

Nach dem Tod der Eltern

Bindung und Trauerprozesse

Den Verlust der Eltern muss fast jeder erleben. Erstaunlich ist jedoch, wie wenig dieses Thema selbst in dem Gebiet, das sich besonders mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Bindungs- und Trennungserfahrungen beschäftigt, bearbeitet wurde.

Seit Freuds Arbeit zur strukturellen Äquivalenz von Trauer und Melancholie sind die Prozesse, die den Kern der Freud'schen Trauerarbeit ausmachen, ein bedeutsames klinisches Thema. Wir möchten versuchen, mit der Begrifflichkeit der Bindungstheorie auszubuchstabieren, was mit den inneren Bildern der Eltern nach deren Tod passiert. Was sind die Schicksale dieser inneren Bilder, was sind die Nach- und Auswirkungen des Verlusts eines Elternteils oder beider Eltern?

Angeregt wurden wir durch die seltene Gelegenheit, eine ehemalige Patientin in einem katamnesticen Gespräch auf diese Aspekte hin zu untersuchen. Die Patientin, deren psychoanalytische Behandlung Gegenstand vielfältiger Studien war (Kächele et al. 2006 a,b; eine ausführliche klinische Darstellung der Patientin und ihres Behandlungsverlaufs findet sich im dritten Band des Ulmer Lehrbuchs Thomä u. Kächele 2006, Kap. 4.1-3), wurde 25 Jahre nach Abschluss ihrer Therapie mit dem Adult Attachment Interview (AAI) befragt. Dies erlaubte erstmals einen bislang wenig beachteten Aspekt der Bindungsrepräsentation zu sondieren.

Bindung und Trauer

Der Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Bowlby führte im Auftrag der World Health Organization (WHO) eine Untersuchung zur Verarbeitung von Trennungs- und Verlusterfahrungen bei kleinen Kindern durch. Er sollte das Schicksal heimatloser Kinder im Nachkriegseuropa dokumentieren (Bowlby 1953). Aus diesem Erfahrungsraum und aus dem Kontext der sich anbahnenden Hospitalismus-Diskussion entstanden die ersten psychoanalytischen Arbeiten zu dem Thema Trauer und Verlust (Bowlby 1958, 1960, 1961). Allerdings führte Bowlbys Vortrag im Jahr 1957 vor der britischen analytischen Gesellschaft zu einer aus heutiger Sicht spektakulär zu bezeichnenden Ausgrenzung aus der psychoanalytischen „scientific community“. Winnicott schrieb: „Diesen Vortrag zu akzeptieren, würde bedeuten, alles aufzugeben, wofür Anna Freud gekämpft hatte.“ Allerdings war Anna Freud gnädiger und kommentierte: „Dr. Bowlby ist zu wertvoll, um für die Psychoanalyse verloren zu gehen“ (zit. nach Grosskurth 1986).

Mit der Veröffentlichung der Trilogie *Attachment and Loss* (mit den drei Bänden *Bindung* 1969, *Trennung* 1973 und *Verlust* 1980) wurde deutlich, wie konsequent Bowlby ethologische Konzepte herangezogen hatte, um die biologisch vorgegebene Fähigkeit zur Bindung an eine pflegende Person zu kennzeichnen. Er sah Bezogenheit in der frühen Kindheit als ein primä-

res und unabhängiges Ziel, das sich nicht einem physiologischen Bedürfnis, wie z. B. Hunger, unterordnen lässt.

Ein bedeutsamer Unterschied von Psychoanalyse und Bindungstheorie betrifft das Verständnis defensiver Prozesse (Solomon u. George 1999). Traditionelle psychoanalytische Modelle der Abwehr arbeiten mit einer Vielzahl von Abwehrmechanismen (s. dazu die Übersichtsarbeiten in Hentschel et al. 2004). Bowlby konzipiert seine Abwehrformen als *defensiven Ausschluss* („defensive exclusion“); dieser besteht in zwei qualitativ unterscheidbaren Formen der Informationsverarbeitung: als „deactivation“ (entspräche der Verdrängung) und als „cognitive disconnection“ (entspräche der Spaltung). Im Rahmen seiner Überlegungen zur pathologischen Abwehr prägte Bowlby (1980) im dritten Band den Begriff der *abgetrennten Systeme* („segregated systems“), den George und West (1999, S. 295) zwanzig Jahre später 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“. Bowlby war bereits damals der Überzeugung, dass der Zusammenbruch des Bindungssystems einen Risikofaktor für die psychische Homöostase darstellt. Im Fall einer starken Bedrohung des Bindungssystems (z. B. Drohungen, Verlassenwerden, Misshandlung, Isolation, Missbrauch) mündet der „Ausschluss von Information“ in eine sog. Abtrennung von Information aus dem Gedächtnis, die vom Bewusstsein „abgeblockt“ oder dissoziiert ist.

Die Unterscheidung „organisierter“ (d. h. sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt) von „desorganisierter“ Bindung (d. h. ungelöste traumatische Erfahrungen wie Misshandlung, Missbrauch oder Verlust) erscheint demnach für die Interpretation des Schweregrades von dysfunktionaler Bindung für klinische Grup-

pen von wesentlicher Bedeutung zu sein. Eine Metaanalyse von van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) ergab, dass organisierte unsichere Bindungsrepräsentation in den klinischen Gruppen zwar eindeutig häufiger vorkommt als in nichtklinischen Stichproben. Jedoch ist die Verteilung der Gruppen „distanziert“ und „verstrickt“ nahezu gleich und somit keine spezifische Zuordnung von Bindungsunsicherheit und Psychopathologie erlaubt. In einigen klinischen Gruppen, z. B. Patienten mit Angststörungen oder Borderline-Pathologie, wurde gefunden, dass das Muster „Desorganisation“ in Bezug auf Verluste Erfahrungen oder sexuelle Traumata im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern und zu Gesunden deutlich überrepräsentiert (mindestens 85%) ist. Dies weist darauf hin, dass das *Zusammenbrechen von Bindungsstrategien* eine besondere Beachtung verdient (s. neuester Überblick bei Buchheim 2007).

Im Folgenden stellen wir zunächst die grundlegenden Ideen der Methodologie vor, mit der Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen erfasst werden können. Dann geben wir ein Beispiel für die Fruchtbarkeit dieser Konzepte in der klinischen Arbeit, in dem wir den aktuellen Verarbeitungszustand in Bezug auf die Trauer von der Patientin Amalie X diskutieren.

Methodik zur Erfassung von Bindung und unverarbeiteter Trauer

Seit den 80er-Jahren hat das AAI zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen (George et al. 1985; Main u. Goldwyn 1996) zunehmend Verbreitung gefunden und wird bisher hauptsächlich in Forschungsstudien eingesetzt. Der Interview-Leitfaden ist so aufgebaut, dass durch die Abfolge von Fragen das Bindungssystem zunehmend aktiviert wird, d. h. die Themen werden immer stressreicher (Schilderung der Beziehung zu den Bindungsfiguren → Kummer und Trennungserfahrungen → Verlust und Missbrauchserlebnisse). Die Befragten werden aufgefor-

Anna Buchheim, Horst Kächele

Nach dem Tod der Eltern – Bindung und Trauerprozesse

Zusammenfassung

Obwohl es fast allen Menschen bevorsteht, die Eltern durch Tod zu verlieren, hat sich die klinische Bindungsforschung noch wenig mit der Verarbeitung der Erfahrung vom unvermeidlichen Verlust der Eltern beschäftigt. Nach einer einleitenden Skizze theoretischer Konzepte, insbesondere zu Bowlbys Abwehrtheorie, berichten

wir über ein Adult Attachment Interview (AAI) einer Patientin, die als „Musterfall“ inzwischen ausgiebig porträtiert wurde. Fünfundzwanzig Jahre nach einer erfolgreichen Psychoanalyse ergeben die diskursanalytischen Auswertungen des AAI der Patientin deutliche Hinweise auf eine unverarbeitete Trauer in Bezug auf beide Eltern.

When parents die – attachment and mourning

Abstract

Although it is assumed that in most cases parents usually are dying before their children clinical attachment research has not yet dealt with this issue. After reviewing some theoretical ideas, especially concerning Bowlby's concept of defense, we report on an Adult Attachment Inter-

view (AAI) of a psychoanalytic patient, that has been the object of a host of studies. Twenty-five years after the termination of her successful analysis the discourse analysis of the patient's AAI displays evident signs of unresolved loss and mourning with respect to both parents.

dert, ihre autobiographische Geschichte bezüglich ihrer Bindungserfahrungen anhand von 18 Fragen „aus dem Stand heraus“ zu erzählen. Bewertet wird, inwieweit ein Sprecher in der Lage ist, seine Kindheitsgeschichte spontan in einer kooperativen, kohärenten und plausiblen Art und Weise zu entwickeln. Das semistrukturierte Vorgehen erlaubt konkretes Nachfragen und Spezifizieren. Dies wiederum fordert die Befragten heraus, ihre allgemeinen Aussagen exakt, präzise und glaubhaft zu belegen. Auch das löst Stress aus.

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 nahe stehenden Personen in der Kindheit, deren genaue Umstände, die damit zusammenhängenden Gefühle damals und heute sowie Auswirkungen auf die weitere Entwicklung. Ein weiterer Fragenkomplex beschäftigt sich mit dem Einfluss der erlebten Kindheits-erfahrungen 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 einer 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 eigen-

nen Kindern gestellt, die sich 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).

Die Auswertung der Transkripte des AAI beurteilt die *Art und Weise* der Erzählung als maßgeblich für die aktuelle Repräsentanz von früheren bedeutsamen Erfahrungen, d.h. *wie* erzählt wird, ist relevanter als das Inhaltliche. Dieses theoriegeleitete Interview soll bei der befragten Person das Bindungssystem aktivieren und durch *spezifische Konkretisierung* (z.B. „Sie haben gesagt, die Beziehung zu Ihrer Mutter war wunderbar. Fällt Ihnen dazu ein spezielles Ereignis ein, das diese Aussage veranschaulichen könnte?“) eine gewisse Stresssituation herstellen, die jeweilige Bindungsstrategien „hervorlocken“. Die Technik des semistrukturierten Fragens dient dazu, Abwehrprozesse (z.B. unbewusste Inkohärenzen, Idealisierung, Entwertung, Ärger, Verleugnung) sichtbar werden zu lassen, die jedoch nicht gedeutet werden.

Die Kohärenz des Diskurses stellt das leitende Hauptkriterium der Auswertung im AAI dar (Main u. Goldwyn 1996); durch sie werden wichtige Kommunikationsmaxime nach Grice (1975) erfasst. Beurteilt wird, inwieweit ein Sprecher auf die Fragen des Interviewers kooperativ eingehen kann und eine wahrheitsgemäße (Qualität), angemessen informative (Quantität), relevante (Relevanz) und für den Zuhörer bzw. Leser verständliche, klare Darstellung (Art und Weise) seiner Kindheitserfahrungen geben kann.

Eine Person mit einer „sicheren“ Bindungsrepräsentation kann mit der Aufgabe, semantisches Wissen über die Kindheit anhand episodischer Belege zu verifizieren, flexibel umgehen; positive wie auch negative Erinnerungen können in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild zusammengefügt werden; die sprachliche Darstellung ist nachvollziehbar und lebendig. Bringt eine Person eine sog. *distan-*

zierte Bindungsrepräsentation mit, wird sie auf die AAI-Fragen hin „distanziert“ ihre Narrative gestalten, indem sie auf die Fragen nur allgemein eingeht, sich an wenig Konkretes erinnert oder abblockt und den Interviewfluss subtil oder direkt boykottiert. Das Bewusstwerden von schmerzlichen Erinnerungen, die potentiell auftauchen könnten, muss dann deaktiviert werden, um ein allgemeines positives oder zumindest neutrales Bild der Bindungen in der Kindheit aufrechtzuerhalten. Wird die Aufmerksamkeit von Bindungsbedürfnissen weggelenkt, äußert sich das bei Erwachsenen sprachlich in kargen Antworten oder idealisierten, skriptartigen Aussagen ohne wahrhaftigen Beleg. Dagegen verlieren sich Personen mit einer sog. „verstrickten“ Bindungsrepräsentation in Details, wenn sie über Vergangenes gefragt werden, die sie – weil sie diese Erlebnisse immer noch konflikthaft erleben – in der Gegenwart formulieren und zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her oszillieren. Charakteristisch sind Erinnerungen an Parentifizierung und ein durchgehender Mangel eines stabilen Autonomiegefühls. Neben der Beurteilung der Kohärenz wird demnach auch die emotionale und kognitive Integrationsfähigkeit der geschilderten Bindungserfahrungen bewertet. Hierzu dienen als Kriterien das Ausmaß an Idealisierung oder Entwertung der Bindungsfiguren oder inwieweit die Interviewten heute noch stark mit Ärger und Wutgefühlen gegenüber ihren Bindungspersonen beschäftigt sind. Zum wichtigsten Auswertungsschritt gehört also die Beurteilung des aktuellen *mentalen Verarbeitungszustands* („state of mind with respect to attachment“) der individuellen Bindungserfahrung. Dazu werden Skalen wie Idealisierung, Ärger und Abwertung herangezogen. Zu den weiteren allgemeinen Skalen gehören „allgemeine Abwertung von Bindung“, „Bestehen auf fehlender Erinnerung“, „traumatischer Erinnerungsverlust“, „Metakognition“, „Passivität“, „Angst vor Verlust“, „höchster Wert unverarbeiteter Verlust“, „höchster

Wert unverarbeiteter Verlust“ und „Kohärenz des Transkripts“.

Die Skalen „unverarbeiteter Verlust“ und „unverarbeiteter Verlust“, die auf einen *unverarbeiteten Bindungsstatus* und Zusammenbruch des Bindungssystems hinweisen, sind für die Betrachtung von Psychopathologie von besonderer Bedeutung. Die Beurteilung der Kategorie „unverarbeiteter Trauer“ wird erschlossen aus: sprachlichen Auffälligkeiten („lapses of thought and reasoning“), ängstlichen oder irrationalen Schilderungen früher Verluste von Bindungspersonen, z. B. Vorstellungen über eigenes Verschulden des Todesfalls, die Überzeugung, dass die verstorbene Person noch unter den Lebenden ist, logische Fehler wie Verwechslung von Subjekt und Objekt oder Raum und Zeit, ungewöhnliche Detailgenauigkeit sowie deutlich lange Schweigepausen.

Zusammenfassend stellt das AAI eine Mischung aus qualitativer und quantitativer Methodik dar, um teils unbewusste bindungsrelevante Aspekte von Bindung der Befragten zu erfassen. In einem sich immer weiter entwickelnden Manual sind die genannten Skalen, die dann in ihrer heuristischen Kombination zu einer Bindungsklassifikation: sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt, desorganisiert: unverarbeiteter Trauma/Trauer führen, mit Ankerbeispielen beschrieben. Dies erlaubt dem Auswerter nach einer aufwendigen Schulung die narrative Gestalt der Aussagen durch *Analogiebildung* zuverlässig einzuschätzen.

Die klinische Bindungsforschung formuliert heute zahlreiche Ansätze, wie diese Theorie in die Diagnostik und in die psychotherapeutische Praxis integriert werden kann (z. B. in Cassidy u. Shaver 1999; Fonagy 2001/2003; Strauss et al. 2002). Auf den Nutzen der Bindungstheorie für die Arbeit des Psychoanalytikers haben bereits Köhler (1998), Dornes (1998) und Lichtenberg (2003) verstärkt hingewiesen. Auch wenn vielfältige theoretische Konvergenzen erkennbar sind (z. B. Fonagy 2001/2003), bestehen doch methodische

Divergenzen, sodass die Anwendung von bindungstheoretischen Konzepten und Instrumenten im klinischen Kontext mit nötiger wissenschaftlicher Sorgfalt geschehen sollte (s. Buchheim u. Kächele 2001, 2002; Buchheim et al. 2008).

Kasuistik

Die Patientin Amalie X

Die Patientin Amalie X ist eine zum Behandlungsbeginn 35-jährige allein lebende Lehrerin, die sich verpflichtet fühlte, einen engen Kontakt zu ihrer Familie, besonders zur Mutter zu pflegen. Zur Behandlung führten sie erhebliche depressive Verstimmungen mit einem entsprechend niedrigen Selbstwertgefühl, die jedoch ihre Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigten. Zeitweilig litt sie unter religiösen Skrupeln, obwohl sie sich nach einer Phase strenger Religiosität von der Kirche abgewandt hatte. Noch immer kämpfte sie mit gelegentlichen Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen. Von Zeit zu Zeit traten auch neurotisch bedingte Atembeschwerden auf; ebenfalls berichtete sie über erythrophobe Zustände unter besonderen Bedingungen.

Biographie

Geboren 1939 in einem kleinen Städtchen Süddeutschlands wuchs Amalie X in einer Familie auf, in der der Vater praktisch während der ganzen Kindheit abwesend war, zunächst wohl kriegsbedingt und dann beruflich durch eine Tätigkeit als Notar für einen weiten ländlichen Bereich. Emotional war der Vater wohl sehr kühl und erheblich in seiner Kommunikationsbereitschaft eingeschränkt; seine zwanghafte Art verhinderte jeglichen intensiveren Kontakt zu den Kindern. Amalie beschreibt die Mutter sehr anders: Sie war impulsiv, mit vielen kulturellen Interessen, und sie litt offenkundig unter der emotionalen Kälte ihres Mannes. Amalie X war das zweite Kind, nach dem Bruder

(+2 Jahre) und vor einem jüngeren Bruder (-4 Jahre) geboren, gegenüber denen sie sich immer unterlegen fühlte. Aus ihrer frühen Lebenswelt beschreibt sich Amalie X als ein sensibles Kind, das sich viel allein mit seinen Spielsachen beschäftigen konnte und es liebte zu malen. Sie beschreibt allerdings deutlich das Gefühl, der Mutter ein Ersatzpartner für den abwesenden Vater gewesen zu sein.

Mit drei Jahren erkrankte Amalie an einer milden Form von Tuberkulose und musste für sechs Monate das Bett hüten. Als die Mutter dann selbst eine ernsthafte tuberkulöse Erkrankung bekam, als Amalie fünf Jahre alt war, musste sie als erste die Primärfamilie verlassen und wurde zu einer Tante geschickt, wo sie die nächsten Jahre bleiben sollte. Die beiden Brüder kamen ein Jahr später nach. Da die Mutter immer wieder hospitalisiert werden musste, sorgten sich Tante und Großmutter um die Kinder. Dort herrschte ein puritanisches, emotional kühles Klima mit einer religiösen Striktheit, die Amalie durch und durch prägte. Auch nach dem Krieg erschien der Vater nur zum Wochenende bei der großelterlichen Ersatzfamilie.

In der Pubertät trat bei Amalie eine somatische Erkrankung auf, ein idiopathischer Hirsutismus, der ihre psychosexuellen Probleme erheblich verstärkte. In der Schule gehörte Amalie immer zu den Besten ihrer Klasse, und sie teilte viele Interessen mit den Brüdern. Mit den weiblichen Altersgenossen vertrug sie sich schlecht. Noch mit über sechzig Jahren erinnert sie lebhaft eine Episode hinsichtlich Rivalität mit einer Klassenkameradin, die wohl weniger intelligent, aber weitaus attraktiver war als sie selbst. Während der Pubertät verschlechterte sich die Beziehung zum Vater noch mehr, und sie zog sich ganz von ihm zurück. Eine freundschaftliche, engere Beziehung in den späten Teens zu einem jungen Mann, bei der sogar schon von Verlobung die Rede war, wurde durch striktes elterliches Verbot beendet.

Nach dem Abitur nahm sie zunächst ein Lehramtstudium mit dem Ziel Gymnasium

auf. Aufgrund ihrer persönlichen Konflikte entschied sie nach wenigen Semestern, ein Klosterleben aufzunehmen. Dort verschärften sich die religiösen Konflikte jedoch erheblich, was sie zum Studium zurückführte. Allerdings war ihr dann der qualifizierende Abschluss zur Gymnasiallehrerin verschlossen, und sie konnte nur (!) Realschullehrerin werden. Im Vergleich zu den beiden Brüdern war und blieb dies lange Zeit ein Makel für sie.

Wegen ihrer Hemmungen hatte Amalie X bis zum Zeitpunkt des Erstinterviews für eine psychotherapeutische Behandlung keinerlei heterosexuellen Kontakte; der idiopathische Hirsutismus hatte diese neurotischen Hemmungen verstärkt. Sie suchte um eine Psychoanalyse nach, weil die schweren Einschränkungen ihres Selbstgefühls in den letzten Jahren einen ausgeprägten depressiven Schweregrad erreicht hatten. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen einer virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der Amalie X sich vergeblich abzufinden versucht hatte. Zwar konnte die Stigmatisierung nach außen retuschiert werden, jedoch ohne dass diese kosmetischen Hilfen und andere Techniken zur Korrektur einer Wahrnehmbarkeit des Defektes im Sinne Goffmans (1977) ihr Selbstgefühl und ihre extremen sozialen Unsicherheiten anzuheben vermochten. Durch einen typischen *Circulus vitiosus* verstärkten sich Stigmatisierung und prämorbid vorhandene neurotische Symptome gegenseitig; zwangsneurotische Skrupel und multifforme angstneurotische Symptome erschweren persönliche Beziehungen und führten vor allem dazu, dass die Patientin keine engen gegengeschlechtlichen Freundschaften schließen konnte.

Psychodynamik

Da die Patientin Amalie X ihrem Hirsutismus einen wesentlichen Platz in ihrer Laienätiologie zur Entstehung ihrer Neurose

eingerräumt hat, beginnen wir mit Überlegungen zum Stellenwert dieser körperlichen Beeinträchtigung, aus der sich die speziellen Veränderungsziele ableiten lassen. Der Hirsutismus dürfte für Amalie X eine 2fache Bedeutung gehabt haben.

Zum einen erschwerte er die ohnehin problematische weibliche Identifikation, da er unbewussten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gab. Weiblichkeit war für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. In der Pubertät, in der die stärkere Behaarung bei der Patientin auftrat, war die Geschlechtsidentität ohnehin labilisiert. Anzeichen von Männlichkeit in Form von Körperbehaarung verstärkten den entwicklungsgemäß wiederbelebten ödipalen Penisneid und -wunsch. Dieser muss auch schon vorher im Zentrum ungelöster Konflikte gestanden haben, da er sonst nicht diese Bedeutung hätte bekommen können. Hinweise darauf liefert die Form der Beziehung zu den beiden Brüdern: Diese werden von der Patientin bewundert und beneidet; sie selbst fühlt sich als Tochter von der Mutter oft benachteiligt.

Zum anderen erhielt der Hirsutismus sekundär auch etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: Er wird der Patientin zur Begründung dafür, dass sie sexuelle Verführungssituationen von vornherein meidet. Dabei war ihr diese Funktion ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht bewusst zugänglich. Für eine erfolgreiche Behandlung der Patientin Amalie X lassen sich aus diesen Überlegungen zwei Forderungen ableiten: Die Patientin wird dann soziale und sexuelle Kontakte aufnehmen können, wenn sie 1) zu einer hinreichend sicheren Geschlechtsidentität gelangen kann sowie ihre Selbstunsicherheit überwindet und wenn sie 2) ihre Schuldgefühle bezüglich ihrer Wünsche aufgeben kann.

Aufgrund der Vorgeschichte, der Symptomatik und Charakterstruktur, des erheblichen Leidensdrucks konnte die Indikati-

on für eine psychoanalytische Therapie mit drei Wochenstunden gestellt werden. Wir entnehmen der Stellungnahme des behandelnden Analytikers folgenden Text (s. Thomä u. Kächele 1988, S. 90):

„Ich nahm die beruflich tüchtige, kultivierte, ledige und trotz ihrer virilen Stigmatisierung durchaus feminin wirkende Patientin in Behandlung, weil ich ziemlich sicher und hoffnungsvoll war, dass sich der Bedeutungsgehalt der Stigmatisierung wesentlich würde verändern lassen. Ich ging also, allgemein gesprochen, davon aus, dass nicht nur der Körper unser Schicksal ist, sondern dass es auch schicksalhaft werden kann, welche Einstellung bedeutungsvolle Personen und wir selbst zu unserem Körper haben.“

Der Verlauf der erfolgreichen psychoanalytischen Behandlung der Patientin mit 517 Stunden ist im Band III des Ulmer Lehrbuchs (Thomä u. Kächele 2006) ausführlich dokumentiert. Die Patientin konnte durch und nach der Behandlung feste Partnerschaften eingehen, die nicht ohne Konflikte waren, aber die nicht mehr von dem Problem bestimmt wurden, das sie in die analytische Behandlung geführt hatte. Zweimal suchte sie in den späteren Jahren ihren früheren Analytiker wieder auf, der für sie verfügbar blieb.

Viele Jahre nach Beendigung der Analyse suchte Amalie X, inzwischen 65-jährig und pensioniert, Rat wegen eines aktuell eingetretenen Lebensproblems, das im Zusammenhang mit Nachwirkungen ihrer längeren Partnerschaft aufgetreten war. Diesem Wunsch entsprachen wir durch Verweisung an eine Kollegin. Für unser Forschungsinteresse war die Möglichkeit gegeben, mit der Patientin ein Bindungsinterview durchzuführen, über das nachfolgend berichtet werden soll.

Fünfundzwanzig Jahre nach ihrer psychoanalytischen Behandlung: Das Bindungsinterview von Amalie X

Das Bindungsinterview ist entsprechend Bowlbys Trilogie so konzipiert, dass es

sich auf Bindungserfahrungen mit den primären wichtigen Personen in der Kindheit beschränkt. Andere wesentliche Lebensbereiche wie Sexualität, Ödipalität, Arbeitsbeziehungen etc. werden hier nicht erfasst. Demnach können wir mit dieser Einzelfallstudie auch nur den Bereich der Bindung und Trauer rückblickend erweitern. Das AAI von Amalie X wurde verbatim transkribiert und nach den Klassifikationsregeln von Main u. Goldwyn (1996) diskursanalytisch von einer zweiten reliablen Bindungsforscherin unabhängig ausgewertet. Diese Auswertung führte zu diesem Zeitpunkt zur Diagnose einer desorganisierten Bindungsrepräsentation, die sich auf den noch unverarbeiteten Verlust ihrer beiden einige Jahre zuvor verstorbenen Eltern ergab. Als zweite darunter liegende „organisierte“ Bindungsstrategie wurde ein „unsicher-verstricktes“ Muster festgestellt, das Hinweise auf Amalies aktuellen Ärger und ihre noch anhaltende emotionale Konflikthaftigkeit mit beiden Elternfiguren untermauerte.

In ihrer Gegenübertragung fühlte sich die Interviewerin (AB) geradezu überwältigt von der Geschwindigkeit, mit der Amalie vielfältigste Details ihrer Kindheit zu erinnern wusste. Sie dominierte das vom Ansatz her halbstrukturierte Gespräch in einer ungewöhnlichen Art und Weise. Es gab keine Frage im AAI, bei der Amalie zögerte oder gar eine Pause machte, um nachzudenken, was sie wohl darauf sagen könnte. Manchmal gab sie konsistente Zusammenfassungen ihrer Kindheitserfahrungen mit einem erstaunlichen Grad reflexiver Fähigkeit, dann kippte sie in eine „irgendwie verrückte“ Stimme, die eine übertriebene, teilweise irrationale Qualität annahm, die für die Interviewerin Furcht erregend wirkte. Am Ende des Interviews konnte die Interviewerin Amalies Selbstbeschreibung, sie sei eine Art „gute Hexe“ zustimmen. Sie kam als eine gebildete ältere Dame und entschwand wie ein „Geist“. Dieses Gegenübertragungsgefühl war besonders stark vom letzten Teil des Interviews bestimmt, als Amalie über den

Verlust ihrer Eltern sprach. Diese Passagen hatten gespenstische Qualitäten.

Im AAI werden sowohl subjektive Erinnerungen (faktische Information) der Befragten an die Bindungspersonen (z. B. liebevolle Fürsorge, Vernachlässigung, Rollenwechsel) als auch die Diskursqualität (mentale Verarbeitung) des gesamten Transkripts in Bezug auf Kohärenz, Idealisierung, Ärger oder sprachlicher Fehlleistungen kodiert.

Amalie beschreibt ihre Mutter subjektiv als „sehr, sehr sorgend“; außerdem schildert sie diese als eine schöne Frau, die für sie viel interessanter und anziehender als ihr Vater war. Sie erinnert sich, ihre Mutter bewundert und um sie geworben zu haben. Als Kind habe sie ihr immer gefallen wollen; sie sei extrem empfänglich für die Bedürfnisse der Mutter gewesen. („Ich war für sie da, sie konnte mich beanspruchen.“) Diese Einpassung in die Bedürfnislage der Mutter habe ihr auch geholfen, das wohlgezogene Kind im Gegensatz zu den beiden anstrengenden Brüdern zu sein. Den Vater beschreibt sie als „schwach“ mit der Ergänzung „Natürlich war ich sein Liebling“. Auch er sorgte sich um sie, aber er war für sie „nicht interessant“; sie fügt hinzu: „Zwischen ihm und mir war immer so etwas wie Baumwolle“. Ihre Großmutter schildert sie als „streng“ und „strikt“; zugleich aber unterstützend, ermutigend und nicht so intrusiv wie ihre Mutter.

Betrachtet man das Transkript unter dem Blickwinkel der Diskursqualität und der in der AAI-Methodologie bestimmten Kohärenzkriterien, findet sich eine beträchtliche Evidenz für ein von Gegensätzen bestimmtes Bild ihrer Kindheit; dies spricht für einen *unsicher-verstrickten* Bindungsstatus. Amalie oszilliert zwischen einer außergewöhnlich positiven Bewertung der sorgenden Qualitäten ihrer Mutter und erinnert zugleich Erfahrungen der Verlassenheit, Rollenwechsel, grausame Trennungen und lang andauernde Vorstellungen, schon als Kind in der Hölle gelebt zu haben. Folgendes Transkriptbeispiel soll

den charakteristischen Rollenwechsel und die inkohärente, oszillierende Art und Weise ihrer Repräsentanz von der mütterlichen Fürsorglichkeit erläutern:

P.: „Ja, ah also meine Mutter war sehr fürsorglich. Also (lacht). Sie hat sich wirklich um alles gekümmert, das kann man gar nicht beschreiben. Sehr fürsorglich, sehr präsent, wenn sie eben da war, körperlich präsent und wenn man krank war, sie war immer; hat auch alles gewusst und gemacht und und wirklich uns da über den Krieg gebracht. Und ich hab sie aber auch als hm ich musste sie immer umwerben, ich bin immer irgendwie ihr hintennach gerannt, denke ich. Also, ich weiß, sie hat immer furchtbar gejamert, sie habe kein Fett mehr. Und ich hab dann voll strahlender Freude gesagt ‚Mama ab heute gibts Fett in meinem Kaufladen zu kaufen‘ und da hat sie mich also ganz böse abfahren lassen. Völlig genervt, nicht? Wie kann ich so blöd sein, ich war ja schon dann sechs, nee da war ich eben nicht sechs, das war vor ihrem Weggang, ja da war ich fünf oder so. Und, also solche Dinge erinnere ich mich halt.“

T.: „Sie haben gesagt, Sie haben Ihre Mutter als Kind umworben, könnten Sie dies an einem konkreten Beispiel erläutern?“

P.: „Ja, das ging bis über den Tod hinaus. Ich hab sie umworben, und ich hab sie auch bewundert. Und ich hab immer wieder versucht, ah ein braves, folgsames Kind zu sein und auch ausgleichend zu meinem großen, sehr lebhaften und kreativen und bösen Bruder. Also ich wollte ihr einfach immer Gutes tun im Ausgleich zu dem Bruder, der sie sehr angestrengt hat. Ja, ich war eben für sie willfährig oder hm hm ich hab immer versucht, rauszufinden, was sie braucht und es ihr zu liefern, ja. Ja. Sie hat mich einfach auch gebraucht und genossen als damals ruhigeres Kind nach dem anstrengenden ersten. Und sie hat mich sicher, das sagte ich ja, fürsorglich war meine Mutter bis zum Geht-nicht-mehr und sie hat mich sicher sehr warmherzig hm, ja geliebt das ist alles so schwierig zu sagen, aber ich hab eigentlich in der Kindheit das

Gefühl gehabt, das ist alles okay, was sie tut.“

An anderer Stelle kann sie die Integrität des Vaters lobend erwähnen. („Er unterstützte mich immer, wenn ich Probleme in der Schule hatte.“) Dann verfällt sie in eine ärgerlich abwertende Ausdrucksweise. („Ich konnte seine Zuneigung besonders dann nicht vertragen, wenn ich krank war und wenn er sich mir zuwandte und fragte: ‚Wie geht es meiner kleinen Patientin denn heute‘, das hasste ich.“) Formal sprachlich bietet sie Passivkonstruktionen in Form von endlosen Sätzen, die zugleich grammatikalisch unvollständig bleiben. Darüber hinaus präsentiert sie unbemerkt eine Unfähigkeit, auf die Fragen einzugehen oder auf diese zu fokussieren. Manchmal bleibt Amalie in den Erinnerungen an Kindheit und Jugend geradezu stecken, ohne auf ein abstrahierendes Niveau kommen zu können. In Bezug auf ihr Autonomiegefühl wird deutlich, dass es Amalie im Interviewverlauf schwerfällt, ein eigenständiges Selbstgefühl unabhängig von Verwicklungen mit ihrer Mutter zu erinnern. Es entsteht ein auffallender Mangel an persönlicher Identität besonders in der ersten Hälfte des Interviews. Ihre Sicht der Kindheit schwankt zwischen Heiligschein und Verdammnis. Dann wieder beeindruckt sie die Interviewerin mit einem erstaunlichen transgenerationalen Verständnis, wenn um es die Frage geht, wie sie die Auswirkung ihrer Kindheit auf ihre jetzige Verfassung oder Persönlichkeitsentwicklung einschätzt oder warum sie glaubt, dass sich ihre Eltern so verhalten haben. Obwohl sie offenkundig die Fähigkeit hat, sich in die Mutter gut einzufühlen („mind reading“), führt die zusammenfassende Bewertung zu der oben erwähnten Schlussfolgerung, dass Amalie X zum Zeitpunkt des Interviews als verstrickt klassifiziert wird. Sie scheint einen lebenslangen Kampf zu führen, eine autonome erwachsene Person zu werden. Ein Thema, das in der Psychoanalyse gründlich durchgearbeitet wurde und nun wieder auftaucht. Ihre noch nicht abgeschlossene Ausein-

dersetzung mit den nun verstorbenen Eltern, die sie in konkretistischer Form äußert, bis hin zu umschriebenen dissoziativen Phänomenen, zeigt dies in aller Deutlichkeit. Nach den Auswertungskriterien im AAI präsentiert Amalie klare Hinweise dafür, dass die beiden Verstorbenen in ihrem Inneren noch nicht tot sind. Die Patientin erzählt über die beiden Verstorbenen, als ob diese noch in reger „realer“ Kommunikation mit ihr stünden.

P.: „Also ganz merkwürdig war, der Vater starb sechsundneunzig, und dann war er eine Nacht lang mit mir geflogen zu seinen italienischen Reiseorten, die er sehr liebte und ich hatte da eine furchtbare Nacht voller Schuldgefühle ... und ah, na ja, sie (Mutter) starb vor meinem sechzigsten. Auf jeden Fall hab ich aber dann, sie starb achtundneunzig im Frühling, und dann hab ich fast vier Jahre mit ihr jetzt ganz brutal ah gekämpft und gestritten, das war so grauenvoll, das kann man nicht erzählen. Und dann kam mein Vater. Also erst seit sie tot war und als ich die Kämpfe mit ihr anfang, kam er wirklich wunderbar und hat mich also geschützt und gestärkt und beraten und das war also wie ein Gespräch und ich hab ihn gesehen, er ist jetzt wieder weg. Und dann hab ich jetzt erst dieses Jahr zu meiner Mutter gesagt ‚So, jetzt reicht’s, es reicht endgültig! Schluss, aus jetzt mit unserer Rivalität!‘“

Im AAI-Manual (Main u. Goldwyn 1996) werden Personen, die über ihre Verstorbenen in derart plastischer präsenter Form sprechen, nur dann als nichtbindungsdesorganisiert in Bezug auf Verlust-erfahrungen klassifiziert, wenn die Betroffenen von sich aus eine Metaebene einnehmen können und schließlich herausarbeiten, dass die Verstorbenen auch wirklich tot sind oder wenn religiöser Glauben in der Verarbeitung eine maßgebliche Rolle spielt. Beide Aspekte benennt Amalie während des Sprechens über diese Erfahrungen nicht. Muss man in Amalies Fall annehmen, dass der Tod der Eltern alte, durch die analytische Arbeit vermutlich bearbeitete Konfliktfelder reaktivierte? Da-

zu könnte passen, dass Amalie X derzeit an einer Autobiographie schreibt – wohl ihre Art, mit der Krise des Älterwerdens fertig zu werden. Ohne Einzelheiten über die letzters zurückliegende Krisenintervention bei einer Kollegin mitteilen zu können, ließ die behandelnde Therapeutin erkennen, dass sie sich in der Sichtweise, die im AAI bestimmend war, mit ihren Erfahrungen mit Amalie X wiedergefunden hat.

Wird das Bindungssystem in einem bindungsrelevanten Kontext, wie z. B. ein Bindungsinterview, aktiviert und werden dabei bedrohliche traumatisierende Erfahrungen reaktiviert, die das Abwehrsystem beeinträchtigen (Bowlby 1980), können Verhalten, Gefühl, Denken und Sprache chaotisch desorganisiert anmuten: Dies geschah vermutlich bei der Patientin im Nachgang zum Verlust ihrer Eltern und in weiteren aktuellen, kränkenden Erfahrungen im Kontext des schon länger zurückliegenden Verlassenswerdens durch ihren langjährigen Lebenspartner, die ihre akute Krise und ihren Wunsch nach Beratung auslösten. Unbewusst fand Amalie einen Weg, mittels Ärger und parentifizierender Identifizierung, die frühen vernachlässigenden und traumatischen Erfahrungen lange Zeit zu organisieren und zu meistern, ohne jedoch ihre Verlustgefühle und ihre intrusiven Interaktionen zu deren Lebzeiten ganz überwinden zu können. Bindungstheoretisch dürfte es bisher noch wenig geklärt sein, wie alte „verjäherte Angstbedingungen“, die durch analytische Arbeit erfolgreich mitigiert worden waren, im Kontext von einem realen Verlust der Eltern wieder zu Krisenbildungen Anlass geben. Allerdings zeigt eine Veröffentlichung jüngeren Datums, dass die Versprachlichung von traumatischen Erfahrungen ganz unterschiedlich ausfallen kann, je nachdem welche Kontexte (Holocaust, sexueller Missbrauch, Verkehrsunfall) zu berücksichtigen sind (Boothe 2005).

Soweit uns jedoch aus dem näheren Umfeld von Amalie X bekannt ist, lebt diese ein persönlich zufriedenes stehendes Le-

ben; beruflich berät sie ihr nahe stehende jüngere Menschen in freundschaftlicher und zuverlässiger Art, nicht zuletzt weil sie selbst viele Konflikte erlebt und durchgestanden hat.

Schlussbemerkungen

Die Herangehensweise, mit der eine traumatische Erfahrung anhand der systematischen Textanalyse von Narrativen plausibel gemacht werden kann, dürfte vielleicht das stärkste Argument für die Verwendung des AAI als zusätzliches diagnostisches Instrument im psychotherapeutischen Prozess sein. Die AAI-Methodik hat mit ihrer empirischen Fundierung und dabei engen Operationalisierung den Vorteil, dass sie präzise textnah vorgeht. Meist versteckt sich in einem kleinen Ausschnitt des Textes, dass ein Verlust weitreichende Folgen hatte, verleugnet, dissoziiert, vergessen wird, oder wie in diesem Fall eine „verrückte“ Qualität aufweist. Das strukturierte Augenmerk auf Schweregrad des Traumas bzw. des Verlusts und deren Auswirkungen auf die aktuelle Verarbeitung, kann es dem Psychotherapeuten erleichtern, „erinnerbare oder erzählbare“ Traumata zu registrieren und im inneren Dialog mit bindungstheoretischen Erkenntnissen zur existenziellen Wucht von Bindungserfahrungen für die therapeutische Arbeit nutzbar zu machen.

Anschrift

Dr. Anna Buchheim

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Am Hochsträss 8
89081 Ulm
anna.buchheim@uni-ulm.de

Literatur

Boothe B (2005) Die Sprache des Traumas. Themenheft der Zeitschrift Psychotherapie und Sozialwissenschaft 7. Psychosozial, Gießen

- Bowlby J (1953) Child care and the growth of love. Penguin, London
- Bowlby J (1958) The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 39:19–52, 107–127
- Bowlby J (1960) Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child* 15:3–39
- Bowlby J (1961) The process of mourning. *Int J Psychoanal* 42:317–340
- Bowlby J (1969) Attachment and loss, vol 1: attachment. Basic Books, New York
- Bowlby J (1973) Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler, München
- Bowlby J (1980) Attachment and loss, vol 3: loss, sadness and depression. Hogarth, London
- Buchheim A (2007) Klinische Bindungsforschung: Methoden und Befunde. *Nervenheilkunde* 26:291–298
- Buchheim A, Kächele H (2001) Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung: Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. *Persönlichkeitsstörung Theorie Ther* 5:113–130
- Buchheim A, Kächele H (2002) Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen. *Psyche – Z Psychoanal* 56:946–973
- Buchheim A, George C, Kächele H (2008) My dog is dying today: attachment narratives and psychoanalytic interpretation of an initial interview. In: Diamond D, Blatt SJ, Lichtenberg J (eds) Attachment and sexuality. Analytic Press, Hillsdale NJ
- Cassidy J, Shaver P (1999) Handbook of attachment. Guilford, New York
- Dornes M (1998) Bindungstheorie und Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 4:299–348
- Fonagy P (2001/2003) Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- George C, West M (1999) Developmental vs social personality models of adult attachment and mental ill health. *Br J Med Psychol* 72:285–303
- George C, Kaplan N, Main M (1985) The Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. University of California, Berkeley
- Grice HP (1975) Logic and conversation. In: Cole P, Moran JL (eds) Syntax and semantics. Academic Press, New York, pp 41–58
- Goffman E (1977) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Grosskurth P (1986) Melanie Klein. Her world and her work. Maresfield Library, London; dt. (1993) Melanie Klein. Ihre Welt und ihr Werk. Internationale Psychoanalyse, Stuttgart Wien
- Hentschel U, Smith GJW, Draguns JG, Ehlers W (Hrsg) (2004) Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives. *Advances in Psychology*. Elsevier, Amsterdam
- IJzendoorn MH van, Bakermans-Kranenburg MJ (1996) Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 64: 8–21
- Kächele H, Albani C, Buchheim A et al (2006 a) The German specimen case Amalia X: empirical studies. *Int J Psychoanal* 87:809–826
- Kächele H, Albani C, Buchheim A et al (2006 b) Psychoanalytische Verlaufsforschung: Ein deutscher Musterfall Amalia X: Analyse einer 30-jährigen Frau mit einem Hirsutismus, depressiven Verstimmungen und einer zwangsneurotischen Symptomatologie. *Psyche – Z Psychoanal* 60:387–425
- Köhler L (1998) Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. *Psyche – Z Psychoanal* 52:369–403
- Lichtenberg J (2003) A clinician's view of attachment theory and research. *Psychoanal Inq* 23:103–151
- Main M, Goldwyn R (1996) Adult attachment classification and rating system. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley
- Solomon J, George C (1999) Attachment disorganization. Guilford, New York
- Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) (2002) Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte. Schattauer, Stuttgart
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2: Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie, Bd 3: Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo