

343. Buchheim A, Kächele H (2001) Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung: Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 5: 113-130

Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung

Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive

Zusammenfassung

In diesem Beitrag stellen wir die Kasuistik einer Patientin mit der Diagnose "narzißtisch, sado-masochistisch gefärbte Persönlichkeitsstörung auf dem Strukturniveau einer Borderline-Organisation" dar. Das Zusammenspiel von bindungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive ist Fokus der Betrachtung. Zunächst werden die Grundgedanken der Bindungstheorie zusammengefaßt. Danach wird die Methodik des Erwachsenen-Bindungsinterviews (Adult Attachment Interview, AAI) prägnant vorgestellt und dessen Anwendungsmöglichkeiten im klinischen Kontext erläutert. In der Darstellung der Kasuistik beschreibt der Analytiker seinen Ersteindruck von der Patientin sowie wesentliche Beobachtungen im Behandlungsverlauf. Die Patientin wurde 6 Monate nach Behandlungsbeginn mit dem AAI befragt. Anhand konkreter Transkriptauszüge wird die AAI-Klassifikation der Patientin, eine "unsicher-verstrickte Bindungsrepräsentation" sowie ein "unverarbeiteter Bindungsstatus", nachvollziehbar belegt. Exemplarisch wird die bindungstheoretische (AAI) der psychoanalytisch-klinischen Interpretation gegenübergestellt und Divergenzen sowie Ergänzungen der unterschiedlichen Betrachtungen diskutiert. Zusammenfassende Bemerkungen zum Nutzen der Bindungsmethode für den therapeutischen Prozeß weisen daraufhin, daß das AAI durch seine komplexe, textnahe Auswertung den Blickwinkel des Analytikers erweitert. Das Wissen um die Verarbeitung bindungsrelevanter sowie traumatischer Erlebnisse kann dazu dienen, diese Erfahrungen als Therapeut angemessen zu registrieren und sie in der therapeutischen Beziehung zur Geltung zu bringen.

Summary

In this single case study we present a female patient diagnosed with a narcissistic personality disorder and a Borderline-organization. The interplay between both attachment and psychoanalytic perspective will be focused. First we summarize basic assumptions of attachment theory, then we shortly present the main adult attachment

classifications and the clinical implications of the Adult Attachment Interview, which was applied in this study. The analyst describes his impressions of the initial interview with the patient and essential steps during the treatment. The patient was interviewed with the AAI 6 months after beginning of the analytic treatment. The description of concrete AAI-excerpts support the understanding of the coding procedure. This patient was classified as "insecure preoccupied" with an "unresolved state of mind" concerning loss and abuse. The analyst was asked to comment the AAI's essential characteristics of this patient. We discuss converging and diverging aspects of clinical and attachment interpretation. In this case we could show that using the AAI broadens the therapist's perspective, especially in respect to the patient's unresolved state of mind concerning traumatic experiences of loss.

Schlüsselwörter: klinische Bindungsforschung, Psychotherapieforschung, Einzelfallstudie, Adult Attachment Interview, Persönlichkeitsstörung, Borderline-Organisation.

Key words: clinical attachment research, psychotherapy research, single-case study, Adult Attachment Interview, personality disorder, Borderline-organization

Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung

Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive

Anna Buchheim & Horst Kächele

"Wer die eigene Vergangenheit nicht zu erinnern vermag, der wird ihr auch nie entrinnen" (G. Santayana, *The life of reason*, 1905; zit. n. Bowlby 1995).

Mit diesem Aphorismus leitet Bowlby (1988/1995) die therapeutischen Aspekte seiner Entwicklungstheorie auf so einfache und doch brillante Weise ein. Er sieht die Hauptaufgabe eines Therapeuten darin, dem Patienten auf feinfühligste Art und Weise zu helfen aus dem Bann verschütteter, leidvoller zwischenmenschlicher Erfahrungen zu entfliehen und seine jetzigen Bezugspersonen adäquater einzuschätzen.

Der nützliche Beitrag der Bindungstheorie liegt für Forschung und Praxis darin, vor dem Hintergrund ethologischer Konzepte konkrete Hinweise für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung zu liefern. Um die affektiv-kognitive und reflexive Flexibilität einer Person zu beurteilen, stellen sprachliche Äußerungen ein hervorragendes Material dar, um den Verarbeitungsgrad von Bindungserfahrungen zu beurteilen. Autobiographische Kompetenz läßt sich über sprachliche Diskurse im Hinblick auf ihre Kohärenz und Integrationsfähigkeit zuverlässig analysieren. George, Kaplan und Main (1985) entwickelten - primär im entwicklungspsychologischen Kontext - ein inzwischen auch in der klinischen Welt zunehmend an Interesse gewinnendes Instrument: - das Erwachsenen-Bindungsinterview (Adult Attachment Interview, AAI), um sog. "states of mind in respect of attachment" zu operationalisieren. Durch differenzierte, elaborierte und auf diskursiven Methoden basierenden Analysen transkribierter Interviews mit Erwachsenen über deren Bindungserinnerungen aus der Kindheit gelangt man zu einer Klassifikation einer Bindungsrepräsentation. Diese erlaubt einen Aufschluß über die Art und Weise gedanklicher Organisation von Bindungsthemen. Diese u.E. für die Klinik diagnostisch und therapeutisch fruchtbare Vorgehensweise soll anhand eines Einzelfalls illustriert werden.

Zunächst werden wir die Grundgedanken der Bindungstheorie als entwicklungspsychologisches und zunehmend klinisch relevantes Modell zusammenfassen. Danach wird die Methodik des Erwachsenen-Bindungsinterviews prägnant vorgestellt und dessen Anwendung im klinischen Kontext erläutert. Im Anschluß werden wir kurz auf das

Strukturkonzept der Borderline-Organisation eingehen und danach die Kasuistik einer Patientin mit der Erstdiagnose einer fraglichen Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. einer "narzißtisch, sado-masochistisch gefärbten Persönlichkeitsstörung auf dem Strukturniveau einer Borderline-Organisation" illustrieren. Schließlich wird exemplarisch die bindungstheoretische (AAI) der psychoanalytisch-klinischen Interpretation gegenübergestellt und Divergenzen sowie Ergänzungen der unterschiedlichen Betrachtungen diskutiert.

Die Bindungstheorie als entwicklungspsychologisches Modell zum Verständnis von Psychopathologie

John Bowlby (1907-1990) arbeitete ursprünglich in einem klinischen Feld, in dem er mit den Folgen realer Traumata auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert war (Bowlby 1959). Im Dissens mit der durch Anna Freud dominierenden britischen Psychoanalyse integrierte er in sein psychoanalytisches Denken ethologische Paradigmen und deren empirische Methodologie. Er intendierte die Überprüfung der Bedeutung einer zuverlässigen Mutter-Kind-Bindung auf die spätere Persönlichkeit (Bowlby 1969, 1973, 1982). Bowlby begreift dabei Bindungsverhalten und das Streben nach Nähe als jedem Menschen bis ins hohe Alter angelegte Grundelemente mit Überlebensfunktion. Bowlbys Annahmen über die Ursachen einer psychopathologischen Entwicklung findet sich in folgendem Zitat wieder:

"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" (Bowlby 1988, S. 4).

Gemäß seiner Theorie formt sich ein Kind in der *Mitte des ersten Lebensjahres* ein Bild von seiner *hauptsächlichen Bindungsperson*. Das Kind hat die Fähigkeit erlangt, auch dann nach der Pflegeperson zu suchen, wenn diese nicht anwesend ist. Mit dieser Fähigkeit tritt auch *Kummer* bei Trennung auf, das Bindungsverhalten wird aktiviert. Über das Bindungsverhalten und die täglichen Reaktionen der Bindungsfiguren entwickelt es eine innere Repräsentation von Bindung, das sog. *innere Arbeitsmodell* von Bindung. Die Erfahrungen, wie die Bindungsfiguren funktionieren, werden in ein Gesamtbild integriert. Gelingt eine wirklichkeitsgetreue Integration

(sicheres Arbeitsmodell¹), so entsteht eine kohärente Übereinstimmung zwischen kindlichen Bindungsbedürfnissen nach Nähe und der realen feinfühligem Antwort seitens der Eltern. Gelingt die wirklichkeitsgetreue Integration nicht, so klaffen eigentliche Bindungsbedürfnisse und *verzerrte Anpassungsstrategien* des Kindes im Dienste der Herstellung von Nähe zur Bindungsperson auseinander (unsicher-ambivalentes oder unsicher-vermeidendes Arbeitsmodell). Damit wird es aus seiner Sicht in eine "falsche Existenz" gezwungen, was deutlichen Einfluß auf die *spätere Persönlichkeitsentwicklung und das Selbstwertgefühl* nehmen kann. Diese Fehleinschätzungen oder Fehlwahrnehmungen der Wirklichkeit im Kindes- und später Erwachsenenalter sind meist eine Folge von *realen Zurückweisungen*, oder *Drohungen* von Eltern, das Kind zu verlassen, bis hin zu traumatischen Erlebnissen des *Verlusts*, der *Mißhandlung* oder des *Mißbrauchs*.

Bowlby ist davon überzeugt, daß im therapeutischen Prozess 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).²

Bowlby sieht daher die Bewußtmachung und Bearbeitung dieser frühen widersprüchlichen Modelle und ihre Ablösung durch sichere Modelle als die Hauptaufgabe des therapeutischen Prozesses (Bowlby 1983, s. a. Köhler 1995, 1998). Die Auffassung, daß die frühen Bindungserfahrungen die Beziehungsgestaltung des erwachsenen Individuums beeinflussen, führte in den 90er Jahren zu einem verstärkten Forschungsinteresse an den Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen. Ein ganz wesentlicher Schritt in der Bindungsforschung war der sog. "move to the level of representation", den Mary Main und ihre Mitarbeiter realisierten. Zur Identifikation und Operationalisierung der sprachlichen Organisation von bindungsrelevanten Aussagen entwickelte Main und ihre

¹Der Begriff "Arbeitsmodell" wurde durch Holts (1978) Diskussion der Relevanz der Kognitiven Psychologie schon früh in die Psychoanalyse eingebracht; weiterhin wurde er unabhängig von Bowlby von Peterfreund (1983) benutzt.

²Gedächtnismodelle für die Diskussion therapeutischer Veränderungen zu evozieren war damals bahnbrechend; heute ist es wichtig, sich über die bloße Evokation hinaus um eine kritische Diskussion der neuen Hirnmythologien zu bemühen (Leuzinger-Bohleber et al. 1998).

Forscherguppe das "Adult Attachment Interview (AAI)" (George, Main & Kaplan 1985, Main & Goldwyn 1994).

Das Adult Attachment Interview

Das semistrukturierte Bindungsinterview (AAI) fokussiert mit achtzehn Fragen im wesentlichen auf die Erinnerung früher Bindungsbeziehungen, den Zugang zu bindungsrelevanten Gedanken und Gefühlen sowie die Beurteilung der Befragten zum Einfluß von Bindungserfahrungen auf ihre weitere Entwicklung. Die Themen kreisen entsprechend der Trilogie von Bowlby um Beziehung, Trennung und Verlust (George et al. 1995). Das AAI erfaßt die *aktuelle* Repräsentation - "current state of mind with respect to attachment" - von Bindungserfahrungen bezüglich Vergangenheit und Gegenwart auf der Basis eines Narrativs, d. h. es erfaßt die aktuelle emotionale und kognitive *Verarbeitung* der erlebten Bindungserfahrungen der Erwachsenen. Dabei werden zwei Ziele verfolgt: "producing and reflecting upon memories related to attachment while simultaneously maintaining coherent" (Hesse 1996).

Gemäß dieser nicht leicht zu erfüllenden Vorgabe steht in der Auswertung auf wörtlicher Transkriptebeine nicht der Inhalt der erinnerten Geschichte im Vordergrund, sondern die *Kohärenz*, in welcher über Bindungserfahrungen erzählt wird. Die Kohärenz des Diskurses 3 stellt das leitende Hauptkriterium der Kodierung dar. Mit ihr wird der Grad der Einhaltung wichtiger Kommunikationsregeln, der sprachphilosophisch fundierten Konversationsmaxime nach Grice (1975) erfaßt. Es wird beurteilt, inwieweit ein Sprecher auf die Fragen des Interviews kooperativ eingehen kann und eine wahrheitsgemäße, angemessen informative, relevante und für den Zuhörer bzw. Leser verständliche, klare Darstellung seiner Kindheitserfahrungen geben kann. Außerdem wird die emotionale und kognitive Integrationsfähigkeit der geschilderten Bindungserfahrungen bewertet. Hierzu dienen als Kriterien das Ausmaß an Idealisierung oder Entwertung der Bindungsfiguren oder ob die Interviewten noch heute stark mit Ärger und Wutgefühlen gegenüber ihren Bindungspersonen beschäftigt sind. Das Interview wird daher sowohl hinsichtlich der faktisch ausgesprochenen Information bewertet, aber auch nach Merkmalen, die den Befragten unbewußt bleiben, wie z. B. Inkohärenzen und Affekte, die minimiert werden oder unterreguliert sind. Anhand der berichteten Erfahrungen der Probanden mit ihren Eltern in der Kindheit wird weiterhin eingeschätzt, ob die Eltern liebevoll, abweisend, vernachlässigend waren oder ob es einen Rollenwechsel (Parentifizierung) gab.

3 Ein kohärenter Diskurs sollte nach Grice (1975) folgende Maxime erfüllen: *Qualität*: sei aufrichtig und belege Deine Aussagen, *Quantität*: fasse Dich kurz, sei aber vollständig, *Relevanz*: sei relevant und bleibe beim Thema, *Art und Weise*: sei verständlich und geordnet.

Die diskursanalytische Analyse führt zu einer der im folgenden beschriebenen Bindungsklassifikationen:

- Erwachsene mit der Klassifikation *secure* (sicher-autonom) erzählen auf offene, kohärente und konsistente Weise über ihre Kindheitserinnerungen, unabhängig davon ob sie positiv oder negativ erlebt wurden. Sie sind in der Lage unterschiedliche Erfahrungen in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild zu integrieren und während des Interviews über ihre Erfahrungen zu reflektieren. Diese Personen haben einen leichten Zugang zu den gefragten Themen und zeigen ein Gefühl für Ausgewogenheit.
- Erwachsene mit der Klassifikation *dismissing* (bindungsdistanziert) geben inkohärente, unvollständige Angaben über ihre Erfahrungen und zeigen oft Erinnerungslücken (Verletzung der Quantität). Um das Auftauchen von schmerzlichen Erinnerungen abzuwehren, minimieren sie Bedeutung von Bindung. Diese Personen bestehen auf Normalität und innerer Unabhängigkeit von anderen. Bindungspersonen werden von ihnen meist positiv dargestellt ohne dafür überzeugende konkrete Beispiele zu erinnern. Mögliche negative Einflüsse werden verleugnet. Gemeinsam ist diesen Personen "an organization of thought that permits attachment to remain relatively deactivated" (Hesse 1999, S. 401).
- Erwachsene mit der Klassifikation *preoccupied* (bindungsverstrickt) erzählen in ausufernder, oft nicht objektiver, ärgerlicher Art und Weise über erlebte Konflikte mit ihren Bezugspersonen (Verletzung der Quantität). Sie wirken deutlich verstrickt und erwecken den Eindruck, als ob sie ihre Erfahrungen gerade erst gestern gesammelt hätten (Verletzung der Relevanz). Dabei abstrahieren und verallgemeinern sie ihre konfliktbehafteten Aussagen mittels übertrieben wirkender pseudopsychologischer Analysen, ohne sich davon wirklich distanzieren zu können. Charakteristisch ist, daß sie zwischen positiven und negativen Bewertungen hin und her oszillieren, ohne daß ihnen dieser Widerspruch bewußt wird. Außerdem zeigt ihre Sprache Anzeichen von Verwirrung, Unklarheit und Vagheit (Verletzung der Art und Weise). Für sie gilt: "Maximize attention to attachment-related experiences and their effects at the expense of retaining appropriate conversational collaboration" (Hesse 1999, S. 398).
- Die Erzählungen von Personen mit einem unverarbeiteten Bindungsstatus, oder *unresolved trauma/loss* beziehen sich im speziellen auf Passagen im Interview, in denen über traumatische Ereignisse (Verlust- oder Mißbrauchserfahrungen) berichtet wird, die emotional bisher nicht verarbeitet wurden. Die sprachliche Darstellung wirkt desorganisiert (Verwechslung von Zeit oder

Raum; extrem lange Schweigepausen, ungewöhnliche Details) und inkohärent, z. T. sogar irrational.

Die Prüfung der *diskriminativen Validität* des AAI läßt den verblüffenden Schluß zu, daß die Fähigkeit, einer Person zu Bindungserfahrungen einen kohärenten Diskurs zu entwickeln, nicht auf allgemeine psychologische Leistungen (Intelligenz, Gedächtnis etc.) zurückzuführen ist, sondern darauf wie bindungsbezogene Kindheitserfahrungen *verarbeitet* worden sind und sich dann sprachlich manifestieren (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn 1993, Crowell et al. 1993; Sagi et al. 1994; Steele & Steele 1994).

Zur *Konstruktvalidität* des AAI tragen die Übereinstimmungen zwischen dem elterlichen und dem kindlichen Bindungsmodell bei. Am eindrucklichsten für die Konstruktvalidität ist die Studie von Fonagy et al. (1991) als Beleg der Vorhersagekraft des Adult Attachment Interviews, die in einer prospektiv angelegten Untersuchung erstmals zeigte, daß die erfaßte Bindungsrepräsentation bei schwangeren Müttern (N = 96) als zuverlässiger Prädiktor für die zukünftige Bindungsqualität des Kindes verwendet werden kann ($\kappa = .44$). Weitere Studien konnten diese prädiktive Validität des Adult Attachment Interviews replizieren (z. B. Benoit & Parker 1994 4; Ward & Carlson 1995).

Hesse (1999) faßt diesen Beleg folgendermaßen zusammen: "What is most striking about this association is that it suggests that the form in which an individual presents his or her attachment narrative (regardless of the content) predicts caregiving behavior in highly specific and systematic ways" (Hesse 1999, S. 398).

4 Benoit und Parker (1994) konnten in einer Untersuchung generationsübergreifende Bindungsmuster über drei Generationen nachweisen. Anhand der Bindungsrepräsentation der Mutter, die vor der Geburt des Kindes mit Hilfe des AAI erhoben wurde, konnte die Qualität der Mutter-Kind-Bindung in 81 % der Fälle vorhergesagt werden. Ausgehend von der Großmutter lag die Vorhersagbarkeit noch bei 75%.

Die Anwendung des Adult Attachment Interviews im klinischen Kontext

Warum ist das AAI für die Anwendung im klinischen Bereich sinnvoll? Es liegt zunächst auf der Hand, daß das AAI Fragen enthält, die ätiologisch relevant sind (siehe auch Steele & Steele 2000): 1) Fragen zu negativen Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen, wie sie jeder in seiner Kindheit erfahren hat: emotionale und/oder körperliche Verletzung, Krankheit, Trennung von den Eltern; 2) Fragen zu negativen Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen, die Bestandteil der Kindheitserfahrungen durch einige Personen sind, wie z. B. Verlust und Mißbrauch; 3) Fragen, die den Sprecher zum Nachdenken über die mögliche Bedeutung und den Einfluß von Bindungserfahrungen im Kindesalter auf die erwachsene Persönlichkeit veranlassen. In der Durchführung des AAI ist es wesentlich, daß die Erfahrungen der Befragten mit wichtigen Bezugspersonen detailliert und konkret exploriert werden. Diese Vorgehensweise bietet nützliche Anhaltspunkte, *wie* die erinnerten Erfahrungen *integriert* wurden.

Im AAI werden demnach die unterschiedlichen Fähigkeiten zum Nachdenken und Sprechen über Bindungserfahrungen nachvollziehbar. Ein sicher-autonomes Interview enthält eine ausgewogene nicht-idealisierte Repräsentation von Mutter und Vater. Entsprechend wird deren Verhalten glaubwürdig, überzeugend und angemessen detailliert beschrieben, während die emotionale Einstellung des Sprechers weder ärgerlich noch entwertend ist. Dies sind Eigenschaften, die man bei Patienten selten findet, zumindest nicht vor einer Behandlung (Steele & Steele 2000). Bisher hat die Anwendung des AAI mit Patienten gezeigt, daß Verlust und Traumatisierung bei psychiatrischen Populationen überrepräsentiert sind (Patrick & Hobson 1994; Fonagy et al. 1995, 1996; Cole-Detke & Kobak 1996).

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 für die Komplexität von mentalem Befinden, 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 Bezugspersonen in der Kindheit wenig empathisch und feinfühlig verhalten.

In welchen klinisch relevanten Bereichen wurde das AAI bisher angewandt? Beispielsweise im Kontext von Gerichtsgutachten, um die Fähigkeit von Erwachsenen zu beurteilen, die Elternrolle

einzunehmen; in Adoptionsverfahren, ob Erwachsene für die Adoption von Kindern geeignet sind; als prädiktives Instrument in der Psychotherapieforschung; als Methode, um eine differentielle Zuordnung von Bindungsrepräsentation bei psychopathologischen Krankheitsbildern vorzunehmen.

Eine 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" nahezu gleich ist, scheint eine differentielle Zuordnung von unsicherer Bindungstypologie und Psychopathologie bisher noch ungeklärt. Die Studien zum Zusammenhang zwischen AAI-Kategorien und einzelnen Krankheitsbildern zeigen zum Teil Inkonsistenzen auf und lassen aufgrund methodischer Mängel (keine zertifizierten Auswerter, unklare diagnostische Kriterien) keine zufriedenstellende differentielle Zuordnung von Bindungstypologie und Psychopathologie zu. Im aktuellen *Handbook of Attachment* kritisieren Dozier et al. (1999), daß dieses Ergebnis auch auf die Heterogenität der Genese einzelner Krankheitsbilder zurückzuführen ist. Forschungsdefizit besteht insbesondere für Untersuchungen, die mit ausreichend großen Stichproben systematisch analysieren, welche Bindungstypologie bei Patienten mit welchen spezifischen Krankheitsbildern unterschiedlichen Schweregrades bzw. Konfliktverarbeitung in Zusammenhang stehen (s. a. Fonagy et al. 1996; Scheidt 1999).

Eine Studie beschäftigte sich mit dem Effekt einer psychoanalytischen Therapie auf die Veränderung der Bindungsrepräsentationen. Fonagy et al. (1996) konnten zeigen, daß Patienten ($n=35$), die 1 Jahr behandelt wurden, sich von einer unsicheren zu einer sicheren Klassifikation veränderten. Zwei Aspekte sind dabei erwähnenswert: 1) Es verbesserte sich die Reflexionsfähigkeit; 2) Patienten mit einer Klassifikation "bindungsdistanziert" profitierten von der einjährigen Psychotherapie besser (shift zu "sicher") als Patienten mit einer Klassifikation "verstrickt". Letztere Patienten brachen häufig die Behandlung vorzeitig ab. Damit wurde sichtbar, daß das AAI sich als prädiktives Instrument für den psychotherapeutischen Prozeß und sein Ergebnis als sensitiv erweisen könnte. Diamond et al. (1999) schlagen vor, das AAI als Methode zur Beobachtung von strukturellen Veränderungen einzusetzen.

Hesse (1996, 1999) prägte den Begriff "Cannot Classify" (CC) für die Interviews, die sowohl Hinweise auf eine "unsicher-verstrickte" als auch "unsicher-distanzierte" Repräsentation von Bindungsfiguren gleichermaßen aufweisen. Diese Personen vermitteln eine zutiefst gespaltene Einstellung gegenüber Bindungsthemen und -figuren. Die

CC- Kategorie scheint bei schwer gestörten Patienten mit dissoziativen Symptomen eine wichtige Kategorie zu sein, die nach einer klinisch relevanten Weiterentwicklung verlangt.

Zwei kritische Punkte sollten nicht unerwähnt bleiben: 1) Das AAI ist nicht geeignet als Ersatz für eine Diagnose, vielmehr als *Ergänzung* zur Identifizierung individueller Schwierigkeiten in Bindungsbeziehungen. 2) Das AAI wurde im psychologischen Feld als Forschungsinstrument entwickelt und ist bis dato ein hoch komplexes und demnach noch wenig ökonomisches Instrument, das dem Kliniker den Einsatz in der Routine leider erschwert. Aus diesem Grund wurde von anderen Forschern eine Vielzahl von Alternativmethoden (Selbsteinschätzungsinstrumente, Fragebögen, Ratingverfahren) entwickelt, auf die wir hier nicht weiter eingehen können. Es lohnt sich jedoch die Beiträge von Crowell et al. (1999), George & West (1999), Stein et al. (1998) sowie Strauß (2000a, 2000b) aufmerksam zu lesen.

Bindung und Borderlinepathologie

In der Psychogenese der Borderline-Pathologie spielt das Erleben eines Traumas in der Kindheit eine bedeutsame Rolle. Die Bindungsforscher Main und Hesse (1990) vermuten, daß traumatische Erfahrungen in der Kindheit ohne Unterstützung wenigstens einer nahestehenden Person zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeit beiträgt. Das Kind kann die verschiedenen Signale der mißhandelnden Bindungsfigur nicht integrieren, einerseits ist es gezwungen, sich an diese Person zu binden, andererseits bietet die Bindungsfigur keine sichere Basis. Nach Fonagy werden Kinder von mißhandelnden Eltern dazu gezwungen, eine mentale 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. Dies kann verbunden sein mit einem zunehmenden Rückzug in eine Phantasiewelt (unsere Patientin nennt dies "innere Emigration"), die mit den Wahrnehmungen und Erfahrungen von der Realität nur in einem sehr begrenzten Ausmaß integriert werden kann. Personen mit einer Borderlineorganisation sind charakteristischer Weise sehr stark mit ihren inneren ambivalenten und furchterregenden Objekten beschäftigt und finden keine reflexive objektive Distanz zu diesen.

Die bisher vorliegenden Studien zum Zusammenhang zwischen Borderlinepathologie und Bindung deuten darauf hin, daß diese Patienten überproportional häufig eine verstrickte Bindungsrepräsentation aufweisen und zudem häufig der Kategorie „ungelöstes Trauma“, zugeordnet werden:

- Borderlinepatienten (n=36): psychiatrische Stichprobe; 75% hatten die Klassifikation "ärgerlich-verstrickt", davon fielen 88% in die Kategorie "ungelöstes Trauma" (Fonagy et al. 1986)
- Borderlinepatienten (n=12): alle Patienten (Frauen) wurden der Kategorie "verstrickt" zugeordnet, 10 von 12 fielen in die Kategorie "ungelöstes Trauma" (Patrick et al. 1994)

Diese Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß für diese Patientengruppe einerseits "Verstrickung" und andererseits "Ungelöstheit bezüglich Traumata" die *prototypischen* Bindungsklassifikationen darstellen.

In der Studie von Fonagy et al. (1986) mit Borderlinepatienten wurde darüberhinaus das AAI verwendet, um vorherzusagen, welche Patienten von einer Therapie profitieren werden. Einerseits wurde das AAI als hilfreich angesehen, den lebensgeschichtlichen Entstehungsprozess von Borderlinestörungen zu erhellen und seinen Zusammenhang mit Mißhandlungserfahrungen zu verdeutlichen; andererseits wiesen die AAIs dieser Patientengruppe 3 Charakteristika auf: 1) eine hohe Prävalenz von sexuellem Mißbrauch, 2) signifikant niedrigere Werte in der Reflexionsfähigkeit und 3) signifikant höhere Werte bzgl. des Mangels an Lösungen für den Mißbrauch. Nach Fonagys Meinung sind diese Patienten Opfer, die "überlebt" haben, weil sie es erfolgreich vermieden haben, darüber nachzudenken, inwieweit ihnen die Pflegeperson Schaden zufügte. Sie unterbrachen all ihre Reflexionsprozesse, um die Gefühle, die damit zusammenhängen, nicht wahrzunehmen. Nach Fonagys Interpretation führt diese "Hemmung" dazu, daß Gefühle und Gedanken auf schematische und unangemessene Weise wahrgenommen werden, was wiederum bei diesen Personen eine starke Verletzlichkeit in nahen Beziehungen zur Folge hat.

Das psychoanalytische Strukturkonzept der Borderline-Organisation

Als vermittelnde Variablen zwischen Individuum und Welt führte Rapaport (1960/1970) strukturelle Determinanten des Verhaltens ein, da sie im Unterschied zu konkret motivationalen Variablen relativ dauerhaft sind, denn ihr Veränderungstempo ist als langsam zu bezeichnen (S. 61). Diese strukturellen Determinanten sind demnach als zentrale Elemente für das psychoanalytische Verständnis der Persönlichkeitsstörungen zu kennzeichnen. Mangelnde Strukturen eines Individuums werden z.B. durch *Identitätsdiffusion* und dem Vorherrschen *primitiver (unreifer) Abwehrmechanismen* charakterisiert. Unter Identitätsdiffusion versteht man die Unfähigkeit einer Person, in ihrer inneren Vorstellungswelt (Selbst- und Objektrepräsentenz) über ein stabiles und kohärentes, sowohl negative als auch positive Aspekte umfassendes Bild von sich und von anderen

zu verfügen. Mit der Identitätsdiffusion ist der Abwehrmechanismus der Spaltung verknüpft und die von ihm ableitbaren unreifen Abwehrmechanismen wie Projektive Identifikation, Verleugnung, Isolierung und Projektion. Dagegen sind eine normale oder neurotische Persönlichkeitsorganisation durch die Fähigkeit zur *Identitätsintegration* und das Verfügen über *reife Abwehrmechanismen* wie z. B. Verdrängung und Rationalisierung gekennzeichnet.

Kernberg unterschied bis vor wenigen Jahren neben dem sog. "neurotischen" und dem "psychotischen" Persönlichkeitsorganisationsniveau ein sog. "mittleres" Strukturniveau und ein "Borderline-Strukturniveau". Inzwischen ordnet Kernberg Persönlichkeitspathologien, die (bei erhaltener Realitätsprüfung) Identitätsdiffusion und primitive Abwehrmechanismen aufweisen, dem Spektrum der "Borderline-Persönlichkeitsorganisation" zu. Die Konzeptualisierung einer Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1996, 1998) stellt eine klinisch gut übersetzbare Erweiterung der Beurteilung von Persönlichkeitspathologie dar. Der eher unscharfe Begriff "frühe Störung", der in psychoanalytischen Kreisen häufig verwendet wird, und der ein genetisch-entwicklungs-psychologisches Modell dieser Störungen suggeriert (Ehlers u. Enke 1988), wird heute durch "ich-strukturelle Störung", "Borderline-Persönlichkeitsorganisation" (dynamisches Konzept) oder "Persönlichkeitsstörung" (phänomenologisches Konzept) ersetzt.

Im folgenden werden wir die Kasuistik einer Patientin darstellen, die aus der eben beschriebenen Perspektive als "Mittelgradige narzißtische Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau" klassifiziert werden kann.

Kasuistik

Eine knapp fünfzigjährige Akademikerin meldete sich bei mir (HK) persönlich an. Ihre Beschwerden schilderte sie schon vor dem Erstgespräch in einem sorgfältig getippten umfangreichen Schreiben. Sie wurden von ihr als "unbeeinflußbarer seelischer Schmerz" beschrieben, der als Folge einer traumatisch erlebten, über Jahre protrahierten Trennungs- und Verlassenheitsdramatik - einer ausgesprochen sado-masochistisch gefärbten Beziehungskonfiguration - aufgetreten war. Dieser intensive seelische Schmerz mit vielfältigen körperlichen Auswirkungen, konnte durch eine langjährige supportive Psychotherapie nur bedingt gemildert werden. Zwar seien die seit der vollzogenen Trennung aufkommenden akuten Suizidimpulse aufgefangen worden; aber sie sei innerlich immer noch suzidal: "und wenn sich dieses Gefühl nicht ändern läßt, dann bringe ich mich um; aber vorher nehme ich noch drei andere mit." Objekte dieser intensiven, ständigen, leicht evozierbaren Wut waren ihr Ex-Liebhaber

und zwei sie behandelnde Psychotherapeuten in leitender Position, die sie ihrer Ansicht nach (erneut) mißhandelt hatten 5.

Im Erstgespräch imponiert eine vernünftig und klar denkende, politisch gebildete Frau, die nur zeitweilig die Heftigkeit ihrer inneren Affektivität anklingen läßt. Im Gegensatz hierzu zeigt sich ihre innere Spannung an einer ausgesprochen heftigen Reaktion auf die Aufnahme-Formblätter und psychometrischen Instrumente, die auszufüllen sie für einen "Akt der Vergewaltigung" hält.

Als wichtige Eingangselemente des Erstkontakts erscheinen mir ihre präzisen Auszüge aus der veröffentlichten Arbeit eines renommierten Kollegen, mit dessen Worten sie ihre angenommenen Traumatisierungen und Bedürfnisse auszudrücken vermochte. Meine Gegenübertragung - eine heroische Mischung aus Skepsis und Neugierde - wurde davon bestimmt, behutsam, "lernend" von ihr, mit ihren Festlegungen unzugehen: "Benutzen Sie nie das Wort "Übertragung" und sprechen sie nie über Mutter oder Vater - wenn ich die Wörter schon höre wird mir schlecht". Allerdings wollte ich auch nicht vermeiden, "lehrend" über ihre von mir vermuteten Bedürfnisse zu sprechen. Mein Behandlungsangebot einer analytischen Psychotherapie, zunächst im Sitzen, konnte sie aufgreifen.

Hinweise auf die Diagnose "Mittelgradige narzißtische Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Organisationsniveau" ergaben sich für mich aus ihren Gefühlen unbändiger Wut auf einzelne, intime Interaktionspartner, bei gleichzeitiger anhaltender innerer Leere; Situationen des Kontrollverlusts in Beziehungen führten zu raschen Beziehungsabbrüchen. Infantil imponierende Ängste vor Dunkelheit teilte sie mir erst später mit. Ihre große Fähigkeit zu kreativer Impulsivität und eine hohe Anpassungs- und Arbeitsfähigkeit im Dienste anderer machten verständlich, daß sie über viele Jahre in relativer seelischer Stabilität leben konnte. Wozu auch die eheliche Bindung an einen anlehungs- und emotional stützungsbedürftigen Partner beigetragen haben dürfte. Mit der von ihr mit-initiierten allmählichen Auflösung dieser Ehe und dem Abenteuer einer "Traum-Partnerschaft" begann vor fast zehn Jahren ihre existentielle Krise.

Die vorangegangene mehrjährige psychotherapeutische Behandlung hatte die Patientin selbst bezahlt, wohl um sich damit den Status der Nicht-Patientin bestätigen zu können. Die behandelnde Kollegin war damit aus alltagspraktischen, verständlichen Gründen auch einverstanden. Damit schien mir auch eine Vermeidung eines zentralen Konfliktthemas verknüpft, weshalb ich selbst auf ein derartiges Arrangement nicht eingehen wollte und auf der Durchführung eines Gutachterverfahrens zur Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse bestand.

Der Behandlungsverlauf wurde von Beginn an wiederholt durch krisenhafte Zuspitzungen kompliziert. Solche "Abstürze" ihrer seelischen Verfassung, führten zu Abbruchsdrohungen meist nach

5Dem Behandler blieb die potentielle Übertragungsimplication nicht verborgen.

Sitzungen, in denen m.E. ein Schritt in neues belastendes Konfliktthema anstand. Typischerweise beklagte die Patientin - die nicht als Patientin sondern als Klientin bezeichnet werden will, sie stünde immer auf der "Verliererseite". Genau dies würde sich auch in der von mir gebrauchten Bezeichnung "Patientin" niederschlagen; durch diese Bezeichnung behandle sie der Therapeut nicht gleichberechtigt.

Es gelang allmählich im Anschluß an per Fax an mich verschickte Abbruchsabsichten, erst am Telefon dann in der folgenden Sitzung durch eine genaue Situationsanalyse zu erreichen, daß sie mir half "meine möglichen Fehler" - aus ihrer Sicht - z. B. in der Wortwahl zu identifizieren und dadurch das Gleichgewicht zwischen uns wiederherzustellen.

Der therapeutische Prozeß wies jene typischen Auf- und Abwärtsbewegungen auf, die sich aus dem schnellen Wechsel von Identifizierungen ergeben können. Das Einsetzen sog. primitiver Abwehrmechanismen⁶ - bei denen wir Sterns (1985) Skepsis bzgl. ihrer ontogenetischen Einordnung teilen - bewirkten in ihrer aktuellen Heftigkeit ein Auseinanderbrechen ihrer seelischen Integrationsfähigkeit. Die Welt zerfiel in schwarz und weiß, und vorwiegend war alles Gute unerreichbar. Beeindruckend war das rasche Oszillieren ihrer symptomatischen körperlichen Beschwerden. Es gab sowohl rasche Besserungen des Allgemeinbefindens, ein gutes Ansprechen auf die geglückte Reparatur der therapeutischen Beziehung, wie auch ein rasches Verschwinden der erzielten Veränderungen.

Nach etwa 160 Sitzungen - zum Zeitpunkt der zweiten Verlängerung des Kassenverfahrens - hatte die lange Zeit chronisch wütende, heftig von akut auftretenden, depressiven Leerezuständen gequälte Patientin allmählich eine Form der Nachdenklichkeit erreicht. Wir sahen immer öfter eine Möglichkeit, daß sich die gemeinsame Betrachtung lebensgeschichtlicher Belastungen nicht nur als Ohnmachtserfahrung, sondern als Bereicherung im Verstehen abzeichnen könnte. Das Wort von der Übertragung früheren Erlebens in die heutige Beziehungserfahrung war kein Unwort mehr und die Patientin konnte insbesondere die Durcharbeitung der Beziehung zur Mutter als Anlaß zu Veränderungen ihrer jetzigen Beziehungsgestaltung nutzen.

Die Anwendung des AAI in einer psychoanalytischen Therapie: Ein Einzelfall

Im Rahmen einer laufenden Studie, bei der einige in den letzten Jahren von einem Psychoanalytiker (HK) behandelten Patienten mit dem

⁶Dies meint wohl der Ausdruck primitiv, der heute ethnologisch nicht mehr politisch korrekt sein dürfte

Erwachsenen-Bindungs-interview (AAI) untersucht werden⁷, wurde auch diese Patientin ca. sechs Monate nach Behandlungsbeginn von der Erstautorin (AB) befragt.

Die Patientin zeigte sich aus Sicht der Interviewerin (AB) während des AAI geduldig, aufmerksam und offen. Dennoch war es bedrückend und verwirrend, daß die Patientin so viele anklagende Dinge in einer wohl-modulierten, zum Teil deutlich intellektualisierenden Sprache präsentierte. Wenn sie den Faden verlor, war sie beschämt und mißtrauisch, ob ich dies "interpretieren" würde. Als sie über die bedrohlichen Schläge ihres Vaters sprach, spürte auch ich Bedrohung im Raum, was es mir schwer machte, weiterzufragen. Nach dem Interview fühlte ich mich erschöpft und fasziniert zugleich. Ihre Verstrickung wurde mir schnell deutlich, aber doch etwas verdeckt durch ihre verbalisierte Bewußtheit über ihre Defizite. Erst das Lesen des Transkripts ermöglichte die Inkohärenzen und sprachlichen Auffälligkeiten zu entdecken.

Die AAI-Charakteristiken der Patientin: Unsicher-verstrickte Bindungsrepräsentation und unverarbeiteter Bindungsstatus

Aus bindungstheoretischer Sicht präsentiert die hier vorgestellte Patientin im AAI eine sog. "unsicher-verstrickte" Bindungsrepräsentation sowie einen "unverarbeiteten Bindungsstatus" in Bezug auf Verlust- sowie Mißhandlungserlebnisse.

Sie erscheint im Interview noch *verwickelt* in ihre vergangenen Beziehungen, insbesondere mit ihrer Mutter. Es ist bereits auf der ersten Seite des AAI-Protokolls 8 zu erfahren, daß sie immer noch *ärgerlich* und *wütend* auf ihre Eltern ist, auf die sie sich nie, auch heute nicht, verlassen konnte. Der folgende Transkriptausschnitt soll dies illustrieren (I: Interviewerin, P: Patientin):

Transkriptausschnitt 1

I: "was würden Sie denn sagen wie die Beziehung zu Ihren Eltern, also zu Ihrer Mutter, zu Ihrem Vater, wie Sie es als Kind erlebt haben."

P: -- "hm- ja das lange Schweigen (lacht) zeugt schon sehr viel, ähm also man konnte sich auf beide nicht das wie ich es als Kind erlebt habe man konnte sich auf beide nie verlassen."

⁷ und die eine Zustimmung zur wissenschaftlichen Auswertung ihrer Behandlung gegeben haben
8ein Exemplar für wissenschaftliche Zwecke kann über die ULMER TEXTBANK bezogen werden

I: "hmhm."

P: "das kann man heute noch nicht, meine Mutter ist heute pflegebedürftig und es ist auch so daß andere Leute ständig abgleichen mit mir beispielsweise die Sozialstation eine Nachbarschaftshilfe äh sich gegenseitig abklären stimmt denn das nun was sie sagt oder stimmt das nicht was sie sagt also das sind im Grunde Erfahrungen mit ihr, äh dann würde ich zu ihr sagen aggressive Fürsorge ich durfte nie krank sein also wenn ich krank war dann also, Tees die ich nicht mochte deswegen kann ich he- kann ich heute noch keine Kräutertees trinken, sondern nur mit Müh und Not Schwarztee und dann nur ohne Zucker solche Sachen, ähm also kra- krank sein war für mich wirklich schlimm ähm, heiße Kartoffelwickel wo ich dann nachher einen Hals also da ist ich würde es einfach unter dem Stichwort aggressive Fürsorge, und ich habe geguckt, daß ich möglichst schnell also erstens gar nicht krank werden und möglichst schnell, dann auch also gerade so was ich mir heute jetzt so ganz langsam erlauben kann auch mal krank zu sein das hat ganz lange noch angedauert, zu meinem Vater hatte ich auch kein gutes Verhältnis, hm- -- ja, -- da ist, - auch wenig wenig positives eigentlich zu berichten ähm, -- ich kann mich noch erinnern daß die Mutter immer gepetzt hat. Das hat sie wohl auch bei meinem zehn Jahre älteren Bruder gemacht, also wenn wir da irgendwie weiß was angestellt hatten dann, ähm hat er uns abends dann verprügelt oder so Dinge die mir jetzt gestern wieder passiert sind ähm, oder vor zwei Wochen daß ich immer sehr erschrecke er hat mich als Kind immer erschreckt und das sind auch heute Dinge unter denen ich immer noch leide, das geht so schnell daß ich zusammenfahre wenn jemand im Raum ist obwohl ich weiß wer da ist und ich sehe das nicht ähm also das sind schon das sind so wesentliche Dinge, ähm auch gar kein Sicherheitsgefühl ich habe auch immer gedacht irgendwann brechen bei uns irgendwann wird er arbeitslos damals war das Thema Arbeitslosigkeit noch nicht so wie heute obwohl in seiner Firma so, was man so hörte, beliebt gewesen und beliebt war er war auch in Vereinen und so was tätig aber ich hatte als Kind immer das Gefühl es also es kann ganz schnell alles zusammenbrechen und möglichst früh arbeiten ich habe auch immer schon Ferienarbeit gemacht und so und auf dem Hof da ähm, versucht ein bißchen auch bei anderen Geld zu kriegen oder so also ich hatte immer das Gefühl es ist gar nichts sicheres also nichts was worauf man sich verlassen kann".

In dem Ausschnitt wird deutlich, daß die Patientin auf die erste Beziehungsfrage zu den Eltern ohne Punkt und Komma spricht und man beim Lesen den roten Faden verlieren kann. Es fällt ihr schwer, bei ihren Ausführungen in der Vergangenheitsperspektive zu bleiben. Sehr schnell springt sie in die Gegenwart. Sie beklagt sich über die

"aggressive Fürsorge" ihrer Mutter, die sie als einschränkend erlebte. Ihren Vater erinnert sie ebenfalls als streng und bedrohlich. Der Schrecken, den er ihr zufügte, sitzt ihr heute noch in den Knochen. Diese Schilderung entspricht inhaltlich den prototypischen Erfahrungen, die Personen mit einer verstrickten Bindungserfahrung mitbringen (meist fehlende Zuwendung oder Unterstützung, häufig Erfahrungen von Rollentausch, oft schwache, überforderte oder verängstigte Mutter, Erfahrung häufiger Kritik und Schuldzuweisungen).

In dem Interview wird ebenso - entsprechend der gedanklichen Organisation bzw. Verarbeitung ihrer Erfahrungen sichtbar, daß die Patientin vielfach vom *Thema abschweift* und in *detaillierte* Ausführungen verfällt, die über das erfragte Thema hinausgehen. Sie zeigt darüberhinaus die Tendenz, ständig die *aktuelle Beziehung* zu den Eltern einzubringen. Ihre *Unfähigkeit*, sich von den *negativen Erfahrungen* zu *distanzieren*, zeigt sich im folgenden Transkriptausschnitt, als die Interviewerin (I) die Patientin (P) bittet, ein konkretes Beispiel zum Adjektiv (zur Mutter) "nicht fürsorglich" zu finden 9.

Transkriptausschnitt 2

I: "okay -- also fürsorglich Sie hatten gesagt nicht fürsorglich vielleicht fällt Ihnen da eine konkrete Erinnerung noch ein wo Sie das so als Kind empfunden haben".

P: "ja daß ich eben nicht krank sein durfte daß sie da äh ja, hm-eigentlich also ich stelle mir vor wenn jemand krank ist ähm dann ist das eher eine eine a- daß man sich da auch was Gutes tut und und auch wenn ich gesagt habe ich mag so einen gesüßten Kräutertee mag ich nicht dann wurde der mir aufgezwungen und das war da war da gab es kein Entkommen", "ähm, ja fällt mir noch zwei konkrete Beispiele ein so, mit Gemüse also ich ich mochte Karotten nicht, und und da mußte ich mich immer übergeben und mußte sie trotzdem essen und ich esse kein Geflügel weil damals auf diesem Hof wurden ja da einmal, ich sah da einmal wie die geköpft wurden und dann so rumliefen es war ja immer viel Blut überall, ha und ich konnte dieses Geflügel ich kann, s bis heute noch also ich habe, nicht so viel Riechzellen // wie eine Katze aber ich, kann mit verbundenen Augen Geflügel und so was riechen und da hatte ich nur deswegen eine Chance weil meine Großmutter das auch nicht aß sonst sonst wäre die Tortour und das hat sie rigoros und brutalst durchgesetzt egal ob das Kind sich übergeben hat oder nicht. also nicht verständnisvoll nicht einfühlsam, also sie kann sich nicht in die

9 Diese dritte Frage zielt darauf ab, daß sich die Befragte insgesamt 5 Adjektive zur Beziehung zur Mutter bzw. Vater in der Kindheit überlegt, die sie dann kurz darauf mit einer konkreten Episode von damals untermauern soll.

Situation eines anderen Menschen einfühlen, also wenn ich das so sage das macht mich so traurig".

Weiterhin versucht die Patientin sich in emotional "brenzlichen" Episoden während des AAI durch intellektualisierende, pseudopsychologische Analysen innerlich zu distanzieren. Auf die Frage, welches konkrete Ereignis ihr zum Adjektiv "nicht verständnisvoll" zur Mutter von damals einfällt, antwortet die Patientin mit den folgenden Worten:

Transkriptausschnitt 3

I: ...was verbinden Sie denn mit "nicht verständnisvoll" kommt da noch ein Ereignis was Ihnen einfällt von damals.

P: -- ja wenn ich nicht so gemacht habe wie sie will dann hat sie zugeschlagen, --

I: wie hat,s also wie haben Sie das empfunden oder wie haben Sie reagiert?

P: -- also ich ich habe in meinem politikwissenschaftlichen Studium als ich da, nein das war schon früher und das war als ich zum ersten Mal den Begriff der inneren Emigration gehört habe wußte ich was das ist.also, gefühlsmäßig wußte ich was das ist, also wenn man äußerlich, äh sich anpaßt und alles mögliche wenn man aber innerlich ganz woanders ist also // für die Nazizeit, da habe ich das hat mich selber erschreckt daß ich so mit dem daß der Begriff mir so geläufig irgendwo war so dieses Gefühl der Einsamkeit auch der Verlassenheit so was.

Auch wenn vermutlich aus therapeutischer Sicht der Begriff der "inneren Emigration" für die Patientin ein Rettungsanker war, wird eine wirkliche Autonomie im Gesamtkontext des AAI nicht spürbar. Ihr *mangelndes Identitätsgefühl*, das für "bindungsverstrickte" Personen typisch ist, weil sie aufgrund nicht vorhersagbarer, ambivalenter Erfahrungen in der Interaktion mit der Bindungsfigur *keine autonome Distanzierungsfähigkeit* erworben haben, wird bei der Patientin in folgendem verdichteten Transkriptausschnitt plastisch:

P: "... also eine Mutter, die einen nicht liebt, aber auch nicht los läßt, also die mir ständig auf den Anrufbeantworter sprach die also heute noch mir hinten nach geht, die auch die Intimität nicht respektieren kann, ähm und ich bin irgendwie aus diesen Fängen nie so richtig rausgekommen ... ich weiß ich kann nur von Tag zu Tag leben wie weit ich das durchhalte aber ich denke es ist auch für mich eine Möglichkeit der Bewältigung ...obwohl es manchmal

passiert daß ich in der nacht weine wenn sie mich so arg verletzt oder oder furchtbar aggressiv bin wenn sie dann zwischendrin mal wieder zuschlägt, also mir sagt zum Beispiel "Du bist viel zu fett" und so was obwohl ich ihr gerade, mal wieder die obwohl ich sie gerade gebadet habe und ich bringe ja alle Sachen mit wofür ich nie irgendeinen Dank höre oder so was (lacht) also solche Dinge also ich finde, ja da bin ich mit-da stecke ich mitten noch in dieser da stecke ich einfach noch mittendrin".

Der Patientin wird zusätzlich die Kategorie "unverarbeiteter Bindungsstatus" oder anders genannt "*unresolved loss*" vergeben, da sie auf die Frage nach wichtigen Verlusterfahrungen eine unbewußte sprachliche Auffälligkeit zeigt, die auf einen desorientierten Verarbeitungsmodus hinweist 10.

Nachdem die Patientin auf die Frage: "Haben Sie als Kind den Tod eines nahen Familienmitglieds erlebt?" über den Verlust ihres Großvaters, einer ihr wichtigen Lehrerin, den Sohn ihres Bruders ausführlich erzählt hatte und versicherte, daß sie sonst keinen Verlust erlitten hatte, kam die ungelöste Trauer bezüglich ihres Vaters in folgender Weise zum Vorschein:

Transkriptausschnitt 5

I: "Wenn Sie so vergleichen früher und heute, wie hat sich die Beziehung zu Ihren Eltern verändert? "

P: "also ich weiß nicht, jetzt traue ich meinem Gefühl gar nicht richtig, das mit meinem Vater ist noch so neu, das ist auch so was, daß ich gar nicht weiß wann der gestorben ist zehn Jahre fünfzehn Jahre aber ich habe auch nicht geweint als er gestorben ist, das war ein ganz neutrales Gefühl also gar keines nichts zu fühlen, wenn wir da in diese Leichenhalle gegangen sind wo er aufgebahrt war habe ich jedesmal da das diese äh habe ich nicht viel Kontaktmethoden gehabt eher so ein Interesse wie wie wie wie passiert das wenn ein Mensch dann hm von einem Tag auf den anderen nach dem Tod so verändert sich der Körper und so was also ich habe geguckt wie sind die Füße und so".

10 Erwachsene mit einer Verlust- oder Mißbrauchserfahrung in der Kindheit, die u. U. ein kohärentes Bild ihrer Geschichte liefern, zeigen im AAI in den relevanten Passagen, in denen es um Verlust, Mißbrauch oder Mißhandlung geht, in *einigen wenigen Sätzen* in ihrer Sprache z. B. folgende Abweichungen: eine Desorientierung der Zeit (Wechsel von Vergangenheit in die Gegenwart); eine Desorientierung des Raums (unterschiedlich genannte Orte, die nicht kompatibel sind); unnatürlich lange Schweigepausen, die den Ideenfluß unterbrechen; ein Beharren auf unnötigen Details in Verbindung mit der Erzählung des traumatischen Ereignisses; sog. "Lapses of monitoring of reasoning during discussion of a loss": "*Strange, how can you kill a person with just one sentence*". Diese Person hat in diesem Moment die irrationale Annahme, für den Tod der verlorenen Person verantwortlich zu sein, indem sie damals einen Satz sagte.

Auffällig ist, daß die Patientin auf die Frage nach wichtigen Verlusten den Tod des Vaters zunächst „vergessen“, hatte und dessen Tod erst auf die Frage nach der Veränderung der Beziehung zu den Eltern plötzlich auftauchte. Eine zeitliche Desorientierung zeigte sich in ihrer Unsicherheit, wann der Vater eigentlich verstarb (10 Jahre /15 Jahre). Dennoch erinnert sie ein auffällig seltsames Detail (Füße) vom Tag seiner Beerdigung, das zusammen mit ihrer vorangegangenen unbemerkten "Verleugnung" seines Todes als Hinweis für einen unverarbeiteten Bindungsstatus gewertet wird.

Weiterhin wird bei der Patientin ein "unverarbeiteter Status" in Bezug auf Mißhandlung und Bedrohung, oder "*unresolved trauma*", seitens ihrer Mutter analysierbar. Auf die Frage der Interviewerin: "Haben Sie sich als Kind von Ihren Eltern bedroht gefühlt? " antwortet die Patientin mit den Worten:

Transkriptausschnitt 6

P: "also lebensbedroht habe ich mich nicht gefühlt, aber ich kann mich erinnern, daß ich immer gedacht habe, wenn's zu schlimm wird, dann kann ich mich ja umbringen also diese Wendung, also na ja manchmal bei den Schlägen bei der Mutter habe ich gedacht sie schlägt mich tot, also wenn ich z. B. zu spät nach Hause kam, da habe ich große Angst gehabt, daß sie mich totschießt, aber wenn's dann soweit war, dachte ich also ich überlebe, das was ich vorher gesagt habe mit dieser inneren Emigration, der Tod hat eigentlich nie was Erschreckendes für mich gehabt, sondern eher eine Lösung irgendwo".

Die Patientin fährt an späterer Stelle des Interviews fort:

P: "ich kann wirklich nicht sagen, daß ich mich lebensbedroht gefühlt hätte, dafür war das nicht geschlossen genug, ich konnte ja viel ins Freie rausgehen. also es gab schon Situationen wo ich mich bedroht gefühlt habe".

Auch hier bemerkt die Patientin ihre logische Widersprüchlichkeit nicht: Einerseits berichtet sie von Todesangst, andererseits verneint sie, sich bedroht gefühlt zu haben. Immer wieder oszilliert sie zwischen Tod als Lösung oder Tod als etwas Erschreckendes. Aus AAI-Perspektive wird diese Passage als "Verleugnung" der Mißhandlung interpretiert, weil sie unbewußt versucht deren Auswirkungen zu minimieren.

Konvergenzen und Divergenzen der AAI-Perspektive und Therapeuten-Perspektive

Dem behandelnden Analytiker (HK) wurden wesentlichen Passagen aus dem AAI der Patientin vorgelegt mit der Bitte, diese bestimmte Merkmale illustrierenden Textausschnitte aus seiner Sicht der Behandlungssituation zu kommentieren. Im folgenden werden nun die oben ausführlicher beschriebenen AAI-Auszüge der Patientin der Perspektive des Analytikers gegenübergestellt. Dem Leser sollen damit Konvergenz und Divergenz der beiden Sichtweisen deutlich gemacht werden:

- Die Patientin klagt von Anfang an über ihre Eltern auf ärgerliche, wütende Weise (s. Transkriptbeispiele 1 und 2): "ich konnte mich auf meine Mutter nie verlassen, noch heute nicht" , "es war eine aggressive Fürsorge", "darunter leide ich heute noch", "da könnte ich gleich losheulen."

Kommentar des Analytikers:

Anklagen dieser Art sind im Behandlungskontext häufig Gegenstand gewesen. Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit der Mutter fühlte sich die Patientin immer wieder "zurückgeschubst" in die Rolle des wiedergutmachenden Kindes. Die Ansprüchlichkeit der nun alten Mutter konnte die Patientin zunächst nur durch eine "Identifikation mit dem Aggressor" lösen; erst allmählich entwickelte sie einen inneren Abstand von diesem Abwehrvorgang und konnte für sich situationsgerechtere Lösungen finden; so konnte sie ihre "eigene aggressive Fürsorge", die teilweise sozialetisch überbaut war, zurücknehmen und sich auch einmal einen Tag gönnen, an dem die Mutter (in einem Pflegeheim) nicht besucht werden mußte.

- Die Patientin findet auf die Frage nach den Adjektiven zur Beschreibung der Beziehung zu ihren Eltern ausschließlich *negative Adjektive*: z. B. "unverstanden", "nicht ehrlich", "quälend."

Kommentar des Analytikers:

In der Behandlung hatten sich diese haßerfüllten inneren Repräsentationen als jahrelanger Rückzug vom Thema Eltern manifestiert. Positiverweise führten diese Erfahrungen im langjährigen Zusammenleben mit ihrem Ex-Mann zu einer pointiert formulierten neuen Ehrlichkeit. Der Partner wurde von ihr (im Gegensatz zu den Eltern) zwar auf quälende Weise distanziert und wenig einfühlsam, aber dabei vorhersagbar, zuverlässig und ehrlich wahrgenommen.

- Die Patientin verletzte im Diskurs die Kohärenzkriterien der Relevanz und Quantität, indem sie des öfteren unbemerkt vom

Thema abschweifte und endlose Details erzählte (s. a. Transkriptbeispiel 1)

Kommentar des Analytikers:

Im therapeutischen Dialog traten diese Merkmale weniger deutlich hervor, da die Patientin über nuancierte sprachliche Fähigkeiten verfügte, die sie auch beruflich und in außerberuflichen Situationen zu nutzen verstand¹¹.

- Die Patientin zeigte in der Erinnerung an Episoden aus ihrer Kindheitsgeschichte wenig objektive Distanzierungsfähigkeit aufgrund mangelnder Autonomie: "also sie (Mutter) kann sich nicht in die Situation eines anderen Menschen einfühlen, wenn ich das so sage, macht mich das so traurig", "da stecke ich noch mittendrin" (s. a. Transkriptbeispiel 2)

Kommentar des Analytikers:

Dieses Merkmal wurde nur dort sichtbar, wo die Patientin über ihre seelischen Verletzungen sprach, nicht in Schilderungen aus anderen Bereichen, in denen sie, besonders im Beruf, hoch kompetent handelte (s. a. Fußnote 11).

- Der Patientin gelang keine Differenzierung zwischen früher und heute (siehe Transkriptbeispiele 1 und 2).

Kommentar des Analytikers:

Als Gegenübertragungsgefühl wurde dieses Merkmal sehr präsent. Viele Schilderungen bewegten sich in einer Textur, als "wäre es gestern" gewesen.

- Die Patientin zeigt wenig Reflexionsfähigkeit in Bezug auf den eigenen Anteil der Beziehungsgestaltung

Kommentar des Analytikers:

Die Patientin evoziert noch heute in mir als involvierten Zuhörer eine lebendige schmerzvolle Teilnahme an ihren leidvollen Erfahrungen, in denen sie eine Opferposition einnimmt, ohne für lange Zeit jedoch ihre Mitgestaltung reflektieren zu können.

Wozu ist die Aufrechterhaltung dieses Zustands gut, wurde immer öfters eine zentrale Frage, die ich der Patientin stellen mußte.

¹¹ Dies bestätigt, daß die Fähigkeit eines Individuums über Arbeit etc. zu sprechen nicht in Übereinstimmung stehen muß mit der Fähigkeit über Bindungsthemen zu sprechen (s. Studie von Crowell et al. 1996)

- Die Patientin weist in verwickelten Episoden pseudopsychologische Analysen zur inneren Distanzierung auf (s. Transkriptbeispiel 3)

Kommentar des Analytikers:

Bei gebildeten Patienten mit umfangreicher therapeutischer Vorerfahrung ist dieses Merkmal der psychologisch getönten Reflexionsfähigkeit sicher nicht immer einfach zu bewerten. Schilderungen von Situationen aus vorangegangenen Therapien lösten auch meine Anerkennung aus, gar nicht selten stimmte ich ihrer Sichtweise zu. Vermutlich dürfte hier die kontextuelle Bewertung (wann spricht sie über "innere Emigration") entscheidend sein.

- In Bezug auf ihre Kindheitserfahrungen kam vorwiegend das Thema Rollenwechsel zum Vorschein: "meine Mutter war ein vernachlässigtes Kind, da mußte ich einspringen", "ich mußte es ausbaden", "sie hat mich mißbraucht als ihre Ersatzmutter".

Kommentar des Analytikers:

Die faktische Anerkennung der frühen, schlimmen Erfahrungen war zunächst therapeutisch bedeutsam. Erst langsam ließ sich erarbeiten, daß sie auch im Beruf immer wieder als Ersatzmutter Anerkennung und Befriedigung findet. Durch den Mechanismus der altruistischen Abtretung erreichte sie besonders in losen beruflichen Beziehungen viel für andere Personen. Sich selbst vergessend zu handeln, war für sie oft hilfreich. Erst in den vergangenen zehn Jahren, in denen ihr persönliches Lebenskonstrukt ins Wanken geriet, bezahlte sie zunehmend einen zu hohen Preis. Alles auf sich zu nehmen, war eine Maxime ihres Lebens, dabei aber die Tragfähigkeit ihrer Schultern zu überschätzen, ist nun ein mühevoller Lernschritt der anstehenden Umorientierung.

- Die Patientin zeigte während des Sprechens über Mißhandlung und Verluste durch Tod aus ihrer Biographie sprachliche Auffälligkeiten in Form von Verleugnung des Mißbrauchs und Vergessen des Todestags des Vaters (Hinweis auf unverarbeiteten Bindungsstatus, s. Transkriptbeispiele 5 und 6)

Kommentar des Analytikers:

Das mit Abstand heikelste Thema der Behandlung war und ist die psychische Abwesenheit des Vaters, der kaum einmal als flüchtiger Schemen durch ihre Mitteilungen huscht. Träume, die Hinweise auf ein inneres Bild des Vaters versprechen, registriert sie mit ungläubigem Staunen: "Ich soll ein inneres Bild des Vaters in mir tragen?" Die

Übertragungsbeziehung ist voll von Anspielungen, die aber nur sehr vorsichtig als neue Beziehungserfahrung thematisiert werden können. Der Haß auf den Ex-Liebhaber, auf Chefärzte, die ihr verführerische Augen machen, wird erst zu bearbeiten sein, wenn sie sich selbst als Handelnde erkennt.

- Die Patientin bewertet den Einfluß der Kindheitserfahrungen auf ihre heutige Entwicklung überwiegend negativ: "man kann mit solchen Dingen keinen Frieden machen, obwohl es besser wird. "

Kommentar des Analytikers:

Mit dem Tod der Mutter während der laufenden Behandlung ist es für die Patientin etwas leichter geworden den inneren Abstand zu finden. Der Tod des Vaters - fast unaussprechlich - ist noch kein Gegenstand der therapeutischen Arbeit, hingegen scheint die Erinnerung an einen guten Großvater die erste Möglichkeit zu sein, eine positive Erfahrung wieder lebendig werden zu lassen.

Zusammenfassend ist - im Sinne einer Synopsis - festzustellen, daß zentrale Punkte der subjektiven, über das AAI erhobenen Biographie mit den Erfahrungen im therapeutischen Prozeß konvergieren: z. B. die Wut auf die Mutter, der Rückzug von den Eltern, ihre Opferposition, eine starke Beschäftigung mit der Gegenwart, die empfundene Mißhandlung.

Wie in der Beschreibung der Kasuistik deutlich wurde, sträubte sich die Patientin in der Therapie geradezu sthenisch über ihren Vater, geschweige denn üals Thema der Übertragung, sprechen zu wollen. Im "Setting" des AAI konnte sich die Patientin jedoch darauf einlassen. Dies ist ein hervorzuhebender Aspekt, da es wohl sinnvoll ist, bindungsrelevante Information "außerhalb" der therapeutischen Beziehung mit Hilfe einer "neutralen" Person (die in der Methodik des AAIs geschult sein sollte) zu erheben. Wir nehmen an, daß die AAI-Diagnostik bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Therapie richtungsgebende Hinweise über den Verarbeitungsgrad von Patienten bzgl. ihrer Bindungsgeschichte und Traumata (sowie Verluste) geben kann.

Divergent erscheint die Bewertung des Punktes der Reflexionsfähigkeit, die der Therapeut der Patientin in hohem Masse beimißt. Die Analyse des AAI zeigte, daß die Patientin zum Behandlungsauftritt noch wenig über objektive Distanzierungsfähigkeit verfügt, wenn sie über ihre Bindungsfiguren spricht. Ihr Hang zur Intellektualisierung wird aus bindungstheoretischer Sicht weniger positiv bewertet, weil diese hier mehr als ein Versuch angesehen wird, sich von der ärgerlichen Verwicklung "pseudoeinsichtig" zu distanzieren. Das Problem für Kliniker, diese Art der Verwicklung von Patienten auf "verführerisch" rationalisierendem Niveau zu

differenzieren, lässt sich genauer in einem textanalytischen Kontext (Buchheim (2000; Buchheim & Mergenthaler 2000) diskutieren. Der hier behandelnde Analytiker begreift die reflexiv-intellektualisierenden Passagen der Patientin dann als nicht stimmig, wenn sie begleitet sind von hochgradiger Erregung, in denen die Patientin unter seinen Augen in einen regressiven Zustand versinkt und von einer Vermischung von Gegenwart und traumatischer Vergangenheit eingeholt wird. Deshalb war es auch für den Therapeuten bedeutsam, mit dem Konzept der Aktualgenese im Sinne Gills zu operieren, und die Anerkennung auch noch so kleiner empathischer Mängel zum Dreh- und Angelpunkt der Wiederherstellung des immer wieder zerbrechenden Arbeitsbündnisses zu machen (s. a. Thomä & Kächele 1985, Kap. 2).

Diese abweichenden Perspektiven verdeutlichen, daß der "Anspruch" der Methodik des AAI bezüglich eines gelungenen, kohärenten Diskurses für klinische Populationen relativiert werden sollte. Zum anderen wird an unserem klinischen Beispiel sichtbar, daß die Reflexionsfähigkeit von Patienten im therapeutischen Prozeß überschätzt werden kann. Fonagy et al. (1998) leisten zu diesen Beobachtungen folgenden wichtigen Beitrag: "The subject comes across a psychologically-minded but in studying the narrative his/her reflections are mostly irrelevant to the task ... the transcript reflects a state of affairs where the search of insight is quite compulsive, yet unproductive. Mentalisation spins like a car wheel which has lost contact with the ground".

Weiterhin lieferte das AAI in unserer Kasuistik eine reliable Identifizierung der für die Borderline-Organisation zugrundeliegenden Elemente. Entsprechend den Studien von Fonagy et al. (1996) und Patrick & Hobson (1994) weist die Patientin eine "verstrickte Bindungsrepräsentation" zusammen mit einem "unverarbeiteten Bindungsstatus" auf, also eine klassische Verknüpfung. In Übereinstimmung mit der Phänomenologie einer "Borderline-Organisation" zeigen sich bei unserer Patientin im AAI verleugnende, oszillierende, und wenig kohärente Verarbeitungsaspekte bezüglich ihrer inneren Objekte. Neben Realitätsbewußtsein und hohen Anpassungsleistungen (Bildung, Arbeit) vermittelt die Patientin im AAI ihre Schwierigkeit, sich von den kränkenden Erlebnissen mit den Eltern (verzeihend) zu distanzieren und diese schmerzlichen Erfahrungen in eine objektive Bewertung ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu integrieren. Im Konsens mit Diamond et al. (1999) stellt u. E. das AAI auf verdichtete Weise ein sehr geeignetes Instrument dar, die Organisation der Borderlinepathologie zu bestätigen. Die Forderung nach nicht-therapeutischen - d. h. nicht durch die Therapiesituation kontaminierten - Methoden zur Prüfung diagnostischer und therapeutischer Konzepte, ist nicht erst seit Grünbaum (1982) ein Desiderat ersten Ranges. Hier schließt das AAI als reliables und valides Verfahren eine substantielle Lücke.

Zusammenfassende Gedanken über den Nutzen und die Wirkung des AAI auf den therapeutischen Prozeß

Die Einführung von wissenschaftlich begründeten Maßnahmen in einen laufenden therapeutischen Prozeß ist möglicherweise als umstritten anzusehen; die Aufgabe eines Therapeuten an einer Universität wiederum ist es, Klinik und Forschung zu Gunsten der Lehre zu verbessern. Die Patienten wurden entsprechend ihrer klinischen Situation um Mitwirkung bei der AAI-Erhebung gefragt und hätten auch ablehnen können, was manche Patienten auch taten.

Der Kliniker, insbesondere der psychoanalytische Kliniker, stellt sich zu allererst die Frage: Hat die externe Intervention dem Therapieprozeß genützt oder hat sie gar geschadet? Infolge der Durchführung des AAI kam es hier aus Sicht des Analytikers nicht zu einer Störung der laufenden therapeutischen Arbeit. Die Patientin thematisierte diese eindeutig "wissenschaftlich-diagnostische Maßnahme" von sich aus nicht, sondern nahm sie zu diesem Zeitpunkt als "ein Randereignis" wahr.

Erst Ende des zweiten Behandlungsjahres erschien es dem Therapeuten sinnvoll und therapeutisch fruchtbar, die Patientin an dieses Interview zu erinnern. Da ein Transkript verfügbar war, konnte die Patientin ihr Interview selbst lesen und zu ihrer großen Überraschung war sie über die Konfusion in ihrer Diktion sehr erschrocken¹². Eine Hilfe für sie war, sich einzugestehen, daß die lebensgeschichtliche Erfahrung eine äußerst mächtige Wirkung besitzt, die mit zunehmenden Maße durch die Behandlung akzeptiert werden kann. Prinzipiell neue Themen tauchten für den Therapeuten nicht auf, sondern die Themen deckten sich mit seinen bisherigen Informationen; wohl aber überraschte ihn das Ausmaß der Verleugnung des Vaters, tot oder lebendig, dokumentiert durch die sequentielle Ausblendung im Verlauf des AAI. Die Eindeutigkeit, mit der eine traumatische Genese der Störung plausibel gemacht wurde, dürfte in diesem Fall das stärkste Argument für die Verwendung des AAI als zusätzliches diagnostisches Instrument sein (s. a. Buchheim et al. 1998; Köhler 1998; Steele & Steele 2000). Daß die Patientin eine hochgradig ambivalent-verwickelte Beziehungserfahrung in sich trägt, mußte der Analytiker am eigenen Leib erfahren - aber es ist tröstlich, methodisch präzise Recht zu bekommen. Deshalb erscheint es zunehmend eine wichtige Frage zu werden, ob wir ohne methodisch saubere empirische Erhebungen Aussagen über Bindungsstörungen von Patienten machen können.

Die Einladung an die Patientin, sich zu einem späteren Zeitpunkt mit der Lektüre ihres AAI zu beschäftigen, kann als Belastungstest gesehen werden, den die Patientin mit Hilfe ihres präsenten

¹²Allerdings ist zu berücksichtigen, daß die meisten Personen bei der ersten Lektüre von eigenen transkribierten Interviews über die mangelnde Flüssigkeit des Sprechens erschrocken sind

Analytikern zur einer anderen Art der Aneignung ihrer belastenden Lebenserfahrung bestanden hat. Wir meinen, es sollte nun systematisch untersucht werden, ob, wann und wie Patienten durch das AAI mit ihrer sprachlichen Darbietung der Kindheitsgeschichte im therapeutischen Kontext konfrontiert werden können.

Das AAI erweitert durch seine diffizile Auswertung den Blickwinkel des Therapeuten; es macht ihn sicherer, die idiosynkratisch-bindungsrelevanten sowie traumatischen Erfahrungen angemessen zu registrieren und in der therapeutischen Beziehung zur Geltung zu bringen. Trotzdem bleibt dann die mühevollen Aufgabe, vom diagnostischen Feststellen "was der Fall ist" zum Finden der angemessenen therapeutischen Heuristiken "was jetzt möglich ist" zu kommen. Die Antwort kann nur sein, die therapeutische Aufgabe bindungsspezifisch anzugehen. Was das im konkreten Fall heißt, ist erst am Einzelfall auszubuchstabieren. Hier bleibt noch viel zu tun.

Literatur

- Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (1993). Psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Develop Psychol* 29: 870-880.
- Benoit D, Parker KH (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Dev* 65: 1444-1456.
- Bowlby J (1959). Über der das Wesen der Mutter-Kind Bindung. *Psyche* 13: 415-456.
- Bowlby J (1969). Attachment and loss. Vol 1: Attachment. New York: Basic Books. dt. (1975). Bindung. München: Kindler.
- Bowlby J (1973). Attachment and Loss. Vol 2: Separation. Anxiety and Anger. New York: Basic Books. dt. (1976). Trennung. München: Kindler.
- Bowlby J (1983). Verlust - Trauer und Depression. Frankfurt aM: Fischer.
- Bowlby J (1988). A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.
- Bowlby J (1995). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter.
- Buchheim A, Brisch KH, Kächele H (1998). Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *PPmP* 48: 128-138.
- Buchheim A (2000). Bindungsrepräsentation, Emotions-Abstraktionsmuster und Narrativer Stil: Eine computerunterstützte Textanalyse des Adult Attachment Interviews. Dissertation, Universität Ulm.
- Buchheim A, Mergenthaler E (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and

- narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research* 4: 390-407.
- Cole-Detke H, Kobak R (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 282-290.
- Crowell J, Fraley R, Shaver P (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: *Handbook of Attachment*. Cassidy J, Shaver P (eds). New York: Guilford; 434-465.
- Crowell JA, Waters E, Treboux D, O'Connor E, Colon-Downs C, Feider O, Golby B, Posada G (1996). Discriminant Validity of the Adult Attachment Interview. In: *Child Development*. Sommerville SC (ed). Chicago Illinois: The University of Chicago Press; 2584-2599.
- Diamond D, Clarkin J, Levine H, Levy K, Foelsch P, Yeomans F (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry* 19: 831-884.
- Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (Hrsg) *Handbook of Attachment*. New York: Guilford; 497-519.
- Ehlers W, Enke H (1988). Diagnostik präoedipaler Störungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34: 325-337.
- Dammann G, Clarkin J, Kächele H (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Stuttgart: Schattauer; 701-730.
- Fonagy P (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psycho-Anal* 72: 639-656.
- Fonagy P, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Steele H, Target M, Steele M, Higgitt A (1995). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and other. In: *Emotion, cognition and representation*. Cicchetti D, Toth S (eds). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64: 22-31.
- Fonagy P, Steele H, Steele M (1991a.) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev* 62: 891-905.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC (1991b). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health J* 12: 201-218.

- Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H (1998). Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Confidential document (Version 5.0). London: University College.
- George C, Kaplan N, Main M (1985). The Adult Attachment Interview. Unveröffentlichtes Manuskript. Berkely: University of California.
- George C, West (1999). Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology* 72: 285-303.
- Grice HP (1975). Logic and Conversation. In: *Syntax and Semantics*. Cole P, Moran JL (eds). New York: Academic Press; 41-58.
- Grünbaum A (1982). Can psychoanalytic theory be cogently tested "on the couch"? *Psychoanal Contemp Thought* 5: 155-255; 311-436.
- Hesse E (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal* 17: 4-11.
- Hesse E (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In: *Handbook of Attachment*. Cassidy J, Shaver P (eds). New York: Guilford; 395-433.
- Holt RR (Hrsg) (1978). *Methods in clinical research, vol II: prediction and research*. New York: Plenum Press.
- Kernberg OF (1981). Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4:169-195
- Kernberg OF (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg OF (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders, In: *Major Theories of Personaltiy Disorder*. Clarkin J, Lenzenweger MF (eds) New York: Guilford; 106-140.
- Kernberg OF (1998). Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer (und psychodynamischer) Konzepte für die (Befunderhebung) und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: *OPD in der Praxis: Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg). Bern: Hans Huber; 55-68.
- Köhler L (1995). Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) Stuttgart: Klett-Cotta; 67-85.
- Köhler L (1998). Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. *Psyche* 52: 369-403.
- Leuzinger-Bohleber M, Pfeifer R, Röckerath K (1998). Wo ist das Gedächtnis geblieben? Psychoanalyse und New Cognitive Science im Dialog. In: *Erinnerte Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Main M (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple models (incoherent) of

- attachment. In: *Attachment Across Life Cycle*. Parkes C, Stevenson-Hinde J, Marris P (eds) London, New York: Tavistock; 127-159.
- Main M, Hesse E (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: *Attachment in the preschool years*. Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds). Chicago: The University of Chicago Press; 161-184.
- Main M, Goldwyn R (1994). Adult Attachment Scoring and Classification Systems. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Patrick M, Hobson RP (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*: 375-388.
- Peterfreund E (1983) *The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies*. Hillsdale NJ: The Analytic Press
- Rapaport (1960/1970). *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sagi A, Van IJzendoorn M, Scharf M, Noren-Karie N, Joels T, Mayseless O (1994). Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview A psychometric study in young Israeli adults. *Dev Psychol* 30: 771-777.
- Scheidt CE, Waller E, Schnock C, Becker-Stoll F, Zimmermann P, Lücking CH, Wirsching M (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *J Nerv Ment Dis* 187: 47-52.
- Stern D (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Steele H, Steele M (1994). Intergenerational patterns of attachment. In: *Attachment processes during adulthood*. Perlman D, Bartholomew K (eds) London: Jessica Kingsley; 99-120.
- Steele H, Steele M (2000). Klinische Anwendung des Adult Attachment Interviews. In: *Bindung im Erwachsenenalter*. Gloger-Tippelt G (Hrsg) Bern: Huber; 322-343.
- Stein H, Jacobs NJ, Ferguson KS, Allen JG, Fonagy P (1998). What do adult attachment scales measure? *Bull Menninger Clinic* 62: 33-82.
- Strauß B (2000a). Attachment theory and psychotherapy research - Editor's introduction to a special section. *Psychotherapy Research* 10: 381-389.
- Strauß B (2000b). Bindungsmuster und Therapieindikation: Empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In: *Bindung und Interaktion*. Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch (Hrsg). Wien: Facultas; 39-54.
- Thomä H, Kächele H (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 1: Praxis. Berlin Heidelberg New York: Springer, 2. Auflage, 1996.

van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J Consult Clin Psychol* 64: 8-21.

Ward MJ, Carlson EA (1995). Associations among adult attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Dev* 66: 69-79.

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