

**Redaktion**

J. Eckert, Hamburg  
C. Reimer, Gießen  
B. Strauß, Jena

**B. Strauß**

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

# Bindungsforschung und therapeutische Beziehung

**„All of us, from the cradle to the grave are happiest when life is organised as a series of excursions, long or short, from the secure base provided by our attachment figures (Bowlby 1988, S. 4).**

## Grundlegende Konzepte der Bindungstheorie und klinische Bindungsforschung

Die von John Bowlby (1975, 1976, 1983) konzipierte, auf evolutionsbiologischen Annahmen basierende Bindungstheorie postuliert ein primäres Bedürfnis nach Nähe zu einer Bindungsfigur, das von überlebenswichtiger Bedeutung ist. Ausgehend von den frühen Erfahrungen eines Kindes mit versorgenden (Bindungs-)Personen beschreibt die Theorie die Relevanz von Beziehungserfahrungen für die spätere Entwicklung und spätere Beziehungen, die Unterschiedlichkeit dieser Erfahrungen sowie die daraus resultierenden Verhaltensmuster und inneren Repräsentanzen.

Eine gute primäre Bindungsbeziehung trägt der Bindungstheorie zufolge dazu bei, dass ein Kind seine Welt ausgehend von einer Basis emotionaler Sicherheit explorieren kann (Abb. 1). Die frühen Erfahrungen mit bindungsrelevanten Bezugspersonen, so Bowlbys Vermutung, werden internalisiert und in ein inneres Arbeitsmodell

Eine modifizierte Version dieser Übersicht wird erscheinen in: Hermer M, Röhrle B (Hrsg) (2006) Handbuch der therapeutischen Beziehung – Beziehungsgestaltung, Bündnisprobleme, Kontexte. dgvt, Tübingen. Der Vorabdruck erfolgt mit Genehmigung der Herausgeber.

von Bindung („inner working model“) integriert, das Erwartungen gegenüber Anderen, aber auch Bewertungen der eigenen Person umfasst. Störungen der frühen Bindung können zur Bildung unsicherer Bindungsrepräsentationen im späteren Leben führen, die wiederum die Vulnerabilität für die Entwicklung psychopathologischer Symptome erhöhen.

Trotz nachgewiesener Diskontinuitäten und Unterschiede geht die moderne Bindungsforschung zu Recht davon aus, dass in der späteren Entwicklung andere bedeutsame Beziehungen die Qualität einer Bindungsbeziehung erhalten, beispielsweise die Beziehung zu „Mentoren“ im Berufsleben (Hardy et al. 1998) und Beziehungen zu Intimpartnern (Hazan u. Shaver 1987), auch wenn Bindungsbeziehungen jenseits der Kindheit naturgemäß einen anderen Charakter erhalten (den einer „zielkorrigierten Partnerschaft“; vgl. Grossmann u. Grossmann 2004). Um allerdings die Kriterien einer Bindungsbeziehung zu erfül-

len, müssen verschiedene Merkmale, abgeleitet aus den Grundkonzepten der Theorie, vorhanden sein. Fraley (1998) zufolge wird eine Bindungsbeziehung deutlich an

- a) dem Ausmaß an *Protest* und Stress, das im Falle von Trennung und Verlust erlebt wird,
- b) der Nutzung des Anderen als Ziel für die *Aufrechterhaltung von Nähe*,
- c) der Nutzung des Anderen als *sicheren Hafen* und schützende Zuflucht in Zeiten von Belastung und
- d) der Nutzung des Anderen als *sichere Basis* für die Exploration.

In den letzten Jahren hat sich die Evidenz dafür gehäuft, dass die frühen Erfahrungen mit Bindungen tatsächlich in gewissem Maße prädiktiv für erwachsene Beziehungen sind (s. auch dazu Grossmann u. Grossmann 2004). Generell ist die Bindungstheorie heute im Gegensatz zu manch anderer klinischer Entwicklungs-

Abb. 1 ► **Die Bindungs-Explorations-Balance: Das Bindungsverhaltenssystem ist bei Unbehagen, Stress und Leid, das Explorationsverhaltenssystem bei Wohlbefinden aktiviert**

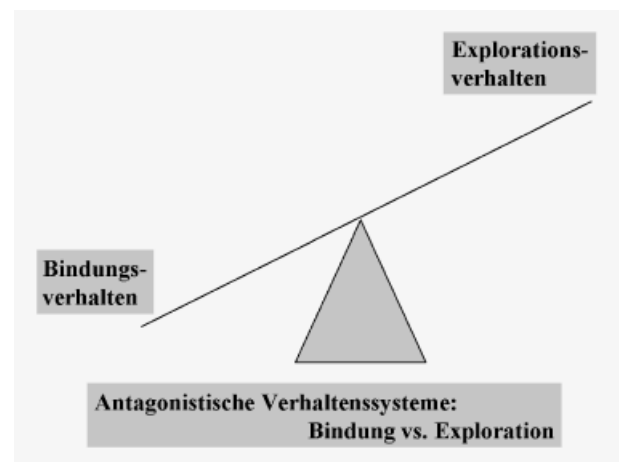


Tabelle 1

**Charakteristika des Bindungsverhaltens von Kindern (in der fremden Situation) und entsprechender Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen. (Erfasst mit dem „Adult Attachment Interview“, AAI). [In Anlehnung an Strauß u. Schmidt 1997; Buchheim et al. 1998; Grossmann u. Grossmann 2003]**

Das Bindungsmuster kennzeichnendes kindliches Verhalten	Bindungsrepräsentationen Erwachsener
<b>Sicher</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene Kommunikation positiver und negativer Gefühle</li> <li>• Gestresst durch Trennung</li> <li>• Aktives Drängen nach Nähe und Kontakt</li> <li>• Bindungsperson ist sichere Basis</li> <li>• Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten</li> <li>• Suche nach Nähe</li> <li>• Vertrauen in die Unterstützung durch die Bindungsperson</li> </ul>	<b>Sicher-autonom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene, kohärente und konsistente Erzählung/Erinnerung</li> <li>• Leichter Zugang zu Erinnerungen</li> <li>• Fähigkeit zur Reflexion (Mentalisierung)</li> <li>• Integration guter und schlechter Erfahrungen/Gefühle</li> <li>• Eher positive Sicht des Selbst und Anderer</li> <li>• Vertrauen zu Bezugspersonen/Achtung von Bindungen (auch für die eigene Entwicklung)</li> <li>• Fähigkeit, Hilfe anzunehmen und zu geben</li> </ul>
<b>Vermeidend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgeht schmerzvolle Zurückweisung durch Vermeidung</li> <li>• Keine offenen Anzeichen von Distress</li> <li>• Ignoriert Bindungsperson bei Annäherung</li> <li>• Überaktivierung des Explorationsverhaltens auf Kosten des Bindungsverhaltens</li> <li>• Angst vor Zurückweisung</li> <li>• Ablenkung</li> </ul>	<b>Unsicher-vermeidend (abweisend)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurze, inkohärente und unvollständige Erzählung/Erinnerung</li> <li>• Geringe Antwortbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit</li> <li>• Idealisierung der Kindheit</li> <li>• Affektarmut, Überregulation des Affekts</li> <li>• Geringe Mentalisierungsfähigkeit</li> <li>• Negative Sicht Anderer/Abwertung von Bindungen und Betonung von Unabhängigkeit</li> <li>• Abwertung von Hilfe</li> </ul>
<b>Ambivalent</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgeprägte Belastung und Affekte (Angst, Wut)</li> <li>• Misstrauisch</li> <li>• Keine Toleranz für Trennung</li> <li>• Schwer zu beruhigen</li> <li>• Verzweiflung im Umgang mit Belastung</li> <li>• Suche nach Kontakt und Nähe bei gleichzeitiger Abwendung von der Bindungsfigur</li> <li>• Überaktivierung des Bindungsverhaltenssystems zuungunsten der Exploration</li> <li>• Angst vor Verlust</li> </ul>	<b>Unsicher-verwickelt (verstrickt)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkohärente und inkonsistente Darstellung von Beziehungserfahrungen (ungeordnet, strukturlos, irrelevant, vage, weitschweifig etc.)</li> <li>• Aktuelle Verstrickung mit Bindungsperson und Überflutung von Erinnerungen</li> <li>• Affektreiche Darstellung vor allem mit Ärger, Ängstlichkeit (Unterregulation des Affekts)</li> <li>• Eingeschränkte Mentalisierung</li> <li>• Abhängigkeit von Anderen, Mangel an Identität, Überbewertung von Bindungen</li> </ul>
<b>Desorganisiert</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine durchgängige Strategie</li> <li>• Unvereinbare Verhaltensweisen und Widersprüche (Erstarren, Absenzen, Stereotypen)</li> <li>• Keine Verarbeitungsstrategie bei Trennung</li> <li>• Gelegentlich Angst vor der Bindungsperson</li> </ul>	<b>Unverarbeitetes Trauma/Verlust</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzählungen von nichtverarbeiteten traumatischen Erlebnissen auf verwirrende/desorganisierte Weise</li> <li>• Fehler in Beschreibungen</li> <li>• Brüche im Affekt</li> <li>• Sprachliche Abweichungen vom Gesamteindruck als Indikatoren für dissoziierte Gedächtnisinhalte</li> </ul>

theorie dadurch ausgezeichnet, dass viele ihrer Annahmen inzwischen empirisch gut abgesichert sind.

Die Arbeitsgruppe von Mary Ainsworth (vgl. z. B. Ainsworth et al. 1978) hat wesentlich dazu beigetragen, das Bindungsverhalten von Kindern in Abhängigkeit vom Verhalten der Bindungsperson zu beschreiben und damit Bowlbys Theorie zu untermauern: Bindungsfiguren, die positiv, sensitiv und vorhersagbar auf das Kind reagieren, wenn das Kind belastet ist, bieten diesem eine sichere Umgebung, die es ihm ermöglicht, die Wirksamkeit des Ausdrucks seiner Gefühle zu validieren und ein Gefühl der Kontrolle über die Umwelt zu entwickeln. Kinder, die derartige Entwicklungsbedingungen aufweisen, entwickeln ein *sicheres* und ausgewogenes *Bindungsmuster*, das in der von Ainsworth u. a. entwickelten „fremden Situation“ durch ein zwischen Bindung und Exploration ausgewogenes Verhalten charakterisiert ist (■ **Tabelle 1**):

„The balancing of the need for physical closeness to and psychological confidence in an attachment figure, with exploration is often called secure-base behaviour. Through such behaviour a sense of mastery and competency is achieved, new and extensive social relationships are developed, and a comfortable and productive sense of personal autonomy and balance in relationships is achieved“ (Hardy et al. 2004, S. 496).

Reagiert die Bindungsfigur zwar vorhersagbar, aber abweisend und unsensibel für Belastungen und Ängste des Kindes, wird sich beim Kind zwar ein kausales Verständnis seiner Welt herstellen, es wird aber keine Vorstellung von der Bedeutung eigener Gefühle entwickeln (vgl. Hardy et al. 2004). Entsprechende Kinder werden vor allem den Ausdruck negativer Affekte verlernen bzw. – im späteren Leben – negative Gefühle mit falschen positiven Gefühlen überdecken. Personen mit dieser Erfahrung tendieren dazu, ihre Gefühle zu verbergen oder sie gar nicht mehr wahrzunehmen, stattdessen Situationen ausschließlich kognitiv zu bewerten. Das entsprechende Bindungsmuster wird seit Ainsworth's Untersuchungen als *vermeidend* oder *abweisend* bezeichnet.

Reagieren Bindungsfiguren im Hinblick auf die Belastungen ihres Kindes

überwiegend inkonsistent, verwickelt und unachtsam, kann dieses keine Kontingenz bezüglich eigener affektiver Signale erlernen und wird seine Bedürftigkeit übermäßig zum Ausdruck bringen. Im späteren Leben entwickeln sich dann häufig Probleme mit Intimität, Schwierigkeiten mit Trennungen, und die Personen erleben Furcht vor Zurückweisung aufgrund der Überzeugung, wenig Kontrolle über das eigene Leben und eigene Beziehungen zu haben. Das entsprechende Bindungsmuster wurde von Ainsworth als *ängstlich-ambivalent* bzw. – im Erwachsenenalter – als *verstrickt* bezeichnet.

Kennzeichen aller drei genannten Strategien ist, dass sie in sich konsistent sowie kohärent sind und dem Kind bzw. später dem Jugendlichen/Erwachsenen als bestmögliche Strategie dienen, das Bindungsbedürfnis zu befriedigen. Man spricht deshalb auch von organisierten Strategien. Ein relativ kleiner Anteil untersuchter Kinder zeigt in Experimenten, wie der fremden Situation, bizarre, unvereinbare Verhaltensweisen und Emotionen, für die als weitere Kategorie der Klassifikation von kindlichem Bindungsverhalten die desorganisierte Bindung eingeführt wurde (Grossmann u. Grossmann 2004).

■ **Tabelle 1** stellt die bei Kindern identifizierten bindungsrelevanten Verhaltensmuster den Charakteristika von Bindungsrepräsentanzen bei Erwachsenen gegenüber, die sich aus Untersuchungen erwachsener Personen überwiegend mit dem „Adult Attachment Interview“ (AAI; George et al. 1985) ergeben haben. Dieses Interview versucht, die kognitiv-emotionale Verarbeitung von Bindungserfahrungen bei Erwachsenen („states of mind with respect to attachment“) durch eine sorgfältige Analyse der Inhalte und der Struktur bindungsbezogener Erinnerungen abzubilden (Buchheim u. Strauß 2002).

Es soll hier darauf hingewiesen werden, dass die Erwachsenenbindungsforschung der letzten Jahre, insbesondere die Arbeiten der Arbeitsgruppe um Fonagy (z. B. Fonagy 1997) gezeigt hat, dass eine organisierte, sichere Bindung eine wesentliche Basis für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (selbstreflexive Funktionen, Metakognition) darstellt, also die Fähigkeit, sich in die Gedanken, Gefühle, Wünsche und Vorstellungen einer an-

Psychotherapeut 2006 · 51:5–14  
DOI 10.1007/s00278-005-0461-y  
© Springer Medizin Verlag 2005

B. Strauß

## Bindungsforschung und therapeutische Beziehung

### Zusammenfassung

Die von John Bowlby konzipierte Bindungstheorie postuliert ein primäres Bedürfnis nach Bindung und Nähe zu versorgenden Personen, das in der frühen Kindheit zur Ausbildung innerer Repräsentanzen/Arbeitsmodelle von Bindung und Bindungserfahrungen führt, in die sowohl Aspekte des Selbstkonzeptes als auch Konzepte über die Reaktionen relevanter Anderer integriert werden. Die entwicklungspsychologische Forschung hat in den vergangenen Jahrzehnten ein tragfähiges empirisches Fundament für die Bindungstheorie geliefert und mit dazu beigetragen, dass die Theorie auch im klinischen Kontext zunehmend reflektiert wird. Die therapeutische Beziehung kann aus bindungstheoretischer Sicht zumindest unter bestimmten Umständen als eine spezifische Form einer Bindungsbeziehung erachtet werden. Ein derartiges Modell hat in jüngster Vergangenheit zu einer Vielzahl theoretischer Überlegungen über die Qualität der ther-

apeutischen Beziehung aus bindungstheoretischer Sicht geführt. Neben theoretischen Beiträgen zur Thematik gibt es mittlerweile auch eine immer größer werdende Zahl empirischer Untersuchungen, die sich mit der Relevanz bindungstheoretischer Konstrukte für den Therapieerfolg, den therapeutischen Prozess und die therapeutische Allianz beschäftigen. Eine Zusammenfassung dieser Studien zeigt, dass es für Psychotherapeuten lohnend sein kann, sich mit den Konzepten der Theorie näher zu beschäftigen, beispielsweise um Brüche und Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung besser zu verstehen und ggf. verhindern zu können.

### Schlüsselwörter

Bindung · Bindungsrepräsentation · Bindungsbeziehung · Therapeutische Beziehung · Empirische Studien · Sichere Basis

## Research on attachment and therapeutic relationship

### Abstract

Attachment theory, conceptualized by John Bowlby, postulates the primary need for comfort and closeness related to a nurturing person, contributing to the formation of internal representations/working models of attachment and attachment experiences during early childhood. Aspects of the self concept as well as concepts about the responses of relevant others are integrated within these representations. During the recent years, developmental research has provided a strong empirical basis of the theory and contributed to the fact that the theory has become increasingly important within the clinical context. The therapeutic alliance can – at least under specific conditions – be understood as a specific form of an attachment relationship. Such a model of the

therapeutic alliance has initiated a variety of theoretical reflections about the quality of the therapeutic relationship from an attachment perspective. In addition, there is an increasing number of empirical studies focussing on the relevance of attachment constructs for treatment outcome, the therapeutic process and the therapeutic alliance. A summary of these studies reveals that it can be fruitful for psychotherapists to have a closer look at Bowlby's theory as an aid to understand and avoid ruptures and problems within the therapeutic alliance.

### Keywords

Attachment · Attachment representation · Attachment relationship · Therapeutic alliance · Empirical studies · Secure base

deren Person reflexiv einzufühlen. Die Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Mentalisierungsfähigkeit einer Bindungsfigur und der Bindungssicherheit eines Kindes gibt: Eltern, denen auf der Basis des Erwachsenenbindungsinterviews (AAI, s. unten) eine hohe Mentalisierungsfähigkeit bescheinigt wurde, hatten im Vergleich zu wenig selbst-reflexiven Eltern eine drei- bis vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, sicher gebundene Kinder zu haben. Das Konzept spielt heute sowohl in bindungstheoretischen Überlegungen zur Entstehung von dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen eine große Rolle als auch im Zusammenhang mit Überlegungen zu den Zielstellungen psychotherapeutischer Behandlung („enhancement of meta-cognition and the bringing about of integration of unmentalized internal working models [as]... a generic aspect of therapy“; Fonagy 1997, S. 181).

Die Erwachsenenbindungsforschung hat maßgeblich dazu beigetragen, die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle von Bindung („affektiv-motivational-kognitive Schemata“; Berman u. Sperling 1994) als Resultat früher Bindungserfahrungen, ebenso wie die hohe Übereinstimmung zwischen der Qualität dieser Modelle oder Repräsentationen bei erwachsenen Bindungsfiguren und dem Bindungsverhalten von Kleinkindern zu bestätigen (■ **Tabelle 1**; ausführliche Übersichten bei Cassidy u. Shaver 1999; Strauß et al. 2002; Grossmann u. Grossmann 2004).

Eine Reihe von Konzepten der Bindungstheorie ist für die Psychotherapie höchst relevant: Dies postulierte Bowlby auch von Beginn an (vgl. Bowlby 1988), obgleich Kliniker und klinische Forscher sich lange Zeit recht abstinenter gegenüber der Theorie gezeigt haben. In den vergangenen 15 Jahren hat sich aber eine äußerst lebendige und ertragreiche klinische Bindungsforschung etabliert (Cassidy u. Shaver 1999; Strauß et al. 2002), die eine Vielzahl methodischer Ansätze und Fragestellungen integriert. Beispielsweise hat sich die klinische Bindungsforschung mit der Bedeutung von Bindungsaspekten für die Diagnostik und die Therapie spezifischer Störungsbilder befasst (z. B. Borderlinepersönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen; z. B. Agrawal et al. 2004;

Liotti 2006), mit der Bedeutung von Bindungserfahrungen als Risiko- bzw. Schutzfaktor für die Entwicklung von Psychopathologie (Grossmann u. Grossmann 2003) und mit dem Bezug der Theorie zu anderen klinischen, insbesondere der psychoanalytischen Theorie (z. B. Cortina u. Marone 2004).

Mittlerweile liegt eine größere Zahl von Studien vor, in denen die allgemeine Bedeutung von Bindungsmerkmalen für den Behandlungserfolg nach Psychotherapien überprüft wurde (z. B. Fonagy et al. 1996; Mosheim et al. 2000; Sachse u. Strauß 2002; Strauß et al. 2006). Dieser Frage liegt zumindest implizit die Annahme zugrunde, dass Bindungsmerkmale von Patienten, beispielsweise über Unterschiede bezüglich der Erwartungen an eine Therapie oder die Person des Therapeuten, sich auf den interpersonalen Prozess einer Psychotherapie in unterschiedlicher Art und Weise auswirken sowie auch die Entwicklung und die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflussen.

Die bislang vorliegenden Befunde zu dieser Thematik werden nachfolgend komprimiert zusammengefasst. Es wird dabei deutlich werden, dass die Befunde aus sehr unterschiedlichen Forschergruppen stammen, die wiederum sehr verschiedene Ansätze zur Erfassung von bindungsrelevanten Merkmalen verwenden. Auf die in diesem Kontext wichtige Methodendiskussion kann hier nicht näher eingegangen werden (s. dazu Höger 2002; Buchheim u. Strauß 2002 sowie das Themenheft der Zeitschrift *Attachment and Human Development*, Vol. 4(2), 2002).

## Therapeutische Beziehung und Bindungsbeziehung

Gemessen an den oben genannten Kriterien für eine Bindungsbeziehung kann man annehmen, dass die therapeutische Beziehung häufig eine Bindungsbeziehung ist: „The client finds in the therapist someone who seems *stronger and wiser* than him- or herself. Thus, the client may interact with the clinician in ways that reflect expectations from other relationships“ (Dozier u. Bates 2004, S. 167, Hervorhebung vom Autor).

Borelli u. David (2004) kommen zu einer ähnlichen Einschätzung: „Psychothe-

rapy is a process through which clients divulge the most personal and vulnerable details of their life histories to an individual who is hopefully sensitive, nurturant, and caring. This interchange can be thought to parallel aspects of early interactions with an attachment figure. Ideally, the effective therapist's role is to provide the two functions of an attachment figure as conceptualized by Bowlby: that of a secure base and a safe haven“ (S. 272).

Farber et al. (1995) relativieren die Analogie der therapeutischen mit der Eltern-Kind-Beziehung vor allem dahingehend, dass die therapeutische Beziehung doch durch spezifische zeitliche, finanzielle, strukturelle und ethische Grenzen modifiziert würde. Dennoch, so Farber et al. (1995; s. auch Strauß 2000; D'Elia 2001), sei speziell die Bereitstellung einer sicheren Basis für die Exploration ein wesentliches, bindungsrelevantes Charakteristikum der therapeutischen Beziehung. Mehrere Autoren vertreten die Auffassung, dass Patienten beispielsweise (aber keineswegs nur) zu Beginn einer Therapie (einer „fremden Situation“) auf Verhaltensweisen zurückgreifen, die vom inneren Arbeitsmodell der Bindung bzw. den entsprechenden „states of mind“ abgeleitet sind, um mit unangenehmen Gefühlen fertig zu werden.

Mallinckrodt (2000), einer der aktivsten Forscher auf dem Gebiet der Anwendung der Bindungstheorie im Kontext der therapeutischen Beziehung, entwickelte das Modell „sozialer Kompetenzen im interpersonalen Prozess“ (SCIP). Das Modell nimmt an, dass soziale Kompetenzen Fertigkeiten umfassen, die nötig sind, um zufrieden stellende und supportive Beziehungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, sowie persönlichkeitsimmanente Eigenschaften, die diese „skills“ steuern. Nach Mallinckrodt kann die Bindungstheorie auf der Basis früher Interaktionserfahrungen mit Bindungspersonen die Entwicklung sozialer Kompetenzen gut erklären. Diese wiederum wirken sich auf die soziale Unterstützung und die Qualität interpersonaler Beziehungen, den Umgang mit Belastungen, aber auch auf die psychotherapeutische Beziehung aus. Diese – so Mallinckrodt (2000) – trage dann Züge einer Bindungsbeziehung, wenn ein Klient dazu kommt, sich tatsächlich „auf den in-



terpersonalen Prozess einzulassen“. Allerdings gäbe es wichtige Unterschiede zwischen der therapeutischen und der Eltern-Kind-Bindungsbeziehung:

„In adults, working models of attachment consist of four elements (a) autobiographical memories of social interactions, (b) expectations about self and others in interpersonal situations, (c) relationship goals that guide one's response in social situations, and (d) strategies for attaining these goals and regulating distress produced by lack of goal attainment. Thus, if psychotherapy is a form of attachment, the relationship will be influenced by both the client's and the therapist's (a) memories of the past attachments, (b) expectations about how self and others will behave in the therapy relationship, (C) strategies for attaining goals in the therapeutic relationship, and (d) strategies for regulating distress when the goals are frustrated“ (S. 251).

Die empirische Forschung zum Thema ist in erster Linie auch von der Frage bestimmt, wie sich internalisierte Schemata von Beziehungen im therapeutischen Kontext bemerkbar machen (angefangen von der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe über spezifische Beziehungsangebote und deren Bedeutung im Therapieprozess bis hin zu der Frage, ob und in welchem Maße auch die internalisierten Bindungserfahrungen auf Therapeutenseite für die therapeutische Allianz bedeutsam sind). Einige Autoren (z. B. Weinberger et al. 1995) gehen soweit, einen Teil der „allgemeinen Wirkfaktoren“ von Psychotherapie, die augenscheinlich für die Behandlungsergebnisse von größter Bedeutung sind (vgl. Lambert u. Ogles 2004), bindungstheoretisch zu erklären, etwa in dem Sinne, dass die Förderung des „sicheren Basisverhaltens“ (s. oben) in Therapien unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung implizit oder explizit gefördert würde.

Angesichts der noch kurzen Tradition der klinischen Bindungsforschung liegt es nahe, dass der Stand der empirischen Forschung noch etwas unzureichend ist. Dennoch zeigen sich, bezogen auf eine bindungstheoretische Konzeption der therapeutischen Beziehung, einige interessante Ergebnisse, die nachfolgend zusammengefasst werden.

## Empirische Befunde

### Beziehungsangebote, Beziehungserwartungen, Übertragung und Gegenübertragung

Im Hinblick auf die Bereitschaft, überhaupt therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, werden in Abhängigkeit vom vorherrschenden Bindungsstil Unterschiede vermutet, die z. T. auch schon empirisch gestützt sind. Dozier u. Bates (2004) fassen diese Befunde zusammen und kommen zu dem Schluss, dass abweisend gebundene Menschen seltener Hilfe suchen und dazu neigen, ihre Probleme herunterzuspielen (vgl. Dozier u. Lee 1995). Dies wird u. a. auch deshalb als Resultat von Abwehr gewertet, da Studien bei Kleinkindern (z. B. Spangler u. Schieche 1998), aber auch bei Erwachsenen gezeigt haben, dass vermeidende Personen trotz einer nach außen gerichteten Bagatellisierung von Bindungsthemen autonom sehr aktiviert sind (Dozier u. Kobak 1992 zeichnen die Hautleitfähigkeit von Studenten im Verlauf des AAI auf. Bei abweisenden Probanden zeigte sich eine ausgeprägtere Aktivierung bei Fragen nach Kindheitsbelastungen, die nicht mit verbalen Äußerungen konkordant war: „physiology belied their self-representation“).

Auch wenn Vermeidende therapeutische Kontakte suchen, geben sie sich nach Slade (1999) eher „cool“, zurückhaltend, „pflegeleicht-freundlich“, sie weisen Hilfe zurück und lenken die Aufmerksamkeit geschickt von emotionalen Themen ab, sie erkennen ihre Schwierigkeiten weniger an und sind auch weniger bereit, an interpersonalen Problemen zu arbeiten.

Im Gegensatz zu abweisend/vermeidenden sind verstrickt gebundene Personen eher bereit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sie erscheinen eher fordernd. Nach Dozier u. Bates (2004) erkennen diese Personen ihre Probleme durchaus an, neigen aber eher dazu, ihre Situation zu übertreiben. Im Kontakt erweisen sie sich eher als bedürftig und fordernd, sie fordern ihr Gegenüber heraus, testen die Grenzen, provozieren dadurch u. U. Feindseligkeit und halten es schlecht aus, allein zu sein oder verlassen zu werden (Slade 1999). Autonome Erwachsene werden dagegen als deutlich kooperativer und engagierter im Zu-

sammenhang mit therapeutischen Hilfsangeboten beschrieben.

Über das Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit unterschiedlicher Bindung liegen bislang noch wenig empirische Studien vor. Korfmacher et al. untersuchten (1997) schwangere Frauen, die die Möglichkeit erhielten, einen „home visitation service“ zu nutzen, mit dem AAI: Die autonomen Mütter forderten deutlich aktiver und häufiger Hilfe und waren sehr viel kooperativer, die abweisenden waren am wenigsten kooperationsbereit. (Verstrickte Personen waren in der Stichprobe kaum repräsentiert.) Bennett (2004) berichtet, dass unsicher gebundene Patienten mit einer Telefontherapie zur Überbrückung von Therapiepausen deutlich schlechter zurechtkamen als autonome Personen.

Es wird in der klinischen Bindungsforschung davon ausgegangen, dass die bindungsbezogenen „states of mind“ sowohl die Erwartungen der Patienten an ihre Therapeuten (im Sinne von Übertragungsbereitschaften) als auch die Reaktionen der Therapeuten (im Sinne von Gegenübertragung) auf unterschiedlich gebundene Personen beeinflussen. In der Tat ist beispielsweise mehrfach ein Zusammenhang von Bindungsrepräsentationen bzw. -stilen und zentralen Beziehungskonfliktthemen nachgewiesen (z. B. Albani et al. 2001, 2002; Waldinger et al. 2003), die in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung als Indikator für Übertragungsbereitschaft gewertet werden. So finden sich etwa Autonomiewünsche unter unsicher gebundenen Personen häufiger (Waldinger et al. 2003).

Es verwundert deshalb nicht, dass im Kontext der Bindungstheorie auch einige Studien zur Thematik der *Übertragung/Gegenübertragung* durchgeführt wurden, die auf klinischen Beobachtungen fußen, nach denen Menschen mit unterschiedlicher Bindungsrepräsentation ganz unterschiedliche Reaktionen in ihrem Gegenüber auslösen: Dozier u. Bates (2004) beschreiben, dass sich Interviewer bei der Durchführung eines AAI mit einer abweisenden Person häufig unbehaglich fühlten, insbesondere wenn potenziell emotionale Themen zur Sprache kämen, da die interviewte Person vermittelte: „Diesen Bereich bitte nicht betreten!“. Personen mit verstricktem Bindungsstatus vermieden

keineswegs die Diskussion ihrer Probleme und würden vor allem deshalb als eher beanspruchend erlebt, da sie ihr Gegenüber oft vergessen und gleichzeitig wenig einsichtsvoll über sich sprechen würden. Dagegen seien Interviews mit autonomen Personen „oftmals ein Vergnügen“.

In einer Untersuchung von Martin et al. (2006) wurden 121 Studierenden und 52 angehenden Psychotherapeuten per Tonband drei prototypische Episoden aus Erwachsenenbindungsinterviews mit Angstpatientinnen in standardisierter Form präsentiert. Die Probanden sollten nach jedem Interviewausschnitt, der entweder typisch für eine autonome, eine abweisende oder eine verstrickte Bindungsrepräsentation war, ihre eigenen interpersonalen Impulse, ihre Befindlichkeit und ihre Gegenübertragungsgefühle standardisiert mithilfe des „Impact Message Inventory“, der Befindlichkeitsskala sowie einem eigens konstruierten „Gegenübertragungsfragebogen“ beurteilen. Darüber hinaus schätzten die Probanden ihre eigenen Bindungsstrategien in einem Beziehungsfragebogen ein (die für die Bewertungen allerdings nicht bedeutsam waren). Die Studie bestätigte die Hypothese, dass die Narrative unterschiedlich gebundener Patienten auch spezifische Wirkungen in den Versuchspersonen hervorrufen, die sich sowohl im Hinblick auf interpersonale Reaktionen als auch im Hinblick auf die Befindlichkeit darstellen lassen. Interessanterweise unterschieden sich die Studierenden in den Reaktionen nicht wesentlich von den Therapeuten. Die Person mit abweisender Bindung provozierte mit Abstand die feindseligsten Reaktionen, eher schlechte Befindlichkeit und negative Gegenübertragungsimpulse. Die sichere Person wurde am positivsten wahrgenommen. Die Therapeuten wurden zusätzlich zu hypothetischen Behandlungsentscheidungen bzw. -indikationen befragt. Die verwickelte Patientin wurde am ehesten für eine Psychotherapie indiziert und bevorzugt, während die abweisende Person am häufigsten aufgrund fehlender Indikation abgelehnt wurde.

Woodhouse et al. (2003) zeigten, dass eher sicher gebundene, etwas weniger auch verstrickte Personen (klassifiziert mit Hilfe der „Client Attachment to Therapist Scale“, CATS, von Mallinckrodt et al. 1995; s. unten) häufiger negative Übertra-

gungen entwickelten. Dies interpretieren die Autoren damit, dass Bindungssicherheit am ehesten die Basis für die Exploration negativer Gefühle böte, ohne Angst im Hinblick auf potenziell negative Reaktionen eines Therapeuten. Bei abweisend Gebundenen wurden in der Studie insgesamt weniger Übertragungsreaktionen (positiv wie negativ) konstatiert. Eine weitere Studie von Ligiero u. Gelso (2002) befasste sich mit den Zusammenhängen zwischen Bindungsmerkmalen, Gegenübertragungsverhalten (fremdbeurteilt durch Supervisoren) und der therapeutischen Allianz. Hier zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen Bindung und Gegenübertragung, wohl aber war eine negative Gegenübertragung mit Beeinträchtigungen der therapeutischen Allianz assoziiert. Positive Gegenübertragungsreaktionen wiederum waren verknüpft mit wenig ausgeprägten „Bindungen“ im Kontext der Arbeitsbeziehungen (die mithilfe des auf Bordin 1976 basierenden „Working Alliance Inventory“ von Horvath u. Greenberg 1986 erfasst wurde).

Ein mit potenziellen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen eng verbundenes Konstrukt, das in den letzten Jahren vielfach untersucht wurde, ist das der Bindungserwartungen von Patienten gegenüber ihrem Therapeuten bzw. die durch Bindungsrepräsentationen beeinflusste Wahrnehmung des Therapeuten durch den Patienten/Klienten. Mallinckrodt et al. (1995) entwickelten die bereits erwähnte CATS, ein 36 Items umfassendes Inventar, das die Wahrnehmung des Therapeuten durch die Klienten aus einer Bindungsperspektive erfasst. Auf der Basis der CATS lassen sich diese Wahrnehmungen in die drei Hauptgruppen „sicher“, „vermeidend/ängstlich“, „verwickelt“ kategorisieren. Mit der CATS konnten die Autoren zeigen, dass sichere Klienten eine engere Bindung an den Therapeuten entwickeln, fokussierter arbeiten und häufiger ähnliche Ziele formulieren wie ihre Therapeuten. Vermeidende Klienten entwickelten weniger Vertrauen, waren weniger kooperativ und übereinstimmend im Hinblick auf die Therapiezielformulierungen. Die verstrickte Gruppe schließlich war durch sehr starke Bindungen an den Therapeuten und Wünsche nach intensiveren und häufigeren Kontakten zu

ihrem Therapeuten charakterisiert. Auf der Basis des Instruments wurden seither weitere Studien durchgeführt (s. auch die bereits erwähnte Arbeit von Woodhouse et al. 2003): Mallinckrodt et al. (1998) beispielsweise zeigten Zusammenhänge zwischen Trennungsangst in der Familie, Rollenumkehr und Konflikten in der Elternrolle mit Alexithymie und einer beeinträchtigten Bindung an den Therapeuten. Die Alexithymie erwies sich als Mediator zwischen familiärer Dysfunktion und Bindung.

In der Arbeit von Mallinckrodt et al. (2005) wird berichtet, dass sichere Bindungserwartungen an den Therapeuten wiederum mit einer intensiveren, auf Exploration gerichteten psychotherapeutischen Arbeit, einer positiveren Arbeitsbeziehung und differenzierteren Objektbeziehungen verknüpft war. Die CATS erklärte in dieser Studie und in einer Reanalyse älterer Daten der Arbeitsgruppe beträchtliche Aspekte der Varianz bezüglich der Einschätzungen von Therapiestunden auf, die das „Working Alliance Inventory“ als das am meisten verbreitete Maß zur Erfassung der therapeutischen Beziehung *nicht* erklären konnte. Auch wenn also einzelne Aspekte der Arbeitsbeziehung mit Bindungssicherheit korrelierten, scheinen die Konstrukte keineswegs identisch.

Die CATS ist ein zentrales Instrument im Kontext des von Mallinckrodt (2000) beschriebenen SCIP-Modells (s. oben). Mallinckrodt et al. (1995) konnten zeigen, dass Selbsteffizienz und Bindungssicherheit – in dem Modell Konstituenten sozialer Kompetenz – ebenso wie das erinnerte elterliche Verhalten die Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflussen.

Ein mit der CATS vergleichbares Instrument im deutschsprachigen Raum ist der *Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung* (BFKE, Höger 1999). Dieses Instrument basiert auf der Annahme, dass sich Patienten vor und zu Beginn einer Psychotherapie in einem Zustand von Kummer und Not befinden. Somit ist ihr Bindungssystem aktiviert, womit Erwartungen an den Therapeuten und Vorstellungen bezüglich ihrem eigenen Beziehungsangebot von ihrem inneren Arbeitsmodell von Bindung bestimmt werden (Höger 2002). Der BFKE (ebenso wie das auf Partner-

schaften bezogene Äquivalent, der BFPE; Höger u. Buschkämper 2002) umfasst drei Dimensionen bzw. Skalen, nämlich Akzeptanzprobleme (Selbstzweifel, Misstrauen, erwartete Ablehnung), Öffnungsbereitschaft (Fähigkeit, über sich und eigene Bedürfnisse/Gefühle zu sprechen) sowie Zuwendungsbedürfnis (bewusste Wahrnehmung des Wunsches nach Präsenz/Zuwendung des Therapeuten).

Mehrere Studien haben mittlerweile gezeigt, dass auf der Basis der Skalenwerte mithilfe von Cluster- und Diskriminanzanalysen stabil fünf verschiedene Gruppen zu identifizieren sind, nämlich:

- sichere Personen,
- vermeidend-anklammernde Personen,
- bedingt-sichere Personen als Varianten vermeidender (desaktiverter) Bindungsmuster sowie
- ambivalent-anklammernde Personen und
- ambivalent-verschlossene Personen.

Der BFKE wurde (noch) nicht umfassend im Kontext von Studien zur therapeutischen Beziehung angewandt (obwohl dies natürlich nahe läge), wohl aber mit dem Therapieerfolg in Verbindung gebracht. Strauß et al. (2006) konnten in einer Stichprobe von mehreren Hundert stationären Patienten zeigen, dass Patienten, die sich als „bedingt sicher“ beschreiben, besonders von der Behandlung profitierten, während die ambivalenten Patienten das ungünstigste Ergebnis aufwiesen.

### **Bindungsmerkmale, therapeutische Allianz und deren Beeinträchtigung**

Über die genannten Berichte hinaus, die sich speziell mit Aspekten der bindungsbedingten Erwartungen an eine Therapie bzw. den Therapeuten und daraus resultierende Beziehungsangebote, Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen befassen, gibt es bereits eine weitere Zahl von Studien, die sich mit dem Einfluss von Bindungsmerkmalen auf die Qualität bzw. Beeinträchtigungen der therapeutischen Beziehung befassen. Diese Studien lassen sich sehr kondensiert, wie folgt, zusammenfassen:

Sichere Bindung (und positive erinnerte Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen) scheint am ehesten auch mit einer positiven therapeutischen Beziehung zusammenzuhängen (meist erfasst mit dem WAI; Eames u. Roth 2000, Mallinckrodt et al. 2005). Hierbei bestehen insbesondere – erwartungskonform – Zusammenhänge von Bindungssicherheit, teilweise auch ängstlicher Bindung mit dem Bindungsaspekt der therapeutischen Beziehung (im Sinne von „bonds“; Satterfield u. Lyddon 1995, 1998). Ängstliche Bindung sagt insgesamt eher eine weniger positive Bewertung der (gesamten) therapeutischen Beziehung vorher (Eames u. Roth 2000; Satterfield u. Lyddon 1995). Nicht in allen Studien hat sich ein direkter Zusammenhang von unsicherer Bindung und einer spezifischen Qualität der therapeutischen Beziehung gezeigt, wenngleich aber ängstlich vermeidende Bindung negativere Behandlungsergebnisse voraussagte (z. B. Reis u. Grenyer 2004) bzw. Muster der therapeutischen Allianz in Abhängigkeit von der Bindungsorganisation von Patienten unterschiedlich variieren (Kanninen et al. 2000). In einer Studie (Kivlighan et al. 1998) erwies sich der Bindungsstatus als Moderatorvariable für den Zusammenhang der Erfahrung des Therapeuten und der wahrgenommenen Qualität der Arbeitsbeziehung: Bei bindungsunsicheren Patienten war die Erfahrung des Therapeuten von Einfluss auf die Bewertung der therapeutischen Allianz, nicht so bei bindungssicheren Personen.

Auch im Hinblick auf die Bewertung von Gruppen bzw. die Erfahrung von therapeutischen Faktoren in der Gruppe erwiesen sich Bindungsmerkmale als relevant: Mallinckrodt u. Chen (2004) zeigten, dass die Wahrnehmung anderer in der Gruppe durch den Bindungsstatus insbesondere bei vermeidenden Personen differiert: Sie schätzen andere weniger freundlich, aber auch weniger dominant ein. In der Untersuchung von Sachse u. Strauß (2002) bewerteten vermeidend gebundene Patienten interpersonale Gruppenerfahrungen (Altruismus, Kohäsion, interpersonales Lernen) deutlich weniger hilfreich als eher „kognitive“ Erfahrungen (Klarifikation, Einsicht).

Ein Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung, so Dozier u. Bates (2004), sei

die direkte oder indirekte Modifikation des „state of mind“ eines Patienten. Der Weg (Prozess), der dorthin führt, würde unterschiedlich empfunden, so sei die Behandlung autonomer Personen oftmals „belohnend“, während die Behandlung abweisender Patienten ein „dauernder Kampf um die Beziehung sei“. Wie Psychotherapeuten damit umgehen, wissen wir bislang allenfalls aus Fallbeschreibungen. Eine der wenigen Studien, die sich mit großem Aufwand auf die Analyse von Interventionen im Zusammenhang mit bindungsrelevanten Äußerungen befasste, ist die von Hardy et al. (1999). Dieser Studie zufolge werden offensichtlich die Reaktionen der Therapeuten durch den Bindungsstil der Patienten mediert: Auf Klienten mit verstrickter Bindung reagierten die Therapeuten vorwiegend mit Interventionen, die zur Reflexion anregen sollten, auf abweisend gebundene reagierten sie eher mit Interpretationen.

Es mag also sein, dass Therapeuten sich intuitiv auf das durch Bindungserfahrungen beeinflusste Beziehungsangebot von Patienten einstellen, und dass auch vor diesem Hintergrund erklärbar ist, dass die Zusammenhänge zwischen Bindungsstil und therapeutischer Beziehung ebenso wenig eindeutig sind, wie die Befunde zur prädiktiven Qualität von Bindungsstilen für den Behandlungserfolg. Die meisten Studien hierzu zeigen immerhin, dass das Ausmaß an Bindungssicherheit den Behandlungserfolg am besten vorhersagt (z. B. Strauß et al. 1999; Meyer u. Pilkonis 2002; Meyer et al. 2003; Mosheim et al. 2000; Strauß et al. 2006). Dies ist auch vor dem Hintergrund der Annahme von Bindungsforschern (z. B. Main 1990) zu verstehen, dass eine autonome Bindung als die primäre Strategie verstanden werden kann, die auch im Falle einer unsicheren Bindung – als basale autonome Repräsentanz von Bindung – einen gewissen Einfluss hat (vgl. Dozier u. Bates 2004: „treatment can capitalize on this underlying need for connectedness and coherence“). Im Hinblick auf unsichere Bindungsmuster ist die Ergebnislage uneindeutig und wahrscheinlich von Patientenmerkmalen, aber auch vom Behandlungsansatz bzw. -setting abhängig (Horowitz et al. 1993; Fonagy et al. 1996; Sachse u. Strauß 2002).

Ein potenziell bedeutsamer Moderator für den Zusammenhang zwischen Bin-

ungsmerkmalen auf Patientenseite, der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsergebnis dürfte sicherlich die Bindungsgeschichte bzw. der Bindungsstil der Therapeuten sein, zu deren Qualität sich in der empirischen Forschung langsam auch erste Befunde finden lassen.

### Bindungsmerkmale von Therapeuten und ihre Bedeutung für die therapeutische Beziehung

Psychotherapeuten sind möglicherweise eine, was negative Bindungserfahrungen anbelangt, „vulnerable“ Gruppe: Fuschell u. Bonney (1990) haben gezeigt, dass Therapeuten im Vergleich zu Physikern sehr viel häufiger traumatisiert waren, und dass sie ähnlich problematische Vorgeschichten aufweisen wie beispielsweise Priester und Psychiatriepatienten. Leiper u. Casares (2000) führten eine schriftliche Befragung von klinischen Psychologen in Großbritannien durch: Von den antwortenden Personen beschrieben sich 70% in einem Fragebogen als sicher gebunden, unter den Unsicheren fanden sich vor allem „zwanghaft fürsorgliche“. Die Bindungsunsicheren beschrieben mehr Schwierigkeiten in ihrer Praxis, fühlten sich weniger unterstützt und durch ihre Arbeit mehr in ihrem Alltagsleben beeinträchtigt. In einer mit dem BFPE (s. oben) durchgeführten Befragung erfahrener deutschsprachiger Psychotherapeuten durch Nord et al. (2000) zeigte sich, dass lediglich 20% als sicher gebunden klassifiziert werden konnten. Die Mehrzahl war durch geringe Akzeptanzprobleme, durch Offenheit, aber *geringes Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung* charakterisierbar; dies interpretierten die Autoren als Variante eines deaktivierten, abweisenden Bindungsstils.

Ähnlich wie Dozier u. Bates (2004: „The clinician's own state of mind affects his/her interactions with the client“) haben in jüngster Zeit auch andere Autoren auf die Bedeutung der Bindungsmerkmale von Psychotherapeuten hingewiesen. Borrelli u. David (2004) betonten die Sensitivität für die Bedürfnisse der Patienten: „The therapist must resist the pull to respond in kind to the client if they are to help the client change expectations... and should not confirm the patient's world views!“.

Reagieren unsicher gebundene Therapeuten tatsächlich weniger empathisch, wie dies Rubino et al. (2000) beschrieben? Verzeichnen unsichere Therapeuten mehr Abbrüche, und werden sie von ihren Patienten negativer bewertet, wie Stuart et al. (1990) darstellen?

Es ist möglich, dass Bindungssicherheit, Sensitivität und die häufig damit verbundene Mentalisierung aufseiten des Therapeuten für die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung günstig ist, da die Therapeuten ihren Patienten in der Mentalisierungsfähigkeit „voraus sind“ (Diamond et al. 2003; Blatt u. Shahar 2004). Es aber auch möglich, dass spezifische Konfigurationen für den Prozess und das Ergebnis einer Psychotherapie günstiger sind; dafür sprechen jedenfalls einige der vorliegenden empirischen Befunde. Dozier et al. (1994) zeigten, dass autonome „case managers“ mit vermeidend gebundenen Klienten eher „psychologisch“ intervenierten, mit verstrickten Klienten dagegen eher „praktisch“. Wenig autonome „case managers“ verhielten sich genau umgekehrt und erfüllten somit eher die auf Bindungserfahrungen beruhenden Erwartungen. In einer späteren Studie zeigten sich weitere Hinweise auf eine (günstige) Komplementarität (Tyrell et al. 1999): „Clinicians who set aside attachment issues worked more effectively with clients who were caught up in attachment issues“ (für weitere Evidenz für diese Komplementarität s. Bernier u. Dozier [2002]).

In einer der jüngsten Studien zu dieser Frage untersuchten Sauer et al. (2003) die Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen auf Patienten- und Therapeutenseite und therapeutischer Allianz in einer Stichprobe von 20 Therapeuten und 28 Patienten. Die Zusammenhänge waren moderat: Ängstliche Bindung auf Therapeutenseite hatte einen positiven Einfluss auf die Bewertung der therapeutischen Beziehung lediglich in der ersten Sitzung, nicht aber in weiteren Sitzungen der untersuchten Kurzzeittherapien. Der Einfluss der Zeitdauer auf die Entwicklung einer positiven Arbeitsbeziehung war deutlich größer als der Einfluss von Bindungsmerkmalen.

Die meisten vorliegenden Studien zur Therapeutenbindung basieren auf Fragebogenmethoden, die möglicherweise zu

oberflächlich sind, um internalisierte Bindungsrepräsentationen zu erfassen. In einer noch laufenden Studie in Göttingen werden derzeit Therapeuten mit aufwändigeren Interviewverfahren untersucht, um beispielsweise die oben genannten Komplementaritätshypothese adäquater zu überprüfen (vgl. Schauenburg et al. 2004).

### Schlussfolgerungen

Seitdem die Bindungstheorie zunehmend wieder im klinischen Feld rezipiert wird und in die klinische Forschung Eingang gefunden hat, haben sich zahlreiche relevante Befunde ergeben, die die Nützlichkeit der Theorie und der daraus abgeleiteten Methoden unterstreichen. Ein vielfach replizierter Befund der klinischen Bindungsforschung ist, dass die große Mehrheit der Patienten in Psychotherapie unsichere Bindungsrepräsentationen aufweist (vgl. Schauenburg u. Strauß 2002). Wie in diesem Kapitel dargestellt, gibt es mittlerweile hinreichend viele Befunde, die zeigen, dass dieser Umstand für die Psychotherapie und die Gestaltung bzw. Entwicklung der therapeutischen Beziehung von Bedeutung ist, da Personen mit unterschiedlichen Formen von Bindungsunsicherheit sich in ihren Interaktionen unterscheiden und beispielsweise auch unterschiedliche Reaktionen in ihrem Gegenüber auslösen. So gesehen ist es sinnvoll, die Befunde der Bindungsforschung in Beziehung zu Beobachtungen im Kontext psychotherapeutischer Interaktion zu setzen, speziell der therapeutischen Beziehung, die – wie oben angemerkt – zumindest Züge einer Bindungsbeziehung trägt bzw. tragen kann (vgl. auch Hentschel 2005, 2005).

Es gibt mittlerweile eine reichhaltige Literatur zu diesem Aspekt, aus der auch Kliniker – beispielsweise bei der Lektüre von Falldarstellungen – Gewinne erzielen können; deswegen finden diese Konzepte auch zunehmend ihren Weg in die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten (z. B. Harris 2004). Autoren, wie Liotti (2002), weisen zu Recht darauf hin, dass die Annahmen der Bindungstheorie als sinnvolle Werkzeuge begriffen werden können, die dabei helfen, durch eine Analyse bindungsbezogener „interpersonaler Schemata“ die therapeutische Arbeitsbe-



ziehung zu analysieren und besser zu begreifen:

— „The clinician can quickly grasp how the patient construes the self, the therapist, and the therapeutic relationship... By taking an exploratory attitude toward the patient's reasons for finding the therapeutic relationship troublesome, the therapist can avoid arousing the patient's resistance and reactance... By reconstructing how the difficult relationship is related to the former experience of an insecure attachment, the therapist comes to know how to avoid the unwitting repetition of the behaviour of the patient's former attachment figures. In this way, the confirmation of the patient's negative expectations concerning the self-other relationship can more easily be avoided within the therapeutic relationship... The reconstruction of the patient's history of attachment may foster the revision of the patient's interpersonal schemata without attacking the related beliefs and expectations as mere irrationalities... An exploration of the patient's history of attachment, as soon as difficulties in the therapeutic relationship are perceived, helps assessing and revising the patient's interpersonal schemata while at the same time preserving equality and cooperation in the therapeutic relationship“ (Liotti 2002, S. 386–387).

Trotz der klinischen Relevanz der bisher vorliegenden Befunde gilt es, in der Zukunft noch wichtige wissenschaftliche Fragen im Kontext bindungstheoretischer Überlegungen zur therapeutischen Beziehung zu klären. Buchheim (2005) deutet an, dass die Thematik im Ansatz bereits um eine „neurowissenschaftliche Dimension erweitert“ worden sei. Erste Befunde (z. B. Bartels u. Zeki 2004) zeigen, dass Bindung neurobiologisch offenbar einen Belohnungsmechanismus in Gang setzt, über den soziale Distanz verhindert, kritisches Urteilsvermögen unterdrückt würde. Fonagy (zit. nach Buchheim 2005) folgert aus diesen Befunden, dass in der therapeutischen Beziehung zwei Systeme aktiviert würden: Zum einen das Bindungssystem, das zu einer Reduktion der sozialen

Distanz und des Kritikbedürfnisses gegenüber dem Gegenüber (der Person des Therapeuten) führt, zum anderen Systeme, die mit negativen Gefühlen, sozialem Urteilsvermögen und Mentalisierung verbunden sind. Durch die Aufhebung einer kritischen Distanz könnten dominierende interpersonelle Sichtweisen aufgegeben und durch neue ersetzt werden.

## Fazit für die Praxis

**Noch sind wir weit davon entfernt, die neurobiologische Basis der therapeutischen Beziehung im Detail zu verstehen; deswegen sind wir wohl nach wie vor auf die Beobachtung des interaktiven Geschehens in der Psychotherapie angewiesen. Dieses Geschehen ist höchst individuell. Höger (2006), der sich etwas kritisch dazu äußert, dass die (nomothetischen) Methoden der Psychotherapieforschung der (ethologisch/idiographischen) Bindungsforschung „übergestülpt“ worden seien, meint, dass für ein wirkliches Verständnis der therapeutischen Arbeitsbeziehung die „ethologische Methodik der ursprünglichen Bindungstheorie, das Beobachten (und Beschreiben), das Kategorisieren und die theoretische Interpretation zusammen mit dem ständigen Wechsel zwischen diesen drei Ebenen ein geradezu ideales Vorbild“ wäre. Wir sollten also weiter aufmerksam beobachten!**

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych. B. Strauss**

Institut für Medizinische Psychologie,  
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität,  
Stoysstraße 3, 07740 Jena  
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

**Interessenkonflikt:** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

## Literatur

Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BG, Lyons-Ruth K (2004) Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry* 12:94–104  
Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale, NY

Albani C, Blaser G, Pokorny D et al. (2001) Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapiepatientinnen. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 49:345–360  
Albani C, Blaser G, Körner A et al. (2002) Zum Zusammenhang von Bindungsprototypen und zentralen Beziehungsmustern. *Psychother Psych Med* 52:521–525  
Bartels A, Zeki S (2004) The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21:1155–1166  
Bennett S (2004) Viewing telephone therapy through the lens of attachment theory and infant research. *Clin Soc Work J* 32:239–250  
Berman WH, Sperling MB (1994) Attachment in adults. Guilford, New York  
Bernier A, Dozier M (2002) The client-counselor match and the corrective emotional experience. *Psychother Theory Res Pract Train* 39: 32–42  
Blatt SJ, Shakar G (2004) Psychoanalysis – With whom, for what, and how? *J Am Psychoanal Assoc* 52:393–447  
Bordin ES (1976) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 16:252–260  
Borelli JL, David DH (2004) Attachment theory and research as a guide to psychotherapy practice. *Imag Cogn Pers* 2:257–287  
Bowlby J (1975) Bindung. Kindler, München  
Bowlby J (1976) Trennung. Kindler, München  
Bowlby J (1983) Verlust. Kindler, München  
Bowlby J (1988) A secure base. Basic Books, London  
Buchheim A (2005) Unerreichbare Bindung – Ein Paradoxon? *Persönlichkeitsstörungen* 9:155–166  
Buchheim A, Strauss B (2002) Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauss B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S 27–53  
Buchheim A, Brisch K, Kächele H (1998) Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 48: 128–139  
Cassidy J, Shaver PR (eds) (1999) Handbook of attachment. Guilford, New York  
Cortina M, Marrone M (2004) Attachment theory and the psychoanalytic process. Whurr, London  
D'Elia G (2001) Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship? *Nord J Psychiatry* 55:329–336  
Diamond D, Stovall-McClough C, Clarkin JF, Levy KN (2003) Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin* 67:227–259  
Dozier M, Bates BC (2004) Attachment state of mind and the treatment relationship. In: Atkinson L, Goldberg S (eds) Attachment issues in psychopathology and intervention. Earbaum, Mahwah, NJ, S 167–180  
Dozier M, Kobak RR (1992) Psychophysiology in adolescent attachment interviews. *Child Dev* 63:1473–1480  
Dozier M, Lee S (1995) Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology. *Dev Psychopathol* 7:217–226  
Dozier M, Cue K, Barnett L (1994) Clinicians as caregivers. *J Consult Clin Psychol* 62:793–800  
Eames V, Roth AA (2000) Patient attachment orientation and the early working alliance. *Psychother Res* 10:421–434  
Farber BA, Lippert RA, Nevas DB (1995) The therapist as attachment figure. *Psychotherapy* 32:204–212  
Fonagy P (1997) Multiple voices vs. meta-cognition: an attachment theory perspective. *J Psychother Integr* 7:181–194

- Fonagy P, Leigh T, Steele M et al. (1996) The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64:22–31
- Fraley C (1988) Notes from the adult attachment discussion session at the 1998 meeting of the APA. <http://www.psychology.ucdavis.edu/Shaver/apa-sum.html>. Gesehen 13 Sept 2005
- Fussell FW, Bonney WC (1990) A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicians. *Psychotherapy* 27:507–512
- George C, Kaplan N, Main M (1985) Adult attachment interview, 2nd edn. University of California, Berkeley, CA
- Grossmann KE, Grossmann K (2003) Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg) *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart, S 115–135
- Grossmann K, Grossmann KE (2004) Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart
- Hardy GE, Stiles WB, Barkham M, Startup M (1998) Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 66:304–314
- Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Shapiro DA (1999) Therapist responsiveness to client attachment styles. *Psychother Res* 9:36–53
- Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Reilly S (2004) Assessing and formulating attachment issues and styles in psychotherapy. *Br J Psychother* 20:493–512
- Harris T (2004) Chef or chemist? Practicing psychotherapy within the attachment paradigm. *Attach Hum Dev* 6:191–207
- Hazan C, Shaver PR (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 52:511–524
- Hentschel U (2005) Die therapeutische Allianz. Teil 1. *Psychotherapeut* 50:305–317
- Hentschel U (2005) Die therapeutische Allianz. Teil 2. *Psychotherapeut* 50:385–393
- Höger D (1999) Der Bielefelder Fragebogen zur Klientenwertung (BFKE). *Psychotherapeut* 44:159–166
- Höger D (2002) Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: Strauss B, Kächele H, Buchheim A (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, S 94–117
- Höger D (2006) Hat die Bindungsforschung die Psychotherapie verändert? In: Strauß B, Geyer M (Hrsg) *Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Höger D, Buschkämper S (2002) Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. *Z Diff Diagn Psychol* 23:83–98
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K (1993) Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61:549–560
- Horvath AO, Greenberg L (1986) The development of the working alliance inventory. In: Greenberg L, Pinsof W (eds) *The psychotherapeutic process*. Guilford, New York, pp 529–556
- Kanninen K, Salo J, Punamäki RL (2000) Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychother Res* 10:435–449
- Kivlighan DM, Patton MJ, Foote D (1998) Moderating effect of client attachment on the counsellor experience-working alliance relationship. *J Couns Psychol* 45:274–278
- Korfmaier J, Adam E, Ogawa J, Egeland B (1997) Adult attachment: implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Appl Dev Sci* 1:43–52
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5th edn. Wiley, New York, pp 139–193
- Leiper R, Casares P (2000) An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol* 73:449–464
- Ligiero DP, Gelso CJ (2002) Countertransference, attachment, and the working alliance: the therapist's contribution. *Psychotherapy* 39:3–11
- Liotti G (2002) Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata. In: Leahy RL, Dow DE (eds) *Clinical advances in cognitive psychotherapy*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 377–388
- Liotti G (2006) Bindungsprozess bei dissoziativen Störungen. In: Strauß B (Hrsg) *Bindung und Psychopathologie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Main M (1990) Cross-cultural studies of attachment organisation. *Hum Dev* 33:48–61
- Mallinckrodt BA (2000) Attachment, social competencies, and the therapy process. *Psychother Res* 10:239–266
- Mallinckrodt BA, Chen EC (2004) Attachment and interpersonal impact perceptions of group members. *Psychother Res* 14:210–230
- Mallinckrodt BA, Gantt DL, Coble HM (1995a) Attachment patterns in the psychotherapy relationship. *J Couns Psychol* 42:307–317
- Mallinckrodt BA, Coble HM, Gantt DL (1995b) Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *J Couns Psychol* 42:79–84
- Mallinckrodt BA, King BJ, Coble HM (1998) Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to the therapist. *J Couns Psychol* 45:497–504
- Mallinckrodt B, Porter MJ, Kivlighan DM (2005) Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy* 42:85–100
- Martin A, Berger U, Buchheim A, Strauß B (2006) Effects of different attachment organisations on potential countertransference reactions. *Psychother Res* 16 (in press)
- Meyer B, Pilkonis PA (2002) Attachment style. In: Norcross JC (ed) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, London, pp 367–382
- Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M (2001) Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *J Personal Disord* 15:371–389
- Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L et al. (2000) Bindung und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 45:223–229
- Nord C, Höger D, Eckert J (2000) Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 4:76–86
- Reis S, Grenyer BFS (2004) Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clin Psych Psychother* 11:414–424
- Rubino G, Barker C, Roth T, Fearson P (2000) Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychother Res* 10:408–420
- Sachse J, Strauss B (2002) Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psych Med* 52:134–140
- Satterfield WA, Lyddon WJ (1995) Client attachment and perceptions of the working alliance with counsellor trainees. *J Couns Psychol* 42:187–189
- Satterfield WA, Lyddon WJ (1998) Client attachment and the working alliance. *Couns Psychol Q* 11:407–416
- Sauer EM, Lopez FG, Gormley B (2003) Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance. *Psychother Res* 13:371–382
- Schauenburg H, Strauß B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauss B, Kächele H, Buchheim A (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, S 281–292
- Schauenburg H, Dinger U, Nolue T, Brenk K, Buchheim A, Strack M (2004) The influence of attachment style of psychotherapists on their therapy outcomes. Vortrag, 35rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Rom, Juni 2004
- Slade A (1999) Attachment theory and research. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of attachment*. Guilford, New York, pp 575–594
- Spangler G, Schieche M (1998) Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation. *Int J Behav Dev* 22:681–706
- Strauß B (2000) Ist die therapeutische Arbeitsbeziehung eine Bindungsbeziehung? *Verhaltensther Verhaltensmed* 21:381–397
- 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, Lobo-Drost A, Pilkonis PA (1999) Assessment of attachment in adults. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 49:223–245
- Strauß B, Kächele H, Buchheim A (eds) (2002) *Klinische Bindungsforschung*. Schattauer, Stuttgart
- Strauß B, Kirchmann H, Eckert J et al. (2006) Bindungsmerkmale und Therapieerfolg nach stationärer Psychotherapie – Ergebnisse einer Multicenter-Studie. *Psychother Res* 16 (in press)
- Stuart S, Pilkonis P, Heape C, Smith K, Fisher B (1990) The patient-therapist match in psychotherapy. Effects of security of attachment and personality style. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh
- Tyrell CA, Dozier M, Teague G, Fallot RD (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders. *J Consult Clin Psychol* 67:725–733
- Waldinger RJ, Seidman EL, Gerber AJ, Lien JH, Allen JP, Hauser ST (2003) Attachment and core relationship themes: wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults. *Psychother Res* 13:77–98
- Weinberger J (1995) Common factors aren't so common. *Clin Psychol* 2:45–69
- Woodhouse SS, Schlosser RE, Crook DP, Ligiero DP, Gelso CJ (2003) Client attachment to therapist: relations to transference and client recollections of parental caregiving. *J Couns Psychol* 50:395–408