



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Robert T. Muller

Wenn Patienten keine Nähe zulassen

**Strategien für eine bindungsbasierte
Traumatherapie**

Aus dem Amerikanischen übersetzt
von Elisabeth Vorspohl

Mit einem Vorwort von Anna Buchheim

Klett-Cotta

Klett-Cotta
www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »Trauma and the avoidant client.
Attachment-based strategies for healing«.
© 2010 by N. N. Norton & Company, New York, London

Für die deutsche Ausgabe
© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten
Printed in Germany
Typografie: Marion Köster, Stuttgart
Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart
Unter Verwendung eines Fotos von © Aaron Amat – Fotolia.com
Gesetzt von Kösel, Krugzell
Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt
und gebunden von ggp media GmbH, Pößneck
ISBN 978-3-608-94786-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

*Für
Diane
und
Aviva, Aaron und Noah*

*In Dankbarkeit für die Liebe,
Inspiration und Freude, die sie mir schenken*

Inhalt

Vorwort zur deutschsprachigen Ausgabe	9
Dank	13
Einleitung	15
1 Woran erkennen wir die vermeidende Abwehr?	20
John Bowlby und die Bindungstheorie	21
Defensiver Ausschluss	23
Bindungsmuster im Erwachsenenalter und ihre wesentlichen Merkmale	24
Vermeidende Abwehrstrategien	27
Vermeidung, Trauma, und was die Forschung uns lehrt	42
Klärende Erläuterungen zur Verwendung des Begriffs »Vermeidung«	45
Zusammenfassung	46
2 Aktivierung des Bindungssystems und Infragestellung der defensiven Vermeidung	47
Empirische Funde, die für die Aktivierung des Bindungssystems in der Therapie sprechen	47
Warum es nicht einfach ist, die Bindung zu aktivieren und die defensive Vermeidung infrage zu stellen	55
Zusammenfassung	63
3 Interventionsstrategien zur Einleitung der Therapie	65
Die »Ich-bin-kein-Opfer«-Identität	65
Symptome als Motivationsfaktoren benutzen	73
Auf Zeichen der Ambivalenz achten und gemischte Gefühle konstruktiv nutzen	83
Fragen zu Themen der Fürsorglichkeit und des Schutzes	88
Warum muss der Therapeut Fragen nach Fürsorge und Schutz stellen?	90

4 Unterstützung der Trauer bei emotionaler Distanziertheit	93
Emotionale Distanziertheit	97
Trauer	102
5 Aufbau der therapeutischen Beziehung	116
Fallbeispiel: Terry	116
Verbundenheit, Verwundbarkeit, Distanzierungsmanöver	119
Bearbeitung der Verbundenheit, der Verletzlichkeit und des Distanzierungsmanövers in der therapeutischen Beziehung	125
6 Die Gegenübertragung verstehen	138
Wenn sich der Therapeut allzu große Mühe gibt	141
Wenn der Therapeut die Hoffnung aufgibt	155
Zusammenfassung	163
7 Die Behandlungskomponenten in ihrer Gesamtheit: der Fall Madeline	166
8 Beendigung der Therapie	179
Allgemeine Leitlinien zur Beendigung einer Psychotherapie	179
Vorzeitige Beendigung	182
Die Gefühle des Therapeuten im Zusammenhang mit der Beendigung	189
Epilog	194
Literatur	195
Angaben zum Autor	206

Vorwort zur deutschsprachigen Ausgabe

In prospektiven Longitudinalstudien und zahlreichen retrospektiven Erhebungen wurde belegt, dass früh einwirkende biologische und psychosoziale Stressfaktoren Langzeitfolgen für psychische und körperliche Erkrankungen haben. Sie bewirken eine verstärkte Neigung zu Somatisierung und weiteren psychischen Störungen. Als empirisch gesicherte kompensatorische *Schutzfaktoren* stehen an erster Stelle die dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson sowie sicheres Bindungsverhalten (Egle et al. 2002). Diese Erkenntnisse verdanken wir John Bowlby (1969, 1973, 1980), dem Begründer der empirisch fundierten Bindungstheorie, die eine naturwissenschaftliche, ethologisch geprägte Erklärung bietet, warum mangelnde Fürsorge, Trennungserfahrungen, Trauma und Gewalt sich schädlich auf die seelische Entwicklung auswirken. Sie beschreibt die sichere Bindung des Kleinkindes an seine Bindungsperson als *Schutzfaktor*, Trennungen und Verluste oder andere Traumata dagegen als *Risikofaktoren* für die weitere Entwicklung. Die Bindungsforschung hat bemerkenswerte Entdeckungen über qualitativ unterschiedliche Organisationsstrukturen von Emotionen, Verhalten und sprachlicher Repräsentation als Folge jeweiliger Bindungserfahrungen gemacht. Aus realen Bindungserfahrungen entwickeln sich sogenannte innere Arbeitsmodelle von Bindung, die mittels sogenannter repräsentationaler Interviewmethoden erfasst werden (z.B. Buchheim & Strauss 2002; George & West 2012).

In der *klinischen* Bindungsforschung sind die Bindungskategorien »unverarbeiteter Verlust« bzw. »unverarbeitetes Trauma« für die Einschätzung von Psychopathologie von besonderer Bedeutung (z.B. Buchheim & George 2011). Der hohe Anteil an unsicherer und insbesondere desorganisierter Bindung bei unterschiedlichen Störungsbildern, vor allem bei traumatisierten Patienten, ist inzwischen in zahlreichen Untersuchungen belegt worden (z.B. Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn et al. 2009). Die Möglichkeit der Veränderung von unsicheren Bindungsrepräsentationen durch Psychotherapie bis hin zur neuronalen Veränderung zeigen neuere Untersuchungen (z.B. Levy et al. 2006; Buchheim et al. 2012a, 2012b).

Thema dieses innovativen, klinisch sehr relevanten Buchs ist die psychotherapeutische Arbeit mit Patienten mit traumatischen Erfahrungen in Bindungsbe-

ziehungen wie Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung durch Bezugspersonen sowie traumatische Verluste. Im Fokus dieses Buchs stehen Patienten, die Nähe zu wichtigen Personen und zum Therapeuten vermeiden und damit keine Nähe zulassen können. Charakteristisch für die *vermeidende Bindung* ist das Deaktivieren sowie Bagatellisieren schmerzvoller Bindungserfahrungen. Deaktivierung beschreibt eine Form der Abwehr, die das Individuum einsetzt, um bindungsrelevante Themen zu vermeiden, also ihre Bedeutung zu mindern, abzulehnen oder zu entwerten. Deaktivierung schafft eine Art repräsentationale Distanz zwischen dem Individuum und dem bindungsaktivierenden Ereignis (z. B. George & Solomon 1996). Von anderen Veröffentlichungen über die Traumabehandlung unterscheidet sich dieses Buch dadurch, dass es aufzeigt, wie man Menschen helfen kann, die sich selbst und andere davon zu überzeugen versuchen, sie seien *gar nicht* hilfsbedürftig.

Aus Sicht von Robert T. Muller konzentrierten sich Untersuchungen in diesem klinischen Feld zumeist weniger auf die Frage: »Was können wir tun, um diesen Patienten zu helfen?«, als vielmehr auf die Frage: »Warum ist es so schwierig, ihnen zu helfen?« Die Frage, was wir tun können, um diesen Patienten zu helfen, beantwortet dieses Buch anhand von zahlreichen Anregungen und Zusammenfassungen aus klinisch-bindungstheoretischer Perspektive. Einige Postulate werden aufgestellt, wie z. B.: »Wenn die Deaktivierung nicht infrage gestellt wird, kann sich der Patient nicht verändern« oder: »Die Deaktivierung erweist sich als unzulängliche Bewältigungsstrategie«. Vermeidende Patienten werden einerseits als vulnerable Patienten beschrieben, die dementsprechend mannigfaltige Symptome aufweisen; andererseits neigen sie dazu, Hilfsangebote defensiv abzulehnen. Der Therapeut fühlt sich in den Sitzungen in zwei verschiedene Richtungen gleichzeitig gezogen. Er steht unter dem Druck, den traumatischen Distress des Patienten anzuerkennen und ins Zentrum seiner Arbeit zu rücken; paradoxerweise aber fühlt er sich auch gedrängt, das Trauma zu bagatellisieren und das Gespräch darüber zu vermeiden, um den Erwartungen des Patienten zu entsprechen.

Muller gibt konkrete Hinweise, was der Therapeut »tun muss« und »was er nicht tun darf«, damit die sogenannte »Ich-bin-kein-Opfer«-Identität bearbeitet werden kann. Der Therapeut wird ermutigt, seine Aufmerksamkeit auf narrative Diskrepanzen und auf Geschichten, die nicht zusammenpassen, zu lenken. Zusammenhänge zwischen den Symptomen und der Bindungsgeschichte herzustellen bedeutet, dass der Therapeut dem Patienten dabei hilft, seine Beschwerden explizit mit stichhaltigen Gründen für eine Behandlung in Verbindung zu bringen sowie über die Bedeutung bestimmter fürsorglicher Handlungen nachzudenken.

Die Neigung, sich von den schmerzhaften, mit überwältigenden Verlusterfahrungen einhergehenden Gefühlen zu distanzieren, ist eines der Hauptmerkmale der vermeidenden Bindung. Übereiltes Verzeihen ist ein Charakteristikum, das anhand von Beispielen beschrieben wird. Muller empfiehlt, dem Patienten zu helfen, emotionale Zusammenhänge zwischen Verlusten jüngeren Datums und solchen aus der Vergangenheit herzustellen. Welche schwierigen Gefühle bringt der neue Blick auf die eigenen Eltern und die Herkunftsfamilie mit sich? Häufig werden aus dieser expliziten Sicht Distanzierungsmanöver zum Selbstschutz eingesetzt. Es wird dabei untersucht, wie es sich auf den Therapeuten auswirkt, wenn seine Patientin nicht recht weiß, wie sie ihn »benutzen« kann, wenn sie auf bedrohliche und komplizierte Gefühle in der Form reagiert, dass sie seine Bemerkungen überhört oder nicht ernst nimmt oder wenn sie sich wegen ihrer schmerzvollen Gefühle Selbstvorwürfe macht oder sogar die Therapie abbrechen möchte.

Robert T. Muller betont detailliert, dass auch der Behandler gefordert ist, sich selbst zu erforschen und sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Er geht davon aus, dass Therapeut-Patient-Dyaden mit gegensätzlichen Bindungsstilen tendenziell effektiver arbeiten. Dies steht in Einklang mit konkreten Studien zu Bindungsrepräsentationen von Therapeuten und dem Behandlungserfolg von Patienten (Schauenburg et al. 2010) sowie dem Zusammenspiel der Bindungsrepräsentationen von Patienten und Therapeuten und deren Auswirkung auf die therapeutische Beziehung (Petrowski et al. 2011, 2012). Dieser Ansatzpunkt wirft die wichtige Frage auf, inwieweit Psychotherapeuten sich bereits in der Ausbildung ihrer eigenen Bindungsrepräsentation bewusst werden sollten. Ein Kapitel in dem Buch ist deshalb der Gegenübertragung gewidmet, denn die Bindungsgeschichte des Therapeuten und seine persönliche Verwundbarkeit üben auf Behandlungsentscheidungen oft einen wesentlichen Einfluss aus. Ein häufiges Reaktionsmuster besteht darin, allzu große Anstrengungen zu unternehmen. Auch Antipathie oder Hass auf den Patienten können den Behandler veranlassen, den Glauben an die Therapie zu verlieren.

Dem Autor dieses Buchs ist es vortrefflich gelungen, die Frage zu beantworten, wie Patienten, die die Folgen ihrer traumatischen Erfahrungen verleugnen und bagatellisieren und so tun, als sei alles in Ordnung, für die psychotherapeutische Arbeit gewonnen werden können. Seinem Buch wünsche ich eine weite Verbreitung.

Literatur

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10 000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11 (3), 223–263.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation. Anxiety and anger*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3: *Loss, sadness and depression*. Hogarth Press, London.
- Buchheim, A. & Strauss, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsfor- schung. In: B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte*. Stuttgart: Schattauer. S. 27–53.
- Buchheim, A. & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In: J. Solomon & C. George (Eds.), *Disorganized Attach- ment and Caregiving*. Guilford Press, New York, S. 343–383.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kern- berg, O., Bruns, G., Taubner, S. (2012a). Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PLoS ONE* 7(3): e33745. doi: 10.1371/journal.pone.0033745.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kern- berg, O. F., Bruns, G., Taubner, S. (2012b). Neuronale Veränderungen bei chronisch- depressiven Patienten während psychoanalytischer Psychotherapie. Funktionelle Magnetresonanztomographie-Studie mit einem Bindungsparadigma. *Psychothera- peut* 57: 219–226.
- Egle, U. T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B., Hoffmann, S. O. (2002). Früher Stress und Lang- zeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungs- desiderate. *Z Psychosom Med Psychother*, 48: 411–434.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198–216.
- George, C. & West, M. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System*. New York: Guilford Press.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–40.
- Petrowski, K., Nowaki, K., Pokorny, D., Buchheim, A. (2011). Matching the Patient to the Therapist: The roles of attachment status and the Helping Alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease* 11: 839–844.
- Petrowski, K., Pokorny, D., Joraschky, P., Buchheim, A. (2012). The Therapist's Attachment Representation and the Patient's Attachment to the Therapist. *Psychotherapy Research* 2. [Epub ahead of print].
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy abstract. *Psychotherapy Research*, 20 (2): 193–202.

Dank

Viele Menschen haben dazu beigetragen, dass dieses Buch Wirklichkeit wurde. Ich verdanke meine Behandlungsmethode der Supervision und der Lektüre, die meine Ausbildung von Anfang an begleiteten. Als Student und Forschungsassistent von David Bakan begann ich mich für Traumata und Psychotherapie zu interessieren. Als Doktorand verschrieb ich mich Mitte der 1980er Jahre an der Michigan State University der psychodynamischen Psychotherapie. Durch Bertram Karons direktive Methode zur Behandlung extrem gefährdeter Hochrisiko-Patienten lernte ich, innerhalb eines psychodynamischen Bezugsrahmens zu formulieren und zu arbeiten, der den Patienten zu aktiver Mitarbeit anregt, Hoffnung schafft und der therapeutischen Beziehung einen hohen Wert beimisst. Die Schriften von Lester Luborsky (1984) und David Malan (1979; 1995) haben in meiner damaligen Ausbildung eine erhebliche Rolle gespielt. Als Postdoktorand an der Harvard University und am Massachusetts General Hospital lernte ich von meinen klinischen Supervisoren Robert Reifsnnyder und Steven Nisenbaum, innerhalb eines bindungsgestützten Bezugsrahmens zu formulieren. Ein wenig später, 1992, erschien Judith Hermans Buch *Trauma and Recovery* [dt.: *Die Narben der Gewalt*, 2010], das meine Arbeit in der Behandlung von Traumaüberlebenden nachhaltig beeinflusst hat.

Dankbar bin ich auch für die Ideen, die Einsichten und das Feedback meiner Kollegen, Kolleginnen und Freunde. Lynn Angus von der York University und Charles Gelso, Herausgeber der Fachzeitschrift *Psychotherapy*, halfen mir mit ihren Kommentaren zu früheren Artikeln, aus denen dieses Buch hervorging. Meine Frau (und Kollegin) Diane Philipp verbrachte ebenso wie Andrea Costella, Lektorin bei W.W. Norton, lange Stunden mit der Lektüre und redaktionellen Bearbeitung zahlreicher Entwürfe des Buchmanuskripts. Enorm profitiert habe ich auch von den Anmerkungen und Hinweisen Daniel Carlats, des Verlegers und Herausgebers des *Carlat Psychiatry Report*, und von Steven Mullers detaillierter, umfassender Begutachtung des Manuskripts. Ich danke meinen langjährigen Freunden und Kollegen Peter Snyder und Christopher Green für ihre Hinweise

und Ratschläge zur Publikation des Buches und Natalie Zlodre vom Hincks-Dellcrest Centre, die mir vor etlichen Jahren vorschlug, klinische Workshops zum Thema Trauma und Vermeidung anzubieten, und mir bei der Durchführung zur Seite stand.

Danken möchte ich zudem meinen Doktorandinnen Kristin Gragtmans, Julie Cinamon, Karina Zorzella, Susan Rosenkranz, Ritu Bedi, Cheryl Fernandes und Lise McLewin für ihre Liebe zum Lernen, ihre hingebungsvolle Arbeit und ihr tatkräftiges Engagement auf diesem Forschungsgebiet, sowie Adele Newcombe und Zohrah Haqanee für die Literaturrecherche.

Ich danke meinen Patientinnen und Patienten. Wahrscheinlich ist ihnen nicht bewusst, wie viel ich im Laufe der Jahre von ihnen gelernt habe!

Meinem Freund und Kollegen Tobias Nolte, M.D., bin ich von ganzem Herzen dankbar, dass er die deutschsprachige Ausgabe mit viel Einsatz befördert und den Verlag Klett-Cotta für das Projekt gewonnen hat.

Gewidmet ist dieses Buch meiner Frau Diane und meinen Kindern Aviva, Aaron und Noah. Ihre Liebe und Unterstützung waren grenzenlos und unerschütterlich.

Einleitung

Ich will nicht heucheln, ich will nicht Teil der gigantischen gesellschaftlichen Verschwörung sein, die Witwen dazu bringt, Fremden im Bus zu erzählen, dass »seine Zeit gekommen« war, oder Eltern, die ein Kind zu Grabe getragen haben, sagen lässt: »Wir sind so glücklich über jeden Tag, den wir mit ihr verleben durften.« Ich verweigere mich der Verschwörung, die uns zu Heuchlern macht, zu Lügneren, die nicht zugeben, dass Leben und Tod, dieses zweischneidige Breitschwert, sie verzweifeln lassen.

Scott Peck, All-American Boy

Dieses Buch hebt mit einigen wenigen einfachen Fragen an. Wie kann man Patienten, die so tun, als sei alles in Ordnung, und jeden Widerhall ihrer grausamen Vergangenheit verleugnen und kleinreden, für die psychotherapeutische Arbeit gewinnen? Wie hilft man einem verletzlichen Menschen, der sich und anderen seine Verletzlichkeit nicht eingestehen kann? Wie arbeitet man mit Traumaüberlebenden, die sich keineswegs sicher sind, ob sie überhaupt Hilfe wollen?

Der Kliniker, der eine therapeutische Verbindung herstellen möchte und einen solchen Patienten für die Mitarbeit zu engagieren versucht, weiß, dass sich die Behandlung schwierig gestalten wird. Es mag ihm sogar verlockend erscheinen, traumatisierte Patienten als »behandlungsresistent« abzuschreiben oder sie an andere Stellen zu überweisen. Vielleicht ist auch dies ein Grund, weshalb die Entwicklung spezifischer Interventionsstrategien für diese klinische Population nur langsame Fortschritte macht. Über die frustrierenden Aspekte der Arbeit mit solchen Patienten wurde zwar viel geschrieben, doch es gibt kaum Literatur, die als konkrete Behandlungsanleitung dienen könnte.

Als ich zu Beginn meiner Berufstätigkeit an der University of Massachusetts lehrte, besuchte ich im Rahmen einer Konferenz der Society for Family Therapy

and Research den Vortrag einer Kollegin. Gina O'Connell Higgins (1994) schilderte ihre Erkenntnisse über eine Gruppe resilienter Erwachsener, denen es gelungen war, die Auswirkungen traumatischer Lebenserfahrungen zu bewältigen. Ich war von diesem Vortrag so gefesselt, dass ich mich intensiv mit der Resilienz von Traumaüberlebenden zu beschäftigen begann. Eine positive Einstellung kann inspirierend sein. Doch nachdem ich intensiv mit erwachsenen Patienten, die intrafamiliäre Traumata erlitten hatten, gearbeitet und mich zusätzlich auf dem Gebiet der Bindungstheorie und Bindungskategorisierung weitergebildet hatte, begriff ich, dass die Geschichte in Wirklichkeit weit komplizierter ist: Zahlreiche Traumaüberlebende geben nur vor, dass es ihnen gut geht. Oft gelingt es ihnen jahrzehntelang, anderen Menschen und sich selbst weiszumachen, dass sie ihr Schicksal bewältigt haben. Menschen zu behandeln, die so tun, als sei mit ihnen alles in Ordnung (obwohl sie hilfsbedürftig sind), ist tatsächlich schwierig.

Thema dieses Buches ist die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Patienten. Traumatische Erfahrungen in Bindungsbeziehungen, Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung durch Bezugspersonen sowie traumatische Verluste sind die wichtigsten Stressoren, die untersucht werden sollen.¹ Den Patienten, die ich vorstelle, wurde die Fähigkeit geraubt, anderen zu vertrauen. Voraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit ist deshalb ein starkes therapeutisches Bündnis, das dem Patienten helfen kann, sein Vertrauen wiederzugewinnen. Meine Behandlungsmethode ist bindungsorientiert und psychodynamisch. Sie benutzt die therapeutische Beziehung, um die Beziehungsschwierigkeiten des Patienten und seine Kompensationsmechanismen zu verstehen. Der Patient wird ermutigt, interpersonale Risiken zu wagen, Gefühle zu äußern, die er normalerweise unterdrückt, Verluste zu betrauern und seine Verletzlichkeit und Schwäche anzuerkennen. Auch der Behandler ist gefordert, sich zu erforschen und mit sich selbst auseinanderzusetzen. Eines der schwierigeren Kapitel ist deshalb seiner Gegenübertragung gewidmet (6. Kapitel), denn die Bindungsgeschichte des Therapeuten und seine persönliche Verwundbarkeit üben auf Behandlungsentscheidungen oft einen wesentlichen Einfluss aus.

Von anderen Veröffentlichungen über die Traumabehandlung unterscheidet sich dieses Buch dadurch, dass es zeigt, wie man Menschen helfen kann, die sich selbst und andere davon zu überzeugen versuchen, dass sie nicht hilfsbedürftig

1 Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich mich nicht auf Traumatisierungen durch Naturkatastrophen, menschengemachte Desaster, Verkehrsunfälle, Entführungen oder Terrorangriffe konzentriere.

sind. Charakteristisch für die *vermeidende Bindung* ist das Bagatellisieren schmerzvoller Bindungserfahrungen. Wenn der vermeidende Patient über ein traumatisches innerfamiliäres Ereignis spricht, ist er bestrebt, die Bedeutung des Geschehens und die negativen Folgen, die es für ihn hatte, kleinzureden. Er schildert qualvolle Erfahrungen emotional distanziert und intellektualisierend, rationalisiert traumatische Erlebnisse oder konzentriert sich auf harmloseres Material, um nicht darüber sprechen zu müssen. Weil vermeidende Patienten überzeugt sind, dass auf keine Menschenseele Verlass ist, kultivieren sie ihre Selbstgenügsamkeit und halten sich für unabhängig, stark und normal. Hand in Hand mit diesem Muster geht die Tendenz, Nähe und Intimität zu scheuen und zu entwerten.

Da vermeidende Patienten Hilfsangebote eher ablehnen, legt der hier erläuterte Therapieansatz besonderen Wert darauf, sie für eine kooperative, verantwortliche Mitarbeit zu gewinnen. Es ist wichtig, Ansatzpunkte zu finden und Kontakt herzustellen. Gespräche, die den Patienten ermutigen, sich über seine Beweggründe für eine Therapie klar zu werden, erleichtern es ihm, sich auf den Behandlungsprozess einzulassen und ihn schätzen und nutzen zu lernen. Deshalb beschreibe ich in diesem Buch Strategien, die je nach Behandlungsphase besonders gut geeignet sind, den Patienten für die Mitarbeit zu gewinnen.

Unsere eigene Voreingenommenheit prägt das, was wir sehen, auch im Behandlungszimmer. Wir werden von Patienten und von Themen angezogen, die eine Saite in uns berühren. Mein langjähriger Kollege C. Ward Struthers bezeichnet die psychologische »Re-search«, die Forschung, gern als »Me-search«, als Suche nach sich selbst. Und ich würde lügen, wenn ich mein Interesse an traumatisierten Patienten einzig auf meine klinische Arbeit oder meine Forschungstätigkeit zurückführen wollte. Meine Eltern wuchsen in Budapest auf und kamen gerade in die Schule, als Ungarn im letzten Jahr des Zweiten Weltkriegs besetzt wurde. Sie wurden von ihren Eltern getrennt und konnten dank gefälschter Papiere mehrere Monate lang in einem Versteck verbringen. Sie haben den Holocaust überlebt, weil sie außergewöhnliches Glück hatten und weil ihnen von nicht-jüdischen Verwandten geholfen wurde, die in die großen jüdischen Familien ihrer Eltern eingeheiratet hatten.

Als Kind zweier »Holocaust-Überlebender« habe ich viele herzerreißende und manchmal auch spannende Geschichten über den Holocaust gehört, die in meiner Gegenwart wieder und wieder erzählt wurden. Erst als junger Erwachsener begriff ich, dass keineswegs in allen Überlebenden-Familien über den Holocaust gesprochen wurde. Manche Überlebende berichteten ihren engsten Angehörigen, was sie erlebt hatten, andere schwiegen und sprachen niemals darüber. Und manche

empfanden eine so tiefe Scham und Desillusionierung, dass sie nicht nur die traumatischen Holocausterfahrungen vor ihren eigenen Kindern verheimlichten, sondern alles, was mit ihrer Religion und ihrer kulturellen Identität zusammenhing.

In einem bewegenden Artikel schilderte der Journalist John Lorinc (2008), dass sein ungarischer Vater, der in einem Arbeitslager gefoltert worden war, seine Verbitterung nach dem Krieg zu bewältigen versuchte, indem er seine Nase operativ verändern ließ und sich einen nicht jüdisch klingenden Nachnamen zulegte. Lorinc wurde als kleines Kind getauft, er feierte Weihnachten und wusste rein gar nichts von der tragischen Geschichte seiner Familie. Drei Jahre bevor sein Vater starb, gestand er dem Sohn in einem Moment besonderer Nähe, dass die Familie in Wahrheit jüdisch war. Eilig fügte er hinzu: »Du darfst mit niemandem darüber sprechen.« Lorinc hütete das Familiengeheimnis viele Jahre lang, obgleich es ihm schwerfiel. In seinem Artikel beschreibt er auch den langen, mühsamen Weg, den er bis zu seinem »Coming-out« als Jude zurücklegte:

Mir wurde klar, dass ich in einer marranen-ähnlichen Umwelt aufgewachsen war – die Jüdischkeit wurde nicht offiziell anerkannt, doch ihre Spuren waren in dieser Kultur allgegenwärtig. (S. 10)

Wir gehen in diesem Buch wie folgt vor: Im 1. Kapitel betrachten wir durch die Linse der Bindungstheorie die Abwehr- und Beziehungsmuster von Angehörigen dieser Patientengruppe. Im 2. Kapitel erläutere ich Leitlinien für die Therapie und zeige, was uns die Forschung über die Bearbeitung vermeidender Abwehrstrategien lehrt. Ich erkläre, weshalb solche Interventionen grundsätzlich wichtig und hilfreich, gleichzeitig aber auch in vielerlei Hinsicht schwierig sind. Die Kapitel 3 bis 6 sind den therapeutischen Grundlagen gewidmet. Das 3. Kapitel führt in fokussierte Interventionsstrategien ein, die zur Einleitung der Therapie unabdingbar sind. Ich beschreibe zum Beispiel, dass die Symptome des Patienten zwar zunächst als Motivationsfaktoren dienen, ihm aber im weiteren Verlauf auch helfen können, weitere bedeutsame Verbindungen zum Behandlungsprozess zu finden. Thema des 4. Kapitels sind die emotionale Distanzierung sowie Möglichkeiten, dem Patienten zu helfen, zu trauern und die mit dem Trauma zusammenhängenden Verluste zu verarbeiten. Im 5. Kapitel untersuche ich die therapeutische Beziehung sowie die Schwierigkeiten des Versuchs, eine empathische Verbindung zu traumatisierten, vermeidenden Patienten aufrechtzuerhalten. Ich zeige auch, wie die Beziehung in den Dienst der Therapie gestellt werden kann. Im 6. Kapitel, in

dessen Zentrum die Gegenübertragung steht, untersuche ich die Gefühle des Therapeuten gegenüber seinem Patienten sowie die Komplikationen, die auftauchen können, wenn der Behandler zulässt, dass diese Gefühle sein Verhalten bestimmen. Die Behandlungsstunde, die ich im 7. Kapitel vorstelle, illustriert, wie sich die verschiedenen Interventionsstrategien zusammenfügen. Das abschließende 8. Kapitel thematisiert die Beendigung der Therapie mitsamt den Strategien, die einen einseitigen Abbruch zu verhindern helfen.

Ich habe großen Wert darauf gelegt, dass dieses Buch als praktische, brauchbare Anleitung dienen kann. Im Laufe der Jahre sind zahlreiche Bücher und Aufsätze zur Traumabehandlung erschienen. Über die spezifischen Strategien jedoch, die dem traumatisierten Patienten, der Bindungsbeziehungen meidet, helfen können, wurde nur wenig geschrieben. Aus diesem Grund illustriere ich die Behandlungstechnik oder den therapeutischen Prozess an zahlreichen klinischen Beispielen. Sie veranschaulichen auch, wie der Prozess entgleisen kann. Wann und wo immer ich diese Arbeit auf Tagungen vorstelle, äußern Therapeuten Interesse an Fallmaterial, das für ihre eigenen Probleme bei der Arbeit mit diesen schwierig zu behandelnden Patienten relevant ist. Deshalb schildere ich sowohl Beispiele für gelungene Therapien als auch Behandlungen, die den Kliniker in Bedrängnis bringen.

Durchgängig habe ich spezifische Interventionen zu beschreiben und zu erklären versucht, die zur Bewältigung schwieriger Behandlungsaspekte, mit denen uns diese Patientengruppe konfrontiert, und zur Herbeiführung therapeutischer Veränderung geeignet sind. Mein Ziel ist es, dass der Leser durch die Lektüre sowohl zu einer realistischen Einschätzung gelangt als auch Hoffnung schöpft – er soll wissen, was ihn erwartet, und darauf brennen, die erlernten Strategien anzuwenden.

KAPITEL 1

Woran erkennen wir die vermeidende Abwehr?

Beginnen wir mit einem klinischen Fallbericht, der das typische Verhalten vermeidend-gebundener Patienten in der Behandlung illustriert. Sandras Therapie wirft Licht auf die Abwehr und auf die interpersonalen Muster traumatisierter Menschen, die ihr Leben durch striktes Vermeiden von Bindungen zu bewältigen versuchen. Wir werden sehen, dass diese Patienten dazu neigen, vor psychischem Schmerz und vor emotionaler Verletzlichkeit zurückzuweichen, indem sie die Vermeidungsstrategie zur Abwehr ihrer Verzweiflungsgefühle aktivieren.

Sandra

Sandra suchte mich auf, weil es ihr zunehmend schwer fiel, ihre Arbeit zügig zu erledigen. In der ersten Sitzung wurde deutlich, dass sie unter mannigfaltigen klassischen Depressionssymptomen litt. Scheinbar grundlos fühlte sie sich häufig gereizt und unzufrieden. Sie hatte Konzentrationsschwierigkeiten, und ihre Freundinnen und Bekannten machten sie darauf aufmerksam, dass sie sie nur selten anrief und ihre Wohnung offensichtlich nur noch verließ, um zur Arbeit zu gehen. Sandra berichtete, dass dieses Verhalten recht ungewöhnlich für sie sei, denn eigentlich sei sie ein sehr geselliger Mensch. Darüber hinaus litt sie unter Schlafproblemen und klagte, dass sie abends lange wach bleibe und die Zeit totschlage, indem sie Solitär am Computer spiele.

Obwohl sie schon seit Jahren in der Stadt lebte und viele soziale und berufliche Kontakte hatte, kam sie nicht aufgrund einer persönlichen Empfehlung oder einer Überweisung durch den Hausarzt zu mir. Vielmehr hatte sie meinen Namen im Internet ausfindig gemacht, was zur damaligen Zeit noch höchst ungewöhnlich war. Als ich über Sandra nachdachte, erkannte ich, dass auch diese Internetrecherche ihrer Einsamkeit und Isolation entsprach.

In unserem ersten Gespräch fragte ich sie unter anderem, ob sie in ihrer

Kindheit Verluste erlitten habe. Sie verneinte und fügte erläuternd hinzu, dass sie aus einer »völlig normalen« Familie stamme. Doch kurz vor Ende der Sitzung wollte sie plötzlich wissen: »Zählen auch Kinderfrauen?« Auf meine Rückfrage erwiderte sie scheinbar emotionslos: »Sie ist gestorben.« Offensichtlich bezog sie sich damit auf meine Frage nach wichtigen frühen Verlusten, wollte aber nicht ausführlicher über das Thema sprechen.

Welch große Bedeutung dem Tod der Kinderfrau tatsächlich zukam, wurde in der Therapie erst Monate später deutlich, als ich herausfand, dass die Kinderfrau bis in Sandras mittlere Kindheit hinein der einzige erwachsene Mensch war, auf den sie sich verlassen konnte. Ihre Eltern verbrachten die Wochenenden und die Abende zumeist außer Haus, um sich mit Kunden zu treffen. Auch ausgedehnte Geschäftsreisen waren an der Tagesordnung. Von ihrem älteren Bruder erfuhr Sandra später, dass beide Geschwister im Grunde bei der Kinderfrau aufgewachsen waren; sie hatte ihnen das Radeln beigebracht, von ihr hatten sie schwimmen und lesen gelernt. Sandra selbst hatte all dies vergessen. Es fiel ihr auch schwer, ihrem Bruder zu glauben, bis er sie schließlich daran erinnerte, dass sie in der Schule monatelang gehänselt wurde, weil sie mit einem jamaikanischen Akzent vorlas (die Kinderfrau stammte aus Jamaika).

An einem Wochenende, als ihre Eltern wieder einmal verreist waren, starb die Kinderfrau. Sandra verbrachte fast zwei Tage, bis zur Rückkehr der Eltern, allein mit der Leiche im Haus. Gewisse Anhaltspunkte ließen auf einen Suizid schließen, bei dem Sandra vermutlich zugegen war. Doch auch diese Geschichte erfuhr sie erst Jahre später von ihrem Bruder. Sie selbst hatte an ihre ersten zehn Lebensjahre praktisch keine Erinnerungen. Als ich sie in einer frühen Therapiephase fragte, welche Gefühle für sie mit jenem Verlust verbunden seien, schaute sie zur Seite, zuckte mit den Schultern und bagatellierte das Erlebnis, indem sie kühl und sachlich konstatierte: »Es war keine große Sache ... nächste Frage?« Erläuternd fügte sie hinzu: »Sehen Sie, so etwas passiert nun einmal!«

John Bowlby und die Bindungstheorie

Sandras Geschichte ist in gewisser Weise typisch für jene Patienten, von denen dieses Buch handelt. Mein theoretischer Bezugsrahmen ist die Bindungstheorie. John Bowlby (1980, 1988), seit langem als Pionier der Bindungsforschung an-

erkannt, stützte seine Konzepte weitgehend auf die Evolutionstheorie und die Ethologie. Seiner Ansicht nach verbessert die Tendenz, Bindungsbeziehungen einzugehen, die Überlebenschancen. Er beschreibt das Bindungsverhalten als ein biologisches System, das uns veranlasst, die Nähe zur schützenden Bindungsfigur zu suchen, sobald uns reale oder befürchtete Gefahren drohen. Selbst wenn die Bindungsfigur ihre Versorgungsaufgabe nur unzulänglich erfüllt, tut das Kind alles, was nötig ist, um seine primäre Bindungsbeziehung aufrechtzuerhalten. Das heißt, es entwickelt im Laufe der Zeit stabile Muster der Abwehr und Affektregulierung, die dem Betreuungskontext »angepasst« sind (Bowlby 1988). Anders formuliert: Kinder passen sich ihren primären Bindungsbeziehungen innerlich an, um in ihrer Umwelt zu überleben. So können auch Bindungsmuster, die als »unsicher« klassifiziert werden, realistische Anpassungen darstellen, wenn sie in einer entsprechenden Umwelt erworben wurden (Crittenden 1999). Als »fehlangepasst« sind die für die unsicheren Bindungsmuster typischen Strategien erst dann zu betrachten, wenn sie später in neuen Kontexten und Situationen unverändert eingesetzt werden (Daniel 2006). Da das zwischenmenschliche Vertrauen von Patienten mit einer frühen intrafamiliären Traumatisierung wiederholt massiv verraten wurde, waren ihre daraus resultierenden Schwierigkeiten, sich anderen anzuvertrauen, vorübergehend durchaus zweckmäßig; in späteren neuen Beziehungen aber erweisen sie sich als problematisch.

Nachdrücklich betonte Bowlby (1980) die Bedeutsamkeit der gelebten Erfahrungen, die Kindern in ihren Interaktionen mit ihren Bezugspersonen und im Laufe ihrer affektiven, kognitiven und behavioralen Entwicklung zuteilwerden. Er beschrieb innere Arbeitsmodelle, die aus den wiederholten Erfahrungen mit der primären Betreuungsperson hervorgehen und dem Kind dabei helfen, Erwartungen bezüglich künftiger Interaktionen in Bindungsbeziehungen zu entwickeln (Main, Kaplan und Cassidy 1985).

Die unterschiedlichen Muster der Bindung erwachsener Menschen resultieren vermutlich aus den Arbeitsmodellen, die sie in der Kindheit und Adoleszenz ausgearbeitet haben. Von maßgeblichem Einfluss auf die Erforschung dieser Muster war in den neunziger Jahren die Entwicklung des Erwachsenen-Bindungsinterviews (Adult Attachment Interview, AAI; George, Kaplan und Main 1996; siehe auch Hesse 1999). Die Interviewten werden gebeten, Fragen zu beantworten, die gezielt ihr Bindungssystem aktivieren – beispielsweise Fragen nach frühen Trennungen, nach den Reaktionen der Eltern auf frühes Leid oder auf Erkrankungen in den ersten Lebensjahren, Fragen nach Verlust- oder Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen, nach Ablehnung durch die Eltern und so weiter.

In der entwicklungspsychologischen Literatur werden charakteristische Muster der Bindung im Erwachsenenalter beschrieben. Erwachsene, die als *autonom* (sicher) gebunden bezeichnet werden, können ihre frühen Beziehungen in ausgewogener, schlüssiger und objektiver Weise beschreiben, ganz gleich, ob sie auf positive oder aber belastende Erfahrungen zurückblicken. Sie erkennen den Einfluss an, den ihre Bindungsbeziehungen auf ihre Entwicklung ausgeübt haben. Zu den unsicher Gebundenen gehören Menschen, die bindungsrelevante Erfahrungen und Beziehungen *vermeiden*. Ihnen ist im Gespräch über solche Erfahrungen unbehaglich zumute, sie verleugnen den Einfluss früher Bindungsbeziehungen auf ihre Entwicklung und haben Schwierigkeiten, sich an einzelne Kindheitserlebnisse zu erinnern; typisch ist zudem, dass sie einen oder beide Elternteile häufig entweder idealisieren oder aber entwerten. Menschen mit einer sogenannten *verstrickten* – gleichfalls unsicheren – Bindung können sich aus ihren frühen Bindungsbeziehungen und -erfahrungen innerlich nicht lösen, sind gedanklich und emotional ständig mit ihnen beschäftigt und wirken oft wütend, ängstlich oder passiv. Ihre Redeweise ist durch umständliche, weitschweifige Ausführungen über unwichtiges Material charakterisiert, durch akute Wutgefühle gegenüber der Bezugsperson, von der sie gerade sprechen, und durch einen kindlichen Erzählstil. Eine weitere Gruppe bilden Menschen mit *unbewältigten* Traumata, die bei der Schilderung von Verlust- oder Traumaerfahrungen auffällige Gedankensprünge zeigen oder die Kontrolle über Zusammenhänge verlieren und beispielsweise vorübergehend überzeugt sind, dass ein Verstorbener noch am Leben sei (Hesse 1999). Das Muster der unbewältigten Traumatisierung kann auch gleichzeitig mit den übrigen Bindungsmustern auftreten; häufig begleitet es zum Beispiel die vermeidende oder verstrickte Bindung (vgl. Schaubild auf der nächsten Seite).

Defensiver Ausschluss

Im Folgenden betrachten wir einen wichtigen Aspekt der Bindungstheorie, der auch für Sandras Schwierigkeiten relevant ist, nämlich Bowlbys ([1980] 1983) Konzept des defensiven Ausschlusses oder des »Informationsausschlusses im Dienst der Abwehr«. George und West (2004) haben erläutert, dass dieses Konzept zwar in der Theorie eine zentrale Rolle spielt, in der empirischen Bindungsforschung jedoch selten Berücksichtigung findet.

Gestützt auf die Theorie und Forschung der Psychoanalyse sowie der menschlichen Informationsverarbeitung (vgl. zum Beispiel Dixon 1971; Erdelyi 1974; Hil-

Bindungsmuster im Erwachsenenalter und ihre wesentlichen Merkmale

<p><i>Sichere (autonome) Bindung:</i> Die Beurteilung positiver wie auch negativer Erfahrungen in frühen Beziehungen ist kohärent, ausgewogen, stimmig und objektiv. Der Einfluss von Beziehungen auf die eigene Entwicklung wird anerkannt. Hohe Kooperationsbereitschaft im Bindungsinterview.</p>	<p><i>Vermeidende (dismissive) Bindung:</i> Muster einer unsicheren Bindung. Die Schilderung früher Beziehungen ist unstimmgig, unausgewogen, schmerzvolle Gefühle, die mit Bindungserfahrungen zusammenhängen, werden bagatellisiert oder heruntergespielt, eine oder beide Bezugspersonen werden häufig idealisiert; das Gespräch über Bindungserfahrungen verursacht Unbehagen; der Einfluss früher Bindungsbeziehungen auf die eigene Entwicklung wird verleugnet; Erinnerungen an spezifische Kindheitserlebnisse sind auffallend spärlich, negative Kindheitserfahrungen werden als normal geschildert.</p>
<p><i>Verstrickte Bindung:</i> Muster einer unsicheren Bindung. Die Schilderung früher Beziehungen ist unstimmgig und unausgewogen. Der/die Betreffende ist mit Bindungsbeziehungen und -erfahrungen der Vergangenheit weiterhin ständig beschäftigt (präokkupiert); im Gespräch darüber herrschen Wut, Konflikt, Angst oder Passivität vor. Typisch sind lange, weitschweifige Beschreibungen irrelevanten Materials, wuterfüllte Äußerungen über die Bezugsperson aus der Vergangenheit oder einen aktuellen Partner und ein pseudo-psychologischer Jargon.</p>	<p><i>Unbewältigtes Bindungstrauma:</i> Auffällige Beeinträchtigung der Fähigkeit, das Nachdenken oder Sprechen über Verlust- oder traumatische Erfahrungen zu kontrollieren; vorübergehend kann eine Überzeugung durchbrechen, dass eine verstorbene Person noch am Leben sei (Hesse, 1999). Dieses Muster tritt häufig in Verbindung mit einem der übrigen Muster unsicherer Bindung auf, zum Beispiel der verstrickten oder vermeidenden Bindung.</p>

Hinweis: Ein Großteil des Materials in dieser Übersicht entstammt der Arbeit von Main und Hesse (siehe Hesse 1999).

gard 1973, 1974; Norman 1976; Peterfreund 1971; Tulving 1972), vertrat Bowlby die Ansicht, dass unsere Sinneswahrnehmungen zahlreiche Stufen der Selektion, Interpretation und Beurteilung durchlaufen müssen, bevor sie unser Verhalten beeinflussen können, und dass bestimmte Informationen nicht in die Verarbeitung einbezogen werden, so dass die betreffenden Erfahrungen oder Gefühle, denen eigentlich eine Signalfunktion zufällt, unintegriert bleiben.

Im Laufe des Lebens schließen wir zahlreiche Informationen von der bewussten Verarbeitung aus, um unsere Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit nicht zu überfordern. Informationen hingegen, die *zu Abwehrzwecken ausgeschlossen werden*, haben dem Betroffenen in der Vergangenheit beträchtliches Leid zugefügt. Bowlby (1980) verstand den Prozess des defensiven Ausschlusses als Resultat belastender, leidvoller Bindungserfahrungen. Er beschrieb zum Beispiel eine Situation, in der das Bindungsverhalten des Kindes stark aktiviert wird und die Mutter nicht entsprechend darauf eingeht. Normalerweise sucht das Kind, sobald es eine Bedrohung oder Gefahr wahrnimmt, die Nähe oder den Schutz seiner Bezugsperson. Falls die mütterliche Reaktion auf dieses Verhalten jedoch darin besteht, das Kind zurückzustoßen, ihm zu drohen oder es gar zu bestrafen, fühlt es sich nicht getröstet, sondern gerät in Verzweiflung. Wenn es eine solche Reaktion seiner Mutter häufig oder über lange Zeiträume erlebt, beginnt es, Informationen, die normalerweise sein Bindungsverhalten aktivieren, defensiv auszuschließen. Nach und nach entwickelt es einen Zustand der emotionalen Distanziertheit.

Der defensive Informationsausschluss kann auch andere Ursachen haben, zum Beispiel eine Situation, in der das Kind seine Mutter bei Handlungen oder Verhaltensweisen beobachtet, die diese eigentlich vor ihm verbergen möchte (Bowlby 1980). Manche Eltern legen allergrößten Wert darauf, sich ihren Kindern in möglichst günstigem Licht zu präsentieren; viele Kinder sind zudem einem direkten oder indirekten Druck ausgesetzt, negative Verhaltensweisen, zum Beispiel Ablehnung oder Misshandlung, nicht wahrzuhaben oder die Strenge der Eltern als angemessene Reaktion auf eigenes Fehlverhalten zu rechtfertigen. Bowlby beobachtete, dass in der Behandlung häufig ein Konflikt zwischen dem positiven Mutter- oder Vaterbild des Patienten und der ungeschminkten Realität auftaucht und dass Informationen, die sich in das günstige Bild nicht einfügen lassen, defensiv ausgeschlossen werden.

Ebendiesem Aspekt des defensiven Ausschlusses widmen Studien, die mit dem Erwachsenen-Bindungsinterview arbeiten, besondere Beachtung (George et al. 1996; Hesse 1999). Bei der Auswertung der Interviews werden Äußerungen kodiert, die auf eine Idealisierung eines oder beider Elternteile schließen lassen –

ein Phänomen, das häufig bei Personen mit vermeidender Bindung auftritt. Der Begriff *Idealisierung* bezeichnet allgemeine Charakterisierungen der Bezugsperson, die wesentlich positiver klingen, als es den erinnerten spezifischen Ereignissen, die der Interviewte schildert, entspräche (Beispiel: »Meine Mutter war *fürsorglich*, denn sie hat uns nur in den eigenen vier Wänden, aber nie in der Öffentlichkeit geschlagen.«). In ihrem Buch über die Genesung vom Trauma beschäftigt sich Judith Herman (1992) auch mit Menschen, die als Kinder von ihren Eltern misshandelt wurden und im Erwachsenenalter dazu neigen, diese Bezugspersonen zu idealisieren. Herman versteht die Idealisierung als einen verzweifelten Versuch, an dem kindlichen Vertrauen in die Eltern festzuhalten. Ihrer Ansicht nach verschiebt das misshandelte Kind die Wut, die der misshandelnde Elternteil in ihm weckt, auf die nicht misshandelnde Bezugsperson, um den Täter/die Täterin vor Kritik zu schützen. Darüber hinaus ist es weniger riskant, die Wutgefühle gegen die nicht schlagende Bezugsperson zu richten, denn jede Äußerung von Kritik oder Wut gegenüber dem Täter/der Täterin könnte gefährlich werden und womöglich die Beziehung zerstören.

Die Idealisierung kann indes auch in die entgegengesetzte Richtung erfolgen. In diesem Fall wird der misshandelnde Elternteil kritisiert und der nicht misshandelnde idealisiert, womöglich gar aufs Podest gehoben oder als Mitmartyrer betrachtet. Auch wenn beispielsweise die Mutter das Kind vor dem schlagenden Vater nicht geschützt und nicht dafür gesorgt hat, dass es in einer sicheren Atmosphäre aufwachsen konnte, oder wenn sie die Misshandlungen womöglich gar unterstützt hat, wird sie als Rettungsanker betrachtet, als diejenige, die in einer Umwelt voller körperlicher oder psychischer Gefahren relative Sicherheit bot. Sie wird idealisiert; Kränkung, Wut oder Ambivalenz werden nicht anerkannt. Es ist wichtig festzuhalten, dass in beiden Fällen ein ähnlicher psychischer Prozess abläuft. Informationen, die die Idealisierung als solche entlarven könnten, werden im verzweifelten Bemühen, die persönliche Sicherheit, das positive Bild von der nicht misshandelnden Bezugsperson und den Glauben an sie zu wahren, defensiv ausgeschlossen.

Bowlby (1980) erforschte den defensiven Informationsausschluss unter dem Blickwinkel der Evolution und ging der Frage nach, ob er tatsächlich die Überlebenschance verbessert. Er stützte sich dabei auf Mary Mains (1977) Dokumentation über das Verhalten von Kleinkindern in einer Experimentalsituation, der sogenannten Fremden Situation (Ainsworth und Bell 1970; Ainsworth und Wittig 1969). Bei diesem Experiment wird das etwa einjährige Kind wiederholt kurzen Trennungen von seiner primären Bezugsperson, gewöhnlich der Mutter, aus-

gesetzt. Sein Verhalten bei der Wiedervereinigung wird gemäß einem System kodiert, das eine differenzierte Klassifizierung der Bindung ermöglicht. Die Kleinkinder, die bei ihrer Mutter gewöhnlich auf Ablehnung trafen, wandten sich bei deren Rückkehr ab, begrüßten sie nicht, mieden den Blickkontakt oder krabbelten oder liefen von ihr fort. Obwohl sich die Kinder im Laborspielzimmer, mithin in einer für sie fremden Umgebung, befanden, reagierten sie auf die Mutter vermeidend und richteten ihre Aufmerksamkeit auf die Spielsachen im Raum. Auf diese Weise verringerten sie das Risiko, zurückgewiesen zu werden, und beugten der Verzweiflung vor, die mit einer solchen Ablehnung verbunden ist. Gleichwohl wahrten sie die räumliche Nähe zur Mutter. Bowlby und Main erklärten, dass auch die Vermeidungsreaktion eine Überlebensstrategie darstellt, denn sie ermöglicht es dem Kind, den negativen emotionalen Zustand, der mit der Nähe zu einer ablehnenden Mutter verbunden ist, zu vermeiden; gleichzeitig bleibt es der Bezugsperson nahe genug, um im Falle einer äußeren Gefahr bei ihr Schutz zu finden.

Laut Bowlby (1980) lässt sich der defensive Informationsausschluss unter dem evolutionären Blickwinkel erklären, wenn bestimmte widrige Umstände vorliegen. Er ermöglicht es, schmerzhaftes Gefühl und Erinnerungen aus der bewussten Wahrnehmung zu verbannen. Gefühle wie Angst und Wut können in kritischen Situationen, zum Beispiel bei drohendem Verlust oder bevorstehender Trennung, vermieden werden (Sable 2004).

Vermeidende Abwehrstrategien

Patienten wie Sandra sind in der interpersonalen Welt mit beträchtlichen Schwierigkeiten konfrontiert, die zum Teil ihrer hartnäckigen Tendenz zuzuschreiben sind, bindungsrelevante Informationen und Erfahrungen oder deren emotionale Bedeutung aus dem bewussten Gewahrsein zu tilgen. Besonders deutlich trat diese Neigung zutage, als ich Sandra nach ihren frühen Bindungserfahrungen fragte. Das heißt, sie verließ sich zu einem erheblichen Grad auf die *Deaktivierung* als Abwehrstrategie. Indem Menschen wie Sandra die Aufmerksamkeit von Ereignissen oder Gefühlen abziehen, die das Bindungssystem aktivieren könnten, weichen sie schwierigen Emotionen und Erinnerungen an quälende Beziehungserfahrungen mit ihren Bindungsfiguren aus. Nach Bowlby (1980) können Informationen, die für den Betroffenen wichtig sind, durch Deaktivieren systematisch von der weiteren Verarbeitung ausgeschlossen werden. Die Deaktivierung weist

somit Ähnlichkeiten mit der Verdrängung auf. Carol George und ihre Mitarbeiterinnen haben mit ihren Untersuchungen über die Bindung im Kindes- und Erwachsenenalter gezeigt, dass das Muster der vermeidenden Bindung insbesondere durch die Tendenz charakterisiert ist, die Deaktivierung als Abwehrstrategie einzusetzen (George und Salomon 1996; George und West 2001; Solomon, George und de Jong 1995).²

Indem der Patient die Bindung deaktiviert, zieht er die Aufmerksamkeit von Erinnerungen an potentiell schmerzliche Beziehungserfahrungen mit seinen Betreuungspersonen ab (George und West 2001, 2004). Auf diese Weise kann er die Beziehung schützen oder sich seine persönliche Sicht derselben erhalten. Bowlby (1988) bezeichnete dies als »Vermeidung im Dienst der Nähe«. Weil das Bindungsverhalten darauf zielt, die Nähe aufrechtzuerhalten, erfüllt diese Vermeidung die Funktion, Gefühle und Vorstellungen auszuschalten, die der realen oder der subjektiv empfundenen Beziehung gefährlich werden könnten.

Jennifer J. Freyd (1996, 2001) legte dar, dass die Anpassung an eine traumatische oder emotional destruktive Umwelt mitunter voraussetzt, dass der Betroffene bestimmte Erfahrungen, die mit *Betrug* oder *Verrat* in persönlichen Beziehungen zusammenhängen, tatsächlich vergisst. Freyd spricht in diesem Zusammenhang von einem »Trauma durch Verrat«. Als ich zum Beispiel Sandra bat, mir von ihren frühen Erlebnissen mit ihren Eltern zu berichten, hatte sie erhebliche Schwierigkeiten und erklärte, sie könne sich »an damals überhaupt nicht erinnern«; diese Aussage entsprach ihrer grundsätzlichen Tendenz, die Bindung zu deaktivieren. Diese Unfähigkeit, sich an Ereignisse aus der Kindheit zu erinnern,

2 George und ihr Team fanden allerdings Hinweise darauf, dass vermeidend-gebundene Menschen zu einem gewissen Grad auch die kognitive Abkoppelung [cognitive disconnection] einsetzen, eine ebenfalls von Bowlby (1980) beschriebene defensive Form der Informationsverarbeitung. Mit dem Begriff »kognitive Abkoppelung« bezeichnete er den Prozess, durch den Reaktionen kognitiv von den interpersonalen Situationen abgetrennt werden, in der sie ursprünglich ausgelöst wurden. Dem Betroffenen wird also nicht bewusst, was ihn zu einer bestimmten Reaktion veranlasst. George und West (2001) stellten fest, dass die kognitive Abkoppelung beim AAP [Adult Attachment Projective Picture System] auftritt, einem Bindungstest, der mit dem AAI hoch korreliert ist, wenn die Probanden zwei Storyverläufe mit gegensätzlicher emotionaler Färbung entwickeln oder wenn ihre Geschichten einen hohen Grad an Unsicherheit oder Ambivalenz zu erkennen geben. In der klinischen Praxis habe ich die kognitive Abkoppelung – mitunter in Verbindung mit der Deaktivierung – in gewissem Umfang auch bei vermeidend-gebundenen Patienten beobachtet, bei Patienten, deren Gefühle ihren Handlungen diametral zuwiderlaufen (Festhalten an einer Affäre mit jemandem, für den man wenig oder nichts empfindet) oder die erhebliche Unsicherheit in Bezug auf Intimität zum Ausdruck bringen und sich zwischen zwei Partnern nicht entscheiden können, keine dauerhaften Verpflichtungen eingehen mögen, aber jedes Gefühl der Unzulänglichkeit, das diese Schwierigkeit in ihnen hervorrufen könnte, bagatellisieren.

ist bei Menschen mit vermeidender Bindung weit verbreitet (D. Pederson, persönliche Mitteilung, Juni 2005). Nicht selten erstrecken sich die Erinnerungslücken sogar über lange Zeiträume. Als ich Sandra fragte, ob sie sich von ihren Eltern abgelehnt gefühlt habe, antwortete sie kurz und knapp: »Nein, niemals.« An dieser Sichtweise hielt sie in der Therapie monatelang fest. Sie berichtete zum Beispiel, dass ihre Mutter »andauernd« mit ihr einkaufen gegangen sei und sie »regelrecht verwöhnt« habe. All dies erwies sich später, sobald ich zu verstehen begann, wie verletzend und kränkend die langen Abwesenheiten ihrer Eltern für Sandra gewesen waren, als Täuschung.

In einer fortgeschrittenen Phase ihrer Therapie kam Sandra einmal voller Wut und in Tränen aufgelöst zu ihrer Sitzung. Ihre Mutter hatte sie am Vorabend in Gegenwart einer guten Freundin bloßgestellt. Sie hatte von einem Wochenende erzählt, das Sandra wieder einmal allein mit dem Hund zu Hause verbrachte. Irgendwann fiel ihr auf, dass das Tier Gleichgewichtsstörungen hatte und nicht mehr richtig laufen konnte. Voller Angst bettete sie den Hund in einen Leiterwagen und brachte ihn zum Tierarzt. Da ihre Eltern im Hotel nicht zu erreichen waren, musste sie selbst entscheiden, den Hund entweder operieren oder aber einschläfern zu lassen. Als ihre Eltern später die extrem hohe Rechnung erhielten, machten sie ihr Vorhaltungen: Sie könne nicht mit Geld umgehen und sei »sentimental« und »überempfindlich«.

Diese Geschichte erzählte Sandra mir in einem weit fortgeschrittenen Therapiestadium. Sie konnte nun sowohl ihre Wut auf die Mutter anerkennen als auch ihr Gefühl, mit der schwierigen Entscheidung alleingelassen worden zu sein – nachdem sie wenige Jahre zuvor ebenfalls an einem der zahlreichen Wochenenden, an denen ihre Eltern verreist waren, ihre Kinderfrau verloren hatte. Die Art, wie sie nun darüber sprach, unterschied sich deutlich von der Deaktivierung, die ihr Verhalten während unseres ersten Gesprächs prägte.

Bagatellisieren der Bindung

Ein zentraler Aspekt der Deaktivierung ist die Bagatellisierung negativer Bindungserfahrungen. Kommen solche Ereignisse zur Sprache, spielen die Patienten deren emotionale Bedeutung oder die langfristigen negativen Folgen herunter (Linehan 1993). Bei der Anamnese versuchen sie häufig, entwicklungswidrige Erfahrungen zu beschönigen (Alexander et al. 1997; Slade 1999).

Diese Bagatellisierung findet auch Ausdruck in den Reaktionen auf Projektionstests, die zur Bestimmung des Bindungsmusters eingesetzt werden. Beim Adult

Attachment Projective (AAP) legt man den Probanden nacheinander Zeichnungen mit mehrdeutigen, aber emotional hochbesetzten Motiven vor, zu denen sie sich eine Geschichte ausdenken sollen (George und West 2001). Auf der sechsten Karte, »Notarzwagen«, sind im Vordergrund ein Kind und eine ältere Frau zu sehen, die von einem Fenster aus auf einen Notarzwagen blicken. Eine Person, die auf einer Trage liegt, wird gerade in den Wagen gehoben. Denkbar wäre, dass die offenbar kranke Person mit den beiden aus dem Fenster schauenden Figuren verwandt ist. In einem von George und West (2001) geschilderten Beispiel gab eine Probandin an, dass möglicherweise der Vater ins Krankenhaus gebracht werde. Sie fügte hinzu: »Alle verhalten sich ganz normal, als sei nichts passiert.« Solche Versuche, außergewöhnliche Vorgänge und Situationen als »normal« hinzustellen, geben eine typische Bagatellisierung zu erkennen. Alexander (1992) bezeichnet die Art und Weise, wie Patienten, die als Kinder missbraucht wurden, schmerzhaft Affekte – etwa den mit einem Verlust einhergehenden Kummer oder eine kränkende Zurückweisung – zu bewältigen versuchen, als »Selbsttäuschung«.

Intellektualisierte Redeweise oder Aktivität Eine Bagatellisierung kann auch in einer intellektualisierten Redeweise oder in rastloser Aktivität Ausdruck finden. Häufig konzentrieren sich Patienten auf kognitive Erfahrungselemente, zum Beispiel auf die juristischen Implikationen oder die finanzielle Dimension einer familiären Auseinandersetzung, ohne von den emotionalen Aspekten Notiz zu nehmen. Bowlby (1980) betrachtete dies als eine Form der Ablenkung und erläuterte, dass intellektuelle oder andere zeitintensive Beschäftigungen den Betroffenen so stark beanspruchen können, dass sie seine gesamte Energie absorbieren. Die bindungsrelevante Erfahrung wird auf diese Weise systematisch von der Verarbeitung ausgeschlossen. Diese Strategie zeigt sich zum Beispiel, wenn der Patient abrupt das Thema wechselt und harmlose Angelegenheiten zur Sprache bringt; sie findet aber auch Ausdruck in einer Überbewertung der Arbeit zu Lasten von intimen Beziehungen oder in der Tendenz, übermäßig viel Zeit in aktivitätszentrierte soziale Kontakte zu investieren.

Etwa zwei Monate nach Beginn ihrer Therapie begann Sandra, sich mit einem Mann zu treffen, den sie an ihrer Arbeitsstelle kennengelernt hatte. Weil sie ihre früheren Beziehungen als extrem frustrierend erlebt hatte, war sie zu dem Schluss gelangt, dass »alle Männer letztlich nur auf Sex aus« seien und dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Single bleiben würde. Mit ihrem neuen Freund war zunächst alles ganz anders. Sandra hatte zuvor ausschließlich Affären mit verheirateten Männern – die erste im Alter von 14 Jahren. Ihre längste Beziehung endete mit

einer Abtreibung und der Erkenntnis, dass der – ebenfalls verheiratete – Mann sie mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hatte. Damals war sie noch Schülerin.

Nicht lange nachdem Sandra und ihr neuer Freund zum ersten Mal miteinander geschlafen hatten, begann sie, sich in den Sitzungen über seine »ständige Anwesenheit« und »übertriebene Bedürftigkeit« zu beschweren. Sie verbrachte immer mehr Zeit in ihrem Buchclub und ihrem Ruderverein, und als ich sie darauf aufmerksam machte, dass sie seine Anrufe häufig ignorierte und ihm manchmal wochenlang aus dem Weg ging, ohne die Beziehung jedoch definitiv zu beenden, führte sie politische Differenzen als Erklärung an oder zählte detailliert die Vor- und Nachteile auf, die sie in der Beziehung zu gewärtigen hatte. Am Tag unmittelbar nach einem gemeinsamen Wochenendtrip machte sie mit dem Mann Schluss. Er hatte ihr an diesem Wochenende seine Liebe gestanden. Ihre Intellektualisierung und ihre aktivitätszentrierten Interessen dienten ihr als Möglichkeit, einer tiefen Angst vor Nähe und Intimität auszuweichen.

Bemänteln Die Bagatellisierung oder Beschönigung negativer Bindungserfahrungen wird auch am Erzählstil des Patienten erkennbar, vor allem in der Tendenz, einer im Grunde traurigen, verzweifelt stimmenden Geschichte ein gutes Ende zu verpassen oder ihr etwas Positives abzugewinnen. Mary Main und ihre Mitarbeiter beobachteten diese Form der Rationalisierung bei Probanden im Erwachsenen-Bindungsinterview (AAI, siehe George et al. 1996; Hesse 1999) und bezeichneten sie als »Bemäntelung«.

Schmerzliche oder traumatische Erfahrungen kann man indes nicht restlos oder für alle Zeiten beschönigen. Die Deaktivierungsstrategie wirkt immer nur vorübergehend. Im Laufe einer Therapie werden Patienten, die zur Beschönigung neigen, irgendwann Geschichten zu erzählen beginnen, über die sie normalerweise mit niemandem sprechen und über die sie nur selten nachdenken. Dies gilt insbesondere für Ereignisse, die ihre Eltern in ungünstigem Licht erscheinen lassen. Wenn der Therapeut nach bindungsrelevanten Erfahrungen fragt, zum Beispiel nach Trennungen, Verlusten oder Krankheiten, kommt der Patientin unter Umständen eine schmerzliche Bindungserfahrung in den Sinn, an die sie zuvor nie gedacht hat oder mit der sie sich nie intensiv beschäftigt hätte. Im Gespräch mit dem Therapeuten treten jedoch wahrscheinlich mannigfaltige Affekte zutage; die Patientin ist peinlich berührt, schämt sich oder verspürt Schuldgefühle, wird wütend auf den Therapeuten, der sie dieser Verletzlichkeit aussetzt, oder hat das Gefühl, Verrat an einer wichtigen Bezugsperson zu üben.

Wenn die Patientin eine solche Geschichte erzählt, können sich überwältigende

Gefühle Bahn brechen. Daraufhin tauchen Geschichten auf, die zwar traurig beginnen, aber ein gutes Ende nehmen – ein verzweifelter Versuch, schmerzhaft, qualvolle Erfahrungen zu bemänteln und zu rationalisieren: »Es hat mir nicht geschadet, im Gegenteil. Es hat mich stark gemacht.« Denkbar ist auch, dass eine Bezugsperson, deren Verhalten soeben noch als kränkend und tief verletzend beschrieben wurde, in nächsten Augenblick in strahlendem Licht erscheint, ohne dass ein Zusammenhang zwischen den geschilderten Szenen erkennbar oder ihre Widersprüchlichkeit wahrgenommen würde. Eine Patientin erwähnte einmal beiläufig, dass ihr Vater sie als Jugendliche jahrelang sexuell missbraucht habe, und fügte hinzu, er sei ein »sehr erfolgreicher und hochangesehener Richter« gewesen und habe es gewiss nicht »mit Absicht« getan. Als ich sie fragte, ob sein Verhalten in ihren Augen nach »ein Versehen« gewesen sei, nickte sie bestätigend. Sie versuchte, ihre tiefe Verletzung »wegzuerklären«, ohne doch zu einer wirklich schlüssigen Erklärung für das Geschehen zu finden.

Um den heißen Brei herumreden Eine andere Bagatellisierungsstrategie ist die Tendenz vermeidender Patienten, um wichtige Erlebnisse herumzureden. Indem sie sich weitschweifig über Themen auslassen, die mit ihren Bindungsbeziehungen nichts zu tun haben, weichen sie ihren emotional schmerzhaften bindungsrelevanten Erfahrungen aus.

Manchmal ist unschwer zu erkennen, dass der Patient sich vor wichtigen Themen drückt. Er konzentriert sich auf eher zweitrangige finanzielle Sorgen oder auf unwichtige Meinungsverschiedenheiten, und der Therapeut weiß, dass er den wirklich belangvollen Themen auszuweichen versucht. Wenn ein Patient aber Angelegenheiten zur Sprache bringt, die ihm offensichtlich wichtig sind, zum Beispiel seine sexuellen Schwierigkeiten, seine Frustration am Arbeitsplatz und so weiter, ist es schwieriger zu entscheiden, ob er tatsächlich die Vermeidungsstrategie eingeschlagen hat. Dies gilt vor allem dann, wenn genuine Traurigkeit oder Verzweiflung aus seinen Worten sprechen. Gleichwohl ist möglich, dass er wichtige Beziehungserfahrungen bagatellisiert, um das Bindungssystem zu deaktivieren.

Theoretisch betrachtet, kann man das Bindungssystem deaktivieren und gleichzeitig andere Verhaltenssysteme aktivieren. Im Zusammenhang mit dem ethologischen Konzept der Verhaltenssysteme erläutern George und Solomon (1999), dass das Bindungssystem lediglich eines unserer biologischen Systeme darstellt, die sich entwickelten, um das Überleben und die Fortpflanzung des Menschen zu gewährleisten. Bei den übrigen Systemen handelt es sich um das Fürsorgesystem, das Affiliationssystem, das Sexualesystem und das Explorationssystem. Ethologen

nehmen an, dass das gesamte Verhalten des Menschen wie auch der Angehörigen anderer Arten in diese Systeme organisiert ist und aus ihrer dynamischen Interaktion hervorgeht (Bowlby 1969/1983; George und Solomon 1999; Hinde 1982).

Wenn wir mit vermeidenden Patienten arbeiten, ist es hilfreich, sich diese unterschiedlichen Verhaltenssysteme zu vergegenwärtigen, denn sie helfen uns zu verstehen, weshalb sich Menschen, die in einem bestimmten Erfahrungsbereich vermeidend sind, in anderen Bereichen intensiv engagieren können. Denken wir nur an Personen, die jede Bindung meiden, gleichwohl aber sozial aktiv oder sexuell leidenschaftlich sind oder ihre intellektuellen Interessen pflegen. Anders formuliert: Die Deaktivierung der Bindung geht nicht automatisch mit einer Deaktivierung der übrigen Verhaltenssysteme einher. In der Therapie begegnen uns sogar recht häufig leidenschaftliche, sozial engagierte oder anderweitig aktive Persönlichkeiten, die indes alles tun, um über ihr privates Leben und ihre Beziehungen weder sprechen noch nachdenken zu müssen.

Es ist also möglich, die Bindung zu deaktivieren und gleichzeitig andere Verhaltenssysteme zu aktivieren. Wir können sogar noch einen Schritt weiter gehen und sagen, dass die Aktivierung anderer Verhaltenssysteme dazu dienen kann, *die Bindung zu deaktivieren*. Das heißt, der vermeidende Patient versucht, die Bindung durch ein anderes Verhaltenssystem zu ersetzen. Dies trifft beispielsweise auf jemanden zu, der die Entwicklung bedeutsamer intimer Beziehungen vermeidet, indem er sich jahrelang ausschließlich auf seine Arbeit (Explorationssystem) konzentriert. Die Arbeit ermöglicht es ihm, sich von schmerzhaften bindungsrelevanten Erinnerungen abzulenken, und schützt ihn vor den Gefühlen, die mit Nähe und Intimität einhergehen. Oberflächlich betrachtet ist diese Ablenkungsstrategie sozial akzeptabel, leistungsfördernd und erfolgversprechend – allesamt Eigenschaften, die ihren Vermeidungscharakter kaschieren.

Interessanterweise hängt die Aktivierung eines Verhaltenssystems, das als Bindungersatz dient, häufig thematisch mit der Bindung zusammen. Ein typisches Muster beobachten wir zum Beispiel, wenn sich jemand nach einer überwältigenden Verlust Erfahrung, etwa dem krankheitsbedingten Tod des Lebenspartners, verzweifelt in eine sexuelle Beziehung nach der anderen stürzt, um seine Verlustgefühle unter Kontrolle zu halten. Diese Menschen aktivieren das sexuelle Verhaltenssystem. Ein weiteres Beispiel ist die Mutter, die sich nach dem Tod ihres Mannes ausschließlich um ihre Kinder kümmert (Aktivierung des fürsorglichen Verhaltenssystems), selbst wenn diese schon das Erwachsenenalter erreicht haben. Auf diese Weise schließt sie das Risiko einer neuen Liebesbeziehung und damit eines weiteren Verlustes aus.