

Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen

Zum Stand der Forschung bei Angststörungen,
Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Anna Buchheim¹
Bernhard Strauß²
Horst Kächele¹

The Differential Relevance of Attachment Classification for Psychological Disorders A Review of Research Findings Related to Anxiety Disorders, Depression and Borderline Personality Disorder

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren ist eine wachsende Akzeptanz der Bindungstheorie in vielen Feldern der psychosozialen Medizin festzustellen. Dieser Beitrag fasst die Befunde der klinischen Bindungsforschung, die sich mehrheitlich auf das Adult Attachment Interview stützen, zu drei psychischen Störungsbildern zusammen, nämlich den Angststörungen, der Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Während im Zusammenhang mit depressiven Störungen eine Differenzierung hyper- und deaktivierender Bindungsstrategien deutlicher wird, weisen die Befunde zu Angst- und Borderline-Störungen auf eine Dominanz „verstrickter“ Bindungsmuster in Kombination mit unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen hin. Die Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung bindungsbezogener Merkmale in klinischen Gruppen sollte in Zukunft mehr berücksichtigt werden. Insbesondere wird in der Differenzierung „organisierter“ und „desorganisierter“ Bindungsrepräsentanzen ein viel versprechender Zugang gesehen.

Abstract

In recent years, there is a growing acceptance of attachment theory in different fields of psychosocial medicine. This article reviews findings of clinical attachment research – mainly based upon the Adult Attachment Interview – related to three psychological disorders, i.e. Anxiety Disorders, Depression and Borderline Personality Disorder. Whilst there are some indications for a differentiation of de- and hyperactivating attachment strategies connected to depressive disorders, the findings related to anxiety and Borderline Personality Disorders clearly indicate a predominance of preoccupied attachment patterns combined unresolved traumatic experiences. The need for a further differentiation of attachment related features within clinical samples should be considered in the future. Specifically, a differentiation of „organized“ vs. „disorganized“ attachment representations seems to be promising.

Key words

Attachment · Clinical attachment research · Anxiety disorders · Depression · Borderline personality disorder

Einleitung

Angesichts der wachsenden Attraktivität des Themas „Bindung“ in vielen psychotherapeutischen Richtungen, die durch eine wachsende Zahl klinischer Veröffentlichungen signalisiert wird, sind kritische Bestandsaufnahmen besonders wichtig [1–3]. Ergänzend zu den allgemein verständlichen Darstellungen des Nutzens der Bindungsforschung für den klinischen Alltag [4, 5] erscheint eine intensive Auseinandersetzung mit der wissen-

schaftlichen Befundlage hinsichtlich klinischer Störungen dringend erforderlich.

Vor einigen Jahren wurde der Arbeitskreis „Klinische Bindungsforschung“ [6] gegründet; dieser versucht, Forschungsaufgaben zu identifizieren und Arbeitsgruppen zu koordinieren. Bei dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass die Anwendung der Bindungsforschung inzwischen sowohl in der Psychotherapie als auch in der Psychosomatischen Medizin und Medizinischen Psychologie Fuß

Institutsangaben

¹ Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Ulm

² Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Friedrich Schiller-Universität Jena

Korrespondenzadresse

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

Eingegangen: 15.2.2002 · Angenommen: 4.3.2002

Bibliografie

Psychother Psych Med 2002; 52: 128–133 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

gefasst hat. Deshalb steht auch an, zu untersuchen, wie sich spezifisches Bindungswissen auf das klinische Denken und Handeln von Kolleginnen und Kollegen auswirkt [7,8].

Von der zunehmenden Verbreitung der Bindungsforschung in den psychosozialen Fächern der Medizin zeugen beispielsweise Bemühungen, ein Modell zur Bedeutung von Bindungserfahrungen für die Krankheitsverarbeitung zu entwickeln [9]. Ferner wird die Bindungstheorie als konstruktives Modell herangezogen, um (neuro-)biologische Befunde und psychologische Ansätze zu verbinden [10,11]. Außerdem kann ihr eine potenzielle Bedeutung für das Verständnis psychosomatischer Reaktionen zukommen, wie dies z. B. von Krause et al. [12], Maunder u. Hunter [13] sowie Scheidt u. Waller [14] diskutiert wird. Als Beispiel zeigen Kruse et al. [15] die Rolle narzisstischer Störungen bei der Regulation des Blutzuckers. Möglicherweise könnte in Zukunft durch Längsschnittstudien bei juvenilen Diabetes-I-Patienten und ihren Familien eine therapeutisch bedeutsame Rolle von Bindungskonzepten nachgewiesen werden. In der psychotherapeutischen Prozessforschung kann bindungstheoretisches Wissen als ein Bestandteil grundlagenorientierter Forschung in der Psychotherapie konzipiert werden, wie von Albani et al. [16] bezüglich der Zusammenhänge von Bindungsprototypen mit Übertragungskonfiguration dargestellt worden ist.

In dieser Arbeit sollen bindungsbezogene Forschungsbefunde zu drei Gruppen psychischer Störungsbilder exemplarisch dargestellt werden. Sie basiert auf Angaben von Dozier et al. [17] sowie Buchheim [18], die den Stand der Studien zusammengefasst haben, welche sich überwiegend mit den Verteilungen unterschiedlicher Bindungsrepräsentationen, gemessen mit dem Adult Attachment Interview, in verschiedenen Störungsgruppen beschäftigten.

Bei diesem Überblick wird davon ausgegangen, dass die theoretischen Grundlagen der Bindungstheorie und die heute gängigen Methoden zur Erfassung von Bindungsmustern bei Erwachsenen bekannt sind [3,19].

Bindung und Angststörungen

Für die Entwicklung von Angststörungen wird von Bowlby [20] ein unsicher-ambivalentes inneres Arbeitsmodell von Bindung als ein wesentlicher Erklärungsaspekt angesehen. Nach seinem Verständnis hat beispielsweise der agoraphobe Patient nicht eigentlich Angst vor freien Plätzen, sondern vermisst eine Bezugsperson, die ihm Sicherheit vermittelt. Deshalb bezeichnete er dieses verbreitete Krankheitsbild als sog. „Pseudophobie“. Vor dem Hintergrund einer unsicheren Bindungsentwicklung zeige sich vermutlich eine innere Ambivalenz, ob die bevorzugte Person bei Gefahr oder Kummer auch wirklich verfügbar sein wird. „Man kann daraus den Schluss ziehen, dass die emotionalen Reaktionen eines (solchen) Patienten nur so lange rätselhaft bleiben und als Symptome etikettiert werden, als sie losgelöst von der Situation betrachtet werden, die sie verursacht hat“ ([21], S. 314).

Konsistent mit Bowlbys klinischen Beobachtungen fand man bei der Befragung von Patienten mit Angststörungen ungünstige Familienkonstellationen: Bei Patienten mit Agoraphobie beispiels-

weise traten in der Biografie häufiger frühe Trennungserlebnisse von der Mutter oder Scheidungen der Eltern auf als bei gesunden Probanden [22]. Patienten mit einer Panikstörung berichteten vermehrt von einer Verlusterfahrung vor dem 11. Lebensjahr oder extrem ungünstigen Bedingungen in der Kindheit im Vergleich zu gesunden Personen einer Kontrollgruppe [23]. Patienten mit einer generalisierten Angststörung erlebten häufiger Abweisung, Kontrolle und Rollenwechsel mit ihren Bindungsfiguren als Normale [24,25]. Weiterhin berichteten Patienten mit agoraphobischen, also vermeidenden, Verhaltensweisen von Vernachlässigung, während Patienten mit diffusen Ängsten eher über Verwicklung und Überprotektion seitens Bindungspersonen in der Kindheit klagten. Entsprechend Bowlbys [20] Hypothese, bestätigt de Ruiter [26] anhand seiner Untersuchungen, dass eine unsicher-ambivalente Organisation von Bindung als ein basaler Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen angesehen werden kann.

Es gibt bisher nur eine empirische Studie über den Zusammenhang von Angststörungen und Bindungstypologie mit dem Adult Attachment Interview [27,28]. Fonagy et al. [29] fanden bei Angstpatienten einen überproportional hohen Anteil an „unsicher-verstrickter“ Bindungsrepräsentation im Vergleich zu den anderen Bindungskategorien. Der hohe Anteil an dieser Klassifikation trennte jedoch die Angststörungen nicht signifikant von anderen klinischen Gruppen in dieser Studie. Was jedoch Angststörungen im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern unterschied, war ihr überproportional hoher Anteil an der Kategorie „ungelöste Trauer“ (86% bei $n = 44$). Dieses Ergebnis korrespondiert mit psychodynamischen Modellen zur Angstgenese [30]. Dozier et al. [17] weisen darauf hin, dass in dieser klinischen Einheit innerhalb der Subgruppen (z. B. phobisch versus generalisierend) Unterschiede in der Bindungstypologie im Hinblick auf internalisierende versus externalisierende Copingstrategien zu erwarten sind, die in diesem Feld noch nicht erforscht wurden [9].

Bindung und Depression

In seinem Werk Verlust – Trauer und Depression widmet sich Bowlby [20] ausführlich der Genese von depressiven Störungen aus ethologischer Sicht. Es war sein Verdienst, die realen Auswirkungen des Verlusts einer wichtigen Bindungsfigur in den ersten Lebensjahren als maßgeblichen Vulnerabilitätsfaktor für eine psychopathologische Entwicklung anzuerkennen. Bowlby [31] leitet sein letztes Werk „A secure base“ mit den folgenden Worten ein: „Bedeutsam für die Entwicklung von emotionalen Störungen ist die Intensität der Gefühle im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie sich Beziehungen zwischen dem gebundenen Individuum und seinen Bindungspersonen entwickeln. Verlaufen sie gut, dann sind sie begleitet von Freude und Gefühlen der Sicherheit; werden sie indessen unterbrochen, werden häufig Trauer und Depressionen erlebt. Die Organisation des Bindungsverhaltens im späteren Leben ist in hohem Maße abhängig von den Bindungserfahrungen, die in der Ursprungsfamilie gemacht wurden“ ([31], S. 4).

Ausgehend von dem Konstrukt des „inneren Arbeitsmodells“ (inner working model) entwickelt ein Kind, dessen Eltern verfügbar und unterstützend sind, ein Bild von sich selbst als einer Person, die tüchtig ist, die es aber auch wert ist, dass ihr geholfen wird.

Im Spiegel der elterlichen Reaktion erlebt es sich als liebenswert [32]. Im Gegensatz dazu entwickelt ein Kind, dessen Eltern es häufig ignorieren, ihm nicht beistehen, ihm drohen, es zu verlassen, ein Bild von sich selbst, als Person nicht liebenswert zu sein. Aus mangelndem Selbstwertgefühl kann im Extremfall Hilflosigkeit entstehen, die für die Entwicklung einer Depression von großer Bedeutung sein kann. Seligman als Vertreter eines kognitionstheoretischen Depressionsmodells [33, 34] geht davon aus, dass depressives Verhalten und Erleben das Ergebnis des Erlernens bestimmter kognitiver Strukturen ist. Das Phänomen der Hilflosigkeit wird in Situationen gelernt, in denen ein Individuum erfährt, dass bestimmte Ergebnisse seines Handelns unabhängig sind von seinen instrumentellen Möglichkeiten. Diese Erfahrung steuert dann die Erwartung, dass seine folgenden Verhaltensweisen wieder wirkungslos bleiben. In diesem Sinne kann Bindungsunsicherheit eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von depressiogenen Erwartungen spielen und wird von verschiedenen klinischen Forschern als ein Risikofaktor für mögliche psychopathologische Störungen, wie z.B. die Depression, angesehen [31, 35, 36]. Längsschnittstudien belegen, dass beispielsweise ein Verlustereignis vor dem 11. Lebensjahr eine depressive Entwicklung begünstigt [37, 38]. Die inadäquate Versorgung eines Kindes nach Verlust seiner Bindungsfigur verdoppelt diesen Effekt. Eltern depressiver Patienten werden als weniger hilfreich und abweisender beschrieben als Eltern gesunder Personen [29, 39]. Die bindungstheoretischen Befunde zur Depressionsgenese zeigen insofern Ähnlichkeiten zu biologisch-psychiatrischen Depressionstheorien, als auch diese von der Entstehung von „Narben“ in der frühkindlichen Entwicklung ausgehen, die unter ungünstigen Umständen im höheren Alter die Entwicklung einer depressiven Entwicklung begünstigen [40].

Zur klinischen Entität „affektive Störungen“ liegen Studien mit dem Adult Attachment Interview (AAI) zur unipolaren Depression [41–44], zu bipolaren Störungen [43], zu den gemischten affektiven Störungen [29] und zu den schizoauffektiven Störungen [43] vor. Unipolare und bipolare affektive Störungen unterscheiden sich definitionsgemäß in Symptomatologie, Verlauf und genetischer Prädisposition. Entsprechend der Variabilität innerhalb dieser klinischen Gruppe fallen auch die Ergebnisse mit dem Adult Attachment Interview bei diesen Patienten heterogen aus. Einige Studien beispielsweise fanden bei Patienten mit depressiver Symptomatik einen höheren Anteil von „unsicher-verstrickter“ Bindungsrepräsentation [41, 42], während andere Studien bei diesen Patienten einen höheren Anteil an „unsicher-distanzierter“ Bindungsrepräsentation nachwiesen [44, 43]. Dozier et al. [17] interpretieren dieses inkonsistente Ergebnis damit, dass innerhalb der Gruppe depressiver Patienten unterschiedliche Verarbeitungsstrategien, nämlich internalisierende versus externalisierende, zum Tragen kommen. Letztlich spiegelt sich in dem Befund eine Unterscheidung depressiver Störungen nach dem Ausmaß an Autonomie bzw. Abhängigkeit wider, die von vielen Autoren theoretisch getroffen [45–48] und beispielsweise von Pilkonis [49] empirisch fundiert wurde. Vermutlich sind bei dieser Unterscheidung auch bestimmte Ausschlusskriterien in der Stichprobenauswahl bedeutsam, um Komorbidität zu vermeiden. In der jugendlichen-Stichprobe von Rosenstein u. Horowitz [42] wurden depressive Patienten mit komorbiden, externalisierenden Symptomen wie Verhaltensauffälligkeiten (conduct disorders) und antisoziale Persönlichkeitsanteile ausgeschlossen, um eine „reine“ Gruppe von unipolaren affektiven

Störungen zu erhalten. Ursprünglich wurde die komorbide Gruppe mit einem überproportional hohen Anteil an unsicher-distanzierten Bindungsstilen klassifiziert. In der Gruppe der affektiven Störungen überzog nach der Ausschlussprozedur jedoch der Anteil der unsicher-verstrickten Bindungsrepräsentation. In der Studie von Patrick et al. [44] wurde dagegen bei den untersuchten Patientinnen mit Dysthymie die Komorbidität mit einer Borderline-Persönlichkeitspathologie (internalisierende Strategien) ausgeschlossen, um Konfundierungen zu vermeiden. Dadurch ist vermutlich der etwas höhere Anteil an unsicher-distanzierter Bindungsrepräsentation in dieser Gruppe zu erklären.

Die Ergebnisse zu Bindung bei bipolaren Störungen sind limitiert, aber einheitlich. Fonagy et al. [29] fanden einen signifikant höheren Anteil an unsicher-distanzierten Klassifikationen in dieser Gruppe. Tyrell u. Dozier [43] zeigten ebenso, dass alle Patienten ihrer Untersuchung als unsicher-distanziert eingestuft wurden.

Wie bereits oben erwähnt, stellen Verlusterlebnisse für die Gruppe der affektiven Störungen einen bedeutsamen Risikofaktor dar. Die vierte orthogonale Dimension „unresolved state of mind“ (U) des AAI misst den Verarbeitungsgrad dieser Erfahrungen. Auch hier liegen inkonsistente Ergebnisse innerhalb der depressiven Gruppen vor. Während in der Studie von Fonagy et al. [29] 72% der Depressiven als U eingestuft wurden, fielen bei Rosenstein u. Horowitz [42] nur 18% und bei Patrick et al. [44] nur 16% in diese Kategorie. Allerdings muss zu Patricks Untersuchung ergänzt werden, dass hier Patientinnen ausgeschlossen wurden, die vor ihrem 16. Lebensjahr einen Verlust erlitten hatten, was die Wahrscheinlichkeit für diese U-Klassifikation deutlich verringert.

Interessanterweise finden sich auch in den hier dargestellten Untersuchungen Patienten mit einer depressiven Symptomatik, die im AAI als sicher-autonom eingestuft wurden. Fonagy et al. [29] wiesen nach, dass Patienten mit einer „Major Depression“ einen höheren Anteil an F-Kategorien aufwiesen im Vergleich zur Kategorie unsicher-distanziert. Dagegen wurde bei der Gruppe der bipolar Erkrankten kein Patient der sicheren Kategorie zugeordnet, was vor dem Hintergrund des Wechsels zwischen manischen und depressiven Episoden interessante Fragen in Bezug auf Krankheitsschwere aufwirft. In der Studie von Tyrell u. Dozier [43] bei unipolaren Depressionen (MDD) wurden fünf von sechs Personen als sicher-autonom bewertet. Fonagy et al. [29] führen dieses Ergebnis auf die episodische Natur der Major Depression zurück, die symptomfreie Phasen beinhaltet, sowie deren prädominante erbliche Komponente, welche vermutlich mit Bindungserfahrungen weniger interferiert als die chronisch verlaufende, eher konfliktbedingte Dysthymie. Dieses Ergebnis deutet ebenso darauf hin, dass eine erworbene sicher-autonome Bindungsrepräsentation (earned secure) nicht als ein verlässlicher Schutzfaktor gegen eine depressive Entwicklung proklamiert werden sollte. „Earned secure“-Personen waren in der Regel vernachlässigten Erfahrungen in ihrer Kindheit ausgesetzt, die sie zwar überdacht, aber scheinbar dennoch nicht vor einer Erkrankung bewahrt haben, „these results suggest that difficult life experiences may predispose individuals to depression, even if an autonomous state of mind is developed“ ([17], S. 503).

Betrachtet man nun zusammenfassend die referierten Ergebnisse, wird deutlich, dass bei der Betrachtung von Bindungstypologien bei der heterogenen Gruppe der affektiven Störungen zunächst zwischen unipolaren und bipolaren Störungen unterschieden werden sollte. Innerhalb der unipolaren Gruppen konnte herausgearbeitet werden, dass im Vergleich zur Dysthymie die Major Depression weniger häufig mit einem desorganisierten Bindungsstatus und deutlich häufiger mit einer sicheren Bindungsrepräsentation assoziiert werden kann. Innerhalb der depressiven Krankheitsbilder sollten wiederum internalisierende versus externalisierende Copingstrategien in Verbindung mit den unterschiedlichen „states of mind with respect to attachment“ in Betracht gezogen werden. Die Untersuchung des Zusammenhangs von Depression und Bindung entpuppt sich als eine komplexere Fragestellung, die vermutlich nur unter Berücksichtigung von Klassifizierung, Komorbidität, Verlauf und Schweregrad beantwortet werden kann.

Bindung und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Aus entwicklungspsychologischer und bindungstheoretischer Perspektive [50] wird angenommen, dass Borderline-Patienten vor dem Hintergrund früher traumatischer, äußerst instabiler Bindungserfahrungen mit ihren Pflegepersonen (emotionale Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) nicht die Fähigkeit erlangt haben, polare Affektzustände zu integrieren – was für die Entwicklung einer stabilen, sicheren Bindungsbeziehung und damit kohärenten Bindungserfahrung notwendig wäre. Darüber hinaus sind sie erfahrungsgemäß wenig in der Lage, sich über widersprüchliche und traumatische Erfahrungen innere Vorstellungen zu machen (mangelndes Reflexionsvermögen). Dies führen Fonagy et al. [51,52] darauf zurück, dass diese Patienten im Kindesalter aufgrund ihrer (biologischen) Abhängigkeit zur Pflegeperson im Sinne einer adaptiven Lösung das Reflektieren über sich und andere „blockiert“ haben, um weiter mit der sie misshandelnden Person existieren zu können [29, 51–54]. Nach Fonagy werden Kinder von misshandelnden Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen dazu gezwungen, mental eine Umgebung zu akzeptieren, in der Gedanken zu erschreckend sind, um sie zu denken und Gefühle zu intensiv, um erfahren zu werden. Auf die Dauer wird so die Mentalisierung defensiv vermieden und eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven ausgebildet. Fonagy u. Higgitt [55] betonen dabei, dass Borderline-Patienten das Nachdenken über sich und andere zwar abwehren, aber man nicht davon ausgehen kann, dass sie keine „theory of mind“ besitzen. „Our claim is not that borderline patients do not possess a theory of mind, rather we propose that in circumstances that lead to an anticipation of unbearable psychic pain, borderline patients disavow their capacity to conceive of mental states“ ([55], S. 135).

Borderline-Patienten sind dadurch charakterisiert, dass sie ein instabiles Identitätsgefühl haben (Identitätsdiffusion) und instabile ambivalente Repräsentanzen von sich und anderen inneren Objekten, die sie auf der einen Seite idealisieren und andererseits entwerten oder ärgerlich anklagen. Der zentrale Punkt ist hier, dass diese Patienten eine diffuse Angst davor haben, von dem idealisierten Objekt verlassen zu werden [56, 57]. Bindungen zu wichtigen Personen werden von ihnen als chaotisch und unvorhersagbar wahrgenommen. Erfahrungsgemäß haben diese Pa-

tienten schematische, rigide Vorstellungen von anderen, die nicht reflektiert werden, weil das „Mentalisieren“ zu bedrohlich wäre. „Continuing to defensively disrupt their capacity to depict mental states in themselves and others leaves them to operate on inaccurate, yet rigidly held, schematic impressions of thoughts and feelings. They are consequently immensely vulnerable in intimate relationships“ ([52], S. 111).

Die Neigung von Borderline-Patienten zur Impulsivität kann ebenso als Folge eines unterentwickelten (abgewehrten) Bewusstseins von inneren Zuständen (in Bezug auf sich selbst und andere Personen) sowie als ein Zusammenbrechen eines organisierten, kohärenten Bindungsverhaltens verstanden werden: „Borderline patients often find themselves in states of emotional arousal that are beyond self-control, since mentalization is an essential component of affect regulation“ ([52], S. 114).

Die emotionale Instabilität und Irritabilität von Borderline-Patienten führen Fonagy et al. [52] darauf zurück, dass diese Personen sich nicht vorstellen können, dass andere über eine andere Konstruktion der Wirklichkeit verfügen als sie diese selbst erleben. So kommt der Mentalisierungsfähigkeit von Gesunden eine „Puffer-Funktion“ zu. Falls Handlungen anderer unerwartet sind, erlaubt dieser Puffer, vorläufige Hypothesen bezüglich dieses ungewohnten Verhaltens aufzustellen und damit die entstandene Spannung zu überbrücken. Personen mit einer traumatischen Vergangenheit und einem desorganisierten inneren Arbeitsmodell von Bindung sind hier benachteiligt, da das Nachdenken über die Realität noch mehr Bedrohung verursacht: „being unable to generate auxiliary hypotheses particularly under stress, makes the experience of danger even more compelling“ ([52], S. 115). Eine Person, die als Kind von Drohungen oder tatsächlichem Trauma umgeben war, wird kaum Möglichkeiten entwickeln, zwischen innen und außen unterscheiden zu lernen. Deren Aufmerksamkeit war so eng an die äußere Welt und ihre physischen und emotionalen Gefahren gebunden, dass wenig Raum für die Betrachtung der inneren Welt übrig blieb, was sich bei Patienten mit einer Borderline-Pathologie in ihrer mangelnden Reflexionsfähigkeit niederschlägt.

Die bis jetzt vorliegenden zwei Studien über den Zusammenhang von Borderline-Pathologie und Bindung, gemessen mit dem AAI, deuten darauf hin, dass diese Patienten überproportional häufig eine „verstrickte“ Bindungsrepräsentation aufweisen und zudem häufig der Kategorie „ungelöstes Trauma“ zugeordnet werden: In der Studie von Fonagy et al. [29] bekamen $n=36$ Patienten mit einer Borderline-Symptomatik zu 75% die Klassifikation „unsicher-verstrickt“ zugewiesen (50% davon hatten die Kategorie E3: verstrickt und überwältigt von traumatischen Ereignissen), davon fielen 88% in die Kategorie „ungelöstes Trauma“. Die Studie von Patrick et al. [58] mit ausschließlich weiblichen Borderline-Patienten ($n=12$) ergab, dass alle Patientinnen eine „unsicher-verstrickte“ (E3) Bindungsrepräsentation aufwiesen, ein ebenso überdurchschnittlicher Prozentsatz (10 von 12) fiel in die Kategorie „ungelöstes Trauma“.

In einer Studie von Fonagy et al. [29], in der das AAI auch eingesetzt wurde, um vorherzusagen, welche Patienten von einer Therapie profitieren, erwies sich das semistrukturierte AAI-Interview als hilfreich, den lebensgeschichtlichen Entstehungsprozess von Borderline-Störungen zu erhellen und den Zusammen-

hang mit Misshandlungserfahrungen zu verdeutlichen; dabei zeigten die Interviewtranskripte dieser Patientengruppe drei theoriekonforme Charakteristika: ein hohes Auftreten von sexuellem Missbrauch, signifikant niedrigere Werte in der Reflexionsfähigkeit und signifikant höhere Werte bezüglich des Mangels an Lösungsstrategien zur Verarbeitung des Missbrauchs (s. a. [59]).

Fonagy et al. [52] schlagen als behandlungstechnisches Ziel bei dieser Klientel vor, dass sich der Therapeut dem Patienten mit einer kohärenten Identität bzw. mit der steten Aufrechterhaltung eines klaren Bildes über dessen mentalen Zustand als Modell zur Verfügung stellen sollte. Er sollte ihm ein Training in mentalen Zuständen ermöglichen, indem er sich selbst offen und transparent mit seinen eigenen Gefühlen gibt. Der Patient sollte in die Lage versetzt werden, den Therapeuten als denkendes und fühlendes Wesen wahrzunehmen und Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zu integrieren, die er in der Kindheit nie entwickeln konnte.

Ausblick

Die Mehrzahl der bisher vorliegenden Befunde zu den drei Störungsbildern trägt insofern relativ wenig zu deren Differenzierung bei, als zumindest bei Angststörungen und bei Borderline-Pathologie die meisten Patienten als „unsicher-verstrickt“ klassifiziert werden und einem hohen Anteil an „unverarbeitetem Trauma“ konstatiert wird. In Zukunft wird es deshalb angemessen sein, das Adult Attachment Interview [27] für klinische Fragestellungen zu erweitern. Gerade in Studien mit schwer gestörten Patienten wird es zu einem hohen Prozentsatz Personen geben, die sowohl deaktivierende (unsicher-distanziert) als auch hyperaktivierende (unsicher-verstrickt) Anteile im Interview gleichermaßen zeigen. Das mehr verhaltensorientierte Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR, [60]) hat in verschiedenen klinischen Stichproben einen großen Anteil „gemischt-unsicherer“ Patienten gefunden, bei denen sowohl hyper- als auch deaktivierende Strategien beobachtbar waren. Derartige ist beispielsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen denkbar, die vor dem Hintergrund gespaltenen Objektrepräsentanzen bezüglich einer wichtigen Bindungsfigur sowohl massive Hassgefühle als auch starke idealisierende Gefühle haben können. Mit dem AAI können solche Patienten in die Kategorie „Cannot Classify“ eingestuft werden, die jedoch eine negative Konnotation hat. Aus klinischer Perspektive erscheinen jedoch gerade diese Patienten für die künftige Forschung von Interesse zu sein, da sie auch besonders schwer zu behandeln sind.

George u. West [61] weisen überzeugend darauf hin, dass in klinischen Gruppen psychische Dekompensation am ehesten auf Bindungsdesorganisation zurückzuführen ist. Diesem Hinweis folgend ergeben sich in Zukunft neue Fragestellungen für die Konzeptualisierung klinisch relevanter Bindungskategorien, die über die drei klassischen *organisierten Muster* (sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt), inklusive der orthogonalen Kategorie „unverarbeiteter Bindungsstatus“, hinausgehen. Die klinische Bindungsforschung bewegt sich bezüglich dieser Fragestellungen zwischen zwei Polen: Soll die Bindungsforschung als zusätzliches Konstrukt herangezogen werden, um Krankheitsbilder zu erklären oder soll durch die Anwendung bin-

dungstheoretischer Konstrukte auf klinische Populationen eine Erweiterung dieser Konstrukte und Paradigmen erfolgen? Es besteht Konsens darüber, dass der Erklärungsgewinn durch die Bindungstheorie zu unspezifisch wäre, wenn sich das Interesse mit dem Befund einer Häufung von unsicheren Bindungsrepräsentationen in verschiedenen Populationen erschöpfen würde. Es sollte auch darum gehen, die Geltungsbereiche von Methoden und Konstrukten zu erkunden und Modelle der auf Gesunde bezogenen Bindungsforschung gegebenenfalls um neue, klinische Kategorien zu erweitern.

Dieser Überblick zum Forschungsstand bezüglich dreier Störungsbilder lässt deutlich werden, dass es im Hinblick auf die bindungstheoretische Konzeptualisierung psychischer Störungen viel versprechende Ansätze, gleichermaßen jedoch noch viel Klärungsbedarf gibt.

Literatur

- Schmidt S, Strauß B. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Psychotherapeut 1996; 41: 139–150
- Strauß B, Schmidt S. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 2. Psychotherapeut 1997; 42: 1–16
- Buchheim A, Brisch KH, Kächele H. Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 128–138
- Brisch K. Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- Rehberger R. Verlassenheitspanik und Trennungsangst. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- Kächele H, Strauß B. Arbeitskreis für klinische Bindungsforschung. 1999
- Kächele H, Buchheim A. Zur Relevanz der Bindungsforschung für die psychoanalytische Ausbildung. Projektskizze. Universität Ulm: in Vorb.
- Strauß B, Eckert J, Buchheim A, Kächele H. Die Bedeutung von Bindungsstilen bei Psychotherapeut(inn)en für deren Lebens- und Arbeitsstil und die therapeutische Beziehung. Projektskizze eingereicht beim BMBF, in Vorb.
- Schmidt S, Strauß B. Bindung und Coping. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- Fox NA, Card JA. Psychophysiological measures in the study of attachment. In: Cassidy J, Shaver P (eds): Handbook of Attachment. New York: Guilford, 1999: 226–248
- Braun K. Überlegungen zur neurobiologischen Basis von Bindung – Erfahrungsgesteuerte neuronale Plastizität. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- Krause WH, Lohmann K, Höger D. Die Bedeutung des Bindungsstils für die psychosomatische Rehabilitation (abstract). Psychother Psychosom med Psychol 1999; 49: 466
- Maunder RG, Hunter J. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental contributions to stress and disease. Psychosomatic Medicine 2001; 63: 556–567
- Scheidt K, Waller E. Bindung und Implikationen für die Psychosomatik. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2002
- Kruse J, Wöller W, Schmitz N, Pollmann H. Narzißistische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung. Psychother Psychosom med Psychol 2000; 10: 63–71
- Albani C, Blaser G, Pokorny D et al. Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapiepatientinnen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 2001; 49: 345–360
- Dozier M, Chase Stovall K, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver P (Hrsg): Handbook of Attachment. New York: Guilford Press, 1999: 497–519

- ¹⁸ Buchheim A. Psychopathologie und Bindung im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002
- ¹⁹ Buchheim A, Strauß B. Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 2002
- ²⁰ Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. London: Hogarth Press, 1980
- ²¹ Bowlby J. Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler, 1976
- ²² Faravelli C, Webb T, Ambonetti A, Fonnesco F, Sessarego A. Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. American Journal of Psychiatry 1985; 142: 1493 – 1494
- ²³ Brown GW, Harris TO. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner city population: 1. Early adversity. Psychological Medicine 1993; 23: 143 – 154
- ²⁴ Cassidy J. Attachment and generalized anxiety disorder. In: Cicchetti D, Toth S (Hrsg): Emotion, cognition and representation. Rochester, New York: University of Rochester Press, 1995: 343 – 370
- ²⁵ Chambless DL, Gillis MM, Tran GQ, Steketee GS. Parental bonding reports of clients with obsessive compulsive disorder and agoraphobia. Clinical Psychology and Psychotherapy 1996; 3: 77 – 85
- ²⁶ de Ruiter C. Anxious attachment in agoraphobia and obsessive-compulsive disorder: a literature review and treatment implications. In: Perris C, Arrindell WA, Eismann M (Hrsg): Parenting and Psychopathology. New York: John Wiley & Sons, 1994: 281 – 307
- ²⁷ George C, Kaplan N, Main M. The Adult Attachment Interview. Berkeley: University of California, Unveröffentlichtes Manuskript, 1. Ausgabe, 1985
- ²⁸ Main M, Goldwyn R. Adult Attachment Scoring and Classification Systems. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California, 1996
- ²⁹ Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 22 – 31
- ³⁰ Hoffmann SO, Bassler M. Psychodynamik und Psychotherapie von Angsterkrankungen. Z ärztl Fortb 1995; 89: 127 – 132
- ³¹ Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge, 1988
- ³² Grossmann K, Fremmer-Bombik E, Rudolph J, Grossmann KE. Maternal attachment representations as related to child-mother attachment patterns and maternal sensitivity and acceptance of her infant. In: Hinde RA, Stevenson-Hinde J (eds): Relationships within families. Oxford: Oxford University Press, 1988: 241 – 260
- ³³ Seligman M, Abramson L, Semmel A, v Bayer C. Depressive attributional style. J Abnormal Psychol 1979; 88: 242 – 247
- ³⁴ Seligman M. Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg, 1992; 4 ed.
- ³⁵ Armsden G. Parent and peer attachment in early adolescent depression. J Abnormal Child Psychol 1990; 18: 683 – 697
- ³⁶ Bowlby J. Verlust – Trauer und Depression. Frankfurt a. M.: Fischer, 1983
- ³⁷ Harris TO, Brown GW, Bifulco AT. Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. Journal of Affective Disorders 1990; 20: 27 – 41
- ³⁸ Harris T, Bifulco A. Loss of Parent in Childhood, Attachment Style, and Depression in Adulthood. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P (eds): Attachment across the life cycle. London: Routledge, 1991: 234 – 267
- ³⁹ Raskin A, Boothe HH, Reatig NA, Schulterbrandt J, Odel D. Factor analysis of normal and depressed patients' memories of parental behavior. Psychological Reports 1971; 29: 871 – 879
- ⁴⁰ Aldenhoff JB. Biologische Veränderungen bei der Psychotherapie der Depression. Psychother, Psychosom, med Psychol 2000; 50: 415 – 419
- ⁴¹ Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1996; 64: 282 – 290
- ⁴² Rosenstein D, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. Journal of Consulting Clinical Psychology 1996; 64: 244 – 253
- ⁴³ Tyrell C, Dozier M. The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Washington DC: Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, 1997
- ⁴⁴ Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughn B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. Development and Psychopathology 1994; 6: 375 – 388
- ⁴⁵ Arieti S, Bemporad J. The psychological organization of depression. Am J Psychiatry 1980; 136: 1365 – 1369
- ⁴⁶ Beck A. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton P, Barrett J (eds): Treatment of depression: old controversies and new approaches. New York: Raven Press, 1983
- ⁴⁷ Blatt SJ, Shichman S. Two primary configurations of psychopathology. Psychoanal Contemp Thought 1983; 6: 187 – 254
- ⁴⁸ Emery G, Leshner E. Treatment of depression in older adults: Personality considerations. Psychotherapy: Theory Research, and Practice 1982; 19: 500 – 505
- ⁴⁹ Pilkonis PA. Personality Prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. J Personality Disorders 1988; 2: 144 – 152
- ⁵⁰ Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds): Attachment in the preschool years. Chicago: University Chicago Press, 1990: 161 – 184
- ⁵¹ Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H. Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Confidential document (Version 5.0). London: University College, 1998
- ⁵² Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and Borderline Personality Disorder. The Psychiatric Clinic of North America 2000; 23: 103 – 122
- ⁵³ Fonagy P. Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Int J Psycho-Anal 1991; 72: 639 – 656
- ⁵⁴ Fonagy P, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Steele H, Target M, Steele M, Higgitt A. Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and other. In: Cicchetti D, Toth S (eds): Emotion, cognition and representation. Rochester, NY: University of Rochester Press, 1995
- ⁵⁵ Fonagy P, Higgitt A. A developmental perspective on borderline personality disorder. Rev International Psychopathology 1990; 1: 125 – 159
- ⁵⁶ Kernberg OF. A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In: Clarkin J, Lenzenweger MF (eds): Major Theories of Personality Disorder. New York: Guilford, 1996: 106 – 140
- ⁵⁷ Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 2000
- ⁵⁸ Patrick M, Hobson RP, Castle D. Personality disorder and the mental representation of early social experience. Develop Psychopathol 1994; 6: 375 – 388
- ⁵⁹ Buchheim A, Kächele H. Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung: Eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive. Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie 2001; 5: 113 – 130
- ⁶⁰ Strauß B, Lobo-Drost AJ, Pilkonis PA. Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen – erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. Z klin Psychol Psychiat Psychother 1999; 47: 347 – 364
- ⁶¹ George C, West M. Developmental versus social personality models of adult attachment and mental ill health. British Journal of Medical Psychology 1999; 72: 285 – 303