

Anna Buchheim¹
Carol George²
Malcom West³

Das Adult Attachment Projective (AAP) – Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse

The Adult Attachment Projective (AAP) – Psychometric Properties and New Research Results

Zusammenfassung

George, West u. Pettem [22] entwickelten eine neue Methode, das Adult Attachment Projective (AAP), zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen, bestehend aus einem Set von acht Bildern, einem neutralen und sieben bindungsrelevanten, zu denen jeweils standardisiert Geschichten erzählt werden. Mit diesem Instrument setzen die Autoren die Tradition der bindungstheoretischen Diskursanalyse anhand von Narrativen fort und verbinden sie gleichzeitig mit den etablierten projektiven Bindungsmethoden für Kinder. In diesem Beitrag werden kurz die Auswertungskriterien und Bindungsklassifikationen des AAP charakterisiert. Neben den zufrieden stellenden Ergebnissen zur Reliabilität und konvergenten Validität liefern die neuesten Studien zu entwicklungsbezogenen Korrelaten von Bindung im Vorschulalter und zur Bindungsrepräsentation von Pflegeeltern und deren Pflegeverhalten erste Nachweise für eine prädiktive Validität des AAP. In einer Studie mit dysthymen Patientinnen erweist sich das AAP als valide einsetzbar und ermutigt zur breiteren klinischen Anwendung. Die modifizierte Anwendung des AAP im neurowissenschaftlichen Kontext mit der fMRT eröffnet neue Möglichkeiten für die Untersuchung neuronaler Korrelate von Bindungsmustern bei Borderlinepatientinnen und Gesunden sowie anderen klinischen Gruppen.

Abstract

George, West and Pettem [22] developed a new measure, the Adult Attachment Projective (AAP) to assess attachment representation in adults. The AAP is comprised of a set of eight drawings, one neutral scene and seven scenes of attachment situations. Although the pictures were drawn as projective stimuli, the method of administration combines projective and interview techniques in the form of a semi-structured interview. In this paper the coding procedure and attachment classifications of the AAP will shortly be described. The current results on reliability and convergent validity are reported. Developmental studies examining correlates of attachment during the preschool-age years, as well as adult attachment classification and foster mothers' perceptions of their relationship with their at risk foster children give first evidence for the predictive validity of the AAP. The results of a recent study with dysthymic women using the AAP add to the increasing number of studies that have identified an association between preoccupied attachment and depression. This study encourages the use of the AAP in a broader clinical context. The modified application of the AAP using functional MRI opens a new approach to assess neural correlates of attachment representation in patients with a Borderline Personality Disorder compared to controls, and other clinical groups.

Institutsangaben

¹ Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universität Ulm

² Department of Psychology, Mills College, Oakland, CA

³ Department of Psychiatry, University of Calgary, Calgary, Canada

Danksagung

Wir danken für die freundliche Genehmigung von Carol George und Malcom West für das Abdrucken von zwei Bildern aus dem Adult Attachment Projective ©

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Dr. Anna Buchheim · Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universität Ulm · Am Hochsträß 8 · 89081 Ulm · E-mail: buchheim@sip.medizin.uni-ulm.de

Eingegangen: 25. Februar 2003 · **Angenommen:** 20. Mai 2003

Bibliografie

Psychother Psych Med 2003; 53: 419–427 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

Key words

Attachment representation · adult attachment projective · predictive validity · depression · borderline personality disorder · cognitive neuroscience · functional MRI

Einleitung

In seiner Trilogie zur Bindungstheorie formulierte John Bowlby [1–3] eine umfassende entwicklungspsychologische Theorie der normalen und psychopathologischen Entwicklung. Bowlby geht davon aus, dass sich ein Kleinkind, phylogenetisch determiniert, an eine wichtige Bindungsperson bindet und durch die Reaktionen der Bindungsfigur auf seine Signale eine innere Repräsentation von Bindung entwickelt. Bereits in frühen Jahren konstruiert das Kind innere Modelle von sich und anderen in bindungsrelevanten Situationen, die aus realen Interaktionen mit seiner wichtigen Bindungsfigur resultieren. Innere Arbeitsmodelle von Bindung fungieren als Organisationsstrukturen, die Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Handlungen und später auch Sprache beeinflussen [4, 5]. Je nach der Qualität der Feinfühligkeit, die ein Kind auf sein Bindungsverhalten durch die primäre Bezugsperson erfährt, werden unterschiedliche Vorstellungsmodelle über die erwartete Reaktionsweise der Bindungsfiguren ausgebildet und „gespeichert“. Im Wesentlichen greifen Individuen auch auf ihre inneren Arbeitsmodelle zurück, um Bindungsgeschichten zu konstruieren. Je nachdem wie diese Geschichten konstruiert sind, erfahren wir somit etwas über die emotional-kognitive Organisation der jeweiligen Bindungserfahrung (sicher vs. unsicher) [5].

Ausgehend von klinischen Beobachtungen prägte Bowlby [3] den Begriff „multiple Arbeitsmodelle“, da Schilderungen seiner Patienten über die Beziehung zu ihren Eltern oft widersprüchlich waren, ohne dass dies bewusst bemerkt wurde. Es kann also *mehr als ein* Arbeitsmodell derselben Person oder des Selbst entstehen, wenn widersprüchliche Erfahrungen in der Wirklichkeit gemacht wurden. Dies wird von Bowlby [3] als ein defensiver Selbstschutzprozess aufgefasst. Er versuchte diese Inkompatibilität von Speichersystemen mit dem Rückgriff auf Tulvings [6] Unterscheidung zwischen semantischem und episodischem Gedächtnis zu erklären, deren Inhalte nicht immer übereinstimmen müssen. Das Ausschließen bestimmter Informationen führt nach Bowlby – entsprechend der psychoanalytischen Abwehrtheorie – dazu, dass diese Informationen pathogene Wirkung haben können. In seinem Werk „Attachment and Loss“ [3] beschreibt Bowlby zwei Abwehrvorgänge (defensive exclusion), die er mit unsicheren Bindungstypen verknüpft. Die erste Abwehrform führt zu einer Deaktivierung des Bindungssystems (Deactivation); diese assoziiert er mit dem „zwanghaft selbstgenügsamen“ Typ. Eine zweite Abwehrform führt zu einer Unterbrechung (Disconnection) von bindungsrelevanter Information, diese führt zwar zur Aktivierung des Bindungssystems, hat jedoch eine ungenaue Einschätzung dieser Aktivierung zur Folge. Diese Abwehrform ist mit dem „zwanghaft-fürsorglichen“ und dem „ängstlichen“ Bindungstyp assoziiert. Eine dritte Form der Abwehr, „isolierte Systeme“ (Segregated Systems), führt nach Bowlby [3] zu einem vollständigen Ausschluss von schmerzli-

cher, häufig traumatischer, bindungsrelevanter Information aus dem Bewusstsein.

Neben naturalistischen Beobachtungen – wie der fremden Situation –, die das Bindungsverhalten von 1-jährigen Kindern standardisiert einschätzen ließen [7], interessierte sich Bowlby bereits für projektive Verfahren zur repräsentationalen Erfassung von Bindung bei Kindern. Zusammen mit Klagsburn modifizierte er den „Separation Anxiety Test“ (SAT) [8], um Antworten von 5-jährigen Kindern auf projektive Bilder mit Trennungs- und Verluststhemen differenzieren zu können. Diese methodische Herangehensweise bezog sich auf die wachsende Fähigkeit von älteren Kindern, ihr Beziehungswissen mit primären Bindungsfiguren symbolisch zu organisieren und dieses in Geschichten verbal darzustellen. 20 Jahre später entwickelten Bretherton u. Mitarb. [9] ein „Puppenspiel“ (doll play story item method), um Bindung bei 3-jährigen Kindern auf diesem Wege messen zu können. Diese Methode des Geschichtenerzählens wurde von diversen Forschern weiterentwickelt und jeweils für die Anwendung bei Kindern zwischen 4 und 12 Jahren modifiziert (s. ausführliche Darstellung bei [10]). Obwohl die einzelnen Forscher unterschiedliche Sets von Geschichten (story stems) verwenden, behandeln die meisten bindungsrelevante Themen (verletztes Kind, imaginäres Monster erscheint zur Bettgezeit, Trennung und Wiedervereinigung, Eltern verlassen das Haus und kehren erst am nächsten Tag heim). Die „doll play“-Methode ist in dem Sinne projektiv, als durch die schemenhafte Vorgabe der Themen das Bindungssystem bei den beobachteten Kindern aktiviert und individuelle Repräsentationen ausgedrückt werden können. Die Ereignisse bzw. Konflikte, die das Kind im Spiel mit der fiktiven Puppenfamilie konstruiert, werden als das „Produkt“ seiner mentalen Bindungsrepräsentation angesehen; entsprechend der Konstruktion der Geschichte werden die Kinder als „sicher“, „vermeidend“, „ambivalent“ und „desorganisiert“ klassifiziert [10–13]. Die Puppenspielmethode weist, neben einer zufriedenstellenden Interraterreliabilität, eine konvergente Validität sowohl mit dem Wiedervereinigungsverhalten in der fremden Situation [14] als auch mit den Antworten des projektiven Separation-Anxiety-Tests auf [11]. Weiterhin konnte – wie verschiedene Studien nachwiesen – mit dieser Methode die Sprach-, kognitive und sozioemotionale Entwicklung der untersuchten Kinder vorhergesagt werden [11, 13, 14].

Die bisher vorherrschende Methode, um Bindung bei Erwachsenen reliabel und valide zu erfassen, ist die diskursanalytische Analyse von autobiografischen Narrativen, wie sie im Adult-Attachment-Interview (AAI) [15] vorgenommen wird. Das AAI gilt bis heute als Standardmethode und weist in Längsschnittuntersuchungen eine überzeugende prädiktive Validität auf (z. B. [16], [17]). Es erfasst die *aktuelle* Verarbeitungsstrategie vergangener und gegenwärtiger Bindungserfahrungen von Erwachsenen anhand von 18 semistrukturierten Fragen auf der Basis diskursanalytischer Kriterien (z. B. Kohärenz, Idealisierung, Ärger).

Sowohl in „story stems“, in SAT-Diskursen als auch im AAI stellt die *sprachliche Organisation* der Narrative das zentrale Element dar. Auch wenn das AAI viele methodische Vorteile mitbringt, ergeben sich bezüglich der Konzeptualisierung und Ökonomie auch Nachteile. Kritiker der Bindungsforschung stellten zur Dis-

kussion, dass der Vergleich von AAI-Kategorien mit kindlichen Kategorien, die aus der fremden Situation (FST) erhoben werden, konzeptuell nicht korrekt sei. Dabei wurde betont, dass die elterliche Bindungsrepräsentanz auf deklarative Gedächtnisinhalte, die Verhaltensstrategien der Kinder in der FST dagegen auf prozedurale Gedächtnisinhalte zurückgreift (z. B. Fox [18]). Bis heute wird von einem „transmission-gap“ gesprochen, da zwar eine signifikante Übereinstimmung zwischen der mentalen Organisation von Bindungserfahrungen von Müttern und der Bindungsqualität des Kindes nachzuweisen ist, aber intermittierende Verhaltensvariablen, wie etwa mütterliche Feinfühligkeit, nur etwa 12% der Varianz der kindlichen Bindungsmuster aufklären konnten [19]. Der *direkte* Vergleich zwischen Müttern und ihren Kindern vor dem Hintergrund einer *ähnlich konzeptualisierten Methodik* war bis dahin nicht möglich. Weiterhin wurde vielfach kritisiert, dass das AAI in seiner Anwendbarkeit aufgrund seiner Interviewlänge (Transkriptkosten) und seiner aufwändigen Auswertungsprozedur gerade im klinischen Alltag wenig ökonomisch sei. Letztere Kritik hat jedoch interessierte klinische Bindungsforscher nicht davon abgehalten, das Instrument vielfach einzusetzen ([20], s.a. [21]). Immer wieder wurde besonders von Klinikern diskutiert, auf welche Weise – außer durch ein zeitaufwändiges Interviewverfahren – das Bindungssystem bei Erwachsenen noch aktiviert werden könnte. Schließlich ist die Entwicklung eines neuen Instruments zur Erfassung von Bindung bei Erwachsenen nur dann überzeugend, wenn es sich am „goldenen Standard“, d.h. dem AAI messen lässt. Im Folgenden soll ein Instrument vorgestellt werden, das diesem Kriterium genügt und im klinischen Kontext viel versprechend einsetzbar ist.

Das Adult Attachment Projective

George, West u. Pettem [22] entwickelten das Adult Attachment Projective (AAP) zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen, das qualitativ überzeugend sowie ökonomisch ist. Mit dieser Methode setzen die Autoren die Tradition der bindungstheoretischen Diskursanalyse anhand von Narrativen fort und verbinden sie gleichzeitig mit den etablierten Erfahrungen aus projektiven Bindungsverfahren für Kinder. Das AAP ist ein Instrument, das aus acht Umrisszeichnungen besteht. Die Zeichnungen enthalten nur so viele Details, dass damit die dargestellte bindungsrelevante Szene identifiziert werden kann. Das Projektivset beginnt mit einem Aufwärmbild (neutraler Stimulus), darauf folgen sieben Bindungsszenen (Kind am Fenster, Abschied, Bank, Bett, Notarzt, Friedhof, Kind in der Ecke).

Durch die Reihenfolge soll graduell das *Bindungssystem* des Betrachters *aktiviert* werden. Die Autoren [22] legten in diesem Zusammenhang besonderen Wert darauf, dass sie eine valide Erhebung der Reaktionen auf vorgegebene, standardisierte Stimuli gewährleisten, indem sie Themen wie Krankheit, Trennung, Alleinsein und Bedrohung oder Verlust in die Bilderreihe aufnehmen. Weiterhin integrierten sie Themen, welche die *Verfügbarkeit einer Bindungsfigur* behandeln. Einige AAP-Szenen beinhalten *Dyaden* von zwei Erwachsenen oder einem Erwachsenen und einem Kind und suggerieren dabei eine potenzielle Bindungsbeziehung (z. B. Mutter und Kind, Großmutter und Enkel, Ehepaar). Andere sind monadisch, d.h. sie stellen nur einen Erwachsenen oder ein Kind dar. Diese Szenen fordern beim Be-

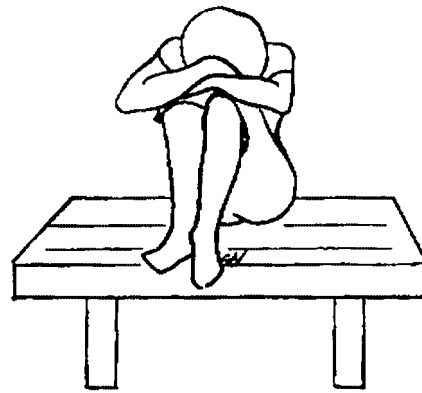


Abb. 1 Beispiel-Bild: „Bank“ aus dem AAP [22].

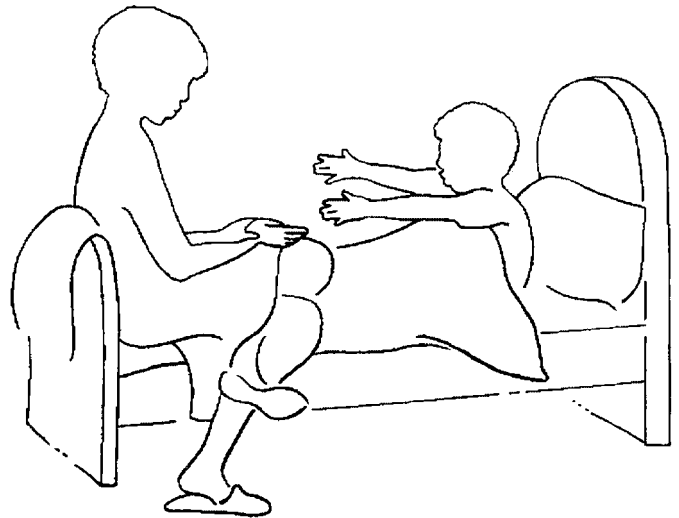


Abb. 2 Beispiel-Bild: „Bett“ aus dem AAP [22].

trachter heraus, eine Beziehung (internal) zu konstruieren. Die Versuchsperson soll zu den Bildern jeweils eine Geschichte erzählen, die folgende Elemente enthält: Wie kam es zu dieser Szene, was fühlen oder denken die Personen und wie könnte die Geschichte enden? Der Versuchsleiter fragt dann nach, wenn eines dieser Elemente in der Geschichte fehlt. In der Regel wird nur 1–2-mal interveniert, damit der Diskurs nicht unnötig unterbrochen wird und Abwehrprozesse sichtbar werden können.

Auswertungsrichtlinien und AAP-Bindungsklassifikationen

Die AAP-Narrative zu den 7 (+1) projektiven Bildern werden wörtlich transkribiert und nach festgelegten Kriterien (Markern) ausgewertet¹. Die Kodierungsvorgehensweise gliedert sich in drei Abschnitte:

1. Inhalt: Die Inhaltsmarker *Agency of Self*, *Connectedness*, *Synchrony* repräsentieren Wörter oder Sätze, die die Charaktere der Geschichten als „allein“ oder „in Beziehung zu jemanden“ darstellen und die Qualität der Beziehung beschreiben,
2. Abwehrprozesse (*Deactivation*, *Cognitive Disconnection*, *Segregated Systems*): In enger Anlehnung an Bowlbys [3] Beschrei-

¹ Die erste genaue Darstellung der Methode mit Transkriptbeispielen findet sich im Original bei [22, 23] und in deutscher Übersetzung bei [24]; eine Zusammenfassung der Auswertekriterien des AAP ist bei [25] (S. 38–39) nachzulesen. In dem vorliegenden Beitrag sollen neueste Angaben zur Reliabilität, Validität und Anwendung des AAP im klinischen Kontext vorgestellt werden.

bung von Abwehrprozessen (exclusion) werden drei Formen der Abwehr unterschieden: Deaktivierung (Deactivation), kognitive Abtrennung (Cognitive Disconnection) und isolierte Systeme (Segregated Systems). *Deaktivierung* wird als Marker gekennzeichnet, wenn die befragte Person ihre Geschichte so konstruiert, dass die beschriebenen Charaktere Bindung oder den Einfluss von Bindung minimieren, entwerten oder ausblenden. *Kognitive Abtrennung* ist eine Form des defensiven Ausschlusses, die widersprüchliche, gegensätzliche Bilder, Bewertungen oder Ereignisabläufe voneinander getrennt hält oder absplattet. Der dritte Marker „*Segregated System*“ liefert Hinweise für einen unverarbeiteten Bindungsstatus. Es werden zunächst Wörter, die Gefahr, Hoffnungslosigkeit, Leere, Isolation, Dissoziation etc. repräsentieren, markiert. Danach wird beurteilt, inwieweit die bedrohliche Situation gelöst wird in Form von Schutz, Handeln oder einer internalisierten, sicheren Basis (Resolved). Eine Geschichte wird dann als nicht verarbeitet (Unresolved) bewertet, wenn erkennbar wird, dass das Bindungssystem zusammengebrochen ist.

3. Diskurs² (*Coherence, Personal Experience*). Wie auch im Adult-Attachment-Interview wird beurteilt, ob in den Narrativen Redundanzen, Wiederholungen, Abbrüche oder Widersprüche vorkommen; also inwieweit das Narrativ dem Kriterium einer kohärenten Geschichte entspricht. Weiterhin wird kodiert, ob eigene biografische Erfahrungen (Personal Experience) in der Geschichte in „Ich-Form“ enthalten sind.

Geschichten von *sicheren Personen* (F) enthalten Charaktere, die auf eine internalisierte sichere Basis zurückgreifen, indem sie nachdenken oder Beziehungen aufsuchen und darin Freude, Synchronizität und bei Kummer Trost erfahren. Die Geschichten enthalten eine klare Identität und sind im Diskursfluss kohärent. Abwehrprozesse spielen hier eine marginale Rolle; falls bedrohliche Ereignisse (Segregated Systems) auftreten, werden diese gelöst bzw. integriert (contained). Geschichten von *bindungsdistanzierten* (Ds) Individuen beinhalten Charaktere mit funktionalen Beziehungen (z.B. „die Mutter bringt dem Kind eine Suppe“, „das Paar flirtet am Bahnhof“), Stereotypen oder Zurückweisung von Nähe (z.B. „die Mutter verweigert dem Kind eine Umarmung“). Die Abwehrform „Deaktivierung“ ist in den Geschichten vorherrschend. Geschichten von *bindungsverstrickten* (E) Personen sind geprägt von einer basalen Unsicherheit, sich für eine Linie zu entscheiden (Junge/Mädchen/jemand; morgens/abends). Vage Angaben (z.B. „das Leben geht weiter und weiter“, „ich weiß nicht“), Konflikte (Streit, Ärger) und die Unfähigkeit konstruktiv zu handeln (z.B. „sie bleibt auf der Bank für lange Zeit alleine sitzen“), sind hier charakteristisch. Die Abwehrform „Cognitive Disconnection“ überwiegt in dieser Kategorie. Beide unsicher-organisierten Gruppen (E/Ds) haben generell inkohärente Narrative und zeigen jeweils Anteile von „Deactivation“ und „Cognitive Disconnection“ in unterschiedlicher Ausprägung. Ein desorganisierter Bindungsstatus (*Unresolved = U*) wird dann klassifiziert, wenn das Individuum nicht in der Lage ist, bedrohliche Inhalte (z.B. Gefahr, Hilflosigkeit, Misshandlung) zu integrieren und einer konstruktiven Lösung zuzuführen. Charaktere in diesen Geschichten greifen auf keine internalisierte sichere Basis zurück (Hilfe holen, nachdenken), können nicht handeln

(z.B. sich schützen, nach Hause gehen, sich ablenken), um sich zu reorganisieren [27]. Weiterhin gibt es „Unresolved“-Personen, die die AAP-Prozedur unvermittelt abbrechen (Constriction), weil reaktivierte biografische Inhalte (Traumata) zu überwältigend werden und das fragile Selbstsystem ggf. bedrohen. Im AAP wird – im Gegensatz zum AAI – keine zweite organisierte Kategorie festgelegt.

Reliabilität und Validität

Das AAP-System wurde entwickelt, um die Kategorien sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt, und unverarbeitete(s) Trauer/Trauma aus dem AAI auf ökonomischere Art zuverlässig klassifizieren zu können: Eine Studie ($n = 122$)³ zur *Konstruktvalidität* weist eine hohe Übereinstimmung zwischen den AAP- und AAI-Kategorien nach:

- a) beim Vergleich der vier Bindungsgruppen (sicher, distanziert, verstrickt, unverarbeitet) wurde eine Übereinstimmung von 92 % ($\kappa = 0,89$, $p < 0,000$) erreicht;
- b) beim Vergleich von den zwei Hauptgruppen (sicher versus unsicher) eine Übereinstimmung von 97 % ($\kappa = 0,80$, $p < 0,000$).

Die Berechnung der *Interraterreliabilität* ($n = 140$) ergab bei vier Gruppen eine Übereinstimmung von 97 % ($\kappa = 0,82$, $p < 0,000$); beim Vergleich von den zwei Hauptgruppen (sicher versus unsicher) wurde eine Übereinstimmung von 97 % ($\kappa = 0,74$, $p < 0,000$) erreicht.

Zurzeit wird die *Test-Reliabilität* überprüft: Bei $n = 27$ ergibt sich im 4. Gruppenvergleich eine Test-Retest-Übereinstimmung von 89 % ($\kappa = 0,88$, $p < 0,000$) und bei zwei Gruppen (sicher versus unsicher) eine 100 %ige Übereinstimmung ($\kappa = 1$, $p < 0,000$).

Prädiktive Validität und klinische Studien mit dem AAP

Entwicklungsbezogene Korrelate von Bindung im Vorschulalter

Die Bindungstheorie postuliert einen Zusammenhang zwischen elterlichen Bindungsrepräsentationen, kindlichen Bindungsmustern und der Anpassung in außerfamiliären Kontexten [2]; diese Vorhersage wurde in verschiedenen Studien mit dem Adult-Attachment-Interview nachgewiesen.

In Studien zur prädiktiven Validität von Béliveau et al. und Cyr et al. [28,29] wurde der mütterliche Bindungsstatus mit dem AAP und das kindliche Bindungsmuster mit der Wiedervereinigungs-episode nach Cassidy u. Marvin [30] erhoben sowie psychosoziale Anpassungsmuster der Kinder mit dem Preschool Socio-Affective Profile (Rating, das von Lehrern vorgenommen wird). Die Ergebnisse zeigten, dass der mütterliche Bindungsstatus für *sicher-unsichere* Klassifikationen signifikant mit dem Bindungsmuster des 5-jährigen Kindes (Wiedervereinigungsklassifikation) korrespondierte ($n = 91$, $\kappa = 0,45$, $p < 0,0001$ (73%)); für *vier Bindungsgruppen* ergab sich $\kappa = 0,31$, $p < 0,0001$ (55%). Die Über-

² Hier wurden die Kriterien von Grice [26] herangezogen und erweitert.

³ Die Studienteilnehmer beider Geschlechter setzen sich sowohl aus gesunden Probanden (Studenten, Probanden rekrutiert über Zeitungsannoncen, Internet) und Patientinnen (Mütter von Kindern mit Gedeihstörungen, dysthyme Frauen) zusammen.

einstimmungen waren vergleichbar mit den Angaben aus der Metaanalyse von van IJzendoorn [19], der den Zusammenhang zwischen mütterlichen AAI-Klassifikationen und kindlichen Bindungsmustern, erhoben mit der fremden Situation [31] aus 18 Studien zusammentrug. Weiterhin konnte in der entwicklungspsychologisch orientierten Studie nachgewiesen werden, dass Kinder von bindungsdistanzierten Müttern mit einem desorganisierten Bindungsstatus signifikant häufiger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigten im Vergleich zu Kindern von sicher-autonomen Müttern.

Bindungsrepräsentation von Pflegemüttern und Pflegeverhalten

Bisher gibt es wenige Bindungsstudien mit Pflegefamilien, in denen sowohl die elterliche Bindungsrepräsentation als auch das elterliche Pflegeverhalten (caregiving system, [32]) betrachtet wurden. Bezugnehmend auf den oben erwähnten „transmission gap“ [33], interessierte sich Odipo [34] in seiner Studie für diesen Zusammenhang bei Pflegemüttern und ihren Pflegekindern. Die Fragestellung war, inwieweit die Bindungsrepräsentationen, erhoben mit dem AAP, mit der Beschreibung der Pflegemütter von sich selbst, erhoben mit dem Parent-Development-Interview [35] assoziiert sind und ob sich „sichere“ von „unsicheren“ Pflegemüttern diesbezüglich unterscheiden.

Die Stichprobe bestand aus 30 Pflegemüttern, die ein Pflegekind zwischen 6 und 12 Jahren zu Hause hatten und deren Pflegekind klinisch als ein Risikokind bezüglich der emotional-kognitiven Entwicklung angesehen wurde (erhoben mit dem Behavior Assessment System for Children, BASC). Die ethnische Zugehörigkeit der Pflegemütter war unterschiedlich (Kaukasier, Schwarze, Spanier, Asiaten). Die Selektion der Stichprobe zielte auf eine ausgewogene Zahl an „sicheren“ gegenüber „unsicheren“ Pflegemüttern ab. Die Bindungsrepräsentation war unabhängig von Alter, Familienstand und der Anzahl der Kinder zu Hause; es war kein Unterschied zwischen dem Grad des klinischen kindlichen Risikos und der Bindungsklassifikation der Pflegemütter festzustellen. Die beiden Gruppen (sichere versus unsichere Pflegemütter) unterschieden sich jedoch in ihren Repräsentationen bezüglich der Beziehung zu ihren Pflegekindern. Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen mütterlicher Bindungssicherheit und der Darstellung von Freude, Einfühlungsvermögen in die Perspektive des Kindes sowie eine durchgängige Kohärenz in den Beschreibungen des Pflegeverhaltens. Ebenso bestand ein Zusammenhang zwischen sicherer Bindung der Pflegemütter (AAP) und Repräsentationen, die auf sicheres Pflegeverhalten (positiver Affekt, feinfühliges Wahrnehmen des Kindes) hinwiesen im Gegensatz zu unsicheren Pflegemüttern (AAP), die häufiger negativen Affekt (z.B. Schmerz, Belastung) im Interview aufwiesen. Odipo [34] diskutiert die Ergebnisse im Hinblick auf die Bedeutung von präventiven Interventionsprogrammen für Pflegemütter, die als „unsicher“ klassifiziert werden.

Bindung und Depression

Obwohl Bowlby davon ausging, dass Depression mit ängstlichen Bindungstypen assoziiert ist, führte ihn sein Nachdenken über die Bedeutung von realen Verlusten auch zu der Annahme, dass Depression auf mangelnde Trauerarbeit zurückzuführen sei [3]. Bisherige Forschungsergebnisse zeigten gemischte Resultate: Ei-

nige Studien fanden eine Korrelation zwischen Depression und ängstlich-ambivalenter Bindung [36–40], andere fanden bei diesen Patienten einen höheren Anteil an „unsicher-distanzierter“ Bindungsrepräsentation [41,42]. Weitere Studien fanden einen Zusammenhang zwischen Depression und unverarbeiteter Trauer (Unresolved Loss) [38,42,43]. Dozier et al. [20] erklären dieses inkonsistente Ergebnis damit, dass innerhalb der Gruppe depressiver Patienten unterschiedliche Verarbeitungsstrategien, nämlich internalisierende versus externalisierende, zum Tragen kommen. Letztlich spiegelt sich in dem Befund eine Unterscheidung depressiver Störungen nach dem Ausmaß an Autonomie bzw. Abhängigkeit, die von vielen Autoren theoretisch getroffen (z.B. [44–47]) und beispielsweise von Pilkonis [48] empirisch fundiert wurde. Der Vergleich dieser Ergebnisse ist schwer zu interpretieren, da die Studien auf unterschiedlichen Stichproben (klinisch versus nichtklinisch), Methoden (Interview versus Selbstbeurteilungsinstrumente) und Diagnosekriterien (klinisch versus symptomatisch) basieren. Dozier et al. [20] und Buchheim et al. [21] fassten die AAI-Studien mit Depressiven zusammen und kamen zu dem Schluss, dass bei der Betrachtung der Bindungstypologie bei der heterogenen Gruppe affektiver Störungen zunächst zwischen unipolaren und bipolaren Störungen unterschieden werden sollte. Innerhalb der unipolaren Gruppen konnte herausgearbeitet werden, dass im Vergleich zur Dysthymie die Major Depression weniger häufig mit einem desorganisierten Bindungsstatus und deutlich häufiger mit einer sicheren Bindungsrepräsentation assoziiert werden kann. Innerhalb der depressiven Krankheitsbilder sollten darüber hinaus internalisierende versus externalisierende Copingstrategien in Verbindung mit den unterschiedlichen „states of mind with respect to attachment“ in Betracht gezogen werden. Die Untersuchung des Zusammenhangs von Depression und Bindung entpuppt sich als eine komplexere Fragestellung, die vermutlich nur unter Berücksichtigung von Klassifizierung, Komorbidität, Verlauf und Schweregrad beantwortet werden kann.

West u. George [49] untersuchten diese Fragestellung erneut, indem sie bei einer Stichprobe mit 24 „reinen“ dysthymen Frauen (Diagnose erhoben mit dem SCID-NP; Ausschluss von Komorbidität, Alter: Range 18–65 Jahre; Mittelwert 45) das AAP erhoben. Die Dysthymie stand im Vordergrund der Betrachtung aufgrund von deren hoher Prävalenz bei Frauen. Vor dem Hintergrund des kognitiven Modells der gelernten Hilflosigkeit nahmen die Autoren [49] an, dass Dysthymie überproportional häufig bei unsicher-verstrickten („preoccupied“) Frauen vorkommt als Ausdruck für deren mangelnde Selbstwirksamkeit, inneren Stress zu beenden. Im AAP sind mangelnde Selbstwirksamkeit (Agency of Self) und die Unfähigkeit, auf internalisierte Bindungserfahrungen konstruktiv zurückzugreifen, charakteristisch für eine unsicher-verstrickte Bindung. Die Beurteiler der AAP-Narrative waren blind gegenüber der Diagnose und weiteren Informationen; die Interraterreliabilität betrug für die beiden Gruppen sicher-unsicher 100%, für die vier Bindungsgruppen 92%. Entsprechend der Hypothese fanden West u. George [49] einen signifikant höheren Anteil an unsicherer Bindung bei den dysthym erkrankten Frauen (nur 2 Frauen wurden als sicher klassifiziert). Die Mehrheit der unsicher-gebundenen Frauen waren „preoccupied“ (n = 14; 58%). 4 Frauen wurden als „dismissing“ und 4 als „unresolved“ klassifiziert. Dieses Ergebnis unterstützt die Mehrzahl der bisherigen Untersuchungen, die einen Zusammenhang

zwischen Depression und unsicher-verstrickter Bindung (ängstlicher Bindung) fanden.

Modifiziertes AAP zur Erfassung neuronaler Korrelate von Bindungsrepräsentation bei Borderlinepersönlichkeitsstörung: eine fMRT-Studie

Zunächst gingen wir in unserer Studie der allgemeinen Frage nach, ob sich während der Aktivierung des Bindungssystems durch die spezifischen AAP-Bilder und während des Erzählens von AAP-Narrativen „online“ die Hirnaktivität bei Borderlinepatientinnen und Gesunden mithilfe der funktionellen MRT messen lässt. Ziel dieses Ansatzes war es, erstmals funktionelle Korrelate individueller Bindungsnarrative nicht nur bezüglich formaler Kriterien der Sprache [50], sondern auch in Bezug auf ihren spezifischen bindungsrelevanten Inhalt und ihre Bedeutung direkt zu messen [51,52]. Traumatisierungen im Rahmen von Verlust-, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen spielen bei der Genese von Borderlinestörungen eine besondere Rolle. Die bis jetzt vorliegenden zwei Studien über den Zusammenhang von Borderline und Bindung, gemessen mit dem AAI, deuten darauf hin, dass diese Patienten überproportional häufig eine „verstrickte“ Bindungsrepräsentation aufweisen und zudem häufig der Kategorie „ungelöstes Trauma“ (unresolved) zugeordnet werden [38,41]. Eine weitergehende, neurowissenschaftliche Hypothese ist, dass bei Borderlinepatienten im Vergleich zu Gesunden Unterschiede in der Hirnaktivität nachzuweisen sind, wenn das Bindungssystem zusammenbricht (unresolved). Die auf der Präsentation von Bildern basierende AAP-Methode bot sich uns hier als geeignetes Verfahren an, unter Scannerbedingungen das Bindungssystem zu aktivieren.

Die Stichprobe unserer Pilotstudie bestand aus 8 Patientinnen mit einer gesicherten Borderlinediagnose nach DSM-IV, erhoben mit dem SCID-II und 8 gesunden Frauen. Den Versuchspersonen wurden im Scanner (1,5 Tesla Magnetom Symphony, Siemens) in vorgegebener Reihenfolge nacheinander über eine fMRT-kompatible Videobrille die 8 AAP-Bilder gezeigt. Die Aufgabe der Vpn bestand darin, zu den Bildern gemäß der Original-AAP-Instruktion jeweils eine Geschichte zu erzählen und dabei den Kopf möglichst ruhig zu halten. Die *Modifikationen* der AAP-Prozedur bestanden darin, dass

1. vor jedem Bild die Instruktion erneut eingeblendet wurde und
2. die Versuchsleiterin nicht nachfragte, wenn die Versuchsperson aufhörte zu sprechen. Die verbalen Äußerungen wurden über ein MRT-kompatibles Mikrofon digital aufgenommen, transkribiert und ins Englische übersetzt. Die AAP-Narrative wurden von den beiden Autorinnen A. B. und C. G. in ihrer jeweiligen Muttersprache ausgewertet; die Interraterübereinstimmung bei vier Gruppen betrug in 16 Fällen $\kappa = 0,805$ (87,5%).

Die fMRT-AAP-Narrative, die unter modifizierten Bedingungen durchgeführt wurden (kein Nachfragen, Scannergeräusche) waren in ihrer Wortlänge und Qualität mit AAP-Narrativen unter normalen Bedingungen vergleichbar und gut auswertbar. Die Versuchspersonen fühlten sich durch die Scannerbedingung weder geängstigt, übermäßig belastet noch in der Fähigkeit, Geschichten zu erzählen, eingeschränkt. Von den 8 Probandinnen wurden 50% ($n = 4$) als „secure“ (F) klassifiziert und 50% als „unresolved“ (U). Von den 8 Patientinnen wurden ebenso 50% als

„organisiert“ ($n = 2$ „preoccupied“, $n = 1$ „secure“ (F), $n = 1$ „dismissing“) und 50% als „unresolved“ (U) klassifiziert. Der hohe Anteil an „unresolved“ in der Kontrollgruppe war erstaunlich, ist jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe nicht weiter interpretierbar.

Die noch sehr vorläufigen Ergebnisse unserer Pilotstudie weisen darauf hin, dass das freie Sprechen im fMRT bei visuellen Stimuli (128 Bilder über alle Versuchspersonen) reliable Aktivierungen in visuellen, motorischen und sprachbezogenen Regionen erzeugt, die in einem sinnvollen Zusammenhang zum Stimulusmaterial und der Aufgabe stehen (Bilder sehen und Geschichten erzählen). Insofern konnte die allgemeine Fragestellung unserer Studie bestätigt werden. Weiterhin zeigt sich, dass diese Hirnaktivierungen auch nachweisbar sind, wenn die Anzahl der ausgewerteten Bilder pro Person reduziert wird, d. h. wenn nur die Bilder jener AAP-Fälle analysiert wurden, die als „resolved“ oder „unresolved“ eingeschätzt wurden ($n = 35$ Bilder über alle Versuchspersonen). Dieses Ergebnis ermutigte uns, weitere Analysen mit spezifischen Fragestellungen in Bezug auf die Unterscheidung der sprachlichen Organisation von AAP-Narrativen anzugehen, die zurzeit durchgeführt werden.

Zusammenfassend zeigt uns die Pilotstudie, dass sich das AAP als Paradigma eignet, um neuronale Korrelate von Bindungsmustern sowohl bei Patientinnen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung als auch bei Gesunden ausführlicher zu untersuchen. Die Möglichkeit der Standardisierung des Stimulusmaterials (Bilderfolge, Instruktion) und die diskursanalytische Auswertbarkeit der Narrative in Bezug auf ihre bindungsrelevanten Abwehraspekte erscheint für komplexere neurowissenschaftliche Fragestellungen viel versprechend. Weitere Analysen in dieser Studie werden sich mit den neuronalen Korrelaten der Bindungsdesorganisation beschäftigen, auch im Hinblick auf eine objektivierende Erklärung der Abwehrform „segregated systems“ (Bowlby [3]), die zu einem vollständigen Ausschluss von schmerzlicher, häufig traumatischer, bindungsrelevanter Information aus dem Bewusstsein führt und gerade für klinische Gruppen von besonderer Bedeutung ist [21,25,53,54].

Schlussfolgerung

Obwohl das AAP erst seit 1999 verfügbar ist, sind bereits einige viel versprechende Studien mit diesem Instrument durchgeführt worden. Neben den zufrieden stellenden Angaben zur Reliabilität und zur konvergenten Validität mit dem AAI liefern die entwicklungspsychologischen Studien [28,29,34] den ersten Nachweis für eine prädiktive Validität des AAP. Im klinischen Kontext ist das AAP ebenso valide einsetzbar; die Ergebnisse der Depressionsstudie [49] lassen sich in die Studienergebnisse mit dem AAI bei Depressiven gut einordnen. Die modifizierte Anwendung des AAP im neurowissenschaftlichen Kontext [51,52] eröffnet neue Möglichkeiten für die Untersuchung neuronaler Korrelate von Bindungsmustern bei Borderlinepatientinnen und Gesunden sowie bei anderen klinischen Gruppen. Die ökonomische Durchführung des AAP (ca. 30 min) lässt auch daran denken, das AAP in der klinischen Routine diagnostisch einzusetzen. Die reliable Auswertung verlangt jedoch ebenso wie das AAI ein ausführliches 2-wöchiges Seminar mit anschließendem Reliabilitätstest

mit 30 Fällen (Anmeldung zum jährlich stattfindenden AAP-Trainingsseminar: george@mills.edu). Die Originalarbeiten von George u. West sind auf der website: <http://www.attachmentprojective.com/> nachzulesen.

Literatur

- ¹ Bowlby J. Attachment and Loss, Vol 1. Attachment. New York: Basic Books, 1969
- ² Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 2: Separation. Anxiety and Anger. New York: Basic Books, 1973
- ³ Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth Press, 1980
- ⁴ Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1985
- ⁵ Bretherton I. Internal working model in attachment relationships: A construct revisited. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment. New York: Guilford, 1999: 89 – 111
- ⁶ Tulving E. Episodic and semantic memory. In: Tulving E, Donaldson W (eds): Organization of memory. New York: Academic Press, 1972: 55 – 78
- ⁷ Ainsworth MDS. Pattern of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. Merrill-Palmer Quarterly 1964; 10: 51 – 58
- ⁸ Klagsbrun M, Bowlby J. Responses to separation from parents: A clinical test for young children. British Journal of Projective Psychology 1976; 21: 7 – 21
- ⁹ Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year olds. In: Greenbergh MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds): Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press, 1990: 273 – 308
- ¹⁰ Solomon J, George C. The measurement of attachment security in infancy and childhood. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application. New York: Guilford Press, 1999: 287 – 316
- ¹¹ Goldwyn R, Stanley C, Smith V, Green J. The Manchester Child Attachment Story Task: Relationship with parental AAI, SAT and child behavior. Attachment and Human Development 2000; 2: 48 – 70
- ¹² Green J, Stanley C, Smith V, Goldwyn R. A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. Attachment and Human Development 2000; 2: 42 – 64
- ¹³ Gloger-Tippelt G, Gomille B, König L, Vetter J. Attachment representations in 6-year olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mother's attachment representations. Attachment and Human Development 2000; 4: 318 – 338
- ¹⁴ Solomon J, George C, Jong A De. Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. Development and Psychopathology 1995; 7: 447 – 464
- ¹⁵ George C, Kaplan N, Main M. The Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. Berkely: University of California, 1984/1985/1996
- ¹⁶ Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Development 1991; 62: 891 – 905
- ¹⁷ Benoit D, Parker KH. Stability and transmisson of attachment across three generations. Child Dev 1994; 65: 1444 – 1456
- ¹⁸ Fox NA. Of the way we were: Adult memories about attachment experiences and their role in determining infant-parent relationships: A commentary on van IJzendoorn. Psychological Bulletin 1995; 117: 404 – 410
- ¹⁹ IJzendoorn M van. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. Psychological Bulletin 1995; 117: 387 – 403
- ²⁰ Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment. New York: Guilford Press, 1999: 497 – 519
- ²¹ Buchheim A, Strauss B, Kächele H. Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikationen für psychische Störungen. Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychother Psych Med 2002; 52: 128 – 133
- ²² George C, West M, Pettem O. The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (eds): Attachment disorganization. New York: Guilford, 1999: 462 – 507
- ²³ George C, West M. Developmental versus social personality models of adult attachment and mental ill health. British Journal of Medical Psychology 1999; 72: 285 – 303
- ²⁴ Gloger-Tippelt G. Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber, 2001
- ²⁵ Buchheim A, Strauss B. Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte. Stuttgart: Schattauer, 2002: 27 – 53
- ²⁶ Grice HP. Logic and Conversation. In: Cole P, Moran JL (eds): Syntax and Semantics. New York: Academic Press, 1975: 41 – 58
- ²⁷ Solomon J, George C. The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In: Solomon JC, George G (eds): Attachment disorganization. New York: Guilford Press, 1999: 3 – 32
- ²⁸ Béliveau M, Cyr C, Moss E. Introduction to a projective measure of attachment. Paper presented at the Attachment Conference, Quebec City, Canada: May 2002
- ²⁹ Cyr C, Béliveau M, Moss E. Maternal attachment representations: Links with child attachment and externalizing behavior problems. Paper presented at the meeting of The Society for Personality Assessment. San Francisco, USA: March 2003
- ³⁰ Cassidy J, Marvin RS. Attachment organization in preschool children: Coding guidelines. Unpublished coding manual. Seattle: MacArthur Working Group on Attachment, 1987/1990/1991/1992
- ³¹ Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978
- ³² George C, Solomon J. Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment. New York: Guilford Press, 1999: 649 – 670
- ³³ Woolff MS de, IJzendoorn MH van. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development 1997; 68: 571 – 591
- ³⁴ Odipo CO. Adult Attachment Classification and foster mother's perceptions of their relationship with their at risk foster children. Unpublished doctoral dissertation. Stockton, CA: University of the Pacific, 2002
- ³⁵ Pianta RC, O'Connor TG, Morog MC, Button S, Dimmock J, Marrin RS. Scoring guide for the PDI, unpublished manuscript. Charlottesville, NC: University of Virginia, 1993/1995
- ³⁶ Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffee K. Depression, working models of others, and relationship functioning. Journal of Personality and Social Psychology 1994; 66: 127 – 140
- ³⁷ Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorders and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64: 282 – 290
- ³⁸ Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relationship of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 4: 22 – 31
- ³⁹ Hammen CL, Burge D, Daley SE, Davila J, Paley B, Rudolph KD. Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. Journal of Abnormal Psychology 1995; 104: 436 – 443
- ⁴⁰ Murphy B, Bates GW. Adult attachment style and vulnerability to depression. Personality and Individual Differences 1997; 22: 835 – 844
- ⁴¹ Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughan B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. Development and Psychopathology 1994; 6: 375 – 388
- ⁴² Tyrrell C, Dozier M. The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Washington, DC: Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, 1997
- ⁴³ Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64: 244 – 253

- ⁴⁴ Arieti S, Bemporad J. The psychological organization of depression. *American J Psychiat* 1980; 136: 1365–1369
- ⁴⁵ Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: Clayton P, Barrett J (eds): *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press, 1983
- ⁴⁶ Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron ES, McDonald C, Zuroff D. Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *J Consult and Clinic Psychol* 1982; 50: 113–124
- ⁴⁷ Emery G, Leshner E. Treatment of depression in older adults: Personality considerations. *Psychotherapy Theory Research and Practice* 1982; 19: 500–505
- ⁴⁸ Pilkonis PA. Personality Prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *J Personality Dis* 1988; 2: 144–152
- ⁴⁹ West M, George C. Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development* 2002; 4: 278–293
- ⁵⁰ Kircher T, Liddle PF, Brammer MJ, Williams SC, Murray RM, McGuire PK. Neural correlates of Formal Thought Disorder in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 769–774
- ⁵¹ Buchheim A, Erk S, Walter H. Neuronale Korrelate von Bindungsmustern im fMRT. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 82
- ⁵² Walter H, Erk S, Ruchow M, Kircher T, Kächele H, Martius P, Spitzer M, Buchheim A. Bindungstheorie und Borderline-Persönlichkeitsstörung: Neue Forschungsansätze der klinischen kognitiven Neurowissenschaft. *Nervenarzt* 2002; 1 (Suppl): 182
- ⁵³ Buchheim A, George C, Walter H. Neural correlates of attachment representation in Borderline patients. San Francisco: Paper, Society for Personality Assessment Midwinter Meeting, March 19–23, 2003
- ⁵⁴ Buchheim A, Brisch KH, Kächele H. Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 1998; 48: 128–133

Buchbesprechung

Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis.

Annette Streeck-Fischer, Ulrich Sachsse, Ibrahim Özkan (Hrsg)
2001, 236 S. (Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.) Kart. 25,- €
ISBN 3-525-45868-1

Vom Format her legen die Herausgeber ein sehr handliches Buch vor, das vom Inhalt her dem Leser zunächst etwas sperrig vorkommt. Es enthält Arbeiten zur Geschichte sowie zu Grundlagen der Forschung und des Verständnisses von Traumen mit ihren Auswirkungen auf Körper, Seele und gesellschaftliche Bezüge. Es ist ein anspruchsvolles Buch, das dem Leser einen Spagat abverlangt zwischen diffizilen neurowissenschaftlichen Erkenntnissen über die Beschäftigung mit psychotherapeutischen Erklärungsmodellen und Therapieansätzen bis hin zur Glaubwürdigkeit von Erinnerungen nach traumatischen Belastungen und den transgenerationalen Folgen von Holocaustopfern und Nazi-tätern. Um es gleich vorwegzunehmen: Die Mühe des Spagates lohnt sich. Den Herausgebern gelingt es, überzeugend zu vermitteln, dass die Beschäftigung mit dem Thema Trauma, sei es in Forschung oder Behandlung, die althergebrachte Trennung von Geist und Körper oder Psyche und Soma überwinden muss, wenn sie Erfolg haben will. Ein Psychotrauma hinterlässt eben nicht nur Veränderungen im Bereich des Denkens und Fühlens, des Erinnerns und der Konzentration, es verändert auch jene Gehirnstrukturen und Stressverarbeitungssysteme, die die körperlichen Korrelate der psychischen Funktion sind. Eine der wichtigsten Aussagen des Buches lautet: „Das Gehirn ist nicht nur Ausgang, sondern auch wichtigstes Zielorgan der Stressreaktion“.

Was bietet das Buch nun im Einzelnen? Im ersten Kapitel zeigen die Herausgeber die Perspektiven der Traumaforschung auf, ranken diese um die Bezeichnung des Kardinerschen Begriffes der Physioneurose und der modernen psychotherapeutischen Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Den Herausgebern liegt daran, beide Konzepte quasi als zwei Seiten einer Medaille darzustellen und somit den Leser adäquat einzustimmen. Es gelang ihnen, für die folgenden neun Kapitel herausragende, international renommierte Autorinnen und Autoren zu gewinnen. Den Anfang macht Leonore Terr, die sich dem immer wieder diskutierten und umstrittenen Phänomen des Wahrheitsgehaltes von Erinnerungen nach traumatischen Belastungen zuwendet. Auch wenn sie empirisch eindrucksvoll belegen kann, dass mit Ansteigen der emotionalen Involvierung die Wahrscheinlichkeit inkonsistenter Schilderungen aus der Erinnerung von Kindern sank, verweist die Autorin selbstkritisch darauf, dass das False-Memory-Problem damit nicht ad acta gelegt werden kann, sondern dass der Einzelfall immer wieder der genauen Prüfung bedarf.

Vier der folgenden Beiträge sind neurowissenschaftlichen Erkenntnissen der Stressverarbeitung und der PTBS gewidmet. Ausgehend von der vielfach belegten Annahme, dass der Hippokampus bei Traumatisierten aufgrund der toxischen Wirkung von Kortisol geschädigt wird, führt Yehuda den Leser ein in eine vielschichtige Auseinandersetzung mit neuroendokrino-logischen Prozessen, die der Stressreaktion zugrunde liegen. Im Zentrum steht dabei die Kaskade der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse (HPA-Achse). Insgesamt handelt es sich gerade auch für Nichtmediziner um eine sehr lesenswerte und gut lesbare Einführung in neuroendokrino-logische Vorgänge; besonders ansprechend ist die Frageform, die es ermöglicht, dem Autor in seinen Gedankengängen zu folgen und beinahe so etwas wie einen kriminalistischen Spürsinn für die Frage zu entfalten, wie es denn sein kann, dass im anscheinenden Widerspruch zu herkömmlichen Stresstheorien bei traumatisierten Menschen immer wieder erniedrigte basale Kortisolspiegel gemessen werden. Der Autor spricht vom HPA-Paradoxon bei PTBS und schlussfolgert, dass Kortisol nicht das herausragende Merkmal der Neuroendokrinologie dieser Störung ist. Ins Zentrum der Betrachtung gerät die Glukokortikoidrezeptorreaktionsbereitschaft, die die physiologischen und verhaltensbezogenen Auswirkungen von Kortisol moderiert. Es konnte nachgewiesen werden, dass die PTBS nicht nur dadurch charakterisiert sind, dass eine gesteigerte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren in den Lymphozyten besteht, sondern auch im Hippokampus. Die Glukokortikoidtoxizität führt nun doch zur Schädigung des Gehirns, wo besonders viele dieser Rezeptoren sind. Man ahnt – und das ist gut so –, dass die Dinge in diesem Forschungsfeld erheblich komplizierter liegen, als mancher durchaus am Somatischen interessierte Psychotherapeut es zunächst vermuten mag. Yehudas Fazit, das auch bei den anderen Autoren immer wieder durchklingt, hebt ab auf eine Warnung vor allzu viel Biologismus, indem er selbstkritisch die Begrenztheit der Aussagekraft der Befunde diskutiert mit der Folgerung, dass die Frage der Ätiologie neuroanatomischer Veränderungen weiterhin ungeklärt bleibt. Bescheiden verweist er darauf, dass viele Spekulationen sich anbieten und dass wir bisher ein Modell der Zusammenhänge haben, mehr nicht. Markowitsch, der führende Gedächtnisforscher Deutschlands, stellt sich der schwierigen Aufgabe, den Leser auf wenigen Seiten in die funktionelle Neuroanatomie und

Biochemie des Gedächtnisses bzw. unterschiedlicher Gedächtnissysteme einzuführen. Für nicht vorgebildete Leser eine nicht ganz leichte Aufgabe, aber vielleicht eine gute Anregung, sich noch einmal der einschlägigen Grundlagenliteratur zuzuwenden! Die neuroanatomischen Grundlagen der Verwobenheit von Gedächtnis und Emotion werden aufgezeigt. Der Autor hat in eigenen Untersuchungen nachgewiesen, dass hohe affektive Erregung die Aktivität weitgestreuter gedächtnissensitiver Hirnregionen blockieren kann. Diese nachgewiesene stressbedingte Blockade wird zu einem neuen Krankheitsbild, dem mnestischen Blockadesyndrom, zusammengefasst. Ob wir dies brauchen oder nicht, sei dahingestellt, positiv ist jedenfalls die explizite Verknüpfung der somatischen Befunde mit psychoanalytischem Gedankengut. In gewohnter Weise mit leichter Hand verdichtet dann Hüther, was in den vorangegangenen Kapiteln im Einzelnen erörtert wurde und schildert anschaulich die neuronalen und biochemischen Prozesse der Stressreaktionen. Ein Trauma als unkontrollierbarer Stress bewirkt, dass alle zur Verfügung stehenden Mittel zur Bewältigung ad absurdum geführt werden und eine Abkoppelung der traumatischen Erfahrung begünstigt wird. In diesem Zusammenhang werden Dissoziation, Sucht und suchttähnliche Traumafolgen als so genannte „erfolgsgebaute psychische Erblindungsphänomene“ konzipiert. Therapie relevant ist die Aussage Hüthers, dass eine stressinduzierte Destabilisierung und Auslöschung neuronaler Verbindungen synaptischer Verschaltungen nötig sind, um grundlegende Veränderungen im Fühlen, Denken und Handeln zu bewirken. Traumazentriertes therapeutisches Vorgehen basiert in weiten Teilen auf dieser Erkenntnis; neurophysiologisch nicht ableitbar und somit im Einzelfall immer wieder sorgsam auszuloten ist jedoch die Dosis, mit der dies zu geschehen hat. Die experimentellen Arbeiten mit Mäusen aus der Arbeitsgruppe um Spiess mobilisieren zumindest beim psychologisch ausgebildeten Leser Erinnerungen an frühe Studienzeiten. Es ist gut, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass es sich hierbei um Grundlagenforschung handelt und die Extrapolation auf den Menschen kritisch zu sehen ist. Dies insbesondere, als hinsichtlich des Lernens Verhaltensunterschiede schon zwischen Mäusestämmen nachgewiesen werden konnten. Für die Erforschung menschlichen Verhaltens wird nicht nur mit Speziesunterschieden zu rechnen sein, sondern im Gegensatz zur Welt der Nager auch mit großen interindividuellen Differenzen. Natürlich darf in einem Buch mit dem Anspruch, eine umfassende wissenschaftliche Sicht auf das Trauma wiederzugeben, auch der historische bzw. psychiatrisch-historische Aspekt nicht fehlen. Es ist immer wieder bereichernd, Ausführungen zu dieser Thematik von Venzlaff zu lesen, die 100 Jahre Traumatherapie mit kritischer Darstellung der Irrungen und Wirrungen wiedergeben. Zu hoffen ist, dass dieser Rückblick nicht nur bei Psychotherapeuten psychoanalytischer Prägung eine gewisse Beklommenheit hinterlässt, wird doch deutlich, zu welchen Fehlentwicklungen dogmatische Einseitigkeit und ein übertriebenes Loyalitätsdenken führen können. Eindrucksvoll konfrontiert dieser Überblick über die Geschichte eines Leidens den Leser mit der Tatsache, wie sehr psychiatrisch-psychotherapeutische Verstehenszugänge auch in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Verhältnissen, hier insbesondere dem Ersten und Zweiten Weltkrieg, stehen. Andererseits sind aber auch

die Psychiater und Psychoanalytiker zu erwähnen, allen voran Eissler, Niederland und Krystal, die zur Anerkennung der Traumatisierung als eigenständiges Krankheitsbild beitrugen und in Deutschland Verfolgungsleiden als berentungsfähige seelische Dauerschäden zur Geltung verhalfen. In Anbetracht der wechselvollen Geschichte ist es um so erfreulicher, dass heutzutage gerade die Traumatherapie die aktuelle Debatte um Methodenvielfalt, Methodenintegration und differenzielle Indikation, also das Abrücken von einem rigiden Festhalten an einem Denken in Therapieschulkategorien, sehr beflügelt. Diskussionen um die einzig geeignete Methode sind veraltet. An die Stelle ist die fruchtbare Arbeit mit einer zwar wissenschaftlich fundierten, aber undogmatischen Methodenvielfalt sorgfältig abgestimmt auf den Einzelfall getreten. Peichls Revue der Erklärungsmodelle und Therapieansätze zeigt die vorsichtigen Annäherungen zwischen Psychoanalyse, kognitiver Theorie und Neurowissenschaften auf. Die konsequenteste Umsetzung in der Therapie gelingt Reddemann und Sachsse. Auf wenigen Seiten erfährt hier der Leser von den beiden wohl prominentesten und versiertesten Traumatherapeuten in Deutschland sehr nachdrücklich, warum eine verantwortungsvolle Traumatherapie um die Einbeziehung der neurobiologischen Prozesse gar nicht mehr herumkommt. In konsequenter Weiterführung der Betrachtung der PTBS als funktionelle Gehirnpsychosomatose ist diese als somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10) zu beschreiben, entsprechend dem klassischen Begriff des funktionellen Syndroms mit einer Erweiterung der Definition auf das Gehirn. Es folgen dann kurze Abrisse über lerntheoretische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze, natürlich auch mit einer Erwähnung des EMDR. Erklärungsmodelle der systemischen Therapie, der Hypnotherapie und der lösungsorientierten Psychotherapie schließen sich an, ebenso wie die der Psychoanalyse. Deutlich wird, wie viel Forschung und Diskussion therapeutische Verfahren noch leisten müssen, um eine in sich konsistente Verknüpfung mit neurobiologischen Erkenntnissen herzustellen.

Den Abschluss bildet ein Kapitel von Gabriele Rosenthal zu den transgenerationalen Folgen von Verfolgung und Täterschaft, das auf Interviews mit Familien von Holocaustüberlebenden und Nazitätern über drei verschiedene Generationen – Großeltern, Eltern, Kinder – beruht. Die Autorin weckt beim Leser das Interesse an einer Vertiefung der Thematik, wofür sich ihre beiden 1995 und 1997 erschienenen Bücher geradezu anbieten. Die Dreigenerationenperspektive verdeutlicht eindrucksvoll die Brisanz der Traumafolgen und die Wichtigkeit, traumatisierten Patienten wirkungsvolle Therapie anbieten zu können, die eines um jeden Preis vermeidet, nämlich die Retraumatisierung.

Man schlägt das Buch zu mit dem beruhigenden Gefühl, bezogen auf Trauma und PTBS sich wieder einmal auf den aktuellen Stand gebracht zu haben, ahnt aber gleichzeitig auch, wie rasch dies in Anbetracht des sich ständig verändernden und erweiternden Erkenntnisstandes erneut vonnöten sein wird. Ob durch die Herausgeber geschickt inszeniert oder in der Natur der Sache liegend, bleibt der psychotherapeutisch interessierte Leser mit dem Wunsch zurück, sich intensiver mit Traumatherapie zu beschäftigen. Der Verweis auf ein weiteres Buch der Herausgeber mit dem Titel „Traumtherapie – was ist erfolgreich?“ kommt somit sehr gelegen.

Annegret Boll-Klatt, Bad Segeberg