

4 Bindung und Beziehung als menschliches Grundbedürfnis

4.1 Psychische Grundbedürfnisse

Der menschliche Organismus hat spezifische Grundbedürfnisse, die für eine gute und gesunde Entwicklung erfüllt sein müssen. Biologische Grundbedürfnisse wie Sauerstoff, Nahrung und Schlaf sind basal, doch liegt unser Fokus in der Psychotherapie darüber hinaus besonders auf jenen grundlegenden Bedürfnissen, die eine psychische Gesundheit ermöglichen und fördern. Diese lassen sich auch empirisch nachweisen. Die Evolution hat hierbei vorgesorgt: Grundbedürfnisse des Organismus treten, wenn sie nicht erfüllt werden, in Form von Mangelerscheinungen (Hunger, Durst etc.) auf und bringen ein Streben nach der Behebung des Mangelzustands mit sich. Die physiologischen und neuronalen Regelkreise, die dies steuern, sind bereits gut erforscht. Hunger und dessen Beseitigung durch Nahrung beispielsweise ist im neuronalen Schaltkreis und im physiologischen Regelkreis gespeichert und kann auf diese Weise gut vom Organismus bewältigt werden. Somit taucht die Frage auf, ob ebensolche neuronalen Strukturen auch die Erfüllung von psychischen Bedürfnissen steuern. Doch zuvor ist es wichtig zu klären, welche Bedürfnisse es gibt und welchen davon ein solch zentraler Stellenwert beizumessen ist, dass sie in neuronalen Strukturen angelegt werden. Die Frage, welche Grundbedürfnisse wichtig für ein psychisches Wohlbefinden sind, wird kontrovers diskutiert (Grawe, 2004).

Unter psychischen Grundbedürfnissen verstehe ich Bedürfnisse, die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen. Wenn man schaut, wie viel Schokolade und Parfüm auf der Welt verkauft wird, könnte man leicht auf ein allgemeines Bedürfnis nach Süßem und nach Wohlgeruch schließen. Aber es gibt wenig Hinweise darauf, dass die Nichtbefriedigung dieser Bedürfnisse krank macht. (Grawe, 2004, S. 185)

Grawe (2004) hat sich unter den vielen möglichen Konzeptionen von Murray, Maslow, Heckhausen, Epstein, Freud, Adler, Rogers und vielen mehr jahrelang mit jenen beschäftigt, welche stichhaltig empirisch belegbar sind. Die „Cognitive-Experiential Self-Theory (CEST)“ von Epstein (1990) hat Grawe schließlich durch die existenzielle Bedeutung dieser Grundbedürfnisse für den Menschen überzeugt. Er unterscheidet folgende Bedürfnisse:

- Orientierung, Kohärenz und Kontrolle
- Lust
- Bindung
- Selbstwerterhöhung

In Bezug auf die Kohärenz hält Grawe (2004) Epsteins Theorie für veränderungswürdig und ergänzt hierzu sein Konsistenzprinzip:

Der Begriff der Konsistenz bezieht sich auf einen Zustand des Organismus. Er meint die Übereinstimmung beziehungsweise Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse. ... Konsistenz bezieht sich auf die Relationen intrapsychischer Prozesse und Zustände untereinander. ... Sie ist eine Anforderung oder Bedingung für eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse.“ (Grawe, 2004, S. 190)

Konsistenzregulation und Bedürfnisbefriedigung sind eng verbunden, die Kongruenz ist deren Bindeglied. Mit Kongruenz ist hierbei die Übereinstimmung von motivationalen Zielen und deren realer Wahrnehmung gemeint (Grawe, 2004). „Wie jeder Mensch zwei Arme und zwei Beine hat, hat jeder Mensch die gleichen Grundbedürfnisse. Wie sich die Arme

und Beine von Menschen unterscheiden, können sich Menschen in der absoluten und relativen Ausprägung der Grundbedürfnisse unterscheiden“ (Grawe, 2004, S. 190). Die Grundbedürfnisse sind sozusagen die Kriterien und Vorgaben der Evolution, die, wenn sie erfüllt werden, Wohlbefinden und eine gute Gesundheit ermöglichen. Je erfolgreicher die meist unbewusst laufenden Mechanismen zur Konsistenzregulation entwickelt wurden und werden, desto kongruenter ist das Erleben und umso besser sind somit das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit. Die Grundbedürfnisse können nur gut befriedigt werden, wenn entsprechend flexible, wirkungsvolle Mechanismen dazu entwickelt wurden. Ziele stellen hierbei maßgebliche Steuerungselemente für die Erfüllung von Grundbedürfnissen dar. Die jeweiligen Ziele sind eine Antwort auf die Umgebung und deren Anforderung, die es mehr oder weniger leicht machen, Grundbedürfnisse zu erfüllen. Automatisierte Prozesse, die den Menschen meist nicht bewusst sind (Emotionsregulation, Abwehr etc.), werden vom psychischen System ausgebildet, um ein Erleben einer erhöhten Inkongruenz zu vermeiden. Somit bilden sich, dieser Theorie folgend, auch psychische Störungen durch Konsistenzregulation aus. Traumatisch erfahrene Inkongruenz hat dauerhafte Auswirkungen, die von einem erhöhten Inkongruenzniveau bis hin zu funktionellen und strukturellen Schäden im Gehirn reichen können. Dies kann die Fähigkeit, Belastungen im Leben gut zu bewältigen, einschränken und geht dadurch meist mit schlechter psychischer Gesundheit einher (Grawe, 2004).

4.2 Bindung als psychisches Grundbedürfnis

Bindung und Beziehung sind grundlegend wichtig für das soziale Wesen Mensch, das von klein auf Unterstützung und ein Miteinander braucht; ein guter Kontakt stellt daher ein wichtiges menschliches Grundbedürfnis dar (Grawe, 2004).

Heute kann das Bindungsbedürfnis als das empirisch am besten abgesicherte Grundbedürfnis angesehen werden, gerade auch aus einer neurobiologischen Sicht. Noch immer aber spielt es in den

vorherrschenden Theorien über die Entstehung psychischer Strukturen bei Weitem nicht die Rolle, die ihm auf Grund der Faktenlage zukommt. (Grawe, 2004, S. 192)

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass es ein zentrales menschliches Ziel ist, sozial akzeptiert zu werden und an einer Gemeinschaft teilzuhaben. Die Konstruktion unseres Gehirns, das auf Kooperation, Fairness und Zusammenhalt ausgelegt ist, verdanken wir unserer evolutionären Vorgeschichte: Gut vernetzte Menschen hatten eine bessere Lebenserwartung, was bis heute aktuell ist. Vertrauen von anderen Menschen zu erhalten und zu kooperieren, wird vom menschlichen Motivationssystem sofort positiv beantwortet. Die positive Antwort wiederum macht es wahrscheinlich, sich selbst auch vertrauensvoll zu verhalten (Bauer, 2011b). „Nicht nur eine infektiöse Erkrankung, auch kooperatives Verhalten scheint beim Menschen also biologisch ‚ansteckend‘ zu sein“ (Bauer, 2011b, S. 35).

Die Bindungstheorie von Bowlby, erforscht im Zeitraum 1969–1988, zeigte als erste, dass ein angeborenes Bedürfnis besteht, die körperliche Nähe der primären Bezugspersonen zu erlangen (Grawe, 2004). Bowlbys Bindungstheorie besteht aus drei zentralen Aussagen:

- Vertrauen auf eine verfügbare Bindungsperson gibt Sicherheit.
- Das jeweilige im Heranwachsen entwickelte Vertrauen in die oder der Zweifel an der Verfügbarkeit der wichtigen Bindungspersonen bleibt im weiteren Verlauf des Lebens eher konstant bestehen.
- Die vielfältigen Erfahrungen mit Bindungspersonen im Hinblick auf Zugänglichkeit und die Bereitschaft zu reagieren, die beim Aufwachsen erlebt werden, sind oftmals Reflexionen von Erfahrungen, die bereits gemacht wurden.

Bowlby nennt dies das innere Arbeitsmodell; es entspricht in etwa den Motivationsschemata, die anhand des Bindungsbedürfnisses und der jeweiligen Erfahrungen entwickelt werden (Bowlby, 1976). „Das Kind verinnerlicht seine frühen dyadischen Beziehungserfahrungen. Sie schlagen sich in seinem impliziten Gedächtnis in Form von Wahrnehmungs-, Verhaltens-, emotionalen Reaktionsbereitschaften und motivationalen Bereit-

schaften nieder“ (Grawe, 2004, S. 193). Wenn Bezugspersonen nicht gut erreichbar, zu wenig feinfühlig oder unverlässlich verfügbar sind, entwickeln sich ungünstige Motivationsschemata. Gute Bindungspersonen wiederum bieten körperliche Nähe, Trost, Schutz und Sicherheit.

Die Beziehungserfahrungen eines Menschen schon in den ersten Lebensmonaten legen also die Grundlage für motivationale Schemata, die dann ihrerseits schon sehr früh auf das Beziehungsverhalten des Kindes so Einfluss nehmen, das [sic] eine diese Schemata bestätigende Rückmeldung wahrscheinlich ist. (Grawe, 2004, S. 195)

4.3 Beziehung als Grundlage für die Entwicklung des Selbst

4.3.1 Wie wir im Kontakt zu anderen wir selbst werden

Durch die Entdeckung und Erforschung der Selbst-Systeme konnten äußerst wichtige Erkenntnisse gewonnen werden (Bauer, 2019). „So ließ sich eindrucksvoll bestätigen, was schon Philosophen wie Friedrich Nietzsche und Martin Buber konstatierten: Unser Selbst ist unauflöslich verbunden mit dem Du und, mehr als uns bewusst ist, immer auch ein Wir“ (Bauer, 2019, S. 8). Der wichtigste Einfluss, den Menschen erfahren, ist Resonanz. Sie entscheidet darüber, ob wir wachsen, gestärkt oder verletzt werden. Einwirkungen, die uns in Resonanz versetzen, verändern uns; dies geschieht unbewusst. So entsteht durch derartige Resonanzvorgänge in Säuglingen ein Selbst, das – je weiter sie heranreifen und wachsen – mehr und mehr zum Akteur wird, der mitbestimmt, was mit ihm passiert (Bauer, 2019). „Wir entwickeln ein Gefühl, das uns spüren lässt, welche an uns herangetragenen Angebote zu uns passen und zu einem stimmigen Teil unseres Selbst werden könnten, und welche unserer Identität Gewalt antun würden“ (Bauer, 2019, S. 8).

Säuglinge beginnen das Verhalten ihrer Bezugspersonen nachzuahmen und lernen so durch Beziehung und Resonanz (Bauer, 2019). „Die neuronale Grundlage, die es ermöglicht, mit Säuglingen und Kleinkindern via Spiegelung und Resonanz in Kontakt zu kommen, wird durch das System der Spiegelneuronen oder Spiegelneuronen gebildet“ (Bau-

er, 2019). Dieses System ist nach der Geburt noch nicht zur Gänze ausgebildet, aber bereits ausreichend funktionstüchtig. Was Säuglinge über längere Zeit hinweg erleben, wird durch diese Spiegelungserfahrungen zum Kern des Selbst. Die Selbst-Systeme, die zu Beginn noch funktionsuntüchtig sind, reifen in den ersten zwei Lebensjahren zu neuronalen Vorläufern heran. Die Entwicklung dieser Systeme schreitet in den folgenden zwei Jahrzehnten voran und setzt sich – wenn auch in geringerem Ausmaß – lebenslang fort. Das bedeutet, der Mensch benötigt für seine Entwicklung ein soziales und intelligentes Umfeld durch familiäre Bezugspersonen oder qualifizierte Fachkräfte, die liebevoll, verlässlich, Freiraum gebend und fördernd sind (Bauer, 2019).

4.3.2 Entwicklung zur Autonomie: Kontakt an der Grenze

„Frei und autonom werden können Menschen nur, wenn sie vorher das Geschenk einer Bindung erlebt haben“ (Bauer, 2019, S. 70). Das Selbst des Menschen ist nicht nur auf Rezeption angewiesen, es entwickelt sich auch von klein auf zu einem lebendigen und sozialen Akteur. Ist das Fundament gelegt, werden alle weiteren Angebote bewertet und Vorlieben entwickelt, es wird aktiv auf die Welt zugegangen und Möglichkeiten werden verworfen oder erprobt (Bauer, 2019). Dabei ähnelt das Selbst gewissermaßen der Atmung: „... Es befindet sich im ständigen Wechsel zwischen einem Modus der Rezeption und Internalisierung (Einatmung) einerseits und dem der Produktivität, des Abgebens, des Ausscheidens oder Verwerfens (Ausatmung) andererseits“ (Bauer, 2019, S. 105). Das Selbst kann die Welt nicht neu erfinden, es ist abhängig von seiner Umwelt und den umgebenden Möglichkeiten. Kinder und Erwachsene brauchen Mentor*innen, die außerhalb ihrer primären Bezugspersonen als zusätzliche Identifikationsfiguren fungieren und es ermöglichen, bereichernde Selbst-Teile zur Verfügung gestellt zu bekommen. Mentor*innenrollen können auch Bücher, wissenschaftliche Fakten, Internetquellen, fiktionale Figuren und Therapeut*innen übernehmen; auch sie können Menschen wichtig sein und sie dadurch verändern. Wirksam ist die Psychotherapie durch die Interaktion zwischen dem Selbst des Klienten beziehungsweise der Klientin und dem des Psychotherapeuten beziehungsweise der Psychotherapeutin

(Bauer, 2019). „Durch seine Präsenz, durch seine Fähigkeit, das Gehörte auszuhalten, wertfrei stehen zu lassen und aufzubewahren, wird der Psychotherapeut für den Patienten zu einem signifikanten Du, zu einem nahestehenden Anderen, was eine Aktivierung der Ich-Du-Kopplung zur Folge hat“ (Bauer, 2019, S. 198).

4.4 Die Rolle des Bindungsbedürfnisses in der Psychotherapie

Menschen, die sich in Therapie begeben, haben oftmals ungünstige Bindungsmuster und leiden darunter. Dies trifft zwar nicht auf alle Therapieklient*innen zu, dennoch spricht eine Therapiesituation immer direkt das Bindungsbedürfnis an. Nicht im Sinne einer Ersatzbeziehung für im Außen unbefriedigende Kontakte, sondern als positive Beziehungserfahrung. Dabei bietet der Therapeut beziehungsweise die Therapeutin als zugewandte Bindungsperson Geborgenheit und Schutz nach gravierenden Ereignissen oder in schwierigen Lebensphasen, in denen das Bedürfnis nach Hilfe und Geborgenheit akut aktiviert ist. Hierbei sind eine hohe fachliche Kompetenz sowie die Aufmerksamkeitsfokussierung auf die hilfsbedürftige Person besonders wichtig, da dadurch für Klient*innen positive, wohltuende Erfahrungen möglich werden.

Ebenfalls grundlegend sind hierfür auch die von Grawe (2000) beschriebenen Qualitäten einer guten Bindungsperson:

Wenn die Therapeutin feinfühlig auf den Patienten eingeht, sich sensibel für seine Regungen zeigt, sie nonverbal begleitet, indem sie das, was der Patient berichtet, mit ihrer Mimik affektiv kommentiert ..., wenn sie für den Patienten da ist, ohne ihn zu dominieren, wenn sie mit Tonfall, Körperhaltung und Mimik Wärme und Engagement ausstrahlt, verständnisvoll gewährend ist, aber gleichzeitig führend und strukturierend, wenn der Patient Unterstützung braucht, verwirklicht sie wichtige Merkmale ... (Grawe, 2000, S. 537)

Diese Qualitäten machen laut Therapieforschung eine gute Therapiebeziehung und eine gute Bindung aus. Somit sind für die jeweiligen Klient*innen kontinuierliche positive Wahrnehmungen im Hinblick auf das akut aktivierte Bindungsbedürfnis möglich (Grawe, 2000).

Wie ein kleines Kind, das bei seiner Bindungsperson Zuflucht, Trost, Geborgenheit und Unterstützung gefunden hat, sich dann wieder gestärkt und sicherer zurück in die Aussenwelt [sic] begibt, um dort seinen Zielen nachzugehen, kann ein Psychotherapiepatient sich in einer guten Therapiebeziehung an seiner Therapeutin wieder aufrichten, um sich dann mit neuer Kraft und und [sic] neuem Mut seinen Schwierigkeiten zu stellen. (Grawe, 2000, S. 538)

Durch diesen gestärkten und verbesserten Zustand sind die Aussichten auf Erfolgserlebnisse im Sinne der jeweiligen Ziele weit besser als zuvor. Durch die gemachten positiven Erfahrungen in der Therapiebeziehung und im Hinblick auf das Bindungsbedürfnis, können nun mit höherer Wahrscheinlichkeit im Außen positivere Erfahrungen gemacht werden.

In einer solchen Therapiebeziehung werden außerdem positive Kontrollerfahrungen erlebbar gemacht: Klient*innen erfahren durch die Feinfühligkeit des Therapeuten beziehungsweise der Therapeutin Wirkung im Sinne der eigenen motivationalen Schemata. Ein Gleichgewicht von Autonomie und Geborgenheit lässt außerdem Freiheit und die Möglichkeit, sich im Sinne eigener Ziele verhalten zu können, zu. Psychotherapeut*innen verhalten sich gezielt so, dass sie im Dienst der Erfahrungen wichtiger Motivationsschemata der Klient*innen stehen. So werden positive Kontrollerfahrungen erlebbar gemacht, die im realen Leben nicht erfolgreich realisierbar wären, und es wird ein Gefühl des Verstanden- und Angenommen-Werdens vermittelt. Dadurch entsteht ein grundlegendes, starkes Vertrauen, dass individuelle Anliegen in dieser Beziehung gute Unterstützung finden (Grawe, 2000). „Eine gute Therapiebeziehung vermittelt dem Patienten also eine Fülle positiver Erfahrungen im Hinblick auf zwei akut aktivierte Grundbedürfnisse: das nach Kontrolle und das nach einer verlässlichen, Geborgenheit und Unterstützung gewährenden Beziehung“ (Grawe, 2000, S. 538). Je spezifischer die Wirksamkeits-

erfahrungen und Bestätigungen an die jeweiligen individuellen, intentionalen Schemata angepasst sind, desto positiver und intensiver sind diese. Somit ist für eine optimale Beziehungsgestaltung auf allgemeine Prinzipien zu achten und insbesondere auch auf spezifische Bedürfnisse der jeweiligen Klient*innen. Auch individuelle Eigenarten oder Voraussetzungen, die Klient*innen mitbringen, die das Eingehen sicherer Bindungsmuster erschweren, sind hierbei besonders zu berücksichtigen. Dies geschieht durch eine gezielte und aktiv gestaltete Therapiebeziehung seitens der Therapeut*innen zugunsten positiver Veränderungen und erhöhten Wohlbefindens bei Klient*innen (Grawe, 2000).

In der Regel haben Personen mit psychopathologischen Symptomen auch Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich. Somit sind in der Therapie die Folgen unsicherer Bindungen ein wichtiges Thema. Dazu gehören schlechte Emotionsregulation, verminderte Stresstoleranz, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen sowie wenig Selbstwertgefühl. Dieses unsichere Bindungsmuster, das neben der sich zeigenden Störung besteht, betrifft laut Grawe acht bis neun von zehn Psychotherapiepatient*innen. Die jeweiligen Probleme und Ausprägungen sind je nach Patient*innen verschieden. Deswegen gibt es keine allgemeine Lösung für die Behandlung der Bindungsmuster, die, wenn sie nicht Teil des Therapieprozesses sind, den Behandlungserfolg mindern, verhindern oder keine Nachhaltigkeit des Erfolges ermöglichen, da die Inkonsistenz weiterhin besteht. Bindungsmuster sind stabil; es gibt keinen Grund zur Annahme, dass störungsspezifische Depressionstherapie oder medikamentöse Therapie den jeweiligen Bindungsstil verändert. Ein unsicheres Bindungsmuster bleibt auch nach einer Therapie bestehen, wenn es nicht explizit Teil des Prozesses ist, dieses gemeinsam therapeutisch zu bearbeiten (Grawe, 2004). „Nach dem Modell der Konsistenztheorie bleibt bei einem Menschen mit ausgeprägt unsicherem Bindungsmuster, wenn seine vermeidenden oder konflikthafter motivationalen Schemata, die sich um das Bindungsbedürfnis herum entwickelt haben, in der Therapie nicht ausdrücklich bearbeitet werden, eine der wichtigsten Inkonsistenzquellen bestehen“ (Grawe, 2004, S. 217).

Die Erkenntnisse aus Untersuchungen zu Therapiezielen decken sich dahingehend mit den Ergebnissen der Bindungsforschung: Grawe erhob

im Verlauf von 20 Jahren Therapieziele, die Patient*innen selbst anstreben wollten, in seiner Psychotherapieambulanz in Bern. 75 % der Patient*innen hatten Behandlungsanliegen im interpersonalen Bereich und erst danach folgten die Symptomreduktion und Bewältigung der Probleme mit 59%. Diese Daten decken sich mit den zuvor erwähnten 80 % der behandelten Personen, die unsichere Bindungsmuster aufweisen (Grawe, 2004). „Das früh erworbene unsichere Bindungsmuster führt offenbar später im Leben zu Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen, mit denen die Betroffenen selbst nicht fertig werden“ (Grawe, 2004, S. 219).

Somit zeigt sich durch die Deckungsgleichheit der Ergebnisse beider Forschungswege klar, dass eine reine Behandlung von Störungen sowohl objektiv wissenschaftlich als auch aus der Problemsicht der Patient*innen unzureichend ist. Um die jeweils weitreichenden Folgen eines unsicheren Bindungsstils zu berücksichtigen, müssen die vermeidenden oder annähernden motivationalen Schemata, die in den zwischenmenschlichen Beziehungen wirken, im Therapieprozess berücksichtigt werden. Negative Bindungserfahrungen ziehen Folgen nach sich, die in der Therapie von zentraler Bedeutung sind und im Sinne einer besseren Konsistenz-, Selbstwert- und Emotionsregulation berücksichtigt werden müssen (Grawe, 2004).