

DER BEITRAG DER ERKENNTNISSE DER BINDUNGSFORSCHUNG FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE DER ZUKUNFT

THE CONTRIBUTION OF THE FINDINGS OF ATTACHMENT RESEARCH FOR THE PSYCHOTHERAPY OF THE FUTURE

Hans-Peter Hartmann

Zusammenfassung

Ausgehend von Bowlbys fünf Hauptaufgaben eines bindungstheoretisch informierten Psychotherapeuten werden zunächst die Grundannahmen der Bindungstheorie, die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Erwerbs von Bindungsmustern und die Merkmale organisierter und desorganisierter Bindungsmuster beschrieben. Anschließend werden die hieraus entwickelten Erkenntnisse hinsichtlich ihrer psychotherapeutischen Anwendbarkeit untersucht und dargestellt, wie ein bindungstheoretisch orientiertes psychotherapeutisches Vorgehen in der Zukunft aussehen kann. Schließlich werden Hauptcharakteristika einer Integration der Bindungstheorie in die Psychotherapie benannt.

Schlüsselwörter

Bindungsforschung - Bindungsmuster - Bindungstheorie - Psychotherapie

Summary

Starting from Bowlby's five main tasks of an attachment-based psychotherapist the basic assumptions of attachment theory as well as the developmental foundation of the acquisition of patterns of attachment and the characteristics of organized and disorganized patterns of attachment are described. Consecutively the findings which had been developed from here are examined for their psychotherapeutic applicability. It is shown how an attachment-based Psychotherapy could appear in the future. At last the main characteristics of an integration of attachment theory into psychotherapy are named.

Keywords

Attachment research - patterns of attachment - attachment theory - psychotherapy

Einleitung

Im achten Kapitel seines Buches über Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung (S. 130-131) nennt Bowlby (1995) fünf Hauptaufgaben des Therapeuten (Zusammenfassung: H.-P.H):

1. Der Therapeut muss als sichere Basis funktionieren, von der aus der Patient in der Lage ist, Zugang zu seinen schmerzlichen Erfahrungen zu gewinnen, auf den er jederzeit vertrauen kann und von dem er verstanden und ermutigt wird.
2. Der Therapeut muss den Patienten auffordern, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet, welche Gefühle dabei auftauchen und wie es dazu kommt, dass er beziehungsrelevante Situationen zum eigenen Nachteil gestaltet.
3. Der Therapeut soll den Patienten zur Prüfung der therapeutischen Beziehung ermuntern, da in ihr seine Selbst- und Elternrepräsentanzen zu finden sind.
4. Der Therapeut soll den Patienten behutsam auffordern, aktuelle Wahrnehmungen, Erwartungen, Gefühle und

Handlungen mit jenen aus seiner Kindheit und Jugend zu vergleichen mit besonderer Aufmerksamkeit für Wiederholungen.

5. Der Therapeut muss dem Patienten die Einsicht erleichtern, dass seine lebensgeschichtlich geformten Selbst- und Objektivrepräsentanzen überholt sind oder unzutreffend waren. Deren Stimmigkeit und Gültigkeit soll mit Hilfe des Therapeuten an aktuellen Beziehungen überprüft und dann als unvermeidliche Erfahrungsfolge begriffen werden können. Die Ablösung von alten, unbewussten Schemata soll der Therapeut ebenso erleichtern wie die Erschließung neuer affektiv-kognitiver Handlungsschemata.

Diese Grundprinzipien zeichnen einige Linien vor, anhand derer die Bedeutung der Erkenntnisse der Bindungsforschung für die Psychotherapie dargestellt werden sollen. Zunächst werde ich jedoch die Grundannahmen der Bindungstheorie sowie verschiedene Bindungsmuster und die damit zusammenhängenden relevanten Fragen erläutern.

Grundannahmen der Bindungstheorie

Evolutionär ist es bedeutsam, Wahrnehmungen mit emotionaler Bedeutung zu verstehen und damit Entscheidungen darüber treffen zu können, was Aufmerksamkeit verdient, was vermieden werden muss und wem oder was man sich annähern kann. Durch die Fähigkeit, Gefahren zu erkennen und zu wissen, wo man Schutz suchen kann, wird das Überleben gesichert (außerdem natürlich durch Reproduktion). Dies ist eine Grundlage der Bindung zwischen Mutter und Kind. Bindung ist nach Bowlby (1989) ein angeborenes artspezifisches Pflegesystem bei Menschen und auch bei Säugetieren (Bindungsverhaltenssystem), bei dem Mutter und Kind sich gegenseitig über eine Rückkopplungsschleife regulieren. Dieses Pflegesystem besteht aus den bei Eltern und Kind komplementär angelegten Verhaltenssystemen der Bindung und der Pflege/Fürsorge. Der Ausdruck von Kummer und Verlassenheitsangst (Schreien, Rufen) des Säuglings führt zu automatischen Schutzreaktionen der Mutter (Suchen, Zurückholen und Wiedervereinigen), und bei Gefahr sucht der Säugling Trost, Zuwendung und Schutz bei ihr (Bindungsverhalten). Dieser Prozess der Bindungsentwicklung hat bis zum Ende des ersten Lebensjahres bereits eine gewisse Stabilität erreicht, ohne dass hierdurch eine völlige Determination späteren Verhaltens zustande käme. Im Kontext der Bedürfnisse des Kindes und seiner Wünsche nach Aufmerksamkeit und Sicherheit hat sich ein bestimmtes Interaktionsmuster zwischen Kind und primärer Bezugsperson, meist der Mutter, entwickelt. Das Bindungssystem entfaltet seine Wirkung nicht nur auf psychologischer, sondern auch auf biologischer Ebene und kann deshalb auch auf beiden Ebenen - psychologisch über Verhalten und Repräsentation, physiologisch über z.B. Stresshormone und Immunreaktionen - untersucht werden. Zugleich steht das Bindungssystem mit dem Explorationssystem in enger Verbindung. Voraussetzung eines umfassenden Explorationsverhaltens ist ein eindeutiges Sicherheitsgefühl durch Geborgenheit in einer Beziehung zu einer wesentlichen Bezugsperson. Das Bindungssystem ist zwar nur ein Verhaltenssystem unter anderen, ist es aber aktiviert, sind alle anderen Systeme deaktiviert, denn es dient der Überlebenseicherung.

Diese kurze Charakterisierung dessen, was in der Bindungstheorie als Bindung verstanden wird (Überblick bei Dornes, 1998; Grossmann et al., 2003), weist auf eine anthropologische Grundannahme hin, die tiefenpsychologische/psychoanalytische Psychotherapitheorien berücksichtigen müssen, wenn sie die Ergebnisse der Bindungsforschung integrieren wollen. Denn in der Bindungsforschung geht es nicht um die Annahme einer konstitutionellen Unangepasstheit des Menschen als Kerngedanke, wie zum Beispiel in der Freud'schen Psychoanalyse (Dornes, 2003), sondern es wird eine präadaptierte gegenseitige Regulation zwischen Säugling und Umwelt (meist der Mutter) angenommen. Dabei ist diese Gegenseitigkeit dem Alter des Säuglings bzw. Kleinkindes entsprechend durchaus asymmetrisch oder, wie Thomä (2001) es ausdrückt, „eingeschränkt“. Bindungsbedürfnisse sind jedoch im Erwachsenenalter ebenso bedeutsam, und ihr Auftreten ist kein Zeichen von Schwäche oder Regression. Es geht also nicht darum, auf sie im Zuge der Entwicklung zur

reifen Persönlichkeit zu verzichten. Autonomie ist geradezu die Folge sicherer Bindung, die es ermöglicht, kreativ und spielerisch zwischen Exploration und Sicherheitssuche hin und her zu wechseln.

Entwicklung von Bindungsmustern

Die frühe Bindungsentwicklung erlaubt die reliable und valide Unterscheidung bestimmter Bindungsmuster (auf der Verhaltensebene), allerdings nur begrenzte Vorhersagen bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter (auf der Repräsentanzenebene) (Grossmann und Grossmann, 1995; Zimmermann et al., 2000). Die begrenzte Vorhersagemöglichkeit bzw. Diskontinuität (sichere Bindung wird zu unsicherer Bindung und umgekehrt) ist im Wesentlichen Folge des Einflusses von Risikofaktoren vor allem zwischen dem 10.-15. Lebensjahr (Trennung/Scheidung der Eltern; Verlust eines Elternteils; psychische oder körperlich bedrohliche Erkrankung eines Elternteils). Während die Stabilität der Bindungsqualität zwischen 12 und 18 Monaten über 90% und zwischen 1 und 6 Jahren noch ca. 80% beträgt, zeigen Längsschnittuntersuchungen ein uneindeutigeres Bild. Zwei Studien fanden erhebliche Kontinuität von Bindungsmustern zwischen 1 und 16 Jahren (Hamilton, 2000; Waters, 2000), zwei andere nicht (Spangler und Zimmermann, 1999; Zimmermann et al., 2000). Jedoch lassen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Trennungängstlichkeit sechsjähriger Kinder und der Bindungssicherheit junger Erwachsener in ihren Partnerschaften nachweisen (Grossmann und Grossmann, 2000) und erstere steht in hochsignifikantem Zusammenhang mit der Bindungsqualität des einjährigen Kindes, wie sie im Fremde-Situations-Test (FST) erhoben wurde.¹

Zur Erklärung dieser Zusammenhänge bzw. fehlenden Zusammenhänge wird auf die unterschiedliche Gedächtnisspeicherung rekurriert. Das frühe Bindungsverhalten ist nämlich prozedural in Form spezifischer Verhaltensstrategien gegenüber einer Bezugsperson organisiert, die spätere Bindungsrepräsentation jedoch deklarativ und baut auf ersterer auf, ohne diese vollständig abzulösen. Die Bindungsrepräsentation stellt die organisierte Form bindungsrelevanter Erfahrungen und Erinnerungen dar. Sie wird z.B. mit Hilfe des Erwachsenenbindungsinterviews erfasst (s.u.). Wenn zwischen 1 und 16 Jahren keine Kontinuität des Bindungsmusters gefunden wird, so bedeutet das nicht unbedingt, dass keine existiert, sondern nur, dass die jeweils verschiedenen Untersuchungsmethoden unterschiedliche Aspekte desselben Phänomens erfassen (Bindung auf der Verhaltensebene vs. Bindung auf der Repräsentationsebene) und dass zwischen diesen verschiedenen Aspekten nicht immer Kontinuität bestehen muss. Die damit verbundenen methodischen Probleme lasse ich hier

¹ Der FST besteht aus 8 Episoden von je 3 Min., in denen durch zweimalige Trennung von der Mutter und ihrer Rückkehr beim Kind ein zunehmender Stress entsteht und dadurch das Bindungsverhaltenssystem aktiviert wird. Das Verhalten in den beiden Wiedervereinigungssituationen wird beobachtet und nach verschiedenen Kriterien beurteilt. Hierzu ist eine längere Schulung mit anschließender Überprüfung der eigenen Reliabilität nötig (mind. 80% richtige Zuordnungen müssen erfolgen).

außer Acht. Dagegen sind generationsübergreifende Vorhersagen (Fonagy et al., 1991, sowie zusammenfassend Ijzendoorn et al., 1995) von der Bindungsrepräsentation der Mutter zum zukünftigen Bindungstyp des noch ungeborenen Kindes mit ca. 75-80% recht zuverlässig. Nachfolgend stelle ich die Formen von Bindungsmustern bei Kindern und Erwachsenen dar (Abb. 1 und 2 nach Hesse, 1999, und Spangler und Zimmermann, 1999).²

Abbildung 1
Bindungstypologie bei Kindern und Erwachsenen
Kleinkindalter (FST-Fremde-Situations-Test)

Sicher	Unsicher- vermeidend	Unsicher- ambivalent	Desorganisiert/ desorientiert
emotionale Betroffenheit wird offen gezeigt	Emotionsdruck eingeschränkt	emotionale starke Betroffenheit	bizarre Verhaltensweisen (Einfrieren aller Bewegungen, Trance-Zustände)
Nähe suchen, Kommunikation mit der Bezugsperson	Vermeidung von Nähe	Mixtur aus Nähesuchen und Kontaktwiderstand (ärgerlich)	widersprechendes Bindungsverhalten (Nähesuchen wird unterbrochen)
wenn Mutter/Vater zurück, rasche Beruhigung und Exploration	auf Exploration fokussiert	Passivität kaum Exploration	
		keine/kaum Beruhigung	

Einige kurze Bemerkungen sind noch zum Begriff des inneren Arbeitsmodells nachzutragen. Dieser Begriff wurde zur Benennung der Repräsentation von Vorstellungen und Erwartungen bezüglich sich selbst und gegenüber der Bezugsperson geprägt. Innere Arbeitsmodelle steuern adaptiv das Bindungsverhalten auf der Grundlage erlernter Erwartungen hinsichtlich emotionaler Verfügbarkeit der wesentlichen Bezugsperson. Sie dienen nach Grossmann und Grossmann (2002) der Entwicklung einer zielkorrigierten Partnerschaft (d.h., die Interessen und Motive des Bindungspartners werden zunehmend bei der Realisierung eigener Bindungswünsche berücksichtigt) bis hin zur Entwicklung elaborierter sprachlicher Diskurse, deren Kohärenz (zwischen inneren psychodynamischen Vorgängen und realen inneren und äußeren Tatsachen) wesentliche Bedeutung für die Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter hat.

Ergänzend möchte ich deutlich machen, dass die Bindungstheorie keine Theorie der frühen Prägung darstellt. Die Bindungsorganisation bleibt bis zum Jugendalter umweltab-

Abbildung 2
Jugendliche und Erwachsene
(AAI-Adult-Attachment Interview)

Sicher autonom	Unsicher-distanziert	Unsicher-verwickelt	Unverarbeitet/traumatisiert
Lebensgeschichte wird kohärent geschildert und bewertet	inkohärente Schilderung der Lebensgeschichte durch:	inkohärente Schilderung der Lebensgeschichte durch:	inkohärente Schilderung der Lebensgeschichte durch:
Bindung wird wertgeschätzt	Idealisierung Erinnerungsmangel (keine Episoden) Bindungsabwertung Erfahrungen nur mangelhaft integriert	irrelevante Details widersprüchliche Bewertung (der Bindung) Ärger über Bindungsperson Diskurspassivität	sprachliche Auffälligkeiten bei Schilderung traumatischer Erfahrungen (z. B. verstorbene Person wird wie noch lebend geschildert; lange Schweigeperioden usw.)

hängig, allerdings mit abnehmender Empfindlichkeit. Darüber hinaus ist Bindung nach Sroufe (1989) Teil der Entwicklungsthematik im Kleinkindalter und bestimmt insofern (bei erfolgreicher Lösung = sichere Bindung) auch die Lösung der nächsten Thematik.³

Schließlich hängt die weitere Entwicklung unter anderem von bestimmten protektiven Faktoren ab, die die Resilienz des Kindes ausmachen (vgl. Hoffmann und Egle, 1996; Egle et al., 1997), zu denen auch die Bindungsorganisation gehört. Zu diesen Schutzfaktoren zählen weiterhin neben den Beziehungsfaktoren (Bindung in der Familie) grob gruppiert (nach Werner und Smith, 1992)

1. persönliche Eigenschaften (Temperament, Intelligenz, kognitive Fähigkeiten)
2. extrafamiliäre Ressourcen (Lehrer, Nachbarn, Gleichaltrige)

Insgesamt handelt es sich also bei den die Entwicklung beeinflussenden relevanten Faktoren um eine Mischung aus biologischen, psychologischen und sozialen Einflüssen.

a) Das sichere Bindungsmuster

Eine wesentliche Ursache einer sicheren Bindung wird in der mütterlichen (väterlichen) Feinfühligkeit gegenüber dem Kind gesehen (Ainsworth, Blehar, Waters und Wall, 1978; Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess und Unzner, 1985). Diese Feinfühligkeit wird anhand einer mehrstufigen Skala

² Das Erwachsenenbindungsinterview ist ebenfalls eine sehr aufwendige Methode, die eine noch aufwendigere Schulung und Überprüfung der eigenen Reliabilität beinhaltet. Innerhalb eines 1-1,5-stündigen halb strukturierten Interviews werden Fragen zur Bindungsbeziehung in der Ursprungsfamilie gestellt. Die Aussagen und Erinnerungen bezüglich früher Bindungsbeziehungen werden dabei nicht nur unter inhaltlichen Gesichtspunkten, sondern auch hinsichtlich Kohärenz, Detailreichtum und geleisteter Integration beurteilt. Die Klassifikation erfolgt analog zu derjenigen des FST sowie einer zusätzlichen Kategorie nicht klassifizierbarer Personen, die gleichzeitig deaktivierende (Ds) und hyperaktivierende (E) Bindungsstrategien aufweisen (ausführliche Darstellung bei Gloger-Tippelt, 2001).

³ Diese Thematiken sind: Grundregulation: 0-6 M.; Bindung: 6-12 M.; Exploration/Autonomie: 1-3 J.; Impulskontrolle, Beziehung zu Gleichaltrigen: 3-6 J.; Körperbeherrschung, Leistungs- und soziale Kompetenz: 6-10 J.; Identität und eigene emotionale Bindungen: Jugendalter.

eingeschätzt. Zunächst einmal muss die Mutter die Signale des Babys bemerken und für sie zugänglich sein. Dann muss sie diese Signale richtig interpretieren, sich angemessen verhalten und schließlich prompt darauf reagieren. Die Einschätzung der Feinfühligkeit bezieht sich bei Säuglingen und Kleinkindern auf die jeweils altersentsprechenden Möglichkeiten des Kindes. (z.B. kann es bei einem 1,5-jährigen Säugling angemessen sein, nicht so sehr darauf zu reagieren, was er möchte, sondern eher einen Kompromiss zu suchen zwischen den unmittelbaren Wünschen und dem längerfristig größeren Kompetenzerwerb). Trotz mütterlicher Feinfühligkeit kann allerdings auch das Unvermögen des Kindes, seine Bedürfnisse klar auszudrücken, der Entwicklung einer sicheren Bindung entgegenstehen. Insofern spielt neben der mütterlichen Feinfühligkeit auch die Orientierungsfähigkeit des Säuglings eine wesentliche Rolle beim Aufbau der Bindungsorganisation (Grossmann et al., 1985).

Nach Sroufe (1996) ist die Bindungsbeziehung wesentlich gekennzeichnet durch die dyadische Regulation der Erregungszustände, d.h. der emotionalen Regulation des Säuglings. Säuglinge sind noch nicht in der Lage, ihre Emotionen allein zu regulieren. Sie benötigen hierzu die Unterstützung ihrer primären Bezugsperson. Emotionen sind ein wesentliches Merkmal frühkindlicher Aktivität, und die Erfahrung ihrer Regulation durch die wesentliche Bindungsfigur, meist die Mutter, ist Voraussetzung für die spätere Selbstregulationskapazität des Kleinkindes. Wie wichtig diese regulativen Einwirkungen der Mutter sind, zeigen auch die Untersuchungen, die Hofer (1994) an Ratten durchführte. Durch Stillen und Körperkontakt wurden Herzschlag, Körpertemperatur, Blutdruck und andere physiologische Parameter optimal eingestellt. Eine Trennung von der Mutter führte zu signifikanten Abweichungen von dieser Einstellung. Die Regulation der inneren psychophysischen Zustände des Jungtieres, erfolgt durch das reifere ZNS des Erwachsenen (d.h. von außen). Die affektmodulierende Bezugsperson (die Erfahrung positiver Affekte wird verstärkt, die der negativen Affekte minimiert) wird so leicht zur wichtigsten Bindungsperson, d.h., Kinder binden sich an die Personen, die ihnen Schutz und Trost bieten bzw. die Regulation von Affekten ermöglichen.

Im Folgenden werde ich kurz die Auswirkungen einer sicheren Bindung im Vergleich zu einer unsicheren Bindung für die weitere Entwicklung im Säuglings-, Kleinkind-, Jugend- und Erwachsenenalter darstellen, um dann etwas ausführlicher auf die Konsequenzen einer unsicheren, insbesondere desorganisierten Bindungsbeziehung im Verlauf der Entwicklung einzugehen und die Bedeutung für den psychotherapeutischen Umgang erläutern.

Sicher gebundene Säuglinge haben Vertrauen in die Verfügbarkeit ihrer Mutter als Quelle von Sicherheit und Beruhigung, wenn sie Kummer haben, und darauf, dass sie selbst in der Lage sind, diese Verfügbarkeit wenn nötig zu erreichen. Schon mit 12 M. haben sie feinere und komplexere Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung (Grossmann und Grossmann, 1991) als unsicher gebundene Säuglinge.

Im Kindergartenalter haben sicher gebundene gegenüber unsicher gebundenen Kindern kompetentere Konfliktbewältigungsstrategien und ein angemesseneres Selbstbild (realistische Vorstellungen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten). Sie spielen ausgeglichener und konzentrierter und sind weniger feindselig (Suess, Grossmann und Sroufe, 1992). Ebenso haben sie eine positivere Wahrnehmung (weniger Projektion) sozialer Konfliktsituationen. Ihre Betreuer urteilen, dass sie ein besseres Selbstwertgefühl und mehr Selbstvertrauen haben (Erickson, Sroufe und Egeland, 1985) und empathischer mit anderen Kindern umgehen (Bischof-Köhler, 2000). Sie zeigen mehr Phantasie und nutzen, nach einer Probierphase mit dem Versuch einer eigenständigen Lösung, die Hilfe der Bezugsperson. Die Balance zwischen Bindung und Exploration ist also ausgewogener. Hinsichtlich der Intelligenzentwicklung gibt es bisher keine eindeutigen Befunde. Sicher gebundene Kleinkinder sind jedoch im sprachlichen Bereich etwas kompetenter (van Ijzendoorn et al., 1995).

Ebenso wie im Kindergartenalter zeigen sicher gebundene Kinder auch im Schulalter höhere soziale Kompetenz, sind beziehungsorientierter und haben mehr und bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen. Gleichermaßen verfügen sie über eine positive soziale Wahrnehmung (Zimmermann, 1995). 10-Jährige suchen bei Kummer, Angst oder Ärger eher Unterstützung bei den Eltern und haben insgesamt einen besseren und flüssigeren Zugang zu ihren Gefühlen. Sicher gebundene Jugendliche sind in der Lage, ihre Freundschaftsbeziehungen ebenso als sichere Basis zu erleben wie früher die Beziehung zu ihrer Mutter. Sie sind gut eingebunden in die Peer-Gruppe und akzeptiert, benutzen häufiger aktive Bewältigungsstrategien und zeigen eine größere Ich-Flexibilität (Spangler und Zimmermann, 1999). Im jungen Erwachsenenalter schließlich kann eine sichere Repräsentation der Partnerschaft (große Wertschätzung, offener Ausdruck von Zuneigung, gegenseitige Unterstützung, verlässlich) aus der mütterlichen Feinfühligkeit und der Sicherheit im Separation-Anxiety-Test (SAT; gemessen als kompetenter Umgang mit fiktiven Trennungssituationen) mit 6 J. abgeleitet werden. Über alle Altersgruppen hinweg zeichnet sich eine sichere Bindungsorganisation durch eine effektive Regulierung von Verhalten und Affekten und damit deren angemessene Bewältigung aus. Auf diese Weise entstehen Eigenschaften, die protektiv wirksam sind.

b) Die Bedeutung des Vaters in der Bindungsforschung

Bevor ich mich jetzt den Konsequenzen einer unsicheren Bindungsorganisation bzw. von Bindungsstörungen zuwende, möchte ich noch einige Bemerkungen zur Bedeutung des Vaters und der Geschlechtsunterschiede im Prozess der Bindungsentwicklung machen. Zu diesem Thema gibt es wenige Untersuchungen. Es lässt sich aber feststellen, dass sich die väterliche Feinfühligkeit im Spiel (angemessene Unterstützung kindlicher Exploration) gegenüber 2-jährigen Kindern noch bei 16-Jährigen und jungen Erwachsenen in ihren mentalen Bindungsrepräsentationen auswirkt. Väter fördern hierdurch offensichtlich die Autonomie ihrer Kinder in Beziehungen und unterstützen deren Sicherheit vor allem bei Exploration (Grossmann und Grossmann, 2000). Die vä-

terliche Feinfühligkeit in Bezug auf die Explorationsbedürfnisse des Kindes hat also eine ähnliche Wirkung auf die spätere sichere Bindung wie die mütterliche Feinfühligkeit in Bezug auf die kindlichen Kontaktbedürfnisse.

c) Die Bedeutung des Geschlechts in der Bindungsforschung

Während die Untersuchungen zum Einfluss des Geschlechts auf die Bindungsqualität im Kleinkindalter keine Unterschiede ergaben, finden sich im Vorschulalter beim unsicheren Bindungstyp, nicht aber beim sicheren Geschlechtsunterschiede. Bindungsunsichere Jungen zeigten am häufigsten aggressives Verhalten (externalisierend) und unterstützten andere Kinder am wenigsten. Sie erhielten auch am wenigsten Hilfe. Dieses Verhalten war auch noch im Schulalter sichtbar. Bindungsunsichere Mädchen dagegen waren zurückhaltend, setzten sich wenig durch und beschwichtigten eher (internalisierend). Unsicher gebundene Jungen und Mädchen zeigten viel eher ein geschlechtsstereotypes Verhalten, während sicher gebundene hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenz nicht durch das Geschlecht unterscheidbar waren.

d) Die unsicheren Bindungsmuster

Ich wende mich nun dem unsicheren Bindungsmuster zu, das nach einer Metaanalyse von van Ijzendoorn et al. (1992) bei Normalstichproben von Kindern immerhin fast die Hälfte aller Fälle umfasst (55% sicher gebunden, 23% unsicher-vermeidend, 8% unsicher-ambivalent, 15% desorganisiert), ebenso die Hälfte bei Erwachsenen nach van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) sowie Fonagy et al. (1996) (55% autonom, 16% distanziert, 9% verstrickt, und 19% haben ein unverarbeitetes Trauma).

Zunächst ist bei der Diskussion über eine unsichere Bindungsorganisation festzustellen, dass diese für sich genommen keine psychopathologische Auffälligkeit darstellt, sondern eine angemessene Anpassung an die jeweilige Umwelt (z.B. wenn die Mutter bei Kummer des Säuglings innerlich nicht erreichbar ist). Sie ist aber ein Risikofaktor, und zwar am ausgeprägtesten im Fall der desorganisierten Bindung, neben anderen Variablen, für etwaige psychische Erkrankungen und Fehlentwicklungen. Während mittels sicherer innerer Arbeitsmodelle (von Bindung) Umweltgegebenheiten aufgrund der Stimmigkeit zwischen Affekt und Kognition und dem gleichermaßen vorhandenen Zugang sowohl zum impliziten als auch zum expliziten (deklarativen) Gedächtnis realitätsangemessen abgebildet werden können und dementsprechend kompetent auf sie eingewirkt werden kann, kommt es bei unsicher-vermeidender Bindung wegen der eingeschränkten und verfälschten Wahrnehmung von affektiven Informationen und der Vernachlässigung impliziter gegenüber expliziten Gedächtnisinhalten zu einem überwiegenden Verlassen auf kognitive Informationen, bei unsicher-ambivalenter Bindung stehen dagegen affektive Informationen im Vordergrund (Crittenden, 1995), bei einer Vernachlässigung expliziter gegenüber impliziten Gedächtnisinhalten.

Bei unsicherer Bindungsqualität lassen sich auf Verhaltens- und Repräsentanzebene folgende Entwicklungen feststellen:

Unsicher-vermeidend gebundene Säuglinge zeigen einen eingeschränkten emotionalen Ausdruck, während unsicher-ambivalent gebundene Säuglinge übertriebene affektive Reaktionen zeigen, häufig passiv erscheinen und wenig explorieren. Im FST zeigen unsichere und desorganisierte Kinder einen deutlichen Cortisolanstieg, bindungssichere Kinder nicht, d.h., physiologische Stressreaktionen werden durch sichere Bindungen (kompetente Strategien) nicht notwendig. Im Kindergarten fallen unsicher-vermeidend gebundene Kinder (überwiegend Jungen) häufig durch aggressives Verhalten auf und lösen auch bei ihren Erziehern häufiger strafendes Verhalten aus (Sroufe und Fleeson, 1988). Auf diese Weise reproduzieren sich die Erfahrungen der Ablehnung von Gefühlen aus der Ursprungsfamilie. In Spielsituationen geben sie bei unlösbaren Aufgaben schnell auf, ohne länger auszuprobieren oder gar die Hilfe der Bezugsperson zu suchen. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder sind eher verhaltensgehemmt, werden nicht selten Opfer aggressiver Angriffe und ernten bei ihren Erziehern eher Nachsicht und Behütung. Diese Unterschiede setzen sich im Schulalter fort. 10-jährige Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung vermeiden in emotionalen Belastungssituationen die Nähe ihrer Eltern bzw. können keine klare Strategie für den Umgang mit solchen belastenden Situationen entwickeln (Scheuerer-Englisch, 1989). Sie bringen grundsätzlich ihr Leid kaum zum Ausdruck, weil sie offenbar gelernt haben, dass eine vertraute, sie unterstützende Bezugsperson nicht zur Verfügung steht. Unsicher-ambivalent gebundene 10-Jährige haben die wenigsten Freunde und am meisten mit ihnen Schwierigkeiten (Grossmann und Grossmann, 1995). Jugendliche, die unsicher gebunden sind, zeigen weniger Ich-Flexibilität und häufig ein negatives Selbstkonzept, vermehrt Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Feindseligkeit. In diesem Verhalten kommt die mangelhafte emotionale Regulationsmöglichkeit bei unsicher gebundenen Kindern und Jugendlichen zum Ausdruck (Zimmermann, 1999). Sie handeln bei komplexen Problemlösungsaufgaben eher planlos und ineffektiv (unsicher-ambivalent) bzw. können trotz guter Motivation und Exploration die zur Verfügung stehende Information nicht optimal nutzen (unsicher-vermeidend).

Alles in allem ist festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen und emotionalen Problemen, ausgehend vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz, bei unsicherer Bindung deutlich zunimmt.

Bezogen auf diese Störungen variieren unsichere Bindungsstrategien zwischen einer Minimalisierung bzw. Deaktivierung (und nachfolgender Disposition zu externalisierten Störungen, z.B. antisozialem Verhalten) oder Maximalisierung bzw. Hyperaktivierung (und nachfolgender Disposition zu internalisierten Störungen, z.B. Angststörungen) von Bindungsbedürfnissen (Dozier et al., 1999). Bei Verwendung minimalisierender Strategien (unsicher-vermeidende Bindung) wenden Kinder und später auch Erwachsene ihre Aufmerksamkeit (als Abwehr) von eigenem Kummer und von der Beschäftigung mit der Verfügbarkeit ihrer Bindungspersonen ab. Sie haben daher weniger Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und entwickeln ein unrealistisches (meist idealisiertes) Bild ihrer Bindungspersonen. Den Kindern geht es hauptsächlich dar-

um, vor der Bindungsperson belastende eigene Affekte zu verbergen, um in ihrer Nähe bleiben zu können (Köhler, 1998). Das Zeigen solcher Affekte hatte in der Vergangenheit zu Erfahrungen von Zurückweisung durch die Bindungsperson geführt. Eltern mit unsicher-vermeidender Bindung können aufgrund ihrer Vermeidung von bindungsbezogenen Erinnerungen auf die Bindungsbedürfnisse ihres Kindes nicht feinfühlig und kontingent reagieren. Die Wahrscheinlichkeit, antisoziales Verhalten in der Adoleszenz zu entwickeln, ist bei unsicher-vermeidender Bindung in der Kindheit erheblich erhöht (Egeland et al., 2000) und hängt mit einer ungenügenden emotionalen Regulationsmöglichkeit bei vermeidend gebundenen Kindern zusammen.

Bei Verwendung maximalisierender Strategien (unsicher-ambivalente Bindung) wenden Kinder und später ebenso Erwachsene (aus Abwehrgründen) ihre Aufmerksamkeit ihrem eigenen Kummer und der Beschäftigung mit der Verfügbarkeit ihrer Bindungspersonen zu. Sie sind daher in einem solchen Maß mit der Verfügbarkeit ihrer Bindungspersonen befasst, dass sie nicht in der Lage sind einzuschätzen, ob wirklich eine Bedrohung vorliegt und ob die Bindungsperson verfügbar ist. Die unsicher-ambivalente Bindung ist dann Folge der Erfahrungen kognitiver Fehleinschätzungen. Die Bindungsperson erscheint unzuverlässig, Nähe kann aber durch affektive Verwicklung erreicht werden. Eltern mit unsicher-ambivalenter Bindung sind von ihren eigenen Bindungsbedürfnissen so in Anspruch genommen, dass sie auf diejenigen des Kindes nur unzuverlässig reagieren können. Dies kommt mit großer Regelmäßigkeit bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vor.

e) Besonderheiten der desorganisierten/desorientierten Bindung

Die pathogenetisch bedeutsamsten Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern bis ins Erwachsenenalter hat jene – unsichere - Bindungsqualität, die zusätzlich zu den drei bisher erwähnten Bindungsmustern klassifiziert wird, nämlich die desorganisierte/desorientierte Bindung. Typisches desorganisiertes Verhalten ist z.B. ängstliches Verhalten gegenüber der Bezugsperson (Mutter/Vater). Kinder schreien bei Wiederkehr der Mutter nach der Trennung im FST, werfen sich auf den Boden oder halten die Hand vor den Mund, ziehen die Schultern hoch. Auffällig sind auch konfligierende Verhaltensweisen (Annäherung an die Bezugsperson und sich dabei im Kreis drehen, anstatt direkt auf sie zuzugehen oder auf die Bezugsperson zuzugehen und kurz vorher abzudrehen) oder dissoziative Reaktionen (Einfrieren aller Bewegungen, Versinken in einen Trancezustand).

Im Kindergartenalter zeigen Kinder mit desorganisierter Bindungsqualität mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit als andere Kinder deutliche Aggressivität (Lyons-Ruth et al., 1993), Rückzug und Isolation (George und Main, 1979) oder auch merkwürdige, nicht-zusammenhängende oder belästigende Umgangsweisen mit Gleichaltrigen (Jacobvitz und Hazen, 1999). Jacobvitz et al. (2001) schildern folgendes Beispiel: Ein mit 18 M. als desorganisiert eingestuftes

Kindergartenkind leuchtete mit einer Taschenlampe in die Augen eines anderen Kindes und kniff mit einer Handpuppe einem Spielkameraden in die Nase. Er hörte nicht damit auf, als der andere schrie: „Hör auf, lass das.“ Ein anderes Mal ging dieser Junge auf eine Gruppe von Kindern zu, schnappte sich das Spielzeug, mit dem diese gerade spielten, und weigerte sich, es mit ihnen zu teilen. Die anderen Kinder gingen weg und ließen ihn traurig das Spielzeug umklammernd und verwirrt blickend allein zurück. Im Schulalter fallen solche Kinder häufig durch dissoziative Symptome auf, und Jugendliche berichten selbst davon, wie sie oft tagträumen, sich wie im Nebel fühlen oder die Zeit aus den Augen verlieren (Carlson, 1998).

Für dieses auffällige Bindungsverhalten sind mittlerweile mehrere empirisch überprüfte Ursachenkomplexe gefunden worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit auslösend sind (nach Jacobvitz et al., 2001)

- körperlicher und sexueller Missbrauch des Kindes (Carlson et al., 1989; Lyons-Ruth et al., 1990)
- unverarbeiteter Verlust/Trauma in der frühen Kindheit
- Trennung/Scheidung der Eltern und Gewalt in der Ehe
- psychische Erkrankung der Mutter (z.B. chronische und schwere Depression)
- Suchterkrankungen der Eltern (vor allem Alkohol, wegen des häufig damit einhergehenden Missbrauchs von Kindern)

Diese Ursachen führen allerdings nicht direkt zu dem desorganisierten Bindungsverhalten der Kleinkinder, sondern dieses wird mit großer Wahrscheinlichkeit durch ein geängstigtes und/oder ängstigendes Verhalten der Eltern ausgelöst (Main und Hesse, 1990; empirisch überprüft durch Schuengel et al., 1999, und Lyons-Ruth et al., 1999). Es gibt Bindungspersonen, die direkt Angst bei Kindern auslösen⁴ oder Angst vor ihren Kindern bekommen⁵. Da das geängstigte/beängstigende Elternverhalten plötzlich und unvorhersehbar auftritt, versteht das Kind nicht die Ursachen dieses Verhaltens und erschrickt notgedrungen. Die Mutter kann aufgrund ihrer Zustände von Abwesenheit (z.B. Dissoziation) nicht angemessen auf das Kind reagieren. Wenn so die primären Bindungspersonen vom Kind als ängstigend erlebt werden, kommt es bei ihm zu einem inneren Konflikt. Es sucht nämlich in ängstigenden Situationen gewöhnlich Trost und Sicherheit bei der Bindungsperson und sucht deshalb ihre Nähe, diese Nähe ist jedoch zugleich angstproduzierend. Die Bindungsperson ist jetzt also gleichzeitig Quelle der Angst des Kindes und Mittel zu deren Auflösung (Main und Hesse, 1990). Es kommt zu widersprüchlichen Verhaltensstrategien beim Kind, die letztendlich in einem unabgeschlossenen Bindungsverhalten enden. Das Kleinkind ist nicht in der Lage, eine kohärente Strategie zur Angst-

⁴ Z.B. durch körperlichen/sexuellen Missbrauch; intrusives Verhalten, wie sich plötzlich nahe über das Gesicht des Kindes beugen; mit schauriger Stimme sprechen, ohne dass ein Scherz erkennbar ist; plötzliches Versinken in dissoziative Zustände wegen traumatischer Erinnerungen.

⁵ Z.B. Mütter mit Wochenbettdepressionen, Baby wird behandelt wie ein lebloses Objekt oder ist Auslöser von Alarmreaktionen, dissoziative Zustände wegen traumatischer Erinnerungen.

bewältigung zu entwickeln. Auf diese Weise lernen schon Kleinkinder mittels Rollenumkehr und über die Entwicklung kontrollierend-fürsorglicher oder kontrollierend-bestrafender Verhaltensweisen gegenüber den Bezugspersonen die Erfahrung eines „Schreckens ohne Auflösung“ zu vermeiden.

Die durch ängstigendes Elternverhalten vermittelte desorganisierte Bindung beim Kleinkind ist im Allgemeinen auch nicht durch angeborene Temperamenteigenschaften des Kindes mit verursacht. Eine an 12 Untersuchungen durchgeführte Metaanalyse von van Ijzendoorn et al. (1999) ergab keinen Zusammenhang zwischen Temperament und desorganisierter Bindung beim Kind. Nur in einer einzigen Studie (Spangler et al., 1996) wurde gefunden, dass Kleinkinder mit desorganisierten Bindungsmustern schon als Neugeborene schlechtere Orientierungsleistungen bei der BrazeltonNBAS zeigten. Dieser Befund legt zumindest die Möglichkeit nahe, dass auch konstitutionelle Irritierbarkeit beim Zustandekommen desorganisierter Bindung - zumindest in manchen Fällen - eine gewisse Rolle spielen könnte. Dafür sprechen auch die Hinweise aus molekulargenetischen Untersuchungen (Lakatos et al., 2000), die herausfanden, dass Kinder mit D-Bindungsmustern überwiegend einen Wiederholungspolymorphismus am DRD4-Rezeptor-Gen aufwiesen (Dopaminrezeptor D 4). Es handelte sich um eine Normalstichprobe, bei der Kinder mit einem D-Bindungsmuster in ca. 70% diesen Wiederholungspolymorphismus zeigten, ca. 30% jedoch nicht. Bei Kindern ohne D-Bindungsmuster fand sich in ca. 70% kein Wiederholungspolymorphismus, in ca. 30% war dieser jedoch trotz fehlendem D-Bindungsmuster vorhanden. Diese Ergebnisse sprechen aber auch für die große Bedeutung sozialer Einflüsse auf die Entwicklung von D-Bindungsmustern.

Das ängstigende Elternverhalten als bisherige Hauptursache von desorganisierten Bindungsmustern ist meist selbst Folge unverarbeiteter Traumata der Mütter und Väter und führt bei diesen im AAI zur U-Klassifikation (unresolved-unverarbeitetes Trauma). Bei den betroffenen Personen findet sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein nicht verarbeiteter Verlust wichtiger Bezugspersonen vor dem 14. Lebensjahr oder 2 Jahre vor oder nach Geburt des Kindes oder eine andere nicht verarbeitete Traumatisierung (Liotti, 1995; Jacobvitz et al., 1997). Eine statistische Analyse mehrerer Studien zeigte, dass Eltern mit einem unverarbeiteten Trauma/Verlust mit hoher Wahrscheinlichkeit desorganisiert gebundene Kinder haben (van Ijzendoorn, 1999). Aus Untersuchungen mit klinischen Stichproben ist bekannt, dass die Häufigkeit der Entwicklung einer desorganisierten Bindung bei Kleinkindern von psychopathologisch auffälligen Müttern 40% (Teti et al., 1995) bis 62% (Lyons-Ruth et al., 1990) beträgt, bei Müttern mit bipolaren Störungen ca. 50% (DeMulder und Radke-Yarrow, 1991). Da nach neueren Untersuchungen (Dozier et al., 1999) bei schizophrener Erwachsenen neben einem überwiegend (in 89%) entwickelten unsicher-distanzierten Bindungsmodell (im AAI) in 44% zusätzlich ein U-Bindungsmodell auftritt, sind wegen der hohen Wahrscheinlichkeit der Weitergabe dieses Bindungsmodells an die eigenen Kinder (siehe van Ijzendoorn, 1995) entsprechende präventive Maßnahmen sinnvoll. Noch mehr

Sinn machen solche Maßnahmen bei Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, die neben einer verstrickten Bindung (75%) in 70-90% der Fälle ein U-Bindungsmodell aufweisen.

Ein Drittel der körperlich misshandelten Kinder überträgt seine Erfahrungen auf die nächste Generation, d.h. misshandelt ebenfalls. Ein weiteres Drittel zeigt unter Stressbedingungen ein erhöhtes Risiko zur Misshandlung. Im Umkehrschluss heißt das, dass es immerhin einem Drittel bis zwei Dritteln aller misshandelten Eltern gelingt, den Zyklus der intergenerationalen Weitergabe von Gewalt zu unterbrechen (Dornes, 1997). Die einschlägigen Untersuchungen zu der Frage nach den möglichen Ursachen dieser Unterbrechung konvergieren in dem Befund, dass zwei Faktoren die Fähigkeit, die eigene Gewalterfahrung *nicht* an die eigenen Kinder weiterzugeben, besonders befördern: zum einen Psychotherapie, insbesondere solche, die länger als ein Jahr andauert; zum zweiten eine befriedigende Partnerbeziehung. Zusammengefasst heißt das, dass die gelungene Beziehung zu einer vertrauensvollen Person im Erwachsenenalter der potenteste Schutzfaktor bei der Prävention von Kindesmisshandlung ist.

Bindungstheoretische und psychoanalytische Untersuchungen haben darüber hinaus gezeigt, dass es weniger die tatsächlichen Erfahrungen der Eltern in ihrer Kindheit sind, die ihr späteres Verhalten gegenüber ihren Kindern beeinflussen; was vielmehr von ausschlaggebender Wichtigkeit ist, ist die Art und Weise, wie die Erwachsenen ihre kindlichen Erfahrungen verarbeitet haben. Entscheidend für die Bindungsqualität ihrer Kinder ist nicht, ob die Eltern in ihrer Kindheit Traumata erlitten haben oder nicht, sondern ob sie sie verarbeitet haben oder nicht. Die bisher vorliegenden diesbezüglichen Untersuchungen zeigen, dass Kinder von Eltern, die unter günstigen Bedingungen aufgewachsen sind (primär sichere Eltern) sich hinsichtlich ihrer Bindungsqualität nicht von Kindern unterscheiden, deren Eltern unter schwierigen Umständen aufgewachsen sind, aber diese Schwierigkeiten erkennbar bewältigt haben, was in geeigneten Interviews feststellbar ist. Beide Elterntypen (primär und sekundär sichere) haben in etwa dieselbe Zahl sicher gebundener Kinder (Pearson et al., 1996; Phelps et al., 1998). Entscheidend ist also nicht in erster Linie, was in der Vergangenheit wirklich vorgefallen ist, sondern was die Erwachsenen später daraus gemacht haben.

f) Bindungsstörungen

Auf die wirklich pathologischen Bindungsmuster, die als Bindungsstörungen bezeichnet werden, kann ich hier nur kurz verweisen, obwohl sie für die Psychotherapie des Kindesalters erhebliche Bedeutung haben. Bindungsstörungen sind, im Unterschied zu Formen der unsicheren Bindung, wirkliche Erkrankungen. Sie zeigen sich vor allem in dreierlei Gestalt (Zeaneah und Lieberman, 2000; Brisch, 1999):

1. Bindungslosigkeit
2. Beeinträchtigungen der sicheren Basis und
3. Bindungsstörungen durch unterbrochene Bindungen

Die Symptomatik ist bei allen Formen der Bindungsstörungen gravierend und reicht von promiskuösen Sozialbeziehungen

ohne emotionale Tiefe über erhöhte Unfallgefährdung bis zu gravierenden Formen von Auto- und Fremdaggression. Die Ursachen für Bindungsstörungen sind vielfältig. Als zentrale Ursache gilt die Kumulation von psychischen und sozialen Risikofaktoren in der Herkunftsfamilie.

Bindungsforschung und Psychotherapie

Die Psychopathologie der Bindung will ich nicht weiter vertiefen. Stattdessen möchte ich mich abschließend der möglichen Bedeutung der Ergebnisse der Bindungsforschung über das bisher Gesagte hinaus zuwenden. Dabei können Kenntnisse aus der Bindungstheorie auch Psychotherapeuten selbst behilflich sein, sich ihrer eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrung bewusster zu werden, ihre Gegenübertragung (oder Co-Übertragung) in der Psychotherapie besser zu erkennen und damit auch das Verständnis für ihre Patienten zu verbessern. Immerhin zeigen empirische Untersuchungen von Psychotherapeuten, dass sie überwiegend über ein unsicher-vermeidendes Bindungsmodell verfügen (Nord et al., 2000). Wie diese Psychotherapeuten eine sichere Basis für ihre Patienten anbieten wollen, ist nicht ganz nachvollziehbar. Möglicherweise gelingt es diesen Therapeuten, ihre Bindungsbedürfnisse durch die Berufswahl zu kompensieren. Sie sind dabei in einer Position, in der sie eigene Bedürfnisse nach Bindung durch Übernahme der Helferrolle deaktivieren können. Dies ist einer Rollenumkehr bei Parentifizierung ähnlich. Es besteht jedoch die Gefahr des Burn-out und schwerer depressiver Verstimmungen bis hin zur Suizidalität. Nach Schauenburg und Strauß (2002) kann mit Vorsicht davon ausgegangen werden, dass zwischen ängstlich-vermeidenden Therapeuten und der therapeutischen Arbeitsbeziehung ein negativer Zusammenhang, bei sicheren Therapeuten ein positiver Zusammenhang besteht.

Ausgehend von bindungstheoretischen Überlegungen ist das Konzept der sicheren Basis sehr bedeutsam für die Entwicklung von innerer Sicherheit und Explorationsbereitschaft des Patienten. Dieses Konzept kann als Analogon zu psychoanalytischen Konzepten des psychotherapeutischen Bündnisses betrachtet werden, schließt aber auch die das Selbstgefühl stabilisierenden Erfahrungen eines Selbstobjektes aus selbstpsychologischer Sicht (Milch und Hartmann, 1996; Milch, 2001) ebenso ein wie das Containment Bions (vgl. Fonagy, 1996) und die haltende Umgebung Winnicotts (Winnicott, 1956). In jedem Fall kann angenommen werden, dass das Bindungssystem eines Patienten, der einen Psychotherapeuten aufsucht, aktiviert ist, d.h., er nimmt Kontakt mit diesem auf der Basis seines inneren Arbeitsmodells von Bindung auf und bringt damit auch seine unterschiedlichen Abwehrformen zur Darstellung. Spezifisch bindungstheoretisches Vorgehen für den Psychotherapeuten wären auf jeden Fall Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit, gepaart mit Einfühlungsvermögen. Diese Qualitäten stimmen mit mütterlicher Feinfühligkeit überein. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn es in der Psychotherapie gelingt, die Fähigkeit des Patienten zur Mentalisierung zu vergrößern (s.u.).

Ohne einen Gesichtspunkt besonders hervorheben zu wollen, kann die Kenntnis des für die verschiedenen Bindungsmodelle

typischen Verhaltens dem Psychotherapeuten behilflich sein, auf die relevanten Probleme seines Patienten schon sehr schnell aufmerksam zu werden. Beachtet werden sollte dabei allerdings die Gefahr einer allzu mechanistischen Verkürzung der Problemlage des Patienten durch die Anwendung bindungstheoretischer Überlegungen. Nutzt man die aus der Kenntnis der Bindungstheorie entwickelten Vorstellungen über den Patienten jedoch als erste vorsichtige Annäherung an seine Problematik und als Erweiterung der eigenen emphatischen Einstellung können sich hieraus große Erleichterungen nicht nur für die Beziehungsaufnahme, sondern auch für den technischen Umgang mit Patienten mit unterschiedlichen Bindungsmodellen ergeben.

a) Psychotherapie bei unsicher-vermeidender bzw. distanzierter Bindung

Zunächst möchte ich die Auswirkungen eines unsicher-vermeidenden Bindungsmusters (beim Kind) bzw. eines distanzierter Bindungsmodells (beim Erwachsenen) betrachten und stelle ein Fallbeispiel⁶ an den Anfang.

Eine Krankenschwester, 39 Jahre, sucht mich auf, als sie nach zwölfjähriger Ehe Suizidideen angesichts der Trennung von ihrem Ehemann entwickelt. Gleich zu Beginn der Behandlung, in der zweiten Stunde, vergleicht sie ihr Selbst mit ihrem Auto, was bei einem Unfall zwei Tage zuvor ziemlich zerstört worden sei, fast Totalschaden. Sie könne eigentlich keine Hilfe annehmen, mache alles mit sich ab. Ich sage: „Sie scheinen Bedenken zu haben, mich mit Ihren Gefühlen zu belasten.“ Die Pat. nickt und beginnt zu weinen. In den Folgestunden weint sie nahezu regelmäßig, wenn ich, wozu sie mir reichlich Gelegenheit gibt, meine Anerkennung für ihre Persönlichkeit zum Ausdruck bringe. Außerhalb der Psychotherapie weint sie nach eigenen Angaben nie und teilt mit, dass sie ohne ihre Suizidideen nie therapeutische Hilfe gesucht hätte, obwohl ihr dies schon öfter nahe gelegt worden sei. Nach meinem Eindruck ist es meine Aufgabe, ihr nur zuzuhören, ihre Stimmung zu tragen und ihre berechtigten Bedürfnisse nach Wahrgenommenwerden anzuerkennen. Die Pat. hat eine intensive unsicher-distanzierte Bindung in ihrer früheren Beziehung entwickelt, die sich auch in der therapeutischen Beziehung wiederholt und ihre Grundlagen in einer in der Beziehung zu ihren bedürftigen Eltern aufgebauten zwanghaften Fürsorglichkeit hat. Die Eltern, besonders die Mutter, waren von ihrer eigenen Lebensgeschichte als Opfer des Holocaust absorbiert und nicht in der Lage, vermutlich wegen traumatischer Erinnerungen, auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Tochter angemessen zu reagieren. Öfter kam es auch zu abrupten und unangekündigten Trennungen mit kurzfristiger Fremdunterbringung des Mädchens, wenn die Eltern z.B. Urlaub machten. Für ihre Einsamkeit und Verzweiflung hat die Pat. nie die Begleitung gehabt, die geholfen hätte, ihre Affekte zu regulieren, kompensatorisch wählte sie einen helfenden Beruf. Auch in der Psychotherapie beschäftigt sie sich anfangs mehr damit, dass es mir gut geht (z.B. dass ich genü-

⁶Das Beispiel demonstriert zwar vorrangig eine distanzierte Bindung, es sind jedoch auch Anhaltspunkte für Desorganisation vorhanden.

gend Bezahlung erhalte), als mit ihren eigenen Nöten. Mein aktives Eingehen auf die hinter dem unsicher-distanzierten Bindungsmodell liegenden Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit führten über mehrere Jahre zu einer Veränderung der Bindungsstrategie in Richtung sekundärer Sicherheit. Dies zeigte sich besonders im Umgang mit einer neuen Zweierbeziehung, in der die Pat. ihre eigenen Bedürfnisse nach Anlehnung und Sicherheit viel deutlicher zeigen konnte.

Das in der obigen Fallvignette beschriebene Verhalten beginnt bereits in früher Kindheit. Bei unsicher-vermeidend gebundenen Kindern, besonders bei Mädchen, zeigt sich häufig ein deutliches Rückzugsverhalten. Sie erscheinen unproblematisch, sind aber stattdessen innerlich zurückgezogen und trauen sich aufgrund ihrer Bindungsstrategie nicht, offener zu reagieren. Im Sinne der Bindungstheorie haben sie gelernt, belastende eigene Affekte zu verbergen, um in der Nähe ihrer Bindungsperson bleiben zu können. Das Zeigen solcher Affekte (z.B. wütender Protest) hatte in der Vergangenheit zu Erfahrungen von Zurückweisung durch die Bindungsperson geführt. Das Abseitsverhalten dieser Kinder ist also als Signal für größere Beachtung und Zuwendung zu verstehen. Über die beschriebene Affektunterdrückung wird ein Verdrängungsprozess eingeleitet, der zwar selbstregulativ wirksam ist, aber die unangenehmen Erfahrungen von Zurückweisung im prozeduralen Gedächtnis belässt und nur euphemistische Erinnerungen gestattet (Hauser und Endres, 2000). Die unsicher-vermeidend gebundenen Jungen dagegen fallen im Schulalter häufig durch aggressives Verhalten auf. Nach Sroufe (1983) kann davon ausgegangen werden, dass ein Schülerverhalten, das den Lehrer so ärgerlich macht, dass er mit Wegschicken in einen anderen Raum, In-die-Ecke-Stellen usw. reagiert, unausweichlich eine unsicher-vermeidende Bindung zur Grundlage hat. In der Adoleszenz nimmt bei diesem Bindungsmuster die Neigung zu antisozialem Verhalten erheblich zu (Egeland et al., 2000). In der psychotherapeutischen Behandlung Erwachsener mit einem unsicher-distanzierten Bindungsmodell kommt es nach meiner Auffassung eher darauf an, besonders anfangs aktiver in den Prozess einzugreifen und weniger abstinenter und abwartend zu sein, auch wenn diese Patienten sich und ihre Bedürfnisse gewöhnlich hinter großer Selbstständigkeit und Klaglosigkeit verstecken. Sie haben ein inneres Arbeitsmodell, das auf Erwartungen fußt, beim Zeigen von Bindungsbedürfnissen auf Ablehnung und Zurückweisung zu stoßen, d.h., nicht liebenswert zu sein. Daher entstehen häufig zurückweisende Gegenübertragungsreaktionen. Gerade wegen der Vermeidung von Intimität durch diese Patienten ist die Etablierung eines emotionalen Kontakts besonders wichtig. Nachdem dies geschehen ist, sollte vor dem Hintergrund des Bindungsmodells eine Interpretation erfolgen. Darüber hinaus ist die Integration negativer, häufig aggressiver Gefühle bedeutungsvoll, da diese häufig mit der Erfahrung von Bindungsabweisung verknüpft sind. Die Bindungstheorie erlaubt durch ihr Verständnis der Entwicklungsbedingungen des jeweiligen Bindungsmodells eine Erweiterung des empathischen Verständnisses für solche Patienten, welche bei rigider Abstinenz des Therapeuten nicht selten die Behandlung abbrechen, da sie diese dann als Wie-

derholung ihrer frühen Abweisungserfahrung verstehen. Denn gerade für Patienten mit unsicher-vermeidendem Bindungsmodell scheint eine langfristige psychotherapeutische/psychoanalytische Behandlung hilfreich zu sein (Fonagy et al., 1995; Fonagy und Target, 1996a, b), auch wenn sie erst in Behandlung kommen, wenn sie psychisch meist dekompenziert sind und ihre bisherige Bindungsstrategie nicht mehr zur Stabilisierung ausreichte.

Hinsichtlich der Krankheitsbilder mit unsicher-distanziertem Bindungsmodell ist die Befundlage ziemlich widersprüchlich (Dozier et al., 1999; Buchheim, 2002). Depressive Störungen zeigen sowohl unsicher-distanzierte als auch verstrickte Bindungsmodelle. Bei bipolaren Störungen sowie bei Major Depression kommen sogar sicher-autonome Bindungsmodelle vor. Schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankte zeigen dagegen überwiegend eine unsicher-distanzierte Bindung, nicht selten kombiniert mit Desorganisation (U = ungelöstes Trauma/ungelöster Verlust).

b) Psychotherapie bei unsicher-ambivalenter bzw. verstrickter Bindung

Ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster (beim Kind) bzw. ein verstricktes Bindungsmodell beim Erwachsenen geht mit einem anderen inneren Arbeitsmodell einher. Menschen mit diesem Bindungsmodell sind sowohl in aktuelle als auch in frühere Beziehungen verstrickt und haben gelernt, dass sie sich nie auf ihre Bindungsfigur verlassen konnten und diese deshalb ständig im Auge haben mussten. Sie glauben, dass sie beim Zeigen ihrer Bindungsbedürfnisse nicht wirklich eine sichere Bindungsfigur zur Verfügung haben, die auf sie eingeht. Sie haben eine unzuverlässige Beziehungserfahrung verinnerlicht und sind deshalb kaum in der Lage, sich angemessen selbst zu beruhigen bzw. zu regulieren. Dementsprechend fällt es ihnen schwer, Hilfe anzunehmen und an die Verlässlichkeit des Therapeuten zu glauben (vgl. Köhler, 1998). Dieser ist nicht selten darüber enttäuscht und wütend und zeigt sich so gerade nicht als sichere Bindungsfigur, sondern genauso hilflos wie der Patient. Der therapeutische Umgang mit Patienten mit verstrickten Bindungsmodellen sollte manchmal strukturierend gestaltet werden, damit diese Patienten sich wieder orientieren können und nicht erneut von Gefühlen überschwemmt werden. Ein schweigender Therapeut überlässt sie ihrem inneren Chaos und erzeugt dadurch vermehrt Ängste. Damit eine solche Strukturierung jedoch nicht bloße Gegenübertragungsreaktion bleibt, muss sie auch interpretiert werden. Auch bei diesem Bindungsmodell ist die Integration ärgerlicher Gefühle des Patienten bedeutsam, damit er erfahren kann, dass die Beziehung zum Therapeuten nicht abbricht, wenn er dessen Erwartungen nicht entspricht. Hohe Kränkbarkeit kann jedoch besonders bei erst kurz andauernder Psychotherapie schnell zu Behandlungsabbrüchen führen.

Diese Verhaltensmuster sind ebenfalls schon im Kindesalter in Andeutungen zu finden. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder haben in der mittleren Kindheit kaum Freunde und wenn, dann viele Schwierigkeiten mit ihnen (s.o.). Als Ju-

gendliche entwickeln sie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Angststörungen (Warren et al., 1997). Angststörungen sind nach Bowlby (1980) auch bei Erwachsenen mit verstricktem Bindungsmodell zu erwarten. Empirisch wurde bei Angststörungen tatsächlich ein höherer Anteil verstrickter Bindung gefunden, allerdings ein noch höherer Anteil von Desorganisation, was auf entsprechende traumatische Erfahrungen verweist (Fonagy et al., 1996). Schließlich ist bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen überwiegend (in 75% nach Fonagy et al., 1996) ein verstricktes Bindungsmodell vorhanden, allerdings ebenfalls verknüpft mit traumatischen Erfahrungen (in 88%).

c) Psychotherapie bei desorganisierter Bindung

Die Auswirkungen eines desorganisierten Bindungsmodells zeigen sich in einem Zusammenbruch jeglicher Bindungsstrategie. Schon im Erstgespräch kann der behandelnde Therapeut feststellen, dass er sich beim Erzählen der Lebensgeschichte solcher Patienten nicht konzentrieren kann und meist nach 15 Min. die Orientierung verloren hat. Dies ist nicht nur Folge des Verlusts der hierarchischen Ordnung innerer Repräsentanzen beim Patienten, wie sie bei einer verstrickten, aber doch noch organisierten Bindung auftreten, sondern auch die Konsequenz mangelnder Logik und geringer sprachlicher Kohärenz der Darstellung. Solche Patienten sind ständig von einer diffusen Angst, verlassen zu werden, ergriffen und haben wiederholt Erfahrungen völlig ungenügender Affektregulation und fortbestehender Angstzustände gemacht. Ein sicherer Hafen war durch keine Bindungsstrategie zu erreichen.⁷ Darüber hinaus geht mit einem desorganisierten Bindungsmodell bei Kindern und Erwachsenen der erschwerte Erwerb reflexiver Kompetenz, d.h. der Fähigkeit, über sich und andere in emotional gehaltvoller Weise nachzudenken, einher. Diese reflexive Kompetenz⁸ erwirbt das Kind dadurch, dass es wiederholt die Erfahrung macht, vom anderen als ein Wesen mit eigenständigen Denk- und Gefühlsprozessen wahrgenommen zu werden (Fonagy, 1991). Vom Ausmaß, in dem dies geschieht, hängt es nach Fonagy ab, ob ein sicheres oder weniger sicheres Bindungsmuster entsteht. Das dabei sich entwickelnde innere Arbeitsmodell baut auf geteilte Erfahrung seelischer Abläufe beim Kind und seiner Bindungsfigur auf, womit auch das Empfinden von Verlässlichkeit, Vertrauen und Vorhersagbarkeit einhergeht. Sind die frühen Bezugspersonen selbst ängstlich oder ängstigend dem Kind gegenüber (s.o.), kann es dies rational nicht einordnen und sucht die Ursache bei sich selbst. Eine geteilte Erfahrung wird damit verhindert. Gerade Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben die Erfahrung gemacht, ihren wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit häufig ausgeliefert, von ihnen vernachlässigt und missbraucht worden zu sein. In der Folge versuchten sie bereits im Vorschulalter, Strategien zur Kontrolle gegenüber unberechenbaren Bezugspersonen zu entwickeln. Mit diesem Verständnishintergrund erlebt man solche

⁷ Eine ausführliche und anschauliche Darstellung eines Erwachsenenbindungsinterviews bei einer Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung findet sich bei Buchheim und Kächele (2001).

⁸ Weitgehend synonym gebraucht werden Metakognition, metakognitive Steuerung (Main, 1991), Mentalisierung.

Patienten nicht als manipulierend und kommt seltener in eine ärgerliche Gegenübertragungshaltung. Auch die Deutung projektiver Identifikation führt nach meiner Auffassung hier nicht weiter, weil sie den Patienten für eine Abwehrhaltung verantwortlich macht, die keine ist, sondern auf der Unfähigkeit beruht, sich darauf verlassen zu können, dass eine angemessene Behandlung eigener Bedürfnisse durch den anderen, d.h. eine angemessene Affektregulation, geschieht. In dieser ihn bedrohenden Situation sucht der Patient Sicherheit durch Kontrolle zu erlangen und keineswegs mittels projektiver Identifikation den Therapeuten zu manipulieren. Wegen der mangelhaften Mentalisierung ihrer Affekte und Intentionen durch die wesentlichen Bezugspersonen war es dem Patienten nämlich nicht oder nur eingeschränkt möglich, innere Repräsentanzen für seine Selbstzustände zu bilden. In Ermangelung solcher inneren Repräsentanzen bleiben die eigenen Affekte und Intentionen weitgehend unzugänglich mit der Folge eines Leeregefühls und einem Mangel an Impulskontrolle. Gerade hier ist es äußerst hilfreich, die vorhandenen mentalen Bindungsmodelle therapeutisch zu verändern, damit größere Einsicht in eigene Handlungsmotive und besserer Realitätsbezug erreicht wird. Hierzu ist eine psychotherapeutische Haltung von Bedeutung, die die erschwerte Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Empathie berücksichtigt und vermehrt die eigene Wahrnehmung und die eigenen Absichten des Psychotherapeuten deutlich macht. Denn erst die Fähigkeit zur Mentalisierung erlaubt die Integration und Steuerung unterschiedlicher Affekte, denen die Patienten sich sonst ausgeliefert fühlen.

Bindungsdesorganisation ist u.a. auch wahrscheinliche Ursache dissoziativer Störungen, die ebenso mit reduzierten Mentalisierungsmöglichkeiten und erschwelter Affektregulation einhergehen (Liotti, 1995, 1999). Denn nach Liotti hatten 62% seiner Patienten mit dissoziativen Störungen Mütter, die ein Elternteil, Geschwister, Kind oder Ehemann zwei Jahre vor oder nach Geburt der Patienten verloren. Dagegen war dies nur in 13% seiner Patienten ohne dissoziative Störungen geschehen. Des Weiteren ist eine desorganisierte Bindung bei verurteilten Straftätern häufig anzutreffen (Levinson und Fonagy i. Druck; zit. n. Fonagy, 2003).

d) Eltern-Säuglings-Therapie

Ein weiteres Anwendungsfeld der Ergebnisse der Bindungsforschung liegt in der Eltern-Säuglings-Therapie (Dornes, 2000; Hédervári-Heller, 2000). Eine solche Frühintervention ist wichtig, um schon im Säuglingsalter die Entwicklungsmöglichkeiten für eine sichere Bindung zu verbessern (Hartmann, 2001) und die generationsübergreifende Weitergabe unsicherer Bindungsmodelle zu verhindern. Oft reichen wenige Stunden für einen therapeutischen Erfolg (vgl. Cramer et al., 1990). Wesentlich ist die Verbindung der Erinnerung der Eltern an ihre Kindheitserlebnisse mit ihrem aktuellen Verhalten gegenüber ihrem Kind, d.h., es geht um die Arbeit an der Modifikation des elterlichen Arbeitsmodells von Bindung (siehe van Ijzendoorn et al., 1996). Die Feinfühligkeit von Müttern kann durch Hausbesuche verbessert werden (van den Boom, 1994).

Die Weitergabe eigener negativer Bindungserfahrungen der Mutter an ihr Kind wird außerdem durch mindestens drei Konstellationen verhindert (nach Egeland und Erickson, 1999):

- Verfügbarkeit emotional unterstützender Dritter
- Beziehung zum Ehemann/Partner
- Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe durch die primäre Bezugsperson

Die Früherkennung von auffälligen Bindungsbeziehungen hat besondere Bedeutung bei einem desorganisierten Bindungsmuster, weil dieses einen generellen Risikofaktor für spätere Fehlanpassungen und psychopathologisch relevante Auffälligkeiten darstellt (Naumann-Lenzen, 2003; im Druck).

Schluss

Die Bindungstheorie und Bindungsforschung leisten vor allem im Hinblick auf die sozioemotionale Regulation, internal auf der Ebene innerer Repräsentanzen und interpersonell als äußere Regulation, einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis psychotherapeutischer Prozesse. Die Art und Weise von Affektregulationen kann dabei als eine andersartige Konzeptualisierung von Abwehr begriffen werden. Ein unsicher-distanziertes Bindungsmodell eines Erwachsenen führt zum Beispiel häufig zu Vermeidung affektiv intensiver Begegnungen, Rationalisierung und Reaktionsbildungen sowie Idealisierung. Auf diese Weise können Bedürfnisse nach Annäherung und Kontakt reguliert werden, weil ein Bindungsmodell zugrunde liegt, das nur in der Begegnungsvermeidung Kontakt und Nähe erlaubt. Der Beitrag des Therapeuten als affektregulierender anderer gewinnt eine größere Bedeutung, und dem als notwendigen, aber nicht im Mittelpunkt stehenden therapeutischen Bündnis werden wesentlich stärkere Auswirkungen beigemessen. Hier ergeben sich nahe liegende Verbindungen zu aktuellen Konzepten des therapeutischen Prozesses, wie er von Stern und der Boston Study Group (Stern et al., 1998) formuliert wurde und sich in Begriffen wie dem impliziten Beziehungswissen oder einem dyadischen Bewusstseinszustand darstellt. Da die Bindungstheorie die Bedeutung der realen Erfahrung (Trauma, Verlust etc.) als Ursache psychischer Störungen betont - im Gegensatz zu Freuds Annahme der Verursachung psychischer Störungen durch triebabhängige Phantasien (mit Ausnahme seiner frühen Schriften), führt dies auch zu einem anderen technischen Umgang. Bei diesem Umgang wird größerer Wert auf die Beteiligung der Umwelt an der Symptomentstehung und deren Unterhaltung gelegt, auch hinsichtlich der aktuellen Beziehung zum Therapeuten. Dessen Beitrag zum Zustand des Patienten wird größeres Gewicht beigemessen. Der Bezug auf Gedanken der Bindungstheorie könnte so den psychotherapeutischen Fokus von der Übertragungsinterpretation in Richtung Erfahrung neuer Bindungsformen verschieben. Damit wird eine alte Kontroverse zwischen der Wirksamkeit von Deutungen vs. der Wirksamkeit von Interaktionen, d.h. Beziehungen, zugunsten letzterer entschieden. Bemerkenswerterweise ist Fonagy (2003) zu einer ähnlichen Einschätzung gekommen, wenn er sagt, dass er die spezifische Art des Miteinanderseins in der Psychotherapie für wichtiger hält als eine Deutung des unbewussten Konflikts.

Hinsichtlich der praktischen Integration der Bindungstheorie in die Psychotherapie benennt Holmes (2001) folgende Hauptcharakteristika:⁹

1. Einstimmung im Sinne einer empathischen Responsivität gegenüber dem Patienten und sich selbst
2. Emotionale Nähe, aus der heraus das Empfinden einer sicheren Basis entsteht
3. Das therapeutische Bündnis gilt es zu entwickeln und zu unterhalten
4. Aufgabe des Therapeuten ist es, herausfordernd gegenüber gewohnheitsmäßigen Annahmen und Beziehungsmustern zu bleiben und hierdurch genügend Raum für das Auftauchen neuer Strukturen zu schaffen
5. Aufgabe des Therapeuten ist es auch, dem Patienten zu einer ausgeglichenen Balance in seiner Sicht gegenüber sich selbst und der Welt zu verhelfen. Dabei soll die therapeutische Beziehung weder zu nah noch zu fern, weder zu humorvoll noch zu ernst usw. sein
6. Der Therapeut benötigt Bewegungsfreiheit, damit auch der Patient erleben kann, dass Sicherheit nur aus der Gewissheit des Fehlens absoluter Sicherheit entstehen kann
7. Der Therapeut benötigt die Fähigkeit zur Toleranz von Ungewissheit und Zweifel
8. Schließlich ist das Letzte und Wichtigste die reflexive Kompetenz des Therapeuten, denn letztendlich entsteht emotionale Sicherheit aus der Erfahrung des Verstandenwerdens

Die bindungstheoretisch abgeleiteten Ziele der Psychotherapie können nach Holmes (1996, 2001) zusammengefasst werden als Suche nach Intimität und Autonomie. Ersteres entsteht aus dem empathischen Verstehen, letzteres ist Folge der Äußerung gesunden wütenden Protests oder bei erlebtem Verlust der Trauerarbeit. Die Bindungstheorie ermöglicht sowohl ein kognitives als auch affektives Verständnis psychischer Störungen auf der Grundlage der Entwicklung verlässlicher Beziehungen zu einem bedeutsamen anderen (Bindungsfigur). Je nach Ablauf dieser Entwicklung entstehen Bereitschaften für bestimmte Krankheitsbilder. Im Falle der desorganisierenden Bindung sind vor allem auffällige psychopathologische Symptome zu erwarten. Die Auswirkungen besonders früher Traumata (Verlust, Trennung) sind durch die Bindungstheorie wieder mehr in den Mittelpunkt gerückt worden, ohne dass damit weitere Organisationsfaktoren, wie zum Beispiel das Temperament, unterschätzt werden. Außerdem eröffnet die Bindungstheorie einen Zugang zu einer neurobiologischen Fundierung der Psychotherapie (Überblick bei Schore, 2003). Auch wenn die Bindungstheorie sich nur mit einem Verhaltenssystem beschäftigt und z.B. physiologische Grundregulation oder Sexualität nicht berücksichtigt, so hat gerade dieses doch besondere Bedeutung in jeder Arzt-Patient-Beziehung und natürliche besonders in der Psychotherapie. Die Einbeziehung der in der Bindungstheorie entwickelten Kategorisierungen in die psychotherapeutische Diagnostik und Technik erleichtert

⁹ Abgeleitet von diesen Prinzipien wurde mittlerweile eine bindungstheoretisch fundierte Kurztherapie entwickelt (vgl. Holmes, 2001, S. 144-167).

das Verständnis für den Patienten, sowohl hinsichtlich der Indikationsstellung als auch hinsichtlich des therapeutischen Umgangs (Köhler, 2002). Die Ursprünge des Patientenverhaltens sind schneller erschließbar, auch was dieses Verhalten verändert und zur krankhaften Störung geführt hat. Schnellere Heilung ist dadurch nicht zu erwarten, aber eine Bereicherung des Verständnisses für alle psychischen Störungen.

Literatur

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S: Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
- Bischof-Köhler D: Empathie, prosoziales Verhalten und Bindungsqualität bei Zweijährigen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 2000; 47:142-158.
- Bowlby J: Attachment and Loss. Vol.3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth, 1980.
- Bowlby J: Attachment and personality development. In: Greenspan SI, Pollock GH (Hg.) The course of life. Vol. 1. Madison: International Universities Press, 1989, 229-270.
- Bowlby J: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg: Dexter, 1995.
- Brisch KH: Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.
- Buchheim A: Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hg.): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart und New York: Schattauer, 2002, 214-230.
- Buchheim A, Kächele H: Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung – eine Einzelfallstudie zu Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen* 2001; 5:113-130.
- Carlson EA: A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development* 1998; 69:1107-1128.
- Carlson EA, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K: Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 1989; 25:525-531.
- Cramer B, Robert-Tissot C, Stern DN, Serpa-Rusconi S, de Muralt M, Besson G, Palacio-Espasa F, Bachmann J-P, Knauer D, Berney C, d'Arcis U: Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11:278-300.
- Crittenden PM: Attachment and psychopathology. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (Hg.): Attachment theory. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995, 367-406.
- DeMulder EK, Radke-Yarrow M: Attachment with affectively ill and well mothers: concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology* 1991; 3:227-242.
- Dornes M: Die frühe Kindheit. Frankfurt: Fischer, 1997.
- Dornes M: Bindungstheorie und Psychoanalyse. *Psyche* 1998; 52:299-348.
- Dornes M: Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt: Fischer, 2000.
- Dornes M: Menschenbilder in Psychoanalyse und Säuglingsforschung. *Psychoanalytische Blätter* 2003; 21:77-109.
- Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE: Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds.): Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. New York und London: Guilford, 1999 497-519.
- Egeland B, Erickson MF: Findings from the parent-child project and implications for early intervention. *Zero to Three* 1999; 20:3-10.
- Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng VK: Remembering, repeating, and working through: lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald, HE (Eds.): WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Vol. 4. Infant Mental Health in Groups at High Risk. New York: Wiley, 2000, 35-89.
- Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M: Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und Psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 1997, 3-20.
- Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B: The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. In: Bretherton I, Waters E (Eds.): Growing points of attachment theory and research. Chicago: University of Chicago Press, 1985, 147-166.
- Fonagy P: Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations concerning the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psycho-Anal.* 1991;72:639-656.
- Fonagy P: Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche* 1998; 52:349-368.
- Fonagy P: Rejoinder to Harold Blum. *Int. J. Psychoanal.* 2003; 84:503-509.
- Fonagy P: Personality disorder and violence: A psychoanalytic attachment theory perspective. unveröff. Manuskript 2003.
- Fonagy P, Leigh T, Steele H, Steele M, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A: The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1996; 64:22-31.
- Fonagy P, Steele H, Steele M: Maternal representations of attachment during pregnancy predict organization of infant-mother attachment at one year. *Child Development* 1991; 62:891-905.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Target M: Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (Hg.): Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1995, 233-278.
- Fonagy P, Target M: Die gewalttätigen Patienten verstehen. Der Einsatz des Körpers und die Rolle des Vaters. *Psychoanalytische Blätter* 1996a; 4:55-90.
- Fonagy P, Target M: Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int. J. Psychoanal.* 1996b; 77:217-233.
- George C, Main M: Social interactions of young abused children; approach, avoidance, and aggression. *Child Development* 1979; 50:306-318.
- Gloger-Tippelt G (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Hans Huber, 2001.
- Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L: Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In: Bretherton I, Waters E (Eds.): Growing points of attachment theory and research. Chicago: University of Chicago Press, 1985, 233-256.
- Grossmann KE, Grossmann K: Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (Hg.): Attachment across the life cycle. London und New York: Routledge, 1991, 93-114.
- Grossmann KE, Grossmann K: Frühkindliche Bindung und Entwicklung individueller Psychodynamik über den Lebenslauf. *Familiendynamik* 1995; 20:171-192.
- Grossmann KE, Grossmann K: Bindung, Exploration und interne Arbeitsmodelle – der Stand der Forschung. In: Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek C (Hg.): Bindung und Interaktion. Wien: Facultas, 2000, 13-38.

- Grossmann KE, Grossmann K: Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hg.): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart und New York: Schattauer, 2002, 295-318.
- Grossmann KE, Grossmann K, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Spangler G, Stöcker K, Suess GJ, Zimmermann P: Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller H (Hg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern: Huber, 2003, 223-283.
- Hamilton CE: Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development* 2000; 71:690-694.
- Hartmann H-P: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2001; 50:537-551.
- Hauser S, Endres M: Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In: Endres M, Hauser S (Hg.): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt, 2000, 159-176.
- Hédervári-Heller E: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. In: Endres M, Hauser S (Hg.): *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt, 2000, 90-110.
- Hesse E: The adult attachment interview: historical and current perspectives. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York, London: Guilford, 1999, 395-433.
- Hofer MA: Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994; 59:192-207.
- Hoffmann SO, Egle UT: Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung. *Psychotherapeut* 1996; 41:13-16.
- Holmes J: *Attachment, Intimacy, Autonomy. Using attachment theory in adult psychotherapy*. Northvale, NJ und London: Jason Aronson, 1996.
- Holmes J: *The Search for the Secure Base*. Hove: Brunner & Routledge, 2001.
- Jacobvitz D, Hazen N: Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationship. In: Solomon J, George C (Hg.): *Attachment disorganization*. New York: Guilford, 1999, 127-159.
- Jacobvitz D, Hazen N, Thalhuber K: Die Anfänge von Bindungs-Desorganisation in der Kleinkindzeit: Verbindungen zu traumatischen Erfahrungen der Mutter und gegenwärtiger seelisch-geistiger Gesundheit. In: Suess GJ, Scheuerer-Englisch H, Pfeifer W-KP (Hg.): *Bindungstheorie und Familiendynamik*. Gießen: Psychosozial, 2001; 125-156.
- Köhler L: Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. Einschränkende Vorbehalte, Nutzen, Fallbeispiele. *Psyche* 1998; 52:369-397.
- Köhler L: Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hg.): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart und New York: Schattauer, 2002, 3-8.
- Lakatos K, Toth I, Nemoda Z, Ney K, Sasvari-Szekely M, Gervai J: Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry* 2000; 5:633-637.
- Liotti G: Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, (Eds.): *Attachment theory. Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale: Analytic Press, 1995, 343-366.
- Liotti G: Understanding the dissociative process: the contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry* 1999; 19:757-783.
- Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B: Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 1993; 64:572-585.
- Lyons-Ruth K, Bronfman E, Atwood G: A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: expressions in mother-infant interaction. In: Solomon J, George C (Hg.): *Attachment disorganization*. New York: Guilford, 1999, 33-70.
- Lyons-Ruth K, Connell D, Grunebaum H, Botein S: Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 1990; 61:85-98.
- Main M: Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (Hg.): *Attachment across the life cycle*. London and New York: Routledge, 1991, 127-159.
- Main M, Hesse E: Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and /or frightening parental behaviour the linking mechanism. In: Greenberg M, Cicchetti D, Cummings M (Eds.): *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: University of Chicago Press, 1990, 161-182.
- Milch WE, Hartmann H-P: Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. *Psychotherapeut* 1996; 41:1-12.
- Milch WE: *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001.
- Naumann-Lenzen M: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungs-desorganisation und Entwicklungspsychopathologie. Ausgewählte Befunde und klinische Optionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003; im Druck.
- Nord C, Höger D, Eckert J: Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 2000; 4:76-86.
- Pearson J, Cohn D, Cowan P, Cowan CP: Earned- and continuous-security in adult attachment: relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology* 1994; 6: 359-373.
- Phelps JL, Belsky J, Crnic K: Earned-security, daily stress, and parenting: a comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology* 1998; 10:21-38.
- Schauenburg H, Strauß B: Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hg.): *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart und New York: Schattauer, 2002, 281-292.
- Scheuerer-Englisch H: Das Bild der Vertrauensbeziehung bei zehnjährigen Kindern und ihren Eltern: Bindungsbeziehungen in längsschnittlicher und aktueller Sicht. *Dissertation Universität Regensburg*, 1989.
- Schore AN: Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. In: Keller H (Hrsg.) *Handbuch der Kleinkindforschung* Bern: Huber, 2003, 49-80
- Schuengel C, Bakermans-Kranenberg M, van Ijzendoorn MH: Attachment and loss: frightened maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67:54-63.
- Spangler G, Fremmer-Bombik E, Grossmann K: Social and individual determinants of attachment security and disorganization during the first year. *Infant Mental Health Journal* 1996; 17:127-139.
- Spangler G, Zimmermann P: Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G (Hg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999, 170-194.

- Sroufe LA: Infant-caregiver-attachment and patterns of adaption in preschool: the roots of maladaptation and competence. In: Perlmutter M (Hg.): The Minnesota Symposia on Child Psychology, 1983; 16:41-84.
- Sroufe LA: Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation. In: Cicchetti D (Hg.): Rochester symposium on developmental psychopathology: The emergence of a discipline. Vol. 1. Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1989, 13-40.
- Sroufe LA: Emotional Development. The organization of emotional life in the early years. Cambridge: Cambridge University Press 1995.
- Sroufe LA, Fleeson J: The coherence of family relationships. In: Hinde RA, Stevenson-Hinde J (Hg.): Relationships within families: Mutual influences. Oxford: Oxford Universities Press, 1988, 27-47.
- Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschiweiler-Stern N, Tronick EZ: Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. International Journal of Psycho-Analysis 1998; 79: 903-921.
- Suess GJ, Grossmann KE, Sroufe LA: Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: from dyadic to individual organisation of self. International Journal of Behavioral Development 1992; 15:43-65.
- Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella, R: Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. Developmental Psychology 1995; 31:364-376.
- Thomä H: Intersubjektivität und Bifokalität der Übertragung. In: Bohleber W, Drews S (Hg.): Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001, 370-383.
- van den Boom DC: The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower class mothers with irritable infants. Child Development 1994; 65:1457-1477.
- van Ijzendoorn MH: Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the adult attachment interview. Psychol. Bull. 1995; 117:387-403.
- van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M: Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64:8-21.
- van Ijzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg P, Frankel O: The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment in clinical samples. Child Development 1992; 63:840-858.
- van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ: Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. Development and Psychopathology 1999; 11:225-249.
- Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA: Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; 36:637-644.
- Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L: Attachment security in infancy and early adulthood. A twenty-year longitudinal study. Child Development 2000; 71:684-689.
- Werner E, Smith R: Overcoming the Odds. High-risk children from birth to adulthood. Ithaca und London: Cornell Univ. Press, 1992.
- Winnicott DW: Metapsychologische und klinische Aspekte der Regression im Rahmen der Psychoanalyse. In: Ders.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler, 1976, 179-202.
- Zeanah CH, Boris NW, Bakshi S, Lieberman AF: Attachment disorders of infancy. In: Osofsky JD, Fitzgerald, HE (Eds.): WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Vol. 4. Infant Mental Health in Groups at High Risk. New York: Wiley, 2000, 91-122.
- Zimmermann P: Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In: Spangler G, Zimmermann P (Hg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995, 203-231.
- Zimmermann P: Emotionsregulation im Jugendalter. In: Friedlmeier W, Holodynski M (Hg.): Emotionale Entwicklung. Heidelberg und Berlin: Spektrum Akademischer Verlag, 1999, 219-240.
- Zimmermann P, Becker-Stoll F, Grossmann K, Grossmann KE, Scheuerer-Engelisch H, Wartner U: Längsschnittliche Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter. Psychologie in Erziehung und Unterricht 2000; 47:99-117.

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Hans-Peter Hartmann

Zentrum für Soziale Psychiatrie Bergstraße,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwigstraße 54, 64646 Heppenheim
Tel. 06252-16219 • Fax 06252-16440
Email: Dr.Hartmann@zsp-bergstrasse.de