

Jakob Johann Müller
Bindung am Lebensende

Forschung Psychosozial

Jakob Johann Müller

Bindung am Lebensende

**Eine Untersuchung zum Bindungserleben von
PalliativpatientInnen und HospizbewohnerInnen**

Mit einer Vorbemerkung
von Klaus E. Grossmann und Karin Grossmann

Psychozial-Verlag

Zugleich Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität
München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin.

Originaltitel: *Bindung am Lebensende. Eine empirische Untersuchung
über die Bindungsrepräsentationen von Palliativpatienten und Hospizbewohnern.*
München, 2017.

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.

Originalausgabe

© 2018 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Edvard Munch, *Zum Walde II*, 1915

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-2776-4 (Print)

ISBN 978-3-8379-7396-9 (E-Book-PDF)

Inhalt

Dankwort des Autors	11
Vorwort	13
I Einleitung	15
Vorbemerkung zur Geschlechtergleichbehandlung	15
Entstehungskontext und Fragestellung der Arbeit	15
Bindungsforschung an der Professur für Spiritual Care	17
Schwerpunkt der Arbeit	18
II Theoretischer Teil: Bindungstheorie und Lebensende	21
1 Zentrale Begriffe der Bindungstheorie	21
1.1 Bindung und Bindungsklassifikation	21
1.2 Zur Typologisierung von Bindungsrepräsentationen	26
1.3 Bindungsrepräsentationen und innere Arbeitsmodelle	28
1.3.1 Repräsentation der Eltern-Kind Beziehung	28
1.3.2 Internalisierte sichere Basis	30
1.3.3 Mentalisierung und Selbstrepräsentanz	31
1.3.4 Abwehrsysteme: Repräsentation von unsicherer Bindung	35
1.3.4.1 Abwehr von Bindung: unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation	35
1.3.4.2 Abwehr von Autonomie: unsicher-verstrickte Bindungsrepräsentation	38
1.3.4.3 Abgetrennte Systeme und unverarbeiteter Bindungsstatus: Desorganisation der inneren Arbeitsmodelle	41

2	Entwicklung von Bindung und Bindungsrepräsentanzen über die Lebensspanne	44
2.1	Verteilung der Bindungsrepräsentationen in klinischen und nicht-klinischen Stichproben	44
2.2	Kontinuität und Wandel der Bindungsrepräsentationen über die Lebenszeit	45
3	Bindungspsychologie in der stationären Terminalbegleitung	53
3.1	Forschungsstand: Bindungstheorie in der palliativen Versorgung	53
3.2	Besonderheiten der stationären Palliativversorgung	57
3.3	Relevanz der Bindungstheorie für die stationäre Terminalbegleitung	60
3.3.1	<i>Trennung und Verlust: Lösung von Bindungen</i>	61
3.3.2	<i>Abhängigkeit von Angehörigen und professionellen Begleitern: Prävalenz von Bindungen</i>	65
3.3.3	<i>Erfolglosigkeit der kurativen Medizin: Ohnmacht von Bindungen</i>	71
3.3.4	<i>Die Bedeutung der Bindungstheorie für die spirituelle Begleitung am Lebensende</i>	75
III	Empirischer Teil: Studie – Bindungsrepräsentanzen im palliativen Kontext	79
1	Forschungsdesign und Methoden	83
1.1	Setting der Studie	83
1.2	Ethische Gesichtspunkte	85
1.3	Bindungsdiagnostik anhand des Adult Attachment Projective Picture Systems (AAP)	85
1.4	Weitere verwendete Methoden	98
1.5	Fragestellungen	99
1.6	Statistische Verfahren und Auswertungsprinzipien	101
2	Ergebnisse	102
2.1	Charakterisierung der Stichprobe	102
2.1.1	<i>Demografie und Erkrankungen</i>	102
2.1.2	<i>Familienstand und Zahl der Kinder</i>	102
2.1.3	<i>Krankheitsbedingte Einschränkungen und aktuelle Symptombelastung</i>	102
2.1.3.1	5-Jahres-Überlebensrate	102
2.1.3.2	Karnofsky-Index	102
2.1.4	<i>Distress-Thermometer</i>	103
2.2	Befunde zur Bindungsdiagnostik	104

2.2.1	<i>Welche Verteilung der Bindungsrepräsentationen weisen Patienten in der stationären Terminalbegleitung auf?</i>	104
2.2.2	<i>Welche demografischen und kontextspezifischen Parameter differenzieren zwischen den Gruppen der Bindungsmuster?</i>	105
2.2.2.1	Stehen aktueller Krankheitszustand und Krankheitsbelastung in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsrepräsentationen?	105
2.2.2.2	Stehen demografische Parameter in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsrepräsentationen?	107
2.2.3	<i>Steht die Art der stationären Unterbringung in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsrepräsentationen?</i>	109
2.2.4	<i>Zusammenfassung der Befunde zur Bindungsdiagnostik</i>	110
2.3	Analyse der Bindungsnarrative	111
2.3.1	<i>Fallbeispiele: unverarbeitete Elemente in den Bildgeschichten</i>	111
2.3.2	<i>Traumatische Erzählinhalte</i>	113
2.3.3	<i>Persönliche Erfahrung</i>	116
2.3.4	<i>Bindungsressourcen</i>	117
2.3.5	<i>Abwehrstrategien</i>	118
2.3.6	<i>Inhalt der Bildgeschichten</i>	120
2.3.6.1	Exposition der Geschichte	120
2.3.6.2	Spezifität der Bindungsrepräsentanzen	126
2.3.6.3	Thematisierung von Spiritualität in den AAP-Narrativen	128
2.3.6.4	Zusammenfassung der Befunde zur Analyse der Bindungsnarrative	131
2.4	Adjustierung der Signifikanzwerte nach Holm-Bonferroni	133
IV	Vergleich, Interpretation und Diskussion der Befunde	137
	Demografische Angaben und Repräsentativität der Stichprobe	137
1	<i>Welche Verteilung der Bindungsmuster weisen Patienten in der stationären Terminalbegleitung auf?</i>	139
2	<i>Welche demografischen und kontextspezifischen Parameter differenzieren zwischen den Gruppen der Bindungsmuster?</i>	142
2.1	Stehen aktueller Krankheitszustand und Krankheitsbelastung in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsmuster?	142
2.1.1	<i>Aktuelle Symptombelastung (Distress-Thermometer) und körperliches Funktionsniveau (Karnofsky-Index)</i>	142
2.1.2	<i>5-Jahres-Überlebensrate der Grunderkrankung</i>	143
2.2	Stehen demografische Parameter in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsmuster?	148
2.2.1	<i>Geschlechterunterschiede</i>	148

2.2.2	Altersunterschiede	148
2.2.3	Familiäre Ressourcen	151
2.3	Steht die Art der stationären Unterbringung in Zusammenhang mit der Verteilung der Bindungsmuster?	153
3	Inhaltsanalytischer Teil	154
3.1	Welche Bedeutung haben traumatische Erzählinhalte in den Narrativen regulierter und unverarbeiteter Bindungsrepräsentationen?	154
3.2	Welche Rolle spielen persönliche und biografische Bezüge in den Bildgeschichten?	157
3.3	Welche Bindungsressourcen weisen die verschiedenen Bindungsrepräsentationen auf?	158
3.4	Welche Abwehrstrategien werden in den Bildgeschichten verwendet?	160
3.5	Welche Themen und Expositionen wählen die Teilnehmer für die jeweiligen Bildgeschichten?	162
3.5.1	<i>In welcher Eigenschaft und Spezifität werden (Bindungs-)Personen in den Bildgeschichten geschildert?</i>	162
3.5.2	<i>Welche Rolle spielen spirituelle Bezüge in den Bildgeschichten?</i>	165
V	Limitationen	169
VI	Fazit	173
	Zusammenfassung und Perspektiven für die empirische Bindungsforschung	173
1	Forschungsimplicationen	173
2	Implikationen für die klinische und seelsorgerische Praxis	181
	Literatur	185
	Abbildungsverzeichnis	199
	Tabellenverzeichnis	201
	Anhang	203
	Zusammenfassung	213

Für Bernd

Dankwort des Autors

Im Besonderen möchte ich Cécile danken: Ohne unsere gemeinsame und seit Jahren bestehende Zusammenarbeit wäre diese Publikation nicht möglich gewesen.

Für die Unterstützung auf meinem Weg zur Dissertation danke ich meinen Eltern, meiner »Oma Müller« sowie einem Wegbereiter, den ich nie kennengelernt habe, aber dessen Name ich trage.

Für die kritische Durchsicht und Diskussion der zentralen Problemstellungen danke ich Friedhelm Kröll. Für das Gegenlesen mit einem geschulten Auge möchte ich Marita Müller danken.

Mein Dank gilt auch meiner Forschungsgruppe, Cécile Loetz, Yvonne Petersen, Eckhard Frick, Elke Kunsmann-Leutiger, Antonia Poschinger sowie, insbesondere für den statistischen Beistand, Thomas Beer.

Mein Dank gilt auch der Köhler-Stiftung für die Förderung meiner Forschungsarbeit.

Vorwort

Jakob Müller erschließt in seiner bahnbrechenden Untersuchung die psychischen Belastungen Sterbender, die in der Obhut von Palliativ- und Hospizpflege sind. Durch einen projektiven Bildertest mit 115 Patienten untersucht er deren psychische Befindlichkeit sowie Haltung zu Bindungen und enthüllt dabei einen hohen Anteil unsicherer und unverarbeiteter Geisteshaltungen zu Bindungen. Sie sind vergleichbar mit denen von klinisch-pathologischen Personen. In den Narrativen zu den Bildern kehren zentrale Entwicklungsthemen der frühen Kindheit – Trennung, Bindung, Autonomie, Abhängigkeit, Hilflosigkeit, Ohnmacht – massiv zurück. Wie bei der Entwicklung von Bindungen am Anfang des Lebens belegen Müllers Erkenntnisse die Notwendigkeit besonderer und differentieller Formen der Zuwendung durch vertraute Pflegepersonen. Dies kann das Sterben in psychischer Sicherheit ermöglichen, statt es durch verunsichernde und ängstigende Verstrickungen, Distanzierungen und Desorientierungen zu belasten.

Müller konzentriert sich auf Beobachtungen, unter anderem von Yvonne Petersen, die im Zusammensein von Sterbenden mit Familienangehörigen die Beziehungsstrukturen der Bindungsmuster aus der Bindungsforschung erkannte. Er findet einen vergleichsweise hohen Anteil unverarbeiteter und einen geringen Anteil sicherer Bindungsrepräsentation. Einflussfaktoren sind die Überlebensrate der Grunderkrankung, das Vorhandensein von Kindern sowie die Art der stationären Unterbringung. Die bindungsbezogenen psychischen Zustände können entweder bereits vor der stationären Terminalbegleitung bestanden haben oder durch die traumatisierende Sterbesituation erzeugt worden sein – oder beides.

Es besteht folglich dringender Bedarf nach geschulter Betreuung, um die gefühlte Schutzlosigkeit und Instabilität der Patienten, die durch die Bindungsnarrative offenbart wurden, »bindungs-gerecht« zu mildern. Bei *unverarbeiteten*

Bindungsrepräsentationen wäre es angemessen, durch verlässliche Strukturen und Rituale das Sicherheitsempfinden des Sterbenden zu erhöhen und seine Ängste zu besänftigen. *Unsicher-distanzierte* Repräsentationen werden leicht übersehen, da diese Personen sich scheuen, Schwäche zu zeigen. Dennoch offenbaren die Narrative dieser Patienten – trotz des geringen Ausdrucks von Hilfsbedürftigkeit – Einsamkeit und Ängste des Verlassen-Seins. Für die Pflege bedeutet die distanzierte Geisteshaltung eine Gratwanderung zwischen regelmäßiger Ansprache und Respekt vor dem Bedürfnis nach selbstbestimmter Autonomie. Patienten mit *unsicher-verstrickten* Repräsentationen sind – im Gegensatz dazu – wegen ihrer überhöhten Ansprüche auf Aufmerksamkeit kaum zu übersehen. Eine angemessene Antwort darauf wären vorhersagbare, nachvollziehbare und nachhaltige Strukturen ohne überfordernde Beanspruchung der Pflegekräfte. Auch Patienten mit einer *sicheren* Bindungsrepräsentation können durch besänftigende und mentalisierende Gesprächspartner ihre Ängste durch stimmiges Verstehen, zum Beispiel ihrer erlebten körperlichen Veränderungen, in Grenzen halten.

Müllers Forschungsergebnisse öffnen die Tür für eine zukünftige differenzierte bindungsorientierte Begleitung zur Linderung des Leids sterbender Menschen.

Klaus E. Grossmann & Karin Grossmann

I Einleitung

Vorbemerkung zur Geschlechtergleichbehandlung

Zum Thema Geschlechtergleichbehandlung ist zu erwähnen, dass die Verwendung generischer Maskulina in dieser Arbeit allein dem Zweck der Lesbarkeit dient und sich auf beiderlei Geschlechter bezieht.

Entstehungskontext und Fragestellung der Arbeit

Die vorliegende Dissertation ist im Rahmen der Forschungsarbeit an der Professur für Spiritual Care an der Ludwig-Maximilians-Universität München entstanden, die im Jahr 2010 an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum München/Großhadern eingerichtet wurde. Sie verdankt sich der multiprofessionellen Ausrichtung dieser Institution. Die Professur für Spiritual Care vereint Forschende und Praktiker aus den verschiedenen Professionen, die in der Begleitung von Schwersterkrankten und Sterbenden tätig sind, so etwa der Palliativmedizin und Palliativpflege, der Theologie und Seelsorge sowie der Psychologie und Psychotherapie. Neben der multiprofessionellen Ausrichtung ist es ein zentrales Anliegen, die Professur für Spiritual Care allen Glaubensrichtungen sowie dem je individuellen Zugang zu Spiritualität bzw. Religiosität zu öffnen, wobei auch die Anliegen konfessionsloser Patienten adressiert sind. An der Forschungsarbeit der Professur sind Konfessionslose wie auch Angehörige der jüdischen und muslimischen Glaubensgemeinschaft sowie der evangelischen und katholischen Kirche beteiligt.

Wie vielleicht keiner anderen klinischen Disziplin liegt der Versorgung von

Palliativpatienten ein umfassender Begriff von »Care« (engl.: »Betreuung, Fürsorge, Pflege«) zugrunde, der sich bereits in der Bezeichnung »Palliative Care« niederschlägt. Dieser Begriff findet meist für den Fachbereich der stationären und ambulanten Terminalbegleitung Anwendung: Palliative Care meint die umfassende Versorgung und Betreuung Schwersterkrankter und Sterbender, wobei die Palliativmedizin einen Teilaspekt bildet, der das Feld der »Palliativen Fürsorge« aber nicht erschöpft. Das Ziel der palliativen Versorgung, wie es in den Statuten der WHO im Jahr 2002 verfasst und seither spezifiziert wurde, stellt die Verbesserung der »Lebensqualität« dar, wozu neben der Linderung körperlicher Beschwerden auch der Umgang mit psychosozialen und spirituellen Leiden gehört:

»Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual« (WHO, 2013).

Die Besonderheit des palliativen Ansatzes im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen besteht darin, dass das übergeordnete kurative Therapieziel – die Heilung der entsprechenden Grunderkrankung – nicht mehr Ziel der therapeutischen Interventionen ist, sondern die Linderung des Leidens. Unter Bezugnahme auf das »Total-Pain-Konzept« der (Mit-)Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativversorgung, Cicely Saunders (Saunders, 1978; Clark, 2001), ist ein ganzheitlicher Ansatz der Patientenbetreuung und damit auch explizit die psychische, psychosoziale und spirituelle Dimension des Leidens angesprochen (Saunders, 1988).

»Spiritual Care« ist der Fachterminus für die wissenschaftliche Disziplin, die sich der Erforschung von Spiritualität in der medizinischen Versorgung widmet und sich damit im Grenzbereich von Medizin, Theologie, Seelsorge und Psychologie bewegt (Frick, 2009; Frick & Bausewein, 2014). Spirituelle Fragestellungen müssen dabei nicht auf die Versorgung am Lebensende beschränkt sein, sondern sind auch in anderen medizinischen Bereichen von Relevanz (zur Übersicht s. etwa Koenig, 2001, 2012, 2015).

Die Professur für Spiritual Care am Universitätsklinikum München ist die erste universitäre Einrichtung dieser wissenschaftlichen Disziplin im deutschsprachigen Raum, wo es bis zur Abfassung dieser Arbeit (2015) im palliativen Kontext keine zweite Institution dieser Art gibt, während v. a. in den USA und in Israel einige

vergleichbare Institutionen existieren (zu den kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Spiritual Care s. etwa Hsiao et al., 2011; Schultz et al., 2014). Dies ist auch vor dem Umstand zu betrachten, dass die moderne Palliativversorgung, die im Zuge der Hospizbewegung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in England entstand, erst in jüngerer Zeit und durchaus gegen einige Widerstände in den Kanon der medizinischen Versorgung und Ausbildung aufgenommen wurde. Dieser Prozess ist bis heute nicht abgeschlossen (z. B. handelt es sich bei der palliativmedizinischen Qualifikation nicht etwa um eine eigenständige Facharztkompetenz, sondern um eine Zusatzbezeichnung). Das weltweit erste Hospiz, das St. Christopher's Hospiz, wurde 1967 von Cicerly Saunders in London gegründet (zur Gründungsgeschichte s. Clark, 2001); im Übrigen zur selben Zeit, in der John Bowlby und Mary Ainsworth die Grundkonzepte der Bindungstheorie an der Londoner Tavistock Clinic entwickelten. Die erste Palliativstation in der Welt wurde 1975 in Montreal/Kanada eröffnet. In Deutschland wurde die erste Palliativstation 1983 in Köln, das erste Hospiz 1986 in Aachen eingerichtet.

Bindungsforschung an der Professur für Spiritual Care

Die psychologische Bindungstheorie bildet einen zentralen Forschungszusammenhang an der Professur für Spiritual Care. Forschungsleitender Gedanke ist, dass für Patienten in der Palliativversorgung haltgebende Beziehungen, so zu den Angehörigen, den Ärzten, Pflegekräften oder Seelsorgern, zur Linderung des Leides von zentraler Bedeutung sind (Milberg et al., 2011; Pietromonaco et al., 2013). Die Bindungstheorie, wie noch zu erörtern sein wird, hat dabei eine besondere Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen zum Gegenstand, die zu den frühkindlichen Erfahrungen zurückreicht: die Neigung, in Situationen hoher Belastung, Hilflosigkeit oder Angst, Schutz und das Gefühl von Sicherheit bei einem fürsorglichen Gegenüber zu suchen (Mikulincer et al., 2002). Dieses Gegenüber, in der frühen Kindheit meist die Eltern und im Besonderen die Mutter, wird im Verlauf der gelungenen psychischen Entwicklung einerseits auf andere, z. B. partnerschaftliche Beziehungen, erweitert, andererseits internalisiert, d. h. zu einem psychischen Abbild (»Bindungsrepräsentanz«) verinnerlicht (Bowlby, 1979). Bei den Bindungsrepräsentationen handelt es sich um Sedimente früherer Beziehungserfahrungen, die späteres Beziehungsverhalten und -erwartungen in belastenden Situationen maßgeblich beeinflussen und entsprechend der individuellen Ausformung seelisches oder spirituelles Leiden lindern oder verstärken können.