

Bindung und Coping

Silke Schmidt und Bernhard Strauß

Theoretische Herleitung

Dass grundlegende Formen der Bewältigung in der Bindungsbeziehung wurzeln, soll in diesem Beitrag aufgezeigt werden. Aus der Perspektive der Bindungsforschung stellt die Regulation von Emotionen, insbesondere in Zeiten eigenen Unwohlseins, einen untrennbaren und zentralen Bestandteil des Inneren Arbeitsmodells von Bindung selbst dar. Die Hauptmotivation zur Fundierung von Copingtheorien [1](#) durch die Bindungstheorie erwuchs in diesem Fall jedoch nicht aus der klinischen Bindungsforschung, sondern ergab sich aus einem nahezu zwingenden Bedürfnis aus dem Kontext der Copingforschung (Zeidner & Endler, 1996). Insbesondere Muthny (1997) sowie auch Heim (1998) konstatierten, dass die Forschung zur Krankheitsverarbeitung zwar eines der facettenreichsten, anwendungsorientiertesten und auch am stärksten geförderten Forschungsfelder der Klinischen und Medizinischen Psychologie sowie der Psychosomatik darstellt, dass allerdings eine Phase der Orientierungslosigkeit und damit auch Stagnation der Copingforschung eingetreten ist. Dieses momentane Fehlen einer Zukunftsperspektive hängt u.a. damit zusammen, dass die Ansätze und Befunde zwar im Bezugskontext einzelner Erkrankungsgruppen zu einem insbesondere im Hinblick auf Interventionsansätze fruchtbaren Erkenntnisgewinn führten, dass allerdings für den übergreifenden Gesamtkontext der Copingforschung kaum eine Integration der Befunde erreicht werden konnte. Zum Beispiel gelang es bei der Vielfalt der theoretischen Konzeptionen und der dazugehörigen Erfassungsmöglichkeiten nur selten, krankheitsspezifische Verarbeitungsformen zu identifizieren (vgl. Muthny, 1997; 1992). Die prognostisch günstige oder ungünstige Bedeutung bestimmter Verarbeitungsformen ist zwar größtenteils im Hinblick auf Interventionsansätze rezipiert worden, derartige Einzelstrategien, z.B. "fighting spirit", stehen allerdings vergleichsweise isoliert dar und erfahren keine Integration in der individuellen Biographie des einzelnen Patienten. Sie lassen sich zwar im Rahmen von abwehrstützenden Betreu-

ungsangeboten nutzen, ein wahrhafter psychotherapeutischer Zugang, welcher z.B. die individuelle Art der durch die Erkrankung hervorgerufenen Isolation thematisiert, lässt sich aus den Einzelbefunden nicht ableiten. Als Folge des Facettenreichtums und der unmittelbaren klinischen Anbindung des Copingansatzes sind zudem sehr viele Studien zur Krankheitsverarbeitung präparadigmatisch konzipiert. Besonders deutlich wird das Fehlen eines theoretischen Überbaus im kontroversen Diskurs um die Adaptivität der Bewältigung (z.B. Beutel, 1988; Buddeberg, 1992). Aufgrund dieses Dilemmas haben Beutel und Heinrich (1997) oder Filipp (1990) daher als zukünftigen Ansatz der Bewältigungsforschung eine theoretische Integration und eine theoriengeleitete Präzisierung von Hypothesen gefordert.

Die Bindungstheorie besitzt eine besondere Eignung als Rahmentheorie für diese Integration, (1) da sie postuliert, dass das Bindungssystem im Falle einer Erkrankung aktiviert wird, (2) da die Bindungstheorie entwicklungspsychologische Erklärungsmodelle anbieten kann für die interindividuellen Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung und (3) da die Bindungs- und Copingforschung elementare gemeinsame Prinzipien aufweisen, z.B. die Annahme eines homöostatischen Motivationssystems oder eines Menschenbildes, das nicht deterministisch ist, sondern Raum lässt für eine Vielfalt von Entwicklungsmöglichkeiten. Die epigenetische Auffassung (Waddington, 1966; nach Bowlby, 1988), wonach Entwicklung sich im dynamischen Prozess entlang einer Vielzahl potentieller Pfade vollzieht, ist dabei in Anbetracht der Klassifikationssysteme in den gebräuchlichen Methoden, die aus Praktikabilitätsgründen reduktionistisch konzipiert sein müssen, häufig in den Hintergrund geraten. Dass die Konstrukte der Theorie auf ihren elementaren Kerninhalt reduziert werden, wird dabei eher als Vorteil für die Forschung gesehen und eröffnet vielfältige empirische Zugänge, die besonders für die Copingforschung Bedeutung erlangen können.

Grundlegende gemeinsame Prämissen und Metaprinzipien von Bindungs- und Copingtheorien bestehen in der Annahme einer Passung zwischen Person und Umwelt, der Dynamik von Entwicklung und der Frage nach der Funktion oder Adaptivität von Verhalten. Bowlby war in seinem Menschenbild davon geprägt - und damit ist er dem in den Copingtheorien inhärenten Menschenbild sehr nahe - "... jede Persönlichkeit als ein Individuum zu begreifen, das einem subjektiven, von den bis dato erfolgten Person-Umwelt-Interaktionen gebahnten Entwicklungspfad folgt" (Bowlby, 1995, S.66). Bowlby kommt es dabei nicht auf die Bestimmung der personalen, situativen und interaktionellen Bestandteile von Bindung an, sondern vielmehr auf das Verständnis einer Person in ihrer

individuellen Entwicklungs-geschichte. Die Bindungsqualität besitzt im gleichen Maße wie Copingstrategien dabei eine spezifische Instrumentalität, die bestimmt, wie direkt, flexibel, kreativ und aktiv inter-personelle und intrapsychische Bindungsprobleme gelöst werden in solchen Momenten, in denen diese salient sind. Implizit offenbart sich in diesem Ansatz eine spezifische Adaptivität der inneren Arbeitsmodelle von Bindung, die insbesondere für die prospektiven Aspekte von Coping Relevanz besitzt.

Die primäre Motivation, die Bindungstheorie als Rahmentheorie für Bewältigungsprozesse zu nutzen, erwächst aus der Vermutung, dass die Bindungstheorie sich eignen könnte, Copingtheorien bzw. die Vielfalt von Bewältigungsmustern zu integrieren. Sie besitzt das Potential, aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie zu erklären, warum z.B. eine Person bevorzugt verschiedene wahrnehmungsabwehrende Copingstrategien einsetzt, während eine andere Person eher zu sehr ängstlichem Coping (und einer damit verbundenen sensitiven Wahrnehmung) neigt (vgl. Grossmann et al., 1989; Köhler, 1996).

Grossmann und Mitarbeiter (1989) begründen die Eignung der Bindungstheorie, die angedeutete entwicklungspsychologische Lücke der Copingforschung zu schließen, in diesem Sinne wie folgt:

"Durch die Annahme eines Arbeitsmodells im Sinne Bowlbys kann erklärt werden, warum eine Person, die Gefahr läuft, von ihren Gefühlen überwältigt zu werden, im Sinne der Emotionsregulierung ... auf subjektive Belastung mit Abwehrstrategien reagiert, während eine andere über ausreichend Kompetenzen verfügt, um ihr Selbstsystem in einem anpassungsfähigeren Zustand zu halten. ... Die Aufrechterhaltung eines unrealistischen Arbeitsmodells angesichts dieses permanenten Informationseinflusses (aufgrund der jeweiligen Umweltbedingungen) stellt eine verstärkte subjektive Belastung dar und zwingt es zur Selektion in der Informationsaufnahme ... bzw. zur Nichtakzeptanz eigener Gefühle. Der erhöhte Anstrengungsaufwand ist begleitet von Unsicherheit und Verschlussenheit bei Problemen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich, sowie von geringerer persönlicher Flexibilität " (S. 54)

Das zentrale repräsentationale Konstrukt der Bindungstheorie, das *Innere Arbeitsmodell*, stellt demnach die theoretische Basis für die Bezüge zwischen Bindungs- und Copingtheorien dar. Dieses Modell, das auf Basis sehr *spezifischer* Erfahrungen mit eigenen *Bindungsbedürfnissen*, -erwartungen und -verhalten gebildet worden ist, und zwar im Rahmen einer spezifischen dyadischen Beziehung, wird zunächst einmal im Hinblick auf dessen Funktionalität im Rahmen

zwischenmenschlicher Beziehungen betrachtet. Das durch dieses Modell gesteuerte Bindungsverhalten (z.B. Nähesuchen) besitzt in der Bindungstheorie bereits eine besondere ethologische Bedeutung, da die Bezugsperson nach Bowlby (1988) "wiser" in ihrem Bewältigungsverhalten ist und damit das Kind in Angst und Unbehagen auslösenden Situationen auffangen kann:

"Attachment is defined as any form of behavior that results in a person attaining or maintaining proximity to some other clearly defined individual who is conceived of as better able to cope with the world. It is most obvious whenever the person is frightened, fatigued, or sick and is assuaged by comforting and caregiving". (p. 26-27)

Für den Zusammenhang von Bindung und Coping eröffnet dieses Postulat zwei miteinander verwobene Ansätze, denen die Bedeutung eigenständiger theoretischer Modelle für den Zusammenhang zwischen Bindung und Coping zukommt. Der *erste* bezieht sich darauf, dass Bindung ein *eigenständiges Motivationssystem* darstellt, welches im Krankheitsfall aktiviert wird. Der psychoanalytische Diskurs bezog sich in diesem Zusammenhang eher auf die Eigenständigkeit und hierarchische Bedeutung dieses Motivationssystems (Lichtenberg & Hadley, 1989), wobei auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Akzeptanz von Objektbeziehungstheorien davon ausgegangen werden kann, dass die Motivation zu Bindung den Sexual- und Aggressionstrieben gegenüber in der Theorienbildung an Bedeutung gewonnen hat. Aus verhaltens-theoretischer, ethologischer und psychobiologischer Sicht wurden eher die komplexen kybernetischen Prinzipien des entsprechenden Verhaltenskontrollsystems beschrieben. In diesem Feld sind bereits nachhaltig empirische Fragestellungen zur Stressverarbeitung, zur Verhaltens- und zur psychophysiologischen Regulation dieses homöostatischen Systems abgeleitet und geprüft worden. Der *zweite* Ansatz zur Begründung von Copingtheorien durch die Bindungstheorie bezieht sich auf die *Emotionsregulierung*, die einen zentralen Aspekt der Krankheitsverarbeitung darstellt. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive stellte die Thematik der Affektregulation zunächst eine psychoanalytische Domäne dar, ist aber in diesem Denken selten so stringent wie in der Bindungstheorie im dyadischen und Interaktionskontext sowie unter der Berücksichtigung der Motivation nach Bindung betrachtet worden. Diese beiden theoretischen Ansätze sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

Bindung als eigenständiges Motivationssystem – eine kybernetische Perspektive

Bindung ist nach Bowlby organisiert als ein eigenständiges Motivationssystem und ist somit biologisch determiniert. Charakteristisch für das Bindungssystem als *Verhaltenssystem* ist, so hat Bowlby ursprünglich angenommen, dass es nur in Gegenwart spezifischer Gefahrensignale, z.B. im Falle von Ermüdung, Erkranktsein oder einer drohenden Trennung, aktiviert wird und dabei um die Bezugspersonen organisiert ist.

Die These, dass das Bindungssystem nur unter spezifischen Bedingungen aktiviert wird, muss allerdings heute modifiziert werden. Diese Annahme hätte nämlich theoretisch als Konsequenz, dass exploratives Verhalten vom Bindungssystem ausgeschlossen wäre. Zudem gibt es empirische Hinweise darauf, dass psychophysiologische Reaktionsparameter bei Personen, die im AAI (Georg, Main & Kaplan, 1985) als vermeidend gebunden klassifiziert wurden, auf eine Aktivierung des Bindungssystems hindeuten (Dozier & Kobak, 1992). So gehen zeitgenössische Bindungsforscher davon aus, dass das Bindungssystem kontinuierlich aktiv ist, dass aber die Regulationsmechanismen "Aktivierung" respektive "Deaktivierung" sich allein auf das Bindungsverhalten beziehen (Bretherton, 1987; Main, 1995). Dementsprechend sind es auch die *Verhaltensstrategien im Umgang mit Bindungsaspekten*, welche situationsangemessen aktiviert oder deaktiviert werden und damit auch am stärksten mit Copingstrategien assoziiert sein dürften.

Dieses Verhaltenskontrollsystem bezieht sich insgesamt auf die Regulation von kontaktsuchenden und explorierenden Bindungsverhaltensweisen, ist dabei allerdings sehr komplexen kybernetischen Prinzipien unterworfen, wobei sehr viele Regelgrößen, die im eigenen Arbeitsmodell und dem der Bezugsperson sowie auch durch die äußere Umwelt, z.B. in Form einer graduellen Einteilung der Gefahrensignale, konstituiert werden, auf das Verhalten einwirken. Zurecht betonen Sroufe und Waters (1977), dass die Elemente dieser Set-Goal-Theorie empirisch sehr viel schwieriger zu belegen sind als die Postulate über die Emotions- und Affektkomponenten der dyadischen Bindung. Im Übrigen stand auch bei Ainsworth (z.B. 1990), die sehr stark dem ethologischen Denken verpflichtet war, die emotionale Komponente der Bindung zwischen Mutter und Kind im Vordergrund. Für das individuelle Erleben bedeutet eine Homöostase in diesem komplexen System auf der allgemeinsten Ebene 'gefühlte Sicherheit' (engl. "*felt security*"; vgl. Bretherton, 1985).

Eine ganz offensichtliche Parallele ergibt sich zwischen den komplexen kybernetischen Prinzipien dieses Verhaltenskontrollsystems und den prozessorientierten Copingtheorien. Hierbei scheint vor allem das transaktionale Modell der Gruppe um Lazarus analoge Züge aufzuweisen (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1978). Coping wird in diesem wohl bekanntesten Copingmodell nach Lazarus und Launier (1978) definiert als "das Gesamt der sowohl aktionsorientierten wie intrapsychischen Anstrengungen, die ein Individuum unternimmt, um externale und internale Anforderungen, die seine Ressourcen entweder beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen, zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren" (p.311, Übersetzung nach Heim, 1986).

Von besonderer Relevanz für den Zusammenhang zwischen Bindung und Coping ist dabei, dass Lazarus in den Weiterentwicklungen der transaktionalen Theorie emotionsorientierte Konzepte der Bewältigung immer stärker einbezogen und in einer seiner letzten Rekonzeptualisierungen des Modells Coping sogar als Mediator von Emotionen definiert hat (Lazarus, 1993). Dies impliziert, dass Lazarus Coping primär im Dienste der Emotionsregulierung gesehen hat. Seinen neuen Ansatz bezeichnete er als "cognitive-motivational-relational theory of emotion", wobei die kognitiv-behaviorale Perspektive der Emotionsregulierung prägnant bleibt. Damit scheint Lazarus die Dualität zwischen problem- und emotionsorientiertem Coping aufgehoben zu haben, zugunsten einer Integration von Coping in den allgemeineren Kontext von Emotionen (vgl. Heim, 1998).

Bowlby selbst hat das Bindungssystem im weiteren Kontext von Stressverarbeitungstheorien verstanden. Konzeptuell sind zwar die Motivationssysteme, die bspw. Flucht und Bindung regulieren, distinkt; Bowlby ordnet jedoch (1973) beide Systeme einem übergeordneten stressreduzierenden und sicherheitsfördernden System zu, dessen Ziel es ist, eine Person in einer definierten Beziehung zu seiner Umgebung zu halten. Auch hier wird wiederum deutlich, dass nicht das Streben nach Angstfreiheit primäres Motiv ist, sondern das Erlangen einer dynamischen Balance zwischen stressreduzierenden oder Vertrautheit bewahrenden Aktivitäten einerseits und explorierenden sowie informations-suchenden Verhaltensweisen andererseits.

Primäres Ziel dieses Motivationssystems ist es, eine Homöostase herzustellen zwischen dem psychophysiologischen System als innerem Ring und dem Verhaltens- und Motivations-system als äußerem Ring dieses sehr komplexen Gesamtsystems. Die Arbeitsgruppe um Spangler (z.B. Spangler & Schieche, 1995; Spangler & Zimmermann, 1999) sowie Cicchetti und Cohen (1995) haben ela-

borierte Modellvorstellungen entwickelt zur Kohärenz beider Systeme und einige Annahmen darüber zumindest teilweise bestätigen können, wie im Falle unsicherer Bindung diese Kohärenz zwischen den beiden Systemen gestört ist. Speziell für den vermeidenden Bindungsstil konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass eine fehlende Reaktion auf der Verhaltensebene mit einer Gegenregulation auf physiologischer Ebene einhergeht. Dieses Prinzip entspricht dem Gegenregulationsprinzip nach Fahrenberg (1983). Aus diesen theoretischen und empirischen Vorarbeiten eröffnen sich Möglichkeiten der Verbindung zwischen psychobiologischen Stressverarbeitungskonzepten und der Bindungstheorie, was eine Ergänzung zum Fokus des Bindungs-Bewältigungskonzeptes darstellt und im Einklang mit den Forderungen von Heim (1998) steht, die sich auf eine stärkere Verzahnung von Krankheitsverarbeitungs- und Stresstheorie beziehen.

Bindung und Affektregulation

Die Unterschiede in den Bindungsqualitäten reflektieren unterschiedliche Stile der Affektregulation, die sich aus den Erfahrungen des Kindes darüber entwickelt haben, wie die Bezugsperson Angst und Unbehagen lindern konnte und sich emotional auf seine Bedürfnisse eingestimmt hat (vgl. Cicchetti & Cohen, 1985). Gemeinsames Merkmal psychoanalytischer Theorien zur Signalisierung von Angst und anderen Affekten ist die Annahme eines Übergangs von einer frühen Vermittlung der Affekte durch die Mutter hin zu einer transaktionalen oder am Selbstobjekt orientierten Affektvermittlung am Ende des ersten und im zweiten Lebensjahr.

Dabei erwirbt das Kind die Fähigkeit, selbst besser seine eigenen emotionalen Bedürfnisse wahrzunehmen und angemessen auf diese zu reagieren. Köhler (1996, S.226) erwähnt mit Bezug auf die Bindungstheorie, dass zwar laufend "Fehleinstellungen" in der Mutter-Kind-Interaktion auftreten, dass diese aber gewöhnlich "repariert" werden können. In folgender Beschreibung hebt Köhler (1996) den 'affektiven Kern' von Coping hervor:

"Wenn ein Kind mit seinen Coping-Mechanismen auf Dauer den affektiven Dialog nicht wiederherstellen kann und seine negative Effektnanz erfährt, zerfällt der zuvor wohlorganisierte Ausdruck. Es fühlt sich hilflos. (...) Es gibt seine Versuche auf, die zwischenmenschliche Regulation zu beeinflussen. Statt dessen wendet es seine ganze Energie nun darauf, seine Selbstregulation zu stabilisieren und die hervorgerufenen negativen Affekte unter Kontrolle zu halten". (S. 226)

Nun gibt es nach Kumin (1996) prinzipiell zwei Extreme einer 'pathologischen' Affekt-regulation, die entsprechend der Bindungstheorie als ambivalent und

vermeidend bezeichnet werden. Das ambivalente Bindungsmuster zeichnet sich dadurch aus, dass die Signale, die das Kind aussendet, von der Mutter selbst als bedrohlich wahrgenommen werden. Für die innere Realität des Kindes bedeutet dies, dass eigene bedrohliche Signale weder selbst bewältigt noch external durch die Mutter aufgefangen werden können. Das zwangsläufige Fehlen eines Ich-Zustandes, der den projizierten Affekt effektiv aufnehmen kann, führt nicht zur Löschung dieses Signals (in der Regel ist es ein Angstsignal), sondern zu einer Turbulenz desselben. Die Intensität des Affektes verstärkt sich (vgl. Stern, 1985). Im Falle vermeidender Bindung wird das affektive Signal nicht etwa gelöscht, sondern gar nicht erst wahrgenommen bzw. negiert. In diesem Fall hat das Kind internalisiert, dass es keine Kathexis zwischen den von ihm gezeigten Signalen und der aufnehmenden Funktion der Mutter gibt. Wenn Signale nicht von der Bezugsperson wahrgenommen oder gar bedeutungslos gemacht werden, erlangen sie auch keine symbolische Repräsentanz im Kind selbst. Vermutlich bleibt als Resultat dieser Verdrängungsprozesse ein Restbestand emotionaler Leere bzw. das entsprechende Gefühl, verloren oder einsam zu sein. Individuen, die diese Dekathexis erlebt haben, können ihre Affekte nicht regulieren, weisen eine hohe Wahrnehmungsabwehr gegenüber Gefahrensignalen auf und behandeln die hiermit verbundenen unangenehmen eigenen affektiven Anteile als nichtexistent 2.

Diese Pole der Affektregulation beschränken sich nicht auf konkrete Entwicklungsphasen, sondern sind bspw. von Greenspan (nach Weil, 1992) in Bezug auf das Kleinkindesalter als Normo-, Hyper- und Hypoaktivität, von Weil (1992) in Bezug auf das Kindesalter als "Hyper- und Hypo-States" beschrieben worden. Langs (1978) legt dar, dass sich diese Modi in der therapeutischen Beziehung in besonderer Weise entfalten und somit in der therapeutischen Arbeit zu reflektieren sind 3. Im Prinzip stellen sie - auch wenn Kumin keinen direkten Bezug herstellt - ein Äquivalent der zwei Extreme der Affektregulation auf einem Abhängigkeits-Vermeidungskontinuum, beschrieben von Kobak und Mitarbeitern (Kobak & Cole, 1994), dar. Der eine Pol dieser Dimension ist durch eine Hyperaktivierung des Bindungssystems gekennzeichnet, d.h. einem Zustand intensiver Wahrnehmung und Verarbeitung bindungsrelevanter Informationen, der andere Pol durch eine Deaktivierung des Bindungsverhaltenssystems, mit dem Ziel, bindungsrelevante Informationen vom Bewusstsein auszuschließen. Die theoretisch naheliegendste Assoziation zwischen Bindung und Coping ergibt sich aus den geschilderten Polen der Affektregulation der Bindungsstile und unidimensionalen Bewältigungskonzepten. Individuelle Unterschiede hinsichtlich der habituellen Bevorzugung bestimmter Bewältigungsstrategien sind diesbezüglich am häufigsten in Form einer bipolaren Dimension

der Aufmerksamkeitszu- bzw. abwendung beschrieben worden, wie zum Beispiel "Repression-Sensitization" (Byrne, 1964), "Blunting-Monitoring" (Miller, 1992) oder "Vigilance-Avoidance" (Krohne, 1993). Diese Konstrukte postulieren, dass es auf der einen Seite Menschen gibt, welche die Bedrohung durch eine Erkrankung etc. nicht wahrhaben wollen und sich von dieser Gefahr abwenden oder diese zurückweisen. Auf der anderen Seite finden sich solche Personen, die zu einer besonders sensitiven Wahrnehmung jeder Art von Bedrohung neigen und sozusagen überall Gefahren 'wittern'. Eine Erweiterung dieses Konzeptes im Hinblick auf zwei übergeordnete Dimensionen (Erleben von Distress, Selbstkontrolle) sowie einer auf diesen Dimensionen beruhenden Typologie wurde von Weinberger (1998) entwickelt. Diese Typologie hat er bereits, neben anderen psychodynamischen Theorien, unter anderem in einen bindungstheoretischen Rahmen 'projiziert', d.h. entwicklungspsychologisch begründet. Allerdings stellen diese Dimensionen des Repressings und Sensitizings eine ausgesprochen allgemeine Betrachtungsweise dar. Aus einer klinischen Perspektive ergibt sich demgegenüber das Bedürfnis, sich stärker den Prozessen der inneren Verarbeitung zu widmen. Zu den verschiedenen Stadien des Bewältigungsprozesses zählen das der Wahrnehmung oder auch der Aufmerksamkeitszuwendung, ein Stadium der intrapsychischen Verarbeitung sowie des expressiven, nach außen gerichteten Verhaltens zu unterscheiden. Letzteres Prozessstadium ist bindungstheoretisch vor allem unter dem Gesichtspunkt interpersoneller Verhaltensweisen wie der Suche und der Wahrnehmung von sozialen Ressourcen relevant.

In diesem Zusammenhang hat Zimmermann (1999) ein komplexes Modell der Emotionsregulierung skizziert, welches zwar eher kognitiv-behavioristische Züge enthält, welches aber das von Kumin (1996) postulierte Modell gewissermaßen fortführt. Zimmermann unterscheidet dabei zwischen der Bewertung von Situationen bzw. der darin inhärenten emotionalen Reaktion und der Aktivierung von Handlungen bzw. Verhaltensreaktionen. Ein sicheres Arbeitsmodell von Bindung bedeutet eine flexible, realistisch-optimistische Bewertung mit angemessener Qualität der Emotionen und hat dementsprechend eine flexible und angemessene Handlungsaktivierung zur Folge. Demgegenüber würde ein unsicher-distanziertes Arbeitsmodell mit einer rigiden, schematischen Bewertung, einem Wechsel zwischen Emotionslosigkeit und intensivem negativen Gefühl und einer unflexiblen Reaktion mit geringer Aktiviertheit einhergehen. Eine rasche, wechselnde Produktion widersprüchlicher Bewertungen und unangemessene emotionale Aktivierung würde im Falle eines unsicher-verwickelten Modells zu erwarten sein. Bei diesem Muster wäre bezüglich der Verhaltensre-

aktion nach diesem Modell eine starke Aktiviertheit, verbunden mit Vermeidungstendenzen, zu erwarten.

Empirische Befunde zu Bindung und Bewältigung

Empirische Hinweise auf die Gültigkeit dieser Modellannahmen konnten bisher nur mit geringen Fallzahlen ($n = 23 - 44$) und ausschließlich durch eine Vielzahl singulärer korrelativer Zusammenhänge belegt werden (Zimmermann, 1999). Fuendeling (1998) hat in einer Übersichtsarbeit die empirische Befundlage zu differentiellen Stilen der Affektregulation der Bindungsmuster hinsichtlich dieser Stadien des Bewältigungsprozesses systematisiert. Tabelle 1 zeigt - in Anlehnung an Fuendeling modifiziert und ergänzt - einen Ausschnitt derjenigen Bereiche des Bewältigungsprozesses, in denen Bindungsmuster eine hohe Varianzaufklärung aufwiesen. Die Zusammenschau reflektiert die Fülle an empirischen Befunden zur Affektregulation und damit auch zur Bewältigung in Abhängigkeit von Bindungsstilen. Hervorzuheben ist dabei, dass Bindungsstile auf sehr unterschiedliche Art und Weise erfasst wurden, in der Arbeitsgruppe um Mikulincer (z.B. Mikulincer, 1998) oder um Feeney (Feeney & Kirkpatrick, 1996) ausschließlich über Selbstbeurteilungsmethoden, in den Arbeitsgruppen um Dozier und Kobak (z.B. 1992) sowie bei Zimmermann (1994, 1999) über Interviewverfahren.

- Tab. 1 hier-
siehe Buchbeitrag S.262

Zusammenfassend zeichnet sich ein Bild ab, welches dysregulative, bzw. inkohärente Bewältigungsstrategien unsicherer Bindungsmuster aufgezeigt. Spangler und Zimmermann (1999) haben bspw. aufgrund mehrerer psychobiologischer Studien bei Kindern und Jugendlichen das Fazit gezogen, dass für alle unsicheren Bindungsmuster in mindestens einer der Regensburger Studien Inkohärenzen zwischen einerseits der biologischen und andererseits der emotionalen und Verhaltensreaktion nachgewiesen werden konnten, nicht jedoch für das sichere Bindungsmuster. Ambivalent Gebundene scheinen eine hohe, beinahe 'übertriebene' Aufmerksamkeit für bedrohliche Signale in Kombination mit einer hohen Sensibilität gegenüber eigenen, insbesondere negativen Emotionen zu besitzen. In der Studie von Mikulincer und Orbach (1995) zeigten Personen mit diesem Bindungsmuster bspw. sehr kurze Reaktionszeiten, wenn negative affektive Erinnerungen hervorgerufen wurden. Hieraus dürfte ein selbstkritischer,

die eigene Kontrolle unterschätzender Bewältigungsstil resultieren. Das expressive Bewältigungsverhalten erwies sich als eher ineffektiv, da z.B. soziale Unterstützung zwar in hohem Maße erwünscht, allerdings nicht wahrgenommen oder aber als nicht befriedigend erlebt wird (Priel & Shamai, 1995). Trennungserlebnisse, so zeigte sich in einer Studie von Mayseless, Danieli und Sharabany (1996), werden bei diesem Muster eher als Abweisung erlebt. Auch schienen Personen mit ambivalentem Bindungsstil schlecht zwischen leichten und schweren Trennungen differenzieren zu können. Bei Zimmermann (1999) hing die unsicher-verwickelte Bindungsrepräsentation statistisch bedeutsam mit negativ emotionalen Bewertungsreaktionen im Sinne einer erhöhten Ängstlichkeit und Feindseligkeit sowie mit *vermeidenden* oder *resignativen* Verhaltensstrategien zusammen. Auch in einer eigenen Studie (Schmidt, Höger & Strauß, 1999) konnte gezeigt werden, dass die hohe Überflutung mit negativen Affekten bei diesem Muster vermutlich dazu führt, dass insgesamt viele Strategien, sowohl kognitiv vermeidende als auch ambivalente, vermutlich ziellos aktiviert werden. Es ließe sich nun aus diesen Ergebnissen u.a. ableiten, dass die hohe affektive Überflutung bei wenig effektiven bzw. tatsächlich auf der Verhaltensebene genutzten Bewältigungsstrategien eine Einschränkung der Flexibilität bei diesem Muster zur Konsequenz hat.

Auch bei vermeidend Gebundenen wäre eine hohe Rigidität der Bewältigung zu vermuten, welche allerdings in diesem Fall stärker mit der Deaktivierung des Bindungssystems assoziiert sein dürfte. In der Studie von Mikulincer und Orbach (1995) wurde die "Taylor Manifest Anxiety Skala" und die "Marlow Crowne Skala" eingesetzt, mit dem Resultat, dass vermeidend Gebundene ein hohes Ausmaß an Angst, allerdings ein niedriges Ausmaß an Defensivität, hingegen ambivalent Gebundene erwartungsgemäß auf beiden Dimensionen hohe Werte aufwiesen. Nicht weiter verwunderlich war indes, dass sicher Gebundene niedrige Werte in beiden Maßen zeigten. In einer anderen Studie, in der die Angst vor dem Tod thematisiert wurde, zeigten vermeidend Gebundene wenig *expressiv geäußerte* Todesängste, allerdings *hohe Ängste in einem projektiven Verfahren*. Bei unsicher Gebundenen fanden Mikulincer, Florian und Tolmacz (1990) zudem in Einzelfallstudien Hinweise auf stärkere und diffusere Ängste vor dem Tod. Relevant dürften diese Befunde vor allem im Hinblick auf die Verarbeitung lebensbedrohlicher Erkrankungen sein. Auf physiologischer Ebene belegten Dozier und Kobak (1992) eine erhöhte Hautleitfähigkeit bei denjenigen Probanden, die in einem Bindungsinterview deaktivierende Strategien anwendeten, und zwar insbesondere in solchen Situationen, in denen Trennung und Verlust thematisiert wurden. Mikulincer (1998) fand mit Bezug auf die Emotionsregulierung Hinweise darauf, dass vermeidend Gebundene die

physiologischen Korrelate von Ärger nicht wahrnehmen. Als 'Bewältigungsantwort auf den Golfkrieg' waren bei israelischen Studenten, die sich dem vermeidenden Muster in der Selbstbeschreibung zuordneten, erhöhte Ausprägungen von Somatisierung und Feindseligkeit zu beobachten (Mikulincer, Florian & Weller, 1993). Eine unsicher-distanzierte Bindungsrepräsentation der Regensburger Jugendlichen (Zimmermann, 1999) war negativ mit der Flexibilität der Verhaltensreaktionen, und hochsignifikant positiv mit vermeidenden Strategien verbunden. Bei Schmidt et al. (1999) war dagegen vermeidende Bindung mit einer "Deaktivierung" sowohl vigilanter als auch kognitiv-vermeidender Bewältigungsstrategien verbunden. Trotz dieser divergenten Befunde sind Ausformungen eines repressiven Elements der Bewältigung bei vermeidender Bindungsqualität (vgl. Weinberger, 1998) insgesamt mehrfach belegt. Eine andere Ebene, in der diese Repressivität im Sinne einer dyskohärenten Bewältigungsstrategie deutlich wird, betrifft vermutlich die Divergenz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung. Dozier und Lee (1995) konnten in einer Stichprobe von 76 Patient(inn)en mit schweren psychischen Störungen z.B. eine stärkere psychische Symptombelastung bei vermeidend Gebundenen in der Fremdbeurteilung feststellen, während in der Selbstbeurteilung lediglich ambivalent Gebundene sehr viel höheren "Distress" aufwiesen. Im Vergleich zum sicheren Muster ergeben sich insgesamt betrachtet bei *beiden unsicheren Mustern* starke Diskrepanzen zwischen den erlebten Affekten, deren Ausdruck bzw. dem Versuch, diese zu verarbeiten.

Hinsichtlich der expressiven Verhaltensebene wird vermutlich zu erwarten sein, dass sich die unterschiedlichen Regulationsstrategien weniger eindeutig und unidirektional äußern. Schließlich handelt es sich hier um expressive Lösungsstrategien der dysregulativen emotionalen Verarbeitung, welche allerdings insgesamt eine höhere Rigidität aufweisen dürften. Hinweise hierauf ergeben sich bspw. aus den Untersuchungen von Brennan und Shaver (1995), die für beide unsicheren Bindungsmuster eine Tendenz zu konsumatorischem und vermeidendem Verhalten belegen konnten. Es ließe sich ebenfalls vermuten, dass sich auf der Verhaltensebene stärkere Zusammenhänge zu klinischen verhaltensorientierten Bindungsprototypen (Strauß et al., 1999) ergeben. So äußerten Personen mit dem zwanghaft fürsorglichen Bindungsstil (vgl. West & Sheldon-Keller, 1994) in der Studie von Mayseless et al. (1996) bspw. das höchste Ausmaß an repressiver Abwehr, in dem sie die Trennung entweder verleugneten oder ein erhöhtes Wohlbefinden als Reaktion auf den Verlust der Bindungsfigur beschrieben.

Naheliegende Konsequenzen dieser Strategien für das expressive Verhalten dürften in Abhängigkeit von Bindungserfahrungen speziell mit dem Ausmaß verbunden sein, in dem das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung nicht nur wahrgenommen, sondern im Einklang mit situativen Erfordernissen offen bekundet, gesucht und als Befriedigung wahrgenommen wird. Indizien aus Selbstberichten gibt es hierzu aus der Arbeitsgruppe um Mikulincer (Mikulincer & Florian, 1995; Mikulincer et al., 1993), Belege aus der konkreten Verhaltensbeobachtung von Rholes, Simpson und Orina (1999). Letztere Studie ist deswegen interessant, weil sie - simuliert in einer angstausslösenden Situation - die Inflexibilität der Affektregulation im dyadischen Kontext aufzeigt. Männer mit vermeidendem Bindungsmuster reagierten gerade dann mit exzessivem Ärger, wenn ihre Partnerinnen sich besonders ängstlich und hilflos zeigten. Frauen mit vermeidendem Bindungsmuster zeigten dann vermehrt Ärger, wenn sie keine Unterstützung vom Partner erfuhren. Ambivalent gebundene Frauen zeigten insbesondere in der Erholungsphase des Experiments negative Affekte ihrem Partner gegenüber. Die Effekte der Bindungsmuster äußern sich demnach im Prozess der dyadischen Bewältigung sehr deutlich. Sicher Gebundene gingen - vergleichbar mit dem Verhalten der Kinder in der "Fremden Situation" - am ehesten auf das Verhalten des Partners ein und ließen sich ihrerseits von diesem beruhigen. In der Studie von Zimmermann (1999) war eine sicher-autonome Bindung der untersuchten Jugendlichen signifikant positiv mit der Flexibilität der emotionalen Bewertung sowie der Flexibilität der Verhaltensmöglichkeiten und einer kooperativen Konfliktregulierung mit Eltern und Gleichaltrigen korreliert.

Die geschilderten Befunde lassen insgesamt ein auffallend kohärentes Bild entstehen. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass die Fragestellungen selten in klinischen Populationen und konkreten Settings empirisch geprüft worden sind. Gerade das Leiden an einer chronischen Erkrankung ist schließlich häufig verbunden mit teilweise extremen gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen, die das Selbstwertgefühl tangieren, die eigenen Schwächen aufzeigen, Anteile der eigenen Existenz in Frage stellen und in der Regel eine Vielzahl von Ängsten auslösen. Diesbezüglich offenbart sich in den Theorien zur Affektregulation ein Defizit, schließlich ist die dyadische Regulation insbesondere in solchen Situationen wichtig, in denen das Individuum sein eigenes Missempfinden, Unbehagen (engl. "dis-ease") bewältigen muss.

Zum anderen kann vermutet werden, dass die Studiendesigns zu paradigmatisch konzipiert waren und zudem in der Formulierung der Hypothesen zu wenig Raum für eine Widerlegung von Hypothesen gelassen wurde.

In einer klinischen Studie (Schmidt, 2000) wurde daher gezielt geprüft, ob sich die oben beschriebenen Zusammenhänge zwischen Bindung und Coping in verschiedenen Populationen somatisch Erkrankter verifizieren ließen, die dezidiert eine breite Palette sehr *unterschiedlicher* Erkrankungscharakteristika aufwiesen. Untersucht wurden insgesamt 150 Patient(inn)en mit körperlichen Erkrankungen - ca. je 50 mit primärem Mammakarzinom, mit chronischen Ulzera cruris und mit der androgenetischen und diffusen Alopezie - im prospektiven Verlauf der Erkrankungen. Bindungsstile und Copingstrategien wurden in dieser Studie mit klinisch und verhaltensorientierten Instrumenten, dem Erwachsen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR; Strauß et al., 1999) und den Berner Bewältigungsformen (BEFO; Heim et al., 1991) erfasst. Speziell wurde in dieser Dissertation geprüft, ob der Zusammenhang zwischen Bindung und Coping möglicherweise auch konfundierenden Einflüssen unterliegt. Diese lassen kausale Schlussfolgerungen zunächst einmal nicht zu.

Die empirischen Befunde konnten prinzipiell die Vermutungen über die theoretischen Zusammenhänge stützen, wobei sich allerdings dadurch, dass Bewältigung via Selbst- und Fremdbeurteilung bestimmt wurde, *zwei Ebenen der Bewältigung* offenbarten. Diese werden bei einem Vergleich der folgenden zwei Abbildung deutlich, welche die grundlegenden Copingdimensionen in Abhängigkeit von den Bindungsmuster zum einen für die Selbstbeschreibung, zum anderen für die Fremdbeurteilung darstellen.

- hier etwa Abb.1 und Abb. 2 einfügen -
siehe Buchbeitrag S. 266 und 267

In der Fremdbeurteilung ließ sich die theoretische Annahme stützen, dass ambivalent Gebundene eher zu einem bedrohungsfokussierten und negativ emotionalen, vermeidend Gebundene dagegen eher zu einem bedrohungsmindernden Coping neigten, in der Selbstbeurteilung von Coping dagegen nicht. Hier manifestierten sich die hyper- und deaktivierenden Strategien der Bindungsmuster, die für die Regulation von Bindungserfahrungen bei aktiviertem Bindungssystem bekannt sind (Dozier & Kobak, 1992; Kobak & Sceery, 1988), deutlich in der Krankheitsverarbeitung. Diese Befunde zeigen, dass die Bindungsperspektive zwei Ebenen der Bewältigung sichtbar macht, wobei die eine auf die innere Regulation von Emotionen, die andere auf den Outcome dieser Regulation bzw.

das nach außen orientierte Coping bezogen ist. In diesem Zusammenhang unterschieden sich auch die Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung zwischen den Mustern. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass sich in beinahe allen untersuchten Aspekten das sichere Bindungsmuster mindestens von einem der anderen Muster statistisch bedeutsam unterschied, was die Aussagen von Spangler und Zimmermann (1999) stützt. Am größten waren die Effekte dabei in Bezug auf die Rigidität der Bewältigung.

Es konnten allerdings zwei mit der Erkrankung verbundene Aspekte ermittelt werden, die *konfundierend* auf den Zusammenhang zwischen Bindung und Bewältigung wirkten, wobei jedoch die kausalen Effekte unbeeinflusst blieben. Es handelte sich zum einen um die Art der Erkrankung, d.h. in dieser Studie speziell der Tatsache, ob jemand an Haarausfall - bei dieser Erkrankung ließen sich für eine Subpopulation psychoneurotische Anteile nachweisen - oder an einer chronischen Erkrankung im klassischen Sinn litt, zum anderen um die akute Belastung zum Zeitpunkt der psychologischen Interviews. Diese Variablen weisen auf Gefahren eines zu eingegrenzten bindungstheoretischen Blickwinkels hin, so dass in zukünftigen Studien möglicherweise konfundierenden Aspekte auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund der Befunde dieser Arbeit schließen, dass die Stärke der bindungstheoretischen Perspektive in der Erklärung von Bewältigungsstilen gerade darin besteht, dass diese Theorie innere Prozesse der Regulation von Bindungserfahrungen im Prozess der Krankheitsverarbeitung ausleuchten und damit die Komplexität der Bewältigungsvielfalt reduzieren kann. Es wurde insgesamt deutlich, dass bei dem Versuch, Unterschiede in der Bewältigungsorientierung zu interpretieren, sich diese lediglich in der *Gesamtkonfiguration* der verschiedenen Bewältigungsdimensionen im Sinne unterschiedlicher Stile der inneren Regulation interpretieren lassen. Obwohl Wottawa (1987) für die klinische Forschung generell und Höger (z.B. 1999) speziell im Hinblick auf die Erfassung und Interpretation von Bindungsstilen wiederholt auf die Bedeutung der Gesamtkonfigurationen für das Verständnis und die Interpretation von Typologien und Mustern verwiesen haben und obwohl z.B. bei Mikulincer und Orbach (1995) die Interpretation des defensiven Stils der Bindungsmuster nur in der Kombination von Angst und Abwehr möglich war, sind in den bisherigen empirischen Studien zu Bindung und Coping fast ausschließlich manifeste Ausprägungen von Einzelstrategien gedeutet worden. Von diesen Befunden könnten u.a. Impulse ausgehen im Hinblick auf Studien zur dyadischen Affektregulation sowie auf Prozesse der Affektregulation im Kontext der Stressverarbeitung, wobei der Einbezug verschiedener Re-

aktionsebenen gerade im Rahmen eines experimentellen Settings bei spezifischen Erkrankungen vielversprechend scheint.

Prospektive Aspekte von Bindung und Coping

Das Adaptivitätskonzept impliziert im bindungstheoretischen Bezugsrahmen, dass zwar individuell in Abhängigkeit von der persönlichen Bindungsqualität eine Adaptivität für den Kontext der jeweiligen Bindungsbeziehung zu begründen ist, dass diese aber außerhalb dieser Bindungsbeziehung und im längerfristigen Rahmen, insbesondere unter Betrachtung der biologischen und interpersonellen Konsequenzen, maladaptive Züge aufweist (vg. Crowell et al., 1999; Grossmann et al., 1989). Manifest wird diese Adaptivität respektive Maladaptivität - und hierfür gibt es zahlreiche empirische Befunde - auf verschiedenen Ebenen, so z.B. der biologischen, intrapsychischen oder interpersonellen Ebene. Das Grundprinzip der Adaptivität von Bindung besteht dabei in der Passung zwischen innerer Kohärenz und äußerer Korrespondenz, d.h. der Situationsangemessenheit des Verhaltens (Grossmann & Grossmann, 2000). Coping beschreibt dabei den Bereich, in dem sich die Transaktion zwischen der eigenen Bindungsqualität und den situativen und kontextuellen Aspekten vollzieht. Die Bindungstheorie hat sich insbesondere den klinisch bedeutsamen situativen Aspekten kaum genähert. Hier kann die klinische Bindungsforschung aus dem Fundus der Copingforschung schöpfen.

Die anwendungsorientierter Copingforschung war konsequenterweise in der Regel assoziiert mit der Frage des Bewältigungsoutcomes, so dass in der Regel die prospektive Konzeptualisierung von Studiendesigns als methodologischer Standard galt. Diese prospektiven Ansätze, so schließen Muthny (1997) sowie Buddeberg (1992) speziell im Hinblick auf das Mammakarzinom, sind allerdings auch in diesem Feld vergleichsweise selten berücksichtigt worden. Obwohl in der Forschung zur Krankheitsverarbeitung immer wieder Bewältigungsmechanismen als adaptiv oder als maladaptiv beschrieben worden sind, ist bei einer solchen Systematik in besonders sensibler und kritischer Weise zu berücksichtigen, dass diese Systematik durch vergleichsweise unterschiedliche Definitionen der Adaptivität der Bewältigung bestimmt war. So kann die Adaptivität a priori aus einer Theorie oder durch Outcomekriterien definiert sein, sei es dass die Kriterien psychologischer oder medizinischer Natur sind. Die Debatte, wie die Bewältigung zum Beispiel die Überlebenszeit bei Krebserkrankungen beeinflussen kann, prägte über zwei Dekaden die Psy-

choonkologie, insbesondere in Bezug auf das Mammakarzinom (Buddeberg, 1992; Greer, Morris, Pettingale & Haybittler, 1990). Unter Hinweis auf die immense Bedeutung der Untersuchungsmethodik wurden bspw. die verwendeten statistischen Verfahren in einem Resumée von Buddeberg (1992) kritisch hinterfragt, u.a. im dem Sinne, dass einige wenige korrelative Zusammenhänge zwischen vielen Prädiktoren und vielen Kriterien auch zufällig bedingt sein können (z.B. in der Untersuchung von Hislop, Waxler, Coldman, Elwood & Kan, 1987). Methodisch überschaubarer scheinen solche Studien, die eine Vorhersage der mittelfristigen Adaptivität über eine definierte Behandlungsphase (z.B. Operation) aufgrund psychologischer Prädiktoren zum Ziel hatten. Strauß und Mitarbeiter (1992) sagten bspw. den spätpostoperativen Status nach einer Bypass-Operation infolge koronarer Herzerkrankung auf der Basis präoperativer Depressivität und Angst, Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogener Kognitionen vorher. Prädiktoren für die Schmerzintensität und Frühberentung von 150 Patienten mit lumbalem Bandscheibenvorfall waren bei Hasenbring (1992) u.a. die Persönlichkeitsmerkmale Depressivität und "massives Durchhalten". Rogner, Frey und Havemann (1987) konnten zeigen, dass Unfallpatienten dann den ungünstigsten Heilungsverlauf nach ihrem Unfall aufwiesen, wenn sie sich selbst für den Unfall verantwortlich sahen bzw. sich die Schuld dafür zuwiesen. Auch bei Krebspatienten erwies sich in der Arbeitsgruppe von Greer, Morris und Pettingale die präoperative Depressivität als negativer Indikator für die Rezidivfreiheit (Morris, Greer & White, 1977; Shekelle et al., 1981⁴). Dieser vielfach replizierte Nachweis des Einflusses von Ängstlichkeit und Depressivität auf den Krankheitsverlauf lässt ebenfalls Vermutungen über die Bedeutung der Bindungssicherheit in diesem Zusammenhang zu, auch wenn diese zum jetzigen Zeitpunkt noch spekulativ sein mögen. In dieser Hinsicht fällt z.B. in Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in sehr verschiedenen Populationen auf, dass unabhängig von der Art der Störung oder Erkrankung vergleichsweise ähnlich hohe prozentuale Anteile an Risikopatient(inn)en, die durch eine besonders stark ausgeprägte Ängstlichkeit und Depressivität auffallen, zu verzeichnen sind. Möglicherweise lässt sich die erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit im Verlauf des Erkrankungsprozesses im Sinne eines Vulnerabilitätsmodells durch Aspekte der Bindungsunsicherheit erklären, wobei diese Hypothese beim jetzigen Wissenstand noch zu gewagt erscheint bzw. nicht ausreichend präzisiert werden kann.

Neben diesen Einflüssen präorbider psychischer Auffälligkeiten zieht Heim im Hinblick auf die Adaptivität der Bewältigung im speziellen Kontext von Krebserkrankungen das Fazit- (1990), dass "eine aktive Auseinandersetzung mit

der Krankheit, ja ein Auflehnen gegen den möglicherweise fatalen Ausgang gegenüber einer passiv-resignativen Haltung günstiger ist" (S. 272). Bei der Suche nach Merkmalen, die geeignetes und weniger geeignetes Coping umschreiben könnten, stützte sich Heim (1990) auf die Typisierung in "Good Copers" und "Bad Copers" der Arbeitsgruppe um Weismann, Worden und Sobel (1980). Zur empirischen Validierung der Bewältigungsstrategien sind z.B. Aspekte des objektiven und subjektiven Gesundheitszustands vorhergesagt worden (Heim et al., 1997; Greer et al., 1990; Shekelee et al., 1981). Allerdings weist Heim (1998a) methodenkritisch darauf hin, dass geeignetes Coping in den meisten Studien eine höhere Varianz aufwies als maladaptives Coping. Es ließe sich hierbei vermuten, dass die größere Varianz bei geeignetem Coping durch die Flexibilität der Bewältigung begründet ist, was bedeutet, dass die Flexibilität ein zugrundeliegendes Konstrukt adaptiver Bewältigung sein könnte. Als Resümee kommen Weisman und Sobel zu dem Schluss (1979, zit. nach Heim, 1990), dass der adaptive, "good copper" sich relativ aktiv mit seiner Erkrankung auseinandersetzt, wobei er seine Ressourcen flexibel, und unter Einbezug der Unterstützung seiner Mitmenschen nutzt:

"While rather independent and self-reliant, they did not hesitate to use other resources when needed. Good copers were cooperative but not passively compliant. If they felt neglected, we found that they insisted on more information and better treatment. By resourcefully shifting from one strategy to another, good copers were able to correct themselves. Coping well, therefore, is a continuous process which uses several strategies and is not a closed or permanent state of well-being." (p. 270)

Damit ergänzt sich eine Beschreibung, mit der Bowlby (1989) aus Sicht der Bindungstheorie psychische Gesundheit bzw. psychisch gesunde Bewältigung charakterisiert:

"Paradoxically, the healthy personality when viewed in this light proves by no means as independent as cultural stereotypes suppose. Essential ingredients are a capacity to rely trustingly on others when occasion demands and to know on whom it is appropriate to rely. A healthy functioning person is thus capable of exchanging roles when the situation changes. At one time he is providing a secure base from which his companion or companions can operate; at another he is glad to rely on one another of his companions to provide him with just such a base in return". (p. 105)

In der Beschreibung von Weismann (1976, zit. nach Heim, 1990) zeichnet sich hingegen der "bad copper", der sogenannte Risikopatient, durch eine gestörte

emotionale Balance, eine hohe Vulnerabilität und die bereits oben beschriebenen interpersonalen und Persönlichkeitscharakteristika auf:

"High vulnerability patients were generally pessimistic, anticipating little recovery and practically no support from significant others. They had more marital problems, tended to suppress feelings, but often had a history of depression. Denial in itself did not mean vulnerability. Indecision about treatment and regrets about the past were more indicative of future emotional problems than was delay". (p. 271)

Auch wenn diese Beschreibungen die Assoziation zu einem Traitansatz wecken, so geht es doch in erster Linie um das Zusammenwirken einer Vielzahl, hier idealtypisch umrissener Strategien, die den Bewältigungsprozess günstig oder ungünstig beeinflussen. Allerdings beinhaltet die vielfach propagierte These, aktives, kämpferisches Coping übe einen günstigen Effekt auf den Krankheitsverlauf aus, die Gefahr, dass differentielle Aspekte der Bewältigung ausgeklammert werden und dass die Konfrontation mit einem solchen Idealbild auf Seiten des Patienten zu einer Überforderung führen kann (vgl. Faller, 1998; Verres, 1990).

Die bindungstheoretischen Bezüge zu prospektiven Aspekten der Krankheitsbewältigung sind zum jetzigen Zeitpunkt rar und empirisch kaum gestützt. So fanden Kotler und Mitarbeiter (1994) z.B. nur Hinweise darauf, dass vermeidende Bindung zusammenhing mit insgesamt höheren psychischen und physischen Beschwerden, wobei allerdings die Bewältigungsstile, z.B. eine restriktive Kontrolle von Emotionen, vermeidendes Coping, Selbstbeschuldigung und Wunscherfüllungsdenken, eine vermittelnde Rolle einnahmen. Feeney und Ryan (1994) konnten wiederum zeigen, dass ängstlich-ambivalente Bindung zusammenhing mit einer stärkeren Symptomwahrnehmung und der hieraus resultierenden häufigeren Kontaktierung von Ärzten. Diese Studie fokussiert eher das Krankheitsverhalten als die Bewältigung, wobei insbesondere neurotische Aspekte des Krankheitsverhaltens, so z.B. die häufigere Kontaktierung von Ärzten bindungstheoretisch erklärt wird (vgl. hierzu Modelle von Mikail und Henderson, 1994 sowie Stuart und Noyes, 1999; Schmidt, Brähler & Strauß, in Vorb.). In der Studie von Schmidt (2000) wurde die prognostische Bedeutung von Bindungsmustern, Bindungssicherheit und Bewältigungsdimensionen für den Bewältigungs- und Krankheitsverlauf betrachtet. Konfundierende Einflüsse eines möglicherweise neurotischen Krankheitsverhaltens wurden berücksichtigt und eliminiert. Es konnte nicht nur gezeigt werden, dass die Bindungsmuster prognostische Bedeutung für den Bewältigungsverlauf besaßen, sondern dass der Anteil an Bindungssicherheit, d.h. ein ressourcenorientiertes Maß der Bin-

dungstheorie, das emotionale, nicht jedoch das physische Wohlbefinden im Krankheitsverlauf vorhersagen konnte, und zwar über den Einfluss von Erkrankungsparametern und von Copingstrategien hinaus (vgl. Abb. 3).

- Abb. 3 hier-
siehe Buchbeitrag S. 270

Relativ naheliegende Bezüge ergeben sich hierbei zu den gesundheitspsychologischen Konzepten des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1998) oder der mit diesem Konstrukt häufig in Zusammenhang gebrachten Resilienz (vgl. Mc Cubbin & Thompson, 1998). Das allgemeine Kohärenzgefühl, mit sich und der Welt in Einklang oder Harmonie zu sein, bzw. der Fähigkeit, zu seinen persönlichen Ressourcen Vertrauen zu haben und auf diese zurück-greifen zu können, sind deswegen von der Gesundheitspsychologie im hohen Ausmaß rezipiert worden, weil sie als 'progressive' Konzepte einen Fokus für Beratungs- und Interventionskonzepte bereitstellen können. Ob unter der bindungstheoretischen Perspektive der Bewältigung vom ressourcenorientierten Konzept der Bindungssicherheit zukünftig von der Zielorientierung vergleichbare Ansätze ausgehen könnten, sollte in zukünftigen Studien geprüft werden. Bisherige Programme im Rahmen der Krankheitsbewältigung stützten sich neben psychoedukativen Ansätzen überwiegend auf eine supportive Unterstützung, d.h. z.B. auf eine Stützung von bedrohungsmindernden und abwehrstärkenden Strategien (vgl. Faller, 1998; Heim, 1990). Eine Integration bindungstheoretischer Aspekte im Rahmen der Krankheitsbewältigung stellt zunächst einmal eher eine psychotherapeutische, als eine Beratungsaufgabe ab. So haben bindungstheoretische Erkenntnisse bereits in vielen psycho-therapeutischen Anwendungsfeldern Eingang gefunden (vgl. Strauß & Schmidt, 1997). Eine Veränderung im Hinblick auf ein höheres Maß an Bindungssicherheit würde dem gleich kommen, was Main (z.B. 1995) "erworbene Sicherheit" (engl. "*earned security*") bezeichnet hat. Von erworbener Sicherheit spricht Main dann, wenn ein Individuum gelernt hat, über eigene negative Bindungserfahrungen zu reflektieren und sie in ein kohärentes Bild zu integrieren. Da gezeigt werden konnte, dass eine Ebene der Krankheitsverarbeitung gewissermaßen Bindungserfahrungen widerspiegeln würde, würde eine Reflektion dieser Beziehungserfahrungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Betreuung auf diese Ebene der Krankheitsbewältigung gerichtet sein. Zu erwarten wäre, dass Patient(inn)en durch diese Unterstützung einen Zugang zu ihren de- und hyperaktivierenden Strategien der Bewältigung bekämen und ein Verständnis darüber erlangen, warum sie in der jetzigen schweren Situation gerade so und nicht anders reagieren. Eine Reflektion und

Integration von Bindungserfahrungen könnte darüber hinaus eine breitere Sichtweise des Spektrums an Copingstrategien eröffnen, schließlich war eines der Hauptergebnisse der Studie, dass unsicher Gebundene rigider bewältigten, d.h. auf eine geringere Anzahl an Bewältigungsformen zurückgreifen konnten. Da aus bindungstheoretischer Perspektive Adaptivität mit der Kohärenz zwischen verschiedenen Reaktionsebenen verbunden wird (vgl. Spangler & Zimmermann, 1999), würden Interventionsziele, die in erster Linie auf aktives, kämpferisches Coping gerichtet sind, an Bedeutung verlieren zugunsten einer stärkeren Passung und Neudefinition der Bewältigung im Rahmen der persönlichen Beziehungsbiographie. Eine Reflektion von Bindungserfahrungen im Rahmen der Bewältigung würde gleichsam verhindern, dass bspw. die biologische und emotionale Reaktionsebene zu stark divergieren. Im Rahmen der Durchführung der Interviews entstand bei vielen Patient(inn)en tatsächlich der Eindruck, dass bereits die Durchführung eines Bindungsinterviews zu einer Veränderung der Wahrnehmung des individuellen Verarbeitungsprozesses führte.

Eine Integration bindungstheoretischer Aspekte in Betreuungskonzepte könnte ebenfalls bedeuten, dass in Abhängigkeit von der Bindungsqualität unterschiedliche Arten supportiven Vorgehens indiziert wären (vgl. Fonagy et al., 1996). Einschränkungen der Indikation des vorgestellten Ansatzes ergeben sich vor dem Hintergrund der oben diskutierten Befunde vermutlich für akute, traumatische Belastungen sowie für Patient(inn)en mit nicht gelöstem Trauma in der Beziehungsbiographie. Schließlich begibt man sich im Kontext der Krankheitsbewältigung auf ein neues Terrain, wenn Bindungserfahrungen in Anbetracht einer Erkrankung angesprochen werden. Dies kann dann problematisch werden, wenn eher eine Stützung der Abwehr indiziert wäre (vgl. Faller, 1998). Gerade in diesem Setting wird es Aufgabe eines Psychotherapeuten sein, dem Patienten gegenüber als sichere Basis zu fungieren (vgl. Strauß & Schmidt, 1997). Beim derzeitigen Stand der Bindungsforschung ist zu vermuten, dass der Einbezug bindungstheoretischer Ansätze in Konzepte der Krankheitsverarbeitung einen eher spezifischen Fokus darstellt, welcher eine Reihe, beim jetzigen Forschungsstand noch nicht bestimmbarer Einschränkungen erfahren wird. Das auf diesen Erfahrungen beruhende Interventionskonzept zu erarbeiten und in Effektivitätsstudien und Untersuchungen zur differentiellen Wirksamkeit zu prüfen, wäre ein innovatives Feld der angewandten medizinpsychologischen Forschung.

Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. (1990). Epilogue. Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 461-475). Chicago: Chicago Press.
- Antonovsky, A. (1998). The sense of coherence: A historical and future perspective. In I.H. McCubbin & E.A. Thompson (Eds.), *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency. Resiliency in families series*, (pp. 3-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Edition Medizin VCH.
- Beutel, M. & Heinrich, G. (1997). Methoden der Bewältigungsforschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Forschungsstrategien in der Medizinischen Psychologie* (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 13, S. 229-243). Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung - Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter.
- Brennan, K.A. & Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relationships: Security, communication, and internal working models. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061 - 1100). New York: Wiley.
- Buddeberg, C. (1992). *Brustkrebs: Psychische Verarbeitung und somatischer Verlauf*. Stuttgart: Schattauer.
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. In B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (pp. 169-220). New York: Academic Press.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Dantes (Eds.), *Developmental psychopathology. Theory and methods* (pp. 3-20). New York: Wiley.
- Collins, N.L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C. & Shaver, P.R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 434-468). New York: Guilford.
- Dozier, M. & Kobak, R.R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Dozier, M. & Lee, M. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- Feeney, B.C & Kirkpatrick, L.A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 255-70.

- Feeney, J.A. & Ryan, S.M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology, 13*, 334-45.
- Fahrenberg, J. (1983). Psychophysiologische Methodik. In K.J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Verhaltensdiagnostik. Serie Enzyklopädie der Psychologie* (S. 1-192). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Filipp, S.H. (1990). Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Möglichkeiten der theoretischen Rekonstruktion und Konzeptualisierung. In F. Muthny (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung - Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse* (S. 24-40). Berlin: Springer.
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Fuendeling, J. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 291-322.
- George, C., Main, M., & Kaplan, N. (1985). *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Unpubl. manuscript. Berkeley: University of California.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. & Haybittler, J.L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15 - year outcome. *Lancet, 6*, 49-50.
- Grossmann, K.E., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, E., Grossmann, A., Scheuerer-Englisch, H., Spangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989). Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 51-97). Berlin: Springer.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (2000). *Essentials and new results in longitudinal attachment research: From early experiences of sensitive support*

to later partnership presentations. Vortrag auf der Attachment conference "Attachment from infancy to adulthood" an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Juli 2000.

Hasenbring, M. (1992). *Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen - Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten.* Stuttgart: Schattauer.

Heim, E. (1986). Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.) *Psychosoziale Medizin - Gesundheit und Krankheit aus biopsychosozialer Sicht*, Bd. 2: Klinik und Praxis (S. 343-350). Berlin: Springer.

Heim, E. (1998). Coping: Erkenntnisstand der 90er Jahre. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 48, 321-337.

Heim, E. (1990). Coping als Wirkfaktor: Eine Interventionsstrategie bei somatischen Krankheiten. In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S. 261-285). Berlin: Springer.

Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A., & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen BEFO.* Bern: Huber.

Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.

Hislop, T.G., Waxler, N.E., Coldman, A.J., Elwood, J.M. & Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Disease*, 40, 729-735.

Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44, 159-166.

Kobak, R.R. & Cole, H. (1994). Attachment and meta-monitoring. Implications for adolescent autonomy and psychopathology. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Disorders and dysfunctions of the self. The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.* New York: University of Rochester Press.

- Kobak, R.R. & Sceery, A. (1988). The transition to college: Working models of attachment, affect regulation, and perceptions of self and others. *Child Development*, 88, 135- 146.
- Köhler, L. (1996). Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In T. v. Uexküll. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 222-230). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kotler, T., Buzwell, S., Yolanda, R. & Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 237-245.
- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoiding as concepts in coping research. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness* (pp. 19-50). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Band 2: Modelle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kumin, I. (1996). *Pre-object relatedness*. New York: Guilford.
- Langs, R. (1978). The adaptational-interactional dimension of countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 14, 502-533.
- Lazarus (1990). Stress und Coping mit Stress - ein Paradigma. In S. Heide-Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. Aufl.; S. 210-259). München: Psychologie Verlags Union.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp.287-322). New York: Plenum.

- Lichtenberg, J.D & Hadley, J.L. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale: Analytic Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory* (pp. 407-474). London: The Analytic Press.
- Mayseless, O., Danieli, R. & Sharabany, R. (1996). Adults' attachment patterns: Coping with separations. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 667-690.
- McCubbin, I.H. & Thompson, E.A. (1998). *Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency. Resiliency in families series*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mikail, S.F. & Henderson, P.R. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clinical Psychology Review*, 14, 1-16.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 512-524.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.
- Mikulincer, M., Florian, V. & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- Mikulincer, M., Florian, V. & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-26.
- Mikulincer, M. & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321-331.

- Mikulincer, M. & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917- 925.
- Miller, S.M. (1992). Individual differences in the coping process: What to know and when to know it. In B.N. Carpenter (Ed.), *Personal Coping: Theory, research, and application* (pp. 77-91). Westport: Praeger.
- Morris, T., Greer, H.S. & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. A two-year follow-up study. *Cancer*, 40, 2381-2387.
- Muthny, F.A. (1992). Krankheitsverarbeitung im Vergleich von Herzinfarkt-, Dialyse- und MS-Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 372-391.
- Muthny, F. (1997). Coping am Beispiel der Krankheitsverarbeitung: Hohe Erwartungen, tiefe Enttäuschungen und der der Morgen danach. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 58-64) Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Priel, B. & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19, 235-241.
- Radecki-Bush, C., Farrell, A.D. & Bush, J.P. (1993). Predicting jealous responses: The influence of adult attachment and depression on threat appraisal. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 569-588.
- Rholes, W.S., Simpson, J.A. & Orina, M.M. (1999). Attachment and anger in an anxiety-provoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 940-957.
- Roberts, J.E, Gotlib, I.H. & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320.

- Rogner, G., Frey, O. & Havemann, D. (1987). Der Genesungsverlauf von Unfallpatienten aus kognitionspsychologischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 11-28.
- Schmidt, S. (2000). *Bindung und Coping – Eine empirische Studie zu Krankheitsverarbeitungsprozessen aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive*. Dissertation, Universität Jena.
- Schmidt, S., Höger, D. & Strauß, B. (1999). Bindung und Coping - Eine Erhebung zum Zusammenhang zwischen Bindungsstilen und Angstbewältigungsmustern in bedrohlichen Situationen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 39-48.
- Schmidt, S., Strauss, B. & Brähler, E. (in prep.). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective.
- Shekelee, R.B., Raynor, W.J., Ostfeld, A.M., Garron, D.C., Bieliaskas, L.A., Liu, C., Maliza, C. & Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Spangler, G. & Schieche, M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie - Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (S. 297-310). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescence. A psycho-biological perspective of the internal working model. *Attachment and Human Development*, 1, 270-290.
- Sroufe, L.A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stern, N. D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Strauß, B., Lobo-Drost, A. & Pilkonis, P.A. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen - erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 347-364.

- Strauß, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1-16.
- Strauß, B., Schmidt, S. & Lobo-Drost, A. (2000). *Das Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR) – Alternative oder Ergänzung zum Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI)?* Vortrag auf der interdisziplinären Tagung "Bindungsentwicklung und Bindungsstörung", Leipzig, September 2000.
- Strauß, B., Thormann, T., Streng, H., Biernath, E., Foerst, U., Stauch, C., Torp, U., Bernhard, A. & Speidel, H. (1992). Psychosocial, neuropsychological and neurological status in a sample of heart transplant recipients. *Quality of Life Research*, 1, 119-128.
- Stuart, S. & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40, 34-43.
- Stuart, S., Pilkonis, P.A., Heape, C., Smith, K. & Fisher, B. (1990). *The patient-therapist match in psychotherapy: effects of security of attachment and personality style*. Unpubl. manuscript. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh.
- Verres, R. (1990). Wechselwirkungen zwischen Rehabilitation und Prävention: Implikationen für die künftige Forschung zur Rehabilitation bei Krebserkrankungen. In U. Koch & F. Potreck-Rose (Hrsg.), *Krebsrehabilitation und Psychoonkologie* (S. 134-140). Berlin: Springer.
- Waddington, C.H. (1966). *Principles of development and differentiation*. New York: Macmillan.
- Weil, J.L. (1992). *Early deprivation of empathic care*. Madison: International University Press.
- Weinberger, D.A. (1998). Defenses, personality structure, and development: Integrating psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality*, 66, 1061-1080.

- Weisman, A.D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *American Journal of Medical Science*, 271, 187-196.
- Weisman, A.D. & Sobel, H.J. (1979). Coping with cancer through self-instruction: A hypothesis. *Journal of Human Stress*, 5, 5-8.
- Weisman, A.D., Worden, J.W. & Sobel, H.J. (1980). *Psychosocial screening and intervention with cancer patients*. Unpubl. Report. Cambridge: Department of Psychiatry, Harvard Medical School.
- Weiss, R.S. (1982). Attachment in adults. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*. New York: Basic Books.
- West, M. & Sheldon-Keller, A.E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford.
- Wottawa, H. (1987). Konfigurale Auswertungsmethoden in der Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 100-133.
- Zeidner, M. & Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Zimmermann, P. (1994). *Bindung im Jugendalter: Entwicklung und Umgang mit aktuellen Anforderungen*. Unveröffentl. Dissertation. Universität Bielefeld.
- Zimmermann, P. (1999). Emotionsregulation im Jugendalter. In W. Friedlmeier & M. Hoodynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung* (S. 220-240). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Zuroff, D.C. & Fitzpatrick, D.K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253-365.

- 1 Hierbei beziehen wir uns in erster Linie auf das Feld der Krankheitsverarbeitung.
- 2 Beide Modi der Verarbeitung legen unterschiedliche Akzente auf die Komponenten des Emotionssystems, die von Krause (1998) als "occurring emotions" und als "experienced emotions" beschrieben wurden.
- 3 Der Einfluss von Bindungsstilen bzw. von der Passung zwischen Bindungsstilen des Patienten und Therapeuten auf Kriterien des Therapieverlaufs konnte mehrfach belegt werden (z.B. Stuart et al., 1990).
- 4 Die methodische Kritik an der Studie von Hislop und Mitarbeitern (1987, s.o.) trifft auch auf die Studie von Shekelee und Mitarbeitern (1981) zu.