusion), der für die organisierte Bindungsunsicherheit maßgeblich ist, in eine sog. Abtrennung von Information aus dem Gedächtnis, die somit vom Bewußtsein „abgeblockt“ ist. Im Falle einer Abtrennung bindungsrelevanter Information geht Bowlby davon aus, daß das Bindungssystem nahezu ganz deaktiviert ist. Die Unterscheidung von sog. „organisierten“ (d. h. sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt) und sog. „desorganisierten“ Bindungsstrategien (d. h. ungelöste traumatische Erfahrungen wie Misshandlung, Missbrauch oder Verlust) erscheint demnach für die Interpretation des Schweregrades von dysfunktionaler Bindungsorganisation für klinische Gruppen von wesentlicher Bedeutung zu sein. Eine Metaanalyse von van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) ergab, daß die Verteilung der organisierten unsicheren Bindungsrepräsentation in den klinischen Gruppen zwar eindeutig höher repräsentiert ist als in nicht-klinischen Stichproben („dismissing“ = 41%, „preoccupied“ = 46%, „secure“ = 13%), die Verteilung der Gruppen „dismissing“ und „preoccupied“ jedoch nahezu gleich ist, was eine differentielle Zuordnung von unsicherer Bindungstypologie und Psychopathologie unzureichend erlaubt. In einigen klinischen Gruppen, z. B. Angststörungen oder Borderline-pathologie wurde gefunden, dass das Muster „Desorganisation“ in Bezug auf Verlusterfahrungen oder sexuelle Traumata im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern und Gesunden deutlich überrepräsentiert (85%), was darauf hinweist, dass das *Zusammenbrechen von Bindungsstrategien* eine besondere Beachtung verdient. Wie später deutlich werden wird, gibt es zu diesem Thema bisher nur vereinzelte Studien mit kleinen Stichprobengrößen, was eine Generalisierung dieser Annahme einschränkt.

3. Methodik zur Untersuchung von bindungsbezogenen Abehprozessen: Das Adult Attachment Interview (AAI)

Die Konzeptualisierung des Adult Attachment Interviews (AAI) von der Arbeitsgruppe um Main geht bis in die 80er Jahre zurück (George, Main & Kaplan 1985) und wurde seitdem kontinuierlich weiterentwickelt (Main & Goldwyn 1996). Das semistrukturierte Interview fokussiert im wesentlichen auf die Erinnerung früher Bindungsbeziehungen, den Zugang zu bindungsrelevanten Gedanken und Gefühlen sowie die Beurteilung der Befragten zum Einfluß von Bindungserfahrungen auf ihre weitere Entwicklung. Die Technik des Fragens zielt darauf ab, ‚das Unbewußte zu überraschen‘

(George et al. 1995). Die Kohärenz des Diskurses stellt das leitende Hauptkriterium der Kodierung nach Main & Goldwyn dar. Mit ihr wird der Grad der Einhaltung wichtiger Kommunikationsregeln, der sog. Konversationsmaxime nach Grice (1975) erfaßt. Es wird beurteilt, inwieweit ein Sprecher auf die Fragen des Interviews kooperativ eingehen kann und eine wahrheitsgemäße, angemessen informative, relevante und für den Zuhörer bzw. Leser verständliche, klare Darstellung seiner Kindheitserfahrungen geben kann. Neben der Beurteilung der Kohärenz wird die emotionale und kognitive Integrationsfähigkeit der geschilderten Bindungserfahrungen bewertet. Hierzu dienen als Kriterien das Ausmaß an Idealisierung oder Entwertung der Bindungsfiguren oder ob die Interviewten noch heute stark mit Ärger und Wutgefühlen gegenüber ihren Bindungspersonen beschäftigt sind. Das Interview wird daher sowohl hinsichtlich der faktisch ausgesprochenen Information bewertet, aber auch nach Merkmalen, die den Befragten unbewußt bleiben, wie z. B. Inkohärenzen und Affekte, die minimiert werden oder unterreguliert sind. Anhand der berichteten Erfahrungen der Probanden mit ihren Eltern in der Kindheit wird weiterhin eingeschätzt, ob die Eltern liebevoll, abweisend, vernachlässigend waren oder ob es einen Rollenwechsel (Parentifizierung) gab.

3. 1. Der Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews

Im AAI sollen die Probanden nach einer Orientierungsfrage (Frage 1) zu den allgemeinen Familienverhältnissen ihre Beziehung zu ihren Eltern in der Kindheit zunächst auf einer allgemeinen Ebene beschreiben (Frage 2). Dann werden sie konkret nach Adjektiven gefragt, die diese Beziehung zur Mutter (Frage 3) und zum Vater (Frage 4) aus Kindheitsperspektive typischerweise charakterisieren und wem sie sich von beiden näher gefühlt haben (Frage 5). Weitere Themen kreisen um Kummer (Frage 6), Trennung (Frage 7), Ablehnung (Frage 8) in Bezug auf wichtige Bindungsfiguren in der Kindheit und wie sich die Befragten damals in diesen Situationen verhalten bzw. wie ihre Bindungsfiguren darauf reagiert haben. Ein wesentlicher anderer Aspekt ist die Frage nach Bedrohung oder Mißhandlungserfahrungen durch Bindungsfiguren (Frage 9) sowie nach Verlusten (Frage 13) von nahestehenden Personen in der Kindheit, deren genaue Umstände und die damit zusammenhängenden Gefühle damals und heute. Ein weiterer Fragenkomplex beschäftigt sich mit dem Einfluß der erlebten Kindheitserfahrungen auf die Persönlichkeit aus heutiger Sicht (Frage 10), warum die Eltern wohl so waren (Frage 11), ob es weitere elterngleiche Bezugspersonen gab (Frage 12), die Beurteilung der Veränderung der Beziehung zu den Eltern (Frage 14) und die Bewertung der aktuellen

Beziehung zu den Eltern (Frage 15) (falls sie nicht verstorben sind).

Abschließend werden Fragen zu eigenen Kindern gestellt, die sich einerseits auf Trennung vom Kind (Frage 16) und Wünsche für die Zukunft des Kindes (Frage 17) beziehen, aber auch eine zusammenfassende Bewertung der eigenen Rolle als Elternteil erzielen sollen (Frage 18). Im Anhang A findet sich der Interviewleitfaden, um dem Leser einen detaillierten Einblick zu ermöglichen. Die Einhaltung der Fragenreihenfolge erweist sich für die Auswertung des Interviews als wesentlich, da die Fragen logisch aufeinander abgestimmt sind und erfahrungsgemäß das *Bindungssystem der befragten Person sukzessive aktivieren*. Das Interview sollte nur von geschulten Personen durchgeführt werden, die mit den Auswertekriterien vertraut sind und beim Nachfragen auf bindungsrelevante Aspekte Bezug nehmen können. Die Befragten sollten vorher nicht über die Intention des Interviews im Konkreten informiert werden; auch ist es darüberhinaus notwendig als Interviewer den Verlauf des Interviews nicht mit suggestiven oder eingreifenden Hilfestellungen zu verzerren (Main & Goldwyn 1994).

3.2. Auswertungsschritte und Skalen

In den von uns vorgestellten exemplarischen Kasuistiken werden die jeweiligen Auswertungsbögen der AAIs dargestellt, weshalb an dieser Stelle bereits einige Skalen erklärt werden sollen.

Im *ersten Schritt der Auswertung* des Adult Attachment Interviews werden die *erschlossenen Erfahrungen mit den Elternfiguren* für Mutter und Vater getrennt mit Hilfe von fünf 9-stufigen Ratingskalen eingeschätzt. Dazu gehören die Skalen: Liebe, Zurückweisung, Rollenumkehr/Involvierung, Leistungsdruck und Vernachlässigung.

Die Skala *Liebe* umfaßt beispielsweise die emotionale Verfügbarkeit und liebevolle Unterstützung einer Bindungsfigur. Bei einer hohen Ausprägung (> 5) bedeutet dies, daß sich die befragte Person in der Erinnerung als Kind besonders in belastenden Situationen (Trennung, Kummer) aufgehoben fühlte und sich auf die emotionale Zuwendung der Bindungsperson in der Regel verlassen konnte. Die Skala *Zurückweisung* dagegen beinhaltet Erinnerungen an Situationen, in denen die Person als Kind von seiner Bindungsfigur abgewiesen, ausgelacht oder beschimpft wurde, wenn sie bindungsrelevante Bedürfnisse zeigte. Die Skala *Rollenumkehr* wird dann als hoch kodiert, wenn die befragte Person als Kind unangemessenermaßen für seine Bindungsfigur Verantwortung, elterliche Aufgaben und Sorge übernahm (z. B. Partnerersatz) und dabei stark emotional involviert war. Die Skala *Leistungsdruck* wird beispielsweise als hoch bewertet, wenn die befragte Person zahlreiche Erinnerungen aus der Kindheit präsentiert, die darauf hinweisen, daß den Bindungsfiguren Erfolg in

der Schule oder im Sport wichtiger war als die emotionale Befindlichkeit des Kindes. Die Skala *Vernachlässigung* bezieht sich auf die emotionale Vernachlässigung von Bindungsfiguren trotz ihrer physischen Anwesenheit. Im *zweiten Schritt* der Auswertung wird der *mentale Verarbeitungszustand* (state of mind with respect of attachment) der individuellen Bindungserfahrung, d. h. die sprachliche Darstellung dieser Erfahrungen, ebenfalls mit Hilfe von 9-stufigen Ratingskalen kodiert. Die ersten drei Skalen *Idealisierung*, *Ärger* und *Abwertung* werden für jeden Elternteil getrennt bewertet. Zu den weiteren allgemeinen Skalen der „states of mind with respect of attachment“ gehören „Abwertung von Bindung“, „Bestehen auf fehlender Erinnerung“, „Traumatischer Erinnerungsverlust“, „Metakognition“, Passivität“, „Angst vor Verlust“, „höchster Wert unverarbeiteter Verlust“, „höchster Wert unverarbeitetes Trauma“, „Kohärenz des Transkripts“ und „Kohärenz des Bewußtseins“.

Der Übersichtlichkeit halber soll in den Kasuistiken jeweils die prototypische Skala, die zu der Klassifikation eines Bindungstyps führt, genauer erklärt werden, um den Kontext plausibler zu gestalten.

Im *dritten Schritt* der Auswertungsprozedur führt nun die heuristische Zusammenstellung der einzelnen bewerteten Skalen (nach dem Manual von Main & Goldwyn 1996) zu einer der drei *organisierten* Bindungsklassifikationen „sicher-autonom (F = free to evaluate)“, „unsicher-distanziert“ (Ds = dismissing), oder „unsicher-verstrickt“ (E = enmeshed/preoccupied) bzw. zu der *desorganisierten* Bindungsklassifikation (U = unresolved trauma/loss).

- Erwachsene mit der Klassifikation secure (sicher-autonom) erzählen auf offene, kohärente und konsistente Weise über ihre Kindheitserinnerungen, unabhängig davon ob sie positiv oder negativ erlebt wurden. Sie sind in der Lage unterschiedliche Erfahrungen in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild zu integrieren und während des Interviews über ihre Erfahrungen zu reflektieren. Diese Personen haben einen leichten Zugang zu den gefragten Themen und zeigen ein Gefühl für Ausgewogenheit.

- Erwachsene mit der Klassifikation dismissing (bindungs-distanziert) geben inkohärente, unvollständige Angaben über ihre Erfahrungen und zeigen oft Erinnerungslücken (Verletzung der Quantität). Um das Auftauchen von schmerzlichen Erinnerungen abzuwehren, minimieren sie Bedeutung von Bindung. Diese Personen bestehen auf Normalität und innerer Unabhängigkeit von anderen. Bindungspersonen werden von ihnen meist positiv dargestellt ohne dafür überzeugende konkrete Beispiele zu erinnern. Mögliche negative Einflüsse werden verleugnet. Gemeinsam ist diesen Personen „an organization

of thought that permits attachment to remain relatively deactivated“ (Hesse 1999, S. 401).

- Erwachsene mit der Klassifikation *preoccupied* (bindungs-verstrickt) erzählen in ausufernder, oft nicht objektiver, ärgerlicher Art und Weise über erlebte Konflikte mit ihren Bezugspersonen (Verletzung der Quantität). Sie wirken deutlich verstrickt und erwecken den Eindruck, als ob sie ihre Erfahrungen gerade erst gestern gesammelt hätten (Verletzung der Relevanz). Dabei abstrahieren und verallgemeinern sie ihre konfliktbehafteten Aussagen mittels übertrieben wirkender pseudopsychologischer Analysen, ohne sich davon wirklich distanzieren zu können. Charakteristisch ist, daß sie zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her oszillieren, ohne daß ihnen dieser Widerspruch bewußt wird. Außerdem zeigt ihre Sprache Anzeichen von Verwirrung, Unklarheit und Vagheit (Verletzung der Art und Weise). Für sie gilt: „Maximize attention to attachment-related experiences and their effects at the expense of retaining appropriate conversational collaboration“ (Hesse 1999, S. 398).

- Die Erzählungen von Personen mit „ungelöster(s) Trauer/Trauma“ beziehen sich im speziellen auf Passagen im Interview, in denen über traumatische Ereignisse (Verlust- oder Mißbrauchserfahrungen) berichtet wird, die emotional bisher nicht verarbeitet wurden. Die sprachliche Darstellung wirkt desorganisiert (Verwechslung von Zeit oder Raum; extrem lange Schweigepausen, ungewöhnliche Details) und inkohärent, z. T. sogar irrational.

Wir haben drei Kasuistiken ausgewählt, die zu einer der Bindungskategorien zugeordnet werden konnte, um die Unterschiedlichkeit der sprachlichen Organisation fallbezogen anschaulich werden zu lassen. Die Klassifikation der vier Bindungskategorien läßt sich nach dem Manual von Main & Goldwyn (1996) darüber hinaus in Subgruppen beschreiben. Meist wird in der Literatur aus statistischen Gründen (aufgrund kleiner Stichprobengrößen zu niedrig besetzte Zellen) mit den Hauptgruppen gerechnet, was jedoch aus klinischer Sicht einen Informationsmangel nach sich zieht. Deshalb sei an dieser Stelle auf die Möglichkeit der Differenzierung hingewiesen (s. a. Buchheim & Strauß 2002).

4. Das Verständnis von Bindungsdynamik dargestellt an drei Einzelfällen¹

Fall 1: 46jähriger Patient mit einer depressiv-suizidalen Krise bei narzißtisch-

¹ Das klinische Material stammt aus der Supervisionsarbeit von HK und wurde von ihm aufbereitet

zwanghafter Persönlichkeitsstruktur; Bindungsrepräsentation: „ärgerlich-verstrickt“

Ersteindruck und Psychodynamik

Der 40 jährige Patient, ein Arzt kontaktierte den Therapeuten auf Anraten seines Chefs. Im damaligen Erstgespräch erweckte er zunächst den Eindruck, als sei er nur auf Besuch, um sich umständlich dafür zu entschuldigen. Er hatte Probleme am Arbeitsplatz. Die Hauptkonflikte seien hierarchischer Natur, sein vorgesetzter Oberarzt durchkreuze seine Pläne und stemple ihn zum Querulanten. Lebensgeschichtlich liessen sich diese Problem auf einen Konflikt mit der fehlenden Anerkennung durch seinen Vater zurückführen, was in einer 40 stündigen Fokaltherapie gut bearbeitet werden konnte. Der Patient resümierte am Ende dieser Behandlungssequenz, dass er die neugewonnene „Freiheit des Denkens schätze, dass er sich nun mehr Raum geben könne, seine Frechheiten zu Ende zu bringen“ Seine zwanghaft-narzistischer Charakter wurde etwas gelockert und seine berufliche Krise konnte er durch einen Wechsel der Arbeitssituation glücklich wenden.

Fünf Jahre später wendet sich erneut an seinen Therapeuten wegen wiederholender suizidaler Impulse, die in einem engen zeitlichen und situativen Zusammenhang mit einer krisenhaften Entwicklung seiner Beziehung zu seiner Ehefrau stehen. Im Zusammenhang damit traten intensive Schlafstörungen auf. Es gab keinen Anhalt für eine somatische Veranlassung. Der Patient wirkt diesmal nicht mehr großspurig und übererheblich, sondern bedrückt und hilflos gegenüber den ihm fremden Impulsen „Ich habe Angst meine Kontrolle zu verlieren“. Auslöser der Verstimmungen ist eine Krise der Ehe, von der er sich „überrascht“ fühlt. Im beruflichen Feld, wo er wegen seiner Einsatzfreude geschätzt wird, ist er weitgehend frei von Ängsten; nur der Gedanke eine Trennung von seiner Frau bekannt geben zu müssen, ruft jeweils kurzfristig intensive soziale Ängste im Kontakt mit seinen Berufskollegen hervor. Bereits im Rahmen der vorangehenden Psychotherapie war deutlich geworden, dass die Beziehung des Patient zu seiner Frau wenig lebendiges zu haben schien; im Rahmen der Fokalkonzeption wurde dies damals nicht weiter thematisiert. Nun ist der Patient ein Verhältnis zu einer überaus lebendigen, jüngeren Frau eingegangen, was sein ganzes Denken über sich selbst, über Gott, die Welt in Frage stellt. Seine bisherige moralische Rechtschaffenheit war sein Kapital, seine Überheblichkeit über den Rest der Menschheit sein Triumph. Einerseits ist er überwältigt von der Intensität der sexuellen Erfahrungen, die er so noch nie kennen gelernt hat; andererseits sieht er seine ganze bisherige Lebensführung in Frage gestellt. Als Resultat der verschiedenen Sehnsüchte, Ängste und Kontrollbedürfnisse wünscht er sich nur Ruhe. In der Zuspitzung

dieser Konflikte, da inzwischen beide Frauen ihm heftige Vorwürfe machen, kommen die Impulse sich umzubringen auf. Bisher konnte eine psychiatrisch-stationäre Behandlung noch vermieden werden. Angesichts der erheblichen Verunsicherung des Patienten und seiner erheblichen Suizidgefährdung wurde eine längerfristige psychoanalytische Therapie vereinbart, um eine strukturelle Veränderung der basalen narzisstisch-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur zu erzielen. Die ausgeprägte Motivation des Patienten zur Veränderung und seine frühere gute Erfahrung mit der psychotherapeutischen Kurzintervention bei dem gleichen Therapeuten sprach für eine gute Prognose.

Behandlungsverlauf und therapeutische Beziehung

Im Laufe der analytischen Arbeit orientierte sich die Übertragung zunächst an dem bereits bekannten Vater-Schema; im weiteren Verlauf stand jedoch die Auswirkungen der streng-bigotten Muttererfahrung auf den Patienten im Mittelpunkt. Die kindlich wirkenden teils bewussten, teils unbewussten Scham- und Schuldgefühle seiner Mutter gegenüber zeigten sich ständig in der Übertragungssituation. Vom Analytiker versuchte er Zustimmung zu seinem neuen Lebenskonzept zu erhalten bzw. er löste in der Gegenübertragung immer wieder mich bedrängende Gefühle aus, ihm Orientierung („wo es lang geht“) und Schritte der Loslösung aufzuzeigen. Haß- und Wutgefühle auf Frauen überhaupt, auf ihre verführerische Macht und Stärke traten auch in der analytischen Arbeit mit zunehmender Intensität auf, wenn es um Regeln und ihre von ihm vermutete einseitige Durchsetzung in der Gestaltung des Rahmens ging. Seine sozialphobischen Ängste nahmen im Verlauf deutlich ab, und er konnte konstruktive Veränderungen in seiner Ehe zunehmend durchsetzen. Seine initial oftmals manirierte Sprechweise milderte sich, auch wenn er die Position des komischen Kauzes als Deckmantel nur ungern verlassen wollte. Für das „naive“ Bindungsverständnis des Therapeuten war der Patient ein Gefangener seiner Herkunft aus kleinen Verhältnisse, ein typischer Aufsteiger, der seine Idealwelt nicht ausreichend revidieren konnte und dem deshalb der Verlust seiner Ver-Bindung an die Herkunftsfamilie sehr zu Herzen ging.

Bindungs-Klassifikation des Patienten mit dem AAI

Der Patient erhält die Klassifikation „ärgerlich-verstrickt“ (E2). Er erzählt auf ärgerliche Weise von der Übermächtigkeit seines Vaters und seine damals und heute noch erlebte Hilflosigkeit. Seine Mutter beschreibt er als schwach und gegen die Attacken des Vaters wenig hilfreich. Oft verstrickt er sich in ärgerliche Details und kommt unbemerkt vom Thema ab. Besonders bei der Beschreibung seiner Mutter kommt seine oszillierende Haltung zwischen Idealisierung und Entwertung zum Vorschein. Noch heute empfindet er seine

Konflikte als nicht lösbar und fühlt sich von den Eltern bis jetzt nicht anerkannt, was auf eine mangelnde Autonomie hinweist. Haßerfüllt berichtet er von sinnlosen Prügelaktionen, die ihm seine Eltern unbegründet und unvorhersehbar antaten. Heute beeinträchtigt ihn vorwiegend Angst vor allen möglichen Dingen und das Gefühl, sich nie auf jemanden verlassen zu können. In der Interviewsituation fühlte ich mich von dem Patienten als Gegenüber nicht wahrgenommen, er sprach meist in eine andere Richtung, ich fühlte mich von den vielen Episoden überschüttet und hatte Mühe, eine Struktur zu halten.

Tabelle 1: Auswertungsblatt des Adult Attachment Interviews des Patienten 1

Skalen für die Kindheitserfahrungen

	Mutter	Vater
Liebe	2	2
Zurückweisung	5	7
Rollenumkehr	7	1
Leistungsdruck	3	7
Vernachlässigung	5	5

Skalen für den mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen

	Mutter	Vater
Idealisierung	4	1
Ärger	4	8
Abwertung	3	3

Skalen für den allgemeinen mentalen Verarbeitungszustand von

Bindungserfahrungen

Abwertung von Bindung	3
Bestehen auf fehlender Erinnerung	2
Traumatischer Gedächtnisverlust	-
Metakognition	1
Passivität (Denken/Ausdruck)	-
Angst vor Verlust	-
Höchster Wert unverarbeiteter Verlust	1
Höchster Wert unverarbeitetes Trauma	2
Kohärenz des Transkripts	3
Kohärenz des Bewußtseins	3

Klassifikation

E2

Der Patient erfuhr von seinen Eltern wenig Liebe (Wert=2), sondern in bindungsrelevanten Situationen Zurückweisung. Für seine Mutter fühlte er sich häufig verantwortlich, seinem Vater als Autoritätsperson mit hohem

Leistungsanspruch oft ausgeliefert. Emotionale Vernachlässigung trotz physischer Anwesenheit war ebenso zu erschließen.

Die Analyse der Skalen zu dem mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf beide Bindungspersonen zeigt folgendes Bild: Im Transkript sind wiederholt Passagen mit anklagenden Aussagen zu erkennen, die zur Klassifikation einer ärgerlich-verstrickten Bindungsrepräsentation (E2) führen. Die Skala *Ärger* wird als hoch kodiert (hier ist Wert = 8), wenn die befragte Person sich in der Gegenwart ärgerlich über Bindungspersonen äußert, die deutliche Vorwürfe erkennen lassen: *„ich habe vor allen Dingen meinen Vater sehr übermächtig erlebt, er war sehr cholischer Natur, und im Prinzip immer noch“*; *„ich war den Launen des Vaters gegenüber hilflos ausgeliefert“*, *ich bin da immer auf Unverständnis gestoßen ich glaube sie (Mutter) hat nicht begriffen bis zum heutigen Tage wie schwer mich dieses Verhältnis, diese familiäre Situation belastet hat“*

An anderer Stelle neigt der Patient dazu, seine Mutter zu idealisieren, was den oszillierenden Charakter seiner Einschätzung gegenüber Bindungspersonen unterstreicht: *„sie (Mutter) versuchte einfühlsam zu sein, war weich und warmherzig“*. Etwas später erzählt er: *„geborgen konnte ich mich bei ihr nicht fühlen, sie war ja nicht in der Lage mich zu schützen.“*

Weiterhin charakteristisch für seine verstrickte Bindung ist, dass er mit seiner Mutter Mitleid hatte, innerlich Verantwortung übernahm und ein unguter Rollenwechsel stattfand: *„durch eigenes Wohlverhalten versuchte ich zu verhindern, dass der Alte wieder die ganze Familie terrorisiert hat“*; *„ich habe ungeheuer darunter gelitten, dass die Mutter nicht weg konnte, sondern die musste da bleiben und musste sich alles bieten lassen“*

In dem Interview wird ebenso sichtbar, daß der Patient vielfach vom Thema abschweift und in detaillierte Ausführungen verfällt, die über das erfragte Thema hinausgehen. Er verletzt die Kohärenzkriterien der Relevanz und Quantität, verliert sich oftmals in endlosen Sätzen, die die geschilderte Szene nicht anschaulicher machen. Deshalb erlangt er nur einen niedrigen Rang (Wert =3) bei dieser Skala.

Auf der Skala *„unverarbeiteter Verlust“* erhält der Patient einen niedrigen Wert von 1, er berichtet von keinen Verlusterfahrungen, die ihm anhaltend Trauer bereitet hätten. Dagegen offenbart er an dieser Stelle, dass er gegen den Vater oft einen Todeswunsch hegte.

Der Patient berichtet von *traumatischen Erfahrungen*, sprich Schlägen des Vaters: *„ich erinnere mich an eine Szene, meine Mutter war im Krankenhaus, er war völlig überfordert, hat am Abend irgendetwas in den falschen Hals gekriegt, hat dann durchgedreht und mich sinnlos verprügelt“*. Da der Patient

jedoch diese aggressiven Erinnerungen offen darlegt und im Text keine Hinweise auf Verleugnung oder Bagatellisierung auftauchen, ist davon auszugehen, dass diese Erfahrungen „verarbeitet“ worden sind und sich höchstensfalls in Ärger und Haß gegenüber dem Vater niederschlagen. Der Patient schildert sich dennoch selbst als unschuldiges, passives Opfer, das dem Vater vollständig ausgeliefert war. Auch heute noch ist die unbändige Wut auf den Vater deutlich und es ist zu erkennen, daß der Patient noch keine versöhnende Lösung zur Verarbeitung dieser schmerzhaften Beziehung gefunden hat („bin heute auch knallhart“). Er bemüht sich um eine Metaebene, findet aber letztlich keine emotionale Distanz (zum Vater sagt er beispielsweise „der alte Herr“). Der Patient selbst sagt, daß seine Kindheitserfahrungen ihn insofern blockiert haben, da er heute noch diese „ständige Unsicherheit, diese Existenzangst spürt, alles sei angstbesetzt, es könnte ja schief gehen“, fast paranoid erwartet er bei allem die Bestrafung, und die einzige Bewältigungsstrategie: „ich mache lieber meine Sachen selber, ich kann mich auf niemanden verlassen, ich bitte niemanden um Hilfe“.

Diskussion der Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive

Bowlby wählte für diese pathologische Angstbindung den Namen „zwanghaft selbstbezogen“ und beschreibt solche Personen als weit davon entfernt, Liebe und Fürsorge zu suchen, sie bestehen darauf unter allen Umständen alles selbst zu tun. Diese Leute neigen seiner Meinung nach dazu, unter Streß zusammenzubrechen und unter psychosomatischen Symptomen und Depression zu leiden. Diese Personen haben in der Regel die Erfahrung gemacht, daß sie jegliche Bindungsgefühle und -verhalten unterdrücken mußten und heute dieses Bedürfnis zum Teil sogar verleugnen. Sie haben panische Angst, sich auf jemanden zu verlassen, um den Schmerz zurückgewiesen zu werden zu vermeiden und sich nicht dem Zwang auszusetzen, für andere zu sorgen (bei dem Patienten wird dies bei den letzten Fragen zu „phantasierten“ Kindern deutlich: „die sollen ihren eigenen Weg gehen, sollen selbständig sein von Anfang an“).

Aus der Perspektive der Behandlung thematisiert das AAI sehr prägnant den zu Beginn der Behandlung noch wenig verarbeiteten Konflikt mit dem Vater. Das Bild der Mutter scheint mir im AAI nur schwach konfiguriert zu sein. Die großen Schamprobleme im Umgang mit der Sexualität, der Konflikt kein braver mit der Mutter identifizierter Junge zu sein, entfalteten sich im Laufe der Behandlung in der Weise, dass die anklagende Position der Mutter gegenüber sehr viel prägnanter sich darstellten. Die von ihr vermittelten Regeln des Anstandes in all ihren Verzweigungen machten ihm im Laufe der

Behandlung sehr zu schaffen. Das Thema der Undankbarkeit der lieben, schwachen Mutter, deren wahre Stärke ihre verpflichtende Opferbereitschaft war, waren das größere Hindernis auf dem Wege des Patienten zu einer neuen Selbstdefinition.

4. 2. Fall 2: 43jährige Patientin mit einer Angststörung

Ersteindruck und Psychodynamik

Die 43jährige Patientin kommt mit schweren Depressionen und herzphobischen Angstzuständen auf dem Hintergrund einer länger schwelenden Ehekrise. Von ihrem Ehemann, der mich zwei Jahre nach Beginn der ambulanten analytischen 2-std. Psychotherapie der Pat. durch einen erfahrenen Analytiker konsultiert, erfahre ich von der Stagnation des klinischen Befundes der Patientin. Ausgelöst wurde dieser Zustand durch ihren Entschluß, sich von ihrem sie seelisch misshandelnden Ehemann zu trennen. Eine verwirrende außereheliche Liebesbeziehung mit einem unzuverlässigen Lover - einem Kollegen des Mannes - löst im Moment des geplanten Absprungs aus der Ehe lang anhaltende ängstlich-depressive Zustände aus, die sich in den zwei vorausgegangenen Jahren Therapie noch nicht gebessert haben.

Behandlungsverlauf und therapeutische Beziehung

In einem initial intensiven therapeutischen Setting lerne ich drei Filme kennen, die im Erleben der Pat. unlöslich durcheinander gehen: eine Panik vor befürchteter körperlicher Heftigkeit des Ehemannes, eine Panik durch die Unerreichbarkeit des Lovers mit einem traumatischen Gefühl der Hilflosigkeit, und Flashbacks der kindlichen Erfahrungen der heftigen Szenen zwischen der Mutter und dem Vater, die zum erstenmal seit ihrer Kindheit sie in nächtlichen Alpträumen heimsuchen .

Die Übertragungssituation in einer mehrjährigen niederfrequenten Therapie wird durch ihre mühselige Suche nach Halt bei einem zuverlässigen (therapeutischen) Partner geprägt. Das aus der Kindheit stammende Gefühl, alles allein bewältigen zu müssen, verhindert ihre Mitteilungsfähigkeit in den Gesprächen. In endlosen Schleifen berichtet sie, was sie erstarren lässt, ihre Entscheidungsfähigkeit radikal beschränkt. Erst langsam kann sie akzeptieren, dass sie mich belasten kann, ohne dass ich überlastet werde.

Die Gegenübertragung des 2. Therapeuten wird zunächst von Empörung über die schlechten Objekte bestimmt, über ihre von beiden Eltern- Familien bestimmte Partnerwahl; dazu kommt die Abwehr der Versuchung ihr zu sehr unter die Arme greifen zu wollen, da sie es doch nicht, noch nicht nützen kann. Bestimmend wird aber, dass ich sie festhalte, ihrer repetitiven Tendenz, sich zu

früh wieder zu verselbstständigen, entschieden widerspreche. Nach fünf-jähriger Arbeit ist die Loslösung von dem traumatischen gegenwärtigen und vergangenen Kontext weit vorangeschritten.

Seine AAI-Vermutung: die Patientin ist unsicher-verwickelt und weist ein ungelöstes Trauma auf.

Bindungsklassifikation der Patientin mit dem AAI

Die Patientin erhält die Klassifikation „sicher-autonom“ (F4) mit verstrickten Anteilen, d. h. sie fällt unter die Kategorie „earned secure“. Damit ist gemeint, dass sich die Patientin trotz traumatischer Erfahrungen eine autonome Verarbeitung dieser Erfahrungen „selbst verdient“ hat. Insgesamt liefert sie ein ehrliches, kohärentes Bild ihrer Kindheitsgeschichte und den damit zusammenhängenden Gefühlen. Sie ist sich der negativen Einflüsse (Trennung der Eltern, Gewalttätigkeiten des Vater gegenüber der Mutter, Alkoholproblem der Mutter) auf ihre Persönlichkeit bewusst und verleugnet heutige Konflikte, die daraus entstanden sind, nicht. Über die Mutter kann sie - trotz vieler traumatischer Erfahrungen mit ihr – wertschätzend sprechen, ihre Episoden sind in der Regel nachvollziehbar und lebendig, auch wenn einige Erlebnisse manchmal eine grausame Färbung haben. Das Prägendste für ihre Entwicklung war, dass bestimmte Themen tabuisiert wurden und deshalb unverarbeitet blieben. Die Handgreiflichkeiten des Vaters gegenüber der Mutter erlebte sie als Kind mit großer Angst um die Mutter, in ihrer Erinnerung traten jedoch diese Erfahrungen erst viele Jahre später in Form eines schwerwiegenden depressiven Zusammenbruchs wieder ins Bewusstsein. Diese starke Reaktion (strong behavioral reaction) kann als unverarbeitetes Trauma gewertet werden. Es ist anzunehmen, dass die Patientin diese Angstgefühle sehr lange konserviert hatte. Da sie diese im Interview mit ihrer eigenen Depression assoziiert, kann dies als eine „verspätete Reaktion“ auf die traumatischen Erfahrungen interpretiert werden.

In der Interviewsituation fühlte ich mich von der Patientin als Gegenüber ***

Tabelle 2: Auswertungsblatt des Adult Attachment Interviews der Patientin 2 Skalen für die Kindheitserfahrungen

Mutter	Vater
Liebe	
Zurückweisung	
Rollenumkehr	
Leistungsdruck	
Vernachlässigung	

Skalen für den mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen

Mutter	Vater
Idealisierung	
Ärger	
Abwertung	
<u>Skalen für den allgemeinen mentalen Verarbeitungszustand von Bindungserfahrungen</u>	
Abwertung von Bindung	
Bestehen auf fehlender Erinnerung	
Traumatischer Gedächtnisverlust	
Metakognition	
Passivität (Denken/Ausdruck)	
Angst vor Verlust	
Höchster Wert unverarbeiteter Verlust	
Höchster Wert unverarbeitetes Trauma	
Kohärenz des Transkripts	
Kohärenz des Bewußtseins	
Klassifikation	U/F4

Auf der Skala „unverarbeiteter Verlust“ erhält die Patientin einen hohen Wert von 8.5, da sie auf die Frage nach wichtigen Verlusterfahrungen eine sprachliche Auffälligkeit zeigt, die auf einen desorientierten Verarbeitungsmodus hinweist.

Auffällig ist, daß die Patientin Da die Patientin auf den beiden Skalen „unverarbeiteter Verlust“ und „unverarbeitetes Trauma“ über einem Wert von 5 liegt, erlangt sie als Hauptklassifikation die Kategorie U (unresolved). Als zweite organisierte Bindungsstrategie wird dem AAI die Kategorie F4 (earned secure) zugeordnet. “Individuals with difficult childhood that may include traumatic experiences which presently directly preoccupy attention. A valuing of, and some preoccupation with attachment and their own attachment related experiences characterizes these individuals. Understandably they may be somewhat incoherent and confused in some places but for the greater part of the interview they are ultimately both rational and convincingly conscious while accepting of one’s own continuing involvement”.

Diskussion der Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive

Die Patientin antwortet auf die Frage nach der Reflektion, inwieweit sie den Einfluß der Kindheitserfahrungen auf ihre persönliche Entwicklung beurteilt mit den folgenden Worten:

I: hmhm hmhm—wenn Sie so zurückblicken die ganzen Erfahrungen, die Sie gemacht haben, was meinen Sie in wie weit haben die Einfluß auf Ihre Persönlichkeit heute wie Sie sich heute fühlen, wie würden Sie das so für sich zusammenfassen.

P: - ich glaube daß die Erfahrungen die ich gemacht habe als Kind, äh schon sehr prägend waren. auch für mein späteres Leben, was meine eigene Ehe angeht, ähm das kann ich jetzt nachdem ich, auch längere Zeit schon in Therapie bin, und, ja die Gefühle die ich in der Zeit hatte als ich die, ja die erste schlimme Depression hatte und gleichzeitig auch wieder erlebt habe was in meiner Kindheit passiert ist, das waren so viele Parallelen die man da entdecken konnte und, da muß ich feststellen ja daß vom vom Verhalten, und das was / erfahren hat in der Kindheit, daß ich das doch daß sich doch vieles wiederholt obwohl man es nicht will aber, e- es ist so gewesen ja.

I: und +was würden Sie da sagen

P: trotzdem möchte+ man vieles verändern, ist aber nicht in der Lage, dazu das zu schaffen,

zumindest nicht gleich ja.

I: was wäre das zum Beispiel?

P: ja ich hatte schon auch vor, mein eigenes Leben zu verändern, und ähm, vor allen Dingen auch meine Beziehung, die nicht sehr glücklich war, ähm z- zunächst zu verändern und dann war ich soweit, äh sogar sie zu beenden, und das habe ich aber nicht aus eigener Kraft geschafft ja. hab's versucht, mehrfach aber es ist mir nicht gelungen alleine ja.

I: hmhm und was würden Sie so sagen was Sie so am meisten geprägt hat oder wo Sie sagen, das ist schwer gewesen auch für Sie zu ändern.

P: -- ähm was schwer ist für mich zu ändern ist, zunächst einmal also, -- für mich selbst was zu tun ja das fällt mir schon sehr schwer, ohne das in Verbindung mit irgendwelchen anderen Personen die eben um mich herum sind zu sehen, was die Kinder angeht und lange Zeit auch was meinen Mann anging also ich habe, viele Dinge gemacht /// aber selten für mich ganz allein. so daß ich mich also schwer abgrenzen konnte von diesem ja, Familienpakt, kann man fast sagen,

der mich schon sehr eingeengt hat,
und nicht nur in dem, eigenen
Familienkreis jetzt zu Hause,
sondern das ging bis weit in den
Elternbereich mit hinein

Schwiegereltern-bereich, äh wo ich
auch lange Zeit immer versucht
habe allen und jedem es richtig zu
machen ja.

Das AAI erfasst bei dieser Patientin die gegenwärtige Bewertung ihrer Bindungserfahrungen, die durch ihre schon vorangehende zweijährige Psychotherapie gewiss nicht unbeeinflusst geblieben ist. Der Ausdruck "earned-secure" spiegelt diese Errungenschaft wider. Der Kliniker, angesichts der unveränderten klinischen Situation der Patientin übernimmt jedoch die ärgerlichen, enttäuschten Affekte, die seines Erachtens die Patientin endlich zeigen müsste, wollte sie sich aus dieser Verstrickung lösen. Weitere Jahre analytischer Arbeit (einmal pro Woche) mussten aufgewendet werden, dass die Patientin nun die Autonomie erlangen konnte, die klinisch relevant ist. Der abgewehrte Ärger, den der Analytiker in den Angstanfällen der Patientin identifiziert, und in seiner Gegenübertragung deutlich spürt - der sich auch in den massiven Alpträumen manifestiert, taucht im AAI nicht auf. Darin liegen vermutlich methodische Grenzen dieses Interviews bzw. es liegt eine divergente Bewertung von Autonomie vor.

In diesem Zusammenhang erscheint die Arbeit von Fonagy et al. (1996) bedeutsam, die nahelegt, daß in einer Stichprobe von Patienten mit einer „Major Depression“ einen höheren Anteil an F-Kategorien aufwiesen im Vergleich zur Kategorie unsicher-distanziert (Ds). Sie führen dieses Ergebnis auf die episodische Natur der Major Depression zurück, die symptomfreie Phasen beinhaltet, sowie deren prädominante erbliche Komponente, welche vermutlich mit Bindungserfahrungen weniger interferiert als die chronisch verlaufende, eher konfliktbedingte Dysthymie. Dieses Ergebnis deutet ebenso darauf hin, daß eine erworbene sicher-autonome Bindungsrepräsentation (earned secure) nicht als ein verlässlicher Schutzfaktor gegen eine depressive Entwicklung proklamiert werden sollte. „Earned secure“-Personen waren in der Regel vernachlässigenden Erfahrungen in ihrer Kindheit ausgesetzt, die sie zwar überdacht, aber scheinbar dennoch nicht vor einer Erkrankung bewahrt haben, „these results suggest that difficult life experiences may predispose individuals to depression, even if an autonomous state of mind is developed“ (Dozier et al. 1999, S. 503).

4. 3. Fall 3: 32-jähriger Patient mit einer dissoziativen Störung (Depersonalisation)

Ersteindruck und Psychodynamik

Der Patient, 35-jähriger Künstler, sucht mich wegen eines anhaltenden Gefühls einen „Schleiers“ vor den Augen zu haben, auf, der eine Trübung seiner emotionalen Sensibilität vor allem in nahen Beziehungen kennzeichnet. Den Hintergrund stellt eine schleichende, ohne manifeste Krisen verlaufende Eintrübung einer sehr erfolgreichen künstlerischen Beziehung dar, in der er seine Mit-Wirkung immer weniger spüren kann. Obwohl künstlerisch erfolgreich, auch finanziell, sieht er keine Zukunft vor sich.

Behandlungsverlauf und therapeutische Beziehung

Der inzwischen zwei-jährige Behandlungsverlauf fokussiert weitgehend auf die auffallende „Übertragungsbeziehung“ zu seinem älteren Partner, der nicht nur die erste Geige spielt, sondern dem er sich auch zunächst begeistert untergeordnet hat, um dort jene Anerkennung zu finden, die sein Vater seinem künstlerischen Berufsentscheidung versagt hatte. Dankbar und Anregungen rasch aufgreifend wiederholt er dieses Muster in der Übertragung, sodass wir dies in der Arbeitssituation nach einiger Zeit bearbeiten können. Als wichtigen Schritt gelingt uns die Wiederentdeckung seiner Kindheitswelt und damit auch in seiner Künstlerwelt heftig abgelehnte Wünsche. Dies kann er zu einer Neu-Orientierung nutzen und ist schon jetzt auf gutem eigenständigen Wege.

Bindungsdiagnostik mit dem AAI

Forschungsstand zu diesem Krankheitsbild

LIOTTI ** FEHLT

Carlson (1998) untersuchte den Zusammenhang zwischen desorganisiert-desorientierter Bindungsqualität in der frühen Kindheit und dissoziativen Symptomen in der Kindheit und im Jugendalter. Im Schulalter wurden die Kinder durch Lehrer mit dem Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1986) eingeschätzt. Frühkindliche Desorganisation hing mit höheren Werten für dissoziative Symptome in der Grundschule und Sekundarstufe zusammen. Außerdem sagte desorganisiertes und desorientiertes Verhalten im Alter von 19 Jahren höhere Werte dissoziative Symptomen auf der „Dissoziative Experiences Scale“ (Carlson & Putnam, 1993) vorher.

Bindungsdesorganisation in der Kindheit hing nicht mit neurologischen Problemen oder anderen pränatalen Vulnerabilitäten zusammen.

In den beiden letztgenannten Studien fällt die „phonotypische Ähnlichkeit“ zwischen der frühkindlichen Bindungsorganisation und der psychopathologischen Störung im Jugendalter auf, wenn man die Zusammenhänge zwischen desorganisierter Bindung und dissoziativen

Symptomen (Liotti, 1996, Main & Morgan, 1996) und zwischen unsicher-ambivalenten Bindung und Angstsymptomen (Cassidy, 1995) betrachtet (Dozier, Stovall & Albus, 1999). Gleichzeitig muß jedoch berücksichtigt werden, daß es sich in beiden Studien um eine Risikostichprobe handelt, in der psychopathologische Symptome häufiger zu erwarten sind.

Bindungsklassifikation des Patienten mit dem AAI

Der Patient erhält die Klassifikation „unsicher-distanziert“ (Ds1) sowie einen „unverarbeiteten Bindungsstatus“ (U) in Bezug auf Verlusterlebnisse. Wenn er über seine Beziehung zu seiner Mutter erzählt, kommt seine deutliche Idealisierung dieser Beziehung dadurch zum Ausdruck, indem er stark positive Adjektive („sehr sehr innig“, „sehr nah“, „sehr fürsorglich“, „sehr ehrlich“) zur Beschreibung der Beziehung in der Kindheit wählt und dazu keine konkreten, überzeugenden Belege liefern kann und später im Interview deutliche Widersprüche auftauchen, wenn er über strafende Maßnahmen seiner Mutter erzählt. Beispielsweise antwortet der Patient auf die konkretisierende Frage: „Haben Sie denn eine konkrete Erinnerung, wann die Beziehung zu Ihrer Mutter sehr nah war?“ mit den Worten: „die war immer da, einfach immer da, hat mir ein sehr wohlige Gefühl verschafft

Oft legt er eine äußerst übertriebene Sprache an den Tag, die nicht integriert erscheint und auf ihre Wahrhaftigkeit hin von ihm nicht reflektiert werden kann. Wenn er über seinen Vater berichtet, wird ein starker Leistungsdruck in der Kindheit sichtbar, immer wieder verspürte er als Kind die Notwendigkeit, über Leistung (Musik, Sport) etwas „gut zu machen“. Kummer und Sorgen wurden von ihm alleine bewältigt, ohne Hilfe bei den Eltern aufzusuchen. Als er über den Tod seiner Oma spricht, werden seine Aussagen psychologisch verwirrend, es bleibt vage und widersprüchlich, ob er den Tod der Großmutter damals (mit 13 Jahren) glaubte oder nicht glaubte („sie sah tot aus“, „ich habe nicht kapiert, dass sie tot ist“).

Tabelle 3: Auswertungsblatt des Adult Attachment Interviews des Patienten 3
Skalen für die Kindheitserfahrungen

	Mutter	Vater
Liebe	3	3
Zurückweisung	4	5
Rollenumkehr	2.5	1
Leistungsdruck	5	6.5
Vernachlässigung	5	5

Skalen für den mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen

	Mutter	Vater
Idealisierung	7.5	5
Ärger	1	3
Abwertung	1	1

Skalen für den allgemeinen mentalen Verarbeitungszustand von Bindungserfahrungen

Abwertung von Bindung	1
Bestehen auf fehlender Erinnerung	5.5.
Traumatischer Gedächtnisverlust	-
Metakognition	1
Passivität (Denken/Ausdruck)	1
Angst vor Verlust	-
Höchster Wert unverarbeiteter Verlust	6
Höchster Wert unverarbeitetes Trauma	1
Kohärenz des Transkripts	3
Kohärenz des Bewusstseins	3

Klassifikation U/Ds1

Diskussion der Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive

4. 4. Zusammenfassende Gedanken über den Nutzen und die Wirkung des AAIs auf den therapeutischen Prozeß

FEHLT NOCH GANZ

Diese abweichenden Perspektiven verdeutlichen, daß der „Anspruch“ der Methodik des AAI bezüglich eines gelungenen, kohärenten Diskurses für klinische Populationen relativiert werden sollte. Zum anderen wird an unseren klinischen Beispielen sichtbar, daß die Reflexionsfähigkeit von Patienten im therapeutischen Prozeß überschätzt werden kann.

Hier sollte man zusammenfassen schreiben was für die drei Fälle gilt **** Die Eindeutigkeit, mit der eine traumatische Genese der Störung plausibel gemacht werden kann, dürfte in diesem Fall das stärkste Argument für die Verwendung des AAIs als zusätzliches diagnostisches Instrument sein (s. a.

Buchheim et al. 1998; Köhler 1998; Steele & Steele 2000). Das AAI erweitert durch seine diffizile Auswertung den Blickwinkel des Therapeuten; es macht ihn sicherer, die idiosynkratisch-bindungsrelevanten sowie traumatischen Erfahrungen angemessen zu registrieren und in der therapeutischen Beziehung zur Geltung zu bringen.

5. Literatur

Bowlby J (1959) Über der das Wesen der Mutter-Kind Bindung. Psyche Psyche13: 415-456

Bowlby J (1961) Die Trennungsangst. Psyche Psyche15: 411-464

Bowlby J (1961) Ethologisches zur Entwicklung der Objektbeziehungen. Psyche 15: 508-516