

Die Bedeutung der Bindungstheorie bei der Begleitung Schwerkranker
und ihrer Familien

Dr. Yvonne Petersen

„If you leave me now.....you`ll take away the biggest part of me,... please don`t go...

Wahrscheinlich kennen Sie das Lied von der Gruppe „Chicago“ und fragen sich erstaunt: ja Moment, handelt es sich hier nicht um ein Lied von Liebe und Abschiedsschmerz? Ganz genau, von Liebe und Abschiedsschmerz zweier Menschen die sich verlassen – der eine versucht zu halten, der andere geht. Hier wird ein Bezugssystem zwischen zwei Menschen durch Trennung in schmerzhafter Weise verändert, unter Verlust des „Biggest Part of me“, des“ grössten Teiles von mir..“

Was in diesem Lied besungen wird geschieht in dieser oder anderer Form immer wieder : Wir nehmen Beziehung zu einem Menschen auf, verbinden uns mit ihm, bleiben eng oder locker mit ihm in Verbindung, halten die Verbindung oder lösen sie wieder.

Der neurobiologische Forscher Joachim Bauer schreibt in seinem Buch „Prinzip Menschlichkeit“, in dem er sich mit den Beziehungs- und Motivationssystemen unseres Gehirns beschäftigt : „Der Mensch ist für gelingende Beziehungen konstruiert. Wir sind aus neurobiologischer Sicht auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen. Kern aller menschlichen Motivation ist es, zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben.“. Motivationssysteme sind die zentralen Antriebsaggregate unseres Lebens und neurobiologisch nachweisbar.

Der Verlust einer tragenden zwischenmenschlichen Beziehung kann den „Absturz“ des Motivationssystems und die Mobilmachung biologischer Stresssysteme zur Folge haben - kurzfristig setzt meist ein Gefühl von Schmerz und Erregung ein, verbunden mit Trauer und Angst, bis hin zu Panik. Langfristig, falls ein Verlust nicht verkraftet wird, können depressive Störungen auftreten. Die Folgen von Beziehungsverlusten lassen sich nicht nur psychisch erkennen, sondern auch neurobiologisch darstellen.

Von Bedeutung sind also Systeme in uns, die Beziehungen ermöglichen, Bindungen entwickeln, und bei Beziehungsverlusten körperlich-seelische Reaktionen hervorrufen. Diese Systeme bestehen vom ersten Lebenstag an. Das Neugeborene ist von Geburt an auf Zuwendung angewiesen, um sich in Hinblick auf seine Beziehungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft gesund zu entwickeln. Seine genetisch bereitgestellten Systeme müssen genutzt werden um Beziehung zu „erlernen“ .“Use it,or loose it“, übersetzt: “Benütze Deine genetisch bereitgestellten Systeme oder Du wirst sie verlieren“. Im Klartext bedeutet dies:

Wenn in der Kindheit und Jugend gute Beziehungserfahrungen gemacht wurden, so wirkt sich dies positiv auf die spätere Beziehungsfähigkeit der betroffenen Menschen aus, wenn gute Beziehungserfahrungen aber ausbleiben, hat dies für die spätere Beziehungsfähigkeit dieser Menschen fatale Folgen.

Der Begriff „Beziehung“ trägt das Wort „Zug“ in sich. „Ziehen“ beschreibt eine Spannung zwischen zwei Polen, die in spezifischer Weise mit einander „verbunden“ sind. Wir sprechen von guten Beziehungen, von schwierigen oder komplizierten Beziehungen, auch von schlechten Beziehungen – es geht dabei um ein Spannungsmuster, das eine zwischenmenschliche Ver-Bindung beschreibt. In der Arbeit mit Schwerkranken und ihren Familien erleben und spüren wir die Bindungs- und Beziehungsverhältnisse innerhalb des Familiensystems.

Wie entstehen Beziehungen in unserem Leben? Wir alle sind zu Beginn unseres Lebens, ja schon im Mutterleib einer ganz besonderen Beziehung unterworfen: der Beziehung zur Mutter. Für diese spezifische Beziehung nehmen wir hier den Begriff „Bindung“, im englischen „Attachement“. Wir sprechen von der Mutter, auch dem Vater als den wichtigsten Bindungspersonen. Über diese Bindung, die früh im Leben beginnt, unsere Beziehungsgeflechte prägt, ein Leben lang bis in den Tod begleitet, und schliesslich in der Begleitung von Sterbenden sichtbar ist, möchte ich in diesem Vortrag erzählen.

Bindungstheorie

Begründer der „Bindungstheorie“ ist der Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990). Sein besonderes Interesse galt der Ver-bindung zwischen Müttern und ihren Kindern. So hatte er beobachtet, dass Kinder, die in der Klinik von ihrer Mutter getrennt wurden - damals durften Mütter ihre Kinder nicht in der Klinik begleiten - im Verlauf der Klinikzeit spezifische Verhaltensmuster aufwiesen. Aus diesen, und vielen weiteren Beobachtungen und wissenschaftlichen Studien der kommenden Jahre entwickelte sich die Schule der Bindungstheorie. Sie besagt, verkürzt, folgendes:

Bindungstheorie

Es gibt in uns allen ein biologisch angelegtes Bindungssystem. Bowlby beschreibt es als gesunde Komponente unserer „Instinktausrüstung“. Es wird aktiviert, wenn eine Gefahr von der äusseren Welt oder auch von innen (z.B. körperliche Schmerzen, Krankheit) droht. Kann diese Gefahr nicht aus eigenem Vermögen behoben werden, wird das sog. „Bindungsverhalten“ ausgelöst. Ein hilfloses Kleinkind wendet sich dann instinktiv an seine Mutter oder seinen Vater, um Schutz und Hilfe zu suchen. Für das hilflose, unselbständige Neugeborene und Kleinkind ist die Person, die Schutz und Fürsorge gewährt, und die Bindung an sie von lebenserhaltender Bedeutung. Ein schwaches und unerfahrenes Junges kann ohne Schutz von Älteren und Weiseren nicht überleben, denn Verlassenwerden bedeutet den Tod. Es werden also von Geburt an Verhaltensweisen entwickelt, welche den Schutz und die Nähe zur schützenden Person gewährleisten..

Eine Bindung entwickelt sich also aus permanenten Interaktionen mit beständigen, zuverlässigen Personen, die schützen, versorgen und beruhigen; sie ist auf die Schutzgebenden, sprich Mutter und Vater hin ausgerichtet, und passt sich deren Verhalten an. Die Bindungspersonen werden zum „Sicheren Hafen“ zu dem das Junge flüchten kann. Das Bedürfnis nach einem „Sicheren, schützenden Hafen“ begleitet uns alle durch unser ganzes Leben. Auch bei uns Erwachsenen wird in höchster Gefahr von aussen oder innen das in der frühen Kindheit ausgebildete Bindungssystem aktiviert und löst schutzsuchendes Bindungsverhalten aus.

Die Forschungen haben ergeben, dass ein spezifisches Bindungsmuster bereits im ersten Lebensjahr ausgebildet wird; Die Bindungsmuster reifen im Laufe des Lebens durch neue Beziehungserfahrungen, sind aber als Grundmuster in vor allem in Gefahrensituationen –und in dem Vortrag geht es um die existentielle Trennungsgefahr im Sterbeprozess- erkennbar.

In Ihrer Arbeit als Hospizhelfer haben Sie die Erfahrung gemacht, dass es Familien gibt, bei denen die Begleitung eines Familienangehörigen befriedigend und unkompliziert verläuft, dass es aber Familien gibt, die sehr fordern, und Sie an die Grenze Ihrer Kraft bringen. Sie würden dann sagen: im einen Fall haben die Familienangehörigen eine gute Beziehung zueinander, in anderen Fällen sprechen Sie von komplizierten, schwierigen, chaotischen Familienbeziehungen bzw -verbindungen untereinander.

Unsere Beobachtungen der letzten Jahre haben ergeben, dass sich in dieser schwierigen Lebenssituation gute, wie auch schlechte frühe Bindungserfahrungen spiegeln.

Auf der Ebene von Bindungsmustern spricht die Bindungstheorie von „sichern“, „unsicheren“ Bindungsmustern.

Die Bindungsforschung hat erstaunlicherweise nur vier Bindungsmuster gefunden. Ich möchte Ihnen diese Bindungsmuster und ihre Bedeutung bei der Betreuung unserer Patienten und deren Angehörigen beschreiben.

Zur Bedeutung von Bindungstheorie und den Bindungsmustern möchte ich betonen, dass es sich hier nicht um Pathologien handelt. Wir alle haben eines dieser Bindungsmuster! In der Arbeit mit Sterbenden lassen sich die Bindungsmuster in dieser schwierigsten Trennungsphase unseres Lebens gut erkennen, die Zusammenhänge innerhalb der „verbundenen“ Menschen werden klarer. Der schwerkranke Mensch kann in seiner Ganzheit, von dem Beginn seines Lebens und im Sterbeprozess und als Teil seiner Familie besser verstanden werden. Es geht nicht um Schubladendenken, sondern um bestmögliche Hilfestellungen im Sterbeprozess und behutsame Begleitung von Nöten und Konflikten.

Sicheres BM

Die Hauptbezugsperson- hier einfachheit halber die Mutter, reagiert auf die Signale des Kindes zuverlässig und ihr feinfühliges Verhalten ist für das Kind immer vorhersehbar. Sie reagiert gleichermassen auf positive, neutrale und negative Gefühle, sie ist für das Kind gut, stark und weise. Vor allem negative Gefühle wie Schmerz, Angst und Trauer können gegenüber der Mutter offen gezeigt werden in der erfahrungsgemäss sicheren Zuversicht, dass sie das Leid beenden kann. Die Mutter wird bei Leid aufgesucht, sie bietet den zuverlässigen, sicheren Hort.

In der Entwicklung lernen diese Kinder, dass Schmerz und Herzeleid zwar nicht vermeidbar, aber doch überwindbar ist. Diese Kinder fühlen sich angenommen, so wie sie sind. Sie zeigen später ein klares Selbstbewusstsein. In schwierigen Lebenssituationen, können ihre Gefühle

besser und auch offener kommunizieren, und werden mit schwierigen äusseren und seelischen Lebenssituationen leichter fertig- sie haben ja erfahren dass Leid emotional überlebbar ist.

Was erleben wir in der Betreuung von Menschen mit“ Sicherem Bindungsmuster“? Es fällt meist folgendes auf:

Die Schwerkranken und ihre Angehörigen können ihre schwierige ,bedrohliche Situation meist offen und klar ansprechen. Gefühle von Trauer, Verzweiflung und Wut, können der Situation entsprechend angemessen gezeigt und vermittelt werden. Sie sind für uns als Betreuende gut nachvollziehbar. Unsere Hilfe wird gerne angenommen, die Kooperation mit den Schwerkranken ist auch für uns befriedigend. Die Familienmitglieder sind .soweit möglich, präsent, deren Umgang mit den Patienten ist liebevoll und empathisch.

Kindheit

Beim Erzählen ihrer Kindheitsgeschichte ist die Erinnerungsfähigkeit offen und klar. Die Menschen können ihr persönliches Schicksal meist auf eine emotional lebendige Weise schildern. Gab es Konflikte, so werden sie offen dargelegt, mit angemessenen Gefühlen berichtet, und im Zusammenhang der Situation gesehen. Die Erinnerung an die Eltern ist liebevoll aber nicht unkritisch.

Familie

Die Familie um den schwerkranken Patienten zeigt sich meist ebenso offen und kooperativ, so dass alle medizinisch-pflegerischen Probleme gemeinsam gut gelöst werden können. Die Angehörigen kommen zuverlässig, lassen dem Kranken aber auch Freiraum um alleine zu sein. Die Atmosphäre um den Schwerkranken ist ruhig, Gefühle werden offen gezeigt.

Hilfsangebote

In der Begleitung genügen meist unterstützende Tätigkeiten. Sie sind bezüglich der Erkrankung medizinisch-pflegerischer Art ,dazu kommen Gespräche mit Angehörigen und Freunden, auch Hilfe beim Strukturieren der verbleibenden Lebenszeit. Patienten mit “Sicherem Bindungsmuster“ erleben wir auf unserer Palliativstation relativ selten. Anscheinend werden sie mit Unterstützung des Hausarztes und der Familie gut begleitet.

Die „Unsicheren Bindungsmuster“

Die Bindungstheorie unterscheidet zwei unsichere Bindungsmuster: das „Unsicher-(gefühlsvermeidende“ und das „Unsicher-(Gefühls-)ambivalente“ Bindungsmuster.

Das Unsicher –(Gefühls-)Vermeidende Bindungsmuster

Die Bezugsperson- wir sagen wieder die Mutter-reagiert in Situationen, in denen das Kind Hilfe und Schutz sucht ,vorhersehbar und unangemessen. Um ein Beispiel zu nennen: wenn der Säugling schreit kommt sie nicht um ihn ganz selbstverständlich zu beruhigen, sondern lässt ihn schreien ;oder ,wenn das Kleinkind sich weh getan hat, nimmt sie es nicht tröstend und liebevoll in den Arm sondern antwortet auf das Anlehnungsbedürfnis des Kindes mit

Ärger und körperlicher Zurückweisung. Kurz, die Signale des Kindes nach körperlicher Nähe und Schutz werden abgelehnt. Diese Menschen haben, wenn man nach liebevoller körperlicher Zuneigung der Mutter fragt, oft das Gefühl, von der Mutter niemals in den Arm genommen worden zu sein.

Diese Mütter schätzen es, wenn das Kind nicht an ihrem Rockzipfel hängt, die Kinder werden dafür belobigt. (ein „pflegeleichtes Kind“) Oft werden diese Kinder schon früh einem Leistungs- und Verantwortungsdruck ausgesetzt. Um angemessene Zuwendung, Lob und Anerkennung zu erhalten, entwickelt das Kind sensible Antennen, um die momentane Befindlichkeit der Mutter zu erfassen, und sich daraufhingerichtet zu verhalten. Die eigene Bedürftigkeit und Befindlichkeit bleiben dahinter zurück. Die innere Erfahrung von Zurückweisung in Momenten von Not bleibt. Es wird eine Strategie entwickelt, in der zum einen insbesondere negative, schmerzhaft Gefühle heruntergespielt werden, zum anderen alle Anlässe, in denen das Bindungsverhalten zur Schutzsuche aktiviert werden könnte, vermieden werden. Es entsteht ein gefühlsvermeidendes, unsicheres Bindungsmuster. Diese Kinder lernen schwierige Situationen aus eigener Kraft zu lösen, das Verhalten wird zur Lebensstrategie.

Wie erleben wir die Betreuung von Menschen mit diesem Bindungsmuster?

Der Kontakt zwischen Angehörigen und Patient wirkt spürbar spröde, emotionslos, eher distanziert, funktional und neutral. Körperliche Berührungen finden wenig statt. Die Angehörigen stehen am Bettende oder sitzen ein Stück weit entfernt. Der Patient selbst scheint zurückgezogen. Die Atmosphäre ist eher nüchtern und kühl. Worte des gefühlsmässigen Bedauerns über die Situation werden in der Familie kaum geäußert. Die Unterhaltung mit dem Patienten verläuft meist recht wortkarg. Oft wird die Krankheit eher verleugnet, Gefühle von Trauer, Angst oder Ärger werden kaum gezeigt oder heruntergespielt. Der Schwerpunkt von Fragen bezüglich der Krankheit und der kommenden Zeit liegen eher im „medizinischen Tun“ als in alternativen Strategien, die verbleibende Zeit zu „erleben“.

Beobachtung

Die grosse innere Not lässt sich nur in der Beobachtung wahrnehmen: In der Gesichtsmimik angstvoll blickende Augen, in der Körperhaltung eine innere angstvolle Spannung durch Unruhe und Zittern, Wegdrehen oder Schliessen der Augen bei einfühlbar traurigen Erlebnissen und Beschreibungen ihrer momentanen Situation. Die Angst, Gefühle zu zeigen scheint riesig zu sein.

Kindheit

Beim Erzählen ihrer Kindheit ist die Erinnerung meist lückenhaft. Eltern und deren Erziehungsmethoden werden oft idealisiert, - also z.B. „Ohrfeigen hat es bei uns gegeben, aber das hat noch niemandem geschadet!“ - bei genauerem Hinterfragen wird oft von fehlender Unterstützung eines oder beider Eltern berichtet: „Ich musste früh die Verantwortung für meine Geschwister übernehmen, Vater und Mutter hatten dafür keine Zeit und Abends gab's Ärger wenn die Eltern nicht zufrieden waren!“ „In ihrem Leben setzen sie meistens alles daran, niemals abhängig zu sein. Die gewählten Partnerschaften sind meist auf gutes Funktionieren ausgerichtet. Wärme und körperliche Nähe sind meist weniger wichtig.“

Familie

Die Familie dieser Patienten wirkt emotional eher distanziert. Die Hilfe und Begleitung beschränkt sich entweder auf aktive periphere Handlungen –es wird immer etwas „getan“ und „organisiert“ oder die Angehörigen wirken passiv und hilflos –sie können nichts „tun“. Hilflos stehen sie oft lange Zeit um das Bett des Kranken .Meist suchen die Angehörigen wenig oder gar keinen Kontakt zu uns.

Viele Patienten leben ohne ein funktionierendes familiäres Umfeld. Sie leben alleine , versorgen sich solange es ging selbst, die Kinder kümmern sich wenig oder gar nicht, oder sollen „geschont“ werden. Die Bitte um Hilfe wird als unmöglich abgetan, die Kinder „hätten sicher Wichtigeres zu tun“.

Als Begleitende fühlen wir uns durch dieses manchmal fast abweisende Verhalten manchmal zurückgewiesen. Wir geben uns Mühe, einen emotionalen Kontakt zu dem Patienten und der Familie aufzubauen, der nur schwer oder gar nicht angenommen wird. Wir erinnern uns, dass die frühe Erfahrung von Zurückweisung in Momenten der Not zur lebenslangen Vermeidung von Situationen geführt in denen das Bindungsverhalten um Schutz und Hilfe zu finden, aktiviert wird. In der jetzigen Extremsituation ist der Patient total abhängig, seine Strategie der Vermeidung droht zu brechen. Er hat nicht gelernt sich zu wenden und um Hilfe zu bitten.

Hilfsangebote

Nur durch sichere, konstante vorhersehbare Präsenz, also in Worten der Bindungstheorie: mit „Sicherem Bindungsverhalten“ können wir dem Patienten und den Angehörigen erleben lassen, dass es möglich ist zu bitten, und dass die Suche nach Anlehnung und Fürsorge nicht mit Zurückweisung bestraft wird. Wir, das Team und auch Sie als Hospizhelfer können durch ein „Sicheres Bindungsangebot“ die frühe Erfahrung noch einmal korrigieren .Der Patient und die Familie können erfahren, dass Gefühle angenommen und verstanden werden, dass in traurigen Momenten getröstet, und Ärger mitausgehalten wird. So kann es gelingen dass eine Familie noch einmal Nähe und Gefühle miteinander teilen kann.

Das Unsicher-ambivalente BM

Die Bindungsperson reagiert unvorhersehbar und unangemessen d.h. sie reagiert nicht gleichmässig auf Situationen, in denen das Kind in Not schutzsuchend ihrer Hilfe bedarf: einmal reagiert sie prompt und übersteigert, dann wieder scheint sie die Notsignale des Kindes nicht zu bemerken. Die Zuwendung der Bindungsperson ist zwiespältig, ambivalent, und abhängig von ihrer momentanen Befindlichkeit. Das Kind kann sich also nicht auf klare und sichere Zuwendung verlassen, der „Sichere Hafen“ erscheint gefährdet. Folge ist, dass diese Kinder die Trennung von der Bindungsperson vermeiden und ängstlich, aber auch ärgerlich damit beschäftigt sind ihr nahe zu sein. Emotionale Verunsicherung und grosse, lebenslang anhaltende Trennungsängste sind Folge der Angstbindung.

Autonomiebestrebungen werden seitens der Bindungsperson oft aus Angst vor Trennung unterbunden, sogar durch „Liebesentzug“ bestraft. Die Lösung aus dem Elternhaus als Autonomiesprung erfolgt meist spät, wenn überhaupt. Die Kinder können einem übernahmen Einfluss manchmal nur durch Abbruch des Kontaktes entgehen, die Beziehung bleibt ambivalent, zwischen grosser Liebe und tiefer, oft unbewusster Wut.

Wie erleben wir Patienten und ihre Angehörigen ?

Die Stimmung im Raum ist geprägt von Unruhe und Erregung. Zwischen Angehörigen und Patienten ist eine übergrosse, fast klammernde Nähe, und Gefühle von erregter Trauer und Angst zu bemerken. Der Patient wird viel angefasst, gestreichelt –man hat das Gefühl er darf keine Ruhe finden. Oft ist es zunächst kaum möglich, sich auf den Patienten und seine Probleme und Wünsche zu konzentrieren, da die Angehörigen den Dialog immer unterbrechen, ihn nicht zu Wort kommen lassen, und an seiner statt ihre Sichtweise der Dinge beschreiben. Der Patient wirkt manchmal wie resigniert, zieht sich zurück, schliesst die Augen. Oft dauert eine Bestandsaufnahme der tatsächlichen Probleme des Patienten im hier und jetzt einige Zeit.

Kindheit

In biographischen Gesprächen erzählen die Patienten oft überschwänglich von einer wunderschönen Kindheit. Es werden Kindheitserlebnisse in allen Einzelheiten geschildert, wobei der enge Familienzusammenhang oder Familientraditionen eine grosse Rolle spielen. Die Aussagen wirken nicht selten übertrieben und schwärmerisch. Gleichzeitig kann aber auch von belastenden Abhängigkeitsgefühlen, ja „Verstrickungen“ zu einem Elternteil gesprochen werden, die eine gesunde Ablösung aus dem Elternhaus verhinderten und in der eigenen Partnerschaft Probleme brachten. Als Partner wurden oft Menschen mit einem unsicheren Bindungsmuster gewählt. Es wurde entweder wieder eine sehr enge-unsicher ambivalente- Bindung eingegangen, aber auch eine Bindung vom unsicher-vermeidenden Typ. Wir haben Partnerschaften erlebt, in denen die Eheleute, so möglich, keinen Tag getrennt verbracht hatten. Die jetzige Trennungssituation wird als Katastrophe mit grossen Ängsten erlebt.

Familie

Die Familien in diesen Beziehungen erleben wir überbesorgt, sehr ängstlich und klammernd. Es finden meist tägliche, vereinnahmende, inhaltlich ähnliche Gespräche statt, die von viel Angst geprägt sind. Der drohende Verlust der Bezugsperson wird als dramatisch und nicht vorstellbar erlebt. Die Beziehungen innerhalb der Familien sind oft unklar miteinander verwoben, es sind gegenseitige Unstimmigkeiten spürbar, was die „Ideale Betreuung“ oder weitere Versorgung des Patienten anbelangt. Die Wünsche der Angehörigen sind oft sehr ambivalent: auf der einen Seite möchten sie in ununterbrochener Präsenz alles für den Patienten tun- sie „opfern“ sich gewissermassen -, gleichzeitig vermitteln sie direkt oder indirekt eine totale Überforderung, und wirken verärgert über die Zumutung einer weiteren Versorgung.

Auch die Patienten geben Doppelbotschaften: so äussern sie z.B. den Wunsch, so bald wie möglich sterben zu wollen, im gleichen Atemzug fordern sie die Option einer effektiven Chemotherapie und ein schmackhaftes, aufbauendes Essen.

Hilfsangebote

In dieser Situation ist unsere Aufgabe, klare Strategien mit den Patienten und ihren Angehörigen zu entwickeln. Der Kranke muss in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt werden, seine Wünsche in der letzten Lebenszeit müssen ertastet und seine Autonomie gestärkt werden. Der Patienten kann so in der Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit noch

einmal eigene Erfahrungen zu machen, Selbständigkeit mit gleichzeitiger Wertschätzung und Unterstützung erleben, und dafür Verantwortung übernehmen.

Gleichzeitig ist es sehr wichtig und wertvoll, die Angehörigen in ihrem sich aufopfernden Engagement wertzuschätzen und mit in die weitere Betreuung einzubeziehen. Kurz: Allen, dem Patienten UND den Angehörigen müssen „sichere Bindungspersonen“ mit klaren sicheren und zuverlässigen Aussagen, also ein sicheres „Bindungsverhalten“ angeboten werden. Klare Strategien helfen so, alle Familienmitglieder in die Versorgung und Betreuung einzubinden, gleichzeitig aber die Eigenständigkeit des Sterbenden zu respektieren. Diese Haltung führt meist zu einer emotionalen Beruhigung im Familiensystem und zu beruhigtem Sterbeprozess.

Das „Desorganisierte“ Bindungsmuster

Ich hatte Ihnen die Entstehung von Bindungsmustern dargelegt. Entscheidend dabei ist die Tatsache, dass das Verhalten der Bindungsperson, der Mutter, den Säugling innerhalb des ersten Jahres in seinem Bindungsverhalten prägt. Es entsteht beim Säugling ein Bindungsverhaltensmuster- wir sprechen hier von einem „Innerem Arbeitsmodell von Bindung“ das in Momenten von Not intuitiv angewendet wird.

Schwere traumatische Erlebnisse von Menschen spiegeln sich psychisch in vielerlei Weise. Sobald unverarbeitete, seelisch katastrophale Erlebnisse wie z.B. Gewalterfahrungen jeglicher Art, Trennungen, Verlusterfahrungen durch Todesereignisse, Unfälle, Vertreibung im Krieg, Flucht, ect. zum Thema werden, können ganz spezifische Verhaltensmuster beobachtet werden: die Menschen zeigen Gedanken -und Satzabbrüche, verstummen, „driften weg“, kommen in eine Art Trance. Die Menschen „rutschen“ anscheinend innerlich wieder in die traumatische erlebte Situation. Diese Symptomatik entsteht nach einem seelischen Trauma, man spricht von einer „Posttraumatische Belastungsstörung“.

Sind diese Traumata in früher Kindheit entstanden, und haben sie mit den entscheidenden Bindungspersonen wie Mutter und /oder Vater zu tun, so wird das Bindungsverhalten des Kindes vehement gestört. Wenn die Bindungspersonen körperliche oder seelische Gewalt an, so versagen alle Bindungsstrategien des Säuglings oder Kleinkindes und es entsteht das Dilemma: d.h der „Sichere Hort“ ist gleichzeitig die Angstquelle. Der Säugling kann also keine wie auch immer gearteten Bindungsstrategien entwickeln. Man spricht hier von einem „desorganisierten Bindungsverhalten“

In der Beobachtung kann man sehen, dass das Kleinkind in Bindungssituationen widersprüchliche Verhaltensstrategien entwickelt: es läuft zur Mutter hin, dann wieder weg, gerät in tranceartige Zustände oder zeigt stereotype Bewegungen. Traumatische Erfahrungen zerstören die Bindungssicherheit. Sie wirken sich zerstörerisch auf die weitere seelische Entwicklung aus, wenn die Bindungsperson Ursache des Traumas ist. Oft entstehen daraus schwere Persönlichkeitsstörungen.

Wie erleben wir Patienten/Angehörige mit einem Desorganisiertem BM?

Möglicherweise wird die „Desorganisation“ unter dem Stress des Sterbeprozesses verstärkt, sodass nicht nur kurze Phasen von Verhaltensauffälligkeiten sondern das gesamte Verhalten chaotisch erscheint. Die vorherrschenden Emotionen sind zunächst nicht einzuordnen, sie reichen von Angst und Panik bis hin zu depressivem oder aggressivem Verhalten. Das Gespräch ist schwierig, man beobachtet plötzliche Satz- und Gedankensprünge, konfuse Angaben über Symptome und Krankheit, begleitet von plötzlichem tranceartigem Schweigen. Die Patienten sind in der Begleitung für das Team eine grosse Herausforderung. Sie neigen

zu Wutausbrüchen, sind manchmal extrem fordernd und unkontrolliert, dazwischen freundlich und wie „normal“ Sie wirken manchmal unruhig, getrieben und sind in ihrem Verhalten nie vorhersehbar.

Kindheit

Biographische Erlebnisse werden manchmal gar nicht oder erst nach Aufbau einer Vertrauensbasis vorsichtig thematisiert. Oft wird von frühen traumatischen Erlebnissen berichtet: Verlust von frühen Bezugspersonen, Aufwachsen in Heimen, Gewalt in der Familie. Körperliche Misshandlungen waren manchmal an der Tagesordnung, sexuellen Missbrauch kann man immer wieder erahnen. Bei der älteren Generation spielen die Erlebnisse von Flucht und Vertreibung im Krieg, auch Kriegserlebnisse eine grosse Rolle. Beim Nachfragen all dieser Erlebnisse muss man sehr behutsam und feinfühlig vorgehen, weil dadurch die alten Ängste wieder ausgelöst werden können: Es treten dann Psychose ähnliche Angst- und Panikreaktionen auf, die ein weiteres Nachfragen verbieten. Sigmund Freud sagt: „Alle seelischen Verletzungen bleiben im Gehirn gespeichert, frisch wie am ersten Tag“.

Familie

Das familiäre Umfeld, so eines vorhanden ist, ist meist nicht stabilisierend sondern ebenfalls kompliziert. Das schwierige Bindungsmuster des Patienten spiegelt sich meist im familiären Umfeld wieder. Die Beziehungen sind oft unselig verstrickt oder zerstritten, manchmal mit hochaggressiver Komponente, gelegentlich mit Suchthintergrund. Psychiatrische Krankheiten sind keine Seltenheit.

Hilfsangebote

Wir versuchen auch den Familienmitgliedern durch freundliche Unterstützung zu helfen und die Situation in den oft heillos verstrickten Familien soweit möglich zu klären. Dazu gehören Gesprächsangebote, und z.B. Hilfe bei sozialen Problemen

Nur eine klare, sichere, vorhersehbare, kontinuierliche Begleitung durch das Team ermöglichen dem schwerkranken Patienten die Chance einer korrigierenden Lebenserfahrung. Das bedeutet in der Sprache der Bindungstheorie ein sicheres Bindungsangebot. Das Team ist die Ersatzerfahrung der feinfühlig Mutter, die auf die Bedürfnisse aufmerksam reagiert. Das Team ist auch die Ersatzerfahrung des sicher haltenden, weisen und starken Vaters. Freundlichkeit, Strenge und absolut klare Grenzen ermöglichen dem Patienten sich innerhalb dieser Grenzen sicher zu fühlen.

Team

Es erfordert einen konstanten Austausch im Team, wenn nötig mit Supervision, um die Teamsicherheit zu erhalten um diesen schwer zu ertragenden Patienten in der Sterbebegleitung gerecht zu werden.

Die geschilderten vier Bindungsmuster sollen für Sie eine Hilfe sein bei der oft schwierigen Begleitung von Schwerkranken und ihren Angehörigen. Natürlich gibt es Mischformen, das Leben ist ein guter Lehrmeister und manche Muster haben sich im Laufe des Lebens gewandelt. Jeder Kranke hat seine eigene, einzigartige Geschichte. Nötig ist ein behutsames Einfühlungsvermögen, aber auch Klarheit für die erforderlichen nächsten Schritte. Es bleibt ja

nicht mehr sehr viel Zeit zur Aufarbeitung seelischer Probleme, zur Versöhnung oder zum Abschiednehmen.

Dr. Yvonne Petersen
Palliativstation St. Johannes von Gott
Krankenhaus Barmherzige Brüder
München
November 2007