

Die Bedeutung der Bindungstheorie für psychoanalytische Therapien

Horst Kächele
in Kooperation mit Anna Buchheim

International Psychoanalytic University Berlin



Die Bindungstheorie

Bowlby J (1969) *Attachment*, Vol. 1; (1973) *Separation*, Vol. 2; (1980) *Loss*, Vol. 3, Hogarth Press, London

- *John Bowlby* formulierte in 3 Bänden seine Theorie über die Natur von Bindungsverhalten bei Menschen und die nachhaltigen Auswirkungen auf die Entwicklung nach frühen Trennungs- und Verlusterfahrungen,
- Säuglinge suchen von sich aus den überlebenswichtigen Schutz durch ihre Bindungsperson
- Menschen verfügen lebenslang über ein „Bindungsverhaltenssystem“, das in Belastungs-, Trennungs- und Gefahrensituationen aktiviert wird, um die Nähe zur Bindungsperson zu erhalten oder bei gegebener Distanz wiederherzustellen.

Die ethologischen Annahmen der Bindungstheorie

- Ein sog. *Bindungsbedürfnis* (Nähe suchen, anklammern, rufen) ist von Geburt an evolutionsbiologisch determiniert (phylogenetisch)
- Frühe *reale* Erfahrungen mit *Bindungsfigur(en)* werden bereits im ersten Lebensjahr als innere Repräsentationen (Arbeitsmodelle von Bindung) gespeichert und gestalten die Qualität der Bindungsbeziehung (ontogenetisch)

John Bowlby und die psychoanalytic community

- PSYCHE publizierte Bowlbys Arbeiten 1959 und 1961
- gerät ins „Kreuzfeuer“ der offiziellen Psychoanalyse,
- wenige deutsche Autoren würdigten Bowlbys Werk:
 - Rudolf (1977); Thomä & Kächele (1985); Hoffmann (1986); Loch (1999)

Psychoanalyse & Bindungsforschung: “common ground” (Fonagy 2000)

- Gestörte frühe Beziehungserfahrungen können weit reichende Folgen haben
- Es gibt eine transgenerationale Vermittlung von Beziehungserfahrungen
- Wahrnehmungen und Erfahrungen werden durch bewusste und unbewusste Erwartungen gesteuert, die einem repräsentationalen System enkodiert sind
- Narrative bilden einen Zugang zu Repräsentationen
- Typologie (sicher/unsicher) vs. Einstellungen (oknophil/philobatisch)

Methoden der Bindungsforschung

- elterliche **Feinfühligkeit** als Grundlage für eine sichere Basis
(Ainsworth et al. 1974)
- **Verhaltensbeobachtung** zur Erfassung der Bindungsqualität bei 12-18 Monate alten Kindern
(Ainsworth et al. 1978)
- **Interview** zur Erfassung der Bindung von Erwachsenen
(George et al. 1985; Main & Goldwyn 1996)

Was erfasst das Bindungsinterview für Erwachsene? (Adult Attachment Interview)

(Main & Goldwyn 1996)

- Die Themen des halbstrukturierten Interviews beziehen sich auf Bindungs- Trennungs- und Verlusterlebnisse aus der Kindheit bis heute
- Es erfasst mit 18 Fragen die aktuelle emotionale und kognitive Verarbeitung von früheren Bindungserfahrungen
- In der Auswertung steht nicht der Inhalt der Geschichte im Vordergrund, sondern die Art und Weise wie über Bindungserfahrungen gesprochen wird.

AAI-Leitfaden

- 1. Orientierung
- 2. Beziehung zu Eltern allgemein in der Kindheit
- 3. Adjektive Beziehung zur Mutter in der Kindheit
- 4. Adjektive Beziehung zum Vater in der Kindheit
- 5. wem näher gefühlt?
- 6. Kummer (Krankheit, Verletzung, Körperkontakt) in der Kindheit
- 7. Erste Trennung, spätere Trennungen
- 8. Ablehnung
- 9. Bedrohung (Missbrauch, Misshandlung)
- 10. Einfluss der Kindheitserfahrungen auf Persönlichkeit
- 11. Warum verhielten sich Eltern so?
- 12. Elternähnliche Bezugsperson
- 13. Verluste durch Tod
- 14. Veränderung der Beziehung zu den Eltern
- 15. Heutige Beziehung zu den Eltern
- 16. Trennung vom eigenen Kind
- 17. Wünsche für das Kind
- 18. Weitergeben von eigenen Erfahrungen an das Kind

Die Fragetechnik im AAI
löst Stress aus--> Abwehr wird
mobilisiert

1. Frage im AAI

Das Interview wird vorwiegend um Ihre Kindheit gehen.

Vielleicht fangen wir damit an, dass Sie mir, erzählen wo Sie aufgewachsen sind, ob Sie Geschwister haben, wie die Familiensituation war.

Damit ich mir ein Bild machen kann.

2. Frage im AAI

Bitte beschreiben Sie wie Sie die Beziehung zu Ihren Eltern damals als Kind erlebt haben, schildern Sie bitte möglichst frühere Erinnerungen

3. Frage im AAI

Könnten Sie versuchen, fünf Adjektive zu finden, die die Beziehung zu Ihrer Mutter - so wie es damals als Kind empfunden haben - am besten charakterisieren würden.

Ich frage Sie dann, welche konkreten Episoden Ihnen zu dem Adjektiv einfallen, also welche konkreten Erlebnisse Sie damit verbinden.

Fünf Adjektive für die Mutter

- P: -- ja wie schon gesagt also gastfreundlich war sie sehr.
- dann, - ähm warmherzig kann man auch sagen ja. - hilfsbereit, --
- ja jetzt kommt ein Punkt der,
- schon schwierig ist für mich aber ich habe sie auch sehr depressiv erlebt.
- und unglücklich eigentlich ja. sehr unglücklich ja.

warmherzig

- P: -- äh ich habe das Gefühl ich- ich kann jetzt äh kaum ein- eine Situation schildern im Moment wo ich äh wo sie auf mich zugegangen ist oder ich auf sie zugegangen bin
- aber ich habe das Gefühl, dass sie warmherzig sein
- vielleicht habe ich das vorhin falsch ausgedrückt, dass sie's sein kann, aber vielleicht nicht zeigen kann.

Nachfrage

- P: ich hab's schon gefühlt dass das da ist bei ihr und, äh als Kind sucht man so was natürlich auch und ich bin sicher ich habe das auch gesucht aber, ich habe das nicht i- im Erlebnis jetzt so irgendwo.
- T: *also haben Sie eine spezielle Erinnerung wo Sie's vielleicht mal gesucht hätten oder gespürt hätten?*
- P: -- nein habe ich jetzt +im Moment keine Erinnerung gerade ein Erlebnis wo ich das, äh, ja.

Dimensionen der AAI-Auswertung

- I. Kindheitserinnerungen (Skala 1-9)
 - Liebe/wenig Liebe
 - Zurückweisung
 - Involvierung/Rollenumkehr
 - Leistungsdruck
 - Vernachlässigung

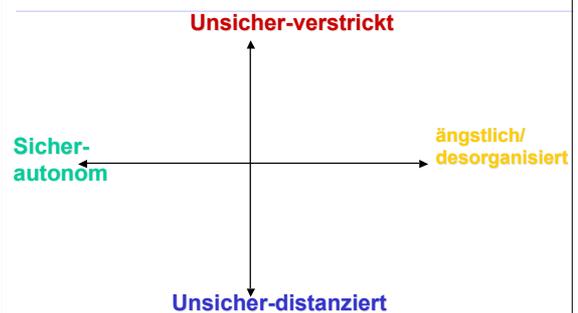
Dimensionen der AAI-Auswertung

- II. Organisation (Informationsverarbeitung, Gedächtnis) (Skala 1-9)
 - Kohärenz
 - Idealisierung
 - Erinnerungsfähigkeit
 - Wut und Ärger
 - Entwertung von Beziehung/Bindungserfahrungen
 - Metakognition

Kohärenz als kooperatives Prinzip

- **Qualität:** Aufrichtigkeit, die durch direkte und angemessene Belege gestützt ist
- *Verletzung des Maxims*
 - Episodische/semantische Widersprüche, logische oder inhaltliche Widersprüche
- **Quantität:** Kurze, aber hinreichend informative Äußerungen
- *Verletzung des Maxims*
 - Mehr Information als verlangt (Endlossätze), zu wenig Information (Erinnerungsmangel)
- **Relevanz:** Relevante und themenbezogene Äußerungen auf die gestellten Interviewfragen
- *Verletzung des Maxims*
 - Assoziative Themenwechsel, Einführen irrelevanter Aspekte, phrasenhafte Sprache, Slogans, Entfallen der Frage
- **Art und Weise:** Klare, geordnete, nicht weitschweifige Sprache
- *Verletzung des Maxims*
 - Zitieren anderer ohne sprachlichen Hinweis, Unsinnwörter, pseudopsychologische Sprache, sprachliche Fehlleistungen, unvollendete Sätze

Bindungsstrategien von Erwachsenen im Interview



Bindungsstrategien von Erwachsenen im Interview



Unverarbeiteter Bindungsstatus als Hinweis für Bindungsdesorganisation

- **Unverarbeitete Trauer (Unresolved loss)**
 - sprachliche Auffälligkeiten (Subjekt-Objektverwechslungen, Raum und Zeit),
 - irrationale Schilderungen:
 - Glaube an eigenes Verschulden des Todes der verstorbenen Person (magic thinking), Verleugnung des Todes (disbelief),
 - lange Schweigepausen
- **Unverarbeitetes Trauma (Unresolved trauma)**
 - sprachliche Auffälligkeiten (Subjekt-Objektverwechslungen, Raum und Zeit),
 - irrationale Schilderungen:
 - z. B. Überzeugung, bzgl. sexuellen Missbrauchs selbst schuld zu sein,
 - Oszillieren zwischen Berichten über die Art der Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrung und anschließendes Abstreiten bzw. Verleugnen
 - lange Schweigepausen

Klinische Forschung

- Überproportionale Häufung von unsicherer Bindung in klinischen Stichproben:
 - **unsicher-distanziert:** 41 %
 - **unsicher-verstrickt:** 46 %
 - **sicher:** 13 %
 - **desorganisiert:** 80 %
 - **organisiert:** 20 %
- Differentielle Zuordnung von unsicherer Bindung und Psychopathologie (verschiedene Krankheitsbilder) noch inkonsistent --> es besteht Forschungsbedarf

AAI und psychoanalytisches Verstehen

Fall 1

„Der Arzt“

Der Patient - ein Arzt - mit einer narzißtisch-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur kommt 40jährig erstmals wegen einer depressiv-suizidalen Krise auf Empfehlung seines Chefs

Ersteindruck und Psychodynamik

- Der Patient konsultiert mich wegen Problemen am Arbeitsplatz. Die **Hauptkonflikte** waren hierarchischer Natur.
- Lebensgeschichtlich ließen sich diese Problem auf einen Konflikt mit der **fehlenden Anerkennung** durch seinen Vater zurückführen, was in einer 40stündigen **Fokaltherapie** gut bearbeitet werden konnte.
- Der Patient resümierte am Ende dieser Behandlung, dass er die neun gewonnene „Freiheit des Denkens schätze, dass er sich nun mehr Raum geben könne“.
- Sein **zwanghaft-narzisstischer Charakter** wurde etwas gelockert und seine berufliche Krise konnte er durch einen Wechsel der Arbeitssituation glücklich wenden.

2. Behandlung

- Fünf Jahre später wendet sich erneut an mich 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.
- Der Patient wirkt diesmal nicht mehr großspurig und überheblich, 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.

Narzisstische Krise

- Der Patient ist 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.

Indikation und Prognose

- 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.

Die analytische Arbeit

- 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.

Verlauf und Ergebnis

- 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 mein „naives“ **Bindungsverständnis** 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

- 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 Vater 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

Gegenübertragung der AAI-Interviewerin

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.

Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive I

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.

Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive II

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*“.

Passung von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive III

Das AAI zeigt sehr prägnant den zu Beginn der Behandlung noch wenig verarbeiteten Konflikt mit dem Vater.

Das Bild der Mutter scheint 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.

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.

Der 2. Fall

Stimmen die klinische Einschätzung und die AAI-Auswertung nicht überein?

Oder

Wie wirkt sich eine Therapieerfahrung auf das AAI aus?

Der folgende Fall zeigt eine Patientin, die nach zweijähriger symptomatisch bislang erfolgloser Behandlung mit dem AAI untersucht wurde.

Das klinische Bild -1

- Patientin kam mit schweren Depressionen und Angstzuständen vor dem Hintergrund einer länger schwelenden Ehekrise mit dem Bild einer Borderline-Organisation zur stationären Kurzzeit-Behandlung und dann zu einer analytischen Psychotherapie.
- Von ihrem Ehemann, der mich zwei Jahre später konsultiert, erfahre ich von der Stagnation des klinischen Befundes der Patientin
- Ausgelöst wurde dieser Zustand durch den Entschluss der Patientin, sich von ihrem sie seelisch misshandelnden Ehemann zu trennen.

Das klinische Bild -2

- Eine verwirrende außereheliche Liebesbeziehung mit einem unverlässlichen Geliebten - einem Kollegen des Mannes löste im Moment des geplanten Absprungs aus der Ehe lang anhaltende ängstlich-depressive Zustände aus, die sich in den zwei Jahre Therapie noch nicht gebessert haben.
- Ein klärendes Gespräch zu viert - Patientin und ihr Therapeut und Ehemann mit mir als Berater führt zu meiner Empfehlung, entweder keine Fortsetzung der stagnierenden Psychotherapie oder Wechsel des Therapie bzw. Therapeuten
- Monate später wendet sich die Patientin mit Einverständnis des Ehemannes an mich

Die zweite Behandlung

In einem initial intensiven therapeutischen Setting (3-5 Sitzungen pro Woche in Sitzen) lerne ich drei Filme kennen, die im Erleben der Pat. unlöslich durcheinander gehen:

- Panik vor befürchteter körperlicher Heftigkeit des Ehemannes
- Panik durch die Unerreichbarkeit des Geliebten mit einem traumatischen Gefühl der Hilflosigkeit
- Flashbacks der kindlichen Erfahrungen der heftigen Szenen zwischen der Mutter und dem Vater

Übertragung und Gegenübertragung

- a) Übertragung: Suche nach Halt bei einem zuverlässigen Partner:
Die Patientin redet unaufhörlich, stundenlang, detailliert immer wieder, wie diese drei Filme durcheinander gehen.
- b) Gegenübertragung: Containment
Hilfestellung beim auseinanderwickeln, Klärung und Differenzierung der Gefühle
ich fühle mich wie ein verlässliche Kindergärtnerin
- Meine AAI-Vermutung: „**unsicher-verstrickt**“

Therapeut und Bindungsforscherin-1

T: „Ja, sie ist verwickelt“.

B: „An was machst Du das fest“?

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, das musst Du alleine regeln, mich kannst Du dafür nicht hernehmen. Und das war der Zusammenbruch, das ist der Punkt, wo sie dekompenziert ist“.

AAI-Klassifikation "sicher-autonom" (F4) & ungelöstes Trauma (U)

- Insgesamt liefert die Patientin 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
- Sie verleugnet heutige Konflikte, die daraus entstanden sind, nicht.

Die Mutter

- Über die Mutter kann sie - trotz vieler traumatischer Erfahrungen mit ihr – wertschätzend sprechen,
- Ihre berichteten 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.

Unverarbeitetes Trauma

- 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.

„earned secure“

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.

Verlauf und Ergebnis

Weitere Jahre analytischer Arbeit (einmal pro Woche) mussten aufgewendet werden, dass die Patientin nun die **Autonomie** erlangen konnte, die klinisch d.h. für die Lebensgestaltung der Pat. relevant werden konnte.

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.

Schlussfolgerung -1

- Im ersten Fall des zwanghaft-narzisstischen Patienten deckt sich der Eindruck des Analytikers mit der AAI-Auswertung:
 - die verstrickten Hassgefühle des Patienten auf den Vater sowohl im AAI als auch in der Behandlung werden im Sinne einer robusten Organisation seiner Bindungserfahrungen („Vater-Schema“) erkennbar.
- Der analytische Eindruck seiner mangelnden Autonomie und Distanzierungsfähigkeit und gewissen Maniertheit der Sprache passt ebenso mit der AAI-Sicht zusammen.

Schlussfolgerung -2

- schambesetzte, rigide Identifizierungen des Patienten mit seiner streng-bigotten Mutter, wurden mit dem AAI nicht erfasst
- -->komplexere Abwehrmanifestationen, die Über-Ich-Problematik, Scham oder Ödipalität betreffen, sind nicht Gegenstand des bisherigen AAI-Formats

Schlussfolgerung -3

- Im zweiten Fall der ängstlich-depressiven Patientin verschätzte sich der Therapeut beträchtlich mit der im Auftakt illustrierten Behauptung, „alles im Leben der Patientin ist verwickelt“.
- Hier schnitt die Patientin aus AAI-Perspektive deutlich besser ab.
 - Mit ihrer im AAI präsentierten Fähigkeit, verschiedene Perspektiven einzugehen, wertschätzend zu sein, zu verzeihen, offen negative Gefühle auszusprechen, „verdient“ sie sich eine sichere Bindungsrepräsentation.

Schlussfolgerung -4

- von der psychoanalytischen Perspektive lernen wir allerdings, dass die errungene Autonomie der Patientin im AAI im psychischen Funktionieren einen **Abwehrcharakter** haben kann, der therapeutisch bearbeitet werden muss.
- Die Bindungsklassifikation „**Unresolved Trauma**“ weist den Kliniker daraufhin, dass die Patientin - obwohl sie die Auswirkungen der Schläge ihres Vaters mit dem Ausbruch ihrer Depression vor 5 Jahren zusammenbringen kann - die Misshandlung heute noch verleugnet und inkohärent darstellt.

Empfehlung



Eine klinische Kooperation mit Bindungsforschern kann nützlich sein

Bindungsmuster sind eine u.a. strukturellen Bausteinen