

Frühe Störung als klinisches Konzept und Bindung als entwicklungspsychopathologisches Konzept

Horst Kächele

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

<http://www.la-vie-vecu.de>

Was sind frühe Störungen?

Hoffmann SO (1986)

Die sogenannte frühe Störung. Ein Versuch, ein trübes, seichtes und gelegentlich auch tiefes Gewässer etwas zu klären

Prax Psychosom Psychother 31: 179-190

In den sechziger Jahren in der BRD aufgetaucht

Im anglo-amerikanischen Sprachraum so unbekannt

M. Klein dürfte die Ahnherrin sein,

In ihrem Werk taucht der Begriff „früh“ am meisten auf

Steht für eine „früh“ beginnende Pathogenese der Neurosen und anderer Störungen

frühe Abwehrmechanismen

frühe Entwicklungsstufen

frühe Stadien des Ödipus-Komplexes

Wurzelt in der psychoanalytischen Lehre der psychosexuellen Entwicklung - markiert einen Gegensatz von ödipalen und prä-ödipalen Stadien

Die frühe Störung

entstammt eher dyadischen als triadischen Störungsfeldern

bei ihrer Entstehung spielen eher Schädigungen, realen Überforderungen des Kleinkindes als innere Konflikte eine Rolle

ihre klinischen Erscheinungen bestehen eher in emotionalen Defiziten, Fehlhaltungen, Störungen des Selbstbildes und der Identität, Charakterverzerrungen und Beziehungsstörungen als in zirkumskripten, ich-fremden Symptomen mit ausgeprägtem Leidensgefühl

therapeutisch sind die frühen Störungen eher schlechter als die Psychoneurosen zu beeinflussen

Diagnosen, die mit früher Störung assoziiert werden:

Persönlichkeitsstörungen,

besonders narzisstische Persönlichkeitsstörung

Borderline-Syndrom

Süchte

Schwere Formen von Neurosen

CAVE

Psychosomatische Störungen werden zu Unrecht pauschal als frühe Störung disqualifiziert.

Frühe Störung meint nach Fürstenau (1977) das Vorliegen einer Störung im Ich, d.h. nicht eine Störung von konflikt-bedingten Dysfunktionen des Ichs, sondern eine mangelnde Disponibilität von Ich-Funktionen

z.B.

psychogene Dummheit (neurotisch)

versus

Mangelnde Intelligenz (Strukturfehler)

Fürstenau P (1977) Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. Psyche Z Psychoanal 31: 197-207

Neurose versus Früh-Störung

Das Problem des Neurotikers liegt **in der** Beziehung,

Das Problem des Früh-Gestörten ist die **mangelnde Beziehungsfähigkeit** selbst

Dem realen Verhalten der primären Bezugspersonen kommt für die Genese früher Störungen eine wichtige Bedeutung zu. Die Bedürfnisbefriedigung erfolgt zeitlich nicht angemessen (A.Freud), qualitativ verfehlt (D.Winnicott), die Personen der frühen Dyade passen nicht zusammen (M.Balint), die Rolle von Traumatisierungen muss beachtet werden (J.Bowlby)

Wie früh in der Entwicklung entsteht die frühe Störung?

Die ersten drei-vier Jahre

Wenig ist gesichert, z.B.

Auswirkungen der intra-uterinen Entwicklung und der Geburt

CAVE das Rank sche Geburtstrauma

Neurobiologische Befunde werden unsere Sicht dramatisch verändern

Gesichert sind die Befunde der Bindungsforschung, die von John Bowlby initiiert wurde.

Bowlby (1988)

„Obwohl die Bindungstheorie von einem Kliniker zur Anwendung bei der Diagnostik und Behandlung emotional gestörter Patienten und Familien formuliert wurde, benutzte man sie überwiegend dazu, die entwicklungspsychologische Forschung voranzutreiben.

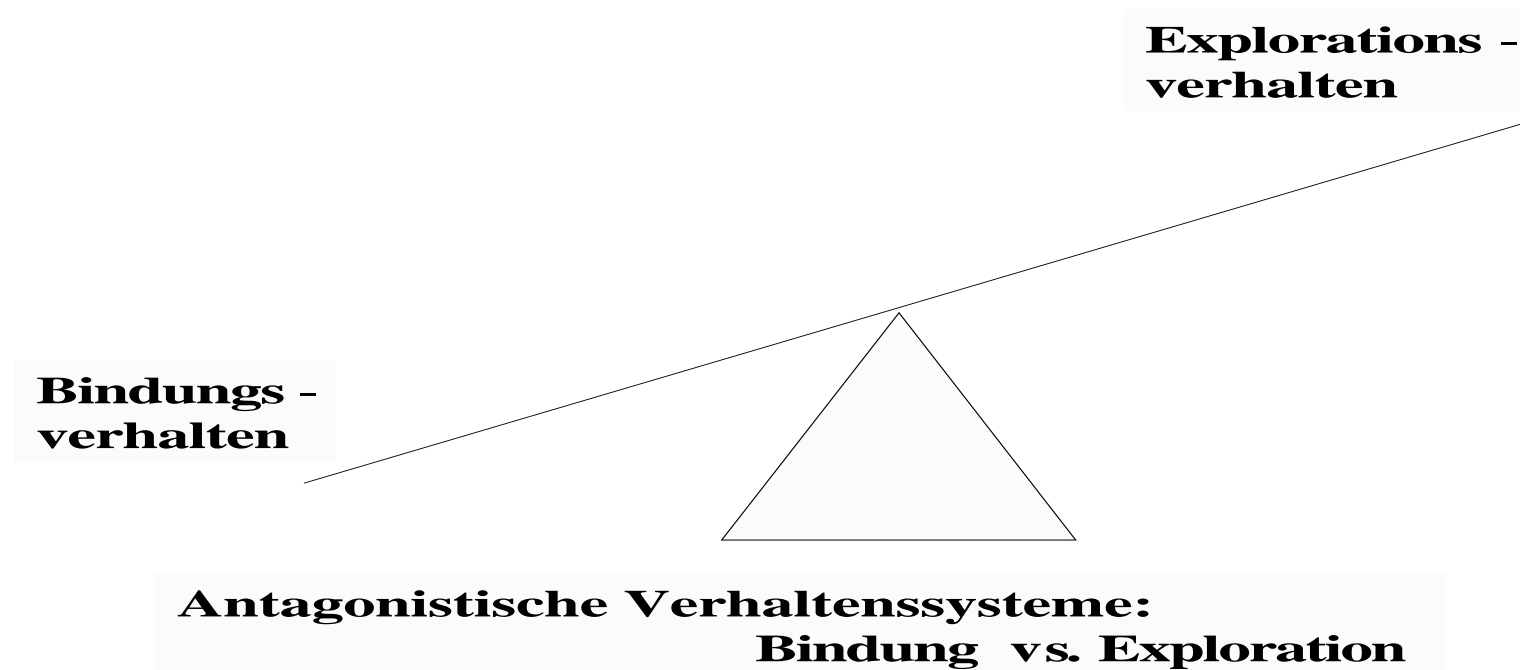
Ich bin zwar der Meinung, daß die Befunde dieser Forschung unser Verständnis von Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie enorm erweitert haben, weshalb sie auch von größter klinischer Relevanz ist,

dennoch ist es enttäuschend, daß die Kliniker bisher so zögerlich waren, die Anwendung der Theorie zu prüfen“ (S. 9).

Grundannahmen der Bindungstheorie I

- Bindungsbedürfnis evolutionsbiologisch determiniert
- Reale Erfahrungen mit Bindungsfigur(en) bedingen innere Repräsentation von Bindung (inner working model, IWM)
- Bindungsverhaltenssystem wird in spezifischen Situationen (Trennung, Gefahr) aktiviert
- Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten
- Feinfühliges Fürsorge durch Bindungsfigur „optimal“

Bindung & Exploration



Grundannahmen der Bindungstheorie II

- IWM beschreiben Einfluß früher bindungsrelevanter Organisationsmuster auf spätere Entwicklung
- Dyadische Erfahrungen werden zielkorrigiert organisiert (Arbeitsmodelle der Umwelt, der Bindungspersonen und der eigenen Person)
- Sichere Bindung ist assoziiert mit integrierten, kohärenten und relativ realitätskonformen Modellen
- Es gibt multiple Arbeitsmodelle (Bedeutung von Abwehrprozessen bei der Organisation der Modelle)

Methoden der Bindungsforschung bei Kindern

- **„Feinfühligkeit“ als Grundlage für eine sichere Basis (Ainsworth et al. 1974)**
- **„Fremde Situation“ zur Erfassung der Bindungsqualität bei 12-18 Monate alten Kindern (Ainsworth et al. 1978)**

Merkmale von Feinfühligkeit

- Wahrnehmung von kindlichen Signalen („aufmerksam im Blick“ behalten)
- „Richtiges“ Interpretieren der kindlichen Signale (nicht gefärbt durch eigene Bedürfnisse)
- „prompte“ Reaktion (vermittelt dem Säugling das Gefühl von Effektanz)
- „angemessene“ Reaktion (situations- und altersangemessen)

Organisierte Bindungsstrategien in der „Fremden Situation“

- **Sichere Bindung (B: secure):**

- Offenes Ausdrücken von Bindungsverhaltensweisen
 - Beruhigung durch die Bindungsfigur
 - ausgewogenes Explorieren

- **Unsicher-vermeidende Bindung (A: avoidant):**

- Zeigen negativer Gefühle wird unterdrückt
 - Bindungsverhalten wenig ausgebildet
 - Vermeidung von Nähe
 - Exploration überaktiviert

- **Unsicher-ambivalente Bindung (C: ambivalent):**

- Bindungsverhalten übermäßig aktiviert
 - keine ausreichende Beruhigung durch die Bindungsfigur möglich
 - Exploration deaktiviert

Desorganisierte Bindungsstrategie in der „Fremden Situation“

- Unvereinbare Verhaltensweisen wie z. B. stereotype Bewegungen nach dem Aufsuchen von Nähe, Phasen der Starrheit, sog. „freezing“, Ausdruck von Angst gegenüber einem Elternteil
- Momentaner Mangel an Strategie oder Organisation

Wesentliche Befunde der Bindungsforschung I

- Differenzierung *organisierter* (sicher, ambivalent, vermeidend) und *desorganisierter* kindlicher Bindungsmuster
- Differenzierung äquivalenter *organisierter* (autonom, verstrickt, abweisend) und *desorganisierter* („U“) Erwachsenenbindungsmuster
- Hohe Übereinstimmung zwischen kindlichem und mütterlichem Bindungsstil (transgenerationale Übertragung von Bindungsmustern)

Wesentliche Befunde der Bindungsforschung II

- Relative Stabilität von Bindung von der Kindheit ins Jugendalter
- Häufung unsicherer und desorganisierter Bindung in klinischen Stichproben
- Bindungssicherheit gekoppelt mit Mentalisierungsfähigkeit
- Sichere Bindung ein Protektivfaktor

Wesentliche Befunde der Bindungsforschung III

- Klinisch relevante Befunde:
 - zu Korrelaten sicher/unsicherer Bindung bei Kindern und Jugendlichen
 - zu Aggression und dissozialen Verhaltensweisen
 - zu spezifischen Störungsbildern (dissoziative Störungen, Angst, Borderline-Störung)

Konsequenzen von Bindungssicherheit

- **Im Alter von 2 Jahren:**
 - in Problemlöseaufgaben eher in der Lage auf die Unterstützung der Mutter zurückzugreifen
- **Im Kindergarten:**
 - mehr Kompetenz im Umgang mit anderen Kindern
 - positivere Wahrnehmung von sozialen Konfliktsituationen,
 - konzentrierter beim Spiel
- **Im Schul- bzw. Jugendalter:**
 - positivere soziale Wahrnehmung,
 - beziehungsorientiertes Verhalten,
 - bessere Freundschaftsbeziehungen

Konsequenzen von Bindungsunsicherheit und Bindungsdesorganisation

- **Im Kindergarten:**
 - zeigen *unsicher-vermeidende* Kinder mehr aggressives, feindseliges Verhalten gegenüber Gleichaltrigen
- **In der Vorschule:**
 - *unsicher-gebundene* Jungen werden als feindseliger und verhaltensauffälliger eingestuft und kommen in der Grundschule gehäuft in der Gruppe aggressiver Kinder vor

Dissoziative Störungen im Jugendalter

- sind assoziiert mit *desorganisierter* Bindung (mit einem Jahr klassifiziert)

Angststörungen im Jugendalter

- sind assoziiert mit *unsicher-ambivalenter* Bindung (mit einem Jahr klassifiziert)

Methoden der Bindungsforschung bei Erwachsenen

- „Adult Attachment Interview“ zur Erfassung der Bindungsrepräsentation von Erwachsenen (George et al. 1985; Main & Goldwyn 1996)
- Adult Attachment Projective (George et al. 1999)

Was erfaßt das Adult Attachment Interview? (Main & Goldwyn 1996)

- Die Themen des halbstrukturierten Interviews beziehen sich auf Bindungs- Trennungs- und Verlusterlebnisse
- Erfäßt die aktuelle emotionale und kognitive Verarbeitung von früheren Bindungserfahrungen
- In der Auswertung steht nicht der Inhalt der Geschichte im Vordergrund, sondern die **Art und Weise** wie über Bindungs-erfahrungen gesprochen wird, also die **Kohärenz** des Diskurses ist bedeutsam („states of mind with respect to attachment“)

Bindungstypologie im Adult Attachment Interview

- **Sicher-autonome Bindung (F: free to evaluate):**
 - kohärente, „freie“ Darstellung der Kindheits-geschichte,
 - Integration positiver und negativer Ereignisse,
 - Reflektionsvermögen, Autonomie
- **Unsicher-distanzierte Bindung (Ds: dismissing):**
 - Bindungsthemen werden vermieden, abgeblockt,
 - häufig Erinnerungslücken,
 - Inkohärenz, Idealisierung, Entwertung,
 - Bestehen auf Normalität und Unverwundbarkeit
- **Unsicher-verstrickte Bindung (E: enmeshed-preoccupied):**
 - Aufmerksamkeit wird von Bindungsthemen präokkupiert,
 - endlose, konflikthafte Geschichten, Ärger,
 - Oszillieren zwischen gut und böse,
 - Intellektualisierung,
 - Pseudoautonomie

Unverarbeiteter Bindungsstatus im AAI

- **Unverarbeitete Trauer (Unresolved loss)**
- sprachliche Auffälligkeiten (Subjekt-Objekt-verwechslungen, Raum und Zeit),
- irrationale Schilderungen:
 - Glaube an eigenes Verschulden des Todes der verstorbenen Person (magic thinking), Verleugnung des Todes (disbelief),
- lange Schweigepausen
- **Unverarbeitetes Trauma (Unresolved trauma)**
- sprachliche Auffälligkeiten (Subjekt-Objekt-verwechslungen, Raum und Zeit),
- irrationale Schilderungen:
- lange Schweigepausen

Transgenerationale Forschung mit Normalstichproben:

- Hohe Übereinstimmung (75% -85%) zwischen kindlichem und mütterlichem Bindungsmuster (N=854 Dyaden)
- In prospektiver Studie mit Schwangeren (n=96):
AAI-Kategorie der Mutter sagt Bindungskategorie des Kindes signifikant voraus (Übereinstimmung 75%).

Klinische Forschung

- Trennung zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben
- Metaanalyse:
 - „vermeidend-unsicher“: 41%, „verwickelt-unsicher“: 46%,
 - „sicher gebunden“: 13%,
 - orthogonale Kategorie: „ungelöst“: 80% in klinischen Gruppen.
- Differentielle Zuordnung von unsicherer Bindungstypologie und Psychopathologie noch ungeklärt

Bindungsrepräsentation und depressive Störungen

- Längsschnittstudien belegen, dass ein Verlustereignis eine depressive Entwicklung begünstigt,
- die inadäquate Versorgung nach Verlust der Bindungsfigur verdoppelt diesen Effekt (Harris & Bifulco 1991)
- Entsprechend der Variabilität der Gruppe der depressiven Störungen (major depression, dysthymia) sind die Befunde mit dem AAI (unsichere Muster/ unverarbeiteter Bindungsstatus) **uneinheitlich**

Bindungsrepräsentation und Angststörungen

- Fonagy et al. (1996) fanden einen hohen Anteil an „unsicher-verstrickter“ Bindung bei Angstpatienten, was diese Gruppe jedoch nicht signifikant von anderen klinischen Gruppen trennte
- Der hohe Anteil der Kategorie „ungelöste Trauer“ unterschied die Gruppe der Angststörungen von anderen Patientengruppen (86% bei n=44)

Bindung und Borderline Persönlichkeitsstörung I

- **Kernmerkmale der Störung:**
- Kontrollverlust, affektive Labilität, instabile Beziehungen, instabiles Selbstgefühl, chronische Leere
- **Theorie der Mentalisierung**
- von Fonagy et al. (1996, 1998): vor dem Hintergrund mißhandelnder Bindungsfiguren wird im Entwicklungsprozess Mentalisierung vermieden und Reflexionsvermögen unzureichend ausgebildet

Bindung und Borderline Persönlichkeitsstörung II

Fonagy et al. (1996) fanden bei n=36 Patienten einen hohen Anteil an „unsicher-verstrickter“ Bindung (75%) und einen überproportional hohen Anteil an Patienten mit „**ungelöstem Trauma**“ (86%)

Die Studie von Patrick & Hobson (1994) kamen zu einem vergleichbaren Ergebnis: alle Patientinnen (n=12) wurden der Kategorie „unsicher-verstrickt“ zugeordnet, 10 von 12 fielen in die Kategorie „**ungelöstes Trauma**“

Lehrerin:

:

narzisstische Störung bei Borderline Organisationsniveau:

AAI: U/E:

ungelöstes Trauma,

ungelöster Verlust/

ärgerlich-verwickelt

Die 50jährige Lehrerin leidet seit ca zehn Jahren an chronischen Spannungszuständen, Depressionen, chronischer Suizidalität als Folge von unbewältigten Partnerschaftskonflikten.

- Die Patientin erhält die Klassifikation "ärgerlich-verstrickt" (E2) sowie einen "unverarbeiteten Bindungsstatus" (U) in Bezug auf Verlust- sowie Mißhandlungserlebnisse. Sie hat in ihrer Kindheit subjektiv wenig Liebe erfahren und erinnert sich an Situationen, in denen sie von beiden Eltern zurückgewiesen wurde. Besonders mit ihrer Mutter erlebte die Patientin als Kind (bis heute) einen deutlichen Rollenwechsel, in dem sie sich für ihre Mutter verantwortlich fühlte. Trotz physischer Anwesenheit der Eltern wurde die Patientin emotional vernachlässigt. Die Analyse der Skalen zu dem mentalen Verarbeitungszustand in Bezug auf Bindungspersonen zeigt folgendes Bild: Es sind wiederholt Passagen mit ärgerlichen Aussagen zu erkennen, die zur Klassifikation einer ärgerlich-verstrickten Bindungsrepräsentation (E2) führen.

Arztehefrau

- Pat. kommt mit schweren Depressionen und Angstzuständen auf dem Hintergrund einer länger schwelenden Ehekrise.
- Von ihrem Ehemann, der mich zwei Jahre nach Beginn der ambulanten analytischen 2-std. Psychotherapie der Pat. durch einen erfahrenen Analytiker konsultiert, erfahre ich von der Stagnation des klinischen Befundes der Pat.
- Ausgelöst wurde dieser Zustand durch den Entschluß der Pat., sich von ihrem sie seelisch misshandelnden Ehemann zu trennen.
- Eine verwirrende außereheliche Liebesbeziehung mit einem unzuverlässlichen Lover - einem Kollegen des Mannes - löst im Moment des geplanten Absprungs aus der Ehe lang anhaltende ängstlich-depressive Zustände aus, die sich in den zwei Jahren Therapie noch nicht gebessert haben.

In einem intensiven therapeutischen Setting (initial 3-5 Sitzungen pro Woche im Sitzen) lerne ich drei Filme kennen, die im Erleben der Pat. unlöslich durcheinander gehen:

- a) Panik vor befürchteter körperlicher Heftigkeit des Ehemannes
- b) Panik durch die Unerreichbarkeit des Lovers mit einem traumatischen Gefühl der Hilflosigkeit
- c) Flashbacks der kindlichen Erfahrungen der heftigen Szenen zwischen der Mutter und dem Vater
- d) Übertragung: Suche nach Halt bei einem zuverlässigen Partner
- e) Gegenübertragung: Containment & Empörung über die schlechten Objekte

AAI-Klassifikation "sicher-autonom" (F4) & ungelöstes Trauma (U)

- Insgesamt liefert die Patientin ein ehrliches, kohärentes Bild ihrer Kindheitsgeschichte und den damit zusammenhängenden Gefühlen. Sie ist sich der negativen Einflüsse (Trennung der Eltern, Gewalttätigkeiten des Vater gegenüber der Mutter, Alkoholproblem der Mutter) auf ihre Persönlichkeit bewusst und verleugnet heutige Konflikte, die daraus entstanden sind, nicht.
- Über die Mutter kann sie - trotz vieler traumatischer Erfahrungen mit ihr – wertschätzend sprechen, ihre Episoden sind in der Regel nachvollziehbar und lebendig, auch wenn einige Erlebnisse manchmal eine grausame Färbung haben. Das Prägendste für ihre Entwicklung war, dass bestimmte Themen tabuisiert wurden und deshalb unverarbeitet blieben.

Unverarbeitetes Trauma

- Die Handgreiflichkeiten des Vaters gegenüber der Mutter erlebte sie als Kind mit großer Angst um die Mutter, in ihrer Erinnerung traten jedoch diese Erfahrungen erst viele Jahre später in Form eines schwerwiegenden depressiven Zusammenbruchs wieder ins Bewusstsein. Diese starke Reaktion (strong behavioral reaction) kann als **unverarbeitetes Trauma** gewertet werden.
- Es ist anzunehmen, dass die Patientin diese Angstgefühle sehr lange konserviert hatte. Da sie diese im Interview mit ihrer eigenen Depression assoziiert, kann dies als eine „verspätete Reaktion“ auf die traumatischen Erfahrungen interpretiert werden.

Fazit

Das AAI erfasst bei dieser Patientin die gegenwärtige Bewertung ihrer Bindungserfahrungen, die durch ihre schon zwei-jährige Psychotherapie gewiss nicht unbeeinflusst geblieben ist. Der Ausdruck “earned-secure” widerspiegelt diese Errungenschaft.

Weitere vier Jahre therapeutischer Arbeit (einmal pro Woche) mussten aufgewendet werden, dass die Pat. nun endlich die Autonomie erlangen konnte, die zur Angstfreiheit und Auflösung der traumatisierenden Partnerschaft führen konnte

Bindung und Psychosomatik

(Scheidt & Waller 2002)

Fragen:

Ist die Prävalenz unsicherer Bindungsmuster bei psychosomatischen Störungen erhöht?

Korreliert unsichere Bindung mit erhöhter psychophysiologischer Reaktionsbereitschaft?

Bestehen Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Störungen der Affektregulation?

Bindung und Psychosomatik I

(Scheidt & Waller 2002)

Fragen:

Ist die Prävalenz unsicherer Bindungsmuster bei psychosomatischen Störungen erhöht?

Antwort:

Noch wenig gesichertes Wissen liegt vor.

Bindung und Psychosomatik

(Scheidt & Waller 2002)

Fragen:

Korreliert unsichere Bindung mit erhöhter psychophysiologischer Reaktionsbereitschaft?

Antwort:

Erhöhtes Speichelkortisol bei unsicher gebundenen Säuglingen

Bei Torticollis-Patienten mit vermeidender Bindung eine signifikant erhöhte Kortisolreaktion bei dem AAI (Scheidt et al. 1999)

Bindung und Psychosomatik

(Scheidt & Waller 2002)

Fragen:

Bestehen Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Störungen der Affektregulation?

Antwort:

Allgemein viel Forschung zu dem Zusammenhang von Affektunterdrückung und Störungsanfälligkeit (ALEXITHYMIE): kein Hinweis, dass diese Affektunterdrückung spezifisch für psychosomatische Störungen ist (Sänger-Alt et al. 1989)

Bei Torticollis -Patienten korreliert sichere Bindung negativ, unsicher-vermeidende Bindung positiv mit alexithymen Merkmalen (Scheidt et al. 1999).

Implikationen für therapeutisches Handeln

Es geht primär um die Suche nach Sicherheit in einer therapeutischen Beziehung. Dies kann auf vielfältige Weise geschehen.

Das Halten in einer Beziehung ist oberstes Gebot; Beziehung anbieten ist damit die Fürsorgepflicht des Arztes. Wodurch dies geschieht, ist nachgeordnet.

Die Wahrnehmung von Gefühlen ist zu fördern.

Levels of Emotional Awareness Scale (Lane et al 1990)

- Paper and pencil-Test mit 20 Aufgaben; aufteilbar in 2 parallele Halbformen
- In den Aufgaben werden affektstimulierende Interaktionen beschrieben, die VP soll beschreiben (a) wie sie sich an der Stelle des Protagonisten fühlen würde und (b) wie sich die andere Person fühlen würde
- Quantifizierte Auswertung anhand von Kriterien, die auf strukturelle Merkmale der Antworten zielen

Levels of emotional awareness

(1) Körpersensationen	(1) Implizit
(2) Handlungsimpulse	(2) Implizit
(3) Einzelne Emotionen	(3) Explizit
(4) Mischungen von Emotionen	(4) Explizit
(5) Mischungen von Mischungen von Emotionen	(5) Explizit

Levels of Emotional Awareness Scale

- „Sie und Ihr bester Freund arbeiten auf dem gleichen Gebiet. Dort wird jedes Jahr die beste Arbeit prämiert. Sie haben sich beide sehr angestrengt, um den Preis zu gewinnen. Der Abend der Bekanntgabe des Preisträgers ist gekommen: Es ist Ihr Freund.“
- Level 1: „Mir würde **übel**.“
- Level 5: „Ich würde mich **enttäuscht** fühlen. Aber wenn schon jemand anders gewinnt, wäre ich **froh**, daß er es ist. Mein Freund wäre **glücklich** und zugleich **besorgt**, ob er mich verletzt haben könnte.“

Bowlby's Gedanken zum therapeutischen Handeln (1983)

„es ist häufig hilfreich, den Patienten zu ermutigen, sich so detailliert wie möglich an tatsächliche Geschehnisse zu erinnern, damit er neu und mit allen entsprechenden Gefühlen sowohl seine eigenen Wünsche, Gefühle und Verhaltensweisen bei jeder speziellen Gelegenheit als auch das mögliche Verhalten seiner Eltern bewerten kann.

Auf diese Weise hat er Gelegenheit, Vorstellungen im semantischen Speicher zu korrigieren, von denen er feststellt, daß sie nicht mit dem historischen und gegenwärtigen Beweismaterial übereinstimmen“ (S. 88).

KLETT-COTTA

Karl Heinz Brisch

BINDUNGS- STÖRUNGEN




Von der Bindungstheorie
zur Therapie

Strauß ■ Buchheim ■ Kächele

Klinische Bindungsforschung



Theorien Methoden Ergebnisse

 Schattauer

Fazit:

Unsichere Bindung ist keine Psychopathologie per se, sondern begünstigt spätere Psychopathologie

Entsprechend sind sog. frühe Schädigungen nicht zwangsläufig die „Ursache“ von späterer Psychopathologie

Vulnerabilität als Schlüsselkonzept

Zu verstehen ist immer, in welchem aktuellen Kontext lebensgeschichtlich erworbene Bewältigungsmuster dysfunktional eingesetzt werden.

Bindung, Coping und Krankheitsverlauf

Hierarchische Regression

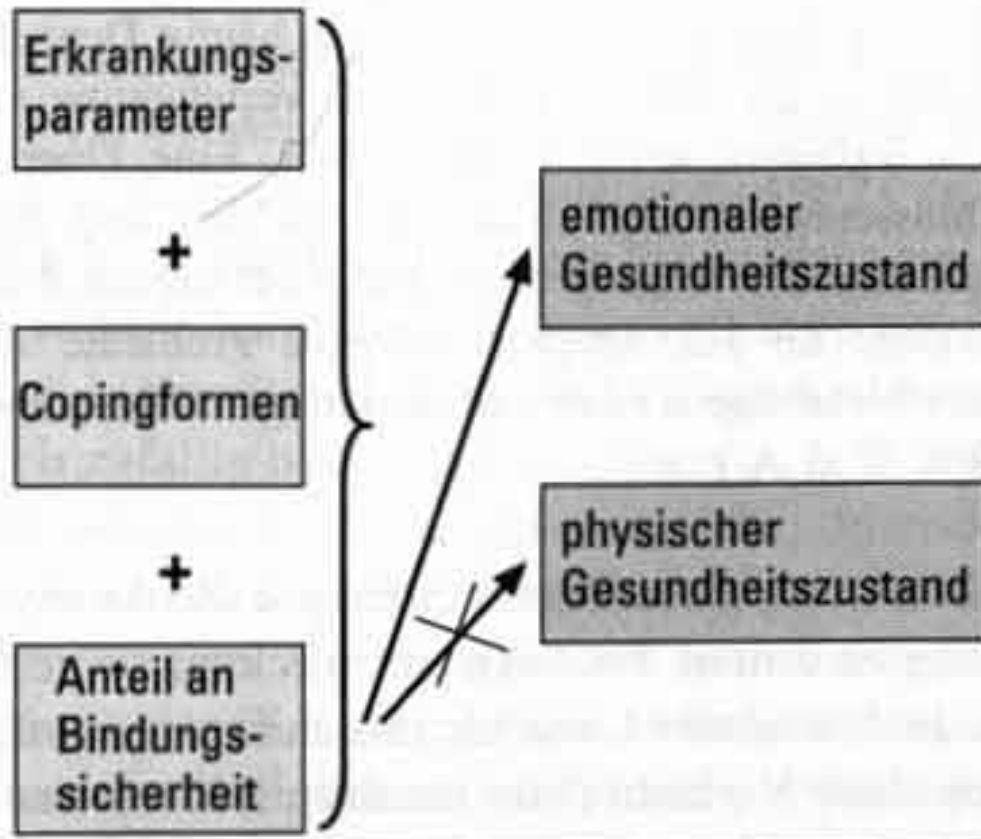


Abb. 4.9-3 Prognostische Bedeutung des Anteils an Bindungssicherheit (Schmidt 2000)