

Wolfgang Milch, Nicola Sahhar

Zur Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie Erwachsener

The Use of Attachment-Theory for the Psychotherapy with Adult Patients

Zusammenfassung

Anhand einer umfassenden Literaturübersicht werden Auswirkungen der aktuellen Forschung auf die psychotherapeutische Arbeit mit erwachsenen Patienten beschrieben, insbesondere Konsequenzen für eine bindungsorientierte Psychopathologie, Störungen der Affektregulation, der Person und die Patient-Therapeut-Beziehung. Die Beobachtung, dass das manifeste Bindungsverhalten regelmäßig von Ängsten und Vermeidung von der Wiederholung schmerzlicher Bindungserfahrungen motiviert ist und nicht durch die Suche nach Bindungssicherheit, wird diskutiert. Anhand von Beispielen aus analytischen Psychotherapien werden die Möglichkeiten und Grenzen einer bindungsorientierten Diagnostik (DMM-System) und therapeutische Herangehensweisen erläutert.

Schlüsselwörter

Bindungstheorie – klinische Anwendung – Arzt-Patient-Beziehung – organisierende innere Prinzipien – DMM-System

Summary

By means of a comprehensive literature survey effects of recent attachment research on psychotherapy with adult patients are elaborated, in particular consequences for attachment-oriented considerations on psychopathology, disturbances of affect regulation, personality and the patient-therapist relationship. We discuss the clinical observation that manifest attachment behaviour is usually motivated by anxieties and the threat to repeat painful attachment experiences rather than the search for secure attachment. The range and limits of attachment-oriented diagnostics (DMM system) and the therapeutic procedure are exemplified by patients undergoing analytic psychotherapy.

Keywords

attachment theory – clinical use – patient-therapist relationship – organizing internal principles – DMM system

■ Einleitung

John Bowlby war zwar psychoanalytisch ausgebildet, erkannte aber angesichts der vielen Verlusterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, dass Menschen nicht nur durch Triebe, sondern auch durch Bindungssuche motiviert sind. Das beobachtete Leid durch verlorene oder gestörte Bindungen führte ihn dazu, dass er die Psychotherapie danach ausrichtete. Weil er vorausschauend die Notwendigkeit zu einer bindungsorientierten Psychotherapie postulierte, geriet er in erhebliche Konflikte mit den Analytikern seiner Zeit, die an dem Triebkonzept und der Ich-Psychologie festhielten. Insbesondere sah Bowlby Bindung als Ausdruck gefühlter Sicherheit und Schutz vor Gefahr in Gegenwart einer Bindungsperson. Das Vertrauen auf die verlässliche Verfügbarkeit der Bindungsfigur (zu Beginn des Lebens als real verfügbare Person, später als „innere Repräsentanz“) mindert Furcht und Unsicherheit. Ob und inwieweit sich eine Bindungsfigur empathisch einstimmen kann oder ob deren eigene Regulationsbedürfnisse dauerhaft und vorwiegend die Beziehungsgestaltung bestimmen,

spiegelt sich in deren Bindungsmuster wider. Dabei legen Untersuchungen mit Hilfe funktionaler MRI-Screenings nahe, dass unterschiedliche Bindungsmuster mit unterschiedlichen Entwicklungen des neuroendokrinen Systems verbunden sein könnten. Sicher gebundene Mütter (erfasst mit einem DMM-modifizierten Adult Attachment Interview, AAI) zeigen eine stärkere Aktivierung der sog. Belohnungssysteme, wenn sie ihr eigenes Kind lächeln sehen, wodurch die affektive Einstimmung gefördert wird (Streathearn, Fonagy, Amico & Montague, 2009).

Bowlbys Vorschläge für eine bindungsbezogene Psychotherapie können auch heute noch als aktuell angesehen werden und wurden von vielen Psychotherapeuten weltweit aufgegriffen. In den deutschsprachigen Ländern wies als erste Lotte Köhler (z. B. 1998) darauf hin, dass tragfähige Bindungserfahrungen das Einlassen auf Psychotherapie erleichtern - besonders, wenn spätere Patienten stabile Bindungsmuster in der frühen Kindheit entwickeln und primäre Bezugspersonen als sichere Basis erleben konnten. Darauf kann dann in einer laufenden Therapie zurückgegriffen werden. Praktisch forderte Bowlby Patienten

auch konkret auf, darüber nachzudenken, wie sie heute ihren wichtigsten Bezugspersonen mit welchen Gefühlen begegnen. Er leitete sie behutsam an, ihr aktuelles Erleben mit demjenigen der Kindheit zu vergleichen und auf Wiederholungen zu achten. Auch die therapeutische Beziehung sollte überprüft und mit Selbst- und Elternrepräsentanzen verglichen werden. Er erhoffte sich davon eine Ablösung von alten, unbewussten Schemata und die Erschließung neuer affektiv-kognitiver Handlungsschemata (Bowlby, 1988). In der Nachfolge von Bowlby wurde besonders darauf hingewiesen, dass anhand des bindungstheoretischen Wissens zwei therapeutisch wichtige Aspekte in Erfahrung gebracht werden können: zum einen, wie ein Individuum auf Stresssituationen reagiert, und zum anderen, wo seine interpersonalen Probleme liegen (Davila & Levy, 2006). Insbesondere die Fokussierung auf relationale und im Säuglingsalter vor allem dyadische Stresssituationen (z. B. mit dem CARE-Index, Crittenden, 2007) helfen, die Ziele der Therapie genau zu definieren und möglichst selektiv vor diesem Hintergrund zu intervenieren. Ein dem Bindungsstil des Patienten angepasster Therapieverlauf wirkt entwicklungsfördernd auf den gesamten Therapieprozess (Bettman, 2006). Die von Weinberger (1995) formulierten Faktoren, die allgemein für den Erfolg eines Therapieprozesses bedeutsam sind, können zwar auch bindungstheoretisch orientiert interpretiert werden: die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, Erwartungen, konfrontierende Probleme, Selbstkontrolle, Vorhersage der Folgen.

Später wurde allerdings der Einwand erhoben, dass die wichtigsten Aufgaben einer bindungsorientierten Psychotherapie inzwischen mit den Zielen jeder Therapieform übereinstimmen würden (Goldfried & Davila, 2005). Dagegen haben unseres Erachtens die Erkenntnisse der Bindungsforschung wesentliche Anregungen geliefert, die über die herkömmliche therapeutische Praxis hinausgehen und anregen, diese zu überdenken.

■ Ziele und Grenzen einer bindungsorientierten Psychotherapie

Das Ziel besteht wie in anderen Therapien darin, dysfunktionale Aspekte des Selbst zu verändern. Da diese nach bindungstheoretischen Vorstellungen auf innere Arbeitsmodelle (vgl. „pathologische Phantasien“ oder „organisierende Prinzipien“ in anderen theoretischen Konzeptionen) zurückgeführt werden können, müssen diese reorganisiert werden (Davila & Levy, 2006). Daraus kann ein Zugewinn an Bindungssicherheit entstehen, der als Resultat des therapeutischen Prozesses erwartet wird (Strauß & Schwark, 2007).

Wenn Bindungsstörungen als Zeichen für interpersonale Probleme aufgefasst werden, führt eine erfolgreiche Psychotherapie zu einem signifikanten Anstieg von sicherer Bindung (Travis et al., 2001). Im Rahmen der Therapie kann der Patient lernen, anderen zu vertrauen und das Risiko einer Beziehung auch außerhalb des Therapiekontextes einzugehen (Parish & Eagle, 2003).

Die Reorganisation eines inneren Arbeitsmodells ist nach Sandler (2007) dadurch möglich, dass positive Bindungserfahrungen in die Patientenbiografie integriert werden. Allerdings

enthält diese Annahme vermutlich auch die Implikation, dass Therapeuten in der Mehrzahl sicher gebunden sind. Dagegen verweisen vorläufige Ergebnisse darauf, dass Psychotherapeuten in ihrer jeweiligen Kultur eine zu ihren Patienten komplementäre Bindungsstrategie aufweisen könnten. In Italien fanden sich in einer ersten Studie Therapeuten unterschiedlicher Schulen mit einem vermeidenden Bindungsmuster (z. B. zwanghafter Fürsorger, A3) während die Patienten auf der anderen Seite des Modells zu finden waren (C3, C5-6) (Lambruschi, 2008).

Neben dem Zugewinn an innerer Sicherheit kann eine bessere Funktion der Affektregulation etabliert werden. Empirisch wurde eine entsprechende Reorganisation der Bindungsstrukturen bei ungefähr 40% von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) nach einem Jahr intensiver Psychotherapie nachgewiesen (Fonagy et al., 1995). Ebenso konnte auch nach einem Jahr intensiver übertragungsfokussierter Psychotherapie bei einer Gruppe von BPS-Patienten ein signifikanter Anstieg an sicherer Bindung (in Form narrativer Kohärenz) erzielt werden (Levy et al., 2006). Den Patienten wurde es u.a. möglich, ihre Umwelt unbeschwerter zu explorieren. Diese empirischen Befunde sind vor allem deswegen von großer Bedeutung, weil sich die Veränderungen in den gestörten interpersonalen Beziehungen vollziehen, die als zentrales Charakteristikum der Borderline-Pathologie aufgefasst werden (Gunderson, 1996). Angesichts der besonderen Herausforderungen in der Behandlung von Borderline-Patienten sind solche relativ kurzfristigen Veränderungen verheißungsvoll, obgleich diese Ergebnisse immer wieder auch im Widerspruch zu Erfahrungen in der klinischen Praxis stehen.

Aus einer anderen bindungstheoretischen Perspektive (Crittenden & Newman, 2010, im Druck) beruht die Genese der Borderline-Pathologie auf der Erfahrung von unterschiedlichen Gefahren in Bindungsbeziehungen. So kann die Antwort auf die gleichzeitige Gefährdung durch Vernachlässigung und Gewalt zu einem komplexen Bindungsmuster (selbstprotektive Strategie) führen, das neben ungelösten Traumatisierungen (Utr) oder Verlusten (UI) sowohl ängstlich-vermeidende (A) als auch ängstlich-ambivalente (C) Strategien enthält, die je nach Gefährdungssituation eine flexible und psychisch unbewusst organisierte Antwort zur Verfügung stellen. Bei der Borderline-Pathologie spiegelt sich dieser Wechsel der Bindungsstrategie in einem typischen Wechsel im Verhalten wider. Auf der beobachtbaren Handlungsebene kann es allerdings auch schwer sein, eine Strategie zu erkennen, so dass das Verhalten wie desorganisiert wirkt.

Wenn die Funktion der Bindung für den messbaren Therapieerfolg untersucht wurde, waren die Ergebnisse nicht eindeutig: Die Befundlage des Zusammenhangs von Therapieverlauf bzw. -erfolg und Bindungsqualität stellt sich in verschiedenen Untersuchungen uneinheitlich dar und bedarf weiterer Forschung (Mosheim et al., 2000; Fonagy et al., 1996; Sachse & Strauß, 2002). Ein möglicher Grund für das Vorliegen uneinheitlicher Ergebnisse kann in dem Umstand begründet sein, dass die Verwendung des ABC-D-Modells (Main & Goldwin, 1984-1994) die klinische Vielfalt nur rudimentär zu erfassen weiß. Zum einen spiegelt das Modell den Versuch wider, Bindungsmuster früher Kindheit auf das Erwachsenenalter anzuwenden, ohne

dabei die reifungsbedingten komplexeren Verarbeitungs- und Handlungsmöglichkeiten der Erwachsenen ausreichend zu berücksichtigen (Thompson & Raikes, 2003). Dieses kann die Entwicklung von Konzepten von „Desorganisation“ und „Cannot Classify (CC)“ (Hesse, 1996) erklärbar machen. Mit der Klassifikation „CC“ ist ein Paradoxon kreiert worden, das die Nicht-Klassifizierbarkeit zu einer eigenen „großen“ Kategorie ausgestaltete, die keine wesentlichen klinisch nutzbaren Informationen zur Verfügung stellen kann. Zum Zweiten erfasst die Fokussierung, bei der die schwerpunktmäßige Auswertung eines AAI auf dem (zahlenmäßigen) Vorliegen bestimmter, in ihrer Morphologie gleicher Diskursmarker beruht, nicht die zugrunde liegende Funktion. Zum Beispiel kann sog. dismissing (abtun, verwerfen) zwei unterschiedliche Funktionen und Wirkungen haben: Das Selbst und die eigenen Gefühle (einschließlich des Schmerzempfindens) bis hin zur eigenen Bedeutung können „abgetan“ werden. Es kann aber auch das Gegenüber in dessen Relevanz „dismissed“ werden. Hierin spiegeln sich unterschiedliche psychische Prozesse und ein anderes Selbstbild im Verhältnis zu wichtigen anderen wider. Dieses wird nicht ausreichend berücksichtigt, wenn nur die Diskursmarker erfasst und in ihrer Erscheinungsform beurteilt werden. Narrative Kohärenz allein kann nach Erfahrungen des DMM (Crittenden, 1999-2008) irreführend wirken. Erst das Verhältnis von Informationen aus allen ansprechbaren Gedächtnissystemen und dort vorliegenden Diskrepanzen kann ein psychologisches Verständnis für die zugrunde liegende Bindungsorganisation ermöglichen. Zum Beispiel kann sich ein semantisch idealisierter Vater in den Episoden als „Tyran“ entpuppen oder eine semantisch kohärent als „Hexe“ beschriebene Mutter in den Episoden als protektiv dargestellt werden, während gleichzeitig das Verhältnis zum Interviewer konfrontativ oder verführerisch gestaltet wird. Zu einer umfassenden Einschätzung des Bindungsmusters wird die Gesamtheit aller Phänomene benötigt. Andere Versuche, die Komplexität der Bindung in klinischen Populationen z. B. mit Selbst-Report-Fragebögen zu erfassen, fördert kohärente, aber sozial erwünschte Antworten. Inwieweit und ob die dabei gewonnenen Informationen mit den aus dem AAI gewonnenen Informationen korrelieren, ist noch nicht vollständig geklärt (Riggs, Paulson, Tunnel, Sahl, Atkison & Ross, 2007).

■ Bindung und Psychopathologie

Schon Bowlby (1984) beobachtete, dass die Qualität der Bindung beeinflusst, inwieweit und auf welche Weise ein Individuum ein pathologisches Verhalten entwickeln kann. Die ängstlich-unsicheren Bindungsqualitäten stellen eine Adaptation an entsprechende Bindungsfiguren dar, in denen Nähe und Distanz so reguliert werden, dass entsprechend der Beziehungskonstellation eine möglichst hohe relationale Sicherheit in der Beziehung entstehen kann. Insgesamt scheinen das Verhalten und insbesondere die Affektregulation durch den Bindungsstatus beeinflusst zu werden (Rosenstein & Horowitz, 1996). Nach diesen Autoren hängt der Bindungsstatus mit den interindividuellen unterschiedlichen Anfälligkeiten für verschiedene psychiatrische Störungen zusammen. Besteht eine Bindungsunsicherheit, so ist hiernach die Fähigkeit, be-

friedigende soziale Interaktionen angemessen zu beurteilen, zu verstehen und auf sie einzugehen, beeinträchtigt (Dozier, 1990; Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996).

Ungelöste Verluste oder eine unbehandelte Traumatisierung sind unterschiedliche Risikofaktoren, pathologische Symptome zu entwickeln (siehe Cole-Deke & Kobak, 1996). Mit traumatischen Erlebnissen und Erinnerungen werden auch häufig dissoziative Symptome in Verbindung gebracht. Dissoziation bedeutet „ein Defizit der Integration der Funktionen des Gedächtnisses, des Bewusstseins und der Identität“ (Liotti, 2004, S. 473). Dissoziation als Dysfunktion der mentalen Prozesse steht mit zahlreichen psychischen Störungen in Verbindung (z. B. Bromberg, 1998; Howell, 2005). Verschiedene Bindungstheoretiker nehmen an, dass das Konzept „Bindungsdesorganisation“ mit Dissoziation eng zusammenhängt und als deren Vorläufer betrachtet werden kann (z. B. Lyons-Ruth, 2003). Im Rahmen der Bindungstheorie geht Dissoziation mit der AAI-Diagnose „unverarbeiteter Verlust“ (UI) oder „unverarbeitetes Trauma“ (Utr) einher und weist auf unverarbeitete traumatische Erfahrungen hin (Hesse & Van Ijzendoorn, 1999). Unverarbeitete Traumatisierung oder unverarbeitete Verluste stellen einen Risikofaktor für Kinder dar, eine „desorganisierte“ Bindung zu entwickeln (Fonagy, 2003). Die Desorganisation in der Kindheit steigert wiederum die Wahrscheinlichkeit, dissoziativ auf traumatische Erlebnisse zu reagieren (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997).

Die von Crittenden (2000) vorgeschlagene Erweiterung der klassischen Einteilung von Bindungssicherheit und -unsicherheit in Form des DMM-Modells („Dynamic-Maturational-Model“, für eine kursorische Übersicht siehe: Landi, 2009) erlaubt eine Einschätzung von verschiedenen psychopathologischen Verhaltensweisen, wie z. B. Delinquenz oder Promiskuität, nach bindungsspezifischen Kriterien. Eine Sonderkategorie „desorganisierte Bindung“ erübrigt sich in diesem System. Es baut auf den von Ainsworth beschriebenen Klassifikationen (z. B. A1-2 und C1-2) auf (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) und erweiterte diese um obsessive und zwanghafte Klassifikationen (z. B. A+ und C+, inklusive aller Unterklassifikationen von A3 bis A8 und C3 bis C8) sowie um Kombinationen aus beiden Klassifikationen (z. B. A/C oder A+/C+). Solche komplexen Klassifikationen sind in der Regel mit schwerer Psychopathologie assoziiert. Zudem basiert die Entwicklung solcher Strategien sowohl auf dem Erleben größerer Gefährdung als auch auf der Erfahrung, über Gefahren getäuscht worden zu sein (Crittenden, 2008). Ungelöste Traumata oder Verluste können vorbewusst aktiviert, „getriggert“ werden, so dass hierdurch maladaptives Verhalten gefördert wird. Solches Verhalten kann unter bestimmten Bedingungen nicht strategisch oder nicht protektiv sein. Die auf bestimmte Ereignisse bezogenen ungelösten Traumatisierungen verweisen auf die Erfahrung, dass die bisherige Bindungsstrategie hierfür kein ausreichendes Verarbeitungs- und Handlungsmuster zur Verfügung stellen konnte, um sich schützen. Die Kennzeichnung als ungelöstes Trauma spiegelt das vorbewusste „Auflackern“ solcher Gefährdungserfahrungen im Diskurs eines AAI wider. Da hierdurch die größte Gefahr, erlebt als intensive und akute

Angst, repräsentiert wird, fokussieren die mentalen Prozesse auf die Wahrnehmung bzw. Beseitigung (der Wahrnehmung) dieser Gefahr. Hierdurch wird nicht notwendigerweise die gesamte Bindungsstrategie „desorganisiert“, sondern gerät in den Hintergrund der Verarbeitungsprozesse. Diese Unterscheidung ist unseres Erachtens von großer klinischer Relevanz: Die Bindungsstrategie existiert als Ressource und Struktur fort. In diesem Ansatz wird Vermeidung von Gefahr (und nicht Suche nach Sicherheit) als organisierende Motivation verstanden, was Informationsverarbeitungsprozesse in verschiedenen Gedächtnissystemen (z. B. prozedural) strukturiert und zu bestimmtem Verhalten disponiert. Wenn wir noch einen Schritt weitergehen, erkennen wir Folgendes: In den sichtbar werdenden mentalen und emotionalen Prozessen unverarbeiteter Traumatisierungen verbergen sich wertzuschätzende, wenn auch nicht immer gleich verstehbare Versuche des Individuums, sich bestmöglich zu schützen. Die jeweils größte erlebte Gefahr (wenn auch nicht immer tatsächliche Gefahr) bestimmt das Verhalten, wodurch andere ebenso wichtige Bereiche nicht berücksichtigt werden können. Hierdurch entsteht eigentlich erst die Pathologie bzw. das Problem.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Herstellung dieses Zusammenhangs durch deutende Intervention des selbstschützenden Motivs eine rasche Beruhigung in solchen Individuen zur Folge hat, da sie hierdurch eine akzeptable Bedeutung ihres scheinbar „unsinnigen“ Verhaltens an die Hand bekommen. Hierzu ein Fallbeispiel:

Eine Frau, Mitte zwanzig, kurdischer Abstammung und gebürtig aus dem Irak, wird mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung überwiesen. Symptomatisch wurden u.a. Schlafstörungen, Alpträume, das Erleben unwillkürlicher, bedrängender Bilder beschrieben, in denen Autobomben explodieren und Körperteile auf der Straße verteilt werden. Ihr Vater war durch eine Autobombe getötet worden. Über Satelliten-TV wurden einschlägige Nachrichtenmeldungen gesucht. Täglich telefonierte sie angstvoll mit der im Irak verbliebenen Familie, insbesondere mit der Mutter. Aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse, des ganztägig beruflich abwesenden Ehemannes und der fehlenden sozialen Kontakte war die Patientin stark isoliert.

Die psychotherapeutische Intervention bestand darin, die im „sicheren“ Deutschland scheinbar sinnlose Angst mit der realen Gefahr im Irak zu verknüpfen. Dabei wurde auch ihre berechtigte Sorge um ihre Angehörigen herausgearbeitet und anerkannt. In einem weiteren Schritt konnte ihre derzeitige soziale Isolation mit ihrem berechtigten Bedürfnis nach Nähe und Trost deutlich und der Sehnsucht nach einem „gefühlten“ Zuhause Platz eingeräumt werden. Vor dem Hintergrund ihrer Ursprungsfamilie (mit 8 weiteren Geschwistern) war es innerlich verboten und erhielt relational keinen Raum, eigene Bedürfnisse in den Vordergrund zu rücken, und so hatte sie eine ängstlich-unsichere Bindung entwickelt. Mit der Heirat und dem Auszug waren theoretisch die Lösung von der Ursprungsfamilie und der Aufbau eines neuen Zuhauses gefordert und ersehnt. Bei Therapiebeginn war ihr das aber noch nicht gelungen. Insbesondere die Nähe vermeidende Bindungsstrategie des Ehemannes (sichtbar gezeichnet durch

Verbrennungen nach einer KFZ-Explosion), der sich dadurch von den Affekten zu distanzieren/schützen versuchte, ließ die Patientin isoliert zurück.

Mit der therapeutisch unterstützten „Erlaubnis“, ihre Mutter vermissen zu dürfen, konnte sie sich ein Übergangsobjekt von ihrer Mutter zuschicken lassen, das Symbol für die über fünftausend Kilometer entfernte Verbundenheit werden konnte. Die Schlafstörungen und Alpträume verschwanden, dafür kamen (nicht überraschend) Eheprobleme an die Oberfläche. Deren therapeutische Bearbeitung war zwar für die Patientin zum damaligen Zeitpunkt noch viel zu gefährlich, aber innerlich klarer als zu Beginn der Behandlung mit angemessenen Bindungswünschen und -ängsten repräsentiert.

Es gibt einen ungünstigen Zusammenhang zwischen den besonders pathologischen, da auf größere Gefährdungen zurückzuführende Bindungsstrategien (z. B. A7: wahnhaftes Idealisieren) und dem Auftreten von ungelösten Traumatisierungen. Aufgrund der Entwicklungsgeschichte solcher Individuen sind diese besonders vulnerabel für Traumatisierungen. Dazu ein weiteres Beispiel:

Eine Patientin, Anfang zwanzig, suchte eine Behandlung auf wegen einer depressiven Krise nach einer Trennung. Den haltgebenden Freund musste sie zwanghaft immer wieder „betrügen“, bis dieser sich schließlich trennte. In ihren Partnerschaften suchte sie bei dem Partner Verlässlichkeit und musste gleichzeitig sexuell erregende Abenteuer mit einem anderen Mann oder einer Frau erleben. Sie „brauche einfach Sex“, allerdings ohne selbst zu einem Höhepunkt zu kommen. Ihre promiskuitive Sexualität trug deutlich selbstquälerische Züge bis hin zu schweren körperlichen Verletzungen durch Sexualpartner.

In der Anamnese beschrieb sie eine „wunderbare“ Kindheit. Die Eltern hätten sich allerdings nicht geliebt. Mit 12 Jahren wurde sie sexuell von einem mit der Familie befreundeten Mann missbraucht, ein Jahr später nahm sie Drogen und ging wahllos sexuelle Kontakte ein. Mit 15 Jahren hatte sie einen Abort im 6. Schwangerschaftsmonat, wobei sie sich das Kind wünschte. Als sie 16 wurde, starb ihr erster „fester“ Freund bei einem Autounfall.

Im Erwachsenenbindungsinterview (AAI) wurde offensichtlich, dass sie sich von den angemessenen intimen und schützenden Personen distanzieren muss und Intimität bei entfernten, unangemessenen und gefährlichen Personen sucht. Entfernte Personen werden idealisiert, nahestehende entwertet. Um Zuwendung zu bekommen, werden Schmerzen als für das Selbst irrelevant angesehen, insofern geht sie „masochistisch“ gefärbte Bindungen ein. Die Bindungsstrategie kann nach dem DMM-System als A5 (zwanghaft sexuell oder sozial promiskuitiv) klassifiziert werden. Diese Einteilung ist klinisch hilfreich, um die besondere Bindungsstrategie zu verstehen, dass sie sich von anscheinend schützenden und Halt gebenden (aber implizit gefährlichen) Bindungspersonen entfernt und Nähe bei potentiell gefährlichen Personen sucht, mit denen sie anonym über Internet oder telefonisch Kontakt aufnimmt. Das semantisch-explizit geäußerte Wissen um die damit verbundene Gefahr, gekoppelt mit Selbstvorwürfen,

bleibt disassoziiert von der implizit organisierten Angst, die eigene Isolation, Verlassenheit und subjektive Wertlosigkeit zu erleben.

Bleibe man auf der offensichtlichen Verhaltensebene könnte man zum dem Schluss kommen, dass die vermeintliche Gefahrensuche im Kontrast zur Idealnorm steht, sichere Bindungen zu suchen, und deshalb als scheinbar „des-organisiert“ verstanden werden könnte. Wird der Fokus darauf ausgerichtet, worin die nicht direkt sichtbare (Beziehungs-)Gefahr für diese Patientin besteht, kann die psychische Organisation und Struktur der Patientin (auch für sie selbst) sichtbar werden. Ein ähnliches „Übersehen“ unterläuft einem, wenn in der Psychotherapie das Symptom vor dem Hintergrund der Psychodynamik oder kognitiver Schemata eingeordnet wird. Auch bindungstheoretische Zugänge und Interventionen können den gemeinsamen Verstehensprozess außer Acht lassen und weisen dann eine Neigung auf, korrigierend (und zumindest implizit an der Sicherheitsnorm orientiert) auf der Verhaltensebene einzugreifen. Dieses gilt insbesondere für Interventionen im Bereich potentieller Kindeswohlgefährdung.

■ Bindung und Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen werden zwar erst mit der Entwicklung der Persönlichkeit diagnostizierbar, aber die Vorgeschichte geht auf relationale Erfahrungen zurück, die auch den Bindungsstörungen zugrunde liegen (s. z. B. Bogaerts, Vanheule & Desmet, 2006). Aus der Sicht der Bindungstheorie können deshalb Persönlichkeitsstörungen als Bindungsstörungen konzeptualisiert werden (Heard & Lake, 1986). Aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive beruhen Persönlichkeitsstörungen auf Erfahrungen in einem Entwicklungsstadium, in dem sich die Bindung entwickelt, und ist Ausdruck des unsicheren Bindungsverhaltens in der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson (Lyons-Ruth, 1996; Wearden, Cook & Vaughan-Jones, 2003). Bereits in mehreren Untersuchungen mit unterschiedlichen Stichproben konnten Zusammenhänge zwischen ängstlich-unsicherer Bindung und Persönlichkeitsstörung festgestellt werden (Bender, Farber & Geller, 2001; Bogaerts et al., 2006; Fossati et al., 2003; Nakash-Eisikovits, Dutra & Westen, 2002). Dementsprechend steht die sichere Bindung im Gegensatz dazu in einem negativen Zusammenhang mit einer möglichen Persönlichkeitspathologie und stellt wahrscheinlich einen Schutzfaktor dar (Nakash-Eisikovits et al., 2002). Besonders Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurden u. a. mit dem AAI untersucht und ein Zusammenhang zwischen der spezifischen Pathologie und unsicherer Bindung festgestellt (siehe u.a. Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004). Die Bindungsstörung von Borderline-Patienten zeigt sich vor allen Dingen in der mangelnden Fähigkeit, sich selbst und andere adäquat mental zu repräsentieren und das eigene Verhalten angemessen zu reflektieren (Fonagy, Target & Gergely, 2000). Häufig gehen der Bindungsstörung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen unverarbeitete Verlust- oder traumatische Erfahrungen voraus (Fonagy et al., 2000). Die Borderline-Pathologie steht typischerweise in Zusammenhang mit unverarbeitet/traumatisierten und verwickelnden Bindungsmustern (Fonagy et al., 1996; Riggs et al.,

2007; Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994). Oft stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob es sich eher um Störungen im Sinne eines States oder Traits handelt: Rosenstein und Horowitz (1996) beantworten diese Frage mit der Schilderung ihrer Beobachtung, dass unterschiedliche Bindungsmuster mit unterschiedlichen Persönlichkeits-Traits zusammenhängen, die wiederum unterschiedliche Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen hervorrufen.

Das Ideal der sicheren Bindung sollte allerdings kritisch beleuchtet werden. Wie schon oben erwähnt, haben Borderline-Persönlichkeiten sehr komplexe Bindungsmuster, die zwischen ängstlich-vermeidenden und ängstlich-verwickelnden Muster alternieren sowie durch unverarbeitete Traumatisierungen und Verluste modifiziert werden. Sie stellen eine Anpassung an unterschiedliche Gefahren in Beziehungen dar (z. B. Vernachlässigung und Misshandlung) und haben durch eine ängstlich-unsichere Bindung für den Kontext und das jeweilige Alter ihre Beziehungen „sicher“ gemacht. Das Konzept „Bindungsstörung“ setzt ein Ideal als Norm voraus. Sichere Bindungen sind wünschenswert, aber in der Regel nur in sicheren Kontexten (Familien, Gesellschaften, Kulturen) zu entwickeln. Unter gefährlichen Umständen, wie im Krieg, unter Diktaturen, gewalttätigen Familien oder dem Zusammenleben mit einem paranoid-halluzinatorischen Elternteil ist die offene Äußerung von Bedürfnissen, das Verhandeln von Absichten usw. - eben alles, was eine sicher gebundene Person ausmacht, geradezu gefährlich. Hier ist eine ängstliche, auf Gefahren eingestellte Bindung die sicherste Überlebensvariante. Die englische Sprache macht die Unterscheidung deutlicher: anstatt auf „security“ zu setzen, liegt in dieser Denkweise der Schwerpunkt auf „safety“. Allenfalls ist das Ideal einer sicheren (secure) Bindung „gestört“, aber die ängstlich-unsichere Bindung garantiert Sicherheit (safety). Bindung ist hier in seiner ursprünglichen Idee konzipiert als angeborenes Motiv und Verhaltensmuster, das Schutz vor Gefahren sucht – und nicht wie im Konzept der Bindungsstörung als Ziel, sichere Bindungen zu entwickeln (obwohl das ein schöner Wunsch ist).

■ Bindung und Affektregulationsstörung

Personen mit ängstlich-unsicheren Bindungsstilen neigen zu diversen pathologischen Affektausdrücken (Leveridge, Stoltenberg & Beesley, 2005). Ergebnisse hierzu sind widersprüchlich. Vermeidend Gebundene zeigen ihre Affekte indirekt mittels somatischer Beschwerden, sozialer Isolation und Rückzug aus der Familie (Leveridge et al., 2005). Dagegen drücken dies ängstlich-ambivalent Gebundene eher durch Depressionen und Ängstlichkeit aus.

Nach Bettman (2006) liefert die Bindungstheorie wichtige Erkenntnisse zum Verstehen, Konzeptualisieren, Analysieren von affektiven Störungen. Bindung besitzt eine prädiiktive und moderierende Funktion bezüglich der persönlichen Anfälligkeit für depressive Symptome (Besser & Priel, 2003). Die schützende Funktion der jeweiligen Bindungsstrategie zeigt sich hinsichtlich affektiver Störungen in dem negativen Zusammenhang von Bindungssicherheit mit Depression, Ängstlichkeit und sozialer Isolation. Es wurde auch vermutet,

dass depressive Symptome mit einer chronischen Überaktivierung des Bindungssystems zusammenhängen, der sogenannten hyperaktiven Bindungsstrategie (Cole-Deke & Kobak, 1996). Im DMM korrelieren allerdings depressive Symptome sowohl mit den „deaktivierenden“ als auch „hyperaktivierenden“ Bindungsmuster und sind nicht nur einem Bindungsstil zuzuordnen (Crittenden, 2008).

In depressiven Stimmungen können sich Bindungspersonen nur wenig responsiv verhalten. Der direkte Kontakt mit der Bezugsperson geht für das Kind verloren, und es ist durch die Nähe einerseits auf Kontakt eingestellt, andererseits erhält es keine Antworten auf die eigenen Kommunikationsbemühungen. Die Erfahrung fehlender Kontingenz zwischen dem Verhalten und Erleben des Kindes zum Verhalten/Erleben des Elternteils hat zur Folge, dass nur wenige Ereignisse als für das Selbst des Kindes relevant erlebt werden. Bedeutungen können nur schwer hergestellt werden. Solche Kinder werden eher passiv, zeigen Verzögerungen in der Motorik sowie in der Sprachentwicklung. Der Verlust an Kommunikation führt bei Kindern zu ähnlichen Folgeschäden wie Verluste auf Bindungsebene (Bowlby, 1987). Kinder depressiver Eltern entwickeln mit hoher Wahrscheinlichkeit eine ängstlich-unsichere Bindung (Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995). Das Vorkommen einer sicheren Bindung ist bei depressiven Adoleszenten signifikant niedriger als bei anderen psychiatrischen oder nichtpsychiatrischen Patienten (Armsden, McCanley, Greenberg, Burke & Mitchell, 1990).

■ Bindung und Alexithymie

Alexithymie ist eine defizitäre Verarbeitung von Emotionen (Luminet, Vermeulen, Demaret, Taylor & Bagby, 2006). Als Persönlichkeitsmerkmal wird es mit dem erhöhten Risiko für psychische und psychosomatische Erkrankungen in Verbindung gebracht (Sifneos, 1973). Diese kognitiv-emotionale Beeinträchtigung zeichnet sich durch verarmtes Phantasieleben, mangelnde Fähigkeit zur Symbolisierung, Identifikation und Verbalisierung von Affekten sowie einem operativen Denkstil aus (Lesser, 1981; Taylor, 1984). Es wird vermutet, dass das Konstrukt mit der emotionalen Unsicherheit und dem Einfluss dysfunktionaler familiärer Strukturen in der Kindheit zusammenhängt (Berenbaum & James, 1994). Diese Familienstrukturen ermöglichen kein offenes und direktes Ausdrücken von Gefühlen.

In einer Zwillingsstudie zeigte sich ein signifikanter Einfluss des gemeinsamen Umweltfaktors auf die Entwicklung der alexithymen Eigenschaften (Valera & Berenbaum, 2001). Dies stärkt die Vermutung eines Einflusses früherer Bindungserfahrungen auf die Entstehung der Alexithymie (Kraemer & Loader, 1995). Mehrere empirische Untersuchungen konnten bisher diese Vermutung bestätigen (Troisi, Argenio, Peracchio & Petti, 2001; Mallinckrodt & Wei, 2005; Wearden, Lambertson, Crook & Walsh, 2005; Meins, Harris-Waller & Lloyd, 2008). Dabei kann die Entstehung der Alexithymie als eine defizitäre Entwicklung der Ausdrucksfähigkeit mentaler Zustände verstanden werden (Lemche, Klann-Delius, Koch & Joraschky, 2004). Derartige Entwicklungen werden durch eine unsicher-desorganisierte Bindung in der Kindheit noch

begünstigt. Nach Troisi et al. (2001) hängt Alexithymie mit unsicherer Bindung zusammen. Dabei weisen „preoccupied“ und „fearful“ gebundene Patienten höhere Alexithymie-Scores auf als „dismissing“ gebundene (Troisi et al., 2001). In weiteren Studien konnten dazu allerdings nur widersprüchliche Zusammenhänge zwischen Alexithymie und ängstlich-vermeidender Bindung gefunden werden (Mallinckrodt & Wei, 2005; Wearden et al., 2005; Meins et al., 2008). Praktisch bedeutet das z. B., dass die Zusammenhänge zwischen Bindung und Alexithymie erkennen lassen, wie die Störung des Umgangs mit Affekten eines Patienten, dysfunktionale Familienstrukturen und dessen Bindung zum Therapeuten in einem Kontext verstanden werden können, aber nicht in welcher Kategorie die Zuordnung erfolgt (Mallinckrodt, King & Coble, 1998). Aus der Perspektive des DMM zeigen erste klinische Erfahrungen (Publikation in Vorbereitung), dass die Inhibition des Affektausdrucks in bestimmten Familienkontexten hoch adaptiv war, in denen der Ausdruck „negativer“ Affekte, wie Wut, Angst, Sehnsucht nach Beruhigung/Trost, in hohem Maße nicht toleriert und damit gefährlich (Zurückweisung, Misshandlung oder Vernachlässigung) werden konnte. Die Neigung, sich in Details der äußeren Welt zu verlieren und wenig nach innen zu schauen, könnte auf eine Tendenz verweisen, alle Informationen außerhalb des eigenen Selbst für gleich (gefährlichkeits-)relevant zu erachten. Die ausbleibende Hierarchisierung der Beziehungsrepräsentanzen zwingt dazu, gleichsam alles im Blick halten zu müssen, wodurch entscheidene Schlussfolgerungen nicht getroffen werden können/dürfen. Erregung ist in der Detailfokussierung „eingekapselt“. Es besteht also eine Unfähigkeit des „Lesens und der Worte für Gefühle“ (Übersetzung des Wortes Alexithymie).

■ Bindung in der Patient-Therapeut-Beziehung

Die unterschiedlichen Bindungsstile und die damit verbundenen Beziehungserwartungen beeinflussen die Beziehung zwischen Patient und Therapeut und können diese erleichtern, aber auch erschweren. Die Qualität des Zusammenspiels kann die Tiefe der therapeutischen Begegnung maßgeblich bestimmen (Romano, Fitzpatrick & Janzen, 2008). Vom Anbeginn der Therapie an ist die Entwicklung der therapeutischen Allianz und deren Qualität durch dieses Zusammenspiel beeinflusst (Eames & Roth, 2000). Die spiegelbildliche Gegenüberstellung der Bindungsqualitäten (Hyperaktivierung/Deaktivierung) von Patient und Therapeut erhöht die Effektivität der therapeutischen Intervention (Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999; Beebe & Lachmann, 2004). Durch die komplementären Vorstellungen und Erwartungen werden, in Übereinstimmung mit Bowlby (1988), die etablierten interpersonellen Interaktionsmuster in Frage gestellt. Dadurch werden alte pathologische Vorstellungen gelockert und der Weg für qualitativ positivere Veränderungen bei den Patienten geebnet (Tyrrell et al., 1999).

Es kann aber auch zu schwierigen Bindungskonstellationen kommen, die die gemeinsame Arbeit behindern. So können ängstlich gebundene Therapeuten mit weniger Empathie auf „fearful“ oder „preoccupied“ gebundene Patienten reagieren (Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000). Da die unterschied-

lichen Bindungsqualitäten der Patienten auch unterschiedliche Gegenübertragungen bei den Therapeuten auslösen (Cynthia, 2005), wird verständlich, dass die Gegenübertragung „fearful“ oder „dismissing“ gebundener Therapeuten gegenüber „preoccupied“ gebundenen Patienten durch Distanzierung und Abneigung gekennzeichnet sein kann (Mohr, Gelso & Hill, 2005).

Umso wichtiger ist es, die Bindungsbeziehung zu reflektieren und auch in Supervisionen/Interventionen zu besprechen. Patienten suchen in der Regel eine Therapie auf, um Verständnis und emotionale Sicherheit zu finden. Gelingt dies, wird der Therapeut im Laufe der Behandlung zunehmend zu einer stabilen Basis, von der aus der Patient das Gefühl der Sicherheit und Unterstützung erfährt (Bowlby, 1981). Der Patient wird in die Lage versetzt, seinen bisherigen Lebensverlauf zu explorieren und zu reflektieren (Bowlby, 1988). In hochfrequenten psychoanalytischen Langzeittherapien nimmt die Patient-Therapeut-Beziehung regelmäßig die Gestalt einer Bindungsbeziehung an (Parish & Eagle, 2003). Dabei werden die Erwartungen des Patienten an seine primäre Bindungsfigur auf den Therapeuten übertragen. Die sichere Bindung des Patienten zu seinem Therapeuten hilft, mit größerem Tiefgang seelische Zustände zu erforschen (Mallinckrodt, Porter & Kivlighan, 2005; Romano et al., 2008). Die Beziehungsqualität zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten ist u.a. auch von der sicheren Bindung des Patienten abhängig (Parish & Eagle, 2003). Aufgrund des affektiven Gehalts der Patient-Therapeut-Beziehung ist es deshalb förderlich für den Behandlungserfolg, sich hinsichtlich der Therapiestrategien auf den Bindungsstil des Patienten einzustellen (Holmes, 1997).

■ Fallgeschichte.

Einer Patientin wurde nach einer 100-stündigen TFP sowie eines intermediären 3-monatigen stationären Aufenthalts und einer anschließenden schrittweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben eine Psychoanalyse empfohlen. Alle vorherigen, dennoch intensiven Angebote hatten „nicht gereicht“, und sie benötigte ein „Mehr“ an Therapie.

Im Erstkontakt stellte „nicht zureichend“ die zentrale Aussage der Patientin über ihr Selbst dar und wurde von ihr explizit zum Behandlungsfokus gewählt. In Übereinstimmung mit diesem Fokus hatten die vorangegangenen Behandler diagnostisch ein „depressiv-neurotisches Geschehen“ als Erklärung gewählt. Im Erstkontakt sowie als sich bestätigende vorherrschende Eigenschaft im Behandlungsverlauf fiel dem Behandler die gehemmte Körperhaltung der Patientin auf und ihre konstante, vorsichtige visuelle Prüfung seiner Reaktionen. Ihre Wortwahl war sehr bedacht, und sie bemühte sich darum, „das Richtige“ zu machen. In seiner gereizten Gegenübertragung geriet er in eine Art Bewerbungsgespräch um den Posten des geeigneten Therapeuten: Die Patientin hatte parallel zu ihm drei weitere Kolleg(inn)en aufgesucht und musste sich entscheiden. Rückblickend wird hierin ein zentraler Spannungsbogen sichtbar, den die Patientin damals weder überdenken noch in Worte fassen konnte: „Versuche ich, das Richtige für mich zu ma-

chen, werden andere wütend und attackieren mich. Also muss ich das Richtige für die anderen machen.“

■ Bindungsmuster und Auszüge aus der Lebensgeschichte

Die Erweiterung des therapeutischen Fokus erfolgte innerhalb einer analytisch orientierten Behandlung, wobei Kenntnisse aus einer mittels DMM¹ (Crittenden, 2008) angereicherten Bindungsperspektive und den dazugehörigen Assessments (z. B. modifiziertes AAI) zur Anwendung kamen.

Innerlich gezwungen zu sein, das Richtige aus Sicht der anderen zu machen, entspricht einer prozedural organisierten und früh erworbenen Interaktionserfahrung zwischen Säugling/Kind und Bindungsfigur/Mutter. Im DMM als „zwanghafte Leistungserbringer“ und „zwanghaft gefügig“ bezeichnete selbstprotektive Bindungsstrategien beinhalten dispositionelle Repräsentationen (Damasio, 1997)² von sich im Verhältnis zu bedeutsamen anderen, in denen das Selbst negativ, unzureichend und schlecht konnotiert wird. Sie orientieren sich „kognitiv“, definiert i.S. von zeitlich organisierten Handlungsabfolgen, während Affektives als irrelevante Information behandelt und verworfen wird. So kann ein Kind Folgendes lernen und dieses prozedural speichern: „Immer wenn ich weine, dann wird Mama böse! Meine Gefühle sind schlecht.“³

Diese Erfahrung kann im späteren Leben zu einer bewussten Überzeugung ausgestaltet werden: „Zeige niemals deine wahren Gefühle, sonst mag dich keiner mehr!“ Für den zwanghaften Leistungserbringer besteht die Hauptgefahr darin, mit Liebesentzug und Abwendung bestraft zu werden, während für das zwanghaft gefügte Individuum konkrete, intrusive, körperliche Attacken und Misshandlungen eine zusätzliche Gefahr darstellen. Beide Erfahrungen waren zentral für die Lebensgeschichte der Patientin: Der alkoholranke Vater war nur präsent, wenn die Patientin erfolgreich Leistungssport betrieb. Er war dann engagiert und fördernd – ansonsten war er aus Sicht der Patientin abwesend (beruflich oder trinkend in einer Kneipe) oder gefährlich, wenn dieser sich betrunken mit seiner Frau stritt und diese körperlich misshandelte. Ihre Mutter dagegen erwartete Unterwerfung und bedingungslose Übernahme der mütterlichen Perspektive – und bestrafte, auch körperlich, wenn von den Regeln abgewichen wurde.

Diese Eltern und Eltern im Allgemeinen, deren Kinder solche Bindungsstrategien entwickeln, haben sehr rigide Vorstellungen davon, was richtig oder falsch ist. Sie können nur unzureichend die Perspektiven ihrer Kinder einnehmen und deren Bedürfnisse nach Exploration, Trost, Bestätigung etc. tolerieren – sie sind also wenig „feinfühlig“. Umso mehr übernehmen diese Kinder die elterlichen Perspektiven so, als wären es die eigenen.⁴ Die subjektive Perspektive fehlt in der Beschreibung der Ereignisse – ohne dass es den Individuen auffällt.

1 DMM: Dynamic Maturational Model

2 Dispositionell deshalb, weil eine Disposition, d.h. eine bestimmte Tendenz zum Handeln, an bestimmte Repräsentationen gekoppelt ist.

3 Analoges findet sich in D. Sterns ‚RIG‘'s (Representations of Interactions that have been Generalized). In: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992.

4 Hier finden sich Analogien zum Konzept des „Falschen Selbst“.

Was bedeuten diese theoretischen Vorstellungen für die Praxis? Das Wissen um diese Bindungserfahrungen, den damit verbundenen Repräsentationen in den jeweiligen Gedächtnissystemen⁵, in denen entsprechende Interaktionen gespeichert sind und den damit verbundenen Expressionsformen, z. B. im Diskurs eines AAI oder im beobachtbaren Verhalten einer CARE-Index-Videoaufnahme⁶, sind hilfreich für die Wahl des Behandlungsfokus von Stunde zu Stunde.

In den Verbalisierungen der Patientin fiel das Fehlen von Personalpronomen auf, wodurch das Selbst und häufig auch andere Personen wie abwesend wirkten. Dadurch wurden Ereignisse ohne Einfluss irgendeiner Person als sachliche Tatbestände geschildert, als „Es ist so“. Das Selbst kam nur im Kontext von Misslingen und Scheitern zum Ausdruck: „Ich kann nicht; mir gelingt es nicht; ich weiß nicht, was ich tun soll.“

Im Rahmen einer Behandlungsstunde schilderte die Patientin eine Begegnung mit ihrer Vorgesetzten, die sich genauso wie sie selbst über eine dritte Person ärgerte, die notwendige Informationen noch nicht weitergeleitet hatte. Während die Vorgesetzte sich offen ärgerte, wiederholte die Patientin bestätigend, fast beschwichtigend deren Wortlaut. Dieses geschah automatisch und ohne Nachdenken. In der Art der Darstellung während der Behandlungsstunde hatte es eine roboterhafte, unlebendige Anmutung. Einige Sätze, die sie der Vorgesetzten nachsprach, lauteten in etwa: „Ja, es gibt Menschen, die sind so. Es gibt halt Leute, über die man sich ärgert. Da kann man nichts machen.“ Die bestätigende Wiederholung der generalisierten Aussagen missverstand die Vorgesetzte als Kritik und konfrontierte die Patientin fragend damit, die sehr unbeweglich, sich mehrfach wiederholend antwortete: „Ich kann Ihnen nur versichern, dass ich das nicht gedacht habe.“ Ein authentisches Selbst war abwesend. Die Patientin wusste nicht, was sie gedacht hatte, wusste nicht, was sie gefühlt hatte, und nicht, was sie dazu motiviert hatte, diese Worte zu wiederholen.

Da solche Patienten dazu neigen, den anderen zu idealisieren, indem sie eigene Intentionalität und Eigenständigkeit als etwas Schlechtes betrachten, laufen Therapeuten Gefahr, in ihren Worten und Interpretationen kopiert zu werden. Erklärungen vermeidend wurde versucht, die Exploration der Innenwelt der Patientin zu fördern, indem auf typische Interaktionsmuster von zwanghaft gefügigen Kindern mit ihren Müttern zurückgegriffen wurde. Diese Kinder wirken unscheinbar, fallen nicht auf, sind still, widersprechen nicht und sind schnell darin, die Befindlichkeiten der Mütter zu lesen und auf mögliche Spannungszunahmen geradezu vorausahnend zu reagieren, so dass potentielle Eskalationen beendet werden, bevor sie zu wachsen beginnen. Solchen Kindern (und Erwachsenen) ist das nur anzumerken, wenn bei – sehr genauem Hinsehen – authentische Freude und Initiative fehlt. Auf den ersten Blick kann solch eine ängstlich-unsicher – vermeidend gebundene (Ainsworth et al., 1978) Dyade wie „im Einklang“ erscheinen. Konflikte und Unterschiede sind scheinbar nicht existent.

5 Gedächtnissysteme sind u.a. prozedurales, bildhaftes, semantisches, episodisches, integratives Gedächtnis. Analog zum psychoanalytischen Konzept unbewusster Konflikte können die in verschiedenen Gedächtnissystemen gespeicherten relationalen Erfahrungen (Übertragung) diskrepanz zueinander sein, d.h. im Konflikt miteinander stehen.

6 Der CARE-Index ist ein videobasiertes Assessment zur Mutter-Säuglings-Interaktionsdiagnostik und zur Vorhersage von Misshandlungs- und Vernachlässigungsgefahr. In seinem Ursprungskonzept war dieses Instrument als „Child-Adult-Relational-Experimental“ benannt worden, wovon sich die Abkürzung CARE herleitet.

Gleichsam virtuell malte der Behandler eine erdachte Szene aus, in der sie als kleines Mädchen ängstlich vor ihrer Mutter stand und gehorsam nickend Zustimmung signalisierte. Die Patientin erhielt mit diesem Bild Gelegenheit, an verdrängte Erinnerungen anzuschließen und sich in erlebten Interaktionen dieser Art wiederzufinden, sich mit einem jüngeren Selbst zu identifizieren. Solche affektiv erlebbaren Anknüpfungen (siehe das Konzept der „Modellszene“ bei Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996) waren für die Behandlung von zentraler Bedeutung, da die Patienten eine distanzierende Haltung, in ihrer Funktion selbstprotektiv, zu sich selbst entwickelte, um ihre eigene Befindlichkeit nicht zu fühlen/erleben. Hierdurch wird versucht, den gefährlichen affektiven Selbstaussdruck aus Beziehungen fernzuhalten.

Die Intervention des Behandlers führte zu zahlreichen Erinnerungen, die diese Bindungserfahrungen bestätigten. Von diesen Wiedererinnerungen ausgehend, konnte die Patientin zahlreiche spätere Situationen identifizieren (übertragen), in denen sie (scheinbare) Gleichheit als Voraussetzung für Gemeinsamkeit/Bindung annahm. Die unbewusste Intention, eine gelungene Gemeinsamkeit und Verbundenheit herzustellen, in der „man sich versteht“, wurde als Fokus gemeinsamer Exploration gewählt. Der Behandler teilte ihr mit, dass es für Außenstehende so aussehen könnte, als ob sie beide ganz einer Meinung wären. Es wurde ihr nun verständlicher, dass – identifiziert mit der mütterlichen Prämisse der bedingungslosen Zustimmung – sie die gereizte Reaktion der Vorgesetzten verunsichern musste. Klinischer Erfahrung entsprechend werden affektiv unlebendige, gehemmte Zustimmungen vom Gegenüber wegen ihrer unauthentischen „Falschheit“ als verdeckte Ablehnung fehlinterpretiert. Die dahinterliegende Intention wird nicht wahrgenommen.

Der Versuch, Gemeinsamkeit über Gleichheit herzustellen, geht bei diesen Patienten manchmal so weit, dass auch die elterliche Verantwortung in einer parentifizierenden Rollenkehr übernommen wird, die manchmal sogar explizit von der Mutter an das Kind übergeben werden kann. So hatte die Patientin als Kind die Aufgabe, den Vater in die Gaststätten zu begleiten, um dort den Alkoholkonsum zu beschränken. Übertragen auf den Arbeitsalltag, sah sie sich selbstverständlich gezwungen, sich um die eigentlichen Verantwortungsbereiche ihrer Vorgesetzten zu kümmern, und „fiel aus allen (Gemeinschafts-) Wolken“, wenn diese sich darüber keine Gedanken machen wollte oder sich gar bedrängt und kritisiert fühlte. Ein wortwörtlich genommenes Fallen aus den Wolken spiegelt die Gefahren für ein Kind, die Patientin, wider: ungeliebt, verlassen und vernachlässigt – gelandet „in der Gosse, wo die hinkommen, die keiner haben will“.

Was anfänglich in der Darstellung wie eine depressive Störung i.S. einer Selbstwertproblematik wirkt, entpuppt sich als zentrale Angst, Bindungen zu verlieren und dadurch gefährdet zu sein. Das Selbst wertlos zu machen, in der Beschreibung und Beobachtung aus Beziehungskontexten zu beseitigen und durch die Übernahme anderer Perspektiven zu ersetzen, entspricht einer zentralen Stabilisierungs- und Sicherungsmaßnahme für eine hoch ängstlich-unsichere Bindung. Den Auftrag

der Patientin „wortwörtlich“ zu übernehmen, gut gemeint ihren Selbstwert zu fördern und ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, hieße, zugleich die Gefahr, von anderen im Stich gelassen zu werden und damit die Angst, ungewollt und allein zu sein, zu erhöhen. Gleichzeitig würde das „falsche Selbst“ (Winnicott, 1960) (innerlich gezwungen, das Richtige aus der Sicht der anderen zu machen) gefördert, die authentischen Selbstanteile bekämpft. Im „Ich kann nicht“ steckt das abgewehrte, bis auf Rudimente unkenntlich gemachte affektiv-lebendige Selbst, das eben nicht identisch ist mit anderen, dadurch zwar wie eine Störung wirkt, aber das authentische Zentrum eines „wahren“ Selbst darstellt. Psychoanalytisch formuliert könnte das als Suche nach einer tragfähigen Selbstobjekt-Beziehung in Form einer Selbstobjekt-Übertragung (z. B. in Form einer Zwillingsübertragung) konzipiert werden.

Bindungsbasierte Zugänge zur psychoanalytischen Behandlung erweitern sog. klassische Zugänge, indem sie auf eine breitere Variation menschlicher Ausdrucksformen zugreifen können. Hierzu gehören empirisch beobachtbare (im Gegensatz zur Deduktion vom Erwachsenenverhalten auf mögliche Entwicklungen im Kleinkind) Expressionsformen von Säuglingen in Interaktion mit ihren Bindungsfiguren (z. B. CARE-Index) sowie deren beobachtbare reifungsabhängige Weiterentwicklungen z. B. in der Repräsentation des Selbst zu wichtigen anderen in der Sprache (wie im AAI objektivierbar).

Die Bindungstheorie kann und hat psychoanalytische Theorie- und Behandlungskonzepte erweitert, ohne dabei die Wurzeln zur Entstehung der Psychoanalyse zu kappen oder gänzlich in Frage zu stellen. So kann der oben beschriebene Fall als Konflikt zwischen Über-Ich und Es beschrieben werden, in dem das Ich zu Behandlungsbeginn als sog. Störung zum Vorschein tritt. Insofern stellen bindungsbasierte Konzepte in der geschilderten Form, wo Bindung als „motivationale System“ (Lichtenberg et al., 1996), als ein Set von Verhaltensweisen und als Art von Informationsverarbeitung mit Bezug zu Gedächtnissystemen im Sinne einer selbstprotektiven Organisationsform verstanden wird, eine berechtigte Kritik an aktuellen Strebungen im Gesundheitssystem dar. Eingereicht in die psychoanalytische Kritik, dass Psychotherapie Symptome schnell beseitigen soll und die Wiedereingliederung in ein gesellschaftliches Funktionieren oberste Priorität hat, zeigt das obige Beispiel die Nachteile einer solchen Maßgabe. Die Übernahme elterlicher und im Weiteren beruflicher (und damit gesellschaftlicher) Vorgaben als die einzig richtigen Perspektiven (Über-Ich) hatte im Vorfeld der Behandlung zu einer zunehmenden Einengung und fortschreitenden Handlungsunfähigkeit geführt.

Bindungstheorie kann dabei mehr bieten als „nur“ präzise Beobachtungen von Verhalten und dessen unterschiedliche Expressionsformen. Es verweist auf die Relation von Verhalten und Repräsentation, auf damit verbundene Konflikte, auf die Beziehung von Individuum zu wichtigen anderen und damit auf den Lebenskontext vor dem Hintergrund der jeweiligen Gesellschaft und Kultur. Damit ist die Bindungstheorie eine notwendige Erweiterung der Psychoanalyse (Köhler, 1998).

■ Fazit für die Praxis

Die explizite und implizite Abstimmung in einer therapeutischen Beziehung umfasst immer verschiedenste Ebenen und ist Ausdruck der jeweiligen Selbstregulation und der gegenseitigen regulativen Beeinflussung der Beteiligten. Die Feinabstimmung zwischen Patient und Therapeut schließt zwar einerseits Bindungserfahrungen aus der Lebensgeschichte ein, führt aber zu einer intersubjektiv typischen und manchmal einmaligen Konstellation. Dabei zeigen erste Ergebnisse zu der Bindungssicherheit von Therapeuten, dass diese häufig selbst keineswegs immer sicher gebunden sind. Wünschenswert wäre es, wenn Therapeuten flexibel und im positiven Sinne spielerisch auf eine möglichst große Bandbreite unterschiedlicher Bindungsstrategien und dazugehörige affektive sowie kognitive Verarbeitungsprozesse zugreifen könnten. Ein solcher dazugehöriger (manchmal psychotherapeutisch vermittelter) Entwicklungsprozess der Reorganisation kann sich im Bindungstyp des „earned B“, der erworbenen sicheren Bindung, manifestieren (im Unterschied zum „naiven B“). Ob und wie häufig Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung dahingehend unterstützt werden konnten, ist bisher noch nicht untersucht worden. Möglicherweise aufgrund (oder trotz?) ihrer Ausbildung können Therapeuten komplementäre Bindungsstrategien zu ihren Patienten entwickeln. Patienten selbst verfügen häufiger über mehr als eine (unsichere) Bindungsstrategie. So können Patienten mit schwerer Psychopathologie unterschiedliche bis hin zu gegenteiligen Bindungsstrategien (A/C) einsetzen, um je nach Beziehungskonstellation ihre Ängste zu vermindern.

Zwar suchen Patienten im Therapeuten zunächst regelmäßig Unterstützung, aber nicht, wie häufig selbstverständlich angenommen, eine Bindungsperson, die in Zeiten innerer oder äußerer Krise Sicherheit zu geben vermag. Wie oben dargestellt, gibt es eine Vielzahl von lebensgeschichtlichen Entwicklungen, in deren Folge selbstprotektive Verarbeitungs- und Verhaltensmuster etabliert wurden, die eher Bindungsbeziehungen zu vermeiden suchen. Im Kontakt zum Therapeuten entsteht dadurch eine besondere, beunruhigende Spannung, da Therapeuten häufig entgegen der Absicht der Patienten zu bedeutsamen Beziehungspersonen werden und damit ggf. auch zu Bindungsfiguren. Zahlreichen Kollegen mag auch die andere Seite der Medaille bekannt sein: Patienten, die anscheinend selbst hilflos unbedingte Nähe zum Therapeuten suchen. Manchen Kollegen ist aufgrund ihrer eigenen Lebensgeschichte ein solch intensiver Hilfsappell ein Graus. Unseres Wissens gibt es noch keine systematische Studie darüber, inwieweit Lehrtherapeuten-Kandidaten-Paarungen oder Patienten-Therapeuten-Paarungen hinsichtlich ihrer Bindungsstile füreinander förderlich oder abträglich sein können. Mit der Suche nach Sicherheit werden also gleich alte Ängste wach, denen wir regelmäßig bei Patienten begegnen und die die Qualität der Beziehung und damit die therapeutische Arbeit bestimmen. Wenn wir als Therapeuten oder Therapeutinnen ein Verständnis dafür entwickeln, was die jeweilige bindungsbezogene Angst in einer bestimmten Beziehungskonstellation notwendig machte, hilft uns das, diese Strategie als bestmögliche in damaliger Zeit anzu-

erkennen und deren Begrenzungen in der Gegenwart zu berücksichtigen. Daraus kann eine Beziehungssicherheit entstehen. Die gemeinsame Reflexion hilft, auch außerhalb der therapeutischen Beziehung das Wagnis potentiell ängstiger Bindungserfahrungen einzugehen. Angst ist eine zentrale, unseren Schutz organisierende Kraft. Komplexe, auf der Verhaltensebene uneinheitlich wirkende Bindungsmuster stellen organisierte, hochadaptive Umgangsweisen mit Gefahr dar. Vermutlich entstammt es unserem westlich-christlich geprägten Wunsch, allen Frieden auf Erden und eine „sichere Bindung“ zu wünschen. Leider bietet das Leben viel mehr Gefahren, als es uns recht sein kann. Besonders unangenehm und schwer aushaltbar wird es für uns, wenn wir feststellen müssen, dass auch in unserem friedlichen Sozialstaat (lebens-)bedrohliche Eltern-Kind-Beziehungen existieren (siehe den tragischen Fall Kevin K., 2006). Rufe nach Kontrolle und neue Normen sind die Folgen: Konzepte von Richtig und Falsch, Gut und Böse müssen neu geordnet werden. Neue Schubladen, Diagnosen und Gesetze müssen her. Normierungen aber verstellen den Blick für ein interessiertes Verstehen (nicht zu verwechseln mit Verständnis im Sinne von Entschuldigen!). Aus Sicht der Autoren beinhalten Konzepte von „Desorganisation“ und „Bindungsstörungen“ das Potential, „blind“ für die inneren Welten unserer Patienten zu werden. Für uns Fremdes wird in Kategorien sortiert, die uns beruhigen können. Der Versuch, Sicherheit in der Aus- und Abgrenzung zu suchen, stellt ein über zahlreiche Kulturen und Jahrhunderte hinweg existierendes und sehr aktuelles Prinzip dar. Die historische Evidenz, dass „chronifizierende Des-Integration“ langfristig schädlich und gefährlich ist, wird in unseren Erfahrungen im Umgang mit für uns schwierigen Klienten/Kulturen nicht ausreichend berücksichtigt. Die Bindungstheorie (insbesondere aus der DMM-Perspektive) eröffnet die Möglichkeit eines interessierten Zugangs, dessen Ziel das Verstehen der kontextspezifischen Gefahren und der sich darin entwickelnden selbstprotektiven Bindungsmuster sein könnte. Diese relationale Perspektive kann dabei helfen, Intervention und Psychotherapie konstruktiv zu konzipieren.

■ Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.G. & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Allen, J.P., Hauser, S.T. & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 254-263.
- Armsden, G., McCanley, E., Greenberg, M., Burke, P. & Mitchell, J. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 683-697.
- Beebe, B., Lachmann, F.M. (2004). *Säuglingsforschung und Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bender, D.S., Farber, B.A. & Geller, J.D. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 29, 551-563.
- Berenbaum, H. & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 353-359.
- Besser, A. & Priel, B. (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 516-576.
- Bettman, J.E. (2006). Using attachment theory to understand the treatment of depression in adulthood. *Clinical Social Work Journal*, 34, 531-542.
- Bogaerts, S., Vanheule, S. & Desmet, M. (2006). Personality disorders and romantic adult attachment: A comparison of secure and insecure attached child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 139-147.
- Bowlby, J. (1981). Psychoanalysis as a natural science. *International Review of Psychoanalysis*, 8, 243-256.
- Bowlby, J. (1984). *Bindung, eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Bowlby, J. (1987). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Basic Books.
- Bromberg, P.M. (1998). *Standing in the spaces*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Cole-Detke, H., Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- Crittenden, P.M. (1999-2008). *Patterns of attachment in adulthood: A dynamic-maturation approach to analyzing the Adult Attachment Interview*. Miami, FL, USA. Unpublished manuscript.
- Crittenden, P.M. (2000). A dynamic-maturational model of the function, development, and organization of human relationships. In R.S.L. Mills & S. Duck (Eds.), *Developmental Psychology of Personal Relationships* (pp. 199-218). Chichester, UK: Wiley.
- Crittenden, P.M. (2005). *Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung*. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 99-106.
- Crittenden, P.M. (2007). *CARE-Index. Infants. Coding Manual*. Miami, FL, USA. Unpublished manuscript.
- Crittenden, P.M. (2008). *Raising parents. Attachment, parenting and child safety*. Cullompton: Willan.
- Crittenden, P.M. & Newman, L. (2010, im Druck). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.
- Cynthia, S. (2005). Some clinical applications of attachment theory in adult psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 33, 55-68.
- Damasio, A.R. (1997). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München, Leipzig: List.
- Davila, J. & Levy, K.N. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 989-993.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10,

- 421-434.
- Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline-states: the predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ, London: The Analytic Press.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Deborah, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Carretta, I., Leonardi, B., Mirabelli, S. & Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: A multivariate study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 30-37.
- Goldfried, M. R. & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 421-430.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Heard, D.H. & Lake, B. (1986). The Attachment Dynamic in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 149, 430-438.
- Hesse, E. (1996). Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.
- Hesse, E. & Van Ijzendoorn, M, H. (1999). Propensities toward absorption are related to lapses in the monitoring of reasoning or discourse during the adult attachment interview: A preliminary investigation. *Attachment and Human Development*, 1, 67-91.
- Holmes, J. (1997). Too early, too late: Endings in psychotherapy- an attachment perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14, 159-171.
- Howell, E.F. (2005). *The dissociative mind*. New York: The Analytic Press.
- Köhler, L. (1998). Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche*, 52, 369-397.
- Kraemer, S. & Loader P. (1995). "Passing through life": Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.
- Lambruschi, F. (2008). Characteristics of therapists that promote successful therapy. Vortrag im Rahmen der 1. Konferenz der International Association for the Study of Attachment (IASA), Bertinoro, Italien.
- Landi, D. (2009). Briefing Paper: Patricia Crittenden's Dynamic Maturational Model of Attachment (DMM). In J. Schwartz & K. White (Eds.), *Attachment. New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis* (Vol. 3, No. 2, pp. 206-214). London, UK: Karnac Books.
- Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R. & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: Implications for alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics*, 73, 366-374.
- Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C., Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interactions patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M. & Fosshage, J.L. (1996). *The Clinical Exchange. Techniques Derived from Self and Motivational Systems*. London: The Analytic Press.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- Luminet, O., Vermeulen, N., Demaret, C., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*, 40, 713-733.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 32-40.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 883-912.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984-1994). *Adult attachment scoring and classification system*. University of California at Berkeley. Unpublished manuscript.
- Mallinckrodt, B. & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, interpersonal problems, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 358-367.
- Mallinckrodt, B., King, J.L. & Coble, H.M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 497-504.
- Mallinckrodt, B., Porter, M.J. & Kivlighan, D.M. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 85-100.
- Meins, E., Harris-Waller, J. & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45, 146-152.
- Mohr, J.J., Gelso, C.J. & Hill, C.E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 298-309.
- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., Kinzel, J., Wilfried Biebl, W. & Richter, R. (2000). *Bindung und Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 45, 223-229.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L. & Westen, D. (2002). Relation-

- ship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1111-1123.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Developmental Psychopathology*, 9, 855-879.
- Parish, M. & Eagle, M.N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 271-286.
- Patrick, M., Hobson, R., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development Psychopathology*, 6, 375-388.
- Riggs, S., Paulson, A., Tunnel, E., Sahl, G., Atkison, H. & Ross, C. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus adult attachment interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291.
- Romano, V., Fitzpatrick, M. & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 495-504.
- Rosenstein, D.S. & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420.
- Sachse, J. & Strauß, B. (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, 134-140.
- Sandler, S. (2007). The reunion process: A new focus in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 121-136.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J. & Montague, P.R. (2009). Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology*, 34, 2655-2666.
- Strauß, B. & Schwark, B. (2007). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie „Ten years later“. *Psychotherapeut*, 52, 405-425. nachsehen
- Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Thompson, R.A. & Raikes, A.R. (2003). Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 15, 691-718.
- Travis, L.A., Binder, J.L., Bliwise, N.G. & Horne-Moyer, H.L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 149-159.
- Troisi, A.D., Argenio, A., Peracchio, F. & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311-316.
- Tyrrell, C.L., Dozier, M., Teague, G.B. & Fallot, R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.
- Valera, E.M. & Berenbaum, H. (2001). A twin study of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 239-246.
- Wearden, A., Cook, L. & Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 341-347.
- Wearden, A.J., Lambertson, N., Crook, N. & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 279-288.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-49.
- Winnicott, D.W. (1960). Ich-Verzerrung in der Form des wahren und des falschen Selbst. In D.W. Winnicott (Hrsg.), *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.

■ Korrespondenzadressen

Prof. Dr. W. E. Milch

Psychosomatische Klinik
 Universitäts-Klinikum Giessen und Marburg
 Friedrichstr. 33 | 35392 Giessen
 Wolfgang.Milch@psycho.med.uni-giessen.de

Nicola Sahhar

Kleinstr. 24
 40597 Düsseldorf
 nsahhar@mac.com