

Buchheim A (2002) Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden - Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, New York, S 214-230

Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter

Anna Buchheim

In seiner Trilogie stellte uns John Bowlby (1969, 1973, 1980) ein Entwicklungsmodell mit nachvollziehbaren Implikationen für eine psychopathologische Entwicklung zur Verfügung. Seine Annahmen gehen 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. Dieses basale Prinzip hat weitreichende Konsequenzen für die spezifische, ontogenetisch geformte Verinnerlichung von Interaktionen und Ereignissen, die im späteren Lebenslauf bindungsrelevante Gefühle und Kognitionen beeinflussen. Verlust-, Mißhandlungs- oder Mißbrauchserlebnisse führen zu zwangsläufigen Modifikationen, Verzerrungen oder Abspaltungen dieser Internalisierungen und bewirken dadurch entsprechende Anpassungsleistungen als Überlebensstrategie, die im psychopathologischen Verlauf als maladaptiv angesehen werden können.

In diesem Beitrag werden zunächst die Grundgedanken und Konzepte der Bindungstheorie von Bowlby kurz wiederholt, um eine Grundlage für das Verständnis der Entwicklung von Psychopathologie aus bindungstheoretischer Sicht zu schaffen. Die Wechselwirkung zwischen Bindungsentwicklung und Affektregulation erscheint dabei bedeutsam für das Verständnis von Schutz- bzw. Risikofaktoren zu sein. Weiterhin werden einschlägige Studien zur Beziehung von Bindungsrepräsentation und Psychopathologie im Erwachsenenalter vorgestellt. Hier wird überwiegend auf die Arbeit von Dozier et al. (1999) zu diesem Thema Bezug genommen. In Übereinstimmung mit Dozier et al. werden auch hier ausschließlich Studien vorgestellt, die mit dem Adult Attachment Interview (AAI) von George et al. (1985) und dem dazugehörigen Kategoriensystem von Main & Goldwyn (1996) erhoben wurden. Andere Bindungsmethoden im Erwachsenenbereich teilen zwar wichtige Schlüsselkonzepte mit dem AAI, führen jedoch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Operationalisierungen

gen teilweise zu nicht übereinstimmenden Ergebnissen, was eine Vergleichbarkeit der Studien deutlich erschwert.¹

Die Bindungstheorie als integratives Modell emotionaler Entwicklung

Bowlby (1969/1975) griff in intensiver Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse wesentliche Grundgedanken über den Einfluß früher Beziehungserfahrungen auf die weitere individuelle Entwicklung auf. Er reformulierte die Hypothese der prägenden Bedeutung der mütterlichen Präsenz durch Einbeziehung ethologischer und systemtheoretischer Konzepte und strebte eine prospektiv wissenschaftliche Forschung zur Überprüfung dieser Hypothese an. Bowlbys Interesse galt maßgeblich den Auswirkungen und Reaktionen, die Kleinkinder auf *reale* Trennungen von der Mutter bzw. einer engen Bindungsfigur erfahren. Seine erste offizielle Darstellung der Bindungstheorie erfolgte 1958 in der Londoner psychoanalytischen Gesellschaft mit dem Titel: "The nature of the child's tie to the mother". Angeregt durch einen Auftrag der Weltgesundheitsorganisation richtete Bowlby zu Beginn seiner Arbeit das Hauptaugenmerk auf Entwicklungsschäden, verursacht durch fehlende mütterliche Zuwendung. Gestützt auf die Erkenntnisse vergleichbarer Studien der biologischen Verhaltensforschung von Harlow (Harlow u. Harlow 1969, Harlow u. Suomi 1970) und der Deprivationsstudien von René Spitz (1945, 1946), lieferte er durch die Beobachtung kleinkindlichen Verhaltens detaillierte Fallstudien zur Beschreibung der Entwicklung von Bindungsbeziehungen sowie deren mögliche Störungen. In diesem Kontext leistete er einen wesentlichen Beitrag zur angemesseneren Betreuung von Kleinkindern in Heimen und Krankenhäusern in England (Bowlby 1951).

Die wichtigsten Merkmale der Bindungstheorie als Grundlage zum Verständnis von Psychopathologie

Die ethologisch fundierte Bindungstheorie postuliert ein universelles menschliches Bedürfnis nach einer engen emotionalen Bindung, das Überlebensfunktion besitzt. Mary Ainsworth (1985) betont die Einzigartigkeit der Bindung zu Bindungsfiguren: "let me attempt to define affectional bond. It is a relatively long-lived tie in which the partner is important as a unique individual, interchan-

¹ Es würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, auf die nicht übersehbare Fülle von Studien im klinischen Bereich einzugehen, die sich auf Bindungskonzepte beziehen. Eine ausführliche Darstellung der bisher durchgeführten klinischen Untersuchungen mit dem jüngst entwickelten Erwachsenen-Prototypen-Rating von Strauß et al. (1999) ist in dem Beitrag von Buchheim & Strauß ausführlich nachzulesen, Validitätsstudien mit etablierten Bindungsfragebögen finden sich im Beitrag von Höger in diesem Band.

geable with none other, from whom inexplicable, involuntary separation would cause distress, and whose loss would occasion grief" (S. 799). Nach Bowlby wird in Belastungs-, Trennungs- und Gefahrensituationen von früh an ein sog. "Bindungsverhaltens-system" aktiviert wird, um die Nähe zur Bindungsperson zu erhalten oder bei gegebener Distanz wiederherzustellen. Auf die kindlichen Bindungsbedürfnisse reagieren Eltern in der Regel intuitiv mit feinfühligem, sensibler Fürsorge. Das Erleben von Nähe, Zuverlässigkeit und Vorhersagbarkeit ermöglicht dem Kind, seine Umgebung frei zu explorieren. Dabei sollten sich idealerweise Bindungs- und Explorationsverhaltensweisen die Waage halten (Grossmann u. Grossmann 1994).

In der Mitte des ersten Lebensjahres hat ein Kind die Fähigkeit entwickelt, seine Bindungsperson zu vermissen und nach ihr zu suchen, auch wenn diese nicht anwesend ist. Im tagtäglichen Austausch mit der Pflegeperson entwickelt das Kind ein inneres Modell von Bindung. Den Begriff des "inneren Arbeitsmodells" (inner working model) übernahm Bowlby von dem Kognitionspsychologen Craik (1943). Die Bindungsforscherin Bretherton (1985, 1987, 1999) aktualisierte später in ihren Arbeiten dieses „repräsentationale“, Konzept, d. h. daß die Funktion internaler Arbeitsmodelle als aktiv konstruierte innere soziale Netzwerke darin besteht, mentale Simulationen herzustellen: "The more adequately internal working models can simulate relevant aspects of the world, the better the potential planning and responding capacity of an organism" (Bretherton 1987, S. 1090).

Arbeitsmodelle stellen kein akkurates Abbild der Wirklichkeit dar, um nützlich zu sein, sondern müssen im Einklang mit der Wirklichkeit stehen, um eine gelungene Adaptation zu erlangen. Das Konzept des sog. inneren Arbeitsmodells (Bowlby 1969, 1980) bietet aus bindungstheoretischer Sicht in Anlehnung an kognitions- bzw. schematheoretische Modelle eine Erklärungsgrundlage für die Beschreibung des Einflusses früher *bindungsrelevanter* Organisationsmuster auf die spätere Entwicklung und aktuelles Verhalten. Innere Arbeitsmodelle werden als Organisationsstrukturen beschrieben, die Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Handlungen und später Sprache beeinflussen (Main et al. 1985, Main 1991, Bretherton 1999) und aufgrund von Interaktionserfahrungen zunächst im Kontakt mit den Bindungsfiguren entstehen. Im ständigen Austausch etablieren sich zunehmend festere Muster, die weitgehend auf automatisierter Ebene und somit unbewußt und prozedural wirken. Je nach der Qualität der Responsivität, die ein Kind auf sein Bindungsverhalten durch die primäre Bezugsperson erfährt, werden unterschiedliche *Vorstellungsmodelle* über die erwartete Reaktionsweise

der Bindungsfiguren ausgebildet und "gespeichert": "According to Bowlby, these models allow individuals to anticipate the future and make plans, thereby operating most efficiently" (Cassidy 1999, S. 7). Das bedeutet, daß innere Arbeitsmodelle die Wahrnehmung und Interpretation von Situationen sowie deren Antizipation steuern.

Nach Bretherton (1985) lassen sich innere Arbeitsmodelle als *generalisierte Repräsentanzen* erlebter Ereignisse verstehen. Diese enthalten sowohl affektive, als auch kognitive Komponenten und ermöglichen ein zielorientiertes Handeln durch Simulation der Wirklichkeit. Somit besteht die wichtigste Funktion der Arbeitsmodelle darin, Ereignisse der realen Welt simulieren zu helfen, um so das Individuum in die Lage zu versetzen, sein Verhalten mit Einsicht vorausschauend zu planen (Bowlby 1969).

"Die dyadischen Erfahrungen werden im Laufe der Entwicklung als Pläne mit gesetzten Zielen (zielkorrigiert) organisiert und als *Arbeitsmodelle* der Umwelt, der Bindungsperson und der eigenen Person, also inneren "kognitiven Landkarten" von bindungsrelevanten Erfahrungen, entworfen ... Je nach tatsächlichen Erfahrungen in bindungsrelevanten Situationen bildet sich das Kind Arbeitsmodelle bzgl. der Verfügbarkeit der Bindungsperson und der Einschätzung des Selbst als liebenswerte und wertvolle Person. ... Einmal gebildet, existieren die Arbeitsmodelle z. T. außerhalb des Bewußtseins und neigen, obwohl nicht unveränderbar, zu deutlicher Stabilität ... " (s. Bowlby 1976, zit. n. Grossmann et al. 1989, S. 37 ff.).

Die Erfahrungen in der Dyade haben Auswirkungen auf das entstehende Selbstwertgefühl des Kindes sowie dessen Fähigkeit zu einer ausgewogenen flexiblen Affektregulation (Köhler 1992, 1996). Die Erfahrungen, wie Umwelt und Bindungsfiguren funktionieren, werden im Sinne einer *aktiven Konstruktion* in ein Gesamtbild integriert.

Gelingt diese Integration, so entsteht eine kohärente, anpassungsfähige innere Abbildung der Wirklichkeit. Das sichere Arbeitsmodell bildet die Fähigkeit zu emotionaler Integrität und Kohärenz ab, so daß diese Person positive und negative Gefühle wahrnehmen, sie realitätsgerecht einschätzen, kommunizieren und entsprechend aktiv, wirklichkeitsgerecht handeln kann. Ein unsicheres Arbeitsmodell erlaubt keine realitätsangemessene Einschätzung und führt zu einer eingeschränkteren Wahrnehmung und Integration verschiedener Gefühle, wirklichkeitsbezogenes Kommunizieren und Handeln werden erschwert (Grossmann et al. 1989, Grossmann u. Grossmann 1991). Je nach Bindungsqualität entstehen also unterschiedliche Fähigkeiten, Gefühle und Erfahrungen zu regulieren.

Singuläre versus multiple Arbeitsmodelle: Der Ausschluß von bindungsrelevanter Information

Ausgehend von klinischen Beobachtungen prägte Bowlby (1980/1983) den Begriff "multiple Arbeitsmodelle", da Schilderungen seiner Patienten über die Beziehung zu ihren Eltern oft widersprüchlich waren. Auf der einen Seite wurden die Eltern auf einer allgemeinen Ebene sehr positiv beschrieben, auf der anderen Seite entsprachen ärgerliche oder entwertende konkrete Episoden über dieselben Personen nicht dem allgemeinen Bild. Es kann also *mehr als ein* Arbeitsmodell derselben Person oder des Selbst entstehen, wenn widersprechende Erfahrungen in der Wirklichkeit gemacht wurden. Dies wird von Bowlby (1980) als ein defensiver Selbstschutz-Prozeß aufgefaßt. Er versuchte diese Inkompatibilität von Speichersystemen mit dem Rückgriff auf Tulvings (1972) Unterscheidung zwischen semantischem und episodischem Gedächtnis zu erklären, deren Inhalt nicht immer übereinstimmen muß. Das Ausschließen bestimmter Information führt nach Bowlby - entsprechend der psychoanalytischen Abwehrtheorie - dazu, daß diese Informationen pathogene Wirkung haben können. Diese negativen Gefühle, die an der Entstehung von inneren und äußeren Konflikten beteiligt sind, werden aus dem Bewußtsein ausgeschlossen. George & West (1999) fassen diesen Prozeß folgendermaßen zusammen: „The attempt to exclude information is a response to threat; defensive exclusion filters, often changes, affect-laden information about attachment that would otherwise lead to anxiety, suffering, and pain if the information were fully processed,, (S. 288).

Im therapeutischen Setting ist Bowlby davon überzeugt, daß durch das Arbeiten am detaillierten episodischen Gedächtnis eine Korrektur im semantischen Gedächtnis entstehen kann: "... es ist häufig hilfreich, den Patienten zu ermutigen, sich so detailliert wie möglich an tatsächliche Geschehnisse zu erinnern, damit er neu und mit allen entsprechenden Gefühlen sowohl seine eigenen Wünsche, Gefühle und Verhaltensweisen bei jeder speziellen Gelegenheit als auch das mögliche Verhalten seiner Eltern bewerten kann. Auf diese Weise hat er Gelegenheit, Vorstellungen im semantischen Speicher zu korrigieren oder modifizieren, von denen er feststellt, daß sie nicht mit dem historischen und gegenwärtigen Beweismaterial übereinstimmen" (Bowlby 1983, S. 88).). Bowlby sieht daher die Bewußtmachung und Bearbeitung dieser frühen widersprüchlichen Modelle und ihre Ablösung durch revidierte und sichere Arbeits-

modelle als Hauptaufgabe des therapeutischen Prozesses (Bowlby 1983, s. a. Schauenburg & Strauß in diesem Band).

Da in einem späteren Abschnitt ausschließlich Studien über Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und Bindungsrepräsentation, gemessen mit dem Adult Attachment Interview (AAI) von George et al. (1985), vorgestellt werden, soll im nächsten Abschnitt in Kürze das AAI erklärt werden. Eine genauere Darstellung findet sich u. a. im Beitrag von Buchheim & Strauß in diesem Band.

Das Adult Attachment Interview (AAI). Diskursanalyse von Abwehrprozessen

Die Erfassung von Bindung bei Erwachsenen entwickelte sich im Rahmen transgenerationaler Bindungsforschung aus dem Interesse heraus, die Weitergabe elterlicher Bindungserfahrungen an die nächste Generation zu untersuchen. Diese Frage war die Grundlage für die Entwicklung des Adult Attachment Interviews (AAI) von Main & Goldwyn (1985-1996), welches bis heute als Standardmethode in diesem Bereich gilt und eine hohe prädiktive Validität aufweist. So konnte in mehreren prospektiven Längsschnittstudien aufgrund der Bindungsrepräsentation (erfaßt mit dem AAI) von schwangeren Müttern die Bindungsentwicklung ihrer Kinder zu 75% vorhergesagt werden (z. B. Fonagy et al. 1991, Benoit & Parker 1994).

Das AAI erfaßt die *aktuelle* Verarbeitungsstrategie (kohärenter versus inkohärenter Diskurs) vergangener und gegenwärtiger Bindungserfahrungen von Erwachsenen auf der Basis einer diskursanalytischen Auswertungsmethodik. Die sog. Bindungsrepräsentation wird anhand von 18 semistrukturierten Fragen über das Erleben und den Einfluß von Bindungserfahrungen erfaßt und in 4 Gruppen klassifiziert²:

1. *Sicher autonome* Personen (F=free to evaluate) haben einen flexiblen Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen und zeichnen sich durch offene und kohärente Schilderungen aus;
2. *unsicher-distanzierten* (Ds=dismissing) Personen fehlt ein freier emotionaler Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen. Sie sind charakterisiert durch Minimierung bzw. Deaktivierung von Bindungsbedürfnissen;
3. *unsicher-verstrickte* (E=enmeshed/preoccupied) dagegen hyperaktivieren Bindungsbedürfnisse und präsentieren stark emotionale Schilderungen über ihre Kindheit;

² Die Buchstaben in Klammern sind die in der Bindungsforschung gebräuchlichen Abkürzungen der Bindungsklassifikationen

4. Personen mit *ungelöstem(r) Trauma/Trauer* (U=unresolved) zeigen emotionale Desorientierung und sprachlichen Zerfall, wenn sie über Verluste oder Mißbrauch sprechen.
5. Personen, die als *nicht-klassifizierbar* (CC: Can't Classify) eingestuft werden, zeigen in hohem Maße gleichzeitig deaktivierende und hyperaktivierende Strategien (z. B. Idealisierung und Ärger).

Der klinische Nutzen dieses Instruments ergibt sich aus einer textnahen Kodierung von sprachlicher Kohärenz bzw. *abwehrbedingten Unstimmigkeiten* (Inkohärenz), klinisch relevante Skalen zur Beschreibung dieser sprachlichen Merkmale (Idealisierung, Ärger, Entwertung, Metakognition) und die zuverlässige Trennung zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996; Dozier et al. 1999). Klinische Gruppen fielen signifikant häufiger in eine der unsicheren Bindungskategorien. Dabei war zusätzlich bei den meisten Krankheitsbildern die Kategorie „unverarbeiteter Bindungsstatus,, (U) in bezug auf Mißbrauchserfahrungen oder Verluste überproportional vertreten. Bei diesen Patienten (z. B. Borderline-Patienten, antisoziale Persönlichkeit) wurde zusätzlich die Kategorie E3 (verstrickt und überwältigt von traumatischen Erfahrungen; preoccupied/overwhelmed by trauma) gefunden. Die Kategorie Can't Classify (CC) wird vermutlich zunehmend bei schwer gestörten Patienten vergeben (Hesse 1999). Leider gibt es für die Identifizierung dieser klinisch hoch relevanten Kategorie bisher nur wenige zertifizierte Beurteiler, weshalb kaum Ergebnisse zu der CC-Kategorie vorliegen. Die bisher einzige Studie mit einer Risikopopulation von Gewalttätigen, die Ergebnisse mit dieser Kategorie veröffentlichte, stammt von Allen et al. (1996).

Der Zusammenhang zwischen Bindung und Emotionsregulierung bei Erwachsenen

Nach Bowlby (1980) lernt das Individuum in Abhängigkeit von der Qualität der Bindungserfahrung mit seinen Bezugspersonen realistische oder eher eingeschränktere Arten der Situationsbewertung und funktionale bzw. dysfunktionale Arten des Ausdrucks und der Regulierung von Gefühlen.

Eine sichere Bindungsrepräsentation zeigt sich auch in einer größeren Ich-Flexibilität, die sich in der situationsangemessenen Regulierung von Gefühlen, Impulsen und Verhalten ausdrückt. Personen mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation haben dagegen eine geringe Ich-Flexibilität, eher überschießende oder vermeidende Reaktionen, die in ihrer Intensität nicht zur Situation passen, was sich beispielsweise in nicht adäquater Ängstlichkeit und Feindseligkeit nie-

derschlägt (Zimmermann 1994, Kobak & Sceery 1988, Zimmermann, Gliwitsky & Becker-Stoll 1992; Zimmermann & Grossmann 1997).

Diese Fähigkeit, sich selbst in Beziehung zu anderen realistisch wahrzunehmen und einen offenen Zugang zu den eigenen Gefühlen zu haben, nennt Main (1991) "metacognitive-monitoring", d. h. daß Gefühlsqualitäten, die je nach der Intensität und für die jeweilige Situation angemessen sind, unterschiedliches Verhalten nach sich ziehen können. Im entwicklungspsychologischen Kontext beschäftigt man sich nicht ausschließlich mit der Frage, ob es eine Reihe diskreter Emotionen gibt, die unterscheidbar sind (z. B. Ärger, Trauer, Ekel), sondern auch mit den intraindividuellen Unterschieden in der Veränderung einzelner Emotionen in Intensität, Dauer, der Schnelligkeit oder der Schwelle, mit der sie ausgelöst und wieder verringert werden. Gefühle können demnach zu intensiv oder zu flach, zu kurz oder zu langandauernd, zu oft oder zu selten ausgedrückt werden (Zimmermann 1999).

Adaptive Emotionsregulation bedeutet im Sinne der Bindungstheorie die Fähigkeit, seine Umgebung realistisch wahrzunehmen und die auftauchenden Emotionen zielorientiert zu integrieren, also die Freiheit zu haben, trotz negativer Emotionen mentale Perspektiven zur Bewältigung zu finden, die mit geringerer emotionaler Belastung einhergehen.

In einer Untersuchung von Dozier & Kobak (1992) wurden Hinweise auf Entsprechungen zwischen der Unterdrückung von bindungsrelevanten Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen im AAI auf der verbalen Ebene und physiologische Anzeichen für Konflikte bzw. Hemmung gefunden. Personen, die im AAI auf der Sprachebene deaktivierende Strategien zeigten, d. h. also ihre Aufmerksamkeit von bindungsbezogenen Themen wegzulenken versuchten, wiesen während der Untersuchung mehrmals einen deutlichen Anstieg in der Hautleitfähigkeit auf. Diese Erhöhung des physiologischen Korrelats wird als Ausdruck einer Verhaltenshemmung, im Sinne einer *Unterdrückung von negativen Gefühlen* interpretiert (s. a. Scheidt et al. 1999; Scheidt und Waller in diesem Band). Dies deutet darauf hin, daß auf der Verhaltensebene Unterschiede in der physiologischen Anspannung oder im emotionalen Ausdruck während des AAI zu erkennen sind, die in einem bedeutungsvollen Zusammenhang zu den Abwehrstrategien stehen.

In einer Studie zur Beziehung von Bindungsstil (Hazan & Shaver 1987) und Selbstkonzept konnte im Sinne der Konzeptualisierung der Bindungsrepräsentationen von Main & Goldwyn bestätigt werden, daß Personen mit einem sicheren Bindungsstil positive und negative Gefühle integrieren und somit

sich selbst gegenüber sowohl kritisch als auch positiv gestimmt sein können (s. a. Zimmermann in diesem Band). Personen mit einem vermeidenden Bindungsstil schätzten aufgrund ihrer deaktivierenden Strategie ihr Selbstkonzept als äußerst positiv ein, wobei dieser aber mit einer niedrigen Fähigkeit zur Selbstkritik verbunden ist. Dagegen waren Personen mit einem ambivalenten Bindungsstil durch eine Überbetonung negativer Gedanken über sich selbst gekennzeichnet (Mikulincer 1995). Eine weitere Studie dieser Forschergruppe zeigt, daß ambivalente Personen einen signifikant höheren Zugang zu schlechten und ängstlichen Erinnerungen aufwiesen als vermeidende Personen. Sichere Personen erinnerten sowohl ängstliche als auch freudvolle Ereignisse gleichermaßen (Mikulincer & Orbach 1995).

Eine ähnliche Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Bindungsstil, Affektivität und Gesundheitsverhalten führten Feeny u. Ryan (1994) durch. Auch hier zeigten die Ergebnisse, daß unsicher-ambivalente im Gegensatz zu sicheren Personen eine erhöhte negative Affektivität aufwiesen, und daß sowohl Bindungsunsicherheit als auch negative Affektivität mit vermehrten körperlichen Beschwerden korrelierten (s. a. Traue 1998).

In der aktuellen Übersicht zu "Bindung und Affektregulierung" (Fuendeling 1998) wurde ebenfalls das konsistente Ergebnis diskutiert, daß sicher gebundene Personen eine balancierte Aufmerksamkeit gegenüber affektiven Themen aufwiesen, während ambivalente Personen eine übertriebene Aufmerksamkeit gegenüber emotional relevanten Stimuli, insbesondere negativen Affekten zeigten. Vermeidende Personen entwickelten sowohl gegenüber positiven wie auch negativen Affekten defensive Strategien. Diese Befunde konnten von Buchheim & Mergenthaler (2000) mittels einer computergestützten Textanalyse des AAI nachgewiesen werden.

Magai (1999) faßt in ihrer Arbeit über "Affect, Imagery and Attachment" den Stand der Forschung folgendermaßen zusammen: "In summary, the work on attachment has helped to identify distinct patterns of affect inhibition and enhancement. The avoidant individual appears to be characterized by inhibition of both positive and negative affect, whereas the ambivalent individual shows a pattern of heightened affect expression" (S. 794).

Das Zusammenbrechen von Bindungsstrategien: Implikationen für die Psychopathologie

Das Zusammenbrechen von organisierten Strategien in bindungsrelevanten Situationen, in der Bindungstheorie als Desorganisation bezeichnet, wird in Stu-

dien mit Kindern und auch Erwachsenen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine psychopathologische Entwicklung assoziiert (Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999).

Transgenerationale Studien haben einen Zusammenhang zwischen elterlichen unverarbeiteten Traumata bzw. Verlusten, gemessen mit dem AAI, und kindlicher Desorganisation in der Fremden Situation mehrfach nachgewiesen (Main & Hesse 1990; van IJzendoorn et al. 1999, Solomon & George 1999). Formen der Desorganisiertheit bei 1jährigen Kindern werden in der Fremden Situation (Ainsworth et al. 1978) identifiziert und sind definitionsgemäß (Main & Solomon 1996) unvereinbare Verhaltensweisen wie z. B. stereotype Bewegungen nach dem Aufsuchen von Nähe, Phasen der Starrheit, sog. "freezing", und Ausdruck von Angst gegenüber einem Elternteil. Die Kinder verfügen in der Trennungssituation über keine Bewältigungsstrategie, sie können weder Nähe zur Bindungsfigur herstellen noch sich ablenken.

Main u. Hesse (1990) haben hierzu die Hypothese aufgestellt, daß in diesen Dyaden bei den Eltern *eigene traumatische Erfahrungen* durch das Kind reaktiviert werden, die bedrohlich und *ängstigend* sind, aber unbewußt bleiben. Diese Erwachsenen können auf ihre Kinder wiederum *beängstigend* wirken, da sie in der Interaktion mit ihnen einen Mangel an kohärenter Strategie zeigen und selbst orientierungslos erscheinen, z. B. wenn die Mutter ein beängstigendes Gesicht macht, wenn das Kind in der „Fremden Situation,, bei der Wiedervereinigung auf sie zuläuft. Somit erfährt das Kind eine *Unterbrechung* seiner Bindungsstrategie, da die Mutter in diesem Moment "keinen sicheren Hafen" ist und eine „frightening-frightened,, -Kollusion entsteht, die infolge keinen Schutz bietet (George & West 1999).

Während der Anteil desorganisierter Kinder in unauffälligen Mittelklassestichproben bei ca. 15% liegt, finden sich in Stichproben mit niedrigem sozioökonomischem Status zwischen 25% und 34%. Der Anteil in Stichproben drogenabhängiger Mütter oder mißhandelter Kinder beträgt mehr als 40% (Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, in press). Längsschnittstudien belegen, daß kindliche Desorganisation in bindungsrelevanten Situationen mit späteren dissoziativen Störungen (Carlson 1998), sowie mit kontrollierenden und aggressiven Verhaltensweisen korreliert (s. dazu Becker-Stoll in diesem Band).

Klinische Studien mit dem Adult Attachment Interview bei Erwachsenen zeigen, daß bei den Patienten, die als „U,, (ungelöstes Trauma) kategorisiert worden sind, in der Biographie traumatische Erfahrungen erkennbar sind, die un-

genügend verarbeitet worden sind. Parallel zu den desorganisierten Verhaltensweisen der Kinder in der Fremden Situation zeigen auch diese Erwachsenen, wenn sie im AAI über Traumata oder Verluste berichten, ein wenig kohärentes, desorganisiertes sprachliches Verhalten, was z. B. in Zeit-Raum, Objekt-Subjektverwechslungen oder logischen Fehlern erkennbar wird.

Bowlby (1980) prägte im Rahmen seiner Abwehrtheorie den Begriff der „abgetrennten Systeme,, (segregated systems), den George & West vor kurzem wieder aufgriffen und als höchst bedeutsam für das Verständnis von Psychopathologie hervorheben: „In order to understand the relationship between adult attachment and mental health risk we need to examine the attachment concepts of defense and segregated systems, the mental processes that define disorganization,, (S. 295). Bowlby war bereits damals der Überzeugung, daß der Zusammenbruch des Bindungssystems einen Risikofaktor für die psychische Homöostase darstellt. Im Falle einer starken Bedrohung des Bindungssystems (z. B. Drohungen, Verlassenwerden, Mißhandlung, Isolation, Mißbrauch) mündet der „Ausschluß von Information,, (defensive exclusion), der für die organisierte Bindungsunsicherheit maßgeblich ist, in eine sog. Abtrennung von Information aus dem Gedächtnis, die somit vom Bewußtsein „abgeblockt,, ist. Im Falle einer Abtrennung bindungsrelevanter Information geht Bowlby davon aus, daß das Bindungssystem nahezu ganz deaktiviert ist. George und West integrierten die Konzeption Bowlbys in ihrer gerade veröffentlichten Methode „Adult Attachment Projective,, (George et al. 1999), die u. a. in diesem Band bei Buchheim & Strauß nachzulesen ist³.

Entgegen der Ansicht von klinischen Forschern wie z. B. Kotler et al. (1994), die im Rahmen einer Studie mit Krebspatienten auf der Basis von Bindungsfragebögen (Hazan & Shaver 1987) „Vermeidung als Risikofaktor für Gesundheit,, bezeichnen, gehen George und West (1999) einen entscheidenden Schritt weiter mit dem Fazit „... in summary the attachment contribution to mental ill health is not the product of avoidance, but rather the product of attachment disorganization that results repeated experiences of dysregulation and breakdown of defense,, (S. 298).

³ In dem Manual von George et al. (1999) wird eine Form der Abwehr mit dem Marker „segregated system,, kodiert, der Hinweise für einen unverarbeiteten Bindungsstatus in den Narrativen zu bindungsrelevanten Bildern liefert. Dabei werden Wörter, die Gefahr, Hoffnungslosigkeit, Leere, Isolation, Dissoziation etc. repräsentieren, markiert und es wird beurteilt, inwieweit die bedrohliche Situation gelöst wird in Form von Schutz, Handeln oder einer internalisierten, sicheren Basis. Eine Geschichte wird dann als nicht gelöst (unresolved) bewertet, wenn segregiertes Material nicht integriert wird und erkennbar wird, daß das Bindungssystem zusammengebrochen ist.

Studien zu Bindungsrepräsentation und Psychopathologie bei Erwachsenen

Die Bindungstheorie wird zunehmend als konstruktives Modell herangezogen, um biologische Befunde und psychologische Ansätze zu verbinden (s. a. Fox & Card 1999). Es wurden bereits physiologische Korrelate von Bindung erwähnt. Somit kommt der Bindungstheorie eine potentielle Bedeutung für das Verständnis beispielsweise *psychosomatischer* Reaktionen zu, die von Scheidt & Waller in diesem Band behandelt werden (s. a. Maunder & Haunter 2001). Diese Befunde fließen in die Konzeption von Studien zum Zusammenhang von Psychopathologie und Bindungsrepräsentation ein, wie die Annahme, daß Krankheit das Bindungsverhaltenssystem aktiviert und dieses somit auch Strategien der *Krankheitsbewältigung* beeinflusst. Diesem Thema widmen sich Schmidt & Strauß ausführlich in diesem Band.

In einer aktuellen Zusammenstellung haben Dozier et al. (1999) im Handbook of Attachment (Cassidy & Shaver 1999) den Stand der Studien zusammengefaßt, die sich mit den Verteilungen unterschiedlicher Bindungsrepräsentationen, gemessen mit den Adult Attachment Interview, in verschiedenen Störungsgruppen beschäftigten. Die Tabelle 1 unterscheidet zwischen „three-way classifications,, die sich auf die Unterscheidung der drei *organisierten* Bindungstypologien: sicher (F=free to evaluate), unsicher-distanziert (Ds=dismissing), unsicher-verstrickt (E=enmeshed/preoccupied) bezieht und den „four-way classifications,, die neben den organisierten Strategien auch den *desorganisierten* Bindungsstatus (U=unresolved trauma/loss) miteinbezieht. Ferner wird entsprechend der DSM-Klassifikation getrennt zwischen Störungen der Achse I (Affektive Störungen, Angststörungen, Eßstörungen, Substanzabusus, Schizophrenie) und Achse II (Borderline-Persönlichkeitsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung). Der Beitrag von Becker-Stoll in diesem Band referiert Studien zu Psychopathologie und Jugendalter, wozu u. a. die Eßstörungen, die jugendliche Depression und die dissoziativen Störungen im frühen Erwachsenenalter gehören; Ross et al. spezialisieren sich in diesem Band auf Bindungsstudien im forensischen Bereich, insbesondere die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Um Überschneidungen zu vermeiden, werden hier deshalb insbesondere die Krankheitsgruppen *Depression*, *Angststörung* und *Borderline-Persönlichkeitsstörung* aus bindungstheoretischer Perspektive ausführlicher erläutert.

Tabelle 1 etwa hier

siehe Buchbeitrag S.222

Bindung und Depression

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Bei Verwendung moderner operationalisierter Diagnosesysteme liegt die Punktprevalenz depressiver Störungen in der Gesamtbevölkerung bei 5-10%. Neben biologischen Vulnerabilitätsmarkern werden in der psychiatrischen Forschung bezüglich der Ätiologie von Depressionen vor allem psychosoziale Faktoren, wie z. B. Partnerschaftsprobleme, als wesentlich angesehen. In seinem Werk *Verlust - Trauer und Depression* widmet sich Bowlby (1980) ausführlich der Genese von depressiven Störungen aus ethologischer Sicht. Es war sein Verdienst, die realen Auswirkungen des Verlusts einer wichtigen Bindungsfigur in den ersten Lebensjahren als maßgeblichen Vulnerabilitätsfaktor für eine psychopathologische Entwicklung anzuerkennen. Bowlby (1988) leitet sein letztes Werk „secure base“, mit den folgenden Worten ein: "Bedeutsam für die Entwicklung von emotionalen Störungen ist die Intensität der Gefühle im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie sich Beziehungen zwischen dem gebundenen Individuum und seinen Bindungspersonen entwickeln. Verlaufen sie gut, dann sind sie begleitet von Freude und Gefühlen der Sicherheit; werden sie indessen unterbrochen, werden häufig Trauer und Depressionen erlebt. Die Organisation des Bindungsverhaltens im späteren Leben ist in hohem Maße abhängig von den Bindungserfahrungen, die in der Ursprungsfamilie gemacht wurden" (1988, S. 4).

Ausgehend von dem Konstrukt „inner working model“, (s. o.) wird demnach ein Kind, dessen Eltern verfügbar und unterstützend sind, ein Bild von sich selbst als einer Person entwickeln, die tüchtig ist, die es aber auch wert ist, daß ihr geholfen wird. Im Spiegel der elterlichen Reaktion erlebt es sich als liebenswert (Grossmann et al. 1988, 1991). Im Gegensatz dazu entwickelt ein Kind, dessen Eltern es häufig ignorieren, ihm nicht beistehen, ihm drohen es zu verlassen, ein Bild von sich selbst, als Person nicht liebenswert zu sein (Bowlby 1979). Aus mangelndem Selbstwertgefühl kann im Extremfall *Hilflosigkeit* entstehen, die für die Entwicklung einer Depression von großer Bedeutung sein kann. Seligman als Vertreter eines kognitionstheoretischen Depressionsmodells (Seligman et al. 1979; Seligman 1992) geht davon aus, daß depressives Verhalten und Erleben das Ergebnis des Erlernens bestimmter kognitiver Strukturen ist. Das Phänomen der Hilflosigkeit wird in Situationen gelernt, in denen ein Individuum erfährt, daß bestimmte Ergebnisse seines Handelns unabhängig sind

von seinen instrumentellen Möglichkeiten. Diese Erfahrung steuert dann die *Erwartung*, daß seine folgenden Verhaltensweisen wieder *wirkungslos* bleiben. In diesem Sinne kann Bindungsunsicherheit eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von depressiogenen Erwartungen spielen und wird von verschiedenen klinischen Forschern als ein Risikofaktor für mögliche psychopathologische Störungen, wie z. B. die Depression, angesehen (Armsden 1990; Bowlby 1983, 1988). Längsschnittstudien belegen, daß ein Verlustereignis vor dem 11. Lebensjahr eine depressive Entwicklung begünstigt (Harris et al. 1990; Harris & Bifulco 1991). Die inadäquate Versorgung eines Kindes nach Verlust seiner Bindungsfigur verdoppelt diesen Effekt (Harris et al. 1990; Harris & Bifulco 1991). Eltern depressiver Patienten werden als weniger hilfreich und abweisender beschrieben als Eltern gesunder Personen (Raskin et al. 1971; Fonagy et al. 1996).

Zur klinischen Entität „Affektive Störungen,, liegen Studien mit dem Adult Attachment Interview zur unipolaren Depression (Cole-Detke & Kobak 1996; Rosenstein & Horowitz 1996; Tyrell & Dozier 1997; Patrick et al. 1994), zu bipolaren Störungen (Tyrell & Dozier 1997), zu den gemischten affektiven Störungen (Fonagy et al. 1996) und zu den schizoaffektiven Störungen (Tyrell & Dozier 1997) vor. Unipolare und bipolare affektive Störungen unterscheiden sich definitionsgemäß in Symptomatologie, Verlauf und genetischer Prädisposition. Entsprechend der Variabilität innerhalb dieser klinischen Gruppe fallen auch die Ergebnisse mit dem Adult Attachment Interview bei diesen Patienten heterogen aus. Einige Studien beispielsweise fanden bei Patienten mit depressiver Symptomatik einen höheren Anteil von „unsicher-verstrickter,, Bindungsrepräsentation (Cole-Detke & Kobak 1996; Rosenstein & Horowitz 1996), während andere Studien bei diesen Patienten einen höheren Anteil an „unsicher-distanzierter,, Bindungsrepräsentation nachwiesen (Patrick et al. 1994; Tyrell & Dozier 1997)⁴. Dozier et al. (1999) interpretieren dieses inkonsistente Ergebnis damit, daß innerhalb der Gruppe depressiver Patienten unterschiedliche Verarbeitungsstrategien, nämlich internalisierende versus externalisierende, zum Tragen kommen. Letztlich spiegelt sich in dem Befund eine Unterscheidung depressiver Störungen nach dem Ausmaß an Autonomie bzw. Abhängigkeit, die von vielen Autoren theoretisch getroffen (z.B. Arieti &

⁴ Wie im Beitrag von Becker-Stoll in diesem Band gezeigt wird, ist bei Jugendlichen die Zuordnung von unsicher-verwickelter Bindungsorganisation und depressiver Symptomatik einheitlicher.

Bemporad, 1980, Beck, 1983; Blatt et al., 1983; Emery & Leshner, 1982) und beispielsweise von Pilkonis (1988) empirisch fundiert wurde. Vermutlich sind bei dieser Unterscheidung auch bestimmte Ausschlußkriterien in der Stichprobenauswahl bedeutsam, um Komorbidität zu vermeiden. In der Jugendlichen-Stichprobe von Rosenstein & Horowitz (1996) wurden depressive Patienten mit komorbiden, externalisierenden Symptomen wie Verhaltensauffälligkeiten (conduct disorders) und antisoziale Persönlichkeitsanteile ausgeschlossen, um eine „reine,, Gruppe von *unipolaren affektiven Störungen* zu erhalten. Ursprünglich wurde die komorbide Gruppe mit einem überproportional hohen Anteil an unsicher-distanzierten Bindungsstilen klassifiziert. In der in Tabelle 1 dargestellten Gruppe der affektiven Störungen überwog nach der Ausschlußprozedur jedoch der Anteil der unsicher-verstrickten Bindungsrepräsentation (E). In der Studie von Patrick et al. (1994) wurde dagegen bei den untersuchten Patientinnen mit Dysthymie die Komorbidität mit einer Borderline-Persönlichkeitspathologie (internalisierende Strategien) ausgeschlossen, um Konfundierungen zu vermeiden. Dadurch ist vermutlich der etwas höhere Anteil an unsicher-distanzierter (Ds) Bindungsrepräsentation in dieser Gruppe zu erklären.

Die Ergebnisse zu Bindung bei *bipolaren Störungen* sind limitiert, aber einheitlich. Fonagy et al. (1996) fanden einen signifikant höheren Anteil an unsicher-distanzierten (Ds) Klassifikationen in dieser Gruppe. Tyrell & Dozier (1997) zeigten ebenso, daß alle Patienten ihrer Untersuchung als unsicher-distanziert (Ds) eingestuft wurden.

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Krankheitsbild beschrieben, stellen *Verlusterlebnisse* für die Gruppe der affektiven Störungen einen bedeutsamen Risikofaktor dar. Die vierte orthogonale Dimension „unresolved state of mind,, (U) des AAI mißt den Verarbeitungsgrad dieser Erfahrungen. Die Ergebnisse aus der Tabelle zeigen, daß auch hier *inkonsistente* Ergebnisse innerhalb der depressiven Gruppen vorliegen. Während in der Studie von Fonagy et al. (1996) 72% der Depressiven als U eingestuft wurden, fielen bei Rosenstein & Horowitz (1996) nur 18% und bei Patrick et al. (1994) nur 16% in diese Kategorie. Allerdings muß in Patricks Untersuchung ergänzt werden, daß hier Patientinnen ausgeschlossen wurden, die vor ihrem 16. Lebensjahr einen Verlust erlitten hatten, was die Wahrscheinlichkeit für eine U-Klassifikation deutlich verringert.

Interessanterweise finden sich auch in den hier dargestellten Untersuchungen Patienten mit einer depressiven Symptomatik, die im AAI als sicher-autonom

(F) eingestuft wurden. Fonagy et al. (1996) wies nach, daß Patienten mit einer „Major Depression,, einen höheren Anteil an F-Kategorien aufwiesen im Vergleich zur Kategorie unsicher-distanziert (Ds). Dagegen wurde bei der Gruppe der bipolar Erkrankten kein Patient der sicheren Kategorie zugeordnet, was vor dem Hintergrund des Wechsels zwischen manischen und depressiven Episoden interessante Fragen in Bezug auf Krankheitsschwere aufwirft. In der Studie von Tyrell & Dozier (1997) bei unipolaren Depressionen (MDD) wurden 5 von 6 Personen als sicher-autonom bewertet. Fonagy et al. (1996) führen dieses Ergebnis auf die episodische Natur der Major Depression zurück, die symptomfreie Phasen beinhaltet, sowie deren prädominante erbliche Komponente, welche vermutlich mit Bindungserfahrungen weniger interferiert als die chronisch verlaufende, eher konfliktbedingte Dysthymie. Dieses Ergebnis deutet ebenso darauf hin, daß eine erworbene sicher-autonome Bindungsrepräsentation (earned secure) nicht als ein verlässlicher Schutzfaktor gegen eine depressive Entwicklung proklamiert werden sollte. „Earned secure,,-Personen waren in der Regel vernachlässigenden Erfahrungen in ihrer Kindheit ausgesetzt, die sie zwar überdacht, aber scheinbar dennoch nicht vor einer Erkrankung bewahrt haben, „these results suggest that difficult life experiences may predispose individuals to depression, even if an autonomous state of mind is developed,, (Dozier et al. 1999, S. 503).

Betrachtet man nun zusammenfassend die referierten Ergebnisse, wird deutlich, daß bei der Betrachtung von Bindungstypologie bei der heterogenen Gruppe der affektiven Störungen zunächst zwischen unipolaren und bipolaren Störungen unterschieden werden sollte. Innerhalb der unipolaren Gruppen konnte herausgearbeitet werden, daß im Vergleich zur Dysthymie die Majore Depression weniger häufig mit einem desorganisierten Bindungsstatus und deutlich häufiger mit einer sicheren Bindungsrepräsentation assoziiert werden kann. Innerhalb der depressiven Krankheitsbilder sollten darüberhinaus 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 kann.

Bindung und Angststörung

Angst ist ubiquitär und eine notwendige, auf Vermeidung, Schutz und Bewältigung gerichtete Reaktion gegenüber einer realen Bedrohung und somit als unabdingbare existentielle Erfahrung des Menschen anzusehen. Ein *Übermaß* an Angst aber bewirkt das Gegenteil: Es blockiert die Fähigkeiten raschen Erkennens und sinnvollen Handelns. Angemessene Ängste können dann pathogene Bedeutung erlangen, wenn die zugrundeliegende Bedrohung als eine überwältigende, vitale Gefahr erlebt wird und die Angst einen maladaptiven Kreislauf auslöst.

Unabhängig von dem häufigen Vorkommen von Angst bei vielen seelischen und körperlichen Erkrankungen ist Angst Leitsymptom bestimmter psychischer Krankheitszustände, den *Angststörungen*. Diese gehören mit den Depressionen und Suchterkrankungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Prävalenz 5%-10%).

Auf der psychischen Ebene stehen bei den Angsterkrankungen vor allem innere Unruhe, Nervosität und Verunsicherung im Vordergrund. Auf der körperlichen Ebene sind es vegetative Symptome wie z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Mundtrockenheit, erhöhte Puls- und Atemfrequenz sowie Diarrhöe, Zittern und motorische Unruhe. Auf der sozialen Ebene ist vor allem das Vermeidungsverhalten zu beobachten. Die wichtigsten Krankheitsbilder dieses Symptomkomplexes gliedern sich in die Generalisierte Angststörung, die einfachen und sozialen Phobien, die Agoraphobie und die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie.

In psychodynamischen Modellen (z. B. Hoffmann & Bassler 1995) wird bei Angststörungen die defiziente Entwicklung der intrapsychischen Strukturen des Ichs und des Selbst betrachtet. Als Ursache hierfür werden neben konstitutionellen Merkmalen v. a. strukturelle Entwicklungsschäden durch biographische Traumata angesehen. Nach dieser Auffassung besteht bei diesen Patienten eine *entwicklungsbedingte Vulnerabilität*, die dem Patienten die Abwehr von Angst versagt und bei der die Angst als Symptom durchbricht. Als auffallend bei diesen Patienten wird ihr starkes Bedürfnis nach schützenden bzw. äußeren und inneren steuernden Objekten beschrieben.

Ein unsicher-ambivalentes inneres Arbeitsmodell von Bindung wird von Bowlby (1980) als ein wesentlicher Erklärungsaspekt für die Entwicklung von Angststörungen angesehen. Nach seinem Verständnis hat beispielsweise der agoraphobe Patient nicht eigentlich Angst vor freien Plätzen, sondern vermisst eine Bezugsperson, die ihm Sicherheit vermittelt. Deshalb bezeichnete er dieses verbreitete Krankheitsbild als sog. „Pseudophobie“. Vor dem Hintergrund einer

unsicheren Bindungsentwicklung zeigt sich vermutlich eine innere Ambivalenz, ob die bevorzugte Person bei Gefahr oder Kummer auch wirklich verfügbar sein wird. „Man kann daraus den Schluß ziehen, daß die emotionalen Reaktionen eines (solchen) Patienten nur so lange rätselhaft bleiben und als Symptome etikettiert werden, als sie losgelöst von der Situation betrachtet werden, die sie verursacht hat“ (Bowlby 1976, S. 314).

Psychopathologische Krankheitsbilder, darunter auch die Angststörungen, wurden in Zusammenhang mit Bindungsunsicherheit in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend diskutiert. Darüberhinaus wurden klinisch relevante Implikationen zur Erklärung dieses Krankheitsbildes aufgezeigt (z. B. Cassidy 1995, Dozier et al 1999, Rehberger 1999).

Konsistent mit Bowlbys klinischen Beobachtungen fand man bei der Befragung von Patienten mit Angststörungen ungünstige Familienkonstellationen: Bei Patienten mit Agoraphobie beispielsweise traten in der Biographie häufiger frühe Trennungserlebnisse von der Mutter oder Scheidungen der Eltern auf als bei gesunden Probanden (Faravelli et al. 1985). Patienten mit einer Panikstörung berichteten vermehrt von einer Verlusterfahrung vor dem 11. Lebensjahr oder extrem ungünstigen Bedingungen in der Kindheit im Vergleich zu gesunden Personen einer Kontrollgruppe (Brown & Harris 1993). Patienten mit einer generalisierten Angststörung erlebten häufiger Abweisung, Kontrolle und Rollenwechsel mit ihren Bindungsfiguren als Normale (Cassidy 1985; Chambless et al. 1996). Weiterhin berichteten Patienten mit agoraphobischen, also vermeidenden Verhaltensweisen, von Vernachlässigung, während Patienten mit diffusen Ängsten eher über Verwicklung und Überprotektion seitens Bindungspersonen in der Kindheit klagten. Entsprechend Bowlbys (1980) Hypothese, bestätigt de Ruiter (1994) anhand seiner Untersuchungen daß eine *unsicher-ambivalente* Organisation von Bindung als ein basaler Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen angesehen werden kann.

Es gibt bisher nur eine empirische Studie über den Zusammenhang von Angststörungen und Bindungstypologie mit dem AAI. Fonagy et al. (1996) fanden bei Angstpatienten einen überproportional hohen Anteil an unsicher-verstrickter Bindungsrepräsentation (E) im Vergleich zu den anderen Bindungskategorien. Der hohe Anteil an E-Klassifikationen trennte jedoch die Angststörungen nicht signifikant von anderen klinischen Gruppen in dieser Studie. Was jedoch Angststörungen im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern unterschied, war ihr überproportional hoher Anteil an der Kategorie "ungelöste Trauer" (U) (86% bei N=44). Dieses Ergebnis korrespondiert mit psychody-

namischen Modellen zur Angstgenese (Hoffmann & Bassler 1995). Dozier et al. (1999) weisen darauf hin, daß auch in dieser klinischen Einheit innerhalb der Subgruppen (z. B. phobisch versus generalisierend) Unterschiede in der Bindungstypologie im Hinblick auf internalisierende versus externalisierende Copingstrategien zu erwarten sind, die bisher nicht erforscht wurden.

Bindung und Borderlinepathologie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Kernberg 1996, Kernberg et al. 2000). Epidemiologische Daten gehen von einer Prävalenz von bis zu 1,8% in der allgemeinen Bevölkerung, 15% bei stationär-psychiatrischen und 50% unter Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aus (Widinger et al. 1991). Als gut belegt gilt auch das starke Überwiegen von Frauen in der Geschlechtsverteilung dieser Störung, die sich häufig im frühen Erwachsenenalter oder in der Pubertätszeit manifestiert sowie eine häufige Assoziierung mit kindlichen Vernachlässigungs-, Gewalt- oder Mißbrauchserfahrungen (eine 67%-Rate für sexuellen Mißbrauch finden etwa Herman et al. 1989). Ab dem 40. Lebensjahr wurde eine Abnahme der Borderline-Störung im Sinne eines „aging out,“ beobachtet (Stone 2000). Zu den Kernmerkmalen der Borderline-Persönlichkeitstörungen gehören Symptome und Verhaltensauffälligkeiten wie Kontrollverlust im Verhalten (Impulsivität, Selbstverletzung, Suchtmittelabusus, Freßanfälle, Suizidalität), affektive Labilität (lebhaftes Stimmungen, reaktive Dysphorie, Wutausbrüche), instabile Beziehungen, chronische Leere (Langeweile), ein instabiles Selbstgefühl (Identitätsstörungen) und vorübergehende paranoide und dissoziative Symptome.

Aus entwicklungspsychologischer und bindungstheoretischer Perspektive (Main & Hesse 1990) wird angenommen, daß Borderline-Patienten vor dem Hintergrund früher traumatischer, äußerst instabiler Bindungserfahrungen mit ihren Pflegepersonen (emotionale Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) nicht die Fähigkeit erlangt haben, polare Affektzustände zu integrieren - was für die Entwicklung einer stabilen, sicheren Bindungsbeziehung und damit kohärenten Bindungserfahrung notwendig wäre. Darüber hinaus sind sie erfahrungsgemäß wenig in der Lage, sich über widersprüchliche und traumatische Erfahrungen innere Vorstellungen zu machen (mangelndes Reflexionsvermögen). Dies führen Fonagy et al. (1998, 2000) darauf zurück, daß diese Patienten im Kindesalter aufgrund ihrer (biologischen) Abhängigkeit zur Pflegeperson im Sinne einer adaptiven Lösung das Reflektieren über sich und an-

dere „blockiert,, haben, um weiter mit der sie mißhandelnden Person existieren zu können (Fonagy 1991, Fonagy et al. 1995, 1996, 1998, 2000). Nach Fonagy werden Kinder von mißhandelnden Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen dazu gezwungen, mental eine Umgebung zu akzeptieren, in der Gedanken zu erschreckend sind, um sie zu denken und Gefühle zu intensiv, um erfahren zu werden. Auf die Dauer wird so die *Mentalisierung defensiv vermieden* und eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven ausgebildet. Fonagy & Higgitt (1990) betonen dabei, daß Borderline-Patienten das Nachdenken über sich und andere zwar abwehren, aber man nicht davon ausgehen kann, daß sie keine „theory of mind,, besitzen. „Our claim is not that borderline patients do not possess a theory of mind, rather we propose that in circumstances that lead to an anticipation of unbearable psychic pain, borderline patients disavow their capacity to conceive of mental states.,, (S. 135).

Borderline-Patienten sind dadurch charakterisiert, daß sie ein *instabiles Identitätsgefühl* haben (Identitätsdiffusion) und instabile ambivalente Repräsentanzen von sich und anderen inneren Objekten, die sie auf der einen Seite idealisieren und andererseits entwerten oder ärgerlich anklagen. Zentral ist hier, daß diese Patienten eine diffuse Angst davor haben, von dem idealisierten Objekt verlassen zu werden (Dozier et al. 1999). Bindungen zu wichtigen Personen werden von ihnen als chaotisch und unvorhersagbar wahrgenommen. Erfahrungsgemäß haben diese Patienten schematische, rigide Vorstellungen von anderen, die nicht reflektiert werden, weil das „Mentalisieren,, zu bedrohlich wäre. „Continuing to defensively disrupt their capacity to depict mental states in themselves and others leaves them to operate on inaccurate, yet rigidly held, schematic impressions of thoughts and feelings. They are consequently immensely vulnerable in intimate relationships.,, (Fonagy et al. 2000, S. 111).

Die Neigung von Borderline-Patienten zur *Impulsivität* kann ebenso als Folge eines unterentwickelten (abgewehrten) Bewußtseins von inneren Zuständen (in bezug auf sich selbst und andere Personen) sowie als ein Zusammenbrechen eines organisierten, kohärenten Bindungsverhaltens verstanden werden:

„Borderline patients often find themselves in states of emotional arousal that are beyond self-control, since mentalization is an essential component of affect regulation.,, (Fonagy et al. 2000, S. 114).

Die emotionale Instabilität und Irritabilität von Borderline-Patienten führen Fonagy et al. (2000) darauf zurück, daß diese Personen sich nicht vorstellen können, daß andere über eine andere Konstruktion der Wirklichkeit verfügen als sie diese selbst erleben. So kommt der Mentalisierungsfähigkeit von Ge-

sunden eine „Puffer-Funktion,, zu. Falls Handlungen anderer unerwartet sind, erlaubt dieser Puffer vorläufige Hypothesen bezüglich dieses ungewohnten Verhaltens aufzustellen und damit die entstandene Spannung zu überbrücken⁵. Personen mit einer traumatischen Vergangenheit und einem desorganisierten inneren Arbeitsmodell von Bindung sind hier benachteiligt, da das Nachdenken über die Realität noch mehr Bedrohung verursacht: „being unable to generate auxiliary hypotheses particularly under stress, makes the experience of danger even more compelling,, (Fonagy et al. 2000, S. 115). Eine Person, die als Kind von Drohungen oder tatsächlichem Trauma umgeben war, wird kaum Möglichkeiten entwickeln, zwischen innen und außen unterscheiden zu lernen. Deren Aufmerksamkeit war so eng an die äußere Welt und ihre physischen und emotionalen Gefahren gebunden, daß wenig Raum für die Betrachtung der inneren Welt übrig blieb, was sich bei Patienten mit einer Borderlinepathologie in ihrer mangelnden Reflexionsfähigkeit niederschlägt. Die bis jetzt vorliegenden zwei Studien über den Zusammenhang von Borderlinepathologie 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,, zugeordnet werden: In der Studie von Fonagy et al. (1986) bekamen n=36 Patienten mit einer Borderline-Symptomatik zu 75% die Klassifikation „unsicher-verstrickt,, zugewiesen (50% davon hatten die Kategorie E3: verstrickt und überwältigt von traumatischen Ereignissen), davon fielen 88% in die Kategorie „ungelöstes Trauma,,. Die Studie von Patrick & Hobson (1994) mit ausschließlich weiblichen Borderlinepatienten (n=12) ergab, daß alle Patientinnen eine „unsicher-verstrickte,, (E3) Bindungsrepräsentation aufwiesen, ein ebenso überdurchschnittlicher Prozentsatz (10 von 12) fiel in die Kategorie „ungelöstes Trauma,,.

In der Studie von Fonagy et al. (1986) wurde das AAI dazu eingesetzt vorherzusagen, welche Patienten von einer Therapie profitieren werden. In diesem Kontext wurde das AAI als hilfreich angesehen, den lebensgeschichtlichen Entstehungsprozess von Borderlinestörungen zu erhellen und den Zusammenhang mit Mißhandlungserfahrungen zu verdeutlichen; dabei wiesen die AAIs dieser Patientengruppe drei theoriekonforme Charakteristika auf: eine hohes Auftreten von sexuellem Mißbrauch, signifikant niedrigere Werte in der Reflexionsfähigkeit und signifikant höhere Werte bzgl. des Mangels an

⁵ Bei Kindern mit organisierten Bindungsstrategien wäre dies die Anpassungsleistung, sich an die beispielsweise abweisenden Reaktionen der Bindungsfigur anzupassen, um Nähe wieder herzustellen.

Lösungsstrategien zur Verarbeitung des Missbrauchs (s. a. Einzelfallstudie von Buchheim & Kächele 2001).

Fonagy et al. (2000) schlagen als behandlungstechnisches Ziel bei dieser Klientel vor, daß sich der Therapeut dem Patienten mit einer kohärenten Identität bzw. mit der steten Aufrechterhaltung eines klaren Bildes über dessen mentalen Zustand als Modell zur Verfügung stellen sollte. Er sollte ihm ein Training in mentalen Zuständen ermöglichen, indem er sich selbst offen und transparent mit seinen eigenen Gefühlen gibt. Der Patient sollte in die Lage versetzt werden, den Therapeuten als denkendes und fühlendes Wesen wahrzunehmen und Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zu integrieren, die er in der Kindheit nie entwickeln konnte.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Adult Attachment Interview hat sich für die Anwendung im klinischen Bereich als nützlich und fruchtbar erwiesen. Die Metaanalyse von van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) ergab, daß unsichere Bindungsrepräsentationen eindeutig in *klinischen Gruppen* höher repräsentiert sind als in nicht-klinischen Stichproben ("dismissing" = 41%, "preoccupied" = 46%, "secure" = 13%). Die Effektstärke beträgt: $d = 1.03$ (14 Studien, $N = 688$). Somit konnten mit Hilfe des AAI klinische und nicht-klinische Gruppen unterschieden werden. Da jedoch die Verteilung der Gruppen "dismissing" und "preoccupied" in einigen Krankheitsgruppen nahezu gleich ist, scheint eine differentielle Zuordnung von unsicherer Bindungstypologie und Psychopathologie bisher noch wenig geklärt.

Wie in den obigen Ausführungen, z. B. bei den affektiven Störungen, deutlich wurde, weisen die Studien zum Zusammenhang zwischen AAI-Kategorien und einzelnen klinischen Subgruppen zum Teil Inkonsistenzen auf und lassen aufgrund methodischer Schwächen (keine zertifizierten Auswerter, unklare diagnostische Kriterien) keine zufriedenstellende differentielle Zuordnung von Bindungstypologie und Psychopathologie zu. Dozier et al. (1999) führen dieses Ergebnis auch auf die Heterogenität der Genese einzelner Krankheitsbilder zurück. Ein Forschungsdefizit besteht insbesondere bzgl. Untersuchungen, in denen an ausreichend großen Stichproben systematisch analysiert wird, welche Bindungstypologie bei Patienten mit welchen spezifischen Krankheitsbildern unterschiedlichen Schweregrades bzw. Konfliktverarbeitung (externalisierend, internalisierend) in Zusammenhang steht.

Im AAI werden die unterschiedlichen Fähigkeiten einer Person zum Nachdenken und Sprechen über Bindungserfahrungen erkennbar. Ein sicher-autonomes Interview enthält eine ausgewogene nicht-idealisierte Repräsentation von Mutter und Vater, entsprechend wird deren Verhalten glaubwürdig, überzeugend und angemessen detailliert beschrieben und die emotionale Einstellung des Sprechers ist weder ärgerlich noch entwertend. Dies sind Eigenschaften, die man bei Patienten mit psychischen Störungen selten findet, zumindest nicht vor einer Behandlung (Steele & Steele 2000). Von klinischer Bedeutung ist der Versuch der Arbeitsgruppe um Fonagy (Fonagy et al. 1998), in Anlehnung an Mains Konzept der metakognitiven Steuerung (Main 1991), eine Skala zur Erfassung der Reflexionsfähigkeit (reflective functioning) zu entwickeln. Das Einfühlungsvermögen in die Komplexität mentalen Befindens, sowie die Fähigkeit unterschiedliche Perspektiven dabei einzunehmen, stellen nach Fonagy (1991) eine Entwicklungsleistung dar, die er als Mentalisierungsfähigkeit bezeichnet: "I would like to label the capacity to conceive of conscious and unconscious mental states in oneself and others as the capacity to mentalize" (S. 641). Reflexionsvermögen kann aus seiner Sicht "gehemmt" oder "verfälscht" werden, wenn sich die wichtigen Bindungsfiguren in der Kindheit wenig empathisch und feinfühlig verhalten, was wiederum diese Personen für eine psychopathologische Entwicklung vulnerabel macht.

Wie bereits im Beitrag von Buchheim & Strauß ausgeführt wurde, wird es in Zukunft angemessen sein, das AAI im Hinblick auf seine Reichweite für klinische Fragestellungen zu erweitern. Gerade in Studien mit schwer gestörten Patienten wird es zu einem hohen Prozentsatz Personen geben, die sowohl deaktivierende (dismissing) als auch hyperaktivierende (preoccupied) Anteile im Interview gleichermaßen zeigen. Dieser Fall ist beispielsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen denkbar, die vor dem Hintergrund gespaltenen Objektrepräsentanzen, bezüglich einer wichtigen Bindungsfigur (Objekt) sowohl massive Haßgefühle (Ärger) als auch starke idealisierende Gefühle haben können. Mit dem AAI können solche Patienten in die Kategorie „Can´t Classify“, eingestuft werden, die jedoch, wie bereits erwähnt, eine negative Konnotation (nicht klassifizierbar) suggeriert. Aus klinischer Perspektive erscheinen jedoch gerade diese Patienten für die künftige Forschung von Interesse zu sein, da sie auch besonders schwer zu behandeln sind.

George & West (1999) weisen überzeugend darauf hin, daß in klinischen Gruppen psychische *Dekompensation* am ehesten auf *Bindungsdesorganisation* zurückzuführen ist. Diesem Hinweis folgend ergeben sich in Zukunft neue Fragestellungen für die Konzeptualisierung klinisch relevanter Bindungskategorien, die über die drei klassischen Muster, inklusive der orthogonalen Kategorie „unverarbeiteter Bindungsstatus,, hinausgehen. Die klinische Bindungsforschung bewegt sich bezüglich dieser Fragestellungen zwischen zwei Polen: Soll die Bindungsforschung als zusätzliches Konstrukt herangezogen werden, um Krankheitsbilder zu erklären oder soll durch die Anwendung bindungstheoretischer Konstrukte auf klinische Populationen eine Erweiterung der bindungstheoretischen Konstrukte und Paradigmen erfolgen? Es besteht Konsens darüber, daß der Erklärungsgewinn durch die Bindungstheorie zu unspezifisch wäre, wenn sich das Interesse mit dem Befund einer Häufung von unsicheren Bindungsrepräsentationen in verschiedenen Populationen erschöpfen würde. Es sollte auch darum gehen, die Geltungsbereiche von Methoden und Konstrukten zu erkunden und Modelle der auf Gesunde bezogenen Bindungsforschung gegebenenfalls um neue, klinische Kategorien zu erweitern.