

aus Strauss, Buchheim, Kächele (Hrg) Klinische Bindungsforschung. Stuttgart. Schattauer Verlag, 2002

## Untersuchung eines exemplarischen Falles mit unterschiedlichen Bindungsinterviewmethoden

Anna Buchheim, Fabienne Becker-Stoll, Elke Daudert, Horst Kächele, Audrey Lobo-Drost, N. N., Bernhard Strauß, P. Zimmermann

In diesem Kapitel beschreiben wir anhand eines Einzelfalles die Konvergenz und Divergenz unterschiedlicher, traditioneller Bindungs-Auswertemethoden. Dazu wurde eine 40jährige Patientin mit der Diagnose „depressiv-narzißtische Neurose auf Borderline-Organisations-niveau,, mit dem Adult Attachment Interview (George et al. 1985) untersucht. Aus Anonymitätsgründen wurden wesentliche biographische Details sinngemäß verändert. Die Auswertungen des Transkripts erfolgte von unabhängigen Beurteilern, entsprechend den Auswerterichtlinien der unterschiedlichen Bindungsmethoden (Adult Attachment Interview von Main & Goldwyn (1996), Adult Attachment Interview Q-Sort von Kobak et al. (1993), Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating von Strauß et al. (1999), Reflective Functioning Scale von Fonagy et al. (1998)). Das Kapitel beginnt mit der klinischen Einschätzung des Behandlers aus psychoanalytischer Sicht. Im Anschluß daran werden die einzelnen Auswertemethoden kurz vorgestellt und die Einschätzung der Bindungsklassifikation der Patientin aus den jeweiligen Perspektiven formuliert. Es wurden dazu erfahrene und zertifizierte Auswerter herangezogen. Das Kapitel endet mit einer Diskussion der Vergleichbarkeit der Bindungsmethoden.

### **Kasuistik**

Es handelt sich um eine knapp 40jährige Juristin, verheiratet, 2 Kinder. Ihre Beschwerden schildert sie schon vor dem Erstgespräch in einem sorgfältig getippten Schreiben. Die Hauptbeschwerden wurden von ihr damals als "seelischer Schmerz" beschrieben, der als Folge einer traumatisch erlebten Erfahrung aufgetreten war. Dieser intensive seelische Schmerz mit vielfältigen körperlichen Auswirkungen konnte durch eine supportive Psychotherapie nur bedingt verbessert werden. Zwar seien die aufkommenden akuten Suizidimpulse aufgefangen worden; aber sie sei innerlich immer noch suizidal.

Hinweise auf die Diagnose "depressiv-narzißtische Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Organisationsniveau" ergaben sich aus ihren Gefühlen unbändiger Wut auf einzelne, intime Partner, bei gleichzeitiger anhaltender innerer Leere; Situationen des Kontrollverlusts in solchen Beziehungen führten zu raschen Beziehungsabbrüchen. Seit der Kindheit schon bestehen Ängste vor Dunkelheit und Alleinsein. Im Erstgespräch präsentierte sie sich als eine vernünftig und klar denkende, gepflegte Frau, die nur zeitweilig die Heftigkeit ihrer inneren Affektivität anklingen ließ. Das Behandlungsangebot einer analytischen Psychotherapie konnte sie aufgrund eines starken Leidensdrucks annehmen.

Der therapeutische Prozeß wies von Beginn an jene typischen Auf- und Abwärtsbewegungen auf, die sich aus dem schnellen Wechsel von Identifizierungen bei dieser Pathologie ergeben können. Das Einsetzen sog. primitiver Abwehrmechanismen bewirkten in ihrer aktuellen Heftigkeit teilweise ein regelrechtes Auseinanderbrechen ihrer seelischen Integrationsfähigkeit. Nach den ersten „Honeymoon-Monaten“, im Zuge einer positiven, idealisierten Übertragung, wurde der Behandlungsverlauf wiederholt durch schwerwiegende, krisenhafte Zuspitzungen kompliziert. Solche "Abstürze" ihrer seelischen Verfassung führten zu kurzfristigen Abbruchsankündigungen. Auslöser konnten Fehler in meiner Wortwahl sein, oder der Verdacht, ich würde mit anderen kooperieren oder ich würde sie mit Fragen, die sie nicht beantworten könne, bedrängen. Dies konnten Versuche sein, biographisches Material zu ihrer Herkunft aus kleinen Verhältnissen zu vertiefen, oder mehr über ihre Beziehung zu ihrem Vater zu erfahren, von dem sie besonders wenig zu sagen wußte. Der von mir vermutete psychodynamische Hintergrund dieser Abbruchsdrohungen dürfte in der von der Patientin unbewusst wahrgenommenen Gefahr der Abhängigkeit von einer vertrauensvollen Beziehung liegen, bei der sich die Wiederholung der erlebten traumatischen Situation einstellen könnte. Das Thema einer von ihr stark wahrgenommen „mangelnden Gleichberechtigung“, zog sich wie einer roter Faden durch diese Abbruchskrisen. Es gelang allmählich 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. Nach 1,5 Jahren hatte die Patientin, lange Zeit von chronisch wütenden, heftig akut auftretenden, depressiven Leerezuständen gequält, allmählich eine neue Form der Nachdenklichkeit erreicht. Wir sahen immer mehr 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 im Gegensatz zum Beginn der Behandlung kein „Unwort“, mehr und die Patientin konnte insbesondere die Durcharbeitung der Beziehung zur Mutter als Anlaß zu Veränderungen ihrer jetzigen Beziehungsgestaltung nutzen. Der erste therapeutische Arbeitsschritt - nach der relativ langen Phase der Etablierung eines relativ stabilen Arbeitsbündnisses - galt der Durcharbeitung der *verwickelten* Beziehung zu ihrer Mutter<sup>1</sup>.

*"... also eine Mutter, die einen nicht liebt, aber auch nicht los läßt, also die mir heute noch hintennach geht, die auch meine Grenzen nicht respektieren kann, ähm und ich bin irgendwie aus diesen Fängen nie so richtig raus gekommen ... 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 unansehnlich" 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".*

Auch nach längerer psychoanalytischer Arbeit war die Patientin immer noch hochgradig *ärgerlich* und *wütend* auf ihre Mutter, für die sie eine gewissenhaft pflegende Sorge übernommen hatte. Allmählich konnten wir ein Diskrepanzerleben der Patientin bezüglich ihrer eigenen intensiven Verantwortungsbereitschaft und der fehlenden Mitverantwortung anderer Familienangehöriger für die hilfsbedürftige Mutter heraus arbeiten. Beeindruckend war immer wieder, wie alte Konflikte aus der Kindheit sich mit gegenwärtigen Konflikten verbanden. Immer wieder stellte sich ihre Erfahrung heraus, dass eine wechselseitige Bezogenheit nicht zu erreichen war und sie trotz übergroßer Bereitschaft, "alles zu schultern", kein Wort des Dankes oder der Anerkennung ihrer Bemühungen finden konnte. Noch heute verspürt die Patientin das leidvolle Bedürfnis, mit anderen Leuten ständig abzugleichen, ob die Klagen der Mutter von diesen ebenso wahrgenommen werden oder nicht. Dies sind Erfahrungen mit der Mutter, die die Patientin als „intrusiv eingeforderte Fürsorge“, bezeichnet.

In diesem Zusammenhang ergab sich eine aufschlußreiche biographische Verbindung:

---

<sup>1</sup>Die Textbeispiele sind aus dem AAI entnommen; diese decken sich stark mit dem, was die Patientin in der Behandlung berichtete.

*"ich durfte nie krank sein also wenn ich krank war dann also, Milch, die ich partout nicht mochte, deswegen kann ich heute noch keine Milch trinken, sondern nur mit Mühe und Not im Kaffee, solche Sachen, ähm also krank sein war für mich wirklich schlimm ähm, oder heiße Wickel wo ich dann nachher einen Hals kriegte.."*

Dieses Verhalten der Mutter faßte die Patienten unter dem Stichwort „intrusive Fürsorge,, zusammen, worauf hin sie gelernt hatte, möglichst gar nicht krank zu werden. Im Prozess des Durcharbeitens gelang es der Patientin allmählich ihr eigenes Maß für die Pflegearbeit bei ihrer Mutter zu finden, bei dem sie sich nicht überlastete und auch mal einen Tag ohne Pflägetätigkeit für sich einzufordern wußte. Der altersbedingte Tod der Mutter trug weiterhin dazu bei, daß die Patientin einen größeren inneren Abstand gewinnen konnte.

Das Bild des Vaters blieb, abgesehen zu den sorgfältigen biographischen Angaben im ersten Anschreiben in den ersten beiden Behandlungsschritten, mehr als blass. Nachdem die belastende Pflege der Mutter durch deren Tod als akuter Anlass zur therapeutischen Durcharbeitung relativiert wurde, blieb vom Vater nur ein schemenhaftes Bild. Von Träumen war überhaupt lange Zeit nichts zu erfahren, und als dann einmal ein merkwürdiger Mann im großen Hut in einem ihrer Träume erschien, war es nicht möglich, einen Schritt weiterzukommen. Von ihm gab es einfach nichts Positives zu berichten. Aufschlußreich für mich war, dass von ihr im AAI immerhin konkretere, wenn auch negative Erfahrungen, mit dem Vater erinnert wurden:

*"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 meiner älteren Schwester gemacht, also wenn wir da irgendwie weiß was angestellt hatten dann, ähm hat er uns abends dann verprügelt oder so" ... "wobei das noch geschmeichelt ist und, eben auch als quälend auch mit diesem Schlagen. dann als die schon fast erwachsen war habe ich immer Todesängste gehabt um meine Schwester als die ihren ersten Freund hatte dann hat meine Mutter solange am Vater rumgemacht bis die zuschlug, da habe ich immer gedacht die schlägt er nochmal tot".*

Eine weitere Spezifität des Vaterbildes dürfte mit einem "Spiel mit dem Erschrecken" verbunden gewesen sein:

*"das Quälen ja was ich vorher äh, mit dem Erschrecken / ich weiß noch da stand ich im Gang wir hatten so eine große Diele da, in dem Haus und wenn s da dunkel war äh, hm- plötzlich kam da so eine Hand und ich und ich habe immer einen solchen Schrecken gekriegt und dann habe ich erst geweint und dann habe ich einen Zorn gekriegt und dann hat er nur gelacht und ich hab s*

*immer wieder gesagt dass ich es ja gar nicht will oder auch geäußert, das hat aber gar nichts genutzt und ich habe bis heute noch immer dieses Erschrecken .."*

In der Behandlung erfuhr ich dann später mehr über dieses sadistische "Spiel" des Vaters mit der Tochter, das sich vorwiegend in dunklen Ecken, von denen es viele gab, abspielte. Die Dunkelangst des Kindes blieb ihr bis heute. Geblieben ist das Gefühl "es ist gar nichts sicheres, also nichts was worauf man sich verlassen kann". Der Vater bleibt in den Erinnerungen der ersten Therapiezeit außerhalb der eigenen Lebenserfahrungen; erst später erfahre ich von ihr, dass sie nach dem Tod des Vaters ein Tagebuch gefunden hat. Dadurch eröffnete sich auch eine erste Kindheitserinnerung, die ein positives, wenn auch von ihr schwer einzuordnendes Bild entstehen ließ: Sie sieht sich als Zwölfjährige mit dem Vater in einem Wirtshaus, in dem eine Vereinsgründung abgehalten wird. Mein Versuch, mit ihr eine emotionale Bewertung zu finden - was könnte einen Vater dazu veranlassen, seine Tochter mit auf eine solche Versammlung zu nehmen - überrascht sie zunächst; sie widersetzt sich der Andeutung, es könne Stolz auf sie sein. Doch schließlich kann sie diese Möglichkeit stehen lassen. Für den Therapeuten als Mentor dieser Reise in eine nur einseitig negativ gefärbte Kindheitswelt drängt sich ein Zusammenhang mit ihrer eigenen Vereinsarbeit unmittelbar auf. Technisch waren diese Berührungen heikel; sie versuchten die abwehrbedingte Negativierung des Vaterbildes zu mildern, um die Aufspaltung in verdrängte gute und bewusst erinnerte böse Erfahrungen zu verringern. Schließlich fanden wir einen Zwischenweg, um diesen Kontakt mit Vergangenen zu erlauben. Denn bei der Suche nach dem Vaterbild geht es schließlich um innere Bilder, und solche mussten sich auch anderswo finden lassen.

Hier konnten wir einen Zwischenbereich ausloten, bei der die künstlerische, nebenberufliche Tätigkeit der Patientin eine große Rolle spielen sollte. Es konnte m.E. kein Zufall sein, dass eine große, traumatisch erlebte gescheiterte Liebesbeziehung sich mit einem Künstler, einem Maler, abgespielt hatte. Welche Rolle konnte die künstlerische Welt, der sie sich von früh an mit Eifer gewidmet hatte, und die neben ihrer beruflichen Tätigkeit einen wichtigen befriedigenden Raum ausfüllte, in ihrem Entwicklungsprozess einnehmen? Die Rekonstruktion von Kindheitserfahrungen ging von meiner Überzeugung aus, dass eine solche künstlerische Erziehung nicht ohne Erzieher vonstatten gegangen sein kann.

Als einsames Kind schon hatte sie auf der verstaubten Staffelei des Großvaters in dem großen Bauernhaus gepinselt. Eine richtige Ausstattung bekam sie jedoch nie. In der Grundschule wurden ihre malerischen Fähigkeiten von einem Lehrer entdeckt. Dieser guten Erfahrung folgte eine böse, umso schlimmere. Die Mutter schleppte die Zwölfjährige zu einem anderen Lehrer ins Dorf, der sie über eine gewisse Zeit sexuell belästigte. Diese Erinnerung hatte sie zwar in der vorigen Therapie schon beschäftigt, aber sie erlebte nun nochmals und um vieles heftiger, wie sie sich allein gelassen, beschämt und verwirrt gefühlt hatte. Meine Deutung: "hier hätte ein Vater eingreifen müssen, wenn Sie sich ihm hätten anvertrauen können", war für sie sehr erleichternd. Zumindest die Repräsentanz eines guten väterlichen Objekts hatten wir gefunden. Der weitere künstlerische Lebensweg der Patientin - neben Studium und Beruf - belegt die wohltuende, ausgleichende Wirkung einer intensiven und kompetenten Beschäftigung mit einem Medium, das in besonderem Maße Trauerarbeit und Wiederfinden von guten Objekten ermöglicht.

### **Die Auswertung des Adult Attachment Interviews nach dem Kategoriensystem von Main & Goldwyn (1996)-**

Das Adult Attachment Interview (AAI) wurde von George, Kaplan & Main (1985), das entsprechende Kategoriensystem von Main & Goldwyn (1985-1998) entwickelt. Dieses semistrukturierte Bindungsinterview 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 (Darstellung der Fragen ausführlicher bei Buchheim & Strauß in diesem Band). Die Themen kreisen entsprechend der Theorie von Bowlby um Beziehung, Trennung und Verlust. 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 1999).

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

---

- Anna Buchheim

erzählt wird. Die Kohärenz des Diskurses<sup>2</sup> 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.

Im ersten Schritt werden die *erschlossenen Erfahrungen* mit den Elternfiguren für Mutter und Vater getrennt mit Hilfe von fünf 9-stufigen Ratingskalen eingeschätzt (siehe ausführliche Darstellung bei Glogger-Tippelt 2001, Kapitel 4). Dazu gehören die Skalen: Liebe, Zurückweisung, Rollenumkehr/Involvierung, Leistungsdruck und Vernachlässigung.

Die Skala *Liebe* umfaßt beispielsweise die emotionale Verfügbarkeit und liebevolle Unterstützung einer Bindungsfigur. Bei einer hohen Ausprägung (> 5) bedeutet dies, daß sich die befragte Person in der Erinnerung als Kind besonders in belastenden Situationen (Trennung, Kummer) aufgehoben fühlte und sich auf die emotionale Zuwendung der Bindungsperson in der Regel verlassen konnte. Die Skala *Zurückweisung* dagegen beinhaltet Erinnerungen an Situationen, in denen die Person als Kind von seiner Bindungsfigur abgewiesen, ausgelacht oder beschimpft wurde, wenn sie bindungsrelevante Bedürfnisse zeigte. Die Skala *Rollenumkehr* wird dann als hoch kodiert, wenn die befragte Person als Kind unangemessenermaßen für seine Bindungsfigur Verantwortung, elterliche Aufgaben und Sorge übernahm (z. B. Partnerersatz) und dabei stark emotional involviert war. Die Skala *Leistungsdruck* wird beispielsweise als hoch bewertet, wenn die befragte

---

<sup>2</sup> 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.

Person zahlreiche Erinnerungen aus der Kindheit präsentiert, die darauf hinweisen, daß den Bindungsfiguren Erfolg in der Schule oder im Sport wichtiger war als die emotionale Befindlichkeit des Kindes. Die Skala *Vernachlässigung* bezieht sich auf die emotionale Vernachlässigung von Bindungsfiguren trotz ihrer physischen Anwesenheit.

Im zweiten Schritt der Auswertung wird der *mentale Verarbeitungszustand* (state of mind with respect of attachment) der individuellen Bindungserfahrung, d. h. die sprachliche Darstellung dieser Erfahrungen, ebenfalls mit Hilfe von 9-stufigen Ratingskalen kodiert. Die ersten drei Skalen Idealisierung, Ärger und Abwertung werden für jeden Elternteil getrennt bewertet.

Hinweise für eine *idealisierte* Verarbeitung stellen z. B. die Diskrepanz zwischen einer globalen positiven Charakterisierung der Bindungsfigur und dabei fehlenden, konkreten episodischen Erinnerungen dar sowie bagatellisierende, normalisierende Aussagen bzgl. Zurückweisung oder Distanz der Bindungsperson. Die Skala *Ärger* wird als hoch kodiert, wenn die befragte Person sich in der Gegenwart ärgerlich über die Bindungsperson äußert, z. B. „meine Mutter benimmt sich wie ein Idiot,“. Bedeutsam ist hier, daß die Aussage nicht in der Vergangenheit, also mit einem objektiven Abstand, formuliert ist. Ärgerliche Passagen sind auch an endlosen, grammatikalisch kaum zu durchschauenden Sätzen zu erkennen, die Vorwürfe und Anklagen gegenüber den Bindungspersonen erkennen lassen. Im Gegensatz zu ärgerlichen Passagen bezieht sich die Skala *Abwertung* auf Aussagen, in denen zum Ausdruck kommt, daß die befragte Person es nicht für wert oder nötig hält, sich mit der Bindungsperson auseinanderzusetzen. Dies bildet sich z. B. in Sätzen ab wie: „Wir hatten eine Nicht-Beziehung,“ oder „über meinen Vater brauchen wir gar nicht reden, das lohnt nicht,“. Während „Ärger,“ auf eine bindungs-hyperaktivierende Strategie hinweist, dient „Abwertung,“ dazu, Bindung zu deaktivieren. Zu den weiteren allgemeinen Skalen der „states of mind with respect of attachment,“ gehören „Abwertung von Bindung,“, „Bestehen auf fehlender Erinnerung,“, „Traumatischer Erinnerungsverlust,“, „Metakognition,“, Passivität,“, „Angst vor Verlust,“, „höchster Wert unverarbeiteter Verlust,“, „höchster Wert unverarbeitetes Trauma,“, „Kohärenz des Transkripts,“ und „Kohärenz des Bewußtseins,“.

Das *Bestehen auf fehlender Erinnerung* zeigt sich wiederholten Sätzen wie „ich habe keine spezielle Erinnerung,“, „keine Ahnung,“, mehr kann ich nicht sagen,“, dazu weiß ich nichts,“, die den Interviewfluß deutlich unterbrechen oder abblocken. Die Skala „traumatischer Erinnerungsverlust,“ wird notiert, wenn die befragte Person eine signifikante Periode ihres Lebens, meist vor dem Hinter-



grund traumatischer Erlebnisse, vollkommen vergessen hat (z. B. die Zeit zwischen 6 und 9 Jahren). *Metakognition* wird dann als ausgeprägt kodiert, wenn die befragte Person in der Lage ist, während des Interviews eigene Aussagen zu revidieren, zu korrigieren, zu überdenken und neu zu reflektieren, ohne dazu explizit aufgefordert worden zu sein., z. B. „Wenn ich mich jetzt so reden höre, merke ich, daß ich vorhin meine Mutter zu positiv dargestellt habe, vielleicht muß ich das etwas relativieren,“. Die Skala „*Passivität*“, beinhaltet Passagen, die vage und unklar erscheinen. Meist zeigt sich dies in der exzessiven Benutzung von Füllwörtern, ständig abgebrochenen und wieder neu angefangenen Sätzen, Abkommen vom Thema (becoming lost while speaking) oder kindlich-naiven Ausdrücken (child-like speech). Die Skala „Angst vor Verlust“, tritt in Kraft, wenn bei der befragten Person eine irrationale Angst besteht, das eigene Kind zu verlieren. Diese Skala wird nur dann als hoch kodiert, wenn die Angst auf keine erlebte reale Quelle (Kidnapping in der Nachbarschaft, Tod eines Kindes in der Schule) zurückzuführen und demnach keine Angemessenheit dieser Angst nachzuweisen ist. Diese Bewertung kommt äußerst selten vor und führt zu einer extra Kategorie (Ds 4), die rein empirisch gewonnen wurde.

Die hohe Bewertung der Skala „*unverarbeiteter Verlust*“, 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 Skala „*unverarbeitetes Trauma*“, wird dann als hoch bewertet, wenn die befragte Person aufgrund einer vorübergehenden mentalen Desorientierung 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, psychologisch verwirrten Äußerungen 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 (s. a. exemplarische Darstellung bei Hauser 2001).

Wie bereits schon erwähnt ist die Bewertung der *Kohärenz des Transkripts* und die *Kohärenz des Bewußtseins* der interviewten Person Hauptleitlinie für die Klassifikation. In dem Beitrag von Buchheim & Strauß in diesem Band wur-

den die Kohärenzkriterien ausführlich beschrieben, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird.

Im dritten Schritt der Auswertungsprozedur führt nun die heuristische Zusammenstellung der einzelnen bewerteten Skalen (nach dem Manual von Main & Goldwyn 1996) zu einer der drei Bindungsklassifikationen „sicher-autonom (F = free to evaluate),,, „unsicher-distanziert,, (Ds = dismissing), oder „unsicher-verstrickt,, (E = enmeshed/preoccupied). Erhält z. B. eine Person im AAI bei der Skala „Ärger,, einen hohen Wert und niedrige Werte bei „Kohärenz,, und „Bestehen auf fehlender Erinnerung,, wird die Klassifikation E (unsicher-verstrickt) vergeben. Erhält dagegen eine Person einen hohen Wert auf der Skala „Idealisierung,, niedrige Werte auf der Skala „Ärger,, hohe Werte bei „Bestehen auf fehlender Erinnerung,, und einen niedrigen Wert auf der Skala „Kohärenz,, wird die Klassifikation Ds (unsicher-distanziert) vergeben. In einem weiteren Schritt wird entschieden, ob ein unverarbeiteter Bindungsstatus bezüglich Verlust- oder traumatischer Erfahrungen vorliegt. Erhält eine Person auf einer der beiden bzw. beiden Skalen einen Wert über 5, wird die Hauptklassifikation „unresolved,, (unverarbeiteter Verlust oder Trauma, d. h. *Desorganisation*) kodiert und eine der vorherrschenden sog. *organisierten* Bindungsstrategien (sicher, distanziert, verstrickt) nachgeordnet. In dem Beitrag von Buchheim & Strauß in diesem Band sind die Beschreibungen der Bindungsklassifikationen des AAI ausführlich beschrieben (siehe dazu auch Glogger-Tippelt 2001).

Die Klassifikation der vier Bindungskategorien läßt sich nach dem Manual von Main & Goldwyn (1996) darüber hinaus in Subgruppen beschreiben. Die folgende Abbildung stellt das Kontinuum der einzelnen Subgruppen von einer Kategorie in die andere dar. Meist wird in der Literatur aus statistischen Gründen (aufgrund kleiner Stichprobengrößen zu niedrig besetzte Zellen) mit den Hauptgruppen gerechnet, was jedoch aus klinischer Sicht einen Informationsmangel nach sich zieht. Deshalb sei an dieser Stelle auf die Möglichkeit der Differenzierung hingewiesen.

Abb. 1. Untergruppen der Bindungsklassifikationen von Main & Goldwyn (1996)

siehe Buchbeitrag S. 75

**Beschreibung des Interviews nach den Kriterien von Main & Goldwyn (1996)**

Die hier vorgestellte Patientin präsentiert im AAI eine sog. "unsicher-verstrickte" Bindungsrepräsentation sowie einen "unverarbeiteten Bindungsstatus" in Bezug auf Verlust- sowie Mißhandlungserlebnisse. Im Auswertungsblatt (siehe Tabelle 1) ist bezüglich ihrer Kindheitserfahrungen zu erkennen, daß aus den Erinnerungen der Patientin erschlossen werden konnte, daß sie seitens ihrer Mutter und ihres Vaters wenig **Liebe** (Wert = 2) erfahren hat (z. B. „man konnte sich auf beide nie verlassen, meine Mutter hat immer gepetzt, sie waren nicht verständnisvoll, ich habe mich unverstanden gefühlt, ich war diesen Aggressionen ausgesetzt, sie hat dann einfach zugeschlagen,,). Dagegen erinnert sie Situationen, in denen sie von beiden Eltern **Zurückweisung** (Wert=6) erlebt hat (z. B. „mein Vater war distanziert, nicht herzlich, wenn ich mich verletzt habe, gab es danach noch Dresche, ich hatte Angst das zu zeigen, ich habe meinen Schmerz nie gezeigt,,). Besonders mit ihrer Mutter erlebte die Patientin als Kind (bis heute) einen deutlichen **Rollenwechsel**, in dem sie sich für ihre Mutter verantwortlich fühlte (Wert = 7) (z. B. „meine Mutter ist selbst ein vernachlässigter Mensch, ich war und bin ihre Ersatzmutter, sie mißbraucht mich wirklich als ihre Ersatzmutter,,).. Trotz physischer Anwesenheit der Eltern wurde die Patientin emotional vernachlässigt ( „man hat sich fast dafür entschuldigt, daß man überhaupt da ist,,). Informationen zur Rollenumkehr mit dem Vater sind aus dem Interview nicht zu eruieren, deshalb wird ein niedriger Wert (1) vergeben.

Tabelle 1: Auswertungsblatt des Adult Attachment Interviews der Patientin

<u>Skalen für die Kindheitserfahrungen</u>			
		Mutter	Vater
Liebe	2	2	
Zurückweisung		6	6
Rollenumkehr		7	1
Leistungsdruck		1	1
Vernachlässigung		6	6
<u>Skalen für den mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen</u>			
		Mutter	Vater
Idealisierung		1	1
Ärger	8		6
Abwertung		1	1

Skalen für den allgemeinen mentalen Verarbeitungszustand von Bindungserfahrungen

Abwertung von Bindung	1
Bestehen auf fehlender Erinnerung	1
Traumatischer Gedächtnisverlust	(zwischen 4 und 6 Jahren)
Metakognition	1
Passivität (Denken/Ausdruck)	3
Angst vor Verlust	-
Höchster Wert unverarbeiteter Verlust	8.5
Höchster Wert unverarbeitetes Trauma	6
Kohärenz des Transkripts	3.5
Kohärenz des Bewußtseins	4.5
<b>Klassifikation</b>	<b>U/E2</b>

Die Analyse der Skalen zu dem *mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen* zeigt folgendes Bild: Beide Eltern werden von der Patientin weder idealisiert noch entwertet (Wert =1). Hohe Werte auf diesen Skalen würden auf eine unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation hinweisen. Dagegen sind im Transkript der Patientin wiederholt Passagen mit **ärgerlichen** Aussagen zu erkennen, die zur Klassifikation einer *ärgerlich-verstrickten* Bindungsrepräsentation (E2) führen. Bereits auf der ersten Seite des AAI-Protokolls ist zu erfahren, daß die Patientin immer noch *wütend* auf ihre Eltern ist, auf die sie sich „nie,, „auch heute nicht,, verlassen konnte. Besonders deutlich wird die ärgerliche Verwicklung mit ihrer Mutter (Wert=8) („*sie hat das brutalst durchgesetzt,, „also sie kann sich nicht in die Situation eines Menschen einfühlen,, „also dann muß man sie pflegen und wird noch ausgebeutet,, „das rechtfertigt nicht die Mißhandlung eines Kindes,,*). Die meisten dieser Anklagen sind *in der Gegenwart* formuliert, obwohl sich die dazugehörigen Fragen auf die Vergangenheit beziehen. Die Patientin zeigt darüber hinaus die Tendenz, ständig die *aktuelle Beziehung* zu den Eltern einzubringen.

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. Auf die erste Beziehungsfrage zu den Eltern antwortet die Patientin bereits ohne Punkt und Komma (run-on-sentences), so daß man beim Lesen den roten Faden verlieren kann. Dies ist

ein weiteres linguistisches Merkmal, das ebenfalls zur Skala „Ärger,, gehört und in exzessiver Ausprägung zu einem hohen Wert führt.

Weiterhin versucht die Patientin, sich während des AAI durch *intellektualisierende, pseudopsychologische* Analysen innerlich zu distanzieren („...also den Hauptwunsch, den ein Mensch um sich rum hat, ist geliebt zu werden ... *Eigenständigkeit, Unabhängigkeit ... also die Sicherung der Grundbedürfnisse, ohne die man wenn man eben nichts zu essen hat und dann geht man wirklich, dann verreckt man, egal welche Psyche man hat ... und am Ende gibt es dann noch diese Halteschleife.,,*). Auf den ersten Blick imponiert sie dabei mit einer gewissen Reflektionsfähigkeit, die jedoch einer genaueren Analyse nicht stand hält. Main & Goldwyn (1994) beschreiben in ihrem Manual diese Abwehr mit den folgenden Worten:„... the subject often impresses the judge ... she may speak with an air of authority ... may pseudoanalytical, or utilize the expressions of „pop,, psychology....., (S. 144).

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: „*also eine Mutter, die einen nicht liebt, aber auch nicht los läßt, also die die Intimität nicht respektieren kann, ähm und ich bin irgendwie aus diesen Fängen nie so richtig rausgekommen. ja da bin ich mit-da stecke ich mitten noch in dieser da stecke ich einfach noch mittendrin*".

Die Analyse der Skalen zu dem allgemeinen *mental*en Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungserfahrungen weist darauf hin, daß die Patientin auch allgemeine Bindungsthemen *nicht abwertet* (im Gegenteil ist damit stark präokkupiert), sie erinnert viele Details und erhält damit einen niedrigen Wert auf der Skala „*Bestehen auf fehlender Erinnerung,,*. Es gibt einen Hinweis auf einen *traumatisch bedingten Erinnerungsverlust* zwischen 4 und 6 Jahren. Die Patientin erhält einen niedrigen Wert auf der Skala „*Metakognition,,*, da sie trotz Bemühen um Reflexion keine wirklichen neuen Einsichten während des Interviews gewinnt und zu inkohärent ist. Es gibt keine Hinweise auf eine irrationale *Angst vor Verlust* ihrer Kinder. Auf der Skala „*Passivität,,*, die auf eine vage Sprache hindeutet, erhält sie einen mäßig ausgeprägten Wert von 3, da der Interviewfluß durch Satzabbrüche, Füllwörter etc. manchmal unterbrochen wird.

Die Werte für *Kohärenz* des Transkripts und Bewußtseins liegen bei 4 , also unter dem Durchschnitt. Die Patientin verletzt vor allem die Kriterien der *Quantität* (lange Sätze, die mehr Information beinhalten als notwendig) und der

*Relevanz* (sie kommt wiederholt vom Thema ab und muß von der Interviewerin unterbrochen werden).

Auf der Skala *"unverarbeiteter Verlust"* erhält die Patientin einen hohen Wert von 8.5, da sie auf die Frage nach wichtigen Verlusterfahrungen eine sprachliche Auffälligkeit zeigt, die auf einen desorientierten Verarbeitungsmodus hinweist. Nachdem sie auf die Frage nach Verlusten über den Tod ihres Großvaters, einer wichtigen Tante, den Sohn ihrer Schwester ausführlich erzählt hatte und versicherte, daß sie sonst keinen Verlust erlitten hatte, kam die ungelöste Trauer bezüglich ihres Vaters dann zum Vorschein, als die Interviewerin sie an anderer Stelle nach der Veränderung der Beziehung zu den Eltern explorierte. Die Patientin antwortete darauf mit den Worten: *"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"*.

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 auf der Skala *"unverarbeitetes Trauma"* (Wert = 6) sichtbar. Auf die Frage der Interviewerin nach Mißhandlungserfahrungen antwortet die Patientin mit den Worten:

*"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 dann an späterer Stelle des Interviews fort: "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 der Sichtweise, der Tod sei eine Lösung oder etwas Erschreckendes. Aus AAI-Perspektive wird diese Passage als "Verleugnung" der Mißhandlung interpretiert, weil sie unbewußt versucht, deren Auswirkungen zu minimieren.

Da die Patientin auf den beiden Skalen „unverarbeiteter Verlust,“ und „unverarbeitetes Trauma,“ über einem Wert von 5 liegt, erlangt sie als Hauptklassifikation die Kategorie **U** (unresolved). Als zweite organisierte Bindungsstrategie wird dem AAI die Kategorie **E 2** (ärgerlich-verstrickt) zugeordnet.

Was die klinische Plausibilität anbelangt, lieferte das AAI nach den Auswertekriterien von Main & Goldwyn (1996) 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 der 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.

## **Gedanken über den Nutzen und die Wirkung des AAI auf den therapeutischen Prozeß-**

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. 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. 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. Daß die Patientin eine hochgradig ambivalent-verwickelte Beziehungserfahrung hatte, erfuhr der Analytiker in der therapeutischen Beziehung am eigenen Leibe. Das AAI erweitert durch seine diffizile Auswertung den Blickwinkel des Therapeuten; es macht ihn sicherer, die spezifischen 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

In der derzeitigen, laufenden therapeutischen Arbeit mit der Patientin bestimmt das Wiederfinden wichtiger persönlicher Beziehungen den Leitfaden unserer gemeinsamen Suche. Traumatische Kindheitserfahrungen überdecken tendenziell die eigenständigen kompensatorischen Leistungen eines aufwachsenden Menschen. Diese verschütteten prägenden Erfahrungen wieder in das Bewusstsein zu integrieren, und damit die Spaltung von nur böse und nur gut zu modifizieren, ist ein Ziel therapeutischer Bemühungen. Dies kann nur im Kontext der Herstellung einer sicheren therapeutischen Basis geschehen. Hier liegt eine wesentliche Mitverantwortung für einen Therapeuten.

Im Rahmen einer klinischen Fallvorstellung kommentierte ein Kollege diesen bisher skizzierten Behandlungsverlauf mit dem Hinweis, daß der Analytiker



die Patientin „attachiert,, habe und regte an, zum jetzigen Zeitpunkt erneut ein AAI durchzuführen. Diesmal sollte aber Gegenstand des Fragens nicht mehr die Elternfiguren sein, sondern die Patientin sollte das Bild ihres Therapeuten und der Therapeut sollte sein Bild der Patientin schildern dürfen. Der weitere Verlauf dieser Behandlung wird außerdem zeigen, ob es uns gelingen konnte, diesen Eindruck einer wechselseitigen Bindung auch im therapeutischen Prozess für die Patientin in einer Weise erlebbar zu machen, damit die Patientin mit einer geglückten Balance zwischen dem was ihr angetan wurde und was sie selbst für sich tun konnte, die sichere Basis der Behandlung ausreichend stabil verinnerlicht zu haben und damit in gemeinsamer Absprache einen Beendigungsprozess in die Wege zu leiten. Erinnern wir uns an die Worte des Patientin, die selbst das Ziel einer Behandlung im Rahmen des AAI formulierte:

*„... man kann mit mit solchen Dingen kann man keinen Frieden machen das ist das ist mir zu das empfinde ich als sehr negativ es gibt positiven und negativen Frieden aber aber es ist so eine, -- ja dass dass dass das ist mir ja dass ich nicht mehr so dass mein Leiden an dieser an dieser Beziehung jetzt und zwar im Jetzt besser ist,,.*

**Auswertung nach dem „Adult-Attachment-Interview-Q-Sort,,  
von Kobak et al. (1993) -**

Dem Auswertesystem nach Kobak und Mitarbeitern (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming & Gamble, 1993) liegt ein Q-Sort Verfahren zugrunde. Q-Sort Verfahren sind idiographische und personenorientierte Rating-Verfahren, die häufig zur Persönlichkeitsbeschreibung (Block, 1978) oder zur Erfassung von Therapieeffekten eingesetzt werden. Im Gegensatz zu einem Fragebogenverfahren oder zur Einschätzung mittels verschiedener Skalen werden hier einzelne Items nach dem Grad ihrer Charakterisierung eines Interviews nach einer vorgegebenen Verteilungsform sortiert.

Kobak hat alle wesentlichen Aspekte aus den einzelnen Skalen der Auswertemethode von Main und Goldwyn (1985) zu jeweils typischen Items zusammengestellt, mit denen sowohl die Kohärenz des Interviews als auch die berichteten Erfahrungen der Interviewten mit ihren Eltern und die Bewertung und Integration dieser Erfahrungen beschrieben werden können. Somit sind alle Bereiche der Main und Goldwyn-Methode erfaßt.

Der Adult Attachment Interview Q-Sort nach Kobak besteht aus insgesamt 100 Items, die nach einer annähernden Normalverteilung danach sortiert werden, inwieweit sie für das jeweilige Interview charakteristisch oder uncharakteristisch sind. Die Verteilung sieht auf den extremen Kategorien am wenigsten und in der Mitte am meisten Items vor. Wichtig für die Methode ist, daß die Items verglichen werden und nicht nur anhand einer Skala die Items nach Einschätzung platziert werden. Dies trägt zu einer sehr genauen Beschreibung der Interviews bei. Jedes Interview wird von zwei Auswertern beurteilt und deren Einschätzungen gemittelt, um die Reliabilität zu erhöhen. Liegt eine Reliabilität von unter .58 (Spearman-Brown Formel) vor, so wird ein dritter Beurteiler hinzugezogen und die beiden Q-Sorts mit der höchsten Übereinstimmung bei ausreichender Reliabilität herangezogen.

Zur Erfassung der Bindungsrepräsentation werden in der überarbeiteten Methode von 1993 (Kobak, 1993) die kombinierten Q-Sort-Einschätzungen der beiden Beurteiler mit vier prototypischen Ideal-Q-Sorts der Bindungsrepräsentation korreliert und der Korrelationskoeffizient als Rohwert benutzt, so daß für jedes Adult Attachment Interview Werte für die vier Variablen Si-

---

- Peter Zimmermann und Fabienne Becker-Stoll

cher, Unsicher-Distanziert, Unsicher-Verwickelt und Deaktivierung bindungsrelevanter Gedanken und Gefühle im Interview vorliegen. Für die Erfassung der desorganisierten, ungelöst-traumatisierten Bindungsrepräsentation wird ein spezielles Mega-Item gebildet. Je höher die Korrelation, um so mehr entspricht das Adult Attachment Interview dem jeweiligen Prototyp. Für diese Version des Kobak Attachment Q-Sort wurde eine deutsche Version von Zimmermann (1994) vorgelegt. Die Kriterien für die Ideal-Q-Sorts Sicher, Distanziert und Verwickelt entsprechen denen der ursprünglichen Methode von Main & Goldwyn und wurden von Experten mit einer hohen Reliabilität ( $r=.80$  bis  $r=.90$ ) gelegt. Der vierte Prototyp Deaktivierung bindungsrelevanter Gedanken und Gefühle entstammt dem ursprünglichen Modell von Kobak (1993). Er übernimmt darin die Unterscheidung von Main (1990) zwischen primärer und sekundärer Strategie zur Verhaltensregulierung bei Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems, wie es z.B. in der Fremden Situation nach Ainsworth und Wittig (1969) beobachtet werden kann.

Dabei ist die primäre Strategie (entspricht sicher) durch ein direktes Zeigen von negativen Gefühlen und Suchen von Nähe bei der Bindungsfigur gekennzeichnet, während die sekundäre Strategie (entspricht unsicher) entweder aus dem Vermeiden von Nähe oder aus einem starken Ausdruck von Ärger oder Verzweiflung, ohne sich beruhigen zu lassen, besteht. Die sekundäre Strategie im Adult Attachment Interview zeigt sich bei unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation durch eine Deaktivierung bindungsrelevanter Informationen, d.h. die Aufmerksamkeit wird von bindungsrelevanten Erinnerungen weggelenkt, der Zugang zu Gefühlen ist eingeschränkt, ebenso wie die Fähigkeit, die internalen Arbeitsmodelle von sich und den Eltern (neu) zu bewerten. Bei verwickelten Bindungsrepräsentationen ist hingegen eine Hyperaktivierung solcher Gedanken und Gefühle feststellbar. Dies äußert sich in einem großen Ausmaß an irrelevanten Informationen, einer übermäßigen Aufmerksamkeit gegenüber Handlungen oder Äußerungen der Eltern, oder zeigt sich in Ärger und in der Schwierigkeit, alle Informationen über die eigene Beziehung zu den Eltern für den Leser des Interviews verständlich zu integrieren. Die Dimension Deaktivierung zeigt z. B. große Parallelen im nonverbalen emotionalen Ausdruck während des Adult Attachment Interviews (Zimmermann, Wulff & Grossmann, 1996).

Bisherige Studien konnten zeigen, daß die Methode von Kobak sehr gut mit der Methode von Main & Goldwyn übereinstimmt und somit als valide Methode betrachtet werden kann (Kobak et al., 1993; Zimmermann, Becker-Stoll und Fremmer-Bombik, 1997; Allen et al., 1998). Im Vergleich mit anderen Aus-

wertemethoden bietet das Q-Sort-Verfahren folgenden Vorteile: Zunächst bietet der Q-Sort Aufgrund der Tatsache, daß die Auswertung von zwei unabhängigen Auswertern vorgenommen wird, den Vorteil einer Überprüfung der Reliabilität für jede Auswertung und ist somit genauer in der Messung. Durch den Vergleich vieler einzelner Items, die zur Beschreibung herangezogen werden hat man die Möglichkeit bei der Auswertung das Interview zunächst so genau wie möglich zu beschreiben ohne eine Interpretation des grundlegenden Musters vornehmen zu müssen. Damit gewährleistet man ein hohes Maß an Objektivität. Außerdem kann im Gegensatz zur Regensburger Auswertemethode zwischen den beiden unsicheren Bindungsrepräsentationen unsicher-distanziert und unsicher-verwickelt unterschieden werden. Den größten Vorteil gegenüber der Methode von Main bieten die kontinuierliche Erfassung von Unterschieden in der Bindungsrepräsentation. Somit kann man auch feine Unterschiede in der Sicherheit oder Unsicherheit zwischen einzelnen Personen abbilden, die bei einer reinen kategorialen Unterscheidung nicht deutlich werden würden, da die Personen jeweils nur sicher oder unsicher klassifiziert wären. Gerade bei Fällen, die nur leicht sicher oder unsicher sind ist hier eine wichtige Information vorhanden, wie typisch der Fall ist bzw. wie tief man bei einer Intervention ansetzen müßte. Die Interviews können ihrer Ausprägungen vier Dimensionen statt der Zugehörigkeit zu einer Kategorie verglichen werden. Außerdem ermöglicht dies auch die Identifikation von Mischtypen, bei denen das Interview z. B. sowohl Anteile von Vermeidung als auch von Verwicklung aufweist. Für Forschungszwecke bietet die kontinuierliche Erfassung der Bindungsrepräsentation den Vorteil auch parametrische Statistikverfahren anwenden zu können, statt nur jeweils zwei oder drei Gruppen zu vergleichen (Zimmermann & Becker-Stoll, 2001).

Das vorliegende Fallbeispiel wurde von den beiden Autoren unabhängig nach dem Kobak Q-Sort ausgewertet. Die Reliabilität der kombinierten Q-Sort-Einschätzungen lag bei .89 (Spearman-Brown-Formel).

### **Beschreibung des Interviews nach den Kriterien von Kobak et al. (1993)**

Bei der Auswertung des Fallbeispiels fällt zunächst auf, daß die Interviewte keine Distanz zu den Bindungserfahrungen mit ihren Eltern hat. Sie ist aktuell emotional noch stark involviert, weint während des Interviews oder sagt beim Bericht, daß sie jetzt noch weinen könnte. Sie kommt beim Erzählen mehrmals vom Thema ab und weiß dann nicht mehr, worauf die Frage abzielte und zeigt somit Anzeichen von Passivität in den Gedanken über ihre Kindheit. Sie erzählt

zusätzlich ausführliche Geschichten (Tod der Katze, aktuelle Arbeit mit Kindern, Tod des Neffen, Beziehung zu einer Nichte) die nur indirekt mit der Frage zu tun haben, die ihr gestellt wurde. Allerdings bemerkt sie an manchen Stellen, daß das Thema sie durcheinanderbringt und darüber findet sie wieder ihre Fassung. Beide Eltern waren grausam und zurückweisend. Die Interviewte schildert klar entsprechende Erfahrungen und Erinnerungen und kann keine Bezugsperson nennen, die unterstützend gewesen wäre. Die schlimmen Erfahrungen sind noch sehr nah, obwohl die Interviewte bereits über 40 Jahre alt ist. Dadurch wird deutlich, daß die Interviewte sowohl in Bezug auf ihre Erfahrungen als auch aktuell in der Beziehung zu ihrer Mutter verwickelt ist. Es gibt einige leichte Hinweise für traumatisierende Erfahrungen (fehlende Erinnerung an traumatische Ereignisse zwischen 4 und 6 Jahren, Betonung der fehlenden Trauer bei Tod des Vaters, heute noch sehr schlimmes Erschrecken auch in Erinnerung an absichtliches Erschrecken durch den Vater, lange Jahre Alpträume in denen sie von den Eltern verfolgt wurde). Die einzelnen Anzeichen für Traumatisierung reichen aus, um das Interview insgesamt als „ungelöst traumatisiert,, zu bezeichnen.

#### Auswertung des Fallbeispiels mittels AAI-Q-Sort-Dimensionen

Für das vorliegende Interview ergaben die Korrelationen der vier Prototypen mit der Q-Sort-Beschreibung der beiden Auswerter sowie mit der gemittelte Auswertung folgendes Bild. Das AAI korreliert leicht negativ mit dem Prototypen für „sicher,, und ist damit als unsichere Bindungsrepräsentation klassifiziert. Die negative Korrelation mit dem Prototypen für „unsicher-distanziert,, zeigt, daß das Interview keine Anzeichen einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation aufweist. Die positive Korrelation mit dem Prototypen für „unsicher-verwickelt,, zeigt, die Klassifikation als eindeutig unsicher-verwickelte Bindungsrepräsentation. Die ausgeprägte negative Korrelation mit der Dimension „Deaktivierung,, verdeutlicht die übermäßige Aktivierung (Hyperaktivierung) bindungsrelevanter Gedanken und Gefühle im Interview.

Tabelle 1: Werte für die vier AAI-Q-Sort Dimensionen für das Fallbeispiel

Auswerter	Attachment-Q-Sort Dimensionen			
	Sicher	Distanziert	Verwickelt	Deaktivierung
Auswerter 1	-.19	-.22	.65	-.52
Auswerter 2	-.05	-.24	.51	-.42

Komb.	Auswer-	-.12	-.24	.61	-.49
tung					

---

### Exaktere Beschreibung einzelner Teilaspekte des Interviews durch „Mega-Items,,

Aus den 100 AAI-Q-Sort Items können durch Aggregation Skalen oder sog. „Mega-Items,, gebildet werden, die inhaltlich den Skalen im Auswertemanual von Main und Goldwyn entsprechen. Der Wertebereich für die Mega-Items liegt zwischen 1 und 9 mit einem Mittelwert bei 5. Das Fallbeispiel läßt sich anhand der Mega-Items wie folgt beschreiben: Die Unterstützung beider Eltern liegt unter dem Durchschnittswert von fünf, insbesondere die Mutter ist als wenig unterstützend bei der Interviewten repräsentiert. Außerdem fehlten weitere Bindungspersonen, die den Mangel der elterlichen Unterstützung hätte ausgleichen können. Sie erhält auf den Skalen für Erinnerungsfähigkeit und Ärger hohe Werte, was für ein unsicher-verwickelte Interview typisches Muster ist. Es können viele Details erinnert werden und in der Schilderung der eigenen Erfahrungen kommt deutlich Ärger zum Ausdruck. Die VP erhält für unverarbeitete Traumatisierung (Desorganisation) einen Wert über 6 und liegt damit über dem Durchschnittswert von 5. Damit kann das Interview in der Kategorisierung nach Main als „ungelöst traumatisiert,, eingestuft werden.

Tabelle 2: AAI-Q-Sort-Mega-Itemwerte für das Fallbeispiel

Mega-Item	Wert
Unterstützung durch die Mutter	3.4
Unterstützung durch den Vater	4.3
Zusätzliche Bindungsfigur	3.6
Ärger	7.3
Erinnerungsfähigkeit	7.3
Traumatisierung	6.0
Wertschätzung von Bindung	4.1
Integration	5.3
Emotionale Integration	3.9
Kognitive Integration	5.5
Kohärenz	4.6

Der gesamte Wert für Integration liegt leicht über dem Durchschnitt. Eine Trennung zwischen emotionaler und kognitiver Integration macht deutlich, daß

dies vorwiegend auf die kognitive Integration zurückzuführen ist, die leicht über dem Durchschnittswert liegt, während der Wert für emotionale Integration deutlich niedriger ist. Im Interview ist eine kognitive Integration in Ansätzen zu erkennen, da die Interviewte das elterliche Verhalten z.T. mit der fehlenden Liebe und Fürsorge in deren Kindheit erklären kann. Die therapeutische Erfahrung, von der die Interviewte erzählt, hat ihr möglicherweise geholfen, für das Verhalten der Eltern Erklärungen zu finden, reicht jedoch für eine emotionale Integration der Bedeutung ihrer Erfahrung nicht aus, was die aktuelle Verstrickung zur Mutter auf tragische Weise veranschaulicht.

Der Wert für Wertschätzung von Bindung liegt ebenfalls unter dem Durchschnitt. Die Interviewte zeigt zwar eine ausgeprägte Aktivierung bindungsrelevanter Gedanken und Emotionen (es werden viele negative Bindungserfahrungen geschildert) und kann auch Bindungsbedürfnisse anderer Personen, soweit diese nicht im engeren Sinne Bindungspersonen für sie darstellen, anerkennen. Letztlich gelingt es ihr aber nicht diese kognitive Wertschätzung von Bindung affektiv in ihren Beziehungen umzusetzen, da sie vorrangig das Leid anderer (und damit ihr eigenes) erlebt. Der Wert für Kohärenz liegt etwas unter dem Durchschnitt. Die Interviewte verletzt vor allem das Kriterium der Relevanz und der Art und Weise, da sie wiederholt vom Thema abkommt und vom Interviewer unterbrochen werden muß.

## **Auswertung nach dem Erwachsenenbindungs-Prototypenrating (EBPR)-**

Das EBPR von Strauß et al. (1999) wurde in dem Kapitel über die Interviewmethoden in diesem Band bereits ausführlich beschrieben. Die Methode der Prototypenbeurteilung sieht im wesentlichen den Vergleich einer Person mit prototypischen Beschreibungen vor. Basis des Vergleichs sind im Falle des EBPR die Angaben einer Person in einem „Beziehungsinterview,,“, das in gewisser Hinsicht dem Adult Attachment Interview (AAI) ähnelt, in Ergänzung zu den Fragen, die sich auf die frühen Beziehungserfahrungen richten, aber auch Angaben mitberücksichtigt, die sich eher auf aktuelle Beziehungen zu bindungsrelevanten Personen (z.B.Partner/in) beziehen. Es ist aber durchaus möglich, das EBPR auf das AAI anzuwenden, wie es im Falle der hier beschriebenen Patientin vorlag.

Das EBPR ist eine Methode, die primär auf *Beziehungsstile* in dem Sinne fokussiert, wie es in dem Beitrag von Buchheim & Strauß dargestellt wurde, es berücksichtigt also beispielsweise *keine* Hinweise auf ungelöste Traumata, wie es im AAI geschieht. Die Methode ist insofern ökonomisch, als für die Beurteilung keine Transkription notwendig ist. Bei der Bewertung der Prototypen durch geschulte Beurteiler wird lediglich die Aufzeichnung betrachtet bzw. angehört. Der Beurteiler benutzt das Ratingmanual und bewertet die einzelnen Items, mit denen die Prototypen beschrieben werden und nimmt abschließend ein Ähnlichkeitsrating sowie ein Ranking der Prototypen vor. Primär wird allerdings – in der modifizierten Version des EBPR - auf globale Hinweise für Bindungssicherheit bzw. ambivalente/vermeidende Bindung geachtet, ehe die differenzierten Prototypen bewertet werden. Abb. 1 zeigt das Vorgehen bei der Beurteilung.

Im Falle der hier beschriebenen Patientin war die Grundlage der Beurteilung eine Tonbandaufzeichnung des AAI, die von der Erstautorin in Unkenntnis der anderen Auswertung und der klinischen Fallkonzeption durchgeführt wurde.

## **Beschreibung des Interviews nach den Kriterien des EBPR (Strauß et al. 1999)**



Die abschließende Auswertung ist in Abb. 2, welche das Auswertungsblatt des EBPR wiedergibt, zusammengefaßt. Daraus wird ersichtlich, daß die Beurteilerin zunächst Hinweise auf ambivalente Bindungsstrategien als auch auf Bindungssicherheit signierte.

Erstere wurden aus verschiedenen Inkohärenzen (z.B. Ausschweifungen, zeitliche Sprünge) und Hinweise auf „Verstrickung,, insbesondere mit der Person der Mutter abgeleitet. Die Patientin betont in dem Interview die Bedeutung von Beziehungserfahrungen für die weitere Entwicklung, ist an manchen Stellen überflutet von Erinnerungen und beschreibt sich als um andere Personen bemüht, wobei Verlustangst und Abhängigkeit sichtbar werden.

Abb. 1: Schematische Darstellung der Bewertungsstrategie bei der Anwendung des EBPR.

siehe Buchbeitrag S. 85

Deutlich geringere Hinweise auf Bindungssicherheit lassen sich ableiten aus einer zumindest stellenweisen Kohärenz, einem guten Erinnerungsvermögen, der Fähigkeit, sich in andere Personen durchaus auch einzufühlen.

Diese Hinweise schlugen sich auch in der Bewertung der Items für den sicheren Prototypen nieder. Die Patientin erhielt hier ein mittleres Rating (3), der sichere Prototyp erhielt im Ranking den Rangplatz 3, was insgesamt gesehen zu der Einschätzung einer „mäßigen Sicherheit,, führte (s. Abb. 2).

Abb. 2: Auswertungsbogen für die hier beschriebene Patientin

siehe Buchbeitrag S. 87

Von den Prototypen, die vermeidende Bindungsstrategien beschreiben, wird lediglich eine mäßige Ähnlichkeit mit dem „zwanghaft selbstgenügsamen,, Prototyp gesehen (Rangplatz 4). Diese Hinweise lassen sich beispielsweise aus Selbstschilderungen der Patientin im Krankheitsfall ableiten, wo sie – aufgrund der mangelnden Fürsorglichkeit ihrer Bezugspersonen – eine „innere Emigration,, sucht, um mit der Situation besser zurechtzukommen und negative Affekte und Schmerz nach außen hin nicht zum Ausdruck brachte. Ähnliche Strategien klingen im Zusammenhang mit Kränkungen durch den früheren Ehepartner an. Hinweise auf übersteigerte Autonomie oder gar emotionale Ungebundenheit gibt es kaum bzw. gar nicht.

Die Selbstschilderung der Patientin entspricht am deutlichsten den prototypischen Beschreibungen einer übersteigert abhängigen und zum Teil auch einer zwanghaft fürsorglichen Person, was zu entsprechenden Ratings (5 resp. 4) und Rankings (die beiden ersten Rangplätze) führt. Konsequenterweise führt die Klassifikation der Patientin zu dem ambivalenten Bindungsmuster, was in diesem Fall den Auswertungen mit dem AAI entspricht.

Der übersteigert abhängige Prototyp ist charakterisiert durch die Neigung, sich von anderen Personen abhängig zu machen, bei anderen Rat und Anleitung zu suchen. Beide Merkmale treffen für die Patientin zu, ebenso wie die Befürchtung, daß eine Bezugsperson sich gegen sie wenden oder sie verlassen könnte. Beide Elternteile werden in dem Interview ausschließlich mit negativen Attributen beschrieben (nicht fürsorglich, unehrlich etc.), rückblickend fühlt sich die Patientin als psychisch mißhandelt, sie beschreibt sich gegenwärtig noch als sehr schreckhaft und mißtrauisch, z.B. auf der Basis von früheren Erfahrungen geradezu sadistischer Bestrebungen des Vaters, die Patientin als Kind zu erschrecken. Hinweise auf zwanghafte Fürsorglichkeit ergeben sich mehr aus Schilderungen der Patientin über die aktuelle Beziehung zu der pflegebedürftigen Mutter. Trotz der extrem ambivalenten Beziehung zur Mutter, investiert die Patientin sehr viel Energie in die Unterstützung der Mutter, fühlt sich gleichzeitig permanent verletzt, wenn ihre Hilfe abgelehnt wird und glaubt, daß die Mutter ihre Hilfe nicht angemessen würdigt, daß sie mehr gibt als sie bekommt, was zentrale Kennzeichen des zwanghaft fürsorglichen Prototypen sind. Tendenzen für diese prototypischen Strategien ergeben sich auch aus der Schilderung beruflicher Details der Patientin, wenn sie von ihren Klienten als „Ersatzkinder,“ spricht. Insbesondere die Hinweise auf die zwanghaft fürsorgliche Unterform einer ambivalenten Bindungsstrategie richten sich in erster Linie auf die gegenwärtigen Beziehungen der Patientin (die für die Bewertung mit dem AAI nicht bedeutsam sind und deshalb auch nur am Rande erwähnt werden). Am ausgeprägtesten sind die Hinweise auf den übersteigert abhängigen, verstrickten Prototyp, die sich sowohl aus Schilderungen der Gegenwart, der Vergangenheit als auch aus dem Verhalten der Patientin im Interview ableiten lassen.

## **Auswertung mit der Reflective Self Functioning Scale (Fonagy et al. 1998)-**

Die detaillierte Vorgehensweise der Reflective Self Functioning Scale wurde bereits ausführlich in einem der vorangegangenen Kapitel von Daudert beschrieben. Die Londoner Arbeitsgruppe um Fonagy entwickelte eine zusätzliche Auswertungsmethode zum Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan & Main, 1985), die sog. *“Reflective Self Functioning Scale”*, (Fonagy et al., 1998), mit der Intention, individuelle Unterschiede der metakognitiven Kapazitäten bei Erwachsenen zu operationalisieren. Anhand der transkribierten Berichte zum AAI erfaßt die RSF-Skala, ob der befragten Person ein stabiles psychologisches Modell zur Beschreibung eigener und fremder Gedanken und Gefühle zur Verfügung steht bzw. welche Konzeption von mentalen Vorgängen und Zuständen sie hat, und inwieweit sie in der Lage ist, bei der Beurteilung der inneren Prozesse oder des Verhaltens anderer vom eigenen Erleben zu abstrahieren (Reife des Einfühlungsvermögens bzw. Empathie). Sie gibt an, in welchem Ausmaß Personen fähig sind, sich und ihre Bezugspersonen als *geistig-seelische* („mentale,“) *Wesen* vorzustellen mit mehr oder weniger differenzierten Gefühlen, Gedanken, Überzeugungen und Wünschen.

Basis der Auswertungen sind die Antworten auf folgende *demand-* (d.h. Reflexivität explizit abfordernde) Fragen aus dem Adult Attachment Interview:

1. Warum verhielten sich Ihre Eltern während ihrer Kindheit in der Art, wie sie es taten?
2. Denken Sie, daß Ihre Kindheitserfahrungen einen Einfluß darauf gehabt haben, wie sie heute sind?
3. (als ein Beispiel für Einflüsse von Kindheitserlebnissen) Gibt es dadurch irgendwelche Einschränkungen?
4. Fühlten Sie sich als Kind jemals zurückgewiesen?
5. (als ein Beispiel für Verlusterfahrungen) Wie fühlten Sie sich damals und wie haben sich Ihre Gefühle im Laufe der Zeit verändert? (für jeden Verlust separat zu beurteilen)
6. Gab es irgendwelche Veränderungen in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit?
7. Jede Frage vom „demand-Typ“, die vom Interviewer hinzugefügt wird (z.B. „Und was denken Sie, warum haben Sie dies gemacht?,,)

In einem sehr umfangreichen und elaborierten Auswertungsmanual (Fonagy et al., 1998) werden die inhaltlichen Reflexivitätskriterien anhand von typischen Aussageformen illustriert. Die Skalierung auf einer 9-stufigen Skala erfolgt

---

- Elke Daudert

aufgrund der Häufigkeiten von Beschreibungen zu den einzelnen, sich nicht ausschließenden Kategorien von Reflective-Functioning.

Tab. ##: Zusammenhänge zwischen dem Gesamtscore der Skala des Reflexiven Selbst (SRS) und Unterformen von Beeinträchtigungen der reflexiven Funktion (RF)

Gesamtscore SRS	Unterformen von Reflexivitätsstörung
0 (negative, ablehnende RF)	1. feindselige Ablehnung/Negieren von RF
1 (fehlende RF)	2. unintegrierte, bizarre oder unangemessene RF
3 (fragliche bzw. niedrige RF)	3. Vermeiden/Verleugnen bzw. Fehlen von RF
	4. verzerrte, self-serving RF
	5. naive, vereinfachende RF
5 (eindeutige bzw. mittlere RF)	6. über-analysierende, hyperaktive RF
	7. gemischt niedrige RF
	8. durchschnittliches Einfühlungsvermögen
	9. inkonsistentes Einfühlungsvermögen
7 (hohe RF)	keine Unterformen
9 (außergewöhnlich hohe RF)	keine Unterformen

### **Beschreibung des Interviews der Patientin nach den Kriterien der RSFS (Fonagy et al. 1998)**

Wertet man die identifizierten AAI-Textpassagen der Patientin (transkribierten demand-Fragen) nach den Beurteilungsheuristiken der RSFS aus, so liegt der Range der RF-Werte in diesem Fall zwischen 3 und 6. Die Mehrzahl der Aussagen werden mit 4-5 beurteilt, wiederholt kommen vereinfachende Beschreibungen mentaler Zustände vor (Rating von 3), in denen innere Prozesse zwar erwähnt, jedoch wenig differenziert und komplex dargestellt werden. Drei Textpassagen werden deutlich mit 5 beurteilt. Eine feindselige Ablehnung oder ein eher passiv-ausweichendes Vermeiden von Reflexivität tritt nicht auf.

Die Mehrzahl der Aussagen jedoch nimmt auf Charakteristika mentaler Zustände Bezug, Zusammenhänge zwischen mentalem Befinden und Verhalten werden exploriert und kausale Abfolgen zwischen mentalen Zuständen berücksichtigt. Über das gesamte Interview hinweg werden eine Reihe zusätzlicher Kriterien von Reflexivität berücksichtigt: So zeigt die Patientin ein Bewußtsein über die Wirksamkeit von Abwehrprozessen sowie eine Einsicht in den Schlußfolgerungscharakter der Beschreibung innerseelischer Zustände. Ihre Aussagen nehmen Bezug auf normatives entwicklungspsychologisches Wissen,

drücken Verständnis für intergenerationale Einflüsse und die Veränderungsmöglichkeit von mentalem Befinden und Verhalten aus. Die Unterschiedlichkeit von Perspektiven wird in Rechnung gestellt, die Einsichten sind sehr unmittelbar, Einflüsse vergangener Erfahrungen auf das aktuelle Befinden während des Interviews werden mehrere Male angeführt.

Für die Bildung des Gesamtscores ist zu berücksichtigen, daß - obwohl auf der einen Seite eine so große Vielfalt von Reflective-Functioning-Kriterien Berücksichtigung findet und deutliche belastende und emotional schwierige Themenbereiche und Beziehungskontexte erwähnt werden - gleichzeitig eine Reihe von Antworten wenig elaboriert und expliziert ist, Konflikte und Ambivalenzen werden nicht berücksichtigt. Die Erwähnung von Gedanken und Gefühlen ist wenig detailliert. Die Auswerterin gewinnt zwar den Eindruck, daß subjektiv sehr bedeutsame Erfahrungen berichtet werden und es gelingt auch, diesen (auch aktuell noch) schmerzvollen Erfahrungen Bedeutung zu verleihen., jedoch entsteht nicht konsistent ein vollständiges Bild aller an der Interaktion beteiligten Personen. Die Patientin hat ein geistig-seelisches Modell überwiegend für die eigene Person, weniger für ihre Bindungsfiguren; ihre „theory of mind.“ ist jedoch nicht durchgehend kohärent, spezifisch und gut integriert. Die Gesamtbeurteilung des Interviews ergibt daher einen Wert von  $RF = 5$ , deskriptiv zeigt die reflexive Funktion Charakteristika eines *inkonsistenten Einfühlungsvermögens*.

## Vergleichende Darstellung der Bindungsmethoden anhand des Einzelfalls: Konvergenzen und Divergenzen<sup>-</sup>

In diesem Kapitel wurden anhand eines Einzelfalls verschiedene Auswertemethoden zur Erfassung von Bindung bei Erwachsenen auf der Basis des Adult Attachment Interviews (George et al. 1985) vorgestellt. Zu den Methoden mit Fokus auf *repräsentationale* Modelle zählen das Kategoriensystem von Main & Goldwyn (1996) und der Attachment Q-Sort von Kobak (1993). In beiden Ansätzen steht die *diskursanalytische* Vorgehensweise mit Berücksichtigung von sprachlichen *Abwehraspekten* im Vordergrund.

Bei Main & Goldwyn (1996) führt die Bewertung, wozu insbesondere die Kohärenz der Narrative gehört, und die Zusammenstellung der Skalen der gedanklichen Verarbeitung von Bindungserfahrungen zu einer der traditionellen Hauptklassifikationen: sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt. Dieses System sieht - neben dem Adult Attachment Projective von George et al. (1999) – eine detaillierte narrative Analyse von mentaler Desorientierung zur Beurteilung eines unverarbeiteten Bindungsstatus (ungelöster/s Verlust/Trauma) vor.

In der überarbeiteten Methode von Kobak (1993) werden zur Erfassung der Bindungsrepräsentation die kombinierten Q-Sort-Einschätzungen der beiden Beurteiler mit vier prototypischen Ideal-Q-Sorts der Bindungsrepräsentation korreliert und der Korrelationskoeffizient als Rohwert benutzt, so daß für jedes Adult Attachment Interview Werte für die vier Variablen Sicher, Unsicher-Distanziert, Unsicher-Verwickelt und Deaktivierung bindungsrelevanter Gedanken und Gefühle vorliegen. Für die Erfassung der desorganisierten, ungelöst-traumatisierten Bindungsrepräsentation wird ein spezielles Mega-Item gebildet.

Die primär *klinische, verhaltens-orientierte* Methode des Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Ratings (EBPR) (Strauß et al. 1999) fokussiert dagegen primär auf *Beziehungsstile*, dessen Auswertung - wie ausführlich dargestellt - anhand eines Ähnlichkeitsratings sowie eines Rankings mit definierten Prototypen vorgenommen wird. Primär wird auf globale Hinweise für Bindungssicherheit bzw. ambivalente/vermeidende Bindung geachtet, ehe die differenzierten Prototypen (s. Abb. \*\*) bewertet werden. Die Zuordnung zu einem unverarbeiteten Bindungsstatus wird in dieser Methode nicht vorgenommen. Gemeinsam ist den EBPR- und den Q-Sort-Einschätzungen von Kobak, daß die jeweiligen Ausprägungen der verschiedenen Bindungsmuster innerhalb eines Falls parallel betrachtet werden können.

---

<sup>-</sup> Anna Buchheim

Die Methode der Reflective Functioning von Fonagy et al. (1998) erfaßt vor dem Hintergrund psychoanalytischer und kognitionspsychologischer Konzepte auf der Basis der Analyse einzelner „demand-Fragen“, aus dem AAI-Leitfaden, ob der befragten Person ein stabiles psychologisches Modell zur Beschreibung eigener und fremder Gedanken und Gefühle zur Verfügung steht bzw. inwieweit sie in der Lage ist, bei der Beurteilung der inneren Prozesse oder des Verhaltens anderer vom eigenen Erleben zu abstrahieren (Reife des Einfühlungsvermögens bzw. Empathie). In dieser Methodik führt die Analyse des Grades an *Reflexionsfähigkeit* nicht zu einer der AAI-Klassifikationen, auch ist die Kategorisierung eines unverarbeiteten Bindungsstatus nicht vorgesehen.

Im folgenden sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verwendeten Methoden zur Analyse der Bindungstypologie unserer Patientin gegenübergestellt werden.

Alle Methoden hatten dasselbe Material zur Verfügung und kamen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Auswertungsrichtlinien zu einem überraschend hohen Konsens bezüglich der *sog. organisierten Bindungsstrategie* der Patientin. In Tabelle ## werden die Klassifikationen zusammengefaßt. Dazu erschien es hilfreich, die Anteile der verschiedenen Bindungsstrategien entsprechend ihrer Gewichtung bezüglich der Beurteilung der verschiedenen Ansätze nebeneinander zu stellen.

Tabelle 2.3-4 Vergleichende Zusammenstellung der Klassifikation des Einzelfalls in Abhängigkeit der verschiedenen Bindungsmethoden

Methode	Hauptklassifikation	Sichere Strategien	Ambivalente Strategien	Vermeidende Strategien
Main & Goldwyn	Unverarbeiter , desorganisierter Bindungsstatus (U) Zweit-Klassifikation: unsicher-verstrickt (E2)	-	xx	-
Kobak	Unsicher-verwickelt / Hinweise auf ungelöste Traumatisierung	-	xx	-
EBPR	Unsicher-ambivalent	x (mäßige Ausprägung)	xx	

Alle drei Methoden, die zur Klassifikation der hauptsächlichen Bindungsklassifikation führen, kommen zu der Übereinstimmung, daß die Patientin vorwiegend eine *ambivalente Strategie* im AAI aufweist. Ebenso konform sind sie darin, daß die Patientin keinerlei vermeidende Anteile zeigt<sup>33</sup>. Nach der Kodierung von Main & Goldwyn kommt dies durch sehr niedrige Werte in den Skalen „Idealisierung,, und „Entwertung,, zum Ausdruck sowie gleichzeitig durch hohe Werte auf der Skala „Ärger,, die Bindungsverstrickung repräsentiert. Nach der Analyse von Kobak weisen die negativen Korrelationen mit den Prototypen für „Unsicher-distanziert,, und für „Deaktivierung,, auf das Fehlen einer deaktivierenden Strategie hin und die hohe positive Korrelation mit dem Prototypen „unsicher-verstrickt,, auf eine ausgeprägte unsicher-verwickelte Bindungsrepräsentation. Das Auswertungsprofil der EBPR-Methode läßt ebenso kaum Anzeichen für vermeidende Strategien bei der Patientin erkennen, dagegen aber eindeutige Anzeichen für eine unsicher-ambivalente Strategie sowie eine mäßige Ausprägung für Bindungssicherheit.

Divergenzen zwischen den drei Methoden bestehen in der Kodierung eines unverarbeiteten Bindungsstatus, was naturgemäß damit zu erklären ist, daß die EBPR-Methode diese Kategorie nicht einbezieht. Es besteht dagegen eine Übereinstimmung zwischen der Methode von Main & Goldwyn und Kobak, die beide die ungelöste Traumatisierung identifizieren. Allerdings sieht die Q-Sort-Methode von Kobak diesen Bindungsstatus nicht als vorherrschend an und kommt auf etwas anderem Wege zu dieser Beurteilung.

Betrachtet man nun die Auswertung der AAI-Q-Sort-Mega-Itemwerte aus Kobaks Methode, ergeben sich interessante Zusammenhänge mit den parallelen Skalen aus dem Kodierungsschema von Main & Goldwyn.

Tabelle 2.3-5 Vergleichende Zusammenstellung der parallelen Skalen aus dem Kategoriensystem von Main & Goldwyn und der Konstruktion von „Mega-Items,, von Zimmermann

---

<sup>33</sup> Da es sich bei der Patientin um eine sog. „Borderline-Organisation,, handelt, hätte man auch erwarten können, daß sowohl hyperaktivierende (Ärger, Haß) als auch deaktivierende Strategien (Idealisierung) in Bezug auf Bindungsthemen vorkommen (s. a. Buchheim & Strauß in diesem Band)



	Main & Goldwyn	Kobak
Ärger	8.0	7.3
Traumatisierung	8.5 (Verlust) 6.0 (Trauma)	6.0
Kohärenz	4.0	4.6

In den für Bindungsverstrickung richtungsweisenden Skalen „Ärger,, und „Kohärenz,, besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen den vergebenen Werten beider Auswertungssysteme. Beide Methoden führen zu einem überdurchschnittlich hohen Wert für Ärger und einer mäßigen Kohärenz. Vergleicht man nun die Beurteilung des Ausmaßes der Traumatisierung, stellt sich heraus, daß die Kobak-Methode deutliche Anzeichen für Traumatisierung identifiziert und dies auf die fehlende Erinnerung der Patientin an traumatische Ereignisse zwischen 4 und 6 Jahren, die Betonung der fehlenden Trauer beim Tod des Vaters, das heute noch sehr schlimme Erschrecken sowie lange Jahre Alpträume, in denen sie verfolgt wurde, zurückführt. Diese Begründung für eine traumatisierende Erfahrung bezieht sich hier in diesem Fall mehr auf Inhalte als auf eine sprachliche Desorientierung während des Interviews. Beispielsweise wurde im Mainschen System die Traumatisierung ebenfalls entdeckt, aber im Hinblick auf den Verleugnungsaspekt der Bedrohung durch die Schläge der Mutter. Ebenso spielt in der Bewertung des ungelösten Verlustes das unbewußte Vergessen des Todes des Vaters bzw. das Vergessen seines Todestages eine zentrale Rolle.

Integriert man nun die Ergebnisse der Auswertung mit Hilfe der Reflective Functioning-Methode in die vergleichende Betrachtung, ergeben sich interessante Konvergenzen.

Die RF-Skala bewertet den Grad an Mentalisierungsfähigkeit einer Person. In der Methode von Main & Goldwyn erfaßt am ehesten die Skala „Kohärenz,, im Sinne der Kooperationsbereitschaft und zum Teil die Skala „Metakognition,, diesen reflektierenden Aspekt. Die Methode der Mega-Items von Zimmermann ermöglicht mit der Skala „Kognitive Integrationsfähigkeit,, den Aspekt einer Reflexionsfähigkeit abzubilden. Die EBPR-Methode bewertet diesen reflektiven Aspekt, indem das Item „die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen,, (Emapthie) zur Beurteilung eines sicheren Prototypen betrachtet wird.

Werden nun zur dieses Aspekts alle Methoden zusammengefaßt, ergibt sich folgendes Bild: Nach dem System von Main und Goldwyn erhält die Patientin eine niedrige bis mäßige Kohärenz (3.5, 4.5), was mit der Verletzung

der Kohärenzkriterien Quantität und Relevanz erklärt wird. Die Neigung der Patientin, sich mit intellektualisierenden Analysen innerlich von schmerzhaften Erinnerungen zu distanzieren und ihr Bemühen darum, Beziehungseinflüsse zu diskutieren, wird nach diesem System als nicht ausreichend für eine höhere Kohärenz oder gar Metakognitionsfähigkeit (Wert = 1) beurteilt. Auch nach dem Kobakschen System reicht die sog. „Kognitive Integrationsfähigkeit,, (Mega-Item von Zimmermann) der Patientin in durchschnittlicher Ausprägung (Wert 5. 5.) – welche darauf hinweist, daß die Patientin in der Lage ist, Beziehungseinflüsse zu erkennen und zu erklären - nicht aus, um die Bedeutung ihrer emotionalen Verstrickung mit den Bindungsfiguren emotional zu integrieren. Die EBPR-Methode dagegen beurteilt - neben der Bewertung ihres guten Erinnerungsvermögens und einer stellenweisen Kohärenz - die Fähigkeit der Patientin, *sich in andere Personen einzufühlen*, höher als die Methoden von Main & Goldwyn und Kobak, indem sie die Patientin mit einer „mäßigen Sicherheit,, signierte. In ähnliche Richtung zielt die Bewertung der RF-Skala, die ebenso das mehrfache gezeigte Verständnis der Patientin um intergenerationale Einflüsse und um die Veränderungsmöglichkeit mentalen Befindens positiv in Rechnung stellt. Daudert bewertet dennoch die Reflexionsfähigkeit der Patientin insgesamt nur mit 5 und bezeichnet dies als „inkonsistentes Einfühlungsvermögen,, was sie auf eine *nicht durchgehende* kohärente, spezifische und gut integrierte reflexive Funktion der Patientin zurückführt.

*Zusammenfassend* ist festzuhalten, daß der verstrickte Bindungsstil der Patientin im Konsens beurteilt wurde. Mehr klinisch orientierte Methoden wie das EBPR und die RF-Skala setzen die Maßstäbe für bestimmte strukturelle Fähigkeiten einer Person nicht so hoch an wie die beiden Methoden aus dem entwicklungspsychologischen Kontext (Main & Goldwyn und Kobak). Trotz dieser Unterschiedlichkeit zeigt jede Methode für sich eine differenzierte Beurteilung, die der „ambivalenten,, Strategie der Patientin, mit Bindungsthemen umzugehen, gerecht wurde. Divergenzen zeigten sich im Umgang mit der Bewertung einer mentalen Desorientierung vor dem Hintergrund nicht verarbeiteter Verluste oder Traumatisierungen. Für die klinische Bindungsforschung stellt jedoch vermutlich gerade das *Zusammenbrechen von organisierten Bindungsstrategien* ein wesentliches Thema dar. Im Beitrag von Buchheim & Strauß in diesem Band wird auf diesen Aspekt ausführlicher hingewiesen. Fazit ist: Viele Wege führen nach „E,, nicht alle führen nach „U,,

## Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (p. 113 - 136). London: Methuen.
- Block, J. (1978). *The California Q-set*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Cole-Detke H, Kobak R (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 282-290.
- 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.
- 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, Target M, Steele H, Steele M (1998) *Reflective-Functioning Manual*. Version 5. Unpubl Ms, University London
- George C, Kaplan N, Main M (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berkely: University of California.
- George C, West M, Pettem O (1999) *The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the level of representation*. In: J. Solomon & C. George (eds) *Attachment disorganization*, New York: Guilford Press, pp 462-507
- Gloger-Tippelt, G (Hrsg) (2001) *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber
- Grice HP (1975). Logic and Conversation. In: *Syntax and Semantics*. Cole P, Moran JL (eds). New York: Academic Press; 41-58.
- Hauser S (2001) Trauma – Der unverarbeitete Bindungsstatus. In: *Bindung im Erwachsenenalter*. Gloger-Tippelt G (Hrsg) Bern: Huber; 226-250.
- 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.
- Kobak, R. R. (1993). *The Adult Attachment Interview Q-sort*. University of Delaware. Unpublished manuscript.
- Kobak, R.R., Cole, H. E., Ferenz-Gilles, R., Fleming, W. S. & Gamble, W. (1993). Attachment and Emotion Regulation during Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. *Child Development*, 64, 231-245.

- Köhler L (1998). Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. *Psyche* 52: 369-403.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development* 33, 48-61.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985). Adult attachment classification system. Unpublished manuscript. University of California. Berkeley, Department of Psychology.
- Main M, Goldwyn R (1996). 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.
- Steele H, Steele M (2001). Klinische Anwendung des Adult Attachment Interviews. In: *Bindung im Erwachsenenalter*. Gloger-Tippelt G (Hrsg) Bern: Huber; 322-343.
- Strauß, B., Lobo-Drost, A. & Pilkonis, P.A. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen - erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 347-364.
- Zimmermann, P. (1994). Eine deutsche Fassung des Adult Attachment Q-Sorts. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Regensburg.
- Zimmermann, P., Becker-Stoll, F. & Fremmer-Bombik, E. (1997). Die Erfassung der Bindungsrepräsentation mit dem Adult Attachment Interview: Ein Methodenvergleich. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 173-182.
- Zimmermann, P. & Becker-Stoll, F. (2001) Bindungsrepräsentation bei Jugendlichen. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Das Adult Attachment Interview – Methoden der Bindungsforschung für Erwachsene und Jugendliche* (S. 251-274). Bern: Huber.
- Zimmermann, P., Wulff, K. & Grossmann, K. E. (1996). Attachment representation: You can see it in the face. Poster presented at the XIVth Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Quebec, Canada.