

**Bernhard Strauß****BINDUNG, BINDUNGSREPRÄSENTANZ UND PSYCHOTHERAPIE\*****Attachment, attachment representation and Psychotherapy****Zusammenfassung**

Als eine mögliche theoretische und empirische Basis für die interaktionelle Methode wird in diesem Beitrag die von J. Bowlby konzipierte Bindungstheorie skizziert. Aufbauend auf einigen Grundprinzipien der Theorie werden deren wesentliche Forschungsparadigmen (Fremde Situation und Erwachsenenbindungsinterviews) beschrieben, aus denen sich Charakteristika verschiedener Bindungsstile ableiten lassen. Die Bindungsforschung gibt deutliche Hinweise auf eine transgenerationale Übertragung von Bindungsmustern, die für das Verständnis und die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung wichtig ist. Modelle zur Erklärung der transgenerationalen Übertragung werden beschrieben, wobei dem Konzept der Metakognition eine besondere Bedeutung zukommt. Von Befunden der Bindungsforschung lassen sich Hinweise auf die differenzierte Anwendung therapeutischer Strategien ableiten, wie sie in allgemeiner Form bereits von Bowlby formuliert wurden.

**Schlüsselwörter**

Bindung – Bindungsforschung – Transgenerationale Übertragung – Metakognition – Therapeutische Beziehung

**Summary**

As a potential theoretical and empirical basis for the interactional method of psychotherapy, attachment theory is described which has been conceptualized by John Bowlby. Based upon some fundamentals of the theory, their crucial research paradigms are described (strange situation, adult attachment interviews) from which different attachment patterns can be derived. Attachment research indicates a transgenerational transmission of attachment styles that might be important for an understanding and a conceptualization of the therapeutic alliance. Models for the explanation of the transgenerational transmission are described, emphasizing the concept of metacognition. Results from attachment research could lead to a differential application of therapeutic strategies that have already been formulated by Bowlby on a more general level.

**Keywords**

Attachment – attachment research – transgenerational transmission – metacognition – therapeutic alliance

**Einleitung**

Die von John Bowlby in den 60er Jahren formulierte Theorie der Bindung erlebt derzeit in der Psychotherapie eine erstaunliche Renaissance. Der Urheber der Theorie hätte sich darüber sicher gefreut, war er doch zwei Jahre vor seinem Tod (im Jahr 1990) noch sehr betrübt darüber, dass seine Theorie gerade bei Klinikern so wenig Resonanz fand:

„Obwohl die Bindungstheorie von einem Kliniker zur Anwendung bei der Diagnostik und Behandlung emotional gestörter Patienten und Familien formuliert wurde, benutzte man sie bisher überwiegend dazu, die entwicklungspsychologische Forschung voranzutreiben. Ich bin zwar der Meinung, daß die Befunde dieser Forschung unser Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung und der Psychopathologie enorm erweitert haben, weshalb sie auch von größter klinischer Relevanz ist, dennoch ist es enttäuschend, daß Kliniker bisher so zögerlich waren, die Anwendung der Theorie zu prüfen“ (Bowlby, 1988, S. 9).

Die Bindungstheorie bietet ein entwicklungspsychologisches Modell für die Entstehung von Beziehungen und von inne-

ren Repräsentanzen, wie sie theoretisch in unterschiedlichsten Richtungen der Psychotherapie, einschließlich der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (Heigl-Evers und Ott, 1994), eine große Rolle spielen. Aufgrund der Tatsache, dass Vertreter der akademischen Psychologie die Theorie dankbar aufnahmen und einer strengen empirischen Überprüfung unterzogen, verfügen wir heute über eine Fülle an Befunden, die unmittelbar relevant sein könnten für die therapeutische Situation und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (vgl. Cassidy und Shaver, 1999). Deren Bedeutung als zentrales Agens jeder psychotherapeutischen Behandlung ist unumstritten: „Die Menge der Befunde muss als deutlicher Beweis für die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung gesehen werden.“ Mit diesen Worten fassen Orlinsky et al. (1994) das Ergebnis zusammen, wonach von 1025 Einzelbefunden mit 18 verschiedenen Operationalisierungen der therapeutischen Beziehung die große Mehrzahl positiv mit dem Behandlungsergebnis in Beziehung stand. Obwohl die zentrale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung von Therapeut und

\*Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten anlässlich der 49. Lindauer Psychotherapiewochen im Rahmen der Vorlesung „Interaktion in der Psychotherapie“

Patient für den Therapieerfolg somit als die empirisch bestgestützte Aussage in der Psychotherapieforschung gelten kann, wird das Konzept bisweilen sehr unscharf bzw. ausschließlich im Sinne einer „als zufriedenstellend erlebten Beziehung“ aufgefasst.

Eine von Bordin (1976) vorgeschlagene, genauere Definition besagt, dass die therapeutische Allianz/Arbeitsbeziehung unterschiedliche Bestandteile aufweist, nämlich die konkreten Schritte oder Aufgaben in der Behandlung („tasks“), die von den Beteiligten verantwortungsvoll übernommen und akzeptiert werden sollten, die Ziele der Behandlung („goals“) in dem Sinne, dass Therapeut und Patient sich darüber im Klaren und einig sein sollten, welche Ziele realistischerweise zu erreichen sind und schließlich die Bindungen („bonds“), mit denen alle komplex verwobenen Aspekte der Beziehung zwischen Therapeut und Patient bezeichnet werden.

Mittlerweile gibt es weitere Differenzierungen des Konzeptes einer guten therapeutischen Beziehung mit spezifischen Annahmen über die Qualität des affektiven Austausches (z.B. Krause, 1998, 1999), die „Zweiseitigkeit“ und damit auch die Bedeutung von Beziehungsmerkmalen auf Seiten der Therapeuten. Nicht zuletzt durch eine Spezifikation der erwähnten Bindungen („bonds“) lockt die Bindungstheorie mehr und mehr Psychotherapeuten, sich mit ihr zu beschäftigen. Es soll hier zunächst ein kurzer Abriss der zentralen Postulate des bindungstheoretischen Modells und einiger Befunde aus der Bindungsforschung erfolgen, von denen aus einige Parallelen und Verbindungen zu Konzepten und Konstrukten der interaktionellen Psychotherapie herzustellen sind, wie sie in den anderen Beiträgen diskutiert werden. Schließlich werden unter Bezugnahme auf John Bowlbys Ausführungen einige Grundprinzipien der Umsetzung bindungstheoretischen Wissens in der psychotherapeutischen Praxis resümiert.

## **Grundannahmen der Bindungstheorie**

Die knappste Formulierung der Grundkonzeption der Bindungstheorie durch Bowlby (1988, Übs. des Autors) lautet:

„Von der Wiege bis zur Bahre fühlen wir uns alle am glücklichsten, wenn unser Leben als eine Reihe von Exkursionen organisiert ist, die kürzer oder länger dauern und von einer sicheren Basis ausgehen, die von unseren Bindungspersonen bereit gestellt wird.“

Etwas differenzierter lassen sich die Grundannahmen der Theorie folgendermaßen formulieren:

1. Erfahrung der Präsenz einer primären Bindungsperson schützt vor Angstentwicklung.
2. Beziehung zur Bindungsperson ist durch Suche nach Nähe gekennzeichnet, welche durch Trennung, später auch Bedrohung, Krankheit oder Erschöpfung aktiviert wird. Das Bindungsverhaltenssystem steht in einem Antagonismus zum System des Explorationsverhaltens. Ist das eine System aktiviert, kann das andere nicht gleichzeitig aktiv sein (was für das Verständnis der therapeutischen Beziehung möglicherweise essenziell ist).

3. Vertrauen in die Zuverlässigkeit/Verfügbarkeit der Bindungsperson entwickelt sich im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und prägt die Bildung eines inneren Arbeitsmodells („inner working model“, IWM). (Dieses Konstrukt spielt heute in fast allen Therapierichtungen - wenn auch mit anderen Bezeichnungen - eine Rolle, in psychoanalytischen Theorien würde man das IWM als Repräsentanz auffassen, in kognitiven Theorien als Schema, in humanistischen Therapietheorien etwa als Skript oder Konzept; das Konstrukt entspricht im Wesentlichen auch Sterns [1994] Modell der „RIGs“, i.e. „representations of interactions that have been generalized“.)
4. Vielgestaltige Erfahrungen bezüglich der Zuverlässigkeit und Empfänglichkeit der Bindungsperson sind ziemlich genaue Spiegelungen der tatsächlichen Erfahrungen. Die wiederholten realen Erfahrungen formen das - wie Stern (1994) es bezeichnet - „Schema des Miteinanders“.

Die Grundannahmen seiner Theorie formulierte Bowlby aus der klinischen Praxis, gestützt auf tierexperimentelle Befunde zum Kontaktverhalten, wie beispielsweise die berühmten Experimente Harry Harlows, und basierend auf der Überlegung, dass die Psychoanalyse der Nachkriegszeit sich zu sehr mit den kindlichen Phantasien und zu wenig mit tatsächlichen Ereignissen, wie beispielsweise Verlusten und Trennungen in Familien beschäftigte. Durch Untersuchungen über die Folgen mütterlicher Deprivation bei Heimkindern auf die Entwicklung der Persönlichkeit und durch das Studium antisozialer Jugendlicher kam Bowlby zu der Auffassung, dass bei Unterbrechungen der Bindungsbeziehung häufig mit psychopathologischen Auffälligkeiten zu rechnen sei. Diese Beobachtungen sind unter Bezugnahme auf Konzepte und Modelle der Verhaltensforschung, der frühen Systemtheorie und der Psychoanalyse niedergelegt in der zwischen 1969 und 1980 von Bowlby verfassten Trilogie „Bindung“ - „Trennung“ - „Verlust, Trauer und Depression“.

Bowlby war primär Kliniker und Theoretiker. Es ist seiner Schülerin, der Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth, zu verdanken, dass die Theorie mittlerweile vielfach und vielfältig empirisch überprüft wurde, wobei die Bindungsforschung sich letztendlich in zwei, bisher nur partiell miteinander verknüpfte Richtungen differenzieren lässt, nämlich eine auf Kleinkinder und deren Interaktion bezogene Forschung und die Erwachsenenbindungsforschung, die für die Praxis der Psychotherapie besonders relevant erscheint.

## **Paradigmen der Bindungsforschung**

Das grundlegende Forschungsparadigma der Bindungsforschung bei Kleinkindern ist die so genannte Fremde Situation (auch Fremde-Situation-Test), die von Ainsworth und Mitarbeitern Ende der 60er Jahre entwickelt wurde. In dieser standardisierten „Versuchsanordnung“ werden Mutter und Kind mehrfach getrennt und wieder vereinigt. Die Situation der Trennung soll der Theorie zufolge das Bindungsverhaltenssystem zu Ungunsten des Explorationsverhaltens beim Kleinkind aktivieren. Wesentliches Ziel der Anordnung ist die Beschreibung des beobachtbaren Verhaltens der Kinder (die i. d.

R. zwischen 12 und 18 Monate alt sind) in der Situation der Wiedervereinigung. Mary Ainsworth und nach ihr zahlreichen anderen Arbeitsgruppen gelang es, mit Hilfe dieser Versuchsanordnungen vier Muster von Bindungsverhalten zu differenzieren (vgl. Tab. 1), nämlich die sichere Bindung, die unsicher vermeidende, die unsicher ambivalente und die unsicher desorganisierte Bindung.

Verbunden mit der Frage nach einer möglichen Entsprechung von Bindungsstilen auf Seiten der primären Bezugsperson der Kinder, wurde von Mary Main und Mitarbeitern in den 80er Jahren der Versuch unternommen, einen Zugang zu dem von Bowlby als inneres Arbeitsmodell („inner working model“) bezeichneten Komplex, also den Repräsentanzen der Bindungserfahrungen, zu finden.

Der bis heute als Goldstandard auf diesem Weg geltende Ansatz ist das so genannte Erwachsenenbindungsinterview (AAI), ein halb-strukturiertes Interview, in dem die aktuelle Repräsentation von Bindungserfahrungen auf der Basis von Erzählungen der Interviewten erschlossen wird. Bei der Bewertung des Interviews ist weniger der Inhalt der Geschichte relevant als die Art und Weise, wie über Beziehungserfahrungen berichtet wird. Hier wiederum ist das Ausmaß der Kohärenz im linguistischen Sinne von wesentlicher Bedeutung. Tab. 1 fasst sehr verkürzt jeweils die Hauptcharakteristika kindlicher Bindungsstile (erhoben in der Fremden Situation) und ihrer Analoga bei Erwachsenen (erfasst über das AAI) zusammen.

Tab. 1: Charakteristika verschiedener Bindungsstile bei Kindern und entsprechende Muster bei Erwachsenen

KIND	ERWACHSENE(R)
<p><b>SICHER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kann positive und negative Gefühle zeigen</li> <li>• durch Trennung gestresst, zeigt Stress</li> <li>• aktive Begrüßung bei Wiedervereinigung</li> <li>• kann beruhigt werden</li> <li>• wendet sich nach Beruhigung dem Spiel zu</li> </ul>	<p><b>AUTONOM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• offene, kohärente und konsistente Erzählungen</li> <li>• Fähigkeit zur Reflexion</li> <li>• Integration guter und schlechter Erfahrungen und entsprechender Gefühle</li> <li>• eher positive Sicht des Selbst und anderer</li> <li>• Vertrauen zu Bezugspersonen</li> <li>• Achtung von Bindung</li> </ul>
<p><b>UNSIICHER-VERMEIDEND</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• umgeht schmerzvolle Zurückweisung durch Vermeidung</li> <li>• zeigt keine offenen Anzeichen von Stress</li> <li>• ignoriert Bindungsperson bei Wiedervereinigung</li> <li>• Aufmerksamkeit stark auf Exploration gerichtet</li> </ul>	<p><b>UNSIICHER-DISTANZIERT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angaben sind kurz, inkohärent und unvollständig</li> <li>• manchmal Idealisierung der Kindheit</li> <li>• Erinnerungslücken</li> <li>• Affektarmut, Überregulation des Affekts</li> <li>• Bemühen um Unabhängigkeit</li> <li>• negative Sicht Anderer</li> <li>• Abwertung von Bindungen</li> </ul>
<p><b>UNSIICHER-AMBIVALENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeigt ausgeprägte Affekte, wie Angst, Wut</li> <li>• ist stark gestresst und schlecht zu beruhigen</li> <li>• Suche nach Kontakt und Nähe bei gleichzeitiger Abwendung von der Bindungsfigur</li> <li>• Aufmerksamkeit stark auf Bindung gerichtet</li> </ul>	<p><b>VERSTRICKT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inkonsistente Darstellung von Beziehungserfahrungen (ungeordnet, strukturlos, endlos, irrelevant, verwirrend)</li> <li>• überflutet von Erinnerungen, in problematische Geschichte verstrickt</li> <li>• affektreiche Selbstdarstellung, Unterregulation des Affekts</li> <li>• starke Betonung von Beziehungserfahrungen</li> </ul>
<p><b>DESORGANISIERT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeigt unvereinbare Verhaltensweisen, Phasen von Starrheit, Angst gegenüber Elternteil</li> <li>• verfügt bei Trennung über keine Verarbeitungsstrategie</li> <li>• kann weder Nähe herstellen noch Ablenkung suchen</li> </ul>	<p><b>UNVERARBEITETES TRAUMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzählungen von nicht verarbeiteten traumatischen Erlebnissen auf verwirrte und desorganisierte Weise</li> <li>• „Fehler“ in Beschreibungen</li> <li>• „Brüche“ im Affekt</li> <li>• Sprachliche Abweichungen vom Gesamteindruck (Inkohärenzen, fehlerhafte Sprache, gekünsteltes Sprechen, irrationale Zusammenhänge) als Indikatoren für das Eindringen dissoziierter Gedächtnisinhalte</li> </ul>

(in Anlehnung an Strauß und Schmidt, 1997; Buchheim et al., 1998)

Das Erwachsenenbindungsinterview legt also – wie aus Tab. 1 hervorgeht – relativ wenig Wert auf die Einschätzung des tatsächlichen Verhaltens, sondern auf die Organisation von Erinnerungen. Umgekehrt ist aber anzunehmen, dass bindungsbezogenes Verhalten bei ähnlicher Organisation der Arbeitsmodelle verschiedene Ausformungen annehmen kann, wie dies beispielsweise aus der Sicht der interpersonellen Theorie von Benjamin (1996) dargelegt wird. Benjamin geht davon aus, dass die Bildung von Repräsentanzen über “Kopierprozesse” erfolgt, die sich unterschiedlich beschreiben lassen. So kann die Kopie in einer “Übernahme” erlebter Interaktionsformen erfolgen (im Sinne von Identifikation), in einer Wiederholung dieser Formen (Rekapitulation) oder in deren Verinnerlichung (Person X verhält sich selbst gegenüber so, wie es wichtige Bezugspersonen üblicherweise taten; Introjektion). Es ist somit davon auszugehen, dass das Verhalten Erwachsener kein ausreichender Indikator für die Organisation der inneren Arbeitsmodelle darstellt, umgekehrt diese Organisation nur bedingt eine Vorhersage des Bindungs- und Beziehungsverhaltens zulässt. In Zukunft ist demnach zu überlegen, ob das Paradigma des AAI ausreicht, um Bindungsorganisation bei Erwachsenen, insbesondere in klinischen Gruppen, adäquat abzubilden, oder ob nicht andere Methoden, die eine größere Differenzierung vornehmen, das AAI ergänzen sollten. Ein Beispiel hierfür wäre das Erwachsenenbindungs-Prototypen-Rating (EBPR), das ausführlich bei Strauß et al. (1999) beschrieben ist.

Die Gegenüberstellung kindlicher und erwachsener Bindungsstile ist auch vor dem Hintergrund des Befundes sinnvoll, dass die Bindungsrepräsentanzen Erwachsener (primär der Mütter) in hohem Maße mit den Bindungsstilen der Kleinkinder übereinstimmen. Einer im Jahr 1995 veröffentlichten Metaanalyse (van Ijzendoorn, 1995) zufolge lagen bis dahin 18 Untersuchungen vor, in denen dieser Zusammenhang überprüft wurde. Die Übereinstimmung der Bindungskategorien “sicher” bzw. “unsicher” zwischen Eltern und Kindern lag danach bei ca. 75 Prozent. Diese Übereinstimmung wurde auch in prospektiven Untersuchungen etwa von Fonagy und anderen bestätigt, die aufgrund der während der Schwangerschaft erfassten Bindungsrepräsentation der Mutter mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit die zukünftige Bindungsqualität des Kindes, wie sie in der fremden Situation im Alter von einem Jahr bestimmt wurde, vorherzusagen vermochten.

### **Transgenerationale Übertragung von Bindung**

Es gibt also so etwas wie eine - im Kindesalter erstaunlich deutliche - transgenerationale Übertragung von Bindung, deren Hintergründe bislang allerdings nur partiell erklärt sind. Diese Übertragung und die Hinweise darauf, dass Aspekte der Interaktion die inneren Arbeitsmodelle maßgeblich und spezifisch formen, stellen einen Befund dar, der für das Verständnis der therapeutischen Interaktion von grundlegender Bedeutung ist. Es ist deshalb wichtig, die Übertragungswege der elterlichen aus den kindlichen Bindungsorganisationen zu erklären, um daraus klinische Konsequenzen abzuleiten.

Ein wichtiger Faktor, der aber letztlich nur etwa 12 % der Gesamtvarianz erklärt, ist die so genannte Feinfühligkeit der Bezugsperson. Diese Feinfühligkeit wurde lange als die Hauptgrundlage für eine sichere Bindung des Kindes betrachtet. Nach Ainsworth et al. (1978) äußert sich die Feinfühligkeit im Wesentlichen in vier Merkmalen, nämlich

- der Fähigkeit, die Verhaltensweisen des Säuglings überhaupt wahrzunehmen und
- diese richtig zu interpretieren aus der Lage des Säuglings,
- der prompten Reaktion, damit es dem Säugling möglich wird, eigenes Verhalten mit den Wirkungen der mütterlichen Reaktion zu verknüpfen und somit ein Gefühl eigener Effektivität zu entwickeln,
- sowie der Angemessenheit der Reaktion, also ein entwicklungsgemäßes Eingehen auf das, was der Säugling verlangt.

Es liegt nahe, ein Analogon der mütterlichen Feinfühligkeit, eine therapeutische Feinfühligkeit, zu konstruieren, die durch ähnliche Merkmale charakterisiert ist und die - zumindest partiell - auch die Qualität der therapeutischen Allianz und die Möglichkeit der Entwicklung sicherer Anteile innerer Arbeitsmodelle von Bindungen bieten kann. Köhler (1998) sieht dieses Analogon im Konzept der Empathie im Sinne Kohuts. Brisch (1999) argumentiert, dass Feinfühligkeit mehr als Empathie sei, nicht nur eine intrapsychische Funktion, sondern auch bezogen auf die Handlungsebene bzw. Handlungen, die aus einer empathischen Wahrnehmung und Verarbeitung resultieren.

Befunde der Säuglingsforschung und der Psychotherapieforschung legen nahe, dass neben der Empathie eine Reihe spezifischer interaktioneller Merkmale eine “gute” therapeutische Beziehung charakterisiert. Zu erwähnen sind die Befunde der Affektpsychologie (Krause, 1998, 1999), denen zufolge erfolgreiche Therapeut(inn)en in der Lage sind, Beziehungsangebote wahrzunehmen, sie innerlich als fremd-induziert zu erkennen und auf diese Angebote – sichtbar über den mimischen Ausdruck – keine “erzwungene” Antwort zu geben, wie dies in weniger erfolgreichen Therapien der Fall ist, wo Therapeut(inn)en auf die Beziehungsangebote eher wie empathische Laien reagieren.

“Es sieht so aus, als zeige der Therapeut diejenigen Affekte, die dem Patienten in den erzählten Episoden fehlten und wohl auch durch seine Geschichte abhanden gekommen sind. Das Verstehen wäre solchermaßen an das Wiedererleben der fehlenden Affekte zuerst beim Therapeuten gebunden” (Krause, 1998, S. 101).

Den Befunden der Arbeitsgruppe um Krause zufolge lässt sich also die Qualität der therapeutischen Beziehung auf einer Verhaltensebene differenzieren. Das Verhalten, der mimisch-affektive Ausdruck, ist dabei mit hoher Wahrscheinlichkeit das Resultat zentraler Steuerungsmechanismen, bei denen die inneren Arbeitsmodelle von Bindung auf Seiten der Therapeut(inn)en einen möglicherweise wichtigen Einfluss ausüben.

Zu Bindungsstilen und –qualitäten bei Therapeut(inn)en liegen bislang noch wenig empirische Studien vor. In einer Arbeit von Dozier et al. (1994) wird beschrieben, dass insbesondere unsicher gebundene Therapeut(inn)en anfälliger seien für unreflektierte Gegenübertragungsreaktionen, speziell im Umgang mit Abhängigkeitswünschen. In der Arbeitsgruppe von Pilkonis wurde unter Verwendung des erwähnten Prototypen-Ratings von Stuart (unveröffentl.) konstatiert, dass bindungsunsichere Therapeuten insgesamt gesehen mehr Therapieabbrüche produzierten. Außerdem stellte Stuart fest, dass Patient(inn)en mit der Behandlung durch eher unsicher gebundene Therapeuten deutlich unzufriedener waren.

In eine ähnliche Richtung wie die oben skizzierten affekt-psychologischen Befunde weisen Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung, die sich auf die Analyse des Interaktionsverhaltens mit der strukturalen Analyse des sozialen Verhalten (SASB) stützen. Zu nennen sind hier beispielhaft die Studien der Arbeitsgruppe um Strupp an der Vanderbilt-Universität (s. z.B. Strupp, 2000). Anhand der Daten des sog. "Vanderbilt-I-Projektes", in dem die "Effektivität" ausgebildeter Psychotherapeuten mit der von empathischen Laien verglichen wurde, zeigte sich zunächst überraschend kein Unterschied. Dieses globale Ergebnis wurde von Psychotherapiekritikern dankbar aufgenommen, um die Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen grundsätzlich in Frage zu stellen (z.B. Dawes, 1994). Nach der Überwindung der ersten Schocks über das Gesamtergebnis, gingen die Autoren daran, die untersuchten "Behandlungen" mikroanalytisch zu überprüfen und fanden heraus, dass die guten Therapeuten am besten in der Lage waren, mit negativen Affekten der Patienten umzugehen. Auch professionelle Psychotherapeuten reagierten häufig negativ und anti-therapeutisch auf Feindseligkeiten der Patienten, was den Gesamteffekt mit erklären kann (vgl. Strupp, 1998).

### **Die Bedeutung der Metakognition und des reflexiven Selbst**

In jüngster Zeit wird die klinische Bindungsforschung bestimmt durch Arbeiten, die sich mit dem Konzept der Metakognition, speziell mit einer Verknüpfung von Bindungsmustern bei Kindern und der Qualität der Metakognition der Mütter, also ihrer Fähigkeit, die repräsentationale Natur des Denkens zu erkennen, befassen.

Zu dieser Metakognition sind Kinder anfangs nicht in der Lage, sie können also zunächst nicht differenzieren zwischen realen Erfahrungen und einer Unterscheidung zwischen der Erfahrung und einem dahinter stehenden mentalen Zustand. Es dauert beispielsweise, bis Kinder in der Lage sind, Zurückweisungen nicht auf sich, sondern auf den emotionalen Zustand der Bezugsperson zurückzuführen. Wenn die Kinder diese Fähigkeit erworben haben (was keineswegs unbedingt der Fall sein muss), können sie sich besser schützen vor narzisstischen Kränkungen. Main (1991) nimmt nun an, dass jene psychischen Prozesse, die zu der Einsicht führen, dass die eigene

Person und andere von mentalen Befindlichkeiten motiviert seien, eine Entwicklungsleistung darstellt, die nur auf der Grundlage einer sicheren Bindungsbeziehung möglich ist.

Von Fonagy (1998) stammt der Versuch, das Konstrukt der Metakognition zu operationalisieren und zu untersuchen, wie die Bindungsfähigkeit von Kindern durch die Metakognition der Bindungsperson beeinflusst wird. Mit der Skala des reflexiven Selbst („reflective self-scale“, RSS), die im Kontext des Erwachsenenbindungsinterviews benutzt wird, soll das Ausmaß erfasst werden, inwieweit nicht nur die Repräsentanzen des eigenen Befindens, sondern auch die anderer Personen klar und strukturiert sind. Die Skala erfasst folgende Kategorien (vgl. Fonagy, 1998):

1. Spezielle Erwähnung mentalen Befindens
2. Einfühlungsvermögen in die Merkmale mentalen Befindens
3. Einfühlungsvermögen in die Komplexität und Unterschiedlichkeit mentalen Befindens
4. Spezielle Bemühungen, beobachtbares Verhalten mit mentalem Befinden zu verknüpfen
5. Anerkennung der Veränderungsmöglichkeit mentalen Befindens und des entsprechenden Verhaltens

Es gibt mittlerweile eine Reihe empirischer Befunde, die auf Ergebnissen mit der RSS basieren. So konnte gezeigt werden, dass Väter und Mütter mit hohen Werten in der Skala drei- bis viermal so häufig sicher gebundene Kinder haben als Eltern mit niedrigen Werten. Eine eingeschränkte Selbstreflexivität findet sich bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere in Verbindung mit antisozialen Zügen und mit Missbrauchserfahrungen. Die Fähigkeit zur Metakognition scheint also besonders wichtig im Kontext traumatischer Erfahrungen. Fonagy (1998) beschreibt die Ergebnisse einer Studie bei 27 Müttern, die im Laufe ihrer eigenen Entwicklung besonderen Deprivationen und Belastungen ausgesetzt waren. 10 dieser Mütter hatten hohe Werte in der RSS. Alle Kinder dieser Mütter wurden als sicher gebunden klassifiziert. Von 17 Müttern mit niedrigen Werten in der RSS hatte nur eine einzige ein sicher gebundenes Kind. Die Befunde, die eine Verbindung zwischen dissoziativen Störungen auf Elternseite und desorganisierten Bindungsmustern bei Kindern nahe legen, lassen ebenfalls einen Zusammenhang von Bindung und Mentalisierung annehmen (z.B. Liotti et al., 1991).

Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass "die Fähigkeit der Eltern, Geist und Seele des Kindes wahrzunehmen, das generelle Verständnis des Kindes von Geist und Seele fördert. Die Verfügbarkeit einer reflexiven Bezugsperson erhöht die Wahrscheinlichkeit der sicheren Bindung des Kindes, und die wiederum fördert die Entwicklung einer Theorie des Geistes und der Seele. Metakognitive Steuerung bringt einen Aspekt des transgenerationalen Zyklus zum Abschluß" (Fonagy, 1998, S. 365).

Diese Befunde setzen Akzente für das Verständnis der Entwicklung des Selbst und für die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung. Fonagy (1998) weist darauf hin, dass

die traditionelle Psychoanalyse von der Internalisierung des Containing-Objekts ausginge, "nicht von der Internalisierung des denkenden Selbst im Inneren des Containing-Objekts". Die Bindungsforschung lege nahe, dass das Kind im Verhalten der Mutter nicht nur deren Reflexivität wahrnehme, "auf die es schließt, um ihr Verhalten begründen zu können", es nehme "zuvor in der Haltung der Mutter ein Bild seiner selbst als mentalisierendes, wünschendes und glaubendes Selbst wahr".

"Sie denkt mich als denkend,  
und also existiere ich als denkendes Wesen" (S. 366).

## Umsetzung der Bindungstheorie in der Psychotherapie

Das Konzept der Mentalisierung lässt sich als ein Grundkonzept zur Formulierung von Aufgaben der therapeutischen Beziehung verstehen, was im Ansatz bereits Bowlby (1995) vorweggenommen hat. Bowlby selbst hat sich bekanntermaßen sehr wenig geäußert zur Umsetzung bindungstheoretischer Konstrukte im psychotherapeutischen Handeln. In dem Aufsatz "Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung" (1995) formulierte Bowlby fünf Hauptaufgaben des Psychotherapeuten, mit denen er letztendlich auch die unterschiedlichen Bedürfnisse von Patienten in Abhängigkeit von ihrer Beeinträchtigung im Hinblick auf Bindungserfahrungen konzeptualisierte.

1. Der Therapeut muss als sichere Basis fungieren, von der aus der Patient (frühere wie aktuelle) bedrückende und schmerzliche, ihm kognitiv bislang weitgehend unzugängliche Szenen zu hinterfragen vermag, darauf vertrauend, im Therapeuten einen geistig wie seelisch adäquaten Partner gefunden zu haben, der ihn versteht, ermutigt und gelegentlich auch führt.
2. muss der Therapeut den Patienten animieren, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet, welche Gefühlerwartungen beide hegen, mit welchen unbewussten Vorurteilen er an enge Beziehungen herangeht und wie es ihm ein ums andere Mal gelingt, bestimmte Situationen zum eigenen Nachteil zu gestalten.
3. ist der Patient zur Prüfung der therapeutischen Beziehung zu ermuntern, weil dieses besondere Verhältnis all seine von den Selbst- und Elternrepräsentanzen geprägten Wahrnehmungen, Annahmen und Erwartungen widerspiegelt.

Die

4. Aufgabe besteht in der behutsamen Aufforderung, der Patient möge seine aktuellen Wahrnehmungen, Erwartungen, Gefühle und Handlungen mit den ihm aus der Kindheit und Jugend erinnerlichen Erlebnissen bzw. Situationen vergleichen. Bei diesem ebenso schmerzlichen wie schwierigen Prozess muss der Patient in Bezug auf die Eltern immer wieder ihm bislang unvorstellbare, ungebührliche Gedanken und Gefühle zulassen dürfen, die ihn womög-

lich ängstigen, erschrecken, befremden etc. und unerwartet stark agieren lassen.

5. ist dem Patienten die Einsicht zu erleichtern, dass seine den eigenen bitteren Erfahrungen oder den fortgesetzten elterlichen Verzerrungen entstammenden Selbst- und Objektrepräsentanzen vielleicht überholt sind oder von vornherein unzutreffend waren. Hat der Patient Struktur und Entstehungsgeschichte dieser "Leitrepräsentanzen" nachvollzogen, so wird ihm deutlich, welche Gefühle, Gedanken und Handlungen sein heutiges Welt- und Selbstbild geformt haben."

Dieses Schema lässt sich gut verbinden mit den Grundprinzipien einer psychoanalytisch interaktionellen Psychotherapie. Ihm zufolge geht es in der Therapie primär um Vertrauensbildung, welche gewissermaßen die Basis darstellt für eine Exploration von Beziehungen und damit eine Erkundung der Wirklichkeit. Die Vertrauensbildung kommt vor der Realitätsprüfung, vor der Übertragungsanalyse, vor der gezielten Entwicklung selbstreflexiver Fähigkeiten und schließlich vor konkreten Verhaltensänderungen. Je nachdem, wie sehr Patient(inn)en in ihrer Bindungsfähigkeit und -sicherheit beeinträchtigt sind, wären demzufolge psychotherapeutische Maßnahmen zu indizieren, die auf die genannten Schwerpunkte fokussieren.

Ohne dass dies bereits empirisch überprüft wäre, könnte man vermuten, insbesondere unsicher vermeidend gebundene Personen würden von Interventionen profitieren, die ihnen die Erfahrung ermöglichen, dass Unterstützung, Interesse und Hilfe auf angemessene Art und Weise angeboten werden und die ihnen ein Interesse an ihrer Person vermitteln. Des Weiteren sollten Interventionen, die darauf abzielen, Emotionalität zu aktivieren und emotionale Inhalte zum Ausdruck zu bringen, für distanzierte Personen besonders hilfreich sein. Holmes (1996) sprach davon, dass es bei diesen Patienten besonders wichtig ist, psychologische Erfahrungen, Intimität und Sicherheit zu "importieren" und dadurch Wege zu den affektiven Erfahrungen und Erinnerungen des Patienten zu finden.

Demgegenüber müssten für verstrickte Personen Strategien gefunden werden, die in erster Linie strukturieren, wobei sich die Strukturierung sowohl auf Erinnerungen als auch affektive Zustände beziehen muss. Holmes (1998) meint, es ginge bei diesen Patienten primär darum, Wege zu finden, die Konfusion und die Unsicherheiten in den Griff zu bekommen, die mit überwältigenden Gefühlen verbunden sind.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die Zielstellungen therapeutischer Arbeit mit unterschiedlich gebundenen Patienten - hier beispielhaft für die distanziert und verstrickt gebundenen diskutiert - ebenso unterschiedlich sein müssen und dementsprechend auch spezifische therapeutische Maßnahmen erfordern. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode bietet das Repertoire an psychotherapeutischen Interventionen, die den bindungsbezogenen Ausgangsbedingungen gerecht werden können.

## Literatur

- Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S: Patterns of attachment. Hillsdale NJ: Erlbaum, 1978.
- Benjamin LS: Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Guilford, 1996.
- Bordin ES: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract* 1976; 16: 252-260.
- Bowlby J: Bindung. München: Kindler, 1975.
- Bowlby J: Trennung. München: Kindler, 1976.
- Bowlby J: Verlust. Frankfurt: Fischer, 1983.
- Bowlby J: A secure base. London: Basic Books, 1988.
- Bowlby J: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg: Dexter, 1995.
- Brisch K: Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.
- Buchheim A, Brisch K, Kächele H: Einführung in die Bindungstheorie. *PPmP Psychoth Psychosom Med Psychol* 1998; 48: 128-138.
- Cassidy J, Shaver PR: Handbook of attachment. New York: Guilford, 1999.
- Dawes RM: House of cards – Psychology and Psychotherapy Built on Myth. New York: The Free Press, 1994.
- Dozier M, Cue K, Barnett L: Clinicians as caregivers. *J Cons Clin Psychol* 1994; 62: 793-800.
- Fonagy P: Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. *Psyche* 1998; 52: 331-368.
- Heigl-Evers A, Ott J: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1994.
- Holmes J: Attachment, intimacy, and autonomy. New York: Aronson, 1996.
- Köhler L: Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. *Psyche* 1998; 52: 369-382.
- Krause R: Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre I. Stuttgart: Kohlhammer, 1998.
- Krause R: Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre II. Stuttgart: Kohlhammer, 1999.
- Liotti G, Intreccialagli B, Cecere F: Esperienza di lutto nella madre e facilitazione dello sviluppo di disturbi dissociativi nella prole. *Rivist Psichiat* 1991; 26: 283-291.
- Main M: Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular vs. multiple models of attachment. In: Harris P, Stevenson-Hinde J, Parkes C (Eds.): Attachment across the life cycle. New York: Routledge, 1991.
- Orlinsky D, Grawe K, Parks B: Process and outcome of psychotherapy – Noch einmal. In: S Garfield, AE Bergin (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Wiley, 1994.
- Stern D: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Strauß B, Schmidt S: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, 2. *Psychotherapeut* 1997; 42: 1-16.
- Strauß B, Lobo-Drost A, Pilkonis PA: Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen. *Z klin Psychol Psychiat Psychother* 1999; 47: 347-364.
- Strupp HH: The Vanderbilt I study revisited. *Psychother Res* 1998; 8: 17-29.
- Strupp HH: Psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 2000; 45: 1-9.
- Van Ijzendoorn MH: Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the AAI. *Psychol Bull* 1995; 117: 387-403.

### Prof. Dr. Bernhard Strauß

Institut für Medizinische Psychologie  
 Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität  
 Stoistr. 3  
 07740 Jena  
 Fon: 03641 – 936501; Fax: - 936546  
 e-mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de