



Roland Schleiffer

Der heimliche Wunsch nach Nähe

Bindungstheorie und Heimerziehung

5. Auflage

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Schleiffer, Der heimliche Wunsch nach Nähe, ISBN 978-3-7799-2923-9
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-2923-9>

Kapitel 7

Bindung in der stationären Erziehungshilfe von Jugendlichen

7.1 Ziel von Heimerziehung

Heimerziehung ist eine Jugendhilfemaßnahme im Sinne des § 1 Abs.3 KJHG. Von Gesetzes wegen soll Heimerziehung also erziehen. Das psychische System des Jugendlichen soll verändert werden. Als Ziel von Erziehung, auf die ein jeder junge Mensch ein Recht hat, wird in demselben Paragraphen die eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeit genannt. Die verschiedenen Maßnahmen der Jugendhilfe sollen zur Verwirklichung dieses Rechts beitragen.

Dies alles mag bei Kindern noch relativ unproblematisch erscheinen. Anders schaut es allerdings bei Jugendlichen aus, für die Heimerziehung oft genug nur als letzte Möglichkeit der Jugendhilfe in Frage kommt. Wie soll man ihnen zu ihrem Recht auf Erziehung verhelfen, wo sie doch offensichtlich nicht erzogen werden wollen? Sollte man Recht mit Pflicht gleichsetzen? Eine solche Gleichsetzung liefe allerdings auf eine Zwangserziehung hinaus, die schon aus theoretischen Gründen erfolglos bleiben dürfte. Man könnte allerdings mit durchaus plausiblen Argumenten darauf hinweisen, dass manche Jugendliche eben nicht in der Lage seien, ihr Recht auf Erziehung wahrzunehmen oder gar einzufordern. Man müsse dies ihnen erst bewusst machen. Eine solche Einstellung liefe auf die Behebung eines Defizits hinaus. Weil ihre Eltern nicht in der Lage oder gar nicht willens waren, sie zu erziehen, müssten sie nun noch nacherzogen werden. Ziel einer solchen Nacherziehung wäre erst einmal die Herstellung einer Erziehungsbereitschaft. Dies ist allerdings, wie deutlich geworden sein sollte, Sache des Jugendlichen selbst, kann also gegen dessen Willen nicht erzwungen werden.

Die Frage stellt sich also, ob Erziehung im Heim bei diesen Jugendlichen überhaupt noch möglich ist. Wenn sie sich nicht (mehr) erziehen lassen, sollte man sich nicht darauf beschränken, ihnen einen Ort zum Leben bereitzustellen, an dem sie sich irgendwie selbst sozialisieren können? Schließlich ist Sozialisation, also die Entwicklung des psychischen Systems im Kontext sozialer Systeme, unvermeidlich.

Allerdings erwartet der Gesetzgeber offensichtlich mehr von der stationären Jugendhilfe als lediglich die Bereitstellung eines Ortes zum Leben ohne Erziehungsanspruch. Die betreffenden Kinder und Jugendlichen sollen, wie es im Gesetzestext heißt, „gemeinschaftsfähig“ werden. Auch wenn der Begriff der Gemeinschaftsfähigkeit sich nur schwer definieren lässt, sollte doch damit auch gemeint sein, dass die Gemeinschaft nach Möglichkeit unter den externalisierenden Störungen des Jugendlichen nicht mehr so stark zu leiden hat. Die Unterbrechung der bereits mehrfach erwähnten intergenerationalen Weitergabe schlechter und pathogener Eltern-Kind-Beziehungen wäre ein weiteres Ziel einer solchen stationären Jugendhilfemaßnahme. Schon im Interesse ihrer künftigen Kinder muss man sich wünschen, dass sich etwas bei den Jugendlichen ändern sollte im Verlaufe ihres Heimaufenthaltes. Gibt man die Veränderungsabsicht nicht auf, besteht man also auf Erziehung der Jugendlichen, dürfte es auch nicht ausreichen, die erzieherische Kommunikation nur an die Eigenheiten der Adressaten anpassen zu wollen in der Hoffnung, so weniger Angriffsfläche für den Widerstand des psychischen Systems gegen eine Erziehungsabsicht zu bieten. Vielmehr kommt es darauf an, dessen Toleranz und Flexibilität zu vergrößern.

Schließlich werden die Jugendlichen, auch wenn sie bald erwachsen und dann schon aus Altersgründen nicht mehr zu erziehen ist, weiterhin mit asymmetrisch konfigurierten Situationen konfrontiert werden, in denen ein Einspruch des psychischen Systems zu Konflikten führen muss. Nimmt ein Junge etwa eine Lehrstelle an, wird er laufend mit trivialisierenden Forderungen konfrontiert werden, die zu befolgen ihm schwerfallen dürften. Diese beschränken sich nicht auf das paradigmatische Bier-Holen, das, wie man hört, doch aus der Mode gekommen sein soll. Grundsätzlich werden die Jugendlichen nach dem Heimaufenthalt immer wieder mit Institutionen und Organisationen zu tun haben wollen oder müssen, die hierarchisch strukturiert sind. Dort wird ein Einspruch ihres psychischen Systems nur begrenzt anschlussfähig sein. Eher wird ein Ausschluss aus dieser Organisation drohen. Er fliegt aus der Mannschaft heraus, weil er zweimal nicht zum Training erschienen ist. Sein Meister kündigt ihm. Das Konto wird gesperrt. Er kann sein Handy nicht mehr benutzen.

Nun ließe sich einwenden, dass dissoziale Jugendliche sich keineswegs immer mit hierarchischen Strukturen schwer tun. Tatsächlich findet der selbst von konservativen Pädagogen nicht mehr geäußerte, weil sofort als reaktionär ausgemachte, Hinweis auf das Nacherziehungspotenzial des Militärs in der wissenschaftlichen Literatur durchaus eine gewisse Bestätigung (vgl. Rutter und Sroufe 2000). Offenbar scheint die militärische Kommunikation für manche dissozialen Jugendlichen durchaus attraktiv zu sein. Es ist zu vermuten, dass die starren Regeln des Militärs die jungen

Männer davor abhalten, ihre besondere Situation zu reflektieren. Systemtheoretisch ausgedrückt: der selbstreferentielle Aspekt dieser besonderen Kommunikationsform bleibt ausgeblendet. Es ist halt einfach so. Befehl ist Befehl. Die Frage, ob das Ganze einem „etwas bringt“, erübrigt sich. Hierarchie entlastet. Überhaupt schützen Rituale als „Code für eingeschränkte und alternativenlos gemachte Kommunikation“ vor der Gefahr, das eigene Tun reflektieren zu müssen (Luhmann 1984, 613, Anm.34).¹

Auch wenn es sich pädagogisch nicht korrekt anhören mag: bei Erziehung geht es letztlich um Anpassung, um eine Verbesserung der Anpassungsfähigkeit. Anpassung als Ziel von Erziehung mag auf Widerspruch stoßen. Allerdings schließt Anpassungsfähigkeit Kritikfähigkeit keineswegs aus. Anpassung meint schließlich auch die Fähigkeit und Bereitschaft, den Kontext beeinflussen zu wollen, genauer ausgedrückt, Anregungen zu geben, die das kontextuelle System aufnehmen kann, um sich zu verändern. Um Anregungen zu geben, ist allerdings auch ein Wissen um Beschaffenheit des kontextuellen Systems vonnöten. Will man verändern, hat man sich anzupassen. Sonst bleibt nur Zerstörung. Wenn es sich bei dem~'zu beeinflussenden System auf Seiten der Umwelt um eine Person handelt, muss man sich in deren Lage hineinversetzen können. Empathie dient der Anpassung. Sie ist ein Erziehungsziel.

So lässt sich denn als Erziehungsziel von Heimerziehung eine Verbesserung der Anpassungsfähigkeit der Jugendlichen bestimmen. Wie oben ausgeführt, stehen allerdings gerade erziehungsschwierigen Kindern und Jugendlichen nur rigide Konzepte und Schemata zur Verfügung, mit denen sie ihren Kontext wahrnehmen. Spätestens ab dem Zeitpunkt, an dem sich ihre Erfahrungen mit ihrer Herkunftsfamilie zu Konzepten, Erwartungsstrukturen oder inneren Arbeitsmodellen verfestigt haben, ist es mit einer noch so gut gemeinten Änderung ihres sozialen Kontextes nicht getan, da sie auch dem neuen Kontext nur eine Bedeutung beimessen werden, die sie gewohnt sind und die sich ihnen in ihrem Leben bewährt hat. Dissoziale Jugendliche sind konservativ, oft genug gar reaktionär. Die Kriterien, mit denen sie beobachten, decken sich oft nicht mit denen, mit denen ihre Erzieherinnen ihre Erziehungsangebote beobachten.

Aus diesem Grund wird nur ein naiver Beobachter von außen sich wundern und enttäuscht sein, wenn er feststellen muss, dass auch der pädago-

1 In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Beziehung zwischen Dissozialität und Rechtsextremismus (Schleiffer 1995, vgl. Kap. 6.3) hingewiesen. Auch wäre eine vergleichende Untersuchung der Kommunikationsstrukturen bei Maßnahmen der Erlebnispädagogik, in so genannten „boot camps“ oder auch beim Antiaggressivitätstraining von Interesse.

gisch doch ungleich wertvollere Kontext, den die Heimerziehung bereitstellt, immer wieder nicht allzu viel bewirkt. Auch wenn die Datenbasis für einen „objektiven“ Vergleich zwischen Heim und Herkunftsfamilie nicht ausreicht, kann doch wenig Zweifel daran bestehen, dass es sich bei dem Ambiente des Heimes doch um einen ungleich kinderfreundlicheren Kontext handeln dürfte. Dagegen war der den Kindern von ihren Herkunftsfamilien gebotene Alltag und ihre „Lebenswelt“ doch alles andere als entwicklungsfördernd. Mit Sicherheit dürfte die professionelle pädagogische Kommunikation im Heim ungleich sensibler die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen thematisieren im Vergleich zu der Kommunikation in ihren Herkunftsfamilien. Nur allzu oft wurden die Kinder schließlich dort von ihren Eltern vernachlässigt, verwahrlost und missbraucht. Schon der den Kindern vom Heim angebotene materielle Rahmen, etwa im Wohn- und Freizeitbereich, dürfte kaum jemals in ihrem Elternhaus gegeben gewesen sein. Wenn also der Erfolg von Heimerziehung eben nicht oder zumindest kaum von der Bereitstellung eines angemessenen sozialen Kontextes abhängt, dann kann das Ziel von Heimerziehung nur in einer Veränderung der Erwartungsstrukturen, der inneren Arbeitsmodelle bei den ihr anvertrauten Kindern und Jugendlichen bestehen.

Nun könnte man einwenden, dass der Erfolg von Jugendhilfemaßnahmen nicht an der Veränderung innerer Arbeitsmodelle festzumachen sei. Was zähle, sei letztlich doch nur das von außen beobachtbare Verhalten. Schließlich könne es doch gleichgültig sein, aus welchen Gründen sich ein Mensch nicht abweichend verhält und sich stattdessen in normkonformer Weise an den Kommunikationen in den verschiedenen funktional differenzierten Systemen der Gesellschaft beteiligt. Hauptsache, er oder sie verhält sich redlich und angepasst und, wenn schon auffällig, dann zumindest nicht auf negative Weise. Dieser Einwand ist sicherlich sehr ernst zu nehmen. Allerdings hat man in Rechnung zu stellen, dass sich psychische Probleme nicht nur in Verhaltensauffälligkeiten manifestieren. Das auch in der vorliegenden Untersuchung aufgefundene hohe Ausmaß an psychopathologischer Auffälligkeit bei den Jugendlichen in Heimerziehung umfasste zu einem hohen Anteil auch internalisierende Störungsmuster, die für die Betroffenen mit eher noch größerem Leiden verbunden gewesen sein dürften als rein externalisierende Störungen. Auch darf man mit einigem Recht annehmen, dass Jugendliche mit größerer Wahrscheinlichkeit ein situationsangemessenes, normkonformes Verhalten zeigen, wenn ihnen flexible Konzepte zur Verfügung stehen. Inklusion bzw. die Verhinderung von Exklusion als Leistung des sozialen Hilfesystems dürfte eher über eine Vermittlung genereller Konzepte als über das Einüben spezieller Verhaltens-techniken zu erreichen sein. Zuletzt kann die Verfassung innerer Konzepte einer Gesellschaft auch aus Gründen der Prävention nicht gleichgültig sein,

da es diese inneren Arbeitsmodelle sind, die Eltern ihren Kindern weitergeben. Insofern lässt sich Heimerziehung zumindest bei einer solchen Klientel nur als pädagogisch-therapeutische Maßnahme rechtfertigen (Wendt 1978). Heimerziehung kann ihren gesetzlich vorgeschriebenen Erziehungsauftrag nur erfüllen, wenn sie sich darum bemüht, Konzepte und Schemata zu verändern. Unter diesen Konzepten kommt den inneren Arbeitsmodellen von Bindung besondere Bedeutung zu.

7.2 Änderung der Bindungskonzepte durch Psychotherapie

Bedenkt man, dass es sich bei den inneren Arbeitsmodellen der Jugendlichen, die in einem Heim leben, um die generalisierende Verinnerlichung oftmals jahrelanger Erfahrungen handelt, wird man die Erfolgsaussichten von Heimerziehung kaum überschätzen können. Schließlich lassen sich auch die rigidesten Bindungskonzepte nur als Ergebnis von Anpassungsvorgängen begreifen, die sich angesichts der unangemessenen Erziehungsangebote seitens der Eltern als passend und bisweilen gar als überlebensnotwendig erwiesen haben. Ein gesunder Pessimismus ist denn durchaus auch eine nützliche psychohygienische Maßnahme zum Erhalt der eigenen Befindlichkeit und damit auch der Arbeitsfähigkeit.

Im Folgenden kann es daher nur darum gehen, Skizzen zu entwerfen, wie eine Heimerziehung zu denken ist, der es gelingen sollte, die inneren Arbeitsmodelle von Bindung bei diesen Kindern und Jugendlichen zu verändern in Richtung auf etwas mehr Sicherheit. Derzeit gibt es keine wissenschaftlichen Untersuchungen, inwieweit Heimerziehung diesbezüglich wirksam ist oder sein könnte. Überhaupt wurden, wie bereits erwähnt, die Ergebnisse der Bindungsforschung durch die Theorie der Heimerziehung noch so gut wie nicht zur Kenntnis genommen. Wir sind daher ausschließlich auf eigene Überlegungen angewiesen. Allerdings kann bei der Frage, ob und wie Heimerziehung zu einer Veränderung von Bindungskonzepten beitragen kann, ein Blick auf die Psychotherapieforschung durchaus von Nutzen sein. Gerade unter einer bindungstheoretischen Perspektive dürften die Gemeinsamkeiten zwischen therapeutischer und erzieherischer Beziehung deren Unterschiede übertreffen.

Psychotherapie zielt nämlich gerade auf eine Änderung der inneren Arbeitsmodelle. Dies gilt mit Sicherheit für die Therapieformen, bei denen es um Einsicht geht, also für die tiefenpsychologisch orientierten Verfahren. Allerdings begnügen sich seit der kognitiven Wende der Verhaltenstherapie auch die kognitiv-behavioralen Verfahren keineswegs mehr mit einer abschließliche Änderung des manifesten Verhaltens, sondern befassen sich

auch und bisweilen vornehmlich mit den kognitiven Schemata, Skripts oder Arbeitsmodellen, die dem veränderungsbedürftigen Verhalten zugrunde liegen. Obwohl Bowlby die Bindungstheorie auf der Grundlage klinischer Beobachtungen konzipierte, wurde die Bedeutung dieser Theorie für die Psychotherapie lange Zeit nicht gewürdigt, wie er selbst bedauernd feststellte: „Während ich die Forschungsergebnisse begrüße, weil sie unser Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie außerordentlich erweitern und deshalb von größter klinischer Bedeutung sind, so war es doch enttäuschend, dass Kliniker so lange gezögert haben, den Nutzen der Theorie zu prüfen.“ (Bowlby, zit. bei Grossmann et al. 1997,91)

Die bisherigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung (vgl. Hauser und Endres 2000) bieten allerdings auch wenig Anlass zum Optimismus. Aus den wenigen Studien, die explizit unter einer bindungstheoretischen Perspektive durchgeführt wurden, lässt sich das eher ernüchternde Fazit ziehen, dass sicher gebundenen Patienten die beste Prognose zukommt (Mosheim et al. 2000). Patienten, denen eine sichere Bindungsrepräsentanz zur Verfügung steht, profitieren am meisten von einer Psychotherapie. Es gibt bislang keine Berichte über eine Veränderung der inneren Arbeitsmodelle durch Psychotherapie. Auch dürfte eine solche Veränderung von Bindungskonzepten nur im Verlauf einer langfristigen Psychotherapie zu erreichen sein. Der Grund hierfür liegt darin, dass den Bindungskonzepten frühe Lebenserfahrungen zugrunde liegen, die überwiegend im so genannten prozeduralen Gedächtnis gespeichert sind und somit überwiegend unbewusst und automatisiert wirksam werden.² Seit einigen Jahren werden aber schon aus Kostengründen eindeutig kürzere Psychotherapieverfahren bevorzugt.

Die Erkenntnisse der Bindungsforschung erweisen sich aber als ausgesprochen nützlich, wenn es darum geht, in Erfahrung zu bringen, wie eigentlich Psychotherapie wirkt. Indem sie auf „die grundlegenden Rahmenbedingungen, die auf viele Therapieformen anwendbar sind“ aufmerksam macht (Strauß und Schmidt 1997), trägt sie bei zur Entwicklung einer Allgemeinen Psychotherapie (vgl. Grawe 1995). In der Psychotherapieforschung gibt es inzwischen eine breite Übereinstimmung darüber, dass die Erfolge von Psychotherapie sich zu einem großen Teil auf Faktoren zurückführen lassen, die unabhängig von der speziellen Methode allen psychotherapeutischen Verfahren gemeinsam sind. Unter diesen so genannten kommunalen Wirkfaktoren von Psychotherapie kommt einer intensiven, emotional geladenen, vertrauensvollen Beziehung zu einer hilfreichen Person ausschlaggebende Bedeutung zu (Frank 1992). Dies ist die Definition

2 Vgl. Kapitel 1.6.

einer sicheren Bindung. Daher ist für die Bindungstheorie der Erfolg einer Psychotherapie verknüpft mit dem Bestehen einer therapeutischen Allianz zwischen Patient und Therapeut.

So wird ein Patient nur dann aus einer Psychotherapie Nutzen ziehen können, wenn er in der Lage ist, den Therapeuten als Bindungsfigur wahrzunehmen und zu gebrauchen. Schließlich darf man davon ausgehen, dass das Bindungssystem eines Patienten aktiviert ist, wenn er einen Therapeuten aufsucht, um von diesem Hilfe bei der Lösung seiner Lebensprobleme zu erhalten. Beim Nachsuchen um Hilfe handelt es sich bekanntlich um eine der typischen Bindungsverhaltensweisen. Unter bindungstheoretischer Perspektive erscheint die psychotherapeutische Beziehung als ebenso asymmetrisch gestaltet wie die primäre Beziehung des Kindes zu seiner Bindungsperson. Im Unterschied zur frühen Mutter-Kind-Beziehung wird eine therapeutische Beziehung allerdings vom Patienten insofern hergestellt, als er den Therapeuten aufsucht und ihm gegenüber sein Hilfsbedürfnis kundtut. Voraussetzung für das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung ist daher die Erwartung des Patienten, vom Therapeuten eine hilfreiche Beziehung angeboten zu bekommen. Nun gehört, wie Bowlby betonte, zu den wesentlichen Merkmalen einer gesunden Persönlichkeit „die Fähigkeit, sich vertrauensvoll auf andere zu verlassen, wenn es die Gelegenheit erfordert, und zu wissen, auf wen man sich verlassen kann“ (Bowlby 1982, 132). Für einen Patienten, dem dieses Merkmal einer gesunden Persönlichkeit fehlen dürfte, bedeutet dies ein besonderes Dilemma: die Ausgestaltung seiner Probleme, weswegen er Hilfe braucht, hindert ihn gerade daran, sich um Hilfe zu bemühen. Dies ist das bekannte Hilfeparadox, das auch bei pädagogischen Beziehungen im Kontext der Erziehungshilfe zum Problem wird.

Die Neigung des Patienten, sich in der Therapie vertrauensvoll an den Therapeuten zu binden, wurde im Übrigen von der Psychoanalyse lange Zeit als selbstverständlich und unproblematisch angesehen und traditionell als Ausdruck der Übertragung abgehandelt. Freud (1912) unterschied zwei Formen der Übertragung, eine positive sowie eine negative, die unterschiedlich zu verstehen seien und unterschiedliche behandlungstechnische Konsequenzen nach sich zögen. Dabei ermöglichen überhaupt erst positive Gefühle, die der Patient seinem Therapeuten gegenüber bewusst entgegenbringt und die auf frühere, gute Erfahrungen mit den Eltern zurückzuführen sind (Thomä und Kächele 1985, 56), eine erfolgversprechende psychotherapeutische Arbeit. Während diese „bewusstseinsfähige und unanständige Komponente“ (Freud 1912, 371) der positiven Übertragung folglich keiner besonderen Aufmerksamkeit bedürfe, müssten die auf den Therapeuten übertragenen, verdrängten und daher dem Bewusstsein erst einmal nicht

zugänglichen positiven wie auch negativen Gefühle in der Therapie bearbeitet werden, da sich gerade in ihnen der Widerstand des Patienten äußere.

„Das erste Ziel der Behandlung bleibt, ihn an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren. Man braucht nichts anderes dazu zu tun, als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, die anfangs auftauchenden Widerstände sorgfältig beseitigt und gewisse Missgriffe vermeidet, stellt der Patient ein solches Attachment von selbst her und reiht den Arzt an eine der Imagines jener Personen an, von denen er Liebes zu empfangen gewohnt war. Man kann sich diesen ersten Erfolg allerdings verscherzen, wenn man von Anfang an einen anderen Standpunkt einnimmt als den der Einfühlung, (...)“ (Freud 1913, 474)

Heute wird die Bedeutung dieses ersten Zieles allerdings doch deutlich höher eingeschätzt. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung sprechen dafür, in der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und seinem Therapeuten, in der „hilfreichen Allianz“ (Luborsky 1995), die kritische Variable für den Erfolg aller psychotherapeutischen Interventionen zu sehen. Insofern bietet es sich an, den Beginn einer Psychotherapie unter bindungstheoretischem Aspekt zu betrachten, da gerade das Aufsuchen eines professionellen Helfers geeignet ist, die gewohnheitsmäßigen Bindungsstrategien des Patienten zu überfordern. Die dem Patienten zur Verfügung stehenden Bindungskonzepte werden schon darüber entscheiden, ob er sich überhaupt in Therapie begibt. Um überhaupt hilfreich sein zu können, muss der Patient seinem Therapeuten zumindest in Bezug auf seine in der Therapie zur Sprache kommenden Lebensprobleme einen gewissen Kompetenzvorsprung einräumen. Der Therapeut sollte also, ähnlich wie es Bowlby für die primären Bindungspersonen gefordert hat, zumindest diesbezüglich „stronger and wiser“ sein.

Psychotherapie lässt sich als eine spezielle Form einer hilfreichen Beziehung auffassen. Dabei erwartet der Patient von seinem Therapeuten, dass dieser ihm helfen will und hierzu auch in der Lage ist. Der Patient muss dem Therapeuten also auch einen Vertrauensvorschuss entgegenbringen. Das gilt für alle Psychotherapieformen. So sind auch die Erfolge verhaltenstherapeutischer Interventionen von einer ausreichend guten, und das heißt vor allem, einer vertrauensvollen Beziehung abhängig. Um im Therapeuten eine potenziell hilfreiche Person zu sehen, muss das Bindungskonzept jedoch zumindest ausreichend sichere Anteile aufweisen. Verfügt der Patient nämlich nur über ein rein bindungsabwertendes Konzept, wird er keinen Wert in einer therapeutischen Bindungsbeziehung ausmachen.

Dieses Bindungsbedürfnis des Patienten wurde in der psychoanalytischen Literatur als Quelle „supportiver Manöver“ traditionell eher denun-

ziert. Auch diese Einschätzung hat sich inzwischen deutlich gewandelt. Heute geht man davon aus, dass sich bei erfolgreich verlaufenden Psychotherapien immer auch supportive, stützende Vorgänge nachweisen lassen. Insofern dürfte die begriffliche Unterscheidung von aufdeckender und stützender Psychotherapie auch nur wenig Erkenntnisgewinn mit sich bringen, sollte doch jede Psychotherapie gerade unter einer bindungstheoretischen Perspektive stützend sein, zumal die Bindungstheorie ein lebenslang bestehendes psychobiologisches Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsperson in Zeiten von Stress, Krankheit oder Erschöpfung postuliert (Holmes 1995). Demnach schließen sich der Wunsch nach Autonomie und Gemeinsamkeit keineswegs aus. Vielmehr ist erst eine sichere Bindung Vorbedingung für eine Autonomie.³ In seiner „Revision des Therapiekonzepts der Psychoanalyse“ fasst auch der Psychoanalytiker Peter Fürstenau (1992a) die Verständniskommunikation, in der es um ein „detailliertes Verständnis für den Patienten, insbesondere seine Leiden, Probleme und Eigenheiten“ geht, als „konkrete Ausgestaltung des supportiven (suggestiven) Aspekts unter Gesichtspunkten individueller Weiterentwicklung“ auf und verweist mit Luborsky (1995) auf den starken supportiven Charakter angemessener Verständniskommunikation. Erlebt der Patient sich von seinem Therapeuten empathisch angenommen, wird er überzeugt sein, in ihm einen hilfreichen Partner zu haben (Fürstenau 1992a, 80).

Nach Bowlby (1995, 130f.) umfasst die stützende Funktion des Therapeuten fünf Hauptaufgaben:

„Erstens muss er als verlässliche Basis fungieren, 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.

Zweitens muss der Therapeut den Patienten animieren, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet, welche Gefühlserwartungen beide Seiten hegen, mit welchen unbewussten Vorurteilen er an enge Beziehungen herangeht und wie es ihm ein ums andere Mal ‚gelingt‘, bestimmte Situationen zum eigenen Nachteil zu gestalten.

Vor allem aber, und damit sind wir bei der dritten Aufgabe, ist der Pati-

3 Der neurotische Grundkonflikt besteht nach Stauros Mentzos (1982) gerade in der Schwierigkeit, zu einem Ausgleich zwischen Autonomiebedürfnissen einerseits und Abhängigkeitswünschen andererseits zu kommen.

ent zur Prüfung der therapeutischen Beziehung zu ermuntern, weil dieses besondere Verhältnis all seine von den Selbst- und Elternrepräsentanzen geprägten Wahrnehmungen, Annahmen und Erwartungen widerspiegelt.

Die vierte therapeutische Aufgabe besteht in der behutsamen Aufforderung, der Patient möge seine aktuellen Wahrnehmungen, Erwartungen, Gefühle und Handlungen mit den ihm aus der Kindheit und Jugend erinnerlichen Erlebnissen bzw. Situationen vergleichen und sich dabei vor allem auf die Rolle der Eltern und deren vielfach wiederholte Äußerungen konzentrieren. Bei diesem ebenso schmerzlichen wie schwierigen Prozess muss der Patient in Bezug auf die Eltern immer wieder ihm bislang unvorstellbare, ungebührliche Gedanken und Gefühle zulassen dürfen, die ihn womöglich ängstigen, erschrecken, befremden oder unannehmbar dünken und den Eltern oder dem Therapeuten gegenüber unerwartet stark agieren lassen.

Fünftens ist dem Patienten die Einsicht zu erleichtern, dass seine den eigenen bitteren Erfahrungen oder den fortgesetzten elterlichen Verzerrungen entstammenden (in der Literatur leider allzu oft als ‚unbewusste Phantasien‘ des Kindes qualifizierten) Selbst- und Objektrepräsentanzen vielleicht überholt sind oder von vornherein unzutreffend waren. Hat der Patient Struktur und Entstehungsgeschichte dieser ‚Leitrepräsentanzen‘ nachvollzogen, so wird ihm deutlich, welche Gefühle, Gedanken und Handlungen sein heutiges Welt- und Selbstbild geformt haben. Über den Kontakt und die Beziehungen zu emotional bedeutsamen Menschen, etwa dem Therapeuten oder den Eltern, kann er sodann die Stimmigkeit und Gültigkeit jener Repräsentanzen prüfen, einschließlich der daraus resultierenden Vorstellungen und Handlungen. Ist dieser Prozess erst einmal in Gang gekommen, vermag er die ursprünglichen Repräsentanzen richtigerweise als vormals unvermeidliche Ausformungen eigener Erlebnisse bzw. fortwährender elterlicher Verzerrungen zu begreifen und sinnvolle Alternativen zu entwickeln, wobei ihm der Therapeut die Ablösung von den alten, unbewussten Schemata erleichtert und zugleich neue Gefühls-, Denk- und Handlungsebenen zu erschließen trachtet.“

Ein Wissen um das jeweilige Bindungskonzept, mit dessen Hilfe der Patient die Beziehung zu seinem Therapeuten konstellierte, kann dem Therapeuten helfen, die Symptomgeschichte seines Patienten besser zu verstehen. Auch vermag er seine eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen auf das vom Patienten in der therapeutischen Situation gezeigte Verhalten, seine Gegenübertragung, angemessen einzuschätzen. So wird er sich bisweilen genau so fühlen wie der Patient als Kind, hilflos und alleingelassen oder auch wütend. Weiß

der Therapeut um die Funktion der unterschiedlichen Bindungsmuster, wird er auch nicht Gefahr laufen, in seiner Gegenübertragung unreflektiert eine komplementäre Position zur Übertragung seines Patienten einzunehmen. So kann sich der Psychotherapeut etwa leicht gekränkt fühlen und an der Behandlungsmotivation seines scheinbar wenig leidenden Patienten zweifeln, wenn dieser seine Autonomie und sein vermeintliches Nichtangewiesensein auf Hilfe betont, weil er in seiner Lebensgeschichte gelernt hat, dass offen geäußerte Bindungswünsche seine Bezugsperson eher verärgern. Ein Wissen um das kontrollierende Bindungsmuster ambivalent unsicher gebundener Kinder (Solomon et al. 1995) vermag ihn zudem in die Lage zu versetzen, den emotional belastenden Wechsel von freundlichem, gar unterwürfigem hin zu feindseligem Verhalten auf Seiten seines Patienten besser auszuhalten. Insofern versteht der Therapeut die Wünsche des Patienten besser, wenn er sich in dessen frühere Wünsche als Kind hineinzuversetzen vermag. Eine bindungstheoretisch vermittelte Reflexion kann den Abstand gewährleisten, der über ein bloßes Mitfühlen und Mitleiden hinausgeht und der notwendig ist, um effektiv helfen zu können.

Eine solche Reflexion erleichtert dem Therapeuten aber auch die Wahrnehmung des eigenen Beitrags zur Konstruktion solcher „Modellszenen“, in denen es um die Inszenierung bindungsmotivierter Erfahrungen und Wünsche geht (Lachmann und Lichtenberg 1992). Auch aus bindungstheoretischer Sicht lässt sich die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung ohne einen aktiven Beitrag von Seiten des Therapeuten nicht angemessen begreifen. Wie Mary Main (1995) betont, sollte daher eine sichere Bindungsorganisation auf Seiten des Psychotherapeuten die beste Voraussetzung für ein gutes therapeutisches Bündnis bieten. Ein solcher Therapeut muss nicht auf das unter Umständen kränkende und verletzende Verhalten des Patienten mit einem Gegenagieren reagieren, da er nicht auf die unmittelbare Bestätigung als guter Therapeut durch seinen Patienten angewiesen ist. Seine persönlichen Ressourcen ermöglichen ihm eine professionelle Einstellung. Ein ausreichend guter Psychotherapeut sollte in der Lage sein, sicherlich nicht zu allen, aber doch zu den meisten seiner ihn um Hilfe nachsuchenden Patienten eine passende, therapeutische Beziehung eingehen zu können. Dies dürfte gerade unsicher gebundenen Therapeuten schwerlich möglich sein. Bei ihnen dürfte sich ein Erfolg der Arbeit nur in solchen Fällen einstellen, bei denen die beiden Persönlichkeiten, die des Patienten und die seines Therapeuten, zueinander passen. So ließe sich vermuten, dass ein Psychotherapeut, dessen Bindungshaltung als unsicher-verstrickt klassifiziert werden muss, gerade durch bindungsabwertende Verhaltensweisen seines unsicher-distanzierten Patienten frustriert und provoziert wird. Ein solcher Psychotherapeut „kann gut“ mit Patienten, die ihre Hilfsbedürftigkeit offen zeigen, dürfte aber dazu neigen, einer Verleugnung von Bin-