

## Psychotherapie für Menschen mit unsicherer sozialer Bindung

### Die Bindungstheorie

John Bowlbys Bindungstheorie besagt, daß Menschen aufgrund ihrer Bindungserfahrungen in den ersten Lebensjahren eine unterschiedlich gute oder schlechte soziale Bindungsfähigkeit entwickeln. Babys und Kleinkinder auf deren Bedürfnisse nicht in adäquater Weise eingegangen wird, können ein nicht optimales Bindungsverhalten nach den Bindungsmustern A (Unsicher-Vermeidend), C (Unsicher-Ambivalent) oder D (Desorganisiert) entwickeln.

Die ideale Bindungsform ist B (sicher gebunden).<sup>1</sup>

In diesem Referat soll es darum gehen, welche Möglichkeiten der Psychotherapie es speziell für Menschen mit unsicherer sozialer Bindung gibt.

### Therapie

Wenn ein Patient einen Psychotherapeuten aufsucht, so ist sein Bindungssystem maximal aktiviert. Er braucht den Psychotherapeuten in dieser Situation als sichere Bindungsperson, die ihm als Basis zur Exploration seiner inneren Phantasiewelten oder seiner Lebensrealität dient. Diese Basis ist die Voraussetzung für eine psychische Veränderung.

Der Therapeut muß eine sichere Bindung zum Patienten aufnehmen und in seinem Verhalten dem Patienten als ein sicherer Hafen dienen. Bei der Therapie von Kindern können diese im Symbolspiel ihre erlebten unsicheren Bindungssituationen darstellen, worauf der Therapeut dann eingeht. Durch neue positive Bindungserfahrungen mit dem Psychologen kann sich der Patient von negativen Bindungsmustern trennen, alte Bindungserfahrungen in einem neuen Licht sehen und eine bessere Bindungsqualität aufbauen. Mit dem Therapeuten als sicherer Basis seines Handelns kann der Patient neue Verhaltensweisen in seinen alltäglichen Beziehungen entwickeln und die Psychotherapie wird zu einer korrigierenden neuen Bindungserfahrung.<sup>2</sup>

Eine gute emotional tragende therapeutische Bindung zwischen dem Therapeuten<sup>♀</sup> und seinem Patienten („therapeutic bond“) ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Psychotherapie. Für Psychotherapeuten wäre es von großer Bedeutung, ihr eigenes Bindungsverhalten zu kennen.

Glücklicherweise ist soziale Bindung kein unveränderlicher Zustand, sondern kann sich im Laufe des Lebens abhängig von gemachten Erfahrungen noch verändern.

Um angemessen auf den Patienten eingehen zu können, ist es für den Therapeuten äußerst hilfreich, die verschiedenen Bindungsmuster zu kennen. So muß er bei beziehungsvermeidenden Patienten am Anfang mehr Distanz halten und darf weniger auf emotional belastende Inhalte eingehen, um den Patienten nicht unabsichtlich zum Therapieabbruch zu zwingen.<sup>3</sup>

1 [http://www.sgipt.org/gipt/entw/bindung/path\\_1.htm#N\\_4](http://www.sgipt.org/gipt/entw/bindung/path_1.htm#N_4)

2 Bindungstheorie in der Psychotherapie, Manfred Endres und Susanne Hauser, Seite 85 ff

♀ Der Einfachheit halber verwende ich in diesem Artikel immer die männliche Wortform. Selbstverständlich könnte es sich auch um eine Therapeutin oder eine Patientin handeln.

3 Bindung und seelische Entwicklungswege, Karl Heinz Brisch, Seite 360, UB Bielefeld Signatur: BO500 B6S4E

## Fallbeispiel für Problematik und Therapieansatz

### Neurodermitis<sup>4</sup>

#### *Symptomatik*

Ein 19-jähriger junger Mann leidet schon lange an Neurodermitis. Er wohnt seit einem halben Jahr mit seiner Freundin zusammen, mit der er sich sehr gut versteht. Die Organisation des Alltags funktioniert problemlos.

Obwohl er es sich „sehnlichst gewünscht“ hat mit ihr zusammen zu ziehen, hält er die Nähe nicht aus. Besonders wenn er sehr nah oder intim mit seiner Freundin zusammen ist, wird er aggressiv und muß die Wohnung verlassen, weil er Angst hat, daß es sonst „zur Explosion“ kommen könnte.

Momentan ist er arbeitsunfähig weil seine Haut durch eine Verschlimmerung der Neurodermitis an vielen Stellen „offen ist und blutet“.

#### *familiärer und sozialer Hintergrund*

Herr O. ist das achte und letzte Kind seiner Mutter, die seiner Meinung nach bereits „nach sechs Kindern eigentlich genug“ hatte. Er kann sich nicht genau an die Namen oder Geburtstage seiner Geschwister erinnern. Er meint seine Mutter sei mit so vielen Kindern überfordert gewesen und hat seine Familie als einen Ort in Erinnerung, an dem jeder zusehen mußte wie er überlebte.

Schon als Säugling hatte er Hautprobleme. Als Kind gab es täglich Kämpfe mit der Mutter, von der er sich aufgrund der dabei auftretenden Schmerzen nicht eincremen lassen wollte.

Als er in der Pubertät längere Zeit im Krankenhaus war, wurde er sehr liebevoll von einer Krankenschwester eingecremt, an die er sich sehr positiv erinnert, weswegen er die Zeit im Krankenhaus als angenehm in Erinnerung hat.

Zum Zeitpunkt der Behandlung absolviert er eine Lehre, die aber wegen seiner Krankheit gefährdet ist.

#### *Bindungsdynamik*

Wahrscheinlich war die Beziehung zwischen Herrn O. und seiner Mutter von Anfang an ambivalent, weil er als achttes Kind nicht gewünscht war und die Mutter speziell auch durch seine Hautproblematik überfordert war.

Durch das tägliche Eincremen gegen seinen Willen war die Mutter für ihn ein Ort, an dem er Pflege und Schutz für seine schmerzende Haut bekam, die er durch die schmerzhafteste Mißachtung seiner Bedürfnisse aber auch mit Haß und einem Gefühl der Ohnmacht erlebte. Dieses Gefühl ohnmächtiger Wut und Hilflosigkeit in einer angstmachenden Situation ist typisch für das Bindungsmuster der Desorganisation.

Vermutlich hatte Herr O. eine ambivalent-unsichere Bindung zu seiner Mutter mit zusätzlich vermeidenden und desorganisierten Bindungsanteilen. Das wird auch aus der positiven Beziehung zu der Krankenschwester deutlich, zu der er soviel emotionale Sicherheit aufbauen konnte, daß er sich von ihr pflegen lassen konnte.

#### *Therapieverlauf*

In der ersten Behandlungsphase war Herr O. sehr mit der Beziehung zu seiner Freundin beschäftigt. Er hatte Angst sie zu verlieren, konnte aber ihre Nähe auch nur kurze Zeit aushalten.

---

4 Bindungsstörungen, Karl Heinz Brisch, Seite 214 - 224

Er kam dreimal die Woche sichtlich gerne zur Therapie im Liegen. Eine 50-minütige Behandlung war allerdings am Anfang noch zu lang für ihn. Es kam vor, daß er sich nach 20 Minuten aufrichten mußte, weil er seine inneren Spannungen nicht mehr aushalten konnte. Teilweise mußte er auch vor Ende der Stunde gehen.

Nach einiger Zeit der Therapie konnte er mit seiner Freundin über Nähe und Distanz in der Beziehung sprechen und ihre Beziehung entspannte sich.

Es stellte sich heraus, daß Herr O. nicht nur zu seiner Mutter ein ambivalentes Verhältnis gehabt hatte, auch seine ältere Schwester, die schon zu Anfang der Therapie als Bezugsperson angedeutet worden war, hatte ein zwiespältiges Verhältnis zu ihm. Oft kam sie nachts zu ihm ins Bett, was er wegen der Nähe als sehr angenehm empfand, doch mußte er für ihre Nähe „einen Preis bezahlen“, womit er vorsichtig seinen sexuellen Mißbrauch durch die Schwester andeutet.

An dieser Stelle wird auch deutlich, weshalb er in Intimsituationen mit der Freundin „explodiert“. An dieser Stelle ist die Mißbrauchserfahrung in der Übertragung auf seine Freundin aktiviert worden.

Mit der Zeit wird der Therapieraum für den Patienten zu einer sicheren „Höhle“, an die er sich anders als an den Therapeuten angstfreier und vorhersagbarer binden kann. Im weiteren Verlauf kommt es bei Herrn O. zu einer Stabilisierung.

Schwierig zu ertragen sind für ihn die Urlaubszeiten des Therapeuten. Vor dem Urlaub, der schon lange vorher Thema in den Sitzungen ist, bittet er sich ein Bild aus der Praxis ausleihen zu dürfen, mit dem er die Therapiepause besser überstehen will. Sein ambivalentes Bindungsschema wird auch an dieser Objekt-Bindung deutlich, denn die Bindung an einen Gegenstand in dem als sicher erlebten Therapieraum kann für den Patienten eher benannt werden, als die Bindung zum Therapeuten, bei der die ambivalenten Teile überwiegen.

Als ihm die Wünsche nach Nähe seiner Freundin zu viel werden, verläßt er sie nach über zwei Jahren.

Nun tauchen bei Herrn O. Wünsche auf eine „Expedition“ zu unternehmen, womit er eine geplante längere Reise bezeichnet. In vielen Stunden wird über die konkrete Durchführung dieser Unternehmung gesprochen, der Patient fühlt sich inzwischen sicherer, sich zumindest in der Vorstellung vom Therapeuten zu trennen und „neue Kontinente zu erkunden“.

Das Wohnmobil welches sich der Patient für seine Reise baut und von dem er stolz in den Sitzungen erzählt, ist so real wie es auch symbolisch verstanden werden kann.

Es besteht aus einem Mobil-Teil, mit dem die Gegend erkundet werden kann und einem Mutter-Teil, daß zurückgelassen werden kann und zu dem als sicherer Ausgangsbasis er nach seinen Unternehmungen wieder zurückkehren kann.

Tatsächlich plant er nach Fertigstellung des Wohnmobils konkret eine dreimonatige Unternehmung, zu der er aufbricht und den Therapeuten mit Herzklopfen und Besorgnis zurückläßt. Dem Therapeuten verspricht er, als er dessen Aufregung bemerkt, von unterwegs Postkarten als Lebenszeichen zu schicken.

Der Therapeut erhält während der nächsten Monate tatsächlich immer wieder Postkarten und erlebt, wie der Patient wirklich neue Kontinente erkundet, wenn auch nicht immer alles reibungslos verläuft.

Nach der Reise erscheint er pünktlich wieder zur Therapie und nun steht auch ein Ende der Therapie als Thema im Raum, was der Patient angstfrei und ohne Trennungsängst ansprechen kann.

Zum Abschied erhält der Therapeut ein Bild, das Herr O. von seiner Reise mitgebracht hat. Der Therapeut soll dadurch an Herrn O. denken können, so wie Herr O. durch das Bild aus der Praxis an den Therapeuten gedacht hat.

### *Schlußfolgerungen*

In der dreieinhalb-jährigen Behandlung konnten die aggressiv-aufgeladene Bindungsbeziehung zur Mutter, sowie das schwierige Verhältnis zur Schwester bearbeitet werden und es fand eine Ich-Stabilisierung des Patienten statt.

Durch die Sicherheit die mit der Bindung an den Therapeuten entstanden war, war es dem Patienten möglich sich loszulösen und seine Wünsche nach Ablösung und Exploration zu befriedigen. Durch die Schaffung des „Mutter-Mobils“ konnte er sich auch länger und weit von dem sicheren Ort der Therapie entfernen.

Die Neurodermitis war zwar nicht geheilt, kam aber über längere Phasen nicht mehr zum Ausbruch. Gegen Ende der Beziehung reichte zur Behandlung eine Fettcreme, Kortison war schon lange verzichtbar geworden.

Zwei Jahre nach Therapie-Ende ist Herr O. glücklich verheiratet und verdient sein Geld selbstständig als erfolgreicher Jungunternehmer.

### **Persönliche Schlußfolgerung**

Wie das Beispiel zeigt (und es gibt viele Beispiele mehr, die in dieser Arbeit aufgrund des Umfangs aber keinen Platz mehr gehabt haben) ist es möglich sich von einer unsicheren sozialen Bindung hin zu einem selbstständigen und erfüllten Leben zu entwickeln.

Menschen sind keine Graugänse die, einmal geprägt, den Rest ihres Lebens nach dem selben Schema leben müssen.

Die Bindungstheorie ist für das Verständnis von sozialen Bindungen besonders für Menschen in sozialen Berufen von Bedeutung und sollte jedem der mit Menschen arbeitet wenigstens grob bekannt sein.

**Fabian Everding, 17.01.2005**