

Bonding – Psychotherapie Qualitative Analyse

Godehard Stadtmüller¹, Jeff Gordon², Stefan Molfenter¹

¹Adula - Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, 87561 Oberstdorf

²Zentrum im Kraichgau, 74889 Sinsheim-Reihen

26. Kongress der DGPPN

22. bis 25. November 2006

Berlin



1. Einleitung

Bonding-Psychotherapie ist eine Methode, um Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken in engen körperlichen Kontakt. Diese Methode aktiviert rasch zugrunde liegende dysfunktionale Muster zwischenmenschlicher Beziehungen. Sie erlaubt Gefühle und Einstellungen durcharbeiten (emotionale Erlebnisaktivierung).

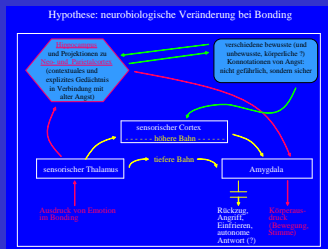
Die Bonding-Psychotherapie wurde vom New Yorker Psychiater und Psychoanalytiker Daniel Casriel als neue Therapiemethode in den 70er Jahren herausgearbeitet. Casriel nannte das Verfahren ursprünglich „New Identity Process“¹. Einen Überblick und theoretische Fundierung gibt Stauss⁴.

2. Neurobiologie

Neurobiologisch dürfte es sich um eine Überladung der tieferen Bahn zwischen sensorischem Thalamus und Mandelkern handeln, wodurch wahrscheinlich die höheren Bahnen einerseits über den sensorischen Cortex, andererseits über den Hippocampus inklusive der corticalen Projektionen aktiviert werden. Klinisch zeigen sich nicht selten Reaktivierungen älter, manchmal traumatischer Gedächtnisinhalte, die in einem neuen Kontext erlebt und bearbeitet werden können.

Es kommt zu

- Bewusstwerden von (gespaltener) Emotion
- Sich-tine-werden einer neuen Wirklichkeit
- bewusstes Wissen um die alte und neue Emotion
- der Evidenz, dass die gegenwärtige Situation eine andere emotionale Bedeutung hat als die Vergangenheit (in der Sprache vieler Patienten: „Jetzt ist nicht damals“). Damit gelingt es oft schlagartig, Projektionen zurückzunehmen.²



3. Fragestellung

Die von den Patienten im Anschluss an die Bonding-Psychotherapie-Einheiten formulierten, für sie wichtigsten Erfahrungen wurden nach folgenden Fragen ausgewertet:

1. Beschreiben die Patienten Veränderungen ihrer inneren psychischen Beziehung? (Konfliktodynamik)
2. Beschreiben die Patienten Veränderungen ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen?
3. Verändert sich etwas an lebensbestimmender Grundüberzeugung respektive Einstellung?
4. Bekommen sie Hoffnung?
5. Kommt es zu einer emotionalen „Lösung“ im Sinne eines kathartischen Erlebnisess?

4. Klinische Setting

Grundlage der Therapie ist eine auf die spezifischen Bedürfnisse der Klinik zugeschnittene Form des Bad Herrenalber Modells, das von Walter H. Lechler begründet wurde.

Die Behandlung ist tiefenpsychologisch fundiert, wobei u.a. Ansätze aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der humanistischen Psychotherapie sowie der systemischen Familientherapie integriert sind. Auf diese Weise werden allgemein wirksame holistische und störungsspezifische Methoden miteinander verbunden.

Die zentralen Säulen der Therapie sind:

1. die **Therapeutische Gemeinschaft**
2. die **Fastenvereinbarungen**
3. die Praxis und das Konzept der **Anonymen Selbsthilfegruppen**
4. die **Emotionale Erlebnisaktivierung** nach Daniel Casriel
5. die **Themenzentrierten Therapien**

4.1 Therapeutische Gemeinschaft

Die Therapeutische Gemeinschaft ist das zentrale Prinzip der Behandlung, in das alle anderen Therapieformen eingebettet sind. Die Gemeinschaft umfasst 50-60 Frauen und Männer und ist, bedingt durch die fortschreitende persönliche Entwicklung der Mitglieder sowie die wöchentlichen An- und Abreisen, bei ständiger Veränderung in einer Art Fließgleichgewicht (halboffene Gruppe).

Die Patienten sind über den gesamten Tagesverlauf und die Therapiegruppen hinaus zur Begegnung und Auseinandersetzung mit sich und den anderen aufgefordert. Auf diese Weise können verschiedene therapeutische Wirkprozesse zur Geltung kommen. Als halt- und schützgebende Struktur und zur Bearbeitung spezieller Fragestellungen und Konflikte dienen methodische **Werkzeuge** sowie definierte **Regeln**.

4.1.1 Wirkprinzipien

In den täglichen sozialen Interaktionen werden individuelle Probleme aktualisiert. Die Identifizierung dysfunktionaler Muster im Erleben und Verhalten kann so sehr direkt in die Geneserung und Performanz neuer Verhaltensweisen übersetzt werden. Die Gemeinschaft bietet hierfür ein **manifaltiges Übungsfeld**.

Die Entwicklung von Ideen für alternative Verhaltensweisen und Copingstrategien wird - neben den therapeutischen Interventionen - durch **soziale Modelllernen** stimuliert. Erfahrungen und Fortschritte von Menschen mit ähnlichen Problemlagen können sich so auch positiv auf die Motivation anderer auswirken.

Die **bergende Gemeinschaft** bietet darüber hinaus die Möglichkeit zur Erfahrung emotionaler Nähe und Unterstützung und dadurch ggf. zur Korrektur ungünstiger Bindungs- und Beziehungsmuster.

Sowohl bei der Problemaktualisierung als auch bei der Modifikation maladaptiver emotionaler Muster treten **polyvalente Übertragungsphänomene** auf und können entsprechend verarbeitet werden.

4.1.2 Werkzeuge

Es kommt eine Reihe strukturierter Methoden zur Regelung der Abläufe und Interaktionen in der Therapeutischen Gemeinschaft zum Einsatz. An dieser Stelle können nur drei wichtige kurz erläutert werden.

Durch die Unterstützung von persönlichen **Sponsoren** können sich Menschen in krisenhaften Situationen (z.B. bei Selbstverletzungs- oder Suchtdruck) Hilfe und emotionale Unterstützung holen.

Mit einer sog. **Konfrontation** können Konflikte, die z.B. im Zusammenhang mit Regelüberschreitungen auftreten, strukturiert im Beisein aller Mitglieder der Gemeinschaft bearbeitet werden.

Besonders wichtig ist es, dass die Menschen in der Gemeinschaft offen und ehrlich zu sich selbst und zu den anderen sind - oder sich darum bemühen. In diesem Zusammenhang ist die Bearbeitung von Rückfällen in dysfunktionales Verhalten (z.B. Suchtsüchten) aber auch der offene Bericht von positiven Erfahrungen mit neuen, günstigeren Verhaltensweisen (**Vorfal**) besonders wichtig.

4.2 Fastenvereinbarungen

Als übergeordnete Regeln der Therapie in der Adula-Klinik gelten die sog. Fastenvereinbarungen. Es handelt sich hierbei um Verpflichtungen, die jeder Patient für die Dauer der Behandlung einget:

Karenz von Alkohol, Drogen, Nikotin und jeder Art von psychotropen Substanzen mit Ausnahme der ärztlich verordneten Medikamente. Karenz von Fernsehen, Schmilken, Romanen und sexueller Beteiligung.

Der Sinn dieser Fastenvereinbarungen besteht nicht in der Abstinenz selbst, sondern darin, dass die überübten Gefühle und Konflikte unter der Karenz des betäubenden Mittels bzw. der Handlung sich deutlich zeigen und damit der Therapie leichter zugänglich sind.

4.3 Anonyme Selbsthilfegruppen

Per definitionem sind Selbsthilfegruppen keine verordnete Therapie. Ein Vorteil des Bad Herrenalber Modells ist es, den Vorzug und die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen im Sinne der A-Gruppen (z.B. AA Alcoholics Anonymous, NA Narcotics Anonymous etc.) in ein Klinikkonzept integriert zu haben. A-Gruppen sind in den meisten Teilen des deutschsprachigen Raums vorzufinden und bieten von daher eine wertvolle Möglichkeit der Verzahnung von vorstationärer Unterstützung bzw. ambulanter Nachsorge und stationärer Therapie.

Welcher Patient in welche Selbsthilfegruppen geht, wird jeweils mit dem zuständigen Therapeuten besprochen.

4.4 Bonding-Psychotherapie

Die Emotionale Therapie nach Casriel (auch Bonding-Therapie oder New Identity Process genannt) erlaubt es dem Patienten, bisher unterdrückte, insbesondere abgespaltene Gefühle wieder zu erleben und in einem neuen Kontext, nämlich dem des Angenommenseins und der körperlichen Nähe, erfahren zu können. Damit können diese Gefühle einer Auflösung bzw. Integration näher gebracht werden.

Bei massivem Widerstand, aber auch bei Alexithymie kann eine Behandlung nach dem New Identity Process sinnvoll sein. Diese Form emotionaler Arbeit ist in vielen Aspekten ähnlich dem Konzept der emotionalen Erlebnisaktivierung nach Greenberg (1996). Bei schwächer Ich-Struktur mit Neigung zu Dissoziation oder Fragmentierung bedarf sie einer engen Indikatorenstellung und - wann es erfolgt - einer sorgfältigen Begleitung. Dies gilt insbesondere auch beim Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

4.5 Störungszentrierte Therapien

Für die Behandlung der Patientinnen bei ihrem individuellen Therapieprozess werden störungs- und prozessbezogene Therapien angeboten. Diese sind z.B.: Suchtgruppe, Kreativgruppe, Körpertherapie, Gruppe für sozial traumatisierte Frauen und genderbezogene Gruppen. Ferner gibt es in der Klinik ein Programm zur Behandlung von Essstörungen (5 Sitzungen pro Woche) sowie systemische Familientherapie, bei der nahe Angehörige der Patienten mit einbezogen werden.

5. Stichprobe

N gesamt = 30	Frauen Männer	N = 15 N = 15
Alter = 21 – 68 (Jahre)	M = SD =	37,9 12,0
Therapiesitzungen	M = SD =	4 1,5
Anzahl = 2 – 7	Z =	1 122

Hauptdiagnosen:	ICD 10	Anzahl
MDD	F 32/3	18
Bulimia nervosa	F 50.2	3
Persönlichkeitsstörungen	F 6	2
Angst, PTSD, Somat.	F 4	6
Burn out	Z 73	1

Haupt- und häufigste Nebendiagnosen:	ICD 10	Anzahl
MDD	F 32/3	27
Persönlichkeitsstörung	F 6	6
Bulimia nervosa	F 50.2	5

6. Methodik

6.1 Erhebung

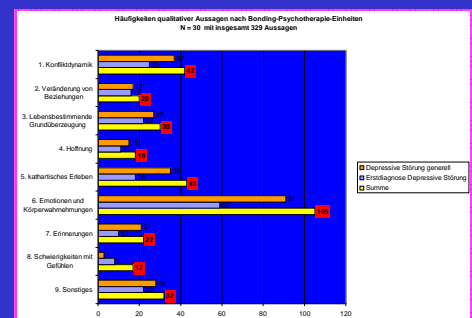
Nach jeder Bonding-Psychotherapie-Einheit wurden die 30 konsekutiv untersuchten Patienten gebeten, ihre wichtigsten drei Erfahrungen während der Bonding-Psychotherapie aufzuschreiben. Konkretere Erfahrungen wurden in diesem ersten Analyse Schritt nicht vorgegeben.

6.2 Auswertung

Die 329 Aussagen wurden von einer vierköpfigen Raterkommission den fünf Fragestellungen zugeordnet. Im Zuge der Auswertung wurden folgende Kategorien hinzugenommen:

6. gefühlte Emotionen und Körperwahrnehmungen
7. Erinnerungen
8. Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken
9. Sonstiges.

7. Ergebnisse



Die Patienten in ihrer Gesamtheit beschreiben hauptsächlich Emotionen und Körperwahrnehmungen. In zweiter Linie ein kathartisches Erleben sowie die Beschäftigung mit inneren Konflikten. – Dies trifft auch auf die Patienten mit depressiven Störungen zu, jedoch bei den Patienten mit der Hauptdiagnose einer MDD in deutlich geringem Ausmaß. An vierter Stelle erwirkte die emotionale Erlebnisaktivierung eine Konfrontation mit lebensbestimmenden Grundüberzeugungen.

8. Zusammenfassung und Diskussion

Wie anzunehmen haben die Patienten hauptsächlich starke Affekte und Körperwahrnehmungen erlebt. Es verwundert nicht, dass dieser Effekt bei depressiven Patienten weniger stark ausgeprägt ist. Er ist aber auch bei ihnen merklich, so dass die Patienten gegenüber der durch Affektivierung und reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit gekennzeichneten depressiven Verfassung eine **kongrierende** emotionale Erfahrung machen.

Viele erleben einen kathartischen Umschlag ihrer Sicht auf sich selbst bzw. auf die Welt, was unsere oben genannte (siehe 2.) neurobiologische Hypothese der Bonding-Psychotherapie stützt. – Ähnlich häufig wurden die Patienten durch die Bonding-Psychotherapie sich ihrer Konfliktynamik bewusst. In vielen entsteht rasch Hoffnung, nicht wenige wurden mit lebensbestimmenden Grundüberzeugungen konfrontiert.

Wünschenswert ist für die Zukunft erstens eine spezifische psychometrische Untersuchung der Bonding-Psychotherapie und zweitens die Anwendung neurobiologischer Messverfahren, um die o.g. Hypothese zu prüfen.

Literatur

1. Gordon, Julia (2005). zit. in (2)
2. Stadtmüller, Godehard & Gordon, Jeffrey A. (2006). Biologische Korrelate von Emotionen. *Psychoanalyse und Körper* 9, 39-65.
3. Casriel, Daniel. (1972). *A Scream away from Happiness*. New York: Grosset & Dunlap.
4. Stauss, Konrad (2006). *Bonding Psychotherapie – Grundlagen und Methoden*. Kösel: München.
5. Greenberg, Leslie S., Rice, Laura N. & Elliot, Robert K. (1996). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.

Wir danken Frederik Strom, Julia Kahrs und Anne Springmann für Hilfe bei der Auswertung.