

## **Depression und Bindung**

Horst Kächele

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie,  
Universität Ulm

### **Schlüsselwörter**

Depression - Bindung – Klinische Bindungsforschung –

### **Zusammenfassung**

In den vergangenen Jahren ist eine wachsende Akzeptanz der Bindungstheorie in vielen Feldern der psychosozialen Medizin festzustellen. Dieser Beitrag berichtet zunächst über die zweimalige Behandlung eines depressiven Patienten, der mit einem Erwachsenen Bindungs-Interview zusätzlich untersucht wurde und faßt anschliessend die Befunde der klinischen Bindungsforschung zu diesem epidemiologisch bedeutsamen psychischen Störungsbild zusammen. Im Zusammenhang mit depressiven Störungen zeichnet sich die Notwendigkeit ab, eine Differenzierung hyper- und deaktivierender Bindungsstrategien vorzunehmen. Weiterhin wird in der Differenzierung „organisierter,, und „desorganisierter,, Bindungsrepräsentanzen

ein vielversprechender klinisch relevanter Zugang gesehen.

## **Summary.**

In recent years, there is a growing acceptance of attachment theory in various fields of psychosocial medicine. This article first reports about a treatment of a depressive patient and the perspective on the patient's dynamics from the Adult Attachment Interview. It then reviews findings of clinical attachment research – mainly based upon the Adult Attachment Interview – related to depressive disorders. There are some indications for a differentiation of de- and hyperactivating attachment strategies connected to depressive disorders. The need for a further differentiation of attachment related features within clinical samples should be considered in the future. Specifically, a differentiation of „organized„ vs. „disorganized„ attachment representations seems to be promising.

## **Key words**

Attachment – Clinical Attachment Research – Depression

## **Einleitung**

Angesichts der wachsenden Attraktivität des Themas 'Bindung'

in vielen psychotherapeutischen Richtungen, was durch eine wachsende Zahl klinischer Veröffentlichungen signalisiert wird, sind kritische Bestandsaufnahmen besonders wichtig [1, 2, 3]. Ergänzend zu den allgemeinverständlichen Darstellungen des Nutzens der Bindungsforschung für den klinischen Alltag [4, 5] erscheint eine intensive Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Befundlage hinsichtlich klinischen Störungen dringend erforderlich.

Vor einigen Jahren wurde eine Arbeitsgruppe „Klinische Bindungsforschung“ [6] etabliert; diese veröffentlichte eine erste deutschsprachige Übersicht zu anstehenden Forschungsaufgaben [7]. Inzwischen hat sich gezeigt, daß Bindungsforschung inzwischen sowohl in der Psychotherapie als auch in der Psychosomatischen Medizin und Medizinischen Psychologie Fuß gefaßt hat (8). Von der zunehmenden Verbreitung der Bindungsforschung in den psychosozialen Fächern der Medizin zeugen beispielsweise Bemühungen, ein Modell zur Bedeutung von Bindungserfahrungen für die Krankheitsverarbeitung zu entwickeln [9]. Ferner wird die Bindungstheorie als konstruktives Modell herangezogen, um (neuro)biologische Befunde und psychologische Ansätze zu verbinden [10, 11]. Außerdem kann ihr eine potentielle Bedeutung für das Verständnis

psychosomatischer Reaktionen zukommen, wie dies z. B. von Maunder & Haunter [12] sowie Scheidt & Waller [13] diskutiert wird. Als ein weiteres Beispiel zeigen Kruse et al. [14] die Rolle narzisstischer Störungen bei der Regulation des Blutzuckers. Möglicherweise könnten in Zukunft durch Längsschnittstudien bei juvenilen Diabetes-I-Patienten und ihren Familien eine therapeutisch bedeutsame Rolle von Bindungskonzepten nachgewiesen werden.

Ich werde zunächst eine klinische Perspektive aufgreifen und über eine Behandlung berichten, die deren Verständnis durch eine Bindungsperspektive bereichert wurde. Im Anschluß werde ich bindungsbezogene Forschungsbefunde zu depressiven Störungen darstellen. Sie basieren auf Angaben von Dozier et al. [15] sowie Buchheim [16], die den Stand der Studien zusammengefaßt haben, welche sich überwiegend mit den Verteilungen unterschiedlicher Bindungsrepräsentationen, gemessen mit dem Adult Attachment Interview, in verschiedenen Störungsgruppen beschäftigten.

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

Bindungsrepräsentation: „ärgerlich-verstrickt“

### Ersteindruck und Psychodynamik

Der 40 jährige Patient, ein Arzt, kontaktierte mich 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 des Arbeitsplatzes glücklich wenden.

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.. 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 und eine erhebliche depressive Verstimmung im Kontakt mit seinen Berufskollegen hervor.

Bereits im Rahmen der vorangehende Fokaltherapie 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 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 Verbindung 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 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. 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 (hierfür steht der 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.

### **Bindung und Depression**

In seinem Werk „Verlust - Trauer und Depression“ widmet sich Bowlby [17, 18] ausführlich der Genese von depressiven Störungen aus ethologischer Sicht. Es war sein Verdienst, die realen Auswirkungen des Verlusts einer wichtigen Bindungsfigur in den ersten Lebensjahren als maßgeblichen Vulnerabilitätsfaktor für eine psychopathologische Entwicklung anzuerkennen. Bowlby [28] leitet sein letztes Werk „A secure base,, mit den folgenden Worten ein: "Bedeutsam für die Entwicklung von emotionalen Störungen ist die Intensität der Gefühle im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie sich Beziehungen zwischen dem gebundenen Individuum und seinen Bindungspersonen entwickeln. Verlaufen sie gut, dann sind sie begleitet von Freude und Gefühlen der Sicherheit; werden sie indessen unterbrochen, werden häufig Trauer und Depressionen erlebt. Die Organisation des Bindungsverhaltens im späteren Leben ist in hohem Maße

abhängig von den Bindungserfahrungen, die in der Ursprungsfamilie gemacht wurden" [28, S. 4]. Ausgehend von dem Konstrukt des „inneren Arbeitsmodells,, entwickelt ein Kind, dessen Eltern verfügbar und unterstützend sind, ein Bild von sich selbst als einer Person, die tüchtig ist, die es aber auch wert ist, daß ihr geholfen wird. Im Spiegel der elterlichen Reaktion erlebt es sich als liebenswert [29]. Im Gegensatz dazu entwickelt ein Kind, dessen Eltern es häufig ignorieren, ihm nicht beistehen, ihm drohen es zu verlassen, ein Bild von sich selbst, als Person nicht liebenswert zu sein. Aus mangelndem Selbstwertgefühl kann im Extremfall Hilflosigkeit entstehen, die für die Entwicklung einer Depression von großer Bedeutung sein kann. Seligman als Vertreter eines kognitionstheoretischen Depressionsmodells [30, 31] geht davon aus, daß depressives Verhalten und Erleben das Ergebnis des Erlernens bestimmter kognitiver Strukturen ist. Das Phänomen der Hilflosigkeit wird in Situationen gelernt, in denen ein Individuum erfährt, daß bestimmte Ergebnisse seines Handelns unabhängig sind von seinen instrumentellen Möglichkeiten. Diese Erfahrung steuert dann die Erwartung, daß seine folgenden Verhaltensweisen wieder wirkungslos bleiben. In diesem Sinne kann Bindungsunsicherheit eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von depressiogenen Erwartungen spielen und wird von verschiedenen klinischen Forschern als ein Risikofaktor

für mögliche psychopathologische Störungen, wie z.  
B. die Depression, angesehen [34]. Längsschnittstudien belegen, daß beispielsweise ein Verlustereignis vor dem 11. Lebensjahr eine depressive Entwicklung begünstigt. Die inadäquate Versorgung eines Kindes nach Verlust seiner Bindungsfigur verdoppelt diesen Effekt. Eltern depressiver Patienten werden als weniger hilfreich und abweisender beschrieben als Eltern gesunder Personen [35]. Die bindungstheoretischen Befunde zur Depressionsgenese zeigen insofern Ähnlichkeiten zu biologisch-psychiatrischen Depressionstheorien, als auch diese von der Entstehung von „Narben,, in der frühkindlichen Entwicklung ausgehen, die unter ungünstigen Umständen im höheren Alter die Entwicklung einer depressiven Entwicklung begünstigen [36]. Zur klinischen Entität „Affektive Störungen,, liegen Studien mit dem Adult Attachment Interview zur unipolaren Depression [37,38, 39, 40], zu bipolaren Störungen [41], zu den gemischten affektiven Störungen [39] und zu den schizoaffektiven Störungen [45] vor. Unipolare und bipolare affektive Störungen unterscheiden sich definitionsgemäß in Symptomatologie, Verlauf und genetischer Prädisposition. Entsprechend der Variabilität innerhalb dieser klinischen Gruppe fallen auch die Ergebnisse mit dem Adult Attachment Interview bei diesen Patienten heterogen aus. Einige Studien beispielsweise fanden bei Patienten mit

depressiver Symptomatik einen höheren Anteil von „unsicher-verstrickter,, Bindungsrepräsentation [41, 42], während andere Studien bei diesen Patienten einen höheren Anteil an „unsicher-distanzierter,, Bindungsrepräsentation nachwiesen [44, 45]. Dozier et al. [15] interpretieren dieses inkonsistente Ergebnis damit, daß innerhalb der Gruppe depressiver Patienten unterschiedliche Verarbeitungsstrategien, nämlich internalisierende versus externalisierende, zum Tragen kommen. Letztlich spiegelt sich in dem Befund eine Unterscheidung depressiver Störungen nach dem Ausmaß an Autonomie bzw. Abhängigkeit, die von vielen Autoren theoretisch getroffen [45, 46, 47, 48] und beispielsweise von Pilkonis [45] empirisch fundiert wurde. Vermutlich sind bei dieser Unterscheidung auch bestimmte Ausschlußkriterien in der Stichprobenauswahl bedeutsam, um Komorbidität zu vermeiden. In der Jugendlichen-Stichprobe von Rosenstein & Horowitz [38] wurden depressive Patienten mit komorbiden, externalisierenden Symptomen wie Verhaltensauffälligkeiten (conduct disorders) und antisoziale Persönlichkeitsanteile ausgeschlossen, um eine „reine,, Gruppe von unipolaren affektiven Störungen zu erhalten. Ursprünglich wurde die komorbide Gruppe mit einem überproportional hohen Anteil an unsicher-distanzierten Bindungsstilen klassifiziert. In der Gruppe der affektiven Störungen überwog nach der

Ausschlußprozedur jedoch der Anteil der unsicher-verstrickten Bindungsrepräsentation. In der Studie von Patrick et al. [40] wurde dagegen bei den untersuchten Patientinnen mit Dysthymie die Komorbidität mit einer Borderline-Persönlichkeitspathologie (internalisierende Strategien) ausgeschlossen, um Konfundierungen zu vermeiden. Dadurch ist vermutlich der etwas höhere Anteil an unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation in dieser Gruppe zu erklären. Die Ergebnisse zu Bindung bei bipolaren Störungen sind limitiert, aber einheitlich. Fonagy et al. [48] fanden einen signifikant höheren Anteil an unsicher-distanzierten Klassifikationen in dieser Gruppe. Tyrell & Dozier [39] zeigten ebenso, daß alle Patienten ihrer Untersuchung als unsicher-distanziert eingestuft wurden. Wie bereits oben erwähnt, stellen Verlusterlebnisse für die Gruppe der affektiven Störungen einen bedeutsamen Risikofaktor dar. Die vierte orthogonale Dimension „unresolved state of mind,, (U) des AAI mißt den Verarbeitungsgrad dieser Erfahrungen. Interessanterweise finden sich auch in den hier dargestellten Untersuchungen Patienten mit einer depressiven Symptomatik, die im AAI als sicher-autonom eingestuft wurden. Fonagy et al. [48] wiesen nach, daß Patienten mit einer „Major Depression,, einen höheren Anteil an F-Kategorien aufwiesen im Vergleich zur Kategorie unsicher-distanziert. Dagegen wurde bei der Gruppe der bipolar Erkrankten

kein Patient der sicheren Kategorie zugeordnet, was vor dem Hintergrund des Wechsels zwischen manischen und depressiven Episoden interessante Fragen in Bezug auf Krankheitsschwere aufwirft. In der Studie von Tyrell & Dozier [39] bei unipolaren Depressionen (MDD) wurden 5 von 6 Personen als sicher-autonom bewertet. Fonagy et al. [48] 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,, [15, S. 503] Betrachtet man nun zusammenfassend die referierten Ergebnisse, wird deutlich, daß bei der Betrachtung von Bindungstypologie bei der heterogenen Gruppe der affektiven Störungen zunächst zwischen

unipolaren und bipolaren Störungen unterschieden werden sollte. Innerhalb der unipolaren Gruppen konnte herausgearbeitet werden, daß im Vergleich zur Dysthymie die Major Depression weniger häufig mit einem desorganisierten Bindungsstatus und deutlich häufiger mit einer sicheren Bindungsrepräsentation assoziiert werden kann. Innerhalb der depressiven Krankheitsbilder sollten wiederum internalisierende versus externalisierende Copingstrategien in Verbindung mit den unterschiedlichen „states of mind with respect to attachment,“ in Betracht gezogen werden. Die Untersuchung des Zusammenhangs von Depression und Bindung entpuppt sich als eine komplexe Fragestellung, die vermutlich nur unter Berücksichtigung von Klassifizierung, Komorbidität, Verlauf und Schweregrad beantwortet werden kann.

### **Ausblick**

Depression ist nicht gleich Depression; deskriptive Klassifikationssysteme erzeugen eine scheinbare Homogenität, die durch ätiologisch orientierte Ansätze ergänzt und ausgebaut werden müssen. Gerade bei schwer gestörten Patienten wird es zu einem hohen Prozentsatz Personen geben, die sowohl deaktivierende (unsicher-distanziert) als auch hyperaktivierende (unsicher-verstrickt) Anteile im Interview gleichermaßen zeigen.

Das mehr verhaltensorientierte Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR, [52]) hat in verschiedenen klinischen Stichproben einen großen Anteil „gemischtunsicherer„ Patienten gefunden, bei denen sowohl hyper- als auch deaktivierende Strategien beobachtbar waren. Derartiges ist beispielsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen denkbar, die vor dem Hintergrund gespaltener Objektrepräsentanzen bezüglich einer wichtigen Bindungsfigur sowohl massive Haßgefühle als auch starke idealisierende Gefühle haben können. Mit dem AAI können solche Patienten in die Kategorie „Cannot Classify„ eingestuft werden, die jedoch eine negative Konnotation hat. Aus klinischer Perspektive erscheinen jedoch gerade diese Patienten für die künftige Forschung von Interesse zu sein, da sie auch besonders schwer zu behandeln sind. George & West [53] weisen Überzeugend darauf hin, daß in klinischen Gruppen psychische Dekompensation am ehesten auf Bindungs*desorganisation* zurückzuführen ist. Diesem Hinweis folgend ergeben sich in Zukunft neue Fragestellungen für die Konzeptualisierung klinisch relevanter Bindungskategorien, die über die drei klassischen *organisierten Muster* (sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt), inklusive der orthogonalen Kategorie „unverarbeiteter Bindungsstatus„ hinausgehen. Die klinische Bindungsforschung bewegt sich

bezüglich dieser Fragestellungen zwischen zwei Polen: Soll die Bindungsforschung als zusätzliches Konstrukt herangezogen werden, um Krankheitsbilder zu erklären oder soll durch die Anwendung bindungstheoretischer Konstrukte auf klinische Populationen eine Erweiterung dieser Konstrukte und Paradigmen erfolgen? Es besteht Konsens darüber, daß der Erklärungsgewinn durch die Bindungstheorie zu unspezifisch wäre, wenn sich das Interesse mit dem Befund einer Häufung von unsicheren Bindungsrepräsentationen in verschiedenen Populationen erschöpfen würde. Es sollte auch darum gehen, die Geltungsbereiche von Methoden und Konstrukten zu erkunden und Modelle der auf Gesunde bezogenen Bindungsforschung gegebenenfalls um neue, klinische Kategorien zu erweitern.

Zu warnen ist jedoch vor einer leichtfertigen Anwendung der bindungstheoretischen Modellbildungen

## Literatur

- 1 Schmidt S, Strauß B. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Psychotherapeut 1996; 41: 139-150
- 2 Strauß B, Schmidt S. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 2. Psychotherapeut 1997; 42: 1-16
- 3 Buchheim A, Brisch KH, Kächele H. Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 128-138
- 4 Brisch K. Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- 5 Rehberger R. Verlassenheitspanik und Trennungsangst. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- 6 Kächele H, Strauß B. Arbeitskreis für klinische Bindungsforschung, 1999

- 7 Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- 8 Buchheim A, Kächele H (2006) Klinische Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die Psychosomatik. In: Stöbel-Richter Y, Ludwig A, Franke P, Neises M, Lehmann A (Hrsg) Anspruch und Wirklichkeit in der Psychosomatischen Frauenheilkunde. Psychosozial-Verlag, Giessen
- 9 Schmidt S, Strauß B. Bindung und Coping. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- 10 Fox NA, Card JA. Psychophysiological measures in the study of attachment. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment. New York: Guilford, 1999: 226-248
- 11 Braun K. Überlegungen zur neurobiologischen Basis von Bindung – Erfahrungsgesteuerte neuronale Plastizität. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- 12 Maunder RG, Hunter J. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental contributions to stress and disease. Psychosomatic Medicine 2001; 63: 556-567
- 13 Scheidt K, Waller E. Bindung und Implikationen für die Psychosomatik. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2002
- 14 Kruse J, Wöller W, Schmitz N, Pollmann H. Narzisstische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung. Psychother Psychosom med Psychol 2000; 10: 63-71
- 15 Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (Hrsg): Handbook of Attachment. New York: Guilford Press, 1999: 497-519
- 16 Buchheim A. Psychopathologie und Bindung im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002
- 17 Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth Press, 1980
- 18 Bowlby J. Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler, 1976
- 19 Faravelli C, Webb T, Ambonetti A, Fonnesco F, Sessarego A. Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. American Journal of Psychiatry 1985; 142: 1493-1494
- 20 Brown GW, Harris TO. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner city population: 1. Early adversity. Psychological Medicine 1993; 23: 1431-54
- 21 Cassidy J. Attachment and generalized anxiety disorder. In: Cicchetti D, Toth S (Hrsg) Emotion, cognition and representation. Rochester, New York: University of Rochester Press, 1995: 343-370
- 22 Chambless DL, Gillis MM, Tran GQ, Steketee G S. Parental bonding reports of clients with obsessive compulsive disorder and agoraphobia. Clinical Psychology and Psychotherapy 1996; 3: 77-85
- 23 deRuiter C. Anxious attachment in agoraphobia and obsessive-compulsive disorder: a literature review and treatment implications. In: Perris C, Arrindell WA, Eisemann M (Hrsg) Parenting and Psychopathology. New York: John Wiley & Sons, 1994: 281-307
- 24 George C, Kaplan N, Main M. The Adult Attachment Interview. Unveröffentlichtes Manuskript, 1. Ausgabe. Berkeley: University of California, 1985
- 25 Main M, Goldwyn R. Adult Attachment Scoring and Classification Systems. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California, 1996
- 26 Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 22-31
- 27 Hoffmann SO, Bassler M. Psychodynamik und Psychotherapie von Angsterkrankungen. Z

- Ärztl Fortb 1995; 89: 127-32
- 28 Bowlby J. *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge, 1988.d.t.
  - 29 Grossmann K, Fremmer-Bombik E, Rudolph J, Grossmann K E. Maternal attachment representations as related to child-mother attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds): *Relationships within families*. Oxford: Oxford University Press, 1988: 241-260
  - 30 Seligman M, Abramson L, Semmel A, v Bayer C. Depressive attributional style. *J Abnormal Psychol* 1979; 88: 242-247
  - 31 Seligman M. *Erlernte Hilflosigkeit* (4 ed.). München: Urban & Schwarzenberg, 1992
  - 32 Armsden G. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnormal Child Psychol* 1990; 18: 683-697
  - 33 Bowlby J. *Verlust - Trauer und Depression*. Frankfurt aM: Fischer, 1983
  - 34 Harris T, Bifulco A. Loss of Parent in Childhood, Attachment Style, and Depression in Adulthood. In: Parkes C, M., Stevenson-Hinde J, Marris P (Hrsg) *Attachment across the life cycle*. London: Routledge, 1991: 234-267
  - 35 Raskin A, Boothe HH, Reatig NA, Schulterbrandt J, Odel D. Factor analysis of normal and depressed patients« memories of parental behavior. *Psychological Reports* 1971; 29: 871-879
  - 36 Aldenhoff JB. Biologische Veränderungen bei der Psychotherapie der Depression. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2000; 50: 415-9
  - 37 Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 282-290
  - 38 Rosenstein D, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 1996; 64: 244-253
  - 39 Tyrell C, Dozier M. The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, Washington DC, 1997
  - 40 Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughn B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology* 1994; 6: 375-388
  - 41 Arieti S, Bemporad J. The psychological organization of depression. *Am J Psychiatry* 1980; 136: 1365-9
  - 42 Beck A. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton P, Barrett J (eds) *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven Press, 1983
  - 43 Blatt SJ, Shichman S. Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanal Contemp Thought* 1983; 6: 187-254
  - 44 Emery G, Leshner E. Treatment of depression in older adults: Personality considerations. *Psychotherapy: Theory Research, and Practice* 1982; 19: 500-5
  - 45 Pilkonis PA. Personality Prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *J Personality Disorders* 1988; 2: 144-152
  - 46 Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (Hrsg): *Attachment in the preschool years*. Chicago: University Chicago Press, 1990: 161-184
  - 47 Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H. *Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews*. Confidential document (Version 5.0). London: University College, 1998
  48. Fonagy P, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Steele H, Target M, Steele M, Higgitt A. Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and

- other. In: Emotion, cognition and representation. Cicchetti D, Toth S (eds): Rochester, NY: University of Rochester Press, 1995
- 49 Patrick M, Hobson RP, Castle D. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology* 1994; 6: 375-388
- 50 Strauß B, Lobo-Drost AJ, Pilkonis PA. Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen – erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 1999; 47: 347-364
- 51 George C, West M. Developmental versus social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology* 1999; 72: 285-303