

Buchheim A, Kächele H (2007). Nach dem Tode der Eltern. Bindung und Trauerprozesse

*Forum Psychoanal* 23: 149-160

Anna Buchheim & Horst Kächele

## Nach dem Tode der Eltern. Bindung und Trauerprozesse

Der Verlust der Eltern steht fast jedem ins Haus; erstaunlich ist jedoch wie wenig dieses Thema auch in dem Gebiet, das sich besonders mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Bindungs-Trennungserfahrungen beschäftigt, bearbeitet wurde.

Seit Freuds Arbeit zur strukturellen Äquivalenz von Trauer und Melancholie sind die Prozesse, die den Kern der Freud'schen Trauerarbeit ausmachen, ein bedeutsames klinisches Thema. Wir möchten anregen, mit der Begrifflichkeit der Bindungstheorie auszubuchstabieren, was mit den inneren Bildern der Eltern nach deren Tode passiert. Was sind deren Schicksale, was sind die Nach- und Auswirkungen des Verlusts einer oder beider Eltern.

Angeregt wurden wir durch die seltene Gelegenheit, eine ehemalige analytische Patientin in einem katamnестischen Gespräch auf diese Aspekte hin zu untersuchen. Die Patientin, deren Behandlung Gegenstand vielfältiger Studien<sup>1</sup> war (Kächele et al. 2006a,b; Thomä & Kächele 2006) mit dem Adult Attachment Interview 25 Jahre nach Abschluss ihrer Behandlung zu interviewen, erlaubt einen Blick auf einen bislang wenig beachteten Aspekt der Bindungsrepräsentation.

### Trauer und Bindung

Der Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Bowlby führte im Auftrag der WHO eine Untersuchung zur Verarbeitung von Trennungs- und Verlusterfahrungen bei kleinen Kindern durch. Er sollte das Schicksal heimatloser Kinder im Nachkriegs-Europa dokumentieren (Bowlby 1953). Aus diesem Erfahrungsraum und aus dem Kontext der sich anbahnenden Hospitalismus-Diskussion entstanden die ersten psychoanalytischen Arbeiten zu dem Thema Trauer und Verlust (Bowlby 1958, 1960, 1961).

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche klinische Darstellung der Patientin und ihres Behandlungsverlaufes findet sich im dritten Band des Ulmer Lehrbuches (Kap. 4.1-3)

Allerdings führte Bowlby's Vortrag im Jahre 1957 vor der Britischen Society zu einer spektakulär zu nennenden Ausgrenzung aus der psychoanalytischen community; Winnicott schrieb: Diesen Vortrag zu akzeptieren, würde bedeuten, alles aufzugeben, wofür Anna Freud gekämpft hatte“. Allerdings war Anna Freud gnädiger und kommentierte: „Dr. Bowlby ist zu wertvoll, um für die Psychoanalyse verloren zu gehen“ (zit. Grosskurth 1986).

Mit der Veröffentlichung der Trilogie Bindung (1969), Trennung (1973) und Verlust (1980) wurde deutlich, wie konsequent Bowlby ethologische Konzepte herangezogen hatte, um die biologisch vorgegebene Fähigkeit zur Bindung an eine pflegende Person zu kennzeichnen. Er sah Bezoogenheit in der frühen Kindheit als ein primäres und unabhängiges Ziel, welche sich nicht einem physiologischen Bedürfnis, wie z.B. Hunger, unterordnen lässt.

Im Rahmen seiner Überlegungen zu Abwehr prägte Bowlby (1980) im dritten Band den Begriff der „abgetrennten Systeme“ (segregated systems), den George & West (1999) wieder aufgriffen haben 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.

Die Unterscheidung von sog. „organisierten“ (d. h. sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt) und sog. „desorganisierten“ Bindungsstrategien (d. h. ungelöste traumatische Erfahrungen wie Misshandlung, Missbrauch oder Verlust) erscheint demnach für die Interpretation des Schweregrades von dysfunktionaler Bindungsorganisation für klinische Gruppen von wesentlicher Bedeutung zu sein. Eine Metaanalyse von van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) ergab, dass organisierte unsichere Bindungsrepräsentation in den klinischen Gruppen zwar eindeutig häufiger vorkommt als in nicht-klinischen Stichproben; jedoch ist die Verteilung der Gruppen „dismissing“ und „preoccupied“ nahezu gleich. In einigen klinischen Gruppen, z. B. Angststörungen oder Borderlinepathologie, wurde gefunden, dass das Muster „Desorganisation“ in Bezug auf Verlusterfahrungen oder sexuelle Traumata im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern und Gesunden deutlich überrepräsentiert (85%), was darauf hinweist, dass das *Zusammenbrechen von Bindungsstrategien* eine besondere Beachtung verdient.

Ein bedeutsamer Unterschied von Psychoanalyse und Bindungstheorie betrifft das Verständnis defensiver Prozesse (George & Solomon 1999). Traditionelle psychoanalytische Modelle der Abwehr arbeiten mit einer Vielzahl von Abwehrmechanismen (siehe dazu die Übersichtsarbeiten in Hentschel et al 2004). Bowlby konzipiert seine Abwehrformen als sog. ‚defensive Ausschluss‘; dieser besteht in zwei qualitativ unterscheidbaren Formen der

Informationsverarbeitung: als *deactivation* (entspräche der Verdrängung) und als *cognitive disconnection* (entspräche der Spaltung). Diese beiden defensiven Strategien statten das Individuum (Kind und Erwachsenen) mit einem organisierten Ausschluss von Information aus dem bewusster Wahrnehmung bzw. einer Ausgrenzung von Affekt von einer Situation oder Person, die diesen auslösen könnte.

Psychopathologische Zustände zeigen nach Bowlby (1980) an, dass unter bestimmten Umständen diesen beiden Formen des Ausschlusses zu einem desorganisierten Repräsentationsmodus führen können. Diesen benennt er: *segregated system*. „Um die Beziehung zwischen erwachsener Bindung und seelischem Gesundheitsrisiko zu verstehen, muss man die Konzepte von Abwehr bzw. segregierten Systemen studieren, denn diese sind die mentalen Prozesse, die Desorganisation definieren, schreiben George and West (1999, S. 295). Falls diese repräsentationalen Strukturen sich unter dem Einfluss von Bindungstraumata (Missbrauch, Verlust) entwickeln, könnte das Konzept der segregierten Systeme für das Verständnis von einigen Formen Psychopathologie fruchtbar sein.

Im Folgenden stellen wir zunächst die grundlegende Ideen der Methodologie vor, mit der Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen erfasst werden können; dann geben wir ein Beispiel für die Fruchtbarkeit dieser Konzepte in der klinischen Arbeit, in dem wir den aktuellen Verarbeitungszustand in Bezug auf die Trauer von der Patientin Amalie X diskutieren.

### **Methodik zur Erfassung von unverarbeiteter Trauer**

Seit den 80er Jahren hat das Adult Attachment Interview (AAI) zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen (George, Kaplan u. Main 1985 Main u. Goldwyn 1985-1996) zunehmend Verbreitung gefunden und wird bisher hauptsächlich in Forschungsstudien eingesetzt. Der Interview-Leitfaden ist so aufgebaut, dass durch die Abfolge von Fragen das Bindungssystem zunehmend aktiviert wird, d. h. die Themen werden immer stressreicher (Schilderung der Beziehung zur den Bindungsfiguren--> Kummer und Trennungserfahrungen--> Verlust und Missbrauchserlebnisse). Die Befragten werden aufgefordert, anhand von 18 Fragen ihre autobiographische Geschichte bezüglich ihrer Bindungserfahrungen „aus dem Stand heraus“ zu erzählen. Bewertet wird, inwieweit ein Sprecher in der Lage ist, spontan seine Kindheitsgeschichte in einer kooperativen, kohärenten und plausiblen Art und Weise zu entwickeln. Das semi-strukturierte Vorgehen erlaubt konkretes

Nachfragen und Spezifizieren, was wiederum die Befragten herausfordert, exakt, präzise und glaubhaft ihre allgemeinen Aussagen zu belegen; auch das löst Stress aus.

Im AAI sollen die Probanden nach einer Orientierungsfrage (Frage 1) zu den allgemeinen Familienverhältnissen ihre Beziehung zu ihren Eltern in der Kindheit zunächst auf einer allgemeinen Ebene beschreiben (Frage 2). Dann werden sie konkret nach Adjektiven gefragt, die diese Beziehung zur Mutter (Frage 3) und zum Vater (Frage 4) aus Kindheitsperspektive typischerweise charakterisieren und wem sie sich von beiden näher gefühlt haben (Frage 5). Weitere Themen kreisen um Kummer (Frage 6), Trennung (Frage 7), Ablehnung (Frage 8) in Bezug auf wichtige Bindungsfiguren in der Kindheit und wie sich die Befragten damals in diesen Situationen verhalten bzw. wie ihre Bindungsfiguren darauf reagiert haben. Ein wesentlicher anderer Aspekt ist die Frage nach Bedrohung oder Misshandlungserfahrungen durch Bindungsfiguren (Frage 9) sowie nach Verlusten (Frage 13) von nahe stehenden Personen in der Kindheit, deren genaue Umstände und die damit zusammenhängenden Gefühle damals und heute. Ein weiterer Fragenkomplex beschäftigt sich mit dem Einfluss der erlebten Kindheitserfahrungen auf die Persönlichkeit aus heutiger Sicht (Frage 10), warum die Eltern wohl so waren (Frage 11), ob es weitere elterngleiche Bezugspersonen gab (Frage 12), die Beurteilung einer Veränderung der Beziehung zu den Eltern (Frage 14) und die Bewertung der aktuellen Beziehung zu den Eltern (Frage 15) (falls sie nicht verstorben sind). Abschließend werden Fragen zu eigenen Kindern gestellt, die sich auf Trennung vom Kind (Frage 16) und Wünsche für die Zukunft des Kindes (Frage 17) beziehen, aber auch eine zusammenfassende Bewertung der eigenen Rolle als Elternteil erzielen sollen (Frage 18).

Die Auswertung der Transkripte des Adult Attachment Interviews beurteilt die *Art und Weise* der Erzählung als maßgeblich für die aktuelle Repräsentanz von früheren bedeutsamen Erfahrungen, d. h. *wie* erzählt wird, ist relevanter als das Inhaltliche. Dieses theoriegeleitete Interview soll bei der befragten Person das Bindungssystem aktivieren und durch *spezifische Konkretisierung* (z. B. „Sie haben gesagt, die Beziehung zu Ihrer Mutter war wunderbar, fällt Ihnen dazu ein spezielles Ereignis ein, das diese Aussage veranschaulichen könnte?“) eine gewisse Stresssituation herstellen, die jeweilige Bindungsstrategien „hervorlocken“. Die Technik des semistrukturierten Fragens dient dazu, Abwehrprozesse (z. B. unbewusste Inkohärenzen, Idealisierung, Entwertung, Ärger, Verleugnung) sichtbar werden zu lassen, die jedoch nicht gedeutet werden.

Die Kohärenz des Diskurses stellt das leitende Hauptkriterium der Auswertung im AAI dar (Main & Goldwyn 1996); durch sie werden wichtige Kommunikationsmaximen nach Grice (1975) erfasst. Beurteilt wird, inwieweit ein Sprecher auf die Fragen des Interviewers kooperativ eingehen kann und eine wahrheitsgemäße (Qualität), angemessen informative (Quantität), relevante (Relevanz) und für den Zuhörer bzw. Leser verständliche, klare Darstellung (Art und Weise) seiner Kindheitserfahrungen geben kann.

Eine Person mit einer „*sicheren*“ Bindungsrepräsentation kann mit der Aufgabe, semantisches Wissen über die Kindheit anhand episodischer Belege zu verifizieren, flexibel umgehen; positive wie auch negative Erinnerungen können in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild zusammengefügt werden; die sprachliche Darstellung ist nachvollziehbar und lebendig. Bringt eine Person eine sog. *distanzierte* Bindungsrepräsentation mit, wird sie auf die AAI-Fragen hin „distanziert“ ihre Narrative gestalten, indem sie auf die Fragen nur allgemein eingeht, sich an wenig Konkretes erinnert oder abblockt und den Interviewfluss subtil oder direkt boykottiert. Das Bewusstwerden von schmerzlichen Erinnerungen, die potentiell auftauchen könnten, muss dann deaktiviert werden, um ein allgemeines positives oder zumindest neutrales Bild der Bindungen in der Kindheit aufrechtzuerhalten; eine vermeidende Strategie, die im Kindesalter beispielsweise adaptiv war, um die Nähe zur zurückweisenden Bindungsperson zu erhalten. Wird die Aufmerksamkeit von Bindungsbedürfnissen weggelenkt, äußert sich das bei Erwachsenen sprachlich in kargen Antworten oder idealisierten, skriptartigen Aussagen ohne wahrhaftigen Beleg. Dagegen verlieren sich Personen mit einer sog. „*verstrickten*“ Bindungsrepräsentation in Details wenn sie über Vergangenes gefragt werden, die sie – weil diese Erlebnisse immer noch konflikthaft erleben– in der Gegenwart formulieren und zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her oszillieren.

Neben der Beurteilung der Kohärenz wird demnach auch die emotionale und kognitive Integrationsfähigkeit der geschilderten Bindungserfahrungen bewertet. Hierzu dienen als Kriterien das Ausmaß an Idealisierung oder Entwertung der Bindungsfiguren oder inwieweit die Interviewten heute noch stark mit Ärger und Wutgefühlen gegenüber ihren Bindungspersonen beschäftigt sind. Zum wichtigsten Auswertungsschritt gehört also die Beurteilung des aktuellen *mental*en *Verarbeitungszustands* (state of mind with respect to attachment) der individuellen

Bindungserfahrung. Dazu werden Skalen wie Idealisierung, Ärger und Abwertung herangezogen. Zu den weiteren allgemeinen Skalen gehören „allgemeine Abwertung von Bindung“, „Bestehen auf fehlender Erinnerung“, „Traumatischer Erinnerungsverlust“, „Metakognition“, „Passivität“, „Angst vor Verlust“, „höchster Wert unverarbeiteter Verlust“, „höchster Wert unverarbeitetes Trauma“, und „Kohärenz des Transkripts“ (s. a. Buchheim & Kächele 2002).

Die Skalen „unverarbeiteter Verlust“ und „unverarbeitetes Trauma“, die auf einen „*unverarbeiteten Bindungsstatus*“ hinweisen, sind für die Betrachtung von Psychopathologie von besonderer Bedeutung, so dass an dieser Stelle bereits eine genauere Erläuterung der Auswertung durch das AAI sinnvoll erscheint: Die Beurteilung der Kategorie „*unverarbeitete Trauer*“ wird erschlossen aus: sprachlichen Auffälligkeiten (lapses of thought and reasoning), ängstlichen oder irrationalen Schilderungen früher Verluste von Bindungspersonen, z. B. Vorstellungen über eigenes Verschulden des Todesfalls, die Überzeugung, dass die verstorbene Person noch unter den Lebenden ist, logische Fehler wie Verwechslung von Subjekt und Objekt oder Raum und Zeit, ungewöhnliche Detailgenauigkeit sowie deutlich lange Schweigepausen.

Die Beurteilung der Kategorie „*unverarbeitetes Trauma*“ wird erschlossen aus einer vorübergehenden mentalen Desorientierung der befragten Person, die während des AAI Anzeichen dafür liefert, dass Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen noch nicht verarbeitet worden sind. Dies zeigt sich beispielsweise in irrationalen Überzeugungen über die eigene Rolle am Geschehen oder in der wiederholten Verleugnung der erlebten Tat, was sich in einem Oszillieren zwischen Berichten über die Art der Missbrauchserfahrung und einem anschließenden Abstreiten, dass dieser Missbrauch überhaupt stattgefunden hat, abbildet (siehe Buchheim & Kächele 2001, 2002, 2003).

Zusammenfassend stellt das AAI eine Mischung aus qualitativer und quantitativer Methodik dar, um teils unbewusste bindungsrelevante Aspekte von Bindung der Befragten zu erfassen. In einem sich immer weiter entwickelnden Manual sind die genannten Skalen, die dann in ihrer heuristischen Kombination zu einer Bindungsklassifikation: sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt, desorganisiert = unverarbeitetes Trauma/Trauer führen, mit Ankerbeispielen beschrieben. Dies erlaubt dem Auswerter nach einer aufwendigen Schulung, durch *Analogiebildung*, die narrative Gestalt der Aussagen zuverlässig einzuschätzen.

In den letzten Jahren wurden eine Reihe von Alternativmethoden entwickelt, um Bindung bei Erwachsenen „einfacher und weniger zeitaufwändig“ messen zu können (Buchheim u. Strauss 2002). Die Befunde zeigen hingegen, dass diese Versuche (beispielsweise mit Fragebögen) scheitern, auch wenn diese ebenfalls interessante, aber eben bewusstseinsnähere Aspekte von Bindung messen. Die klinische Bindungsforschung formuliert heute zahlreiche Ansätze, wie diese Theorie in die Diagnostik und die psychotherapeutische Praxis integriert werden kann (z. B. in Cassidy & Shaver 1999; Fonagy 2001/2003, Strauss, Buchheim, Kächele 2002). Auf den Nutzen der Bindungstheorie für die Arbeit des Psychoanalytikers haben bereits Köhler (1998), Dornes (1998) und Lichtenberg (2003) verstärkt hingewiesen. Auch wenn vielfältige theoretische Konvergenzen erkennbar sind (z. B. Fonagy 2001/2003), so bestehen doch methodische Divergenzen, so dass die Anwendung von bindungstheoretischen Konzepten und Instrumenten im klinischen Kontext mit nötiger wissenschaftlicher Sorgfalt geschehen sollte.

### **Die Patientin Amalie X**

Die Patientin Amalie X ist eine zum Behandlungsbeginn 35jährige allein lebende Lehrerin; allerdings fühlte sie sich verpflichtet, einen engen Kontakt zu ihrer Familie, besonders zur Mutter zu pflegen. Zur Behandlung führten sie erhebliche depressive Verstimmungen mit einem entsprechend niedrigen Selbstwertgefühl, die allerdings ihre Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigten. Zeitweilig litt sie unter religiösen Skrupeln, obwohl sie nach einer Phase strenger Religiosität sich von der Kirche abgewandt hatte. Noch immer kämpfte sie mit gelegentlichen Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen. Von Zeit zu Zeit traten auch neurotisch bedingte Atembeschwerden auf; ebenfalls berichtete sie über erythrophobe Zustände unter besonderen Bedingungen.

### *Biographie*

Geboren 1939 in einem kleinen Städtchen Süddeutschlands wuchs Amalie X in einer Familie auf, bei der der Vater während der ganzen Kindheit praktisch abwesend war, zunächst wohl kriegsbedingt und dann beruflich durch eine Tätigkeit als Notar für einen weiten ländlichen Bereich. Emotional war der Vater wohl sehr kühl und erheblich in seiner



Kommunikationsbereitschaft eingeschränkt; seine zwanghafte Art verhinderte jeglichen intensiveren Kontakt zu den Kindern. Die Mutter beschreibt Amalie sehr anders: sie war impulsiv mit vielen kulturellen Interessen, und sie litt offenkundig unter der emotionalen Kälte ihres Mannes. Amalie X war das zweite Kind, nach dem Bruder (+2) und vor einem jüngeren Bruder (-4), denen gegenüber sie sich immer unterlegen gefühlt hatte. Aus ihrer frühen Lebenswelt beschreibt sich Amalie X als ein sensibles Kind, das sich viel allein mit seinen Spielsachen beschäftigen konnte und sie liebte es zu malen. Sie beschreibt allerdings deutlich das Gefühl für die Mutter ein Ersatzpartner für den abwesenden Vater gewesen zu sein.

Mit drei Jahren erkrankte Amalie an einer milden Form von Tuberkulose und musste für sechs Monate das Bett hüten. Als die Mutter dann selbst eine ernsthafte tuberkulöse Erkrankung akquirierte, als Amalie fünf Jahre alt war, musste sie als erste die Primärfamilie verlassen und wurde zu einer Tante geschickt, wo sie die nächsten Jahre bleiben sollte. Die beiden Brüder kamen ein Jahr später nach. Da die Mutter immer wieder hospitalisiert werden musste, sorgten sich Tante und Großmutter um die Kinder. Dort herrschte ein puritanisches, emotionales Klima mit einer religiösen Striktheit, die Amalie durch und durch prägte. Auch nach dem Krieg erschien der Vater nur zum Wochenende bei der großelterlichen Ersatzfamilie.

In der Pubertät trat bei ihr eine somatische Erkrankung auf, ein idiopathischer Hirsutismus, der ihre psychosexuellen Probleme erheblich verstärkte.

In der Schule gehörte Amalie immer zu den Besten ihrer Klasse und sie teilte viele Interessen mit den Brüdern; mit den weiblichen Altersgenossen vertrug sie sich schlecht. Noch mit über sechzig Jahren erinnert sie lebhaft eine Episode hinsichtlich Rivalität mit einer Klassenkameradin, die wohl weniger intelligent, aber weitaus attraktiver war als sie selbst. Während der Pubertät verschlechterte sich die Beziehung zum Vater noch mehr und sie zog sich von ihm ganz zurück. Eine freundschaftlich, engere Beziehung in den späten Teens zu einem jungen Mann, bei der sogar schon von Verlobung die Rede war, wurde durch striktes elterliches Verbot beendet.

Nach dem Abitur nahm sie zunächst ein Lehramtstudium mit dem Ziel Gymnasium auf.

Aufgrund ihrer persönlichen Konflikte entschied sie nach wenigen Semestern, ein Klosterleben aufzunehmen. Dort verschärften sich die religiösen Konflikte jedoch erheblich, was sie dann zurück zum Studium führte. Allerdings war dann der qualifizierende Abschluss zur Gymnasiallehrerin verschlossen, und sie konnte nur (!) Realschullehrerin werden. Im Vergleich zu den beiden Brüdern war und blieb dies für sie lange Zeit ein Makel.

Wegen ihrer Hemmungen hatte Frau Amalie X bis zum Zeitpunkt des Erstinterviews keinerlei heterosexuellen Kontakte, wobei der idiopathische Hirsutismus die neurotischen Hemmungen verstärkt hatte. Sie hatte um eine Psychoanalyse nachgesucht, weil die schweren Einschränkungen ihres Selbstgefühls in den letzten Jahren einen durchaus depressiven Schweregrad erreicht hatten. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen einer virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der Frau Amalie X sich vergeblich abzufinden versucht hatte. Zwar konnte die Stigmatisierung nach außen retuschiert werden, ohne dass diese kosmetischen Hilfen und andere Techniken zur Korrektur der Wahrnehmbarkeit des Defektes im Sinne Goffmans (1977) ihr Selbstgefühl und ihre extremen sozialen Unsicherheiten anzuheben vermochten. Durch einen typischen Circulus vitiosus verstärkten sich Stigmatisierung und schon prämorbid vorhandene neurotische Symptome gegenseitig; zwangsneurotische Skrupel und multifforme angstneurotische Symptome erschwerten persönliche Beziehungen und führten v. a. dazu, dass die Patientin keine engen gegengeschlechtlichen Freundschaften schließen konnte.

### *Psychodynamik*

Da die Patientin Amalie X ihrem Hirsutismus einen wesentlichen Platz in ihrer Laienätiologie zur Entstehung ihrer Neurose eingeräumt hat, beginnen wir mit Überlegungen zum Stellenwert dieser körperlichen Beeinträchtigung, aus der sich die speziellen Veränderungsziele ableiten lassen.

Der Hirsutismus dürfte für Frau Amalie X eine 2fache Bedeutung gehabt haben:

Zum einen erschwerte er die ohnehin problematische weibliche Identifikation, da er unbewussten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gab. Weiblichkeit ist für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. In der Pubertät, in der bei der Patientin die stärkere Behaarung auftrat, ist die Geschlechtsidentität ohnehin labilisiert. Anzeichen von Männlichkeit in Form von Körperbehaarung verstärken den entwicklungsgemäß wieder belebten ödipalen Penisneid und -wunsch. Dieser muss freilich auch schon vorher im Zentrum ungelöster Konflikte gestanden haben, da er sonst nicht diese Bedeutung bekommen kann. Hinweise darauf liefert die Form der Beziehung zu den beiden Brüdern: Diese werden von der Patientin bewundert und beneidet, sie selbst fühlt sich als Tochter oft benachteiligt. Solange die Patientin

ihren Peniswunsch als erfüllt phantasieren kann, passt die Behaarung widerspruchsfrei in ihr Körperschema. Die phantasierte Wunscherfüllung bietet aber nur dann eine Entlastung, wenn sie perfekt aufrechterhalten wird. Dies kann jedoch nicht gelingen, da ein viriler Behaarungstyp aus einer Frau keinen Mann macht. Das Problem der Geschlechtsidentität stellt sich erneut. Vor diesem Hintergrund sind alle kognitiven Prozesse im Zusammenhang mit weiblichen Selbstrepräsentanzen für die Patientin konfliktreich geworden, lösen Beunruhigung aus und müssen deshalb abgewehrt werden.

Zum anderen erhält der Hirsutismus sekundär auch etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: Er wird der Patientin zur Begründung dafür, dass sie sexuelle Verführungssituationen von vornherein meidet. Dabei ist ihr diese Funktion ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht bewusst zugänglich. Für eine erfolgreiche Behandlung der Patientin Amalie X lassen sich aus diesen Überlegungen 2 Forderungen ableiten: Die Patientin wird dann soziale und sexuelle Kontakte aufnehmen können, wenn sie 1) zu einer hinreichend sicheren Geschlechtsidentität gelangen kann und ihre Selbstunsicherheit überwindet und wenn sie 2) ihre Schuldgefühle bezüglich ihrer Wünsche aufgeben kann.

Aufgrund der Vorgeschichte, der Symptomatik und Charakterstruktur, des erheblichen Leidensdruckes konnte die Indikation für eine psychoanalytische Therapie gestellt werden. Es handelte sich von den äußeren Merkmalen - denen wir jedoch nur bedingt definitorischen Wert zuerkennen - um eine ziemlich rite durchgeführte psychoanalytische Behandlung mit 3 Wochenstunden.

Wir entnehmen der Stellungnahme des behandelnden Analytikers folgenden Text (s. Thomä u. Kächele 1988, S.90)

"Ich nahm die beruflich tüchtige, kultivierte, ledige und trotz ihrer virilen Stigmatisierung durchaus feminin wirkende Patientin in Behandlung, weil ich ziemlich sicher und hoffnungsvoll war, dass sich der Bedeutungsgehalt der Stigmatisierung wesentlich würde verändern lassen. Ich ging also, allgemein gesprochen, davon aus, dass nicht nur der Körper unser Schicksal ist, sondern dass es auch schicksalhaft werden kann, welche Einstellung bedeutungsvolle Personen und wir selbst zu unserem Körper haben".

*Weitere Überlegungen zur Psychodynamik*

Unsere klinischen Erfahrungen rechtfertigen folgende Annahmen: Eine virile Stigmatisierung verstärkt Peniswunsch bzw. Penisneid, sie reaktiviert ödipale Konflikte. Ginge der Wunsch, ein Mann zu sein, in Erfüllung, wäre das zwitterhafte Körperschema der Patientin widerspruchsfrei geworden. Die Frage: Bin ich Mann oder Frau? wäre dann beantwortet, die Identitätsunsicherheit, die durch die Stigmatisierung ständig verstärkt wird, wäre beseitigt, Selbstbild und Körperrealität stünden dann im Einklang miteinander. Doch kann die unbewusste Phantasie angesichts der körperlichen Wirklichkeit nicht aufrechterhalten werden: Eine virile Stigmatisierung macht aus einer Frau keinen Mann. Regressive Lösungen, trotz der männlichen Stigmatisierung zur inneren Sicherheit durch Identifizierung mit der Mutter zu kommen, beleben alte Mutter-Tochter-Konflikte und führen zu vielfältigen Abwehrprozessen. Alle affektiven und kognitiven Abläufe sind von tiefer Ambivalenz durchsetzt, so dass die erwähnte Patientin es z. B. schwer hat, sich beim Einkaufen zwischen verschiedenen Farben zu entscheiden, weil sich mit ihnen die Qualität "männlich" oder "weiblich" verbindet.

Ergänzende psychodynamische Überlegungen werden wir werden aufgrund der Plananalyse mitteilen (Kap. 4.08), die auch durch die Befunde aus dem katamnestisch durchgeführten Erwachsenen-Bindungsinterview gestützt werden (Kap. 3.04).

Diagnostisch handelt es sich um eine Störung der Selbstsicherheit; nach IVD-10 wäre eine Dysthymie zu diagnostizieren.

Einige Jahre später kehrte die Patientin zu ihrem früheren Analytiker zurück und benutzte eine kurze 25stündige analytische Psychotherapie dazu, ihre Probleme in der stabilen, aber konfliktreichen Partnerschaft mit dem erheblich jüngeren Lebenspartner zu bearbeiten.

Erst kürzlich - im Rahmen eines klärenden Gespräches bezüglich der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse und mehr als fünfundzwanzig Jahre nach Beendigung der Analyse - zeigte die Patientin den Wunsch nach weiteren Klärungen bezüglich dieser schon vor längerer Zeit beendeten Partnerschaft und wurde an eine vom Forschungsteam unabhängige Kollegin vermittelt, wo sie wenige Sitzungen in Anspruch nahm.

## **Teil II Bindung**

Wir haben geschrieben, diese Auseinandersetzung vollziehe sich a) während der Behandlung, b) bei Behandlungsende und c) zu einem oder mehreren späteren Zeitpunkten. Wir haben am Anfang der Therapie den Schweregrad der Symptomatik erfasst und aufgrund der zugrundeliegenden Psychodynamik des Patienten bedingte Prognosen aufgestellt. Diese beinhalteten Hypothesen über kausale Zusammenhänge. Hat der Analytiker seine bedingten Prognosen in Abhängigkeit von den jeweils erreichten Zwischenergebnissen im Laufe der Therapie korrigiert und ergänzt. Hat er die am Verlauf orientierte Evaluierung mit einer Anpassung der Ziele verknüpft. Und haben die beiden am Prozess beteiligten ein realistisches Abwägen von "Aufwand und Ertrag" betrieben.

Wir wissen, dass die Patientin durch und nach der Behandlung feste Partnerschaften eingehen konnte, die nicht ohne Konflikte waren, aber die nicht mehr von dem Problem bestimmt wurden, dass sie in die analytische Behandlung geführt hatte. Zweimal suchte sie in den folgenden Jahren ihren früheren Analytiker wieder auf, der für sie verfügbar blieb.

Viele Jahre später suchte Amalie X, inzwischen dreiundsechzig-jährig und pensioniert, Rat wegen eines aktuell eingetretenen Lebensproblems, der im Zusammenhang mit Nachwirkungen ihrer längeren Partnerschaft aufgetreten war. Diesem Wunsch entsprachen wir durch Verweisung an eine Kollegin. Für unser Forschungsinteresse war die Möglichkeit gegeben, mit der Patientin ein Bindungs-Interview durch zu führen, über das nachfolgend berichtet werden soll.

25 Jahre nach ihrer psychoanalytischen Behandlung -Das Bindungsinterview von Amalie X

Das AAI von Amalie X wurde verbatim transkribiert und nach den Klassifikationsregeln von Main u. Goldwyn (1985-1996) diskursanalytisch von einer zweiten reliablen Bindungsforscherin unabhängig ausgewertet. Diese Auswertung führte zu diesem Zeitpunkt zur Diagnose einer desorganisierten Bindungsrepräsentation, die sich auf den noch unverarbeiteten Verlust ihrer beiden einige Jahre zuvor verstorbenen Eltern ergab. Als zweite darunter liegende „organisierte“ Bindungsstrategie wurde eine „unsicher-verstrickte“ Muster festgestellt, die Hinweise auf

Amalies aktuellen Ärger und ihre emotionale Konflikthaftigkeit mit beiden Elternfiguren untermauerte<sup>2</sup>.

In ihrer Gegenübertragung fühlte sich die Interviewerin (AB) geradezu überwältigt von der Geschwindigkeit mit der Amalie vielfältigste Details ihrer Kindheit zu erinnern wusste. Sie dominierte das vom Ansatz her halbstrukturierte Gespräch in einer ungewöhnlichen Art und Weise. Es gab keine Frage im AAI, bei der Amalie zögerte oder gar eine Pause machte, um nachzudenken, was sie wohl darauf sagen könnte. Manchmal gab sie konsistente Zusammenfassungen ihrer Kindheitserfahrungen mit einem erstaunlichen Grad metakognitiver Fähigkeit, dann kippte sie in eine „irgendwie verrückte“ Stimme, die eine übertriebene, teilweise irrationale Qualität annahm, die für die Interviewerin Furcht erregend wirkte. Am Ende des Interview konnte die Interviewerin Amalies Selbstbeschreibung, sie sei eine Art von „Hexe“ zustimmen. Sie kam als eine gebildete ältere Dame und entschwand wie ein „Geist.“ Dieses Gegenübertragungsgefühl war besonders stark vom letzten Teil des Interviews bestimmt, als Amalie über den Verlust ihrer Eltern sprach. Diese Passagen hatten wahrlich gespenstige Qualitäten.

Im AAI werden sowohl subjektive Erinnerungen (faktische Information) der Befragten an die Bindungspersonen (z. B. liebevolle Fürsorge, Vernachlässigung, Rollenwechsel) als auch die Diskursqualität (mentale Verarbeitung) des gesamten Transkripts in Bezug auf Kohärenz, Idealisierung, Ärger oder sprachliche Fehlleistungen kodiert.

Amalie beschreibt ihre Mutter subjektiv als „sehr, sehr sorgend“; außerdem schildert sie diese als eine schöne Frau, die für sie viel interessanter und anziehender als ihr Vater war. Sie erinnert sich, ihre Mutter bewundert und um sie geworben zu haben. Als Kind habe sie ihr immer gefallen wollen; sie sei extrem empfänglich für die Bedürfnisse der Mutter gewesen („Ich war für sie da, sie konnte mich beanspruchen“). Diese Einpassung in die Bedürfnislage der Mutter habe ihr auch geholfen, das wohlerzogene Kind im Gegensatz zu den beiden anstrengenden Brüdern zu sein. Den Vater beschreibt sie als „schwach“ mit der Ergänzung „natürlich war ich sein Liebling.“ Auch er sorgte sich um sie, aber er war für sie „nicht interessant“, sie fügt hinzu: „zwischen ihm und mir war immer so etwas wie Baumwolle“. Ihre Großmutter schildert sie als

---

<sup>2</sup> Die Untersucherin AB hat die Ergebnisse dieser Untersuchung auch mit Carol George diskutiert (s. Buchheim et al. in Vorbereitung)

„streng“ und „strikt“; zugleich aber war diese unterstützend, ermutigend und nicht so intrusiv wie ihre Mutter.

Betrachtet man das Transkript unter dem Blickwinkel der Diskursqualität und der in der AAI-Methodologie bestimmenden Kohärenzkriterien, so findet sich eine beträchtliche Evidenz für ein von Gegensätzen bestimmtes Bild ihrer Kindheit, was für einen unsicher-verstrickten Bindungsstatus spricht. Amalie oszilliert zwischen einer außergewöhnlich positiven Bewertung der sorgenden Qualitäten ihrer Mutter und erinnert zugleich Erfahrungen der Verlassenheit, grausame Trennungen und lang andauernde Vorstellungen schon als Kind in der Hölle gelebt zu haben. Manchmal kann sie die Integrität des Vaters lobend erwähnen („er unterstützte mich immer wenn ich Probleme in der Schule hatte“), dann verfällt sie in eine ärgerlich abwertende Ausdrucksweise („ich konnte seine Zuneigung besonders dann nicht vertragen, wenn ich krank war und wenn er sich mir zuwandte und fragte: wie geht meiner kleinen Patientin denn heute“, das hasste ich“). Formal sprachlich präsentiert sie Passivkonstruktionen in Form von endlosen Sätzen, die zugleich grammatikalisch unvollständig bleiben. Darüber hinaus präsentiert die unbemerkt eine Unfähigkeit, auf die Fragen einzugehen oder auf diese zu fokussieren. Manchmal bleibt Amalie in den Erinnerungen an Kindheit und Jugend geradezu stecken ohne auf ein abstrahierendes Niveau kommen zu können. In Bezug auf ihr Autonomiegefühl wird deutlich, dass es Amalie im Interviewverlauf schwer fällt ist, ein eigenständiges Selbstgefühl unabhängig von Verwicklungen mit ihrer Mutter zu erinnern, es entsteht ein auffallender Mangel an persönlicher Identität besonders in der ersten Hälfte des Interviews. Ihre Sicht der Kindheit schwankt zwischen Heiligenschein und Verdammnis. Dann wieder beeindruckt sie die Interviewerin mit einem erstaunlichen transgenerationalen Verständnis, wenn um es die Frage geht, wie sie die Auswirkung ihrer Kindheit auf ihre jetzige Verfassung oder Persönlichkeitsentwicklung einschätzt oder warum sie glaubt, dass sich ihre Eltern so verhalten haben. Obwohl sie offenkundig die Fähigkeit hat, sich in die Mutter gut einzufühlen („mind reading“), führt die zusammenfassende Bewertung zu der oben erwähnten Schlussfolgerung, dass Amalie X zum Zeitpunkt des Interviews als verwickelt klassifiziert wird. Sie scheint einen lebenslangen Kampf zu führen, eine autonome erwachsene Person zu werden. Ihre noch nicht abgeschlossene Auseinandersetzung mit den nun verstorbenen Eltern, die sie in konkretistischer Form äußert, bis hin zu umschriebenen dissoziativen Phänomenen, zeigt dies in aller Deutlichkeit. Nach den Auswertungskriterien im AAI präsentiert Amalie eindeutige Hinweise dafür, dass die beiden Verstorbenen in ihrem Inneren noch nicht tot sind:

„Also ganz merkwürdig war, der Vater starb sechsundneunzig, und dann war er eine Nacht lang mit mir geflogen zu seinen italienischen Reiseorten, die er sehr liebte und ich hatte da eine furchtbare Nacht voller Schuldgefühle ... und ah, na ja, sie (Mutter) starb vor meinem sechzigsten. Auf jeden Fall hab ich aber dann, sie starb achtundneunzig im Frühling, und dann hab ich fast vier Jahre mit ihr jetzt ganz brutal ah gekämpft und gestritten, das war so grauenvoll, das kann man nicht erzählen. Und dann kam mein Vater. Also erst seit sie tot war und als ich die Kämpfe mit ihr anfang, kam er wirklich wunderbar und hat mich also geschützt und gestärkt und beraten und das war also wie ein Gespräch und ich hab ihn gesehen, er ist jetzt wieder weg. Und dann hab ich jetzt erst dieses Jahr zu meiner Mutter gesagt „So, jetzt reicht's, es reicht endgültig! Schluss, aus jetzt mit unserer Rivalität!"

Im AAI-Manual (Main u. Goldwyn 1985-1996) werden Personen, die über ihre Verstorbenen in derart plastischer präsenter Form sprechen nur dann als nicht bindungsdesorganisiert in Bezug auf Verlusterfahrungen klassifiziert, wenn die Betreffenden von sich aus eine Metaebene einnehmen können und schließlich herausarbeiten, dass die Verstorbenen auch wirklich tot sind oder wenn religiöser Glauben in der Verarbeitung eine maßgebliche Rolle spielt. Muss man in Amalies Fall annehmen, dass der Tod der Eltern alte, durch die analytische Arbeit vermutlich bearbeitete Konfliktfelder reaktivierte. Dazu könnte passen, dass Amalie X derzeit an einer Autobiographie schreibt – wohl ihre Art, mit der Krise des Älterwerdens fertig zu werden. Ohne Einzelheiten über die letztens zurückliegende Krisenintervention bei einer Kollegin mitteilen zu können, ließ die behandelnde Therapeutin erkennen, dass sie sich in der Sichtweise, die im AAI bestimmend war, mit ihren Erfahrungen mit Amalie X wieder gefunden hat.

Wird das Bindungssystem in einem bindungsrelevanten Kontext, wie zum Beispiel ein Bindungsinterview, aktiviert und werden dabei bedrohliche traumatisierende Erfahrungen reaktiviert, die das Abwehrsystem beeinträchtigen (Bowlby 1980), können Verhalten, Gefühl, Denken und Sprache chaotisch desorganisiert anmuten: Dies geschah vermutlich bei der Patientin im Nachgang zum Verlust ihrer Eltern und weiteren aktuellen, kränkenden Erfahrungen im Kontext des schon länger zurückliegenden Verlustes ihres langjährigen Lebenspartners, die ihre akute Krise und Wunsch nach Beratung auslöste. Unbewusst fand Amalie einen Weg mittels Ärger und parentifizierender Identifizierung, die frühen vernachlässigenden und traumatischen Erfahrungen lange Zeit zu organisieren und zu meistern, ohne jedoch ihre Verlustgefühle und



intrusiven Interaktionen zu deren Lebzeiten ganz überwinden zu können. Bindungstheoretisch dürfte es bisher noch wenig geklärt sein, wie alte „verjäherte Angstbedingungen“, die durch analytische Arbeit erfolgreich mitigiert worden waren im Kontext von einem realen Verlust der Eltern wieder zu Krisenbildungen Anlass geben. Allerdings zeigt eine Veröffentlichung jüngeren Datums, dass die Versprachlichung von traumatischen Erfahrungen ganz unterschiedlich ausfallen kann, je nachdem welche Kontexte (Holocaust, sexuelle Missbrauch, Verkehrsunfalls) zu berücksichtigen sind (Boothe 2005).

Soweit uns jedoch aus dem näheren Umfeld von ihr bekannt ist, lebt Amalie X darüber hinaus ein persönlich zufrieden stellendes Leben; sie berät ihr beruflich nahe stehende jüngere Menschen in freundschaftlicher und zuverlässiger Art, nicht zuletzt weil sie selbst viele Konflikte erlebt und durch gestanden hat.

Boothe, Brigitte (2005): Die Sprache des Traumas. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 7 (1).

Bowlby, J (1953): *Child Care and the Growth of Love*. London (Penguin)

Bowlby, John (1958): The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 19-52, 107-127.

Bowlby, John (1960): Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 3-39.

Bowlby, J (1961): The process of mourning. *Int J Psychoanal*, 42, 317-340.

Goffman, E (1977): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten*. Frankfurt am Main (Suhrkamp)

Grosskurth, P (1986): *Melanie Klein. Her world and her work*. London (Maresfield Library); (1993): *Melanie Klein. Ihre Welt und ihr Werk* (Verlag Internationale Psychoanalyse)

Hentschel, U., G J W Smith, J G Draguns und Wolfram Ehlers (Hrsg.) (2004): *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives. Advances in Psychology*. Amsterdam (Elsevier)

Kächele, Horst, Cornelia Albani, Anna Buchheim, Michael Hölzer, Roderich Hohage, Erhard Mergenthaler, Juan Pablo Jiménez, Marianne Leuzinger-Bohleber, Lisbeth Neudert-Dreyer, Dan Pokorny und Helmut Thomä (2006a): The German specimen case Amalia X: Empirical studies. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87 (3), 809-826.

Kächele H, Albani C, Buchheim A, Hölzer M, Hohage R, Jiménez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert-Dreyer L, Pokorny D, Thomä H (2006b) Psychoanalytische Verlaufsforschung: Ein deutscher Musterfall Amalia X: Analyse einer 30-jährigen Frau mit einem Hirsutismus, depressiven Verstimmungen und einer zwangsneurotischen Symptomatologie. *Psyche – Z Psychoanal* 60:387-425

Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 2: Praxis

Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo 1988,

Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis. Springer MedizinVerlag, Heidelberg 2006

Thomä H Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie. Band 3: Forschung. Springer  
MedizinVerlag, Heidelberg

Horst Kächele, 1944. Medizin, Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Psychoanalyse. Ärztl. Direktor Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm. Forschng zu psychoanalytische Prozess- und  
Ergebnisforschung, Essstörungen, Psychoonkologie, Bindungsforschung. Publikation siehe  
[www.horstkaechele.de](http://www.horstkaechele.de)

## Abstract

Obwohl es fast allen Menschen bevorsteht, hat sich die Klinische Bindungsforschung noch wenig mit der Verarbeitung der Erfahrung vom unvermeidlichen Verlust der Eltern beschäftigt. Nach einer einleitenden Skizze theoretische Konzepte, insbesondere zu Bowlby Abwehrtheorie, berichten wir über ein Erwachsenen-Bindungs-Interview einer Patienten, die als „Musterfall“ inzwischen ausgiebig portraitiert wurde. 25 Jahre dem Ende ihrer erfolgreichen Analyse ergibt das AAI doch Hinweise auf eine unverarbeitete Trauer in Bezug auf beide Eltern.

## abstract

Although it is assumed that in most cases parents usually are dying before their children clinical attachment research has not yet dealt with this issue. After reviewing some theoretical ideas, especially concerning Bowlby's concept of defense, we report on an AAI with a psychoanalytic patient, that has been the object of a host of studies. 25 years after the termination of her successful analysis the patient displays distinct sign of unresolved grief.