

Schauenburg H, Strauß B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden - Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, New York, S 281-291

## Die Bedeutung bindungstheoretischer Ansätze für die Psychotherapie

Henning Schauenburg & Bernhard Strauß

### 1. Einleitung

Die Wurzeln der Bindungstheorie liegen in der klinischen Arbeit John Bowlbys (vgl. Holmes, 1993). Angesichts der intensiven Rezeption der Bindungstheorie durch die Entwicklungspsychologie gerät dies vielleicht aus dem Blick. Bowlby äußerte sich zwei Jahre vor seinem Tod (im Jahr 1990) noch sehr betrübt darüber, dass seine Theorie bis dahin gerade bei Klinikern so wenig Resonanz fand:

"Obwohl die Bindungstheorie von einem Kliniker zur Anwendung bei der Diagnostik und Behandlung emotional gestörter Patient(inn)en und Familien formuliert wurde, benutzte man sie bisher überwiegend dazu, die entwicklungspsychologische Forschung voranzutreiben. Ich bin zwar der Meinung, dass die Befunde dieser Forschung unser Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung und der Psychopathologie enorm erweitert haben, weshalb sie auch von größter klinischer Relevanz ist, dennoch ist es enttäuschend, dass Kliniker bisher so zögerlich waren, die Anwendung der Theorie zu prüfen (Bowlby, 1988, S. 9, Übers. d. Autoren).

Nun ist allerdings trotz seiner fortgesetzten klinischen Tätigkeit die unmittelbare Hinterlassenschaft Bowlbys für die Psychotherapie eher gering. In seinem Aufsatz „Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung,, (deutsch: 1995) formulierte Bowlby fünf Hauptaufgaben des Psychotherapeuten, die immer wieder zitiert werden:

„1. Der Therapeut muss als sichere Basis fungieren, von der 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.

2. muss der Therapeut den Patient(inn)en animieren, darüber nachzudenken, wie er heute seinen wichtigsten Bezugspersonen begegnet, welche Gefühlserwartungen beide 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.

3. ist der Patient 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

4. 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. 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 etc. und unerwartet stark agieren lassen.

5. ist dem Patient(inn)en die Einsicht zu erleichtern, dass seine den eigenen bitteren Erfahrungen oder den fortgesetzten elterlichen Verzerrungen entstammenden 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,, (S. 130).

Diese Überlegungen können sicher von den meisten psychodynamisch oder psychoanalytisch arbeitenden und auch von vielen kognitiv-behavioralen Therapeuten geteilt werden. Die Komplexität therapeutischer Prozesse bildet sich aber wohl in ihnen nur unzureichend ab. Sie erfassen unseres Erachtens auch nur einen kleineren Teil dessen, was die klinische Psychotherapie und die Psychotherapieforschung von der Bindungstheorie profitieren kann.

Die Wiederentdeckung der Bindungstheorie für das klinische Feld durch Autor(inn)en wie Köhler (1992, 1995, 1998) oder Liotti (1988, 1991) ist u.a. darauf zurück zu führen, dass die konzeptuellen Weiterentwicklungen im Bereich des Bindungsverhaltens und –erlebens Erwachsener eine Fülle von Befunden erbracht haben, die für die klinische Anwendung von großer Relevanz sind. Dies gilt zum Beispiel für die grundlegende Beschreibung von

Erwachsenen-Bindungsrepräsentanzen und deren Spiegelung in bestimmten kommunikativen Strategien und Defiziten (Main et al. 1985; Fonagy & Target, 1996; Buchheim & Mergenthaler, 2000), für das Konzept der „aktivierten,, und „desaktivierten,, Bindungsstrategien (Kobak u. Sceery 1988), das sich sehr gut zum besseren Verständnis typischer Abwehrmechanismen nutzen lässt. Besonders bedeutsam sind die Arbeiten zum metakognitiven „Monitoring,, (Main 1991) und zur reflexiven Funktion (Fonagy u. Target 1996, Target u. Fonagy 1996), die herausarbeiten, warum selbstreflexive Fähigkeiten unmittelbare Folge oder Ausdruck von Bindungssicherheit sind und ihnen deshalb in psychotherapeutischen Prozessen eine zentrale Bedeutung zukommt. Daneben halten wir den Beitrag der Bindungstheorie auch zu allgemeineren Aspekten der modernen Psychotherapie für elementar. So beinhaltet die Bindungstheorie eine veränderte Sichtweise des psychotherapeutischen Prozesses: es geht nicht mehr um Defizite, Streben nach Gratifikation unangemessener Triebwünsche oder dysfunktionale Kognitionen, sondern um die Suche nach Sicherheit mittels entsprechender interaktiver Strategien, die geprägt sind von unangemessenen, maladaptiven inneren Arbeitsmodellen. Eine solche Konzeptualisierung hat vielfältige Auswirkungen auf die Wahrnehmungseinstellung von Therapeuten, auf ihre Interventionsstrategien und auf die Einordnung von Gegenübertragungsreaktionen (vgl. dazu Grawe, 1998, S.395 ff.).

Die Bindungstheorie stellt letztlich auch ein prüfbares Modell für das Konstrukt der „Reinszenierung,, („Wiederholungszwang,, Aufrechterhaltung von Bindungsunsicherheit, maladaptive Zirkel etc.) zur Verfügung, das entwicklungspsychologisch und empirisch basiert ist. Dabei kann sie integrativ und ohne Absolutheitsanspruch auftreten (es gibt neben der Bindung natürlich noch andere relevante psychische Dimensionen und Motive) und verzichtet auf, zunehmend mit den Ansprüchen an wissenschaftliche Fundierung kollidierende, Schulbildungen. Gleichzeitig stellt sie sich dem überwiegend ökonomisch motivierten Trend des „kürzer, schneller, umgrenzter,, in der Psychotherapie entgegen. Indem die Bindungstheorie deutlich macht, dass ein wünschenswerter Zuwachs an Bindungssicherheit als kurativer und protektiver Faktor bei psychischen Erkrankungen nur über die Veränderung des entsprechenden prozeduralen Gedächtnisses möglich ist, wird klar, dass dies in den meisten Fällen nicht in einer Kurztherapie zu erreichen ist.

In unserem Beitrag möchten wir diese grundsätzlichen Überlegungen spezifizieren und einige Desiderate für die zukünftige bindungstheoretisch inspirierte Psychotherapieforschung herausarbeiten. Zu diesem Zweck tragen wir zunächst einige Forschungsergebnisse zusammen. Dabei konzentrieren wir uns auf Studien zur differentiellen Indikation, zur prognostischen Validität von Bindungsmerkmalen, auf die Frage der Veränderung von Bindungsmerkmalen sowie auf Bindungsaspekte der therapeutischen Beziehung bzw. auf die Bedeutung des Bindungsstiles von Therapeuten. Weitere Ausführungen zur Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie finden sich beispielsweise bei Schmidt & Strauß (1996), Strauß & Schmidt (1997), Buchheim et al. (1998), Kächele et al. (1999).

## **2. Bindungsmuster und Therapieindikation**

Es liegen mittlerweile eine ganze Reihe von klinisch relevanten Befunden aus der Erwachsenenbindungsforschung vor, die auch für Überlegungen zur Therapieindikation genutzt werden können (vgl. Strauß, 2000a). In einer geradezu enzyklopädischen Zusammenstellung haben Dozier u. a. (1999) den Stand der Studien zusammengefasst, die sich mit *Verteilungen unterschiedlicher Bindungsstile in verschiedenen diagnostischen Gruppen* beschäftigen.

Abbildung 1a/b

siehe Buchbeitrag S. 283/284

Abb. 1a zeigt die Verteilung von AAI Klassifikationen in unterschiedlichen klinischen Stichproben. Aus dieser Abb. geht hervor, dass der Anteil autonom gebundener Personen in den meisten Gruppen relativ gering ist. Verstrickt gebundene Personen stellen in den meisten Gruppen den höchsten Anteil dar. Ausnahmen bilden vornehmlich die Patient(inn)en mit schizophrenen Störungen und Patient(inn)en mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Ähnlich unspezifisch im Hinblick auf die Diagnose sind die Anteile der Personen, bei denen im AAI Hinweise auf ungelöste Traumata feststellbar waren (vgl. Abb. 1b). Mit Ausnahme von Patient(inn)en mit unipolar affektiven Störungen und Schizophrenen sind derartige Hinweise in den bei Dozier zusammengefassten Gruppen jeweils bei mehr als 50 Prozent der Patient(inn)en diagnostizierbar.

Trotz dieser scheinbaren Unspezifität sind die bislang vorliegenden Untersuchungen zu desorganisierten Bindung wahrscheinlich diejenigen, die von größter klinischer Relevanz sind. Desorganisierte Bindung in der Kindheit steht offensichtlich im Zusammenhang mit kontrollierenden Verhaltensweisen gegenüber den Bezugspersonen, aggressiven und ängstlich getönten Beziehungen zu Gleichaltrigen, Problemen mit Internalisierung und Externalisierung im Vorschul- und Grundschulalter und mit dissoziativen Symptomen und Psychopathologie im Jugendalter. Umgekehrt sind die Befunde zum Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung von Kindern und dissoziativen Symptomen bei deren primären Bezugsperson mittlerweile derart überzeugend, dass sie tatsächlich eine plausible Verbindung zwischen entwicklungspsychologischen Phänomenen und der Entstehung von Psychopathologie sichtbar wird (siehe bspw. die Übersicht von Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Das im Kapitel 2.01 beschriebene Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR, Strauß et al., 1999) führt zu einer etwas differenzierten Beschreibung von Bindungsmerkmalen (anhand von sieben verschiedenen Prototypen). Abb. 2 zeigt die vorläufigen Ergebnisse einer multizentrischen Studie zur prädiktiven Bedeutung von Bindungsmerkmalen für den Therapieerfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. 528 Patient(inn)en wurden zum Aufnahmezeitpunkt interviewt. Die Abbildung gibt die Verteilung der jeweils auf den ersten Rangplatz gesetzten Bindungsprototypen wieder und zeigt, dass in einer gemischten klinischen Population der übersteigert abhängige sowie der zwanghaft selbstgenügsame Prototyp relativ am häufigsten vorkommen.

### Abbildung 2

siehe Buchbeitrag S. 285

Slade (1999) fasst Untersuchungen zusammen, die sich auf *spezifische Eigenschaften von verstrickten bzw. abweisenden Patient(inn)en* beziehen, die für die Therapieindikation und den Therapieprozess von Relevanz sein könnten: Abweisende Patient(inn)en werden als kühl, entfernt, scheinbar „pflegeleicht“, und freundlich beschrieben, sie erwiesen sich als relativ resistent gegenüber der Behandlung, verleugneten ihre Hilfsbedürfnisse bzw. wiesen Hilfe zurück und zeichneten sich dadurch aus, dass sie die Aufmerk-

samkeit von emotionalen Themen ablenkten (vgl. auch Kasten u. Schauenburg 1999). Im Gegensatz dazu maximierten verstrickte Patient(inn)en ihren Ausdruck von Bedürfnissen und wirkten abhängig und fordernd. Sie stellten häufig die Rahmenbedingungen der Therapie infrage und sorgten dafür, dass der Therapeut involviert bleibt, sie provozierten Feindseligkeit und könnten es nur schwer ertragen, alleine zu sein. Den bisherigen Studien zufolge machen Patient(inn)en mit unterschiedlichen Bindungsstilen als qualitativ unterschiedliche Beziehungsangebote, was auch in ersten Studien zum Zusammenhang zwischen zentralen Beziehungskonfliktthemen und Bindungsmustern gezeigt werden kann (z.B. Albani et al., im Druck).

Es ergibt sich die Frage, was die Bindungsforschung für eine Verbesserung der Indikationsstellung leisten kann. Den in der Einführung aufgelisteten 5 Hauptaufgaben des Psychotherapeuten zufolge, geht es in der Therapie primär um Vertrauensbildung, welche gewissermaßen die Basis darstellt für eine Exploration von Beziehungen und damit eine Erkundung der Wirklichkeit. Die Vertrauensbildung kommt vor der Realitätsprüfung, vor der Übertragungsanalyse, vor der Entwicklung selbstreflexiver Fähigkeiten und schließlich vor konkreten Verhaltensänderungen (vgl. Strauß, 2000a; Krys-pin-Exner, 2000). Je nachdem, wie sehr Patient(inn)en in ihrer Bindungsfähigkeit und -sicherheit beeinträchtigt sind, wären demzufolge psychotherapeutische Maßnahmen zu indizieren, die auf die genannten Schwerpunkte fokussieren. Da, wo es darum geht, Verhaltensdefizite auszugleichen, sollte man sich das Modell der Bindungsforschung vergegenwärtigen, wonach das Bindungsverhaltenssystem quasi antagonistisch zum Explorationsverhaltenssystem funktioniert. Vor diesem Hintergrund bspw. könnte man die Erfolge verhaltenstherapeutischer Interventionen erklären. Diese zielen darauf ab, neue Verhaltensweisen zu erkunden und zu explorieren, wie dies bspw. in der Behandlung von Angststörungen der Fall ist. Der Erfolg dieser Strategien mag darauf zurückführbar sein, dass zumindest bis zu einem bestimmten Punkt neue Verhaltensweisen in Gegenwart des Therapeuten – sprich: der in diesem Kontext wichtigen Bindungsperson oder sicheren Basis – erprobt werden, im Falle von aufkommender Angst also immer der Kontakt zur sicheren Basis herstellbar ist, um dann neue explorative Schritte zu wagen. Nach einem Modell der prognostischen Indikation, wie es in der Psychotherapie noch immer üblich ist und welches darauf abzielt, jene Patient(inn)en jenen Behandlungsmaßnahmen zuzuführen, von denen sie ver-

meintlich am meisten profitieren, würde man auf der Basis der bisherigen Befunde vermuten können, dass Patient(inn)en und Patientinnen, die über eine gewisse Bindungssicherheit verfügen, am ehesten von psychotherapeutischen Maßnahmen profitieren. Dies zeigte sich bereits in einigen Untersuchungen (z. B. Schauenburg 2000).

Dies kann aber nicht das primäre Ziel von Indikationsstellung sein. Indikationsstellung sollte sowohl prognostische als auch adaptive Kriterien berücksichtigen, also auch Überlegungen darüber anstellen, mit welchen Techniken und Interventionen spezifisch beeinträchtigten Patient(inn)en besser geholfen werden kann. Hierfür könnte die Bindungsforschung einige Hinweise liefern.

Ohne dass dies bereits empirisch überprüft wäre, könnte man vermuten, dass unsicher vermeidend gebundene Personen insbesondere von Interventionen profitieren, die ihnen die Erfahrung ermöglichen, dass Unterstützung, Interesse und Hilfe auf angemessene Art und Weise angeboten wird und die ihnen ein Interesse an ihrer Person vermitteln. Des Weiteren sollten Interventionen, die darauf abzielen, Emotionalität zu aktivieren und emotionale Inhalte zum Ausdruck zu bringen, für distanzierte Personen besonders hilfreich sein. Holmes (1996) spricht davon, dass es bei diesen Patient(inn)en besonders wichtig sei, psychologische Erfahrungen, Intimität und Sicherheit zu „importieren“, und dadurch Wege zu den affektiven Erfahrungen und Erinnerungen der Patient(inn)en zu finden (vgl. auch Schauenburg et al. im Druck).

Demgegenüber müssten für verstrickte Personen Strategien gefunden werden, die in erster Linie strukturieren, wobei sich die Strukturierung sowohl auf Erinnerungen als auch affektive Zustände beziehen muss. Holmes (1996) meint, dass es bei diesen Patient(inn)en primär darum ginge, Wege zu finden, die Konfusion und die Unsicherheiten in den Griff zu bekommen, die mit überwältigenden Gefühlen verbunden sind.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass die Zielstellungen therapeutischer Arbeit mit unterschiedlich gebundenen Patient(inn)en - hier beispielhaft für distanziert und verstrickt gebundenen gezeigt – auch unterschiedlich sein

müssen und dementsprechend auch spezifische therapeutische Maßnahmen erfordern.

Als vielversprechend wird die Bindungstheorie als Rahmen für die differentielle Indikationsstellung bezüglich des Settings beispielsweise von Marrone (1998) bewertet. Der Autor – selbst Gruppenanalytiker – vertritt die Auffassung, dass die theoretischen Fundierungen der Gruppenanalyse und der Bindung kompatibel seien (z.B. Gruppenkohäsion als Kennzeichen einer „sicheren Basis,“) und gruppentherapeutische Settings vielleicht besonders geeignet seien, um innere Arbeitsmodelle von Bindung zu aktivieren, zu modifizieren und zu integrieren. Empirische Studien liegen hierzu allerdings noch nicht vor.

Insgesamt gesehen sind die Indikationsempfehlungen, die man aus der bisherigen Erwachsenenbindungsforschung im klinischen Bereich ableiten kann, sicher noch sehr unspezifisch. Es ist aber davon auszugehen, dass die intensive Beschäftigung mit dieser Thematik, wie sie in letzter Zeit zu beobachten ist, klinisch relevante Differenzierungen ermöglichen wird.

### **3. Prädiktion von Behandlungsergebnissen**

Studien, die Aussagen darüber machen, ob bestimmte Bindungscharakteristika als Ausgangsmerkmale von Patient(inn)en den Behandlungserfolg vorhersagen, sind bisher noch eher selten und kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die wahrscheinlich erste Untersuchung hierzu stammt von Fonagy et al. (1996) und zeigte, dass vermeidend gebundene Patient(inn)en (mit Persönlichkeitsstörungen) günstigere Behandlungserfolg aufweisen. Horowitz et al. (1996) dagegen berichten, dass vermeidend gebundene Patient(inn)en - zumindest in Kurzzeitpsychotherapien - ungünstigere Behandlungserfolge erzielen.

Mittlerweile liegen - allerdings auf kleine Stichproben bezogen - einige Studien vor, welche die prädiktive Bedeutung von Merkmalen untersuchen, wie sie mit dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating erfasst werden. In Studien von Strauß et al. (1999) und Mosheim et al. (2000) zeigte sich dabei, dass das Ausmaß an Bindungssicherheit, wie es mit der Methode bewertet wird, ein guter Prädiktor für den Behandlungserfolg in stationären Psycho-



therapien - diagnosenabhängig - war. Spezifische Bindungsmuster konnten nicht auf den Therapieerfolg bezogen werden. In einer Reanalyse von Daten der sog. Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994) ergaben sich Hinweise darauf, dass Patient(inn)en mit abhängigen Bindungsmustern mehr von psychodynamischer Gruppenpsychotherapie profitierten (gemessen daran, dass sie durchschnittlich mehr Kriterien, die für einen positiven Behandlungsausgang definiert wurden, erreichten (vgl. Sachse & Strauß, in Vorbereitung).

Schauenburg & Reinhold (2000) berichten ebenfalls von besseren Behandlungsergebnissen – gemessen mit Symptomskalen – bei abhängig gebundenen Patient(inn)en, während die erwähnten Ergebnisse von Fonagy et al. (1996), die vermeidende Patient(inn)en besser einstufen, sich auf die Zunahme der Reflexionsfähigkeit beziehen. Die prädiktive Validität könnte also je nach Therapiezielkriterium variieren. Die oben erwähnte multizentrische Studie zu prädiktiven Bedeutung prototypischer Bindungsmuster, in der nahezu 600 Patient(inn)en untersucht werden konnten, wird möglicherweise zu differenzierten Aussagen (auch im Hinblick auf die Behandlungsdauer und diagnostische Subgruppen) führen können.

#### **4. Bindung im Therapieprozess**

Bindungsmuster sind für den Verlauf von Psychotherapien unter mehreren Gesichtspunkten interessant: neben der Frage der grundsätzlichen Ansprechbarkeit auf die Psychotherapie geht es darum, ob unterschiedliche Bindungsstile spezifische Auswirkungen auf das jeweilige Wirksamwerden unterschiedlicher therapeutischer Interventionen haben, und um die Frage, ob Bindungsunsicherheit überhaupt durch Therapie in Richtung von mehr Sicherheit (im Sinne von „earned security,“) beeinflusst werden kann. Letzteres ist eng mit der Frage verknüpft, worin sich Bindungssicherheit bei Erwachsenen ausdrückt und somit, wie Veränderungen des inneren Arbeitsmodells von Bindung im Therapieverlauf erfassbar sind. Aufgrund der bekannten Probleme in der Erwachsenenbindungsdiagnostik (hoher Aufwand und konzeptionelle Probleme bei der Anwendung des AAI, unklare Reliabilität und Validität von Fragebögen, vgl. die Kapitel x + x) gibt es zu all diesen Themen bislang nur wenig Ergebnisse.

Oben wurde bereits beschrieben, dass Patient(inn)en ihre lebensgeschichtlich gewachsenen Bindungsstrategien unterschiedlich in therapeutische Kontakte einbringen. Die Maladaptivität der entsprechenden Arbeitsmodelle dürfte zur Entwicklung einer psychischen Störung maßgeblich beigetragen haben. Hilfreich kann also vor allem eine therapeutische Strategie sein, die an den entsprechenden Konflikten und Defiziten ansetzt und versucht eine Erweiterung der eingeschränkten Kompetenzen zu erreichen. Grob gesagt also müsste bei vermeidenden Patient(inn)en auf eine Aneignung der eigenen Bindungsgeschichte unter Aufhebung von Idealisierungen und/oder Verleugnungen negativer Erfahrungen hingearbeitet werden, dies auch unter Bearbeitung der oft misstrauischen Distanz zum Therapeuten und unter Thematisierung der Möglichkeit, hilfreiche Beziehung aufnehmen zu können. Verstrickte Patient(inn)en würden dagegen in der Schaffung von „Strukturen zur Modulation von Gefühlen,, (Slade 1999, S. 586) unterstützt (vgl. oben, S.#).

Fonagy et al. (1996) fanden, wie schon erwähnt, dass Ersteres relativ gut möglich ist. Vermeidende Patient(inn)en (nach AAI) hatten in ihrer Stichprobe deutlich bessere Therapieergebnisse in der klinischen Beurteilung, als sichere und verstrickte Patient(inn)en. Diese Ergebnisse sind allerdings aufgrund der verwendeten Methode und der fehlenden Einbeziehung von Patient(inn)en-Selbsteinschätzungen diskussionswürdig. Bartholomew und Horowitz (1991) fanden, dass Patient(inn)en, die sich selbst als sicher einschätzten, bessere Arbeitsbeziehungen, vor allem im Vergleich zu ängstlich-vermeidenden (Vierfelderschema nach Bartholomew) entwickelten, was im Allgemeinen mit besseren Ergebnissen verknüpft ist.

Die Frage, wie sich unterschiedliche Bindungsrepräsentanzen im Psychotherapieprozess und in der psychotherapeutischen Interaktion niederschlagen, ist bislang nur in sehr wenigen Studien überprüft worden. Hardy et al. (1999) untersuchten Einflüsse interpersonaler Stile von Patient(inn)en anhand bindungsrelevanter Episoden aus Therapiestunden mit Hilfe von Kriterien, die dem AAI entlehnt waren. Es zeigte sich, dass die Reaktionen von Therapeuten auf bindungsrelevante Themen offensichtlich durch den Bindungsstil der Patient(inn)en vermittelt werden: Therapeuten reagierten auf Patient(inn)en mit verstrickter Bindung vorwiegend mit Interventionen, welche die Betroffenen zur Reflexion anregen sollten, während sie auf abweisend gebundene Patient(inn)en eher mit Interpretationen reagierten.

Hier deutet sich eine spezifische Interaktion von Interventionen und Bindungsstil an. Im Kontext stationärer Gruppenpsychotherapie haben Schauenburg et al. (im Druck) eine Gruppe depressiver Patient(inn)en mittels des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (Horowitz et al. 1994) in eher ängstlich-vermeidende und verstrickte Patient(inn)en geteilt. Sie konnten zeigen, dass ängstlich-vermeidende Patient(inn)en dann ein gutes Ergebnis hatten, wenn Sie sich im Verlauf der Therapie stärker zur Gruppe zugehörig fühlten. Die verstrickten Patient(inn)en waren erfolgreicher, wenn dies eher nicht der Fall war. Dies wurde als „Zuwachs an komplementärer Handlungskompetenz,, interpretiert: Vermeidende konnten Nähe zulassen, Verstrickte konnten sich besser abgrenzen. Nachteil dieser Studie war die fehlende Bindungsdiagnostik im engeren Sinn, wobei das IIP in seinen Skalen in Teilen bindungsrelevantes Verhalten erfasst.

In der o. g. Reanalyse von Daten der Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Sachse & Strauß, in Vorbereitung) zeigte sich, dass vermeidende Patient(inn)en am Ende der Behandlung in verschiedenen Fragebögen zu den therapeutischen Faktoren der Gruppentherapie Faktoren wie Altruismus, Kohäsion, interpersonales Lernen und Akzeptanz durch den Therapeuten weniger hilfreich einschätzten als gemischt unsicher bzw. ambivalent gebundene Patient(inn)en. Dieses Ergebnis steht scheinbar im Widerspruch zu dem Befund von Schauenburg et al. (im Druck), wurde aber nicht weiter differenziert nach dem Therapieerfolg. Allgemein (s.o.) waren die vermeidend gebundenen Patient(inn)en vergleichsweise weniger erfolgreich (vielleicht weil sie Wirkfaktoren wie die Gruppenkohäsion nicht hilfreich empfanden).

## **5. Therapeutische Beziehung und Bindungsstil des Therapeuten**

Ein weiterer Schritt zur Überprüfung der Frage, inwieweit bindungsbezogene Merkmale sich auf den Behandlungsprozeß auswirken ist die Erfassung des Einflusses von Bindungsaspekten auf die therapeutische Beziehung. Hierzu liegen sowohl theoretische Überlegungen als auch einige empirische Befunde vor (z.B. Mallinckrodt, 2000; Strauß, 2000b).

Bezüglich der Rolle der Therapeutinnen und Therapeuten lassen sich einige grundlegende Befunde der entwicklungspsychologischen Bindungsforschung auf die therapeutische Situation übertragen. So wissen wir bspw., dass die

primäre Bindungsperson dem Kind gegenüber nach Möglichkeit vorhersagbar, angemessen und einfühlsam reagieren sollte, um die Voraussetzungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung zu gewährleisten. Dies ist bestimmt ein gutes Modell für die Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung. Das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit im Sinne von Ainsworth dürfte zumindest partiell ebenfalls als Modell für eine günstige Ausgangsbedingung von Psychotherapie zu gebrauchen sein. Schließlich - und dies ist in der aktuellen Bindungsforschung ein wesentliches Konzept - zählt zu den grundlegenden Zielen einer therapeutischen Arbeitsbeziehung auch die Entwicklung von reflexiven Funktionen, also die Entwicklung grundlegender zwischenmenschlicher Fähigkeiten, über die jemand sich und andere als denkend und fühlend realisiert, die Reaktionen anderer antizipiert, in der Lage ist, innere Zustände mit äußeren Handlungen zu verknüpfen usw. Die Forschungen von Fonagy & Target (1996) oder Fonagy (1998) könnten langfristig sowohl geeignet sein, die Spezifika des psychotherapeutischen Prozesses, insbesondere des gelungenen therapeutischen Prozesses deutlicher zu machen, als auch diagnostische Hinweise zu liefern, die für die Indikation bestimmter therapeutischer Techniken relevant sind. Somit können die Merkmale in einer guten Mutter-Kind-Beziehung auch in ihrem dynamisch-zeitlichen Verlauf ein plausibles Modell für die Gestaltung von Psychotherapien und damit für die Therapieindikation darstellen.

In diesem Sinne wird die Psychotherapie als interpersonales Geschehen und die therapeutische Beziehung, die durch eine spezifische Art von Bindung charakterisiert ist, mit Sicherheit auch von den Bindungsmerkmalen der Therapeuten und Therapeutinnen gekennzeichnet sein. Allerdings liegen bislang noch sehr wenige Studien zu Charakteristika von Therapeuten vor. In einer Arbeit von Dozier u. a. (1994) wird beschrieben, dass unsicher gebundene Therapeuten sich von sicher gebundenen unterscheiden. Letztere wurden als hilfreicher eingestuft und waren weniger anfällig dafür, sich in die Bedürfnisse der Patient(inn)en verstricken zu lassen. Tyrell et al. (1999) konnten zeigen, dass psychiatrische Patient(inn)en am besten zurecht kamen und die Arbeitsbeziehung am positivsten bewerteten, wenn die Therapeuten sich im Hinblick auf die Deaktivierung von Bindungsverhalten komplementär verhielten. Von Stuart (1990) wurde beschrieben, dass bindungsunsichere Therapeuten insgesamt gesehen mehr Therapieabbrüche produzierten. Außerdem konnte er zeigen, dass die Patient(inn)en mit der Behandlung

durch unsicher gebundene Therapeuten deutlich unzufriedener waren. Rubino et al. (2000) beschrieben, dass ängstlich gebundene Therapeuten weniger empathisch auf ängstliche und sichere Patient(inn)en reagierten.

Insgesamt gesehen kann man vermuten, dass die Variabilität der Bindungsstile von Therapeuten geringer ist als in Patientenstichproben. Dass Therapeuten aber keineswegs sicher gebunden sein müssen, zeigen einige neuere Studien: Beispielsweise konnten Nord et al. (2000) zeigen, dass die Mehrzahl von 86 erfahrenen Therapeuten im Bielefelder Fragebogen zur Partnererwartung (vgl. Kap, #) durch wenig Akzeptanzprobleme, große Offenheit, aber einem geringen Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung charakterisiert waren, was die Autoren als Variante des desaktivierten, vermeidenden Bindungsstils interpretieren. Nur 20% der Therapeuten wurden in dieser Studie als sicher klassifiziert.

Studien zum unmittelbaren Zusammenhang von Bindung und therapeutischer Allianz wurden in den letzten Jahren vorgelegt. Eames und Roth (2000) untersuchten in einer sehr gemischten Stichprobe (verschiedene Therapeuten, verschiedene Therapieansätze) den Einfluss des Bindungsstiles (erhoben mit dem RSQ-Fragebogen, Griffin u. Bartholomew 1994) auf die frühe Arbeitsbeziehung. Sie sahen vor allem, dass sich die Beziehung über einen gewissen Zeitraum hin entwickelt, wobei im wesentlichen der verstrickte aber teilweise auch der vermeidende Stil die Entwicklung einer positiven Beziehung vorhersagte, nicht jedoch der ängstlich-vermeidende und der sichere. Vermeidende hatten die höchste Abbruchquote.

Kanninen et al. (2000) konnten zeigen, dass die therapeutische Beziehung in einer großen Stichprobe von traumatisierten Patient(inn)en sich in Abhängigkeit von der Bindungs-Kategorie änderte (erhoben per schriftlicher Textauskunft auf AAI-Fragen): bei gleicher Ausgangslage zeigten sichere Patient(inn)en eine Verschlechterung der Arbeitsbeziehung in der Mitte und eine Verbesserung zum Ende – ähnlich wie verstrickte Patient(inn)en, vermeidende Patient(inn)en blieben in ihrer Beziehung zur Mitte hin gleich und verschlechterten sich zum Ende. Die Therapierergebnisse waren in allen drei Gruppen gleich.

Aus den wenigen Studien lässt sich mit einigen Vorbehalten schließen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines ängstlich-vermeidenden und eines eher sicheren Stils mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung im negativen bzw. positiven Sinn gibt. Gleichzeitig zeigen sich natürlich Entwicklungsdynamiken im therapeutischen Verlauf, die eine solche lineare Betrachtung nur begrenzt aussagekräftig erscheinen lassen. Ganz im Vordergrund steht dabei die Überlegung, dass „emergente,, Momente des Therapieprozesses, bspw. wechselseitige interpersonelle Anpassungsprozesse mit entsprechend positiver Auswirkung auf das Therapieergebnis, nicht erfasst werden können (vgl. die Diskussion um den Einfluss von Erfolgserlebnissen auf die Beziehung, Tang & deRubeis, 2000).

Die Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung müssen sicher noch weiter differenziert werden im Hinblick auf die Frage, ob und wann eine therapeutische Arbeitsbeziehung überhaupt einer Bindungsbeziehung entspricht (vgl. Mallinckrodt, 2000). Kriterien für das Vorliegen einer Bindungsbeziehung sind mittlerweile in der entwicklungspsychologischen Literatur relativ einheitlich definiert. West & Sheldon-Keller (1994) beispielsweise kennzeichnen als Bindungsbeziehungen bei Erwachsenen a) dyadische Beziehungen, in denen die Nähe zu einer spezifischen anderen Person gesucht und aufrechterhalten wird, um ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen, b) Beziehungen emotionaler Partnerschaft, c) Beziehungen, deren Verlust zu Trauer und Protest führt und d) Beziehungen, in denen der Bindungspartner unersetzlich ist. Vor diesem Hintergrund ist beispielsweise Mallinckrodt (2000) der Auffassung, dass Arbeitsbeziehungen in Beratung und Psychotherapie durchaus Züge einer Bindungsbeziehung tragen können (aber nicht unbedingt müssen), was die bisher vorliegenden Ergebnisse etwas relativiert.

### **6. Desiderate für die Forschung:**

Die Bindungsforschung kann einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisten. Sie ermöglicht einen erweiterten Blick auf die interpersonelle Dynamik psychischer Erkrankungen. Dies muss nicht unbedingt zu neuen oder anderen therapeutischen Interventionen führen. Es können aber therapeutische Abläufe und Strategien unter einem neuen Blickwinkel hinsichtlich ihrer Wirkmechanismen betrachtet werden, so dass beispielsweise ungünstige Entwicklungen besser verstanden werden können. Andererseits bietet die

Bindungstheorie Konstrukte an, die für die weitere Erforschung psychotherapeutischer Prozesse, insbesondere der „Konstruktion der therapeutischen Beziehung,, (Strauß, 2000c), hilfreich sein können.

Am Beginn einer solchen Forschung steht allerdings die Entwicklung reliabler, valider und vor allem ökonomischer Instrumente. Betrachtet man die Literatur, dann fällt zunächst auf, dass die Anzahl der theoretisch-konzeptuellen Arbeiten diejenige der empirischen zum Thema „Bindung und Psychotherapie(prozess),, noch um ein Vielfaches übersteigt (Übersicht bei Slade 1999). Man muss sich vor Augen führen, dass die wenigen oben zitierten Studien mit den unterschiedlichsten Messinstrumenten gearbeitet haben. Dies ist zwar beim jetzigen Stand der Konzeptbildung durchaus sinnvoll und erlaubt die Prüfung unterschiedlicher Herangehensweisen in den verschiedensten Settings, allerdings nimmt die Zahl von Studien erfahrungsgemäß erst dann in relevanter Weise zu, wenn international akzeptierte und ökonomische Instrumente zur Verfügung stehen. Hier zeichnen sich bereits gewisse Linien der Vereinheitlichung bezüglich Dimensionalität und Kontextangemessenheit von Bindungs-Instrumenten ab (Bartholomew u. Shaver 1998, Brennan, Clark u. Shaver 1998). Deshalb erscheint die Zeit reif, größere Studien zu beginnen, in denen die wichtigsten Instrumente parallel und aneinander validiert werden, um ihre Überlappungen aber auch Ergänzungspotentiale zu prüfen.

Das Adult Attachment Interview (AAI) als etablierte diagnostische Vorgehensweise bei Erwachsenen hat wegen seines Aufwandes, aber auch wegen der restriktiven Verbreitungspolitik, im klinischen Feld bisher nur wenig Akzeptanz gefunden. Dennoch stellt es so etwas wie einen „Goldstandard,, dar, an dem sich neuere Fremdbeurteilungsinstrumente, wie etwa das Erwachsenenbindungs-Prototypen-Rating (EBPR, Strauß et al. 1999) messen lassen müssen. Insbesondere die metakognitiven Kategorien des AAI (Kohärenz, Reflexivität) stellen dabei eine Bereicherung für die Therapieforschung dar. Vielleicht eröffnen sich hier Bezüge zum komplexen und notorisch schwer zu fassenden Begriff der „strukturellen Veränderung,, der psychoanalytischen Behandlungstheorie. Neben den oben beschriebenen bindungsstilspezifischen Therapiezielen (mehr Nähe und Affekterleben für vermeidende, mehr Struktur und Angrenzung für verstrickte Patient(inn)en) liegen hier ja unspezifische Merkmale vor, deren Veränderung „tieferer,, Ausdruck einer er-

folgreichen Therapie sein kann, als die alleinige Veränderung interpersoneller Merkmale (von reinen Symptombesserungen ganz zu schweigen).

Weiter stellt sich die Frage nach der generellen Möglichkeit, Bindungsstile durch Psychotherapie zu verändern. Angesichts des lebensüberdauernden Charakters von habituellen Verarbeitungs- oder Abwehrmustern, und als solche kann man Bindungsstile sehen (vgl. die aktuellen Studien zur partiellen Stabilität von Bindungsstilen), sollte sich die Forschung u.E. eher auf die Erfassung gradueller, dimensionaler Veränderungen (z.B. Zunahme von Bindungssicherheit, Abnahme von vermeidenden Verhaltensweisen etc.) konzentrieren und nicht auf globale Kategorienwechsel abheben. Hier bietet sich also an, zu prüfen, inwieweit die graduelle Zunahme an Reflexivität, an subjektiver Sicherheit in zwischenmenschlichen Beziehungen, an Kohärenz der Narrative im AAI, sinnvolle Messebenen sind und wie sie sich insbesondere in katamnестischen Untersuchungen bewähren.

Mit der Veränderungsfrage verknüpft ist natürlich die Vorstellung von bindungsspezifischen Wirkfaktoren. Welche therapeutischen Erfahrungen führen zur Veränderung von Bindungsrepräsentanzen? Sind es identifikatorische oder introjektive Prozesse mit einer Therapeutin, einem Therapeuten, die bzw. der verstehend, gelassen verlässlich und unterstützend über alle, auch therapeutische, Krisen hinweg präsent ist? Wie lang muss ggf. eine solche „korrigierende Erfahrung“, für welche Patient(inn)en andauern, damit sie verinnerlicht werden kann. Ist die Voraussetzung hierfür, dass ein Therapeut tatsächlich als Bindungsfigur erlebt worden ist oder reicht auch ein emotional distanzierterer Kontakt? Ist dies wiederum abhängig vom jeweiligen Bindungsstil und dem Ausmaß der Bindungssicherheit? Ist die „Sicherheit“, der therapeutischen Bindung überhaupt erst Voraussetzung dafür, dass andere Faktoren wirksam werden können (Übung, soziales bzw. Modell-Lernen, Rekonstruktion und Neukonstruktion der Vergangenheit etc.). Welche Rolle spielen kurze, emotional aber hochbedeutsame „Begegnungsmomente“, in der Therapie?

Studiendesigns sollten vermehrt so angelegt sein, dass, wie oben beschrieben, bindungsstilspezifische Interaktionseffekte mit erprobten, u.U. auch manualisierten Interventionsformen geprüft werden können. Eine noch genaueres Vorgehen wird vielleicht, in Anlehnung an die Control Mastery Theorie



(Weiss u. Sampson 1986), einzelne verbale Interventionen auf ihren Bindungsbezogenen Gehalt prüfen und Effekte beim Patient(inn)en untersuchen. Hier könnten die aus dem AAI eingeführten narrativen Brüche und Inkohärenzen als „Marker,, genutzt werden.

Für die weitere Erforschung der „Therapeutenvariable,, bieten sich Bindungsaspekte ebenfalls an (s.o.): Patient(inn)en sollen mit ihrem Bindungsstil spezifische Gegenübertragungsreaktionen hervorrufen (Slade 1999). Ist das wirklich so und inwieweit wird eine solche Interaktion durch den Stil der Therapeutin, des Therapeuten moderiert? Solche Studien sind allerdings aufwändig, ganz abgesehen von der heiklen Aufgabe einer intensiven Bindungsdiagnostik bei den beteiligten Therapeuten. Andererseits sollten Therapeuten unabdingbar ihre eigenen Strategien zur Bindungssicherheit kennen, auch gegenüber Patient(inn)en. Warum also nicht...

Alles in allem bietet die Bindungstheorie u.E. erstmals ein klinisch-relevantes , hinreichend komplexes, aber auch ausreichend überschaubares Kategoriensystem an, diese spannenden Fragen weiter zu untersuchen.

## 7. Literatur:

- Albani, C., Blaser, G., Pokorny, D., Körner, A., König, S., Marschke, F., Brenk, K., Buchheim, A., Geyer, M., Kächele, H., Strauß, B.(im Druck). Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapie-patientinnen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie.
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991): Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. J Personal Soc Psychol 61, 226-244
- Bartholomew K, Shaver PR (1998): Methods of assessment in adult attachment: Do they converge ? In Simpson JA, Rholes WS (Eds.) Attachment theory and close relationships. New York, Guilford, S. 25-45
- Bowlby J (1988): A secure base. London: Basic Books.
- Bowlby J (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg, Dexter.
- Brennan KA, Clark CKL, Shaver PR (1998): Self report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS (Eds.) Attachment theory and close relationships. New York, Guilford, S. 46-76
- Buchheim A, Mergenthaler E (2000): The relationship between attachment representations, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-aided text analysis of the adult attachment interview. Psychotherapy Research, 10: 390-407.
- Buchheim A, Brisch KH, Kächele H (1998) Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol, 48: 128-138
- Cassidy J, Shaver PR (Hrsg.): Handbook of attachment. New York: Guilford, 1999.
- Dozier M, Cue K, Barnett L (1994): Clinicians as caregivers. J cons clin Psychol; 62: 793-800.
- Dozier M, Stovall KC, Albus KE (1999): Attachment and Psychopathology in Adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds). Handbook of Attachment. Guilford Press, New York.
- Eames V, Roth A (2000): Alliance quality and ruptures. Psychotherapy Research 10:421-434
- Fonagy P: Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche 1998; 52: 331-368.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 64, 22-31

- Fonagy P, Target M (1996): Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* 77, 217-233
- Griffin DW, Bartholomew K (1994): Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. In: Bartholomew K, Perlman D (Hrsg.) *Advances in personal relationships: Vol. 5 Attachment processes in adulthood*. London, Kingsley, S. 17-52
- Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Reilly S, Shapiro D A (1999): Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 36-53.
- Holmes J (1993): *John Bowlby and attachment theory*. London, Routledge.
- Holmes J: *Attachment, intimacy, and autonomy*. New York, Aronson, 1996.
- Holmes, J. (1998). Defensive and creative use of narratives in psychotherapy. In: G Roberts, J Holmes (eds.), *Narrative in psychotherapy and psychiatry*. Oxford University Press, Oxford.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1994): *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K (1996): Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61: 549-560
- Kächele H, Buchheim A, Schmücker G, Brisch KH (1999) *Entwicklung, Bindung und Beziehung - Neue psychoanalytische Konzepte*. In: H. Helmchen, H. Henn, G. Sartorius (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1. Springer, Berlin, S 601-630
- Kanninen K, Salo J, Punamäki RL (2000): Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research* 10: 435-449
- Kasten C; Schauenburg H. (1999) Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 47, 155-171
- Kobak RR, Sceery A (1988): Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development* 59: 135-146
- Köhler L (1992) Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum der Psychoanal* 8: 263-280
- Köhler L (1995) Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 67-85

- Köhler L (1998) Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. *Psyche* 52: 369-403
- Kryspin-Exner I (2000). Therapeutische Allianz – Bindungsfähigkeit als ein notwendiger Bestandteil? In E Parfy, H Redtenbacher, R Sigmund, R Schoberberger, Ch Butschek (Hrsg) *Bindung und Interaktion*. Wien: Fakultas.
- Liotti G (1988) Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. In: Perris C, Blackburn M, Perris H (Hrsg) *Cognitive Psychotherapy. Theory and Practice*. Springerq, Berlin, S 62-79
- Liotti G (1991) Insecure attachment and agoraphobia:. In: Parkes C, Stevenson-Hinde J, Marris P (Hrsg) *Attachment across the life-cycle*. Routledge, London, S 216-233
- Lyons-Ruth K, Jacobvitz D (1999): Attachment disorganisation: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J., Shaver, P.R.. (Eds). *Handbook of Attachment*. Guilford Press, New York.
- Main, M., Goldwyn, R. (1985-1996). Adult attachment classification and rating system. Unpublished manuscripts, University of California, Berkeley.
- Main M (1991): Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular vs. multiple models of attachment. In: Harris P, Stevenson-Hinde J, Parkes C (Eds.): *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Mallinckrodt BH (2000): Attachment, social competencies, and the therapy process. *Psychotherapy Research*, 10: 239-266.
- Marrone M (1998) *Attachment and interaction*. London: Jessica Kingsely
- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Kinzl, J., Biebl, W., Richter, R. (im Druck). Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflußfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*.
- Nord, C., Höger, D., & Eckert, J. (2000). Attachment patterns of psychotherapists. *Persoenlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 4, 76-87.
- Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in repsonse to potential alliance ruptures: The role of therapist and pateint attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420
- Sachse J, Strauß B (in Vorb.): Bindung, Therapieerfolg und Wirkfaktorenbewertung in stationärer Gruppenpsychotherapie.

- Schauenburg H (2000): Bindungstheoretische und interpersonelle Aspekte kurzer psychotherapeutischer Interventionen – eine empirische Studie an Studierenden. VAS, Frankfurt
- Schauenburg H, Reinhold F (2000): Bindungsstil und Symptompräsentation bei stationären Psychotherapiepatienten. In: Lamprecht F, Künsebeck H, Schmid-Ott G (Hrsg.). Neue und alte Betätigungsfelder in Psychosomatik und Psychotherapie. VAS, Frankfurt
- Schauenburg H, Sammet I, Rabung S, Strack M (im Druck) Zur differenziellen Bedeutung des Gruppenerlebens in der stationären Psychotherapie depressiver Patienten?. Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie
- Schmidt, S., Strauß, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil I. Psychotherapeut, 41,
- Slade A (1999): Individual Psychotherapy: An attachment perspective. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg.): Handbook of attachment. New York: Guilford, S. 575-594.
- Strauß B (2000a): Bindungsmuster und Therapieindikation. In E Parfy, H redtenbacher, R Sigmund, R Schoberberger, Ch Butschek (Hrsg) Bindung und Interaktion. Wien: Fakultas.
- Strauß B (2000b): Ist die therapeutische Arbeitsbeziehung eine Bindungsbeziehung? Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 21: 381-398.
- Strauß B (2000c): Attachment theory and psychotherapy research. Psychotherapy Research 10: 381-389
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994): Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie. Heidelberg: Asanger.
- Strauß B, Schmidt S (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 2. Psychotherapeut; 42: 1-16.
- Strauß B, Lobo-Drost A, Pilkonis PA (1999): Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen. Z klin Psychol Psychiat Psychother; 47: 347-364.
- Stuart S, Pilkonis PA, Heape C, Smith K, Fisher B. (1990) The patient-therapist match in psychotherapy: effects of security of attachment and personality style. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh.
- Target M, Fonagy P (1996): Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. Int J Psychoanal 77, 459-479
- Tang TZ, deRubeis RJ (1999): Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depressed patients. J Consult Clin Psychol 67(6), 894-904

Tyrell CA, Dozier M, Teague G, Fallot RD (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 725-733.

Weiss J, Sampson H (1986): *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford Press

West ML, Sheldon-Keller AE (1994): *Patterns of relating*. New York: Guilford.