

Vermeidend gebunden – ein Bindungsmuster als Herausforderung für den psychotherapeutischen Prozess

Karin Pinter

Psychotherapie Forum

ISSN 0943-1950

Psychotherapie Forum

DOI 10.1007/s00729-014-0007-2



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Wien. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Vermeidend gebunden – ein Bindungsmuster als Herausforderung für den psychotherapeutischen Prozess

Karin Pinter

Eingegangen: 28. Februar 2014 / Angenommen: 13. März 2014
© Springer-Verlag Wien 2014

Zusammenfassung Die Bindungsforschung hat in den letzten Jahrzehnten einen wesentlichen Beitrag zum besseren Verständnis von psychischen Störungen und pathologischen Entwicklungen geleistet, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen. Die dabei gewonnenen Befunde eröffnen neue Perspektiven auf die psychotherapeutische Behandlungssituation.

Der folgende Beitrag wendet spezifische Aspekte und Ergebnisse der Bindungsforschung auf die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen an. Dazu gehören das Erkennen von Bindungsmustern im psychotherapeutischen Setting und deren Implikationen für die psychotherapeutische Diagnostik. Anhand einer exemplarischen Falldarstellung über die Arbeit mit einem vermeidend gebundenen Klienten werden bindungsorientierte Interventionsstrategien vorgeschlagen.

Schlüsselwörter Bindungstheorie · Bindungsforschung · Bindungsmuster · Erwachsenentherapie · Bindungsorientierte Interventionsstrategien · Falldarstellung

Avoidant attached – challenges of attachment patterns in the therapeutic process

Summary In the last decades attachment research and attachment theory contributed significantly to a better understanding of mental disorders and pathological developments in children and adults. Furthermore, the findings made in this context open up new perspectives on psychotherapeutic treatment situations.

The aim of this paper is to apply specific aspects and findings of attachment research to the treatment of

adults, including the identification of attachment styles in the psychotherapeutic setting and their implications for psychotherapeutic diagnosis. Attachment-oriented intervention strategies are developed by presenting the treatment of a patient with an avoidant attachment style as an example.

Keywords Attachment theory · Attachment research · Attachment style · Adult treatment · Attachment-based intervention strategies · Case presentation

Einleitung

Bindungsforschung ist ein empirischer Forschungszweig, der ausgehend von John Bowlby's Bindungstheorie seit Beginn der 50er Jahre stetig weiterentwickelt wurde. Dies hat dazu beigetragen, die Wahrnehmung von Bindungsmustern und die Bedeutung der emotionalen Präsenz von Bindungspersonen zu schärfen. Die Eigenschaft solcher Muster ist es, sich nach bestimmten, manchmal vorerst undurchschaubaren Zusammenhängen zu wiederholen und rasch, meist unbewusst abrufbar zu sein.

Mit diesen Erlebens- und Verhaltensmustern sind auch PsychotherapeutInnen in ihren Praxen konfrontiert. So drücken KlientInnen manchmal den dringenden Wunsch nach der Auflösung dieser immer wiederkehrenden Beziehungsmuster oder Beziehungskonflikte im privaten oder beruflichen Kontext direkt aus. Manchmal ist der Leidensdruck aber keinem Beziehungskontext zuordenbar, wenngleich die Quelle des Leidens im Bereich der Bindung liegen mag (wie etwa bei Depression, Angststörungen).

Was die Bindungsforschung für die psychotherapeutische Interventionspraxis lehrt, ist, dass sich diese Muster bereits in der präverbalen Phase herausbilden und daher in den impliziten Erfahrungsschatz eingehen. Das expli-

K. Pinter, MA (✉)
Röntgengasse 7, 1170 Wien, Österreich
E-Mail: karin.pinter@wagnerpinter.at

Bindung

zite Gedächtnis kann diese frühkindliche Phase nicht erreichen. Meist bestehen elterliche Verhaltensweisen über das erste Lebensjahr hinaus, sodass Erinnerungsspuren Rückschlüsse auf das erste Lebensjahr zulassen. Die implizite Erfahrungswelt ist zwar am schwierigsten mit dem Bewusstsein erreichbar, sie steuert und prägt aber am wirksamsten gegenwärtiges Erleben.

Bindungsmuster werden in einem Bindungskontext aktiviert; daher werden sie auch in der therapeutischen Dyade wirksam und sichtbar. Diese Aktivierung des jeweiligen Bindungsmusters mit den entsprechend unterschiedlichen emotionellen Regulationsmodellen, Ausdrucksformen und impliziten Erwartungen gilt es daher in der Psychotherapie zu fördern, zu verstehen und zu bearbeiten.

Die bindungsorientierte Diagnostik spielt insofern eine wichtige Rolle für die Psychotherapie, als sie einen Einfluss auf die Effekte therapeutischer Interventionen hat. Bindungsorientierte Interventionen unterstützen den emotionellen Entwicklungsprozess und helfen dabei, das implizite Beziehungswissen in die therapeutische Arbeit hereinzuholen. Die Art und Weise, wie sich KlientInnen in der therapeutischen Beziehung positionieren, was sie auf der Ebene der non-verbalen Kommunikation mitteilen, lässt sich vor dem Hintergrund der Bindungstheorie besser verstehen und bearbeiten (Beebe und Lachmann 2014; Brisch 2001). Überdies eröffnen bindungsorientierte Interventionen ein tieferes Verständnis vom subjektiven Sinn des Handelns und Erlebens. Die Befunde der Bindungsforschung werden durch die neurobiologischen Erkenntnisse auch insofern bestätigt, dass vor allem die unmittelbare Erfahrung zu persönlichen Veränderungen führt, und nicht so sehr die Einsicht. Für die therapeutischen Interventionen ist dies durchaus relevant. Neue Erfahrungen können über eine längere Zeitperiode alte Erfahrungen überlagern, bzw. ihre Wirkkraft deutlich reduzieren. Insofern werden TherapeutInnen zu Bindungsfiguren, die, wenn sie die Bindungsstrategie erkennen können, aus der Wiederholung immer gleicher Leidensmuster zu einer Wiederherstellung durch positive Erfahrungen beitragen können.

Im folgenden Beitrag werde ich an Hand der psychotherapeutischen Arbeit mit einem Klienten, der ein vermeidend gebundenes Bindungsmuster zeigt, das Erkennen des Musters und die von mir aus der Bindungsforschung abgeleiteten Behandlungsprinzipien beschreiben und erläutern.

Bindungsmuster erkennen

Bindungsmuster sind dominante, unbewusste Strategien, sich in einer Beziehung (Partnerschaft, Eltern-Kind-Beziehung, berufliche Beziehungen, therapeutische Beziehung) „optimal“ zu positionieren; sie gewährleisten – wie alle Verhaltens- und Erlebensmuster – verlässliche, rasche Reaktionsweisen auf bestimmte Umweltbedingungen und helfen der leichteren Orientierung. In dieser Funktion müssen Muster sehr stabil und

verlässlich aktivierbar sein, was wiederum dazu führt, dass sie sich Veränderungen hartnäckig widersetzen. „Optimal“ bedeutet in diesem Zusammenhang, entsprechend jenen Erfahrungen, die Sicherheit verheißen.

Bindung ist nach Bowlby (2010) eine biologische Notwendigkeit, die unabhängig von den Umweltbedingungen vom Individuum angestrebt wird. Je nachdem wie diese Umweltbedingungen aussehen, werden spezifische emotionelle Erfahrungen gemacht, welche die Bindungsmuster formen.

Die Neurobiologie erklärt die Funktion von Mustern, die sich früh im Gehirn bilden, als sinnvolle biologische Notwendigkeit. Eine Funktion des Gehirns ist es, Erfahrungen so zu organisieren, dass sie im Fall einer Bedrohung ohne langes Nachdenken spontan in Handlungen umgelegt werden können. Dies ist beispielsweise für eine rasche Reaktion auf eine bedrohliche Angstsituation nötig. Wiederholte negative und positive Erfahrungen führen zu bestimmten Erwartungen an die Umwelt, auf die sich der Organismus rasch einzustellen vermag. Erlebens- und Verhaltensmuster aktivieren Gehirnregionen, die einer bewussten Nachfrage schwer zugänglich sind (Siegel 2012). Diese generalisierten Erwartungen an die Welt entwickeln sich zu festen Überzeugungen, die zuweilen mit kognitiven Gedankenkonstrukten, Glaubensüberzeugungen und Weltbildern verstärkt und weitergetragen werden.

Bindungsmuster entstehen im Laufe des ersten Lebensjahres und bleiben bis ins Erwachsenenalter erhalten. Im ersten Lebensjahr sind jene Teile des Gehirns noch nicht gebildet, die für das Gedächtnis und den expliziten Modus (präfrontaler Cortex) zuständig sind. Das ist auch der Grund, warum diese Bindungsmuster auch trotz kognitiver Einsicht nicht so einfach außer Kraft gesetzt werden können. Erst die Wiederholung von neuen affektiven Erfahrungen und die bewusste Reflexion darüber können langsam aus dem automatisierten Ablauf herausführen (Siegel 2012).

Zur Prägung, Formung und Weiterentwicklung der Bindungsmuster gibt es noch viele offene Fragen, die Gegenstand der Forschung sind. Welche Auswirkungen haben weitere Bindungsfiguren (Vater, Großeltern, Tagesmutter,...) auf die Entwicklung der Muster? Wieweit formen und verändern sich diese Muster im Laufe des Lebens, und wodurch? Spielen genetische Faktoren eine Rolle dabei?

Um Bindungsmuster bei Erwachsenen zu eruieren, gibt es verschiedene Wege, wie etwa das von Mary Main entwickelte halbstandardisierte Interview (Adult Attachment Interview, AAI) (Main 2002). Darüber hinaus geben verschiedene projektive Verfahren (Buchheim et al. 2000) Aufschlüsse über das spezifische Bindungsmuster. All diese Verfahren sind für die Anwendung im therapeutischen Setting recht zeitaufwändig und daher nur in einer Kurzform, etwa im Rahmen eines Erstgespräches geeignet. Der Vorteil, solche Instrumente zu nutzen, besteht darin, dass gleich am Beginn der Therapie die Aufmerksamkeit auf Bindungsthemen und die

dazugehörigen Affekte gerichtet und sie damit aktiviert werden können.

In Anlehnung an die in der Kindheit gebildeten Bindungsmuster lassen sich in der therapeutischen Behandlung von Erwachsenen ähnliche Muster beschreiben. Für das therapeutische Setting ist es wichtig, einfache und leicht zuordenbare Kriterien zu entwickeln. Im Fluss des therapeutischen Geschehens, in dem viele Prozesse und Informationen gleichzeitig verarbeitet werden müssen, kann die Orientierung in der Bindungslandschaft das Verständnis und die Verwendung bestimmter Interventionsstrategien unterstützen. Daher betrachte ich die Bindungsmuster vor allem in Bezug auf die affektive Präsenz und die Regulationsfähigkeit der KlientInnen (Beebe und Lachmann 2004).

Für die leichtere Anwendbarkeit im therapeutischen Geschehen verwende ich im Wesentlichen vier Bindungsmuster, die für die Wahl der psychotherapeutischen Interventionen relevant sein können.

- Das sichere Bindungsmuster spielt im therapeutischen Geschehen in Bezug auf Nähe und Distanz, emotionelle Regulationsfähigkeit, Kommunikation von Gefühlen und der Mentalisierungsfähigkeit eine positive Rolle.
- Das ängstliche Bindungsmuster zeigt sich in einer Hyperaktivität der bindungsbezogenen Affekte. Die Affektregulation durch die Therapeutin bewegt sich zunächst auf der Ebene der Beruhigung hoher, leicht aktivierbarer Erregungszustände der/des KlientIn. Ängstlich gebundene KlientInnen wirken so, als würden sie in ihren Affekten „verloren“ gehen und von ihnen überschwemmt werden. In der therapeutischen Dyade fühlt es sich auch für die Therapeutin „überwältigend“ an. In diesem Erregungszustand suchen ängstliche gebundene Menschen die Nähe, wirken klammernd; manchmal kommen sie auch physisch viel zu nah, wie etwa in der Sitzplatzwahl.
- Das vermeidende Bindungsmuster steht auf der Aktivierungsachse am anderen Ende, nämlich der Deaktivierung der bindungsbezogenen Affekte. Die Affektregulation stellt eine besondere Herausforderung dar und lässt sich als Stimulation und Aktivierung beschreiben. Was im ängstlichen Bindungsmuster zu viel ist, gibt es beim vermeidenden Muster zu wenig.
- Das desorganisierte Bindungsmuster weist eine völlige Uneinheitlichkeit in der Bindungsstrategie auf, die im Regelfall mit starken psychopathologischen Erscheinungsformen verbunden ist und eine Prädisposition zur dissoziierenden Reaktion aufweist (Fonagy 2003, S. 167).

Eine partielle oder scheinbare Uneinheitlichkeit der Bindungsmuster, allerdings ohne starken psychopathologischen Symptomen, gibt es auch im Schwanken zwischen den beiden Polen von hyper- und deaktiviert, das heißt in einem Bewegen innerhalb des organisierten Rahmens. Diese Variabilität in der Bindungsstrategie deutet möglicherweise Entwicklungsprozesse an, die durch die

Therapie in Gang gekommen sind oder sie verweist auf Bindungserfahrungen mit anderen Bezugspersonen, die im Laufe der therapeutischen Arbeit in den Vordergrund rücken.

Bindungsorientierte Interventionsstrategien

Die Bindungsforschung informiert Psychotherapeutinnen darüber, dass ohne Sicherheit über die Berechtigung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse keine wirkungsvolle Erforschung des psychischen Lebens möglich ist. Die explorativen Fähigkeiten, also die gemeinsame Betrachtung des inneren Erlebens, des aktuellen gemeinsamen Erlebens, das Berichten von Ereignissen in Gegenwart und Vergangenheit, von aufkommenden Erinnerungen und Bildern (freies Assoziieren), können sich erst entfalten, wenn ein empathisches Mikroklima und eine wohlwollende Resonanz vorhanden ist. Gemeinsame Exploration in der Therapie ist erst möglich, wenn empathische Resonanz das Grundklima prägt. So führt Bowlby als erste Hauptaufgabe der TherapeutInnen an, dass er/sie „als verlässliche Basis fungieren (müsse), von welcher aus der Patient (frühere wie aktuelle) bedrückende und schmerzliche, ihm kognitiv bislang weitgehend unzugängliche Szenen zu hinterfragen vermag, darauf vertrauend, im Therapeuten einen geistig wie seelisch adäquaten Partner gefunden zu haben, der ihn versteht, ermutigt und gelegentlich auch führt“ (Bowlby 2010, S. 113).

Bindungsmuster sind eine Art inneres Programm, sich in Beziehung zu setzen, und auch Erwartungen an die Bindungsfigur zu kommunizieren. Diese Erwartungen zeigen sich meist implizit, non-verbal und unbewusst. Sie geben Auskunft darüber, wer wir als TherapeutInnen für die KlientInnen (geworden) sind. Diese innere Welt, die durch die darin enthaltenen impliziten Erwartungen wesentliche Informationen über die frühen Erfahrungen enthält, kann nur von innen heraus erforscht werden. Dies vor allem auch deshalb, weil KlientInnen (noch) nicht explizit darüber kommunizieren können. Häufig nehmen sie diese Muster gar nicht wahr, außer einem diffusen „Immer passiert mir das!“ oder „Ich gerate immer an die gleichen Partner!“.

Der Einstieg in die innere Welt des anderen bietet sich häufig schon im ersten Telefonat bei der ersten Begrüßung, und laufend in den sogenannten „Korridorgesprächen“ außerhalb des eigentlichen therapeutischen Settings (Beebe und Lachmann 2014).

Paradoxe Verhaltensweisen, die eigentlich auf Bindungsmuster verweisen, werden in der klassischen psychoanalytischen Terminologie auch als Widerstand bezeichnet werden. Die Begrifflichkeit führt allerdings nicht unbedingt zu einer wirksamen therapeutischen Strategie, die Zugang zu dieser inneren Welt schafft und ihre Türen öffnet. Die gemeinsame Exploration der sichtbar werdenden Bindungsmuster hilft dabei, den sogenannten „Widerstand“ in seiner subjektiven Bedeutung und seinem Ziel zu verstehen. „Widerstand“ erweckt das

Bindung

Bild von „dagegen sein“; eine vermeidende Bindungsstrategie zum Beispiel bedeutet aber ein „für“ etwas zu sein, nämlich die Aufrechterhaltung der Verbundenheit durch Deaktivierung von Bindungsgefühlen. Sicherheit in der Beziehung kann in diesem Fall nur dann erlebt werden kann, wenn diese Gefühle nicht aktiviert sind. Die Bedingung der Beziehung ist es dann, nicht mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen vorzukommen. Nur so – das dürfte die frühe Erfahrung sein – kann die Bindung aufrecht erhalten werden.

Als Therapeutin lässt sich einiges dazu beitragen, die Bindungsstrategien der Klientin „auf die Bühne“ des therapeutischen Settings zu holen, oder, wie Bowlby es formuliert „...den Patienten zur Prüfung der therapeutischen Beziehung zu ermuntern, weil dieses besondere Verhältnis all seine von den Selbst- und Elternrepräsentationen geprägten Wahrnehmungen, Annahmen und Erwartungen widerspiegelt“ (Bowlby 2010, S. 113).

In Anlehnung an die Implikationen der Bindungsforschung lassen sich folgende therapeutische Aktivitäten und Prinzipien im Umgang mit Bindungsmustern ableiten:

- Sicherheit fördern
- Affekte regulieren
- Brüche „reparieren“
- Metaphorische Welten nutzen

Die Umsetzung dieser Prinzipien, denen bindungsorientierte Interventionen zugrunde liegen, sehen je nach Bindungsmuster unterschiedlich aus: Vermeidend gebundene KlientInnen brauchen grundsätzlich viel Einsatz und Energie, Aufmerksamkeit und Stimulation. Die Therapeutin benötigt ein breites Repertoire an Selbststimulation, um nicht an der Leere der KlientInnen zu ermüden. Im Gegensatz dazu brauchen ängstlich gebundene KlientInnen sehr viel Beruhigung, Trost, Sicherheit und Ernstnehmen der Affekte, auch in ihrer Übertreibung und klammernden Anmutung. Desorganisiert gebundene Menschen suchen eine klare stabile Präsenz der Therapeutin, die die kommenden emotionalen Stürme zwischen Beziehungsabbruch, großer Nähe, destruktiver Regulation von unerträglichen Spannungszuständen sowie dissoziativen und psychotischen Zuständen produktiv überstehen helfen.

All die verschiedenen Wege und Versuche, Verbundenheit und Sicherheit zu finden, führen zu unterschiedlichen Übertragungssituationen und verlangen auch unterschiedliche therapeutische Antworten (Holmes 2010; Slade 2004).

Die bindungsorientierte Diagnostik kann diese Muster in groben Zügen herausarbeiten. Darüber hinaus sind Bindungsmuster individuell geprägt und eingebettet in verschiedene andere motivationalen Systeme (Lichtenberg et al. 2000/1992), wie die Regulation physiologischer Bedürfnisse, Exploration und Selbstbehauptung, Aversivität, sinnlicher Genuss und sexuelle Erregung, sowie Fürsorge und Zugehörigkeit. Daraus entsteht die

individuelle Überformung und Prägung der Bindungsmuster, die in der Therapie exploriert werden kann.

Im Folgenden werde ich das vermeidende Bindungsmuster herausheben und es an Hand der psychotherapeutischen Behandlung von Sam genauer vorstellen. Damit möchte ich exemplarisch zeigen, wie sich der Bindungstyp „vermeidend gebunden“ in der therapeutischen Dyade einer Erwachsenentherapie zeigt und welche therapeutische Antwort wirksam ist.

Beziehungen vermeidend organisieren

Das vermeidende Bindungsmuster ist ein deaktivierendes Muster, also eines, in dem Bindungsgefühle im Dienste der Aufrechterhaltung von Nähe abgeschaltet werden. Im von Mary Ainsworth entwickelten psychologischen Experiment „Strange Situation“ (Grossmann und Grossmann 2004/2012) reagieren Kleinkinder, die durch eine kurzfristige Trennung von der Mutter in negativen Stress versetzt werden, auf die Rückkehr der Mutter mit dem Vermeiden von Blickkontakt und häufig ohne sichtbare emotionale Erregung, auch nicht während der kurzen Abwesenheit der Mutter. Die messbaren Stressanzeichen (z. B. des Cortisolspiegels) sind allerdings enorm hoch. Die Versuche des Wiederanschließens der Bindungsfigur, also das Kontaktaufnehmen mit dem Kind nach der Trennung, die Angebote zum Spiel, die Stimulation, scheinen ins Leere zu gehen oder fruchten erst langsam nach geduldigem Wiederholen.

In einem ähnlichen Affektzustand befinden sich vermeidend gebundene KlientInnen in einem Beziehungskontext, unabhängig von der Qualität der Beziehung. Psychotherapie ist so ein Beziehungskontext. Der „Wiederholungszwang“ ist ein aus der Beobachtung erschlossenes Phänomen, in dem alte Erfahrungen wiederhergestellt werden. Die Wiederholung vergangener Erfahrungen und damit auch die Erwartung zukünftiger Ereignisse lässt sich auch als Aktivierung eines Bindungsmusters formulieren; der Sinn dieser Wiederholung steht allerdings vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Bindungstheorie in einem anderem Licht da: die Wiederholung enthält auch die Sehnsucht, nach einem Ausweg, einer Reparatur und der Hoffnung, dass „Beziehung“ diesmal gut ausgehen möge.

In der therapeutischen Beziehung zeigen sich vermeidend gebundene KlientInnen folgendermaßen:

- Sie wirken generell distanziert, kühl und zurückhaltend.
- Sie haben hohe Erwartungen und Ideale, auch an die Therapie. Diese Ideale dienen auch dazu, das Gegenüber zu messen, zu bewerten, negative Aspekte zu suchen und hervorzuheben.
- Negative Eindrücke werden rasch aufgegriffen und gelegentlich auch überdimensioniert; von dieser Negativität können stimulierende, belebende Impulse – wie etwa ein anhaltendes Wehklagen bei gleichzeitigem Zurückweisen positiver Aspekte – ausgehen.

- Die Vitalität ist reduziert. Die Gesprächsdynamik ist stockend und brüchig.
- Die Beschreibung von intimen Beziehungen zu anderen Menschen fällt kritisch, kühl und meist unempathisch aus; generell wirkt das sprachliche Repertoire bezogen auf mentale Zustände (eigene oder andere) und Bindungsthemen reduziert.
- Die materielle Objektwelt kann eine besonders große Rolle spielen.
- Sinnlosigkeits- und Leeregefühle treten häufig auf; das Nichtstun wird als ganz besonders belastend erlebt. Die Moderation von Aktivität, auch körperliche, und Ruhezustand ist schwierig.
- Inneren (und manchmal auch äußeren) Ereignissen eine angemessene Bedeutung zu geben, ist nicht leicht für vermeidend gebundene KlientInnen.
- Die Tendenz, rationalisierend, unkonkret, verallgemeinernd über Erlebnisse und Ereignisse zu berichten, gehen Hand in Hand mit „Konversationsstoppnern“ verschiedenster Art. Konversationsstopper kommen zum Einsatz, um keine Hervorhebung, keine Bedeutung und damit auch keine Affekte im Kontakt aufkommen zu lassen.

Aus diesen vermeidenden Verhaltensweisen lassen sich spezifische Interventionsstrategien ableiten. Vermeidend gebundene Menschen brauchen ein hohes Maß an Aktivierung auf verschiedenen Ebenen. Die Frage „Wie geht es Ihnen?“ führt bei solchen KlientInnen zu emotionalem Stress, denn sie wissen es einfach wirklich nicht.

Die therapeutische Aktivität umfasst bei einem vermeidenden Bindungstyp ein stetige Stimulation, das Überwinden von blockierenden Signalen (wie Konversationsstoppnern, Rationalisierung, Verlust der Aufmerksamkeit) und die Aufrechterhaltung des wachen Interesses am inneren Zustand der KlientInnen – mit dem Ziel, eine sichere Basis in der Beziehung zu schaffen, um dann zur Exploration weitergehen zu können.

Wenn ein Kind häufig erlebt hat, dass das, was in ihm vorgeht, nicht zählt, nicht von Interesse ist, keine Wirkung auf den anderen hat, dann erlebt das Kind sich selbst als unbedeutend, uninteressant, ineffektiv und leer. Manchmal gehen KlientInnen gar nicht davon aus, dass das Reden, und schon gar nicht das Sich zeigen, etwas Gutes mit sich bringt – ganz im Gegenteil. Mit dieser chronischen negativen Erfahrung ausgestattet, dass die innere Welt für den anderen keine Rolle spielt, ist der Impuls, über sich zu reden mit der impliziten Angst vor der traumatischen Wiederholung verbunden. Das Gefühl der inneren Leere entsteht durch eine nicht verlässliche, spiegelnde Interaktion mit der Bindungsfigur. Erst die Resonanz durch die Bindungsfigur lässt die Innenwelt wirklich werden.

In der therapeutischen Arbeit mit Sam war ich herausgefordert, zusätzlich zum narrativen Modus des Erzählens verstärkt den prozeduralen impliziten Modus wahrzunehmen mit dem Ziel, den Kontakt zu ihm zu suchen, ihn zu erreichen.

Sam, der Vermeidende

Sam, ein 25-jähriger Student, Handwerker und Künstler, sucht therapeutische Hilfe, nachdem er sich von seiner Partnerin nach einem Jahr getrennt hatte. „*Ich suche eine Therapeutin, die intersubjektiv arbeitet und sich auch zeigt*“, beginnt Sam das Erstgespräch. Bei näherem Nachfragen klärt sich sein Anliegen: er möchte keine weiße Wand als Therapeutin und hat große Angst vor dem Schweigen in der Therapie. Das könne er nicht aushalten.

Die Trennung von Sams Freundin versetzte ihn in einen Zustand tiefer Leere, Sinnlosigkeit und Verzweiflung darüber. Er wirkt aufgelöst und versteht nicht, warum es ihm plötzlich so ergeht. Er hätte sich doch aus freien Stücken getrennt. Er konnte keinen Sinn mehr in der Beziehung sehen konnte, obwohl eigentlich alles gestimmt hat. Einzig die Verstrickung seiner Partnerin in der Beziehung zu ihrem Vater nervte ihn. Er verspürte wenig Lust, sich damit immer wieder auseinanderzusetzen. „*Ich habe ihr diesbezüglich einmal gesagt, was sie tun soll. Und Schluss. Aber sie wollte immer wieder darüber reden. Sie ist einfach zu unreif, um das zu verstehen.*“ In diesem Satz steckt viel von der Kühle und einem grundlegenden Unverständnis gegenüber emotionalen Prozessen.

Wenn Sam in einer Partnerschaft lebt, empfindet er Gefühle auf einer „niedrigen Flamme“. Die Partnerinnen erleben ihn als abwesend und unerreichbar. Das vermeidende Muster wird in einem Bindungskontext aktiviert. In einer Trennungssituation aber, also ohne Partnerin, gerät Sam in einen verzweifelten, panischen Zustand und schwankt zwischen resignierter Hilflosigkeit und überwältigenden Leeregefühlen. Die Vermeidungsstrategie greift dann nicht mehr, und die dahinterliegenden Gefühle werden überwältigend.

Diese emotionelle Erregung am Beginn der Therapie legt sich bald, und zwar in dem Maße in dem unsere therapeutische Beziehung sich entwickelt. Als er etwa nach einem Jahr eine Beziehung zu einer Frau beginnt, verlieren sich die emotionalen Spuren in den Therapiestunden noch mehr. Die Stunden werden energetisch enorm herausfordernd.

Sam eröffnet beinahe jede Stunde mit einem ausgiebigen und unverhüllten Gähnen. Dieses Einstiegsritual beendet er mit dem halbherzigen Versuch, sich durch Rubbeln des Gesichtes mit seinen Handflächen, dem Aneinanderreiben der Hände und einer Art Gesichtsgymnastik, aufzuwecken. Anstrengend und ermüdend waren viele dieser Stunden mit Sam – über einen Zeitraum von insgesamt drei Jahren. In den ersten zwei Jahren kommt Sam zweimal pro Woche, später wechseln wir auf einen einstündigen Rhythmus.

Wissend, dass die Deaktivierung der Gefühle nicht bedeutet, keine Gefühle zu haben, suche ich nach Anhaltspunkten und Schnittstellen, mit ihm in Kontakt zu kommen und mehr über ihn zu erfahren.

In der Bindungsgeschichte gibt es deutliche Hinweise auf eine fehlende oder zumindest unverlässliche Resonanz der Bindungsperson, in diesem Fall der Mutter. Das

Bindung

Abschalten seiner Gefühle lässt sich so als Schutz vor Verletzung, aber auch als Bedingung, um in Beziehung bleiben zu können, verstehen.

Sicherheit fördern

Sicherheit im Bindungsrahmen bedeutet, sich der emotionalen Präsenz des anderen gewiss sein zu können. Zu Beginn der psychotherapeutischen Arbeit mit Sam verstehe ich seine intellektuellen generalisierten Fragestellungen, in die er mich involviert, als besondere explorative Fähigkeit und Interesse. Nach und nach wird klar, dass diese Form der Kommunikation eine Form der Rationalisierung ist, die uns von den emotionalen Themen nur entfernt. Exploration war noch nicht möglich, da sie – wie die Bindungsforschung nahelegt – erst innerhalb eines sicheren Beziehungsrahmens geschehen kann. Sicherheit gewinnen im vermeidenden Beziehungsmodus bedeutet, dass Sam sich meines Interesses über eine längere Zeit hinweg sicher sein muss. Dieses Interesse musste einige Zweifel und Prüfungen, die Sam mir immer wieder auferlegt hat, bestehen.

Sams implizite Erwartung an die Bindungsfigur (oder inneres Arbeitsmodell) ist: „Was in mir ist, spielt für den anderen keine Rolle.“ Sein Misstrauen, wie lange mein Interesse hält und wie verlässlich ich darin bin, äußert sich direkt als *„Sie müssen das ja machen, sich mit mir beschäftigen, das ist nur ihre Arbeit. Aber in Wirklichkeit interessiert es ja doch niemanden.“* In dieser Dynamik *„Beweise mir, dass du mich wahrnimmst“* war es wichtig, genaue Erinnerungen an die vorangegangenen Stunden zu haben. Ich baue also Brücken, knüpfe an die vorige Stunde an, frage nach und bringe sogar immer wieder auch selbst etwas ein, das für mich offen geblieben war. Üblicherweise überlasse ich es den KlientInnen, worüber sie in der Stunde reden wollen. Das war mit Sam nach einiger Zeit unmöglich – wir hätten uns nur im Schweigen geübt. Das wäre die Wiederholung der alten Beziehungssituation geworden.

In der Interaktion „Such' mich“ entfaltet sich eine Dynamik, die teils Geduld im Nachfragen und Nachgehen, teils Geduld, seine kühle Zurückweisung zu ertragen, insgesamt aber sehr viel Energie und Angebote meinerseits erfordert. Die Aktivierung von Sams Innenwelt kann nur funktionieren, wenn er Sicherheit bekommt, dass seine Innenwelt eine Rolle spielt. Manchmal entwickelt sich daraus ein humorvolles Spiel mit ernstem Gehalt. Winnicott formulierte das so: „It (diese Beziehungsdynamik, Anm.d.A.) is a sophisticated game of hide-and-seek in which it is joy to be hidden but a disaster not to be found“ (Winnicott 1965/2007, S. 186).

Sam hat schon vor langer Zeit aufgegeben zu erwarten, dass jemand sich für ihn interessieren könnte. Dies führt aber gerade dazu, dass er tatsächlich kaum Interesse und Neugier im Anderen zu wecken vermag und keine Initiativen zeigt. Jemand, der sich selbst so leer fühlt und auch gegenüber anderen resonanzlos ist, wirkt auf den ersten Blick nicht interessant und einladend. In

dieser negativen Beziehungsschleife dreht sich Sam in wachsende Isolation und stille Verzweigung hinein.

Zu einem späteren Zeitpunkt, als sich Sam schon sicherer fühlt, bietet diese Dynamik Stoff für Humor und Offenheit: Manchmal grinst er wohlwollend am Ende der Stunde: „Heute haben Sie sich echt abgestrampelt für mich.“ Und manchmal seufze ich am Ende der Stunde: „Puh, Sie waren heute wieder sehr schwer zu erreichen“, woraufhin er triumphierend lächelt.

In ganz „trockenen“ Phasen, in denen kein Gespräch aufkommen will, mache ich offensiv Themenangebote. In einer sehr deprimierenden Stunde frage ich, in Anwendung der metaphorischen Welt, was er jetzt gerne tun würde, wenn er seinem häufigen Impuls, in der Stunde aufzuspringen und davon zulaufen, nachgeben würde. Wohin würde er da laufen? Spontan antwortet Sam: „In den Wald“. Er ist eingestiegen. „Was würde dort sein? Denken Sie dann nach, oder schauen Sie um sich, oder laufen Sie...“ Ich biete ihm einige Möglichkeiten an, um ihn anzuregen, Impulse zu geben. „Ich würde Hagebutten sammeln.“ Mir verschlägt es die Sprache. Das ist etwas völlig Neues und passt gar nicht in das Bild, das ich von Sam gewonnen habe: Sam sammelt Beeren. Ich habe eine Tür entdeckt. „Ja“, beantwortet er meinen staunenden Gesichtsausdruck und setzt nach: „und daraus mache ich dann Marmelade.“ Mein Staunen wird dadurch nicht weniger, was ihn zunächst amüsiert, aber dann sofort seinem Misstrauen weicht. „Was, wieso interessiert Sie das überhaupt? Das hat doch nichts mit Psychotherapie zu tun. Oder müssen Sie sich etwa professionell dafür interessieren?“ Ich gehe auf sein ausweichendes Angebot nicht ein, sondern bekräftige, wie wichtig es ist, solche Episoden aus seinem Leben einzubringen, weil sie eine Quelle an Informationen für unsere Arbeit in vielfacher Hinsicht darstellen – aber vor allem bedeuten solche Handlungen auch Quelle von Vitalität und Stimulation.

Die materielle Welt, so entdecke ich mit Sam, ist ein Feld, in dem er sich deutlicher auszudrücken vermag. Sein Beruf beruht auf handwerklichen Fertigkeiten und kreativen Fähigkeiten. Vor diesem Hintergrund folge ich seiner Einladung zu einer Ausstellung seiner Bilder, die „verlassene Orte“ zeigen – Orte, die einmal Bedeutung hatten und nun vernachlässigt, verfallen und verlassen sind. Die Präzision dieser Bilder, in der Beschreibung seines inneren Erlebens, hätte in Worten nicht treffender sein können.

Affekte regulieren

Die Vorläufer der psychischen Bindung sind frühe interaktive regulatorische Prozesse in der Beziehung von Kind und Bezugsperson. Die Fähigkeit der Bezugsperson, eigene Affekte, vor allem aber negative Affekte, zu kontrollieren und regulieren, legt die Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung (Schore 2003).

Die bindungsgeleitete Interventionsstrategie verändert sich auch im Hinblick auf den Umgang mit den

Affekten je nach Bindungsstil und den entsprechenden Erfordernissen. Beim ängstlichen, affektiv übererregten Bindungstyp gilt es zu beruhigen; beim vermeidendem Typ ist die Stimulation und das aktive Suchen nach Hinweisen von emotionalen Bewegungen und Regungen wichtig. In der Beziehung zu desorganisiert gebundenen KlientInnen spielt die Regulation von negativen Affekten eine dominierende Rolle. Die interaktive Regulierung von emotionellen Erregungszuständen und die interaktive Synchronisierung bilden jedenfalls wesentliche Aspekte auch in der bindungsorientierten Erwachsenentherapie. Bindung wird mitunter auch als interaktive Regulation von Affekten verstanden (Schore 2003).

Sam konnte selbst schwer fassen, was in ihm vorgeht – vor allem dann, wenn er sich im deaktivierten Zustand, also im „Bindungsalarm“-Zustand, befand. Auf die Frage, „Wie fühlen Sie sich?“ konnte er selten mehr antworten als „Hm, ich weiß gar nicht“ oder „Müde“. So war ich vor allem darauf angewiesen, in seiner Mimik, Gestik, Körpersprache und auch in seinen Handlungen, innere Zustände und Gefühle zu „lesen“: *„Sie sagen heute, Sie fühlen sich wieder so müde. Aber irgendwie hört es sich etwas weniger schwermütig, ja fast mit etwas Heiterkeit versetzt, an. Spüren Sie da etwas in diese Richtung?“* Sam: *„Ähm, na ja, ja, ah, ich hatte da dieses gute Gespräch mit meiner Freundin...“* Sam beginnt nun mehr darüber zu erzählen. Die differenzierte Wahrnehmung seiner Ausdrucksformen spielt eine wichtige Rolle, um auch kleine Veränderungen oder Regungen in ihm nicht zu übersehen und nutzen zu können.

In einer anderen Stunde erzählt Sam über eine biografische Episode. Seine Augen füllen sich plötzlich mit Tränen, und er setzt seine Erzählung unverändert fort. Ich überlege, ob ich unterbrechen soll und damit den Fluss des Narrativs stören könnte, oder ob es sinnvoller ist, die Aufmerksamkeit auf den emotionellen Bereich zu lenken und entscheide mich spontan für das letztere. *„Ich würde Sie gerne an dem Punkt kurz unterbrechen, ist das ok?“* Sam wirkt verunsichert durch die Bemerkung: *„Ja, schon, wieso?“* *„Ich sehe Tränen in Ihren Augen und Sie wirken traurig, während Sie mir das erzählen. Spüren Sie das auch?“* *„Ich spüre das nicht, nein...“*

Dieser Grad an Dissoziation ist immer wieder verblüffend. Die Gelegenheit, dass Sam einen unmittelbaren Affektausdruck zeigt, auch wenn er ihn nicht spürt, durfte ich nicht unkommentiert verstreichen lassen. Die Frage dabei ist nur, wie bringe ich diese Wahrnehmung ein, mit dem Ziel, ihm dabei zu helfen, seine Aufmerksamkeit auf seinen Affektausdruck zu lenken und ihm seine Gefühle nach und nach zugänglich zu machen.

Eine Deutung über den Inhalt des Narrativ und den Affekt wäre zu diesem Zeitpunkt noch zu früh gewesen. Entweder würde diese Deutung vom emotionellen Erleben noch weiter wegführen, oder der Hinweis auf sein „Sich nicht spüren“ könnte von Sam als Nachweis seiner Unfähigkeit verstanden und damit als beschämend erlebt werden. Diese Intervention hätte jedenfalls nicht den Effekt der Förderung von Sicherheit, Offenheit und Exploration. Und genau daran müssen bindungsori-

enterte psychotherapeutische Interventionen gemessen werden, und nicht daran, was wir wieder „enthüllt“ haben.

Ein weiterer Aspekt dieses Interventionsfeldes Affektregulation ist das Aufgreifen von aversiven Gefühlen. Diese Gefühlslagen sind nicht angenehm, und daher gehen häufig beide Seiten der therapeutischen Dyade aversiven Gefühlen lieber aus dem Weg. Wenn es aber gelingt, die Aversivität in verschiedener Hinsicht (Antagonismus/Selbstbehauptung/Rückzug) hereinzuholen, trägt dies zur Öffnung des emotionellen Prozesses bei.

Brüche „reparieren“

„Ich war nach der letzten Stunde so wütend auf Sie!“ beginnt Sam aufgebracht die Stunde. Das ist ungewöhnlich, dass er zu dieser Direktheit und Offenheit in der Lage ist. Ich verstehe zwar noch nicht, was ihn wütend gemacht hat, versuche aber alles zu tun, diesen Prozess zu fördern. Th: *„Möchten Sie mir sagen, was es war, das Sie wütend gemacht hat.“* Sam: *„Ja, das kann ich. Ich habe das Gefühl, dass Sie meine Sexualität einfach ignorieren. Nie fragen Sie nach, was denn eigentlich mit meiner Sexualität ist. Ich fühle mich dann nicht als Mann.“* Ich bin ziemlich überrascht – nicht darüber, dass Sexualität eine wichtige Rolle für ihn spielt, sondern wie er dieses Thema einbringt: mit einer Wucht an aversiven Gefühlen, und einer Zuschreibung an mich, dass ich ihn in seiner Männlichkeit und Geschlechtlichkeit nicht wahrnehme. Diese Zuschreibung versuche ich zu tragen, also einzusteigen in sein Erleben von mir, ich wäre jemand, der seine Sexualität und damit auch seine Männlichkeit nicht wahr- oder ernst nimmt. Th: *„Wenn ich Sie nicht explizit auf ihre Sexualität anspreche, dann ist das für Sie so, als würde ein wichtiger Teil von Ihnen nicht existieren.“* Sam: *„Ja genau, das Gefühl habe ich immer wieder auch in meiner Beziehung. Das ist für mich unerträglich, wenn meine Freundin nicht mit mir schlafen will. Ich fühle mich dann völlig abgelehnt, so als würde es mich für sie gar nicht geben. Das macht mich wütend, weil es steht mir doch zu, mit ihr zu schlafen.“* Die aversiven Gefühle von Sam, die es ihm möglich gemacht haben, ein für ihn heikles Thema zu adressieren, waren nötig, um ihn aus seiner Scham, überhaupt etwas zu brauchen und mir davon zu erzählen, zu befreien. In der Folge konnten wir das Thema Sexualität, Männlichkeit, seine Bedürftigkeit und später auch den Zusammenhang zu Bindung genauer erforschen.

Mein erster Impuls in dieser Vignette, mich zu erklären oder gar zu rechtfertigen, hätte in ein Argumentieren und sogar in ein Streitgespräch führen können, wie etwa: *„Na ja, ich denke, es liegt an Ihnen, dieses Thema einzubringen. Wenn Sie nicht darüber reden können, kann ich doch nicht wissen, was Sie beschäftigt.“* Oder: *„Sie haben doch in der letzten Stunde kein Wort darüber erzählt. Also wie soll ich dann wissen, dass Sie darüber reden wollten.“* Eine argumentierende Gesprächsdynamik hätte jedenfalls den aversiven Affektgehalt auf beiden Seiten geför-

Bindung

dert, und damit den emotionalen Bruch, den Sam erlebt hat, gestärkt.

Nicht immer lässt sich klar erkennen, was zu einem Bruch, einem Knacks oder einer Enttäuschung in der Therapie geführt hat. Manchmal sind TherapeutInnen selbst die Quelle einer Unterbrechung, wie etwa durch Empathiefehler, und manchmal ist der Bruch ein Teil der Übertragung oder der Entfaltung der metaphorischen Welt. Nichtsdestotrotz ist es wichtig, diesen Bruch zu reparieren, in dem diese Bruchstelle zum Thema des Interesses und Nachforschens gemacht wird. Wenn das Erleben im Bruch als illegitim angesehen wird, dann führt es entweder zur Verstärkung aversiver Gefühle oder zum Rückzug. Auch in dieser Hinsicht bestätigt die Bindungsforschung, dass Unterbrechungen der Verbundenheit zwar nicht vermeidbar sind, dass das Bemühen wieder Kontakt aufzunehmen, anzuschließen, die involvierten Affekte zu integrieren und zu verstehen, sehr heilsam ist. Unterbrechungen im therapeutischen Prozess gelten in zahlreichen theoretischen Abhandlung als wichtige Ereignisse, die Chancen auf Veränderung einleiten (Boston Change Process Study Group 2010; Pinter 2007, 2009; Wolf 1998).

Die metaphorischen Welten nutzen

Die Verwendung metaphorischer Welten spielt insbesondere dann eine wichtige Rolle, wenn es um das Verstehen des impliziten Beziehungswissens und das Erkennen mentaler Prozesse geht. Die Arbeit mit Träumen ist wohl der üblichste Weg, auf die metaphorische Welt einzugehen. In der therapeutischen Arbeit mit Kindern ist das Spiel und das miteinander Spielen der „Königsweg“ des Verstehens. Der Reichtum der menschlichen Phantasie ermöglicht aber noch ein breiteres Spektrum, die metaphorische Welt zu erfassen. Im Ausdruck von Sehnsüchten („Wenn ich jemals in so einer Wohnung leben könnte...“), in der Interpretation über den Anderen („Ich bin sicher, der Nachbar hat das absichtlich gemacht, weil...“) und in der Zuschreibung von Affekten, Intentionen und Motiven liegt viel Potential zur Ergründung der mentalen Welt der KlientInnen (Modell 2003).

In der Arbeit mit Sam beeinflussen seine Kreativität im Ausdruck seiner Bilder („Verlassene Orte“), die Bedeutung, die die materielle Objektwelt für ihn hat und seine besondere Art der Besetzung und Gestaltung von Räumen den therapeutischen Prozess sehr günstig. Im folgenden möchte ich ein Prinzip in Bezug auf die bindungsorientierte therapeutische Arbeit besonders hervorheben: das Tragen der Zuschreibung.

Das Tragen der Zuschreibung ist ein Prinzip, das von Lichtenberg (2005) (Lichtenberg et al. 2000/1996) entwickelt wurde. Die Zuschreibung durch die KlientInnen kann in eindeutiger Weise („Sie schauen aber heute streng aus!“), aber auch indirekt geschehen. In der Zuschreibung wird deutlich, wie wir in der emotionalen Welt der KlientInnen eine Rolle zu spielen beginnen. Dadurch eröffnet sich für PsychotherapeutInnen eine

Chance, in diese Welt des impliziten Beziehungswissens einzutreten, uns dort umzusehen, um gemeinsam mit den KlientInnen wahrzunehmen, wohin uns das führt. Zuschreibungen können Türen in eine unzugängliche, unbewusste und nicht verbalisierte Welt öffnen, wenn sie von TherapeutInnen „getragen“ und nicht gedeutet, erklärt oder zurückgewiesen werden (z. B. „Wenn Sie mich heute als streng erleben, wie ist das für Sie...“).

Die Anwendung dieses Prinzip erfordert ein spielerisches, kreatives und experimentelles Verständnis der therapeutischen Arbeit. Möglicherweise tun sich TherapeutInnen, die gewohnt sind, das Spiel als therapeutisches Mittel der ersten Wahl (Kindertherapien) einzusetzen, damit leichter. Wir spielen mit dieser Intervention als TherapeutInnen bis zu einem gewissen Grad mit, und gleichzeitig beobachten wir uns und die KlientInnen dabei, mit dem Ziel den emotionalen und motivationalen Sinn in dem Handeln und Erleben zu erkennen.

Im folgenden verwende ich eine Vignette aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Sam, die etwa nach zwei Jahren stattgefunden hat. Sie ist ein Beispiel für eine komplexere Form des Prinzips „Zuschreibungen tragen“.

An einem kalten Dezembertag bei -10 Grad Celsius kommt Sam mit kalten Händen und verschnupfter Nase in die Praxis.

- Th: (bei der Begrüßung durch Händeschütteln spontan ausrufend) Oh, Ihre Hände sind sehr kalt!
- Sam: Ja, wie immer...
- Th: Sie waren krank in der letzten Woche, und Sie scheinen noch nicht ganz gesund zu sein.
- Sam: Na, ja, ist schon gut. Ich will einfach nicht krank sein und zu Hause bleiben. Das ist so langweilig.
- Th: Es ist so langweilig, weil Sie nicht arbeiten, nicht gehen und sich bewegen können....das blockiert sie.
- Sam: Ja, das ist wirklich der schlimmste Zustand für mich – das Kranksein. Da fühle ich mich so festgehalten, so eingeschränkt.
- Th: (Ich dachte mir, dass das eigentlich paradox ist: Er möchte nicht krank sein und macht nicht viel, um es zu verhindern. In diesem Winter war Sam schon öfter krank und versäumte einige Stunden. Weiters fällt mir schon lange auf, wie wenig sich Sams Winterkleidung von seiner Sommerkleidung unterscheidet.) Hmh, als Sie hereinkamen, hatten Sie sehr kalte Hände. Was halten Sie von Handschuhen oder einer Schicht mehr an Pullovern? (etwas ironisch, scherzend)
- Sam: (sehr gereizt) Meine Kleider sind warm genug.
- Th: Na ja, ihre Hände fühlen sich nicht so an, als wäre Ihnen warm genug. Vielleicht gibt es einen Zusammenhang mit ihrer Verköhlung letzte Woche und den Kleidern
- Sam: (verärgert) Ich habe einfach keine Lust, krank zu sein, und ich will nicht mehr Kleider anziehen. Letzte Woche, als ich merkte, dass ich krank werde und Fieber bekomme, da habe ich beschlossen, einige Handwerksarbeiten in

meiner Wohnung fertig zu machen, und zwar harte körperliche Arbeit. Ich musste das tun. (Er betont das, als würde er mir beweisen wollen, dass er nicht so eine schwache Person ist, wie er dachte, dass ich ihn sehe, indem ich das Kranksein anspreche). Ja sogar wenn ich Halsschmerzen habe, esse ich absichtlich Eiscreme, um mir zu beweisen, dass ich nicht krank bin.

Th: Um sich zu beweisen, wie stark Sie sind, dass die Kälte Ihnen nichts anhaben kann, und nicht einmal Fieber Sie von der Arbeit abhalten kann...

Sam: ...um zu zeigen, dass ich Krankheit einfach nicht akzeptiere. Ganz einfach, weil ich es nicht will... es ist zu langweilig. Aber warum bitte reden wir überhaupt über so etwas völlig Nebensächliches. Das ist nicht wichtig, und schon gar nicht für eine Analyse (ungewöhnlich erregt und verärgert)!

Th: (Die emotionelle Stimmung zwischen uns ist gereizt, aufgewallt, aber intensiv.) Na ja, ich denke, dass es wichtig ist. Alles, was Sie fühlen, was Sie denken, was Sie tun, was Sie mir zeigen, ist wichtig für uns. Wissen Sie Sam, irgendwie bin ich jetzt selbst in einem Dilemma. Ich habe gesehen, wie sehr Sie diese Themen irritieren und ärgern. Ich fühle mich aber auch, wie eine besorgte Mutter, die sich um Ihre Gesundheit und Krankheit sorgt und über die angemessene Kleidung bei minus 10 Grad Außentemperatur mit Ihnen diskutiert. Und eigentlich bringen Sie dieses Thema herein in unsere Stunden, und zwar nicht, indem Sie darüber reden, sondern indem Sie es mir „zeigen“, mit den kalten Händen, der Abwesenheit wegen Krankheit, der chronischen Verkühlung... Und wenn ich das ganze Thema um Körper und Krankheit, das Sie wortlos einbringen, nicht aufgreifen würde, dann könnten Sie das Gefühl haben, ich kümmer mich nicht um Sie, ja sogar, ich nehme Sie gar nicht wahr...

Sam: (lacht verlegen) Ähm, na ja, ich sehe das Dilemma, ja...Aber ich weiß nicht...ja, es ist mir wichtig, dass Sie aufgreifen, was in mir vorgeht. Aber was ich nicht verstehe, wie wissen Sie denn, dass ich irritiert oder verärgert bin. Ich sage das doch gar nicht.

Th: Oh, Sie zeigen es mir, in ihrem Gesicht, mit ihrem Körper, wie Sie sprechen oder aufhören zu sprechen, wie Sie sich selbst berühren, am Kopf, ihre Hände reiben, ihre Beine in einem beruhigenden Rhythmus schaukeln.... in all dem drücken Sie sich aus...

Sam: Sie meinen also, dass andere Menschen das auch sehen könnten?

Th: Ja, das denke ich. (Pause) Wie ist das für Sie? Sie möchten das nicht?

Sam: Nein, nein, das ist ok, aber was mich besorgt macht ist, dass ich das gar nicht in mir fühle...

So wie Sie heute mit mir geredet haben, das ist sehr wichtig für mich. Das wäre gut, wenn Sie das öfter machen könnten...geht das irgendwie...? (wirkt still berührt und sehr nachdenklich)

Diese Offenheit und Unmittelbarkeit in der Begegnung mit Sam erlebten wir beide als ein besonderes Ereignis; es stärkte unser Gefühl der Verbundenheit. Aus dieser Sicherheit in der Bindung und dem Gefühl, wahrgenommen und „erkannt“ zu werden, erweiterte sich Sam's Kapazität zur Mentalisierung, seine empathischen und introspektiven Fähigkeiten. Sams emotionale Elastizität wuchs, sodass er sich auch zunehmend in der Lage sah, Konflikte zu moderieren, und ihnen nicht nur auszuweichen. Dies förderte die Entwicklung seiner beruflichen Perspektiven und machte ihn risikobereiter und experimentierfreudiger. Diese Vignette markierte einen Meilenstein eines mühevollen Weges, auf dem wir schon zahlreiche ähnliche Interaktionen erlebt hatten, die in kleinen Dosen Schritt für Schritt zur Klärung und Offenheit beitragen konnten. Das Einbringen meines Erlebens in seine Welt, in die er mich eintreten hat lassen, wirkte in ihm ganz unmittelbar, weil dies mit seiner gegenwärtigen Erfahrung verbunden werden konnte.

In Sam's Leben begann sich schon während der Therapie einiges zu verändern. Gelegentlich kommt er noch vorbei, um zu erzählen, wo er nun steht und sich der Verbindung zu mir zu vergewissern. Seit nun drei Jahren lebt er mit seiner Partnerin zusammen; seine berufliche Entwicklung geht voran, weil er mutiger und auch initiativer geworden ist.

Abschließende Bemerkungen

Frühe Erfahrungen prägen Bindungsmuster und die Art und Weise, wie wir uns im Beziehungsrahmen positionieren und was wir von dem Anderen zu erwarten haben. Es sind wiederum viele neue emotionale Erfahrungen, die über eine längere Zeitdauer gemacht werden, die diese Muster öffnen, bewegen und modifizieren können. Aufbauend auf den modifizierenden emotionalen Erfahrungen trägt die mentale Fähigkeit, diese Erfahrungen zu reflektieren und zu kommunizieren, zu einer Veränderung eingefahrener Muster bei.

In gewisser Weise nehmen PsychotherapeutInnen im Rahmen der therapeutischen Behandlung die Rolle einer sicheren Bindungsfigur ein, aus der heraus ein Bindungsstil modifiziert und verändert werden kann (siehe auch (Levine und Heller 2011)). Auch sicher gebundene Menschen können eine merklich modifizierende Wirkung auf ihre PartnerInnen haben. Muster sind zwar hartnäckig, aber über einen längeren Zeitraum hinweg veränderbar. Die Vorstellung, vor allem durch kognitive Einsicht eingefahrene Verhaltens- und Erlebensmuster dauerhaft durchbrechen zu können, kann aus der therapeutischen Praxis heraus nicht bestätigt werden. Auch die Neurobiologie verweist auf die Veränderbarkeit ein-

Bindung

gefährer neuronaler Netzwerke, es wird aber gleichzeitig die Bedeutung des Einwirkens kontinuierlicher neuer Erfahrungen und der mentalen Reflexionsprozesse betont (Siegel 2012).

Um zu einer sicheren Bindungsfigur werden zu können, ist für PsychotherapeutInnen ein Basisverständnis über die Erkenntnisse, die die Bindungsforschung und -theorie bereitgestellt haben, hilfreich. Aus diesem Basisverständnis heraus lassen sich Handlungsoptionen und Interventionsstrategien ableiten. Nicht zuletzt spielt dabei auch das Bindungsmuster der TherapeutInnen eine wichtige Rolle.

Literatur

- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. New York: W.W. Norton & Company.
- Bowlby, J. (2010). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, K.-H. (2001). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchheim, A., George, C., Juen, F., & West, M. (2000). *Das Adult Attachment Projektive Picture System (AAP)*. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 355–375). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fonagy, P. (2003). Bindung, Holocaust und Ergebnisse der Kinderpsychoanalyse: Die Dritte Generation. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004/2012). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes, J. (2010). *Exploring in security: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy*. New York: Routledge.
- Levine, A., & Heller, R. S. F. (2011). *Attached: The new science of adult attachment and how it can help you find – and keep – love*. New York: Jeremy P.Tarcher/Penguin Group.
- Lichtenberg, J. D. (2005). *Kunst und Technik psychoanalytischer Therapien*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2000/1992). *Das Selbst und die motivationalen Systeme: Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2000/1996). *Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik: Konzepte der Selbst- und Entwicklungspsychologie in der Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Main, M. (2002). *Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenenem: Flexible bzw. inflexible Aufmerksamkeit unter bindungsrelevantem Stress*. In K.-H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann, & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege: Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 165–218). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Modell, A. H. (2003). *Imagination and the meaningful brain*. Cambridge: The MIT Press.
- Pinter, K. (2007). *Resonanz und Differenz – ein Wechselspiel therapeutischen Engagements*. Selbstpsychologie. *Europäische Zeitschrift für Psychoanalytische Therapie und Forschung*, 8(29/30), 387–400.
- Pinter, K. (2009). *Diskontinuität – Entwicklungschancen im psychoanalytischen Prozess nutzen*. *Psychotherapie Forum*, 17(1), 15–20.
- Schore, N. A. (2003). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Siegel, J. D. (2012). *Mindsight. Die neue Wissenschaft der persönlichen Transformation*. München: Goldmann.
- Slade, A. (2004). *Two therapies: Attachment organization and the clinical process*. In L. Atkinson & S. Goldberg (Hrsg.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (S. 181–206). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Winnicott, D. W. (1965/2007). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Karnac.
- Wolf, E. S. (1998). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.