

Medizinische Fakultät
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Universität Ulm
Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

***Spezifität und Stabilität von Bindungsmustern bei
Borderline und selbstunsicheren Patientinnen
in stationärer Therapie***

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Robert Mestel
aus München

2001

Amtierender Dekan: Prof. Dr. med. Gierschik

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. Kächele

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. F. Pfäfflin

Tag der Promotion: 18. 7. 2001

Widmung

Diese Arbeit widme ich meiner Frau Daniela, unserem Sohn Luis,
meinen Eltern Jutta und Alfred,
meinem Bruder Thomas
und meinen Großeltern Hans (in Gedenken) und Ruth.

Inhaltsverzeichnis	
Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Entwicklungspsychologische Tradition der Bindungstheorie	6
1.2 Sozialpsychologische Tradition der Bindungstheorie	8
1.3 Klinische Tradition der Bindungstheorie	11
1.4 Forschungsstand zum Zusammenhang zw. Psychodiagnostik und Bindungsmustern	15
1.4.1 Borderline Persönlichkeitsstörung (theoretische Verknüpfungen, empirische Studien)	16
1.4.2 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (theoretische Verknüpfungen, empirische Studien)	22
1.5 Forschungsstand zur Stabilität von Bindungsmustern	27
1.6. Pilotstudien 1 und 2	37
1.7 Fragestellungen und Hypothesen	39
2. Methoden	40
2.1 Untersuchungsstichprobe	40
2.2 Behandlungsrahmen	43
2.3 Erhebungsinstrumente	45
2.3.1.1 Diagnostik: Mini-DIPS	45
2.3.1.2 Diagnostik: SKID-II	46
2.3.1.3 Diagnostik: Durchführung	46
2.3.2 Basisdokumentation	49
2.3.3.1 Relationship Questionnaire (RQ-1)	50
2.3.3.2 Allgemeiner Bindungsstil (Grau, 1994)	50
2.3.3.3 Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen (GSB)	51
2.3.3.4 Fremdbeurteilungsinstrumente der Bindungstypen (AAPR, BPR-A)	52
2.4 Durchführung	65
2.5 Statistische Auswertung	66
2.6 Repräsentativität der Stichproben für alle Patientinnen	67
3. Ergebnisse	69
3.1.1 Kontinuierliche Skalen (Gesamtstichprobe)	69
3.1.2 Bindungskategorien (Gesamtstichprobe)	70
3.2 Zusammenhänge zwischen den Diagnosen und den Bindungsmustern	71
3.2.1 Dichotomisierte Diagnosen und kontinuierliche Skalen	72
3.2.2 Dichotomisierte Diagnosen und Bindungskategorien	73
3.2.3 Dimensionale Diagnosekriterienscores und Bindungsskalen	75
3.2.4 Prädiktion der Bindungs-Mega-Skalen mit konkurrierenden Variablen	76
3.2.5 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung von Fragestellung 1 (Hypothesen 1a und 1b)	78
3.3 Stabilität der Bindungsmuster während 7-wöchiger Psychotherapie	80
3.3.1 Vergleich der vorher-nachher Mittelwertsunterschiede der kontinuierlichen Skalen	80
3.3.2 Gruppenunterschiede bezüglich der Bindungsskalen über die zwei Meßzeitpunkte	81
3.3.3 Vergleich der vorher-nachher Korrelationen der kontinuierlichen Bindungsskalen	83
3.3.4 Vorher-nachher-Vergleich der Bindungskategorien	84
3.3.5 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der Fragestellungen 2 und 3	87
3.4 Unterschiede im vorher-nachher-Vergleich der Bindungs- und Symptomskalen	88
3.4.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Hypothese 2	89
4. Diskussion und Schlußfolgerungen	90
5. Zusammenfassung	109
Anhang	110
6. Literatur	130
Danksagung	141

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
SPS	Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
NNB	nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (hier auch: BPS <i>und</i> SPS)
BPR-A	Bindungs-Prototypen-Rating (allgemeiner Bindungsstil)
GSB	Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen
RQ-1	Relationship-Questionnaire (kategoriale Variante; Bartholomew)
AAI	Adult Attachment Interview (Bindungsinterview)
AAPR	Adult Attachment Prototype Rating (Pilkonis, 1988)
SCL-90-R	Symptomcheckliste 90-R (Franke, 1995)
M, SD, Md, N, Min, Max	Mittelwert, Standardabweichung, Median, Stichprobengröße, Minimum, Maximum
prä	Messung zu Therapiebeginn (vorher)
post	Messung nach sieben Wochen seit Therapiebeginn (nachher)
CATS	Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt et al., 1995)
RSQ	Relationship Scales Questionnaire (Griffin & Bartholomew, 1994)
PDQ-R	Personality Disorder Questionnaire (Hyler et al., 1983)
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1982)
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995)
GAF	Global Assessment of Functioning (DSM-IV, Achse V)
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD Arbeitsgruppe, 1996)
A, B, C, D	vermeidend, sicher, ambivalent, desorganisiert gebundene <i>Kinder</i> (Ainsworth et al., 1978 / Main et al., 1986)
Ds, F, E, U/d	distanziert, sicher, verstrickt, unverarbeitet/desorganisiert gebundene <i>Erwachsene</i> (Main et al., 1985)

1. Einleitung

Die Bindungstheorie, die vom englischen Psychoanalytiker John Bowlby entwickelt wurde, verbindet traditionell entwicklungspsychologisches und klinisch-psychoanalytisches Wissen mit evolutionsbiologischem Denken (Grossmann et al., 1997). Bindung („attachment“) wird definiert als ein affektives („geföhlsgetragenes“) Band zwischen Eltern und Kind, welches die beiden über Raum und Zeit hinweg verbindet. Umfangreiche aktuelle Einföhürungen in die Bindungstheorie liegen von Cassidy & Shaver (1999) oder Spangler & Zimmermann (1995) vor.

1.1. Entwicklungspsychologische Tradition

In der entwicklungspsychologischen Tradition der Bindungsforschung wird die Bindungsqualität zwischen Bindungsfigur und Kind mit Hilfe der von Ainsworth & Wittig (1969) entwickelten "Fremden Situation" klassifiziert. In dieser standardisierten Situation wird das Verhalten von Kindern, zumeist zwischen 12 und 18 Monaten, bei Kontakt zu einer fremden Person, bei zweimaliger kurzer Trennung von einem Elternteil und anschließender Wiedervereinigung beobachtet. Das Verhalten der Kinder wird nach einem bestimmten Beurteilungssystem in drei grobe Bindungsqualitäten eingeteilt (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). *Sicher* gebundene Kinder (Klasse B) wissen, daß sie sich in jeglicher Kummer-situation an ihre Bindungsfigur wenden können und dort Trost und Geborgenheit finden. *Unsicher-vermeidend* gebundene Kinder (Klasse A) haben gelernt, sich bei Verunsicherung und Kummer nicht an ihre Bindungsfigur zu wenden. Bei schlechter Befindlichkeit haben sie häufig die Erfahrung gemacht, zurückgewiesen oder mißverstanden zu werden. Sie entwickeln ein Arbeitsmodell von sich selbst als nicht liebenswert und von der Bindungsfigur als nicht zugänglich. Bei Kindern mit einer *unsicher-ambivalenten* Bindung (Klasse C) waren die Bindungsfiguren kaum berechenbar für das Kind, manchmal *feinföhlig* und manchmal nicht. Auf diese Unberechenbarkeit reagiert das Kind mit besonderer Ängstlichkeit, übermäßiger Anhänglichkeit und häufig mit Ärger. Eine vierte zusätzliche Klassifikation wurde von Main & Solomon (1986) beschrieben als die *unsicher-desorganisierte* Bindung (Klasse D). Das besondere Merkmal dieser Bindungsqualität ist ein auffallendes Fehlen einer eindeutigen bindungsbezogenen Verhaltensstrategie. Merkmale *unsicher-desorganisiert* gebundener Kinder wurden jedoch auch in den klassischen drei organisierten Bindungsmustern B, A und C beobachtet.

Bindungsqualität als Lebenserfahrung ist nach Bowlby (1986/1973) im Individuum als "Arbeitsmodell" ("inner working model") verinnerlicht oder repräsentiert (Grossmann et al., 1997). Es wirkt sich im Sinne von Erwartungen auf individuelle Unterschiede der Persönlichkeitsentwicklung und Organisation und des Verhaltens vor allem in engen, persönlichen Beziehungen über den Lebenslauf hinweg aus.

Mary Main und ihre Mitarbeiter haben sich besonders der empirischen Erfassung der Arbeitsmodelle von Bindung gewidmet. Zur Erforschung der Bindungsmodelle Erwachsener wurde das *Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan & Main, 1985; zusammenfassend: Hesse, 1999) entwickelt, ein halbstrukturiertes, hypothesengeleitetes Interview, in dem die Kindheitserinnerungen heutiger Erwachsener mit ihren wichtigsten Bezugspersonen und die heutige Bewertung dieser Erfahrungen abgefragt werden. Einer der wichtigsten Auswertungsaspekte des Interviews ist die Kohärenz bzw. Inkohärenz der Antworten der Befragten. Kohärenz, in der Diskussion eigener Kindheitserinnerungen an die Eltern, bezeichnet die Leichtigkeit der Integration von positiven mit negativen Aspekten von Ausdruck und Gefühl. Inkohärenz dagegen betrifft negative Erinnerungen, die nicht als Teil eines kohärenten Ganzen gesehen werden, z. B. Idealisierungen, Widersprüche und Ungereimtheiten in der Organisation der Erinnerungen zwischen semantischen und episodischen Beschreibungen der Eltern (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Mit dem von Main & Goldwyn (1985 - 1999) entwickelten Klassifikationssystem, welches bisher absichtlich nicht publiziert wurde, um die Reliabilität und Validität der Methode nicht zu gefährden, lassen sich fünf Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen unterscheiden:

1. Personen mit *sicher-autonomer Bindungsrepräsentation* (F) ("free to evaluate" oder "secure autonomous") schätzen Bindungsbeziehungen und schreiben ihnen einen Einfluß auf die eigene Entwicklung zu. Sie können offen und kohärent über positive wie negative Erfahrungen, die sie mit den Eltern gemacht haben sprechen. Die berichteten Inhalte sind konsistent und ihre Haltung gegenüber dem Interviewer ist kollaborativ.
2. Bei "*distanziert*" *Gebundenen* (Ds) ("dismissing") findet man häufig die Neigung, negative Gefühle oder Erfahrungen in bezug auf Bindungspersonen zu leugnen, oder sie werten die subjektive Bedeutung von Bindungsbeziehungen ab. Die Interviewten schildern ihre Eltern positiv, ohne dies mit konkreten Erzählepisoden illustrieren zu können (Idealisierung), zeigen starke Beziehungsepisoden betreffende Erinnerungslücken und stellen sich oft als sehr selbständig und unabhängig dar.

3. Die Klassifikation als „*verwickelt in Bindungsbeziehungen*“ (E) ("enmeshed, preoccupied") wird vergeben, wenn die Interviews sehr inkohärent und voller unrelevanter Details sind. Oft zeigen die Interviewten immer noch aktuellen Ärger über negative Kindheitserlebnisse und es deutet sich keine neue Beurteilung der Beziehung zu den Eltern an.
4. Das vierte Muster der "*desorganisierten Repräsentation*" (U) ("disorganized/unresolved states of mind") ist durch sprachliche Merkmale gekennzeichnet, die auf einen Mangel der Verarbeitung eines Verlustes oder eines früheren oder aktuellen Traumas hinweisen.
5. Das aktuell hinzugefügte fünfte Muster „*cannot classify*“ (CC; Hesse, 1996) beschreibt einen globalen Zusammenbruch in der Organisation und Aufrechterhaltung einer singularen Bindungsstrategie, d. h. es gibt deutliche Anzeichen für mindestens zwei konträre Bindungsrepräsentationen während dem Interview, typischerweise E und Ds.

1.2. Sozialpsychologische Tradition

Nach Bowlby (1979/1982) besteht Bindungsverhalten über die ganze Lebensspanne, und die Eltern-Kind Bindungsmuster strukturieren die Qualität späterer erwachsener Beziehungen. Eltern-Kind Bindungsmuster können sich in erwachsenen Bindungsstilen widerspiegeln, aber die erwachsenen Liebesbeziehungen können auch eine „therapeutische“ Rolle spielen, dadurch, daß sie die Auswirkungen früher schwieriger Bindungsmuster abmildern oder verändern. Hazan und Shaver (1987) wiesen auf folgende grundlegenden idealtypischen Unterschiede zwischen Eltern-Kind (Bindung der Kinder an die Eltern) und Liebespartnerbindungen hin: Erstens sind Erwachsenen Bindungen zumeist gleichberechtigt, es herrscht kein Machtgefälle, und ein wechselseitiger Rollentausch ist möglich. Zweitens spielt die sexuelle Anziehung eine wichtige Rolle bei Liebespartnerbindungen. Drittens haben Erwachsene mehr Kontrolle über den Partner als dies die Kinder über ihre Eltern haben.

Als erste konzeptionalisierten Hazan & Shaver (1987) erwachsene Liebesbeziehungen als Bindungsprozeß und operationalisierten sie in Analogie zu den Bindungsqualitäten nach Ainsworth et al. (1978) mit drei Kategorien ("secure, avoidant, anxious-ambivalent") mittels eines kategorialen Fragebogens. Im Gegensatz zum AAI, welches zu messen versucht, wie die Personen Informationen über Kindheitserfahrungen organisiert haben und wie diese Informationen gewohnheitsmäßig ablaufen, mißt der Hazan & Shaver Fragebogen die *bewußten Inhalte* der Muster erwachsener Liebesbeziehungen. Ferner richten sich die Fragebogenmaße an signifikante Andere als potentielle Bindungspersonen, während im AAI

nur die Eltern-Kind-Bindungen analysiert werden. Die Konzeptionalisierungen von Hazan et al. (1987) wurden mehrfach überarbeitet und verbessert und entfachten starke Forschungsaktivitäten (zusammenfassend Feeny, 1999; Simpson & Rholes, 1998).

Bartholomew (1990) modifizierte Hazan & Shaver's drei kategoriales Modell durch Zuhilfenahme von Bowlby's Konzeption der "internen Arbeitsmodelle". Bowlby (1986; Original: 1973) nahm an, daß Kinder im Laufe der Entwicklung bestimmte Bindungserfahrungen internalisieren und diese Internalisierungen nutzen, um zu beurteilen, ob "(a) eine Bindungsperson eine Person ist, die auf die Bitte um Unterstützung und Schutz reagiert oder nicht, und (b) ob die eigene Person bei anderen Menschen Unterstützung hervorrufen kann" (S. 204 im Original, 1973). Die erste Beurteilung bezieht sich auf das Bild eines Kindes vom anderen Menschen, die zweite bezieht sich auf das Selbstbild des Kindes. Durch eine Dichotomisierung beider Variablen erhält man ein Vierfelder-Schema mit vier prototypischen Bindungsmustern (siehe Abb. 1.1).

	positives Selbstmodell	negatives Selbstmodell
positives Anderenmodell	sicher	anklammernd
negatives Anderenmodell	abweisend	ängstlich-vermeidend

Abb. 1.1: Die vier theoretischen prototypischen Bindungsstile nach Bartholomew

Menschen mit einem positiven Selbstmodell hätten ein internalisiertes Gefühl des Selbstwertes, daß nicht von dauernder externer Validierung abhängig sei. Personen mit einem positiven Modell vom Anderen halten die Anderen für verfügbar und unterstützend, weshalb sie aktiv deren Nähe und Unterstützung suchen.

Bartholomew (1990) versucht ferner, mit ihrem Modell eine Brücke zwischen Main's und Hazan und Shaver's "Vermeidungskonzeptionen" (*avoidant* bzw. *dismissing*) zu schlagen. Main's distanziert Gebundene (Ds) seien sich selbst genug und bräuchten keine äußere Hilfe, sie ähneln Bowlby's Konstrukt der "zwanghaft Selbstbewußten" (1979; siehe auch Bowlby, 1983, S. 273). Diese Personen würden in den ursprünglichen Fragebogenmaßen von Hazan & Shaver (1987) häufig irrtümlicherweise als sicher gebunden klassifiziert (Selbstbeurteilung). Dagegen seien Hazan's "Vermeider" mit viel Selbstzweifel und wenig Selbstvertrauen ausgestattet. Sie fühlen sich von anderen nicht akzeptiert. Bartholomew argumentiert nun, daß beide "Vermeidungskonzepte" ihre Berechtigung hätten und daraus resultierten, daß irrtümlicherweise die "Dreier-Klassifikationslösung" einfach von den Kinderbindungen auf Erwachsenenbindungen übertragen worden seien. Dadurch sei nicht die ganze Variationsbreite der Erwachsenenbindungsmuster ausgeschöpft worden. Main's

"*dismissing*" ("Ds") Klasse wird bei Bartholomew dem *abweisenden* ("*dismissing*") Prototyp zugeteilt (positives Modell von sich und negatives von Anderen), während Hazan und Shaver's *vermeidender* Bindungsstil (*avoidant*) zum *ängstlich-vermeidenden* Prototyp ("*fearful*") im Modell von Bartholomew wird. Main's *verwickelte* Bindungsrepräsentation ("*enmeshed*") und Hazan et al.'s "*anxious-ambivalent*" Stil gehen etwa im Prototyp "*preoccupied*" (*anklammernd, beziehungsfixiert*) im Bartholomew Modell auf. Im einzelnen werden die Prototypen (Bartholomew & Horowitz., 1991) wie folgt im *Relationship Questionnaire* beschrieben:

Sicherer Prototyp:

Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen. Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich mich auf die anderen verlassen kann, und wenn die anderen sich auf mich verlassen. Ich mache mir keine Sorgen über das allein sein, oder darüber, daß andere mich nicht akzeptieren könnten.

Abweisender Prototyp:

Ich fühle mich wohl ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen. Es ist sehr wichtig für mich, mich unabhängig und selbständig zu fühlen, und ich bevorzuge es, nicht von anderen abhängig zu sein, oder daß andere von mir abhängig sind.

Anklammernder Prototyp:

Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein, aber ich bemerke oft, daß sich andere gegen soviel Nähe sträuben, wie ich sie mir wünschen würde. Ohne enge Beziehungen fühle ich mich unwohl, aber manchmal beunruhigt es mich, daß mich andere nicht so sehr schätzen, wie ich sie.

Ängstlich-vermeidender Prototyp:

Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu kommen. Ich möchte gefühlsmäßig nahe Beziehungen, aber ich finde es schwierig, anderen vollständig zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein. Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich es mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.

Später entwickelten Griffin & Bartholomew (1994) den kategorialen Ansatz weiter, indem sie einen Fragebogen mit verschiedenen Bindungsskalen entwarfen (Relationship Scales Questionnaire; RSQ; Steffanowski, 1999). Grau (1994) erarbeitete auf der Grundlage der vierkategorialen Typisierung von Bartholomew einen deutschsprachigen Fragebogen.

Brennan, Clark & Shaver (1998) benutzten 60 englischsprachige Fragebogen-Bindungsskalen, um einen „Mega-Fragebogen“ zu Erfahrungen in nahen Beziehungen faktorenanalytisch zu entwickeln. Mit den zwei gefundenen Dimensionen *Angst* und *Vermeidung* können mittels Diskriminanzfunktionen Personen zu einem der vier Bartholomew Typen zugeteilt werden. Grau (1999) entwickelte eine Kurzform ihres Fragebogens mit vergleichbaren Dimensionen wie Brennan et al. (1998). Beide Fragebogen korrelieren zu $> .9$, sind also praktisch identisch (Grau, 2000). Bindungsstilinstrumente der sozialpsychologischen Tradition bestanden bisher maßgeblich aus Fragebogen. Allerdings muß erwähnt werden, daß Bartholomew (Bartholomew & Horowitz, 1991; Bartholomew & Shaver, 1998) auch Fremdbeurteilungsinstrumente auf der Grundlage von Interviews entwickelte, um die Fragebogen zu validieren. Die Übereinstimmungen der Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente bezogen auf die Bartholomew-Typologie liegen im eher niedrigen Bereich ($r = .20 - .34$; Bartholomew & Shaver, 1998). Inzwischen wird sogar von ehemaligen Kritikern der Fragebogenmethodologie die Validität der sozialpsychologischen Instrumente hinsichtlich der Prädiktion von Verhalten in Partnerschaften, der kognitiven Organisation und psychophysiologischer Maße herausgestellt (Hesse, 1999, S. 423; Main, 1999, S. 878).

1.3. Klinische Tradition

Die Bindungstheorie war von ihrem Begründer John Bowlby als klinische Theorie konzipiert, wurde jedoch vor allem von den Entwicklungspsychologen aufgegriffen und weiterentwickelt. Während der US-Psychiater Adolf Meyer die Rolle der Lebensereignisse heraushob, betonte Freud die Bedeutung der Wahrnehmung und Konstruierung bei der Entstehung psychischer Störungen. Bowlby (1988) behauptete, daß die Interaktion von internen und externen Faktoren zu psychischen Störungen führe. Es solle eine Brücke zwischen den prospektiven Studien, die maßgeblich die externen Faktoren erfassen (z. B. Ainsworth, Grossmann) und den retrospektiven Studien (z. B. Brown & Harris, 1978) geschlagen werden. Bowlby's Haupthypothese zur Entstehung psychischer Störungen war, daß die Art der Entwicklung von Bindung und ihre Organisation während der Kindheit und Jugend verschiedener Individuen die Hauptdeterminanten für die Entwicklung psychischer Störungen (bzw. psychischer Gesundheit) sind (Bowlby, 1988). Die Bedeutung der Verfügbarkeit einer Bezugsperson in der Kindheit wurde mehrmals als protektiver Faktor für eine später "gelungene" Entwicklung bestätigt (Rutter, 1990; Tress, Riestler & Gegenheimer, 1989; Werner, 1989).

Seit etwa Mitte der Achziger Jahre erweckte die Bindungstheorie im klinischen Bereich vermehrt Aufmerksamkeit, was sich wahrscheinlich durch den Einbezug der Bindungsrepräsentation in die Forschungsbemühungen („move to the level of representation“; Main, Kaplan & Cassidy, 1985) und die zunehmend besseren Operationalisierungen der Erwachsenen-Bindungsmethoden (v. a. AAI) erklären läßt. In zahlreichen Monographien und Artikeln (z.B. Themenhefte des anerkannten *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; Atkinson & Zucker, 1997; in Deutschland: z. B. Brisch, 1999; Buchheim, Brisch & Kächele, 1998; Köhler, 1992; Strauss & Schmidt, 1997) wurden die Implikationen für die klinische Praxis herausgearbeitet.

Einige Autoren sehen in der Bindungstheorie eine Hilfe zum besseren Verständnis verschiedener *klinischer Störungsbilder* wie dem der Agoraphobie (z. B. Liotti, 1991), der Borderline Störung (Fonagy et al., 1995), der dependenten Persönlichkeitsstörung (Livesley, Schroeder & Jackson, 1990), den psychosomatischen Störungen (Strauss & Schmidt, 1997) und vor allem der Persönlichkeitsstörungen (z. B. Henry, 1997; Horowitz, Milbrath & Stinson, 1997). Die Bindungstheorie könnte eine „Tiefenstruktur“ für die häufig untereinander komorbid vorliegenden Persönlichkeitsstörungen darstellen (Pilkonis, 1997; West & Sheldon-Keller, 1994, S. 134). Ferner könnte sie einen Beitrag zur Entwicklung eines dimensional Modells (z. B. Widiger, 1991) von Persönlichkeitsstörungen leisten, welches die Schwächen der bisherigen kategorialen Diagnostik (z.B. Kriterienüberlappungen und artifizielle Komorbiditäten) in den gängigen Diagnosemanualen DSM oder ICD ausgleicht. Interessanterweise sind die Weiterentwickler der interpersonellen Theorie (z. B. Benjamin, 1993; Kiesler, 1983) unabhängig von der Bindungstheorie im Rahmen der interpersonellen Zirkumplexmodelle (Leary, 1957) auch auf die Hauptdimension "Interdependence" mit den beiden Polen "Enmeshment" (Verstrickung) und "Differentiation" (Differenzierung, Unterscheidung) gestoßen.

Während sich einige Autoren mit der Bedeutung der Bindungstheorie für die *Klassifikation von Störungen im Kindesalter* beschäftigten (z. B. Greenberg, 1999; Zeanah & Emde, 1994), interessieren sich andere für die praktische Umsetzung der Bindungstheorie in der Therapie von Kindern (z. B. Brisch, 1999; Lieberman & Zeanah, 1999) oder Erwachsenen (z. B. Byng-Hall, 1999; Fonagy, 1999; Slade, 1999). Hierbei wird zumeist auf die Bedeutung der aus Bowlby's Sicht (1988) zentralen Aufgaben des Therapeuten eingegangen (z. B. Wartner, 1995). Andere Autoren behandeln das Verhältnis von Psychoanalyse und Bindungstheorie (z.B. Fonagy, 1999; Holmes, 1993), den Nutzen, den die psychoanalytische Praxis aus der Bindungstheorie ziehen kann (z. B. Buchheim et al., 1998) und die Untersuchung der Prognose des Therapieerfolgs durch zu Therapiebeginn vorliegende Bindungscharakteristika

(z. B. Dozier, 1990; Fonagy et al., 1995; Kiss, 1999; Mosheim, 1999; Mosheim et al., 2000; Pilkonis et al., 1998). Gerade zur prädiktiven Validität der Bindungsstile bzw. -repräsentationen (Kriterium: Therapieerfolg) liegen bisher weitgehend eher sehr heterogene Befunde vor, die hinsichtlich zahlreicher Kriterien (z. B. Bindungsmethodik, Diagnosen, Art der Behandlung) auch kaum miteinander verglichen werden können. So war bei Mosheim et al. (2000) eine größere *Bindungssicherheit* der Patienten bei Behandlungsbeginn mit einem leicht günstigeren Therapieerfolg verknüpft, während sich bei Fonagy et al. (1995) vor allem die *distanziert* gebundenen Patienten verbesserten und sich bei Dozier (1990) die *distanziert* Gebundenen gerade am *wenigsten* verbesserten.

Mehrere Autoren konzeptualisierten den *Therapeuten als Bindungsfigur* und die therapeutische Beziehung im Rahmen eines Bindungsprozesses (z. B. Dozier, Cue & Barnett, 1994; Farber, Lippert & Nevas, 1995). Mallinckrodt, Gantt & Coble (1995) entwickelten einen Fragebogen zur Erfassung der Bindung an den Einzeltherapeuten. Dieses faktorenanalytisch fundierte Instrument („Client Attachment to Therapist Scale“ - CATS) enthält drei Skalen (*sicher*, *vermeidend-ängstlich*, *verstrickt*), wobei die internen Konsistenzen für zwei der drei Skalen nur unzureichend unter $\alpha = .7$ lagen. Erste Validierungen an anderen Fragebogen zu Objektbeziehungen oder zur therapeutischen Arbeitsbeziehung waren erfolgreich. Mestel (1996) übertrug den CATS ins Deutsche und entwickelte daraus ein Instrument, welches auch die Bindung an Mitpatienten in einer Skala abdeckt (*Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen*, GSB). Von Höger (1999) stammt ein Fragebogen, der die bindungsrelevanten Erwartungen an den Therapeuten vor Beginn einer therapeutischen Intervention abbildet, der *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen* (BFKE). Andere Autoren untersuchten die Interaktion der Bindungsmuster des Therapeuten und der des Patienten und versuchten damit das Behandlungsergebnis zu präzisieren (Stuart, Pilkonis, Heape, Smith & Fisher, 1990; Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999). Während Stuart et al. (1990) fanden, daß nur „marginal *bindungssichere*“ Therapeuten häufiger als „eindeutig *sichere*“ Behandlungsabbrecher unter den Patienten hatten, ergab sich bei Tyrrell et al. (1999) eine Interaktion dahingehend, daß Patienten mit stärkerer *Deaktivierung* (AAI-Skala nach Kobak et al., 1993) hinsichtlich der Arbeitsbeziehung und dem Funktionsniveau besser bei Therapeuten abschnitten, die wenig *deaktivierend* waren, aber stärker *deaktivierende* Therapeuten bessere Ergebnisse bei eher wenig *deaktivierenden* Patienten aufwiesen.

Im klinischen Feld wurden zahlreiche neue Instrumente wie die „reflective-self-scale“ (Fonagy et al., 1995) entwickelt (Übersicht bei Crowell et al., 1999), von denen vor allem das

„Adult Attachment Prototype Rating“ (AAPR; Pilkonis, 1988; dt. von B. Strauss) erwähnt werden soll. Beurteiler schätzen hierbei einen Patienten hinsichtlich seiner Bindungsstil-Ähnlichkeit mit sieben verschiedenen klinisch definierten Prototypen ein.

Alle drei Traditionen der Bindungsforschung in der Kindheit und im Erwachsenenalter werden zusammen mit der biologischen Perspektive im aktuellsten „Handbook of Attachment“ (Cassidy & Shaver, 1999) aufgegriffen und gewürdigt. Die im Zuge der drei Traditionen entwickelten Instrumente wurden zumeist hinreichend hinsichtlich der wissenschaftlichen Gütekriterien untersucht, was besonders die Reliabilität, Stabilität und Validität betrifft. Hervorzuheben ist, daß die Instrumente zur Erwachsenenbindung, die in den drei Traditionen entstanden sind, Unterschiedliches messen, auch wenn sich die Benennungen der Klassifikationen oder Bindungsskalen zum Teil decken (Überblicke dazu bei Bartholomew & Shaver, 1998; Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Bartholomew & Shaver (1998) stellen ein hypothetisches Kontinuum von Erwachsenen-Bindungsinstrumenten auf, um die bisherigen empirischen Befunde der Kreuzvalidierungen der Instrumente zu systematisieren (Abb. 1.2). Je näher die Instrumente auf diesem Kontinuum zusammen liegen, desto höher sind die erwarteten und beobachteten Korrelationen. Klinische Bindungsinterviews wie das AAPR müßten etwa in der Mitte des Kontinuums liegen und klinische Bindungsfragebogenskalen auf der rechten Seite des Kontinuums.

Instrument	AAI	AAI	Family Attachment Interview	Peer Attachment Interview	Current Relationship Interview	Multi-Item Attachment Scales	Categorical Peer-Self report	Categorical Romantic Self report
Autor(en)	Main & Goldwyn	Q-sort (Kobak)	Bartholomew	Bartholomew	Crowell	diverse authors	diverse authors	diverse authors

Abb. 1.2: Hypothetisches Kontinuum von Erwachsenen-Bindungsinstrumenten (nach Bartholomew & Shaver, 1998, S. 38)

Die zumeist nur mäßigen Zusammenhänge der Instrumente erklären Bartholomew & Shaver (1998) mit der Aufstellung verschiedener theoretischer Kategorien, mit der Methodenvarianz (Interview vs. Fragebogen), mit dem kummulierten Meßfehler gerade bei Selbstbeurteilungsmaßen, mit der Abbildung bewußter oder unbewußter Inhalte, mit der

Fokussierung auf verschiedene Interaktionspartner (Eltern, Freunde, Liebespartner etc.) und mit der zu geringen Power (d. h. auch der zu geringen Stichprobenanzahl) bei Studien mit Bindungskategorien. Verschiedene Bindungsinstrumente erfassen unterschiedliche Aspekte von Bindung beim Erwachsenen und sind insofern komplementär einzusetzen (Main, 1999, S. 878). Deshalb werden die für die vorliegende Arbeit herangezogenen Forschungsbefunde getrennt nach den verschiedenen Instrumenten dargestellt.

Das Gebiet der Erwachsenen-Bindungsforschung, welches vor 1980 praktisch nicht existierte, ist inzwischen zu einem der am meist untersuchten Felder der Entwicklungs-, Sozial-, und Klinischen Psychologie geworden. Zwischen 1987 und 1997 erschienen um die 800 Artikel bzw. Buchkapitel (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, S. 457).

1.4 Aktueller Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Psychodiagnosen und Bindungsmustern bei Erwachsenen mit dem Schwerpunkt auf die Borderline und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Prinzipiell ist in klinischen Populationen von einer Unterrepräsentation von Personen mit sicherer Bindungsrepräsentation/sicherem Bindungsstil auszugehen. So fanden Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996) in einer häufig zitierten Meta-Analyse klinischer AAI-Studien, ausschließlich basierend auf der Main/Goldwyn-Auswertung, im Durchschnitt nur 12,5 % *sicher* gebundene Personen. Im Vergleich dazu waren in den Vergleichsgruppen von gesunden Müttern 58 % *sicher* gebundenen, bei gesunden Vätern 62 % und bei Personen mit niedrigem Sozialstatus immer noch 48 %. In diese Meta-Analyse gingen allerdings wenige klinisch auffällige *Erwachsene* ein (Fonagy et al., 1993; Patrick et al., 1994), sondern vor allem Adoleszente oder Eltern, deren Kinder klinisch auffällig geworden waren. In der bisher gründlichsten aktuellen Literaturanalyse fanden Dozier et al. (1999) mittels fünf Studien (N= 258: Cole-Detke & Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996; Patrick et al., 1994; Rosenstein & Horowitz, 1996; Tyrrell & Dozier, 1997) im Durchschnitt 16,3 %¹ *sicher* gebundene klinisch auffällige Erwachsene aus verschiedenen Diagnosegruppen (Dreifachklassifikation, d. h. ohne U-Kategorie). 43,8 % waren *verstrickt* gebunden und 39,9 % *vermeidend*. Der Anteil *sicher* gebundener Personen lag in den Studien zwischen 3 und 24 %. In drei nicht in die Übersichtsarbeit inkludierten deutschen Studien mit klinischem Klientel lagen die Prozentsätze an Personen mit *sicherer*

¹ Der Prozentsatz wurde aus den Originalstudien errechnet, da sich im Überblicksartikel von Dozier et al. (1999) die Gruppen überlappen.

Bindungsrepräsentation auch in diesem Bereich (Böddeker, 1996; Hermanuz & Hermanuz, 1996, Scheidt, Waller, Schnock, Becker-Stoll, Zimmermann, Lücking & Wirsching, 1999). Studien, die *Bindungsstilfragebogen* im klinischen Feld einsetzten, kamen zum Ergebnis, daß die allermeisten (ca. 80 - 90 %) depressiven (Carnelley, Pietromonaco & Jaffe, 1994; Hammen, Burge, Daley, Davila, Paley & Rudolph, 1995) und eßgestörten (Brennan & Shaver, 1995; Burge, Hammen, Davila, Daley, Paley, Lindberg, Herzberg & Rudolph, 1997) Patienten *unsichere* Bindungsmuster aufwiesen. Von 127 gemischten stationären psychosomatischen Patienten, teilten sich nur 19 % (vs. 62 % einer gesunden Vergleichsgruppe) dem *sicheren* Bindungsmuster nach Bartholomew (RQ-1) zu (Mestel, 1996). Auch auf allen *unsicheren* Bindungsskalen der eingesetzten sieben Bindungsstilinstrumente wiesen die Patienten signifikant höhere Werte auf im Vergleich zur Gruppe der klinisch Unauffälligen. Von einer ambulanten Patientenstichprobe (N= 103) eines einwöchigen gruppenpsychotherapeutischen Workshops (Mestel, 1999a) beschrieben sich zu Beginn 32 % im RQ-1 als *sicher* gebunden.

Beim *klinischen Fremdbeurteilungsinstrument* von Pilkonis (AAPR) wurden in den bisherigen klinischen Stichproben mit gemischtem Diagnoseklientel nur 2,7 % (Pilkonis et al., 1998), 3,2 % (Mosheim, 1999) und 4,8 % (Lobo, 1997) *sicher* gebundene gefunden. Diese Prozentsätze liegen wiederum deutlich unter den Anteilen an sicheren AAI-Bindungsrepräsentationen bei Patienten, was sich vielleicht durch einen klinischen Bias des Instrumentes im Sinne einer Pathologisierung erklären läßt.

1.4.1 Borderline Persönlichkeitsstörung

1.4.1.1 Theoretische Verknüpfungen mit der Bindungstheorie

Das Hauptmerkmal der Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (1996) besteht in einem „tiefgreifenden Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“. Betrachtet man die DSM-IV Kriterien (Abb. 1.3) im einzelnen, dann fallen sofort einige elementare Zusammenhänge mit dem ambivalenten Bindungsmuster in der Kindheit bzw. der verstrickten Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen auf.

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

-
1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

 2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

 4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Freßanfälle“). **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind

 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

 7. Chronische Gefühle von Leere

 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

 9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Abb. 1.3: Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung (DSM-IV, 1994)

Analog zu *ambivalenten* Kindern (C-Kinder nach Ainsworth) deutet das erste Kriterium auf starke Trennungsängstlichkeit hin, d. h. es besteht ein übertriebenes und aufdringliches Bindungsverhalten bzw. der Explorationsdrang ist aufgrund der übermäßigen Aktivierung des Bindungssystems bei Trennungen dauerhaft nicht aktiviert (Kriterium 1; vgl. Gunderson, 1996; Sable, 1997). Borderline Patienten neigen bei Trennung von ihren Bindungsfiguren dazu zu regredieren, und das große Ausmaß an befürchteten Verlust und das geringe Bewußtsein einer „sicheren Basis“ (nach Ainsworth) sind charakteristisch für *ambivalente* Bindungsmuster (Livesley & Schroeder, 1991; West, Keller, Links & Patrick, 1993). Es wird alles versucht, Trennungen zu vermeiden bis zu manipulativen Suizidversuchen (Kriterium 5). Der Zustand des Allein gelassen werdens verbunden mit

Leeregefühlen (Kriterium 7) kann zu Selbstverletzungen (Kriterium 5), starker Impulsivität (Kriterium 4) oder heftiger Wut (Kriterium 8) führen. Gerade die heftige Wut ist neben dem starken Suchen nach Nähe die zweite Komponente der *Ambivalenz* bei C-Kindern.

Ein übertriebener, nicht mehr angemessener aktueller Ärger auf Bindungsfiguren gilt ferner in der Main & Goldwyn Auswertung des AAI als zentrale Skala zur Klassifikation als *verstrickt*. Auch gilt „Impulsivität im Sprachstil“ (z. B. Überfluten des Gegenübers mit irrelevanten Details) genauso wie ein übermäßig gefühlsmäßiger Erzählstil (Kriterium 6: Affektive Instabilität) als typisch für eine *verstrickte* Bindungsstrategie. Allerdings spricht das Muster instabiler Beziehungen mit den Polen Idealisierung und Abwertung (Kriterium 2) für das Vorliegen einer *distanzierten* Bindungsrepräsentation. Dies gilt selbst dann, falls im Diskurs des AAI eine Oszillation von *Idealisierung* und *Abwertung* vorliegt. Daneben muß beachtet werden, daß nur fünf aus neun DSM-IV Kriterien gegeben sein müssen, d. h. es können zahlreiche Figurationen von Kriterien bestehen. So fanden Clarkin, Hull, Hurt & Stephen (1993) mehrere Subcluster von Borderline Patienten mit unterschiedlichen Implikationen für die Behandlung und den Verlauf der Therapie. Es sind somit Kriterienfigurationen denkbar, die sowohl mit einer vermeidenden als auch mit einer *verstrickten* Bindungsrepräsentation einhergehen, wobei die Marker für eine *verstrickte* Bindungsstrategie bei Borderline Patienten eindeutig überwiegen.

Es ist bekannt, daß Borderline Patienten zur Übertreibung der Psychopathologie (z. B. Dozier et al., 1999; Newmark, Chassin, Gentry & Evans, 1984) und zu einer Maximierung des Ausdrucks an Bindungsbedürfnissen neigen. Mehrere Autoren fanden, daß Personen mit *verstrickter* Bindungsstrategie ebenso zu einer vermehrten Darstellung von Symptomen tendieren (Dozier & Lee, 1995; Kasten & Schauenburg, 1999; Kobak & Sceery, 1988; Pianta, Egeland & Adam, 1996; Pilkonis et al., 1998). Diese Befunde könnten einen indirekten Zusammenhang zwischen der Borderline Störung und der *verstrickten* Bindungsorganisation nahelegen. Die Arbeitsmodelle von Borderline Patienten sind gekennzeichnet durch ein Bild von den Eltern als inkompetent und unvorhersagbar in ihrer Verfügbarkeit. In der Regel sehen Borderline Patienten vorzüglich die negativen Aspekte der Kindheitsinteraktionen mit den Eltern und stellen diese massiv heraus (z. B. Sack, Sperling, Fagan & Foelsch, 1996; Zanarini & Frankenburg, 1997). Personen mit *verstrickter* Bindungsrepräsentation sehen die frühere Beziehung zu den Eltern eher in einem negativen Licht. Die häufiger im Vergleich zu den meisten anderen klinischen Störungsgruppen bei Borderline Patienten auftretenden sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit (z. B. Dombrowski, 1996; Ogata et al., 1990) erhöhen

die Wahrscheinlichkeit für die Erfahrung von ambivalenten Botschaften („Liebe, Angriff, Kontrolle“; siehe Benjamin, 1993), was wiederum ein Nährboden für eine *verstrickte* Bindungsrepräsentation sein könnte. Die Eltern *ambivalenter* C-Kinder waren häufig unvorhersagbar in ihrer Verfügbarkeit für die Bindungsbedürfnisse der Kinder (Ainsworth et al., 1978). Eine höhere Basisrate an Traumaerfahrungen erhöht ferner die Wahrscheinlichkeit, daß diese Erfahrungen unverarbeitet bleiben, was sich in einer Bindungsrepräsentation als *unresolved/disorganized* (U/d nach Main & Goldwyn, 1985 - 1999) äußern könnte. U/d Klassifikationen treten mit höherer Wahrscheinlichkeit bei *verstrickten* Personen auf (Adam, Sheldon-Keller & West, 1996). Die hohen Raten an Borderline Patienten mit längeren Trennungserfahrungen von den Eltern in der Kindheit (z. B. Soloff & Millward, 1983) oder emotionaler Vernachlässigung durch die Eltern (z. B. Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz & Frankenburg, 1989) erhöhen nur die Wahrscheinlichkeit für eine *unsichere* Bindungsrepräsentation, können jedoch keineswegs auf eine spezifische *unsichere* Bindungsstrategie hinweisen.

Melges & Schwartz (1989) propagierten, daß die Oszillationen im Bindungsverhalten von Borderline Patienten von einer problematischen Distanzregulation herkommen. Falls sie sich zu sehr anderen annähern, fürchten sie vereinnahmt zu werden (wie häufig früher von der Mutter), wenn sie auf Distanz gehen, fürchten sie, verlassen zu werden. Die häufig durch dieses Verhalten evozierten ambivalenten Reaktionen der Umwelt verstärken die Oszillationen der Borderline Patienten noch. Auch vermuten die Autoren, daß die Oszillationen im Bindungsverhalten eine Folge einer früheren C-Bindung des Kindes sein könnten. Fonagy et al. (1995) entwickelten ein transgenerationales Modell der Entstehung der Borderline Störung, in dessen Kern sie davon ausgehen, daß BPS-Patienten die Überlebenden eines sexuellen Traumas sind, deren Anpassungsleistung darin bestand, sich nicht mit den Inhalten des elterlichen „Geisteszustandes“ (minds) auseinanderzusetzen. Dadurch gelang es ihnen erfolgreich, nicht über den Wunsch der Eltern nachzudenken, sie zu verletzen. Sie unterbrachen folglich ihre eigenen „metacognitive monitoring“ Prozesse (Selbstreflexivität oder Fähigkeit des reflexiven Selbst) in allen folgenden Beziehungen. Sie begrenzen somit unbewußt aber absichtlich ihre Fähigkeit, Gefühle und Gedanken bei sich und anderen zu erleben und auszudrücken.

1.4.1.2 Empirische Studien

In den zwei *AAI-Studien* mit Borderline Patientinnen wurden diese zu 75 % (Fonagy et al., 1996) bzw. zu 100 % (Patrick et al., 1994) der Klassifikation *enmeshed* (*verstrickt*) zugeteilt. Zehn von zwölf Patienten der Patrick-Studie und 47 % der Borderline Patienten der Arbeit von Fonagy et al. (1996) wurde die Kategorie E3 („*ängstlich-verstrickt* bezüglich traumatischer Ereignisse“) zugewiesen, eine Klassifikation die sowohl in gesunden als auch in klinischen Populationen nach Schätzung von AAI-Auswertern (Fonagy et al., 1996) äußerst selten vergeben wird. 89 % (Fonagy et al., 1996) bzw. 75 % (Patrick et al., 1994) der Borderline Patienten wiesen ferner zusätzlich *desorganisierte* Anzeichen nach Main & Goldwyn auf. Rosenstein & Horowitz (1996) fanden im Vergleich zu anderen klinischen Gruppen keinen übermäßig hohen *verstrickten* Anteil unter elf Patienten mit einer deutlich erhöhten MCMI-Borderline Skala (63,6 %). Auch unterschieden sich Patienten mit vs. ohne erhöhter MCMI-Borderline Skala nicht hinsichtlich der Verteilung von distanzierten oder verstrickten Bindungsrepräsentationen ($p = .43$).

Mittels verschiedener *Selbstbeurteilungsskalen* wurden Bindungsstile oder Bindungsmuster von Borderline Patienten untersucht. Sperling, Sharp & Fishler (1991) fanden, daß 24 Borderline Patienten verglichen mit einer nach sozio-demographischen Merkmalen gematchten College-Vergleichsgruppe höhere Ausprägungen auf der Skala *resistant/ambivalent* und niedrigere auf der Skala *dependent* des *Attachment Style Inventory's* (Sperling & Berman, 1991) aufwiesen. Diese Befunde galten sowohl für die Bindung an Freunde als auch an Liebespartner. Es gab keine Unterschiede auf der *Vermeidungsskala*. Bar-Haim, Solomonica-Levi, Tishby & Yerushalmi (1999) belegten an einer Stichprobe mit 217 ambulanten Patienten höhere Werte auf den *Ambivalenzskalen* der *Adult Attachment Scale* (Collins & Read, 1990) für die Borderline-Gruppe. Allerdings wiesen auch Patienten mit Eßstörungen und narzißtischer und histrionischer Persönlichkeitsstörung entsprechend hohe *Ambivalenzwerte* auf. In der Untersuchung von Sack et al. (1996) wurden 49 Borderline Patienten mit gesunden College-Studenten hinsichtlich fünf Bindungsfragebogen verglichen. Auf dem erwähnten *Attachment Style Inventory* lag die klinische Gruppe hochsignifikant höher bei den Skalen *avoidant*, *hostile* und *ambivalent* und niedriger bei *dependent* und *security*. Bei Mestel (1996) wiesen die zehn stationären Borderline Patienten höhere Werte in den *ambivalenten* Fragebogenskalen auf im Vergleich zu 117 klinisch auffälligen Vergleichspersonen. Im *Reciprocal Attachment Questionnaire* (West, Sheldon & Reiffer, 1987) hatten die Borderline Patienten höhere Werte auf den Skalen *angry withdrawal*, *compulsive*

careseeking, compulsive self-reliance, availability, feared loss und *separation protest*. Keine Unterschiede gab es auf den Skalen *compulsive caregiving, proximity seeking* und *use of attachment figure*. Auf dem kategorialen Fragebogen von Hazan & Shaver (1987) teilten sich 9 % der Borderline-Gruppe der Kategorie *secure* zu (vs. 67 % der Vergleichsgruppe), 23 % der Kategorie *ambivalent* (vs. 8 %) und 68 % der Kategorie *avoidant* (vs. 25 %). Wie bereits erwähnt deckt sich die Hazan & Shaver Kategorie *avoidant* mit der Bartholomew Kategorie *fearful* (ängstlich-vermeidend). Auf dem *Attachment History Adjective Sort* beschrieben die Borderline Patienten ihre Eltern früher und aktuell als weniger *aufmerksam, responsiv, respektvoll, verständnisvoll, gefühlvoll* und *liebervoll* und *mehr kritisch* und *mißbrauchend*. Im *Bell Object Relations Reality Testing Inventory* (Bell, Billington & Becker, 1986) gab die klinische Gruppe mehr *Entfremdung, Egozentrität, unsichere Bindung* und *soziale Inkompetenzgefühle* an. In einer Studie an 1407 Psychologiestudenten ermittelten Brennan & Shaver (1998) keine Zusammenhänge zwischen einem der vier Bindungsstile nach Bartholomew (RQ-1) und dem Ausmaß an Borderline Charakteristika, gemessen mit einem Persönlichkeitsstörungsfragebogen (*Personality Disorder Questionnaire-revised*; PDQ-R: Hyler, Skodol, Kellman, Oldham & Rosnick, 1990). Von den Studenten, die nach den PDQ-R Cut-off Kriterien den Verdacht auf eine Borderline Störung aufwiesen, ordneten sich 32 % als *ängstlich-vermeidend* ein, 30 % als *sicher*, 25 % als *anklammernd* und 13 % als *distanziert*. Bezogen auf die relativen Häufigkeiten lag die Borderline-Gruppe in keiner Bindungskategorie markant an erster oder letzter Stelle im Vergleich zu den anderen zehn DSM-III-R Persönlichkeitsstörungen. Sehr schizoide Personen waren am häufigsten *ängstlich-vermeidend* und *distanziert* und Personen mit starken Zügen der dependenten Persönlichkeitsstörung waren prozentual am häufigsten *anklammernd*. Die Ergebnisse können jedoch nur sehr bedingt auf echte klinische Gruppen übertragen werden, da bekannt ist, daß der PDQ-R zu viele „false alarms“ produziert (z. B. bei Wäschenbach, 2000: Durchschnittlich über alle elf Persönlichkeitsstörungen 57,7 %), d. h. daß die meisten der Personen, die nach dem PDQ-R eine „Persönlichkeitsstörung“ aufweisen nach einem strukturierten klinischen Interview keine solche Diagnose mehr erhalten würden. West et al. (1993) fanden an einer Stichprobe von 47 weiblichen Borderline Patientinnen, „diagnostiziert“ durch sehr hohe Ausprägungen auf der MCMI-Borderline Skala (Millon Clinical Multiaxial Inventory; Millon, 1983), daß diese Patientinnen die höchsten Werte auf den *Reciprocal Attachment Questionnaire* Skalen (West et al., 1987) *feared loss of the attachment figure, compulsive care seeking* und *angry withdrawal* aufwiesen. Zusammenfassend wird deutlich, daß in

den gängigsten Selbstbeurteilungsinstrumenten (Hazan & Shaver; Bartholomew) der Anteil an *Ambivalenz*-Skalen den Anteil an *Vermeidungs*-Skalen zumeist überragt.

Eine Studie mit dem Interview basierten klinischen Bindungsinstrument AAPR (Pilkonis, 1988) brachte das Ergebnis, daß von den 37 Borderline Patienten 68 % *ambivalente* Muster aufwiesen, 30 % gemischte *ambivalente-vermeidende* Muster und nur eine Person (2 %) ein *vermeidendes* Muster (Pilkonis, Proietti, Heape & Kim, 1998).

1.4.2 Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

1.4.2.1 Theoretische Verknüpfungen mit der Bindungstheorie

Bowlby (1986/1973) nahm an, daß alle Formen von Angststörungen mit Ausnahme von Tierphobien am besten durch die Angst verstanden werden können, die Bindungsfigur zu verlieren bzw. deren Verfügbarkeit sicherzustellen. Weiter vermutet Bowlby (1979, S. 169 und 1986, S. 346ff), daß Personen mit Schulphobien und Platzangst früher häufig Erfahrungen mit Angstbindung (Bindungsverhalten wird aus der Angst heraus, die Eltern zu verlieren, gezeigt) und einem Rollentausch mit den Eltern erlebt haben. Beide Merkmale stehen in Verbindung zur *verwickelten* Bindungsstrategie (AAI). Der Kernkonflikt bestehe nach Bowlby darin, daß die Personen Angst hätten, das Zuhause (die sichere Basis) zu verlassen. Ebenso sieht der kognitive Psychotherapeut Liotti (z. B. 1991, 1992) Panikstörungen und Agoraphobien in einer engen Assoziation zum *unsicher-ambivalenten* Bindungsstil, da die genannten klinischen Syndrome oft durch Trennungs- oder Verlustdrohungen, Ehestreitigkeiten oder eine vom Symptomträger wahrgenommene Zurückweisung von der geliebten Person ausgelöst werden. Eine *unsicher-ambivalente* Bindungsqualität beim Kind könnte nach Liotti als ein Startmarker für die Entwicklung einer späteren Agoraphobie angesehen werden. Ein Zusammenhang zwischen *unsicher-ambivalenten* Bindungen und dem Vorliegen von allgemeinen Angststörungen wird auch durch den Befund nahegelegt, daß in retrospektiven Befragungen von Patienten mit Angststörungen (Sheehan, Sheehan & Minichiello, 1981) 33% der Patienten bereits als Kinder unter einer Agoraphobie gelitten haben (siehe auch Mendel & Klein, 1969, zitiert in Florin & Fiegenbaum, 1990) und 22% unter Schulängsten (Berg, Marks, McGuire & Lipsedge, 1974). Letztere können oft als Ausdruck von Trennungsängsten verstanden werden und sind damit häufig direkt bindungsbezogene Probleme. Ein Merkmal *ambivalent* gebundener Kinder (nach Ainsworth et

al., 1978) stellt Trennungsängstlichkeit dar. Geht man nun von einer Kontinuität des Vorliegens von Angststörungen von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter aus, dann könnte dies auf eine Häufung von *verstrickten* Bindungen auch bei Erwachsenen mit Angststörungen schließen lassen. Weder Bowlby noch Liotti machten jedoch differenzierte Angaben zur spezifischen Ätiologie der *sozialen* Phobie bzw. selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung.

In ihrer Übersichtsarbeit zu Bindungsmustern bei Angststörungen weisen Dozier et al. (1999) darauf hin, daß angstgestörte Patienten ebenso wie solche mit affektiven Störungen eine heterogene Gruppe darstellen. Die Problematik der meisten Angstpatienten kann durch eine Kombination von Angst und Vermeidung gekennzeichnet werden. Steht die Angst im Vordergrund wie bei der generalisierten Angststörung oder der Panikstörung, so resultiert daraus eine Maximierung des Ausdrucks von Bindungsbedürfnissen, dominiert jedoch das klinische Bild der Vermeidung wie bei Phobien, so zeigt sich im Gegenteil eine Minimierung des Ausdrucks von Bindungsbedürfnissen (Dozier et al., 1999, S. 504).

Das Hauptmerkmal der *Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung* nach DSM-IV (1996) besteht in einem tiefgreifenden Muster „von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung“. Im Vordergrund der DSM-IV Kriterien (Abb. 1.4) steht ein stark negatives „Arbeitsmodell“ vom Selbst, was die Vermeidung sozialer Situationen in zahlreichen Lebensbereichen nach sich zieht. Der Grund, weshalb diese Personen soziale Beziehungen meiden, kann einerseits durch das schlechte Selbstkonzept und andererseits durch die Erwartung von Zurückweisung, Erniedrigung und Kritik durch andere begründet sein. Die übermäßige Beschäftigung mit Furcht vor Zurückweisung legt nahe, daß diese Personen in früheren Interaktionen entsprechend schlechte Erfahrungen gemacht haben (Millon, 1981). So fanden z. B. Stravynski, Elie & Franche (1989), daß Personen mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung das elterliche Verhalten im Unterschied zu einer Vergleichsgruppe konvergent als eher *unterdrückend*, *feindselig-einengend* und nur wenig *einführend* erinnerten. Nach den bindungstheoretischen Studien zur elterlichen Sensitivität stellen Erfahrungen mit elterlichen Zurückweisungen einen zentralen Prädiktor für eine *vermeidende* Bindung beim einjährigen Kind dar (Überblick bei Köhler, 1992).

Ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Vermeidet aus Angst vor Kritik, Mißbilligung oder Zurückweisung berufliche Aktivitäten, die engere

zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen.

2. Läßt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, daß er/sie gemocht wird.

3. Zeigt Zurückhaltung in intimeren Beziehungen, aus Angst beschämt oder lächerlich gemacht zu werden.

4. Ist stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden.

5. Ist aufgrund von Gefühlen der eigenen Unzulänglichkeit in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt.

6. Hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen.

7. Nimmt außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder irgendwelche neuen Unternehmungen in Angriff, weil dies sich als beschämend erweisen könnte.

Abb. 1.4: Kriterien der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

Die deskriptiven SPS-Vermeidungskriterien des DSM-IV legen ferner nahe, daß es sich bei Personen mit SPS häufiger um Erwachsene mit *vermeidender* Bindungsrepräsentation handelt.

Verläßt man die DSM-IV Kriterien, wird von verschiedenen Autoren der deutliche Bindungs- bzw. Nähewunsch der SPS-Patienten beschrieben (z. B. Pilkonis, 1984, Thompson-Pope & Turkat, 1993; Trautmann-Sponsel & Zaudig, 1997). Dieser Wunsch unterscheidet Selbstunsichere von Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV. Sullivan (1980) und Jervis (1978; zitiert nach Fiedler, 1994) sprechen von einem Konflikt zwischen Bindungsverlangen und Bindungsangst bei selbstunsicheren Patienten. Der Wunsch nach Nähe bei gleichzeitiger Furcht vor Zurückweisung stellt auch das zentrale Muster des *ängstlich-vermeidenden Bindungsstils* nach Bartholomew (1990) dar. Das ängstlich-vermeidende Muster gilt als eine Variante der *Vermeidung* beim Erwachsenen. Sheldon & West (1990) konnten empirisch belegen, daß der Wunsch nach Nähe und die Furcht davor klinisch relevanter für die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung ist als der Mangel an sozialen Fertigkeiten. Zusammenfassend spricht der Nähewunsch der SPS-Patientinnen *gegen* eine *zu* stark ausgeprägte

vermeidende Bindung. Ob er eher für *sichere* oder *verstrickte* Bindungsanteile spricht, bleibt offen.

1.4.2.2. Empirische Studien

Die bisherigen empirischen Studien untersuchten vor allem Patienten mit gemischten Angststörungen und Agoraphobie. Da sich die Diagnose der SPS nach mehreren Schätzungen zwischen 50 und 89 % mit der Diagnose der sozialen Phobie überschneidet (Überblick bei Stangier & Heidenreich, 1997) werden die Befunde zur letzteren Diagnose ebenso zur SPS Ergebnislage herangezogen. Bei der SPS handelt es sich neben anderen Unterscheidungscharakteristika (Fiedler, 1994, S. 262ff) vorwiegend um eine generalisiertere und schwerere Form einer sozialen Phobie.

Warren, Huston, Egeland & Sroufe (1997) fanden in einer Längsschnittstudie, daß eine *ambivalente* Bindung der Einjährigen (C-Kinder) unabhängig von ihrem Temperament das Auftreten von Angststörungen der adoleszenten Jugendlichen prädizierte. Allerdings handelte es sich hier um gemischte Angststörungen und nur am Rande um soziale Phobien.

Bisher liegen keine *AAI-Studien* zur Verteilung von Bindungsrepräsentationen bei fremdbeurteilter selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung/sozialer Phobie vor. Rosenstein & Horowitz (1996) fanden bei Adoleszenten, deren Ausprägung der *Ängstlichkeitsskala* auf dem MCMI (Millon, 1983) sehr hoch war, bei 65 % ein *verstricktes* Bindungsmuster und bei 35 % ein *vermeidendes*. Bei stark erhöhter Ausprägung der MCMI Skala *avoidant personality disorder* ergaben sich vergleichbare Verteilungen (73 % *verstrickt* und 27 % *vermeidend*). Allerdings ist die Validität der MCMI-„Diagnosen“ stark anzuzweifeln, wenn man die folgenden Befunde betrachtet, daß unter den Personen mit starken *schizoiden* MCMI Anteilen 75 % *verstrickt* gebunden waren und sich unter den Adoleszenten mit starken *histrionischen* Anteilen nur 48 % *Verstrickte* befanden. Genau das Gegenteil wäre zu erwarten gewesen, bei den Schizoiden keine *Verstrickten* und bei den histrionischen Personen überproportional viele *Verstrickte*. Fonagy et al. (1996) berichten von 66 % *verstrickten* AAI-Bindungsmustern bei angstgestörten Patienten, die mit einem strukturierten klinischen Interview diagnostiziert worden waren. Der Anteil an Sozialphobikern in der gemischten Angststörungsgruppe bleibt in dieser Studie unklar. Die Bindungsmusterverteilung der Angstpatienten unterschied sich nicht von der Verteilung anderer klinischer Vergleichsgruppen (Depressive, Eßstörungen, Substanzmißbrauch).

Parker (1979) belegte mit dem häufig angewendeten *Parental Bonding Inventory* (Parker, Tupling & Brown, 1979), daß Sozialphobiker retrospektiv größere mütterliche Fürsorge und mehr Überfürsorglichkeit im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe agoraphober Patienten berichteten. Dagegen fanden Nordahl & Stiles (1997) keine Spezifika von früheren Bindungserfahrungen von Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu Personen mit anderen Persönlichkeitsstörungen mit demselben Instrument. In der bereits erwähnten Studie an 1407 Psychologiestudenten ermittelten Brennan & Shaver (1998) mäßige Zusammenhänge zwischen dem *ängstlich-vermeidenden* Bindungsstil nach Bartholomew und dem Ausmaß an Selbstunsicherheit, gemessen mit einem Persönlichkeitsstörungsfragebogen (PDQ-R). Von den Studenten, die nach den PDQ-R Cut-off Kriterien den Verdacht auf eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung aufwiesen, ordneten sich 38 % als *ängstlich-vermeidend* ein, 25 % als *anklammernd*, 20 % als *sicher* und 16 % als *distanziert*. Diese Verteilungen unterschieden sich kaum zu den Verteilungen der meisten anderen untersuchten zehn DSM-Persönlichkeitsstörungen. Bei Mestel (1996) wiesen die 27 stationären Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung höhere Werte in den *ängstlich-vermeidenden* Fragebogenskalen (Grau, 1994; Griffin & Bartholomew, 1994) auf im Vergleich zu 100 klinisch auffälligen Vergleichspersonen. West & Sheldon-Keller (1994; S. 129ff) konnten Patienten mit selbstunsicherer und schizoider Persönlichkeitsstörung (N= 18) nicht hinsichtlich ihrer herangezogenen Bindungsskalen trennen. Diese Gruppe zeichnete sich durch niedrige Werte auf der Skala *Gebrauch der Bindungsfigur* und höhere Werte im Vergleich zu den klinischen Vergleichsgruppen auf der Skala *zwanghaftes Selbstvertrauen* aus.

In der Studie von Pilkonis et al. (1998) mit einem klinischen Fremdbeurteilungsinstrument (AAPR) wurden von den 28 Patienten aus dem DSM Cluster C (selbstunsicher, dependent, zwanghaft) 50 % als *gemischt-unsichere* Muster beschrieben, 29 % als *ambivalent* und 21 % als *vermeidend*. Hier sollte beachtet werden, daß im Cluster C Persönlichkeitsstörungen mit verschiedenen zu erwartenden Bindungsmustern zu finden sind. Während Personen mit dependenten Persönlichkeitsstörung eher *verstrickt-ambivalente* Muster aufweisen, findet man bei selbstunsicheren und zwanghaften eher *vermeidende* Muster (Brennan & Shaver, 1998). Nur im „exzentrischen“ Cluster A kamen bei Pilkonis et al. (1998) definitiv mehr *Vermeider* vor.

1.5 Forschungsstand zur Stabilität von Bindungsmustern

Die meisten Arbeiten, die auf der Bindungstheorie basieren, wurden zunächst mit Säuglingen und Kindern durchgeführt (z. B. Ainsworth, 1978). Als klinische Theorie geht die Bindungstheorie allerdings davon aus, daß sozial-emotionale Erfahrungen mit besonderen Bindungspersonen sich in Arbeitsmodellen ("inner working models") niederschlagen, die vor allem das Fühlen, Denken und auch das Verhalten von Kindern und Erwachsenen beeinflussen. Diese Modelle steuern zeitlich überdauernd sowohl das Verhalten, die Erwartungen und Reaktionen im Umgang mit anderen Personen, als auch den Zugang zu eigenen Gefühlen und Erinnerungen (Grossmann & Grossmann, 1994; Main et al., 1985; Sroufe & Fleeson, 1986).

Stabilität wäre demnach nicht nur aufgrund äußerer Stabilität der Umwelt einer Person zu erwarten, sondern auch deshalb, weil diese Person die Umwelt aufgrund der gebildeten internalen Arbeitsmodelle interpretiert und danach handelt (Zimmermann, 1994, S. 102). Wie jede kognitive Konstruktion sind interne Arbeitsmodelle resistent gegenüber Veränderungen, teils weil sie unbewußt wirken und teils weil deren grundlegende Strategie ist, eingehende Informationen an bestehende Schemata zu assimilieren und weniger die Schemata an die Information zu akkomodieren (Fiske & Taylor, 1991; Piaget, 1952). Bowlby postulierte die Stabilität der Bindungsmuster über die Zeit unter der Bedingung, daß die Umweltverhältnisse stabil bleiben (Bowlby 1988). Veränderungen der inneren Arbeitsmodelle (bzw. Bindungsrepräsentationen) sind aus bindungstheoretischer Sicht nur durch solche Umwelteinflüsse zu erwarten, welche die innere Organisation der Gefühle verändern. Bei Kindern kann dies erreicht werden durch veränderte Interaktionsstile zwischen Eltern und Kind (Egeland & Faber, 1984; van den Boom, 1988; zusammenfassend: Lieberman & Zeanah, 1999) oder durch eine Veränderung der Wahrnehmung von der Verfügbarkeit und Responsivität der Bindungsperson auf seiten des Kindes (Ainsworth, 1990). Bei Erwachsenen können entsprechende Veränderungen der Bindungsrepräsentationen vor allem durch die neuen Interaktionsformen bzw. Erfahrungen mit einem (neuen) Liebes- oder Ehepartner geschehen, oder im besonderen Fall durch eine Psychotherapie.

In 14 Studien zur *transgenerationalen Transmission* von Bindungsmustern ließ sich eine hohe Korrelation (große Effektstärke nach Cohen, 1988: 1.06) zwischen der Bindungsqualität der Kinder in der Fremden Situation und der Bindungsrepräsentation ihrer Eltern feststellen (van Ijzendoorn, 1995). Es ergaben sich im Mittel 70 % Übereinstimmungen bei den drei organisierten Bindungsklassen des Kindes und der Eltern. Diese Befunde sprechen deutlich für eine generationenübergreifende Tradierung der Bindungsstrategien und für die prädiktive

Validität des AAI. Mehrfach repliziert wurde auch der Befund, daß mit der AAI-Klassifikation der Mutter in der Schwangerschaft die Bindungsqualität des Kindes an die Mutter 18 Monate später prädiziert werden konnte (z. B. Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Ward & Carlson, 1995). Eine recht hohe Stabilität der Bindungsmuster über drei Generationen (11-monatiges Kind, Mutter, mütterliche Großmutter) wurde von Benoit & Parker (1994) gefunden (65 % der 77 Triaden blieben stabil). Am stabilsten erwiesen sich in der AAI-Dreifach-Klassifikation nach Van Ijzendoorn (1995; Table 2, S. 393) zumeist die *sicher* gebundenen Paare (65 %), gefolgt von den *vermeidend* (47 %) und dann den *verstrickt* (28,2 %) Gebundenen.

Betrachtet man die *ontogenetische* homotype *Kontinuität* (gleiche Methoden), so zeigten sich bisher hohe Stabilitäten der kindlichen Bindungsqualitäten im Alter von 12 und 18 Monaten (ca. 80 %: Main & Weston, 1981; 96 %: Waters, 1978). In Risikostichproben zeigte sich jedoch für dieselbe Zeitspanne auch beträchtliche Diskontinuität, falls sich die Lebensbedingungen der Eltern änderten (Egeland & Farber, 1984; Vaughn, Egeland, Sroufe & Waters, 1979).

Heterotype Stabilitäten² (verschiedene Methoden der Bindungsmustererfassung über die Zeit) der Bindung im Verhalten bei der Wiedervereinigung mit der Mutter von über 80 % wurden auch vom ersten bis zum sechsten Lebensjahr der Kinder gefunden (Main & Cassidy, 1988; Wartner, Grossmann, Fremmer-Bombik & Suess, 1994). Allerdings wurde bisher erfolglos versucht, Stabilität der Bindungsqualität innerhalb dieses Zeitraums zu finden, obwohl entsprechende Methoden vorhanden sind (Zimmermann, Spangler, Schieche & Becker-Stoll, 1995). Vom ersten zum zehnten Lebensjahr zeigt sich Kontinuität der Organisation von Bindung dahingehend, daß sicher gebundene Einjährige als Zehnjährige häufiger als unsicher gebundene Einjährige einen offenen Zugang zu negativen Gefühlen haben und diese besser ausdrücken können. Ferner suchen ehemals sicher gebundene Kleinkinder später eher die Nähe und Unterstützung der Bindungspersonen bei emotionaler Belastung (Scheurer-Englisch, 1989).

Zur Kontinuität vom ersten Lebensjahr (Fremde Situations Test) bis zum Alter von 15 bis 21 Jahren (AAI) liegen inzwischen mindestens sechs Studien vor: In der AAI-Dreifachklassifikation ergaben sich bei Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim (2000) Zusammenhänge von 64 % ($\kappa = .4$), bei Hamilton (2000) von 63 %. Auch Main & Hesse (1998; zitiert nach Hesse, 1999) fanden recht hohe Übereinstimmungen bei den

² Main (1999, S. 861) spricht hier von Vorhersagbarkeiten statt Stabilität, da sich die

Klassifikationen (keine konkreteren Angaben verfügbar). Dagegen fanden sich bei den beiden deutschen Arbeiten aus der Regensburger Arbeitsgruppe von Grossmann keine Kontinuitäten (Becker-Stoll, 1997; Zimmermann, 1994), und ebenso nicht bei der Risikostichprobe von Weinfeld, Sroufe & Egeland (2000; Übereinstimmungsquote für die Dreifachklassifikation: 38,6 %). Eine weitere Arbeit anhand einer Risikostichprobe, die allerdings den *Fremde-Situations-Test* nicht lege artis durchführte, erbrachte keine Kontinuitäten (Lewis, 1997; Lewis, Feiring & Rosenthal, 2000). In den Untersuchungen wurde deutlich, wie stark Risikofaktoren in Mittelklassenstichproben einerseits zur Diskontinuität beitragen können (Waters et al., 2000; Zimmermann, 1994) und andererseits bei ehemals unsicher gebundenen Kleinkindern zur Kontinuität unsicherer Muster beitragen (Hamilton, 2000). Möglicherweise muß die Frage der Kontinuität auch unter dem Aspekt beleuchtet werden, ob ähnlich wie in der *Fremden Situation* beim älteren Kind bzw. Erwachsenen Interaktionsverhalten gemessen wird oder die nicht bewußte, auf einer Diskursanalyse beruhende Bindungsrepräsentation. So fanden sich in deutschen Studien Zusammenhänge auf der Verhaltensebene zwischen einem und dem 10ten Lebensjahr (Scheurer-Englisch, 1989) bzw. 16ten Lebensjahr (Becker-Stoll, 1997) und Zusammenhänge zwischen der Bindungsrepräsentation zwischen den 10ten und 16ten Lebensjahr (Zimmermann, 1994), jedoch keine Zusammenhänge zwischen dem Verhalten des Einjährigen und der Repräsentanz des 16-Jährigen.

Mehrere Studien untersuchten die *Stabilität der AAI Bindungsrepräsentationen* im Sinne eines Test-Retest Designs an denselben interviewten Personen aus einer Normalbevölkerungstichprobe. So fanden Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn (1993) eine 2-Monats-Test-Retest Stabilität von 78 % (Dreifach-Klassifikation; $\kappa = .63$) bei $N = 83$ Müttern, wobei sorgfältig sichergestellt wurde, daß keine verzerrenden Interviewer-Einflüsse vorlagen. Sagi, van Ijzendoorn, Scharf, Koren-Karie, Joels, & Mayselless (1994) berichten über eine noch höhere 3-Monats- Test-Retest Stabilität von 90 % ($\kappa = .79$). Wiederum spielten Einflüsse des einzelnen Interviewers keine Rolle. Die Stabilitäten, die Steele & Steele (1994) fanden, lagen zwischen diesen Beurteilungen. Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1997, S. 141) geben zu bedenken, daß die kurzfristige Test-Retest-Reliabilität aufgrund der unperfekten Interraterreliabilität zu einem Zeitpunkt unmöglich 1 betragen kann. Betrachtet man längerfristige Test-Retest Zeiträume, so fanden Benoit & Parker (1994) eine 90 prozentige Drei-Kategorien-Übereinstimmung ($\kappa = .79$) über elf Monate, Crowell, Waters, Treboux, O'Connor, Colon-Downs, Feider, Golby &

bindungsbezogenen Merkmale über die Zeit verändern.

Posada (1996) eine 86 prozentige über 18 Monate ($\kappa = .73$) und Ammaniti, Speranza, & Candelori, (1996) eine 70 prozentige Übereinstimmung über vier Jahre. Becker-Stoll & Zimmermann (2000) berichten über eine nur mäßige Stabilität (58 % Übereinstimmung; $\kappa = .33$) im 2-Jahres Test-Retest Intervall (16 und 18 Jahre alt; Dreifachklassifikation) bei 36 Personen aus der Bielefelder Längsschnittstichprobe. Die Korrelationen der Bindungsskalen nach Kobak lagen bei $r = .43$ (*secure*), $r = .37$ (*deactivation*) und $r = .61$ (*hyperactivation*). Es wurden leider keine Angaben zu den Test-Retest-Stabilitäten der *dimensionalen* AAI-Skalen nach Main & Goldwyn gemacht, was darin begründet ist, daß auf diesen Skalen bisher offiziell keine Interraterreliabilität berechnet wurde. Die Skalen haben bisher nur heuristischen Wert zur Ermittlung der AAI-Hauptkategorie. Es lagen systematische Unterschiede in der Höhe der Test-Retest-Stabilität zwischen den drei Bindungsrepräsentationen insofern vor, als daß das *sichere* Muster bei fast allen Studien höhere Stabilitäten aufwies im Vergleich zu den beiden unsicheren Mustern. Dies kann allerdings als statistischer Artefakt angesehen werden, da das *sichere* Muster in den untersuchten Normalstichproben die häufigste Klassifikation darstellte (Benoit & Parker, 1994, S. 1451).

Die bisher einzige Arbeit, in der das AAI zu zwei Meßzeitpunkten während einer einjährigen stationären psychoanalytischen Psychotherapie an einer Patientengruppe (nicht nur Kasuistiken) erhoben wurde, erbrachte das Ergebnis, daß von den 35 Patienten (ca. 40 % mit Borderline Persönlichkeitsstörung) keine Person zu Therapiebeginn sicher gebunden war, bei Therapieende jedoch 40 % (Fonagy et al., 1995). Es handelt sich jedoch um einen vorläufigen Bericht, der nicht genauer auf die Methodik der Studie eingeht. Z. B. ist unklar, ob die AAI-Beurteiler blind gegenüber dem Meßwiederholungsdesign waren und ob *verschiedene* Beurteiler die Patienten-AAI's zu den zwei Meßzeitpunkten auswerteten. Einem dieser Publikation vorausgehenden Vortragsmanuskript (Fonagy et al., 1993) ist weiter zu entnehmen, daß 61 % zu Therapiebeginn als *verstrickt* klassifiziert wurden und am Ende nur noch 49 %. Der Anteil an *vermeidend* Gebundenen sank von 29 % (prä) auf 18 % (post). Es trat eine signifikante Zunahme an bindungsrelevanten Erinnerungen ($p < .01$) und der *Kohärenz* ($p < .05$) auf und eine signifikante Abnahme der *Idealisierung* ($p < .001$). Die Kindheitserfahrungen wurden im Verlauf der Psychotherapie tendenziell negativer beurteilt. In zwei Arbeiten konnte mittels Einzelfallanalysen eine Zunahme an Bindungssicherheit bzw. eine Abnahme an Bindungsunsicherheit im AAI von prä nach

post während einer analytischen Psychotherapie belegt werden (Diamond, Clarkin, Levine, Levy, Foelsch & Yeomans, 1999; Muscetta, Dazzi, De Coro, Ortu & Speranza, 1999).

Die Stabilität des *Current Relationship Interviews* (Crowell & Owens, 1996), dessen Auswertung und Bindungskategorien sich stark am AAI orientiert, betrug in einer Stichprobe von jungen Erwachsenen kurz vor der Hochzeit und 18 Monate danach 66 % bei den Männern und 74 % bei den Frauen (Crowell & Waters, 1997). Interessanterweise war hier die stabilste Kombination die, bei der beide Partner *unsicher* gebunden waren. Scharfe & Bartholomew (1994) berichten über Übereinstimmungen von 75 % bei gesunden Frauen (8-Monats-Test-Retest) mit dem *Peer Attachment Interview* (Bartholomew et al., 1991; vierkategorial).

Auch *Bindungsfragebogen* wurden hinsichtlich ihrer Stabilität untersucht. Nach sechs Monaten ermittelte Grau (1994) mittels Test-Retest-Design Korrelationen für vier Bindungsfragebogenskalen nach der Theorie von Bartholomew von .57 (secure), .70 (preoccupied), .64 (fearful) und .83 (dismissing). Asendorpf, Banse, Wilpers & Neyer (1997) fanden für die Ein-Item-Version der vier Bartholomew-Bindungsstile 6-Wochen-Retest-Korrelationen von .64 bis .73. In mehreren amerikanischen Test-Retest-Studien (zwei Wochen, 2, 4, 6, 24 Monate) ergaben sich für die kontinuierlichen Bartholomew-Skalen oder die vergleichbaren Hazan & Shaver-Skalen mäßig hohe Korrelationen von .4 bis .7. (Bartholomew, 1989a, zitiert nach Scharfe & Bartholomew, 1994; Davila, Burge & Hammen, 1997; Griffin & Bartholomew, 1994; Levy & Davis, 1988; Scharfe et al., 1994; Shaver & Brennan, 1992). Scharfe et al. (1994) fanden keinerlei *Mittelwertsunterschiede* einer gesunden 140-Personen Stichprobe auf den vier kontinuierlichen Bartholomew Bindungsskalen im 8-Monats-Test-Retest. Falls ein Wechsel der Bindungsstile auftrat, war dieser nicht auf die detailliert erfassten Lebensereignisse zurückzuführen. Rohmann, Bierhoff, Schmoor & Ambrosy (1998) fanden dagegen deutliche Mittelwertsveränderungen im 12-Monats-Test-Retest Vergleich der vier Grau-Skalen bei gesunden Frauen. Während das *sichere* Bindungsmuster über die Zeit schwächer ausgeprägt war, stiegen die Werte aller drei *unsicheren* Skalen.

In Bezug auf die *Bindungskategorien* zur Selbstbeschreibung nach Bartholomew (Bartholomew & Horowitz, 1991) oder Hazan & Shaver (1987) ergaben sich 8-Monats-Test-Retest-Übereinstimmungen von 71 % (Shaver & Brennan, 1992), 63 % für Frauen (Scharfe et al., 1994) und 72 % (6-Monats-Retest) bzw. 66 % (24-Monats Retest) bei 155

Frauen (Davila et al., 1997). Bindungskategorien, die auf der Analyse von Interviews basierten, waren stabiler im Vergleich zu Fragebogendaten (Scharfe et al., 1994), egal ob es sich um die Selbstzuschreibung eines allgemeinen Bindungsmusters oder um den Partnerbindungsstil handelte. Kirkpatrick & Hazan (1994) berichteten über 70 % Stabilitäten über einen Vier-Jahreszeitraum, und auch Baldwin & Fehr (1995) kommen in ihrer Literaturübersicht eigener Studien zum Schluß, daß etwa 30 % der Personen über verschiedene Zeitperioden ihren Bindungsstil wechseln.

69 % einer überwiegend klinisch auffälligen Personengruppe (N= 87; nur für 87 von anfangs 103 Personen lagen Daten für beide Meßzeitpunkte vor), die eine einwöchige ambulante Gruppenpsychotherapie (Workshop) durchlaufen hatte, schätzten sich vier Monate nach dem Workshop mit demselben Bindungsstil ein (Mestel, 1999a).

Bei Bindungsskalen, die *nicht* auf Bartholomew's Modell basieren, wurden 6-Monats-Stabilitäten (Korrelationen) von .7 bis .86 (Asendopf et al., 1997) und 2- bzw. 9-Monats-Stabilitäten von .5 bis .7 (Collins & Read, 1990; Feeney, Noller & Callan, 1994) erreicht.

Scharfe et al. (1994) konnten zumindest für die Bartholomew-Skalen belegen, daß die nur mäßigen Stabilitäten der Selbstbeurteilungsinstrumente auf die mangelnde Reliabilität (interne Konsistenz) der Instrumente zurückzuführen ist. Fraley & Waller (1998) argumentieren vehement für den Gebrauch dimensionaler Bindungsskalen, da der häufig herangezogene kategoriale Ansatz einen Informationsverlust bewirkt und damit maßgeblich für die Instabilitäten verantwortlich sei. Davila et al. (1997) zeigten, daß die etwa 30 Prozent der Personen, die ihren Bindungsstil über die Zeit von *sicher* zu *unsicher* oder andersherum änderten, besonders vulnerabel im psychopathologischen Sinne erschienen und sich hinsichtlich zahlreicher Variablen nicht von der Gruppe unterschieden, die sich stetig *unsicher* einstuften.

Zusammenfassend muß konstatiert werden, daß die bisherigen publizierten Stabilitätsuntersuchungen mit Fragebogen an mehr oder weniger gesunden Versuchspersonen durchgeführt wurden. Es liegen folglich keine publizierten prä-post Untersuchungen im klinischen Feld mittels Bindungsfragebogen vor und erst recht keine spezifischen Arbeiten zur Borderline- oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Nach Kenntnis des Autors liegen auch keine Veränderungsmessungsstudien mit klinischen Bindungsskalen wie dem AAPR (Pilkonis, 1988) vor.

Eine Stichprobe von 134 ambulanten Patienten wurde im Querschnitt mit der *Client Attachment to Therapist Scale* (CATS; Mallinckrodt et al., 1995) über den Therapieverlauf untersucht. In der Kohorte, die nur 5-8 Sitzungen erhalten hatten (N= 45), lagen weniger *sichere* Bindungen an den Therapeuten vor im Vergleich zu den Personen, die mehr Sitzungen konsultiert hatten (N= 89). Das Ausmaß an unsicheren Bindungsqualitäten in der therapeutischen Allianz veränderte sich über die Zeit nicht. Es liegt noch keine Längsschnittuntersuchung mit einem Instrument vor, welches die Patient-Therapeut-Bindung erfaßt.

Bisher wurde der Verlauf der Bindungsmuster über die Zeit maßgeblich aus der Perspektive von Stabilitätsuntersuchungen betrachtet. Echte Stabilitätsuntersuchungen setzen allerdings voraus, daß zwischen den Meßzeitpunkten keine Interventionen oder entsprechenden Ereignisse stattfinden, welche die zu untersuchenden Konstrukte beeinflussen könnten. Bis auf die Langzeittherapie-Studie von Fonagy et al. (1993, 1995) liegen jedoch neben vereinzelt Kasuistiken keine Interventionsstudien mit Bindungsskalen vor. Kurzzeitevaluationsstudien mit Bindungsskalen stellen folglich ein Novum dar. Bindungsmuster in Richtung mehr Bindungssicherheit und weniger Bindungsunsicherheit zu verändern stellt ein maßgebliches Therapieziel gerade psychodynamischer und humanistischer Psychotherapieschulen dar (Dozier & Tyrrell, 1998; Slade, 1999). Unklar bleibt jedoch, inwiefern Bindungsstile (Fragebogen-Selbstzuschreibung), Bindungsmuster (beobachtbares Verhalten in Beziehungen) oder Bindungsrepräsentationen (unbewußtes verinnerlichtes Arbeitsmodell von Bindungen) durch Psychotherapie beeinflußt werden können. Es bleibt mit Dozier et al. (1998) zu vermuten, daß Bindungsstile /-muster /-repräsentanzen umso schwerer durch Psychotherapie zu beeinflussen sind, desto stärker diese generalisiert sind. Ferner ist nach den bisherigen Stabilitätsuntersuchungen mit Interviews naheliegend, daß die Veränderung von Bindungsrepräsentationen eine längere Psychotherapie bzw. ein längeres Test-Retest-Intervall voraussetzt (Berlin & Cassidy, 1999, S. 702; entgegengesetzter Meinung sind jedoch van Ijzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995). Neben der Frage, ob sich die Bindungsstile/-muster/-repräsentationen überhaupt während einer Psychotherapie ändern ist die Validität dieser Veränderungen zu überprüfen. Begrenzen sich die Veränderungen nur auf die Ebene der Selbstauskünfte oder kann man sie auch im konkreten Bindungsverhalten belegen. Eine theoretisch hochinteressante und bisher kaum beachtete Frage besteht in der Art der Veränderung in Abhängigkeit vom ursprünglichen

Bindungsmuster. Während man bei ursprünglich *sicher* gebundenen Personen von einer einfachen Zunahme an Bindungssicherheit ausgehen kann, dürfte eine bei Therapiebeginn *ambivalent* gebundene Person eine Abschwächung eben dieser *Ambivalenz* und eine Zunahme an Bindungssicherheit erleben. Spannend bleibt jedoch die Frage, ob anfangs *vermeidend* Gebundene während des Therapieprozesses ein Übergangsstadium vorübergehender *Ambivalenz* durchmachen oder einfach nur die *Vermeidung* abgeschwächt und die Bindungssicherheit aufgebaut wird (siehe auch Hazan & Shaver, 1994). So beobachteten Heinicke & Westheimer (1966; zitiert nach Hazan & Shaver, 1994), daß Kinder in der Wiedervereinigungsphase nach längerer Trennung von den Eltern, die zuerst vermeidend reagierten danach eine vorübergehende Phase von Angst und Ambivalenz aufwiesen.

Wesentlich interessanter als die Frage, ob sich die inneren Arbeitsmodelle durch (psychotherapeutische) Interventionen überhaupt verändern lassen, ist die Frage nach den qualitativen und quantitativen Aspekten der wie auch immer bedingten Veränderungsprozesse von unsicheren hin zu sicheren Bindungsrepräsentationen. Verändern sich die Schilderungen (narrative Aspekte der Bindungsrepräsentationen) der Elternbeziehungen per se oder "nur" die emotionalen Bewertungen dieser Beziehungen? Verändert sich die Kohärenz des Mitgeteilten und nimmt die Reflexionsfähigkeit zu, und welchen Einfluß hat das auf das Verhalten gegenüber Lebensaufgaben, die bislang unrealistisch verarbeitet wurden? Woran liegt es, daß sich Bindungsrepräsentationen in Richtung angemessenerem Umgang mit "Wirk"-lichkeiten verändern? Die schwierige Suche nach einer Begründung kann man aus der Bindungstheorie ableiten: Geht man davon aus, daß die unsicher an ihre Eltern gebundenen Personen eine Bindungsrepräsentation von den Eltern als "emotional nicht verfügbar" haben, daß also die Eltern von diesen Personen nicht als "sichere Basis" für ihre Erkundungen in der wirklichen Welt (Weiss, 1989) wahrgenommen wurden bzw. werden, dann kann eine zuverlässige Therapeutin als neue "sichere Basis" für diese Person dienen, und per se versuchen, deren Arbeitsmodelle zu korrigieren oder zu modifizieren. Die Repräsentationen der ehemals *unsicher* gebundenen Person könnten sich folglich ändern, da ihre Erwartungen an die Umwelt (zunächst maßgeblich an den behandelnden Therapeuten), daß ihre Bedürfnisse nach Zuwendung und Schutz zurückgewiesen werden, konstant und häufig nicht bestätigt werden. Ebenso werden ihre Erwartungen, die sie selbst betreffen, also, daß sie z. B. kein Recht darauf haben, (Bindungs)-Bedürfnisse zu äußern oder sich liebenswert zu fühlen, empirisch durch das Verhalten, die Interventionen und die Person des Therapeuten widerlegt. Auf dieser Basis

kann die Einsicht gefördert werden, daß die alten "inneren Arbeitsmodelle" für die eigene Existenz unangemessen sind, und durch brauchbarere zu ersetzen sind.

Mehrere kontrollierte und naturalistische Psychotherapiestudien belegen, daß Patienten sowohl mit Borderline (zusammenfassend: Linehan & Heard, 1999; Roth & Fonagy, 1996, S. 211ff) als auch mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung (Roth & Fonagy, 1996, S. 210ff) von Psychotherapie hinsichtlich verschiedener Ergebnisparameter *prinzipiell* profitieren können. Kontrollierte Studien für beide Störungsbilder liegen allerdings nur von verhaltenstherapeutischer Seite vor. Kontrollierte psychodynamische Arbeiten sind in Vorbereitung (Clarkin, 1994) aber bis Ende 2000 noch nicht publiziert.

Borderline Patienten gelten allgemein als schwer behandelbar (Aronson, 1989) und verschiedene Autoren verweisen darauf, daß diese Patienten länger zu behandeln sind (z. B. Mann, 1973; Sifneos, 1972; Waldinger & Gunderson, 1984). Linehan et al. (1999, S. 291) unterstreichen, daß in allen vorliegenden Follow-up-Studien ein beträchtlicher Prozentsatz von etwa 60 - 70 % der Patienten noch bis zu sieben Jahre nach der Behandlung genug Borderline Kriterien erfüllen, um eine erneute Diagnose zu rechtfertigen. Folglich ist unklar, welches Ausmaß an Veränderungen durch einen psychodynamisch-humanistischen Therapieersatz in einem *8-wöchigen* stationären Therapieintervall überhaupt erreicht werden kann.

Auch wenn die bisherigen verhaltenstherapeutischen Studien vor allem mittels Sozialem Kompetenztraining einige Verbesserungen bei *selbstunsicheren Patienten* bewirken konnten, weisen Roth & Fonagy (1996) darauf hin, daß viele der Patienten keine „normalen Funktionsstufen“ erreichten und es nur zu einer begrenzten Generalisierung der Verbesserungen in weiteren Lebensbereichen bei den Patienten kam. Eine jüngere Arbeit von Barber, Morse, Krakauer, Chittams & Crits-Christoph (1997) zeigt weiter, daß Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu solchen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung etwas weniger von der „supportive-expressive-dynamic“ Kurzzeittherapie profitierten und fast 40 % (i. G. zu 15 % der anderen Gruppe) bei Therapieende ihre Diagnose behielten.

Roth & Fonagy (1996) resümieren, daß nur das Vorliegen von Cluster A oder B Persönlichkeitsstörungen (z. B. BPS) nach dem DSM die Wahrscheinlichkeit eines guten Therapieergebnisses verringert, nicht jedoch Cluster C Persönlichkeitsstörungen (auch: SPS). Eine naturalistische deutsche Studie kommt zum selben Ergebnis (Schmitz, Fydrich,

Schifferer, Obermeier & Teufel, 1996). Borderline Patienten erreichen ein knapp gleich gutes Therapieergebnis zu SPS-Patienten nur, wenn sie deutlich länger behandelt werden (Binder, 1996; Mestel, 1997). Zu erwarten bleibt, daß BPS-Patienten bei gleich langem Behandlungsintervall aufgrund der Schwere der Symptomatik und „strukturellen Mängel“ einen etwas schlechteren Therapieerfolg aufweisen im Vergleich zu SPS-Patienten. Ob sich dies jedoch auch im Bereich der Bindungs-Erfolgskriterien auswirkt, ist unklar.

Wie deutlich wurde, handelt es sich bei den Bindungsskalen zumeist um recht stabile Maße, die also eher als „traits“ bzw. „interaktionelle motivabhängige traits“ zu verstehen sind. Deshalb dürften sich diese Skalen weniger schnell während einer Psychotherapie verändern im Vergleich zu Symptomskalen. Bindungsskalen können folglich eher dem Bereich des „current life functioning“ im Phasenmodell von Howard, Lueger, Maling & Martinovich (1993) zugeordnet werden. Verbesserungen in dieser Phase der „psychosozialen Anpassung“ treten in der Regel erst ein, wenn sich das *Wohlbefinden* verbessert hat und die Symptombelastung nachgelassen hat.

1.6.1 Pilotstudie 1

Die Fragestellung der ersten Pilotstudie (Mestel, 1995) war, ob der ins Deutsche übertragene Adult-Attachment-Interview-Leitfaden (AAI) bei klinischen Populationen durchzuführen ist und ob sich unterschiedliche Bindungsrepräsentationen für unterschiedliche Störungsbilder ergeben. Es wurden N= 6 AAI's mit stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten während ihrer Behandlung durchgeführt und nach der AAI Q-Sort Auswertungsmethode nach Kobak (Kobak, 1993) durch zwei trainierte Rater ausgewertet. Prinzipiell war das AAI in etwa einer Stunde (ohne die letzten drei Zusatzfragen) durchführbar, labilisierte jedoch eine Patientin stark, woraus der Schluß gezogen wurde, das Interview nicht mehr am Freitag Abend (vor dem Wochenende ohne therapeutische Begleitung) durchzuführen. Nach den kombinierten Beurteilungen der Kobak-Dimensionen ergab sich für alle Patienten trotz unterschiedlicher Diagnosen (Borderline, narzißtisch, dependent, depressiv, zwanghaft) ein verstrickter Bindungsstil. Es zeigten sich keinerlei Zusammenhänge zwischen der AAI Auswertung und den Bindungsstilfragebogen.

1.6.2 Pilotstudie 2

129 stationär psychotherapeutisch behandelte Patienten mit verschiedenen Diagnosen wurden zusammen mit 31 gesunden Vergleichspersonen hinsichtlich der meisten im deutschsprachigen Raum verfügbaren Bindungsstilfragebogen untersucht (neun Instrumente zum allgemeinen und partnerbezogenen Bindungsstil und zur Patient-Therapeut Bindung; Mestel, 1996). Ziel der Arbeit war es, erstens einen Fragebogen zur Bindung des Patienten an den Therapeuten zu entwickeln, der das gruppentherapeutische Setting berücksichtigt (i. G. zur *Client Attachment to Therapist Scale*; Mallinckrodt, Gantt & Coble, 1995) und änderungssensitiv ist (i. G. zum *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen*; Höger, 1999). Zweitens sollte die Redundanz der vorliegenden Bindungsfragebogen geklärt werden, um die besten Instrumente für die Hauptuntersuchung verwenden zu können. Die Patienten, vor allem solche mit Persönlichkeitsstörungen (BPS-Patienten waren eher *verstrickt*, SPS-Patienten eher *vermeidend*), wiesen unabhängig vom Meßinstrument weitaus häufiger *unsichere* Bindungsstile im Vergleich zur gesunden Vergleichsgruppe auf. Die Partnerbindung war häufiger *sicher* im Vergleich zur allgemeinen Bindung. Die stationären Patienten waren

häufiger *vermeidend* und weniger *sicher* an ihren Therapeuten gebunden im Vergleich zur amerikanischen ambulanten Vergleichsgruppe (Mallinckrodt et al., 1995). Die *sichere* Bindung an den Therapeuten war ein günstiger Outcome-Prädiktor, *ambivalente* Bindungsstile ließen eher ein ungünstiges Therapieergebnis erwarten (Westphal, 1999). Faktorenanalysen aller Instrumente ergaben vier Faktoren (Westphal, 1999): Einen Patient-Therapeuten-Bindungsfaktor und je einen Faktor für *Bindungssicherheit* (vs. *ängstlich-vermeidende* Bindung), *Bindungsambivalenz* und den *gleichgültig-vermeidenden* Bindungsstil nach Bartholomew (Westphal, 1999). Erwartungsgemäß ergaben sich starke Korrelationen konstruktähnlicher Bindungsskalen. *Sicher* gebundene Patienten waren auf dem NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993), dem gängigsten deutschsprachigen Instrument zur Erfassung der „Big-Five“ Persönlichkeitsfaktoren, deutlich weniger *neurotizistisch*, deutlich *extravertierter*, *offener für Erfahrungen*, *verträglicher* und *gewissenhafter*. Interessanterweise unterschieden sich die verschiedenen unsicheren Muster untereinander kaum hinsichtlich der Polung der Korrelationen mit den Big-Five. Der gleichgültig-vermeidende Bindungsstil wies die häufigsten Null-Korrelationen mit den Big-Five auf³. Auf der Basis unter anderem dieser Stichprobe wurde der *Grönenbacher stationäre Bindungsfragebogen* (GSB; Mestel, 1998) entwickelt, der im Methodenteil näher vorgestellt wird. Auf die weitere Verwendung des *Partnerfragebogens* (Grau, 1994), des *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ; enthält auch die Adult Attachment Scale, AAS, von Collins & Read, 1990), des dimensionalen *Relationship Questionnaire* (RQ-2; Griffin & Bartholomew, 1994) und der *Client Attachment to Therapist Scale* (CATS; Mallinckrodt et al., 1995) wurde aus Gründen der schlechteren Reliabilität, schlechteren Validität oder einfach aus ökonomischen Gründen (zu viele Items) in der Hauptuntersuchung verzichtet. Verwendet werden sollten die sehr reliablen Skalen zum allgemeinen Bindungsstil nach Bartholomew (Grau, 1994), als kategoriale Ergänzung der häufiger verwendete Relationship Questionnaire (RQ-1) und zur Beurteilung der Therapiebeziehung aus bindungstheoretischer Perspektive der GSB. Der „Mega-Bindungsbogen“ von Brennan et al. (1998) war zum Zeitpunkt der Datenerhebung der Hauptuntersuchung noch nicht verfügbar.

³ Es mehren sich die Anzeichen, daß dieser Stil nicht gut vom sicheren differenziert werden kann. Personen mit einem hohen gleichgültig vermeidenden Stil haben ein hohes Unabhängigkeitsstreben (siehe Pfeiffer, 1998; Steffanowski, 1999) und es bleibt Validierungsstudien mit dem AAI überlassen, ob diese Personen eine eher hohe oder niedrige Kohärenz im Interview zeigen.

1.7 Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung 1: Welche Zusammenhänge lassen sich zwischen den Diagnosen und den Bindungsmustern finden?

Hypothese 1a: Borderline Patientinnen sind stärker bzw. häufiger ambivalent⁵ (verstrickt) gebunden als jede einzelne von zwei Vergleichsgruppen (selbstunsicher, gemischte Persönlichkeitsstörung).

Hypothese 1b: Selbstunsichere Patientinnen sind stärker bzw. häufiger vermeidend⁶ (abweisend) gebunden als jede einzelne von zwei Vergleichsgruppen (Borderline, gemischte Persönlichkeitsstörung).

Fragestellung 2: Wie hoch ist die Stabilität der Bindungsmuster während siebenwöchiger stationärer Psychotherapie?

Fragestellung 3: Unterscheidet sich die Stabilität der Bindungsmuster zwischen den Diagnosegruppen?

Hypothese 2: Die Bindungsskalen verändern sich im Vorher-Nachher Vergleich weniger als psychische Symptome bzw. bleiben stabiler.

Berechnung des Stichprobenumfangs⁴ : $d = 1$, $\alpha = .05$; β -Fehler = .1, einseitig $\rightarrow N = 36$.

⁴ Die angemessene Stichprobengröße für die vorliegende Studie stellte somit pro Teilgruppe $N = 18$ ($36 / 2$) dar. Die BPS Gruppe enthielt de facto später 21 Personen, die SPS Gruppe 19 Personen und die NNB Gruppe 15 Personen. A priori n-Berechnung mit dem Gpower-Programm von Faul & Erdfelder (1993).

⁵Operationalisierung der Ambivalenz: Siehe Methodenteil; BPR-A-Skalen: übersteigert abhängig, impulsiv-instabil, übersteigert fürsorglich, Mega-Ambivalenz; BPR-A-Kategorien: Erster Rang: übersteigert-abhängig oder impulsiv-instabil oder übersteigert-fürsorglich, BPR-A Mega-Bindungstyp: Ambivalenz; BPR-A-Entscheidungsbaum: Ambivalenz; RQ-1-Kategorie: Anklammernd; Allgemeiner Bindungsfragebogen: Skala anklammernd; Patient-Therapeut-Bindungsfragebogen (GSB): Skalen: Mangel an Beachtung; Verschmelzungswunsch; Cluster: Mangel an Beachtung; Verschmelzungswunsch.

⁶ Operationalisierung der Vermeidung: Siehe Methodenteil; BPR-A-Skalen: ängstlich-vermeidend, rational-kontrolliert, übersteigertes Autonomiestreben, Mega-Vermeidung; BPR-A-Kategorien: Erster Rang: ängstlich-vermeidend oder rational-kontrolliert oder übersteigertes Autonomiestreben; BPR-A Mega-Bindungstyp: Vermeidung; BPR-A-Entscheidungsbaum: Vermeidung; RQ-1-Kategorie: Abweisend, ängstlich-vermeidend; Allgemeiner Bindungsfragebogen: Skalen gleichgültig-vermeidend, ängstlich-vermeidend; Patient-Therapeut-Bindungsfragebogen (GSB): Skala: Furcht vor Mitpatienten; Cluster: Furcht vor Mitpatienten.

2. Methoden

2.1 Untersuchungsstichprobe

Untersucht wurden N= 55 Patientinnen, ausschließlich Frauen⁷, die von 1. 2. bis 30. 11. 1997 in der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach aufgenommen wurden. 21 Patientinnen hatten eine BPS und keine SPS, 19 Patientinnen eine SPS und keine BPS. 15 Patientinnen hatten entweder beide Diagnosen oder keine der beiden (v. a. „Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet“). Die zuletzt genannte Gruppe dient bei einigen Fragestellungen als klinische Vergleichsstichprobe und wird deshalb auch näher beschrieben.

Die Frauen waren durchschnittlich um die 30 Jahre alt und knapp die Hälfte war ledig (Tab. 2.1). Während sich die drei Gruppen nicht in Bezug auf den formalen Familienstand

Tab. 2.1: Unterschiede zwischen den drei Indikationsgruppen in Basisdokumentationsvariablen

	BPS - N= 21	SPS - N= 19	NNB-N= 15	χ^2	df	p<
Altersdurchschnitt in Jahren: M (SD)	29.7 (9)	32.7 (9.5)	32.7 (8.3)	1.5	2	.47
<u>Partnerbeziehung in letzten 6 Monaten</u>						
alleinstehend	14.3%,N=3	47.4%, N=9	50%, N=7	11.4	4	.02
zeitweilige Beziehungen	38.1%,N=8	5.3%, N=1	7.1%, N=1			
feste Beziehung	47.6%,N=10	47.4%, N=9	42.9%,N=6			
<u>Schulabschluß:</u>						
Hauptschulabschluß	9.5%; N=2	15.8%;N=3	-			
Mittlere Reife	23.8%;N=5	21%; N=4	20.0%;N=3			
Abitur	38.1%;N=8	10.5%;N=2	20.0%;N=3	9.2	8	.31
Student	23.8%;N=5	47.4%;N=9	40.0%;N=6			
Abgeschlossene Hochschule	4.8%; N=1	5.3%; N=1	20.0%;N=3			
Art der Therapiebeendigung: regulär	80.9%;N=17	94.7%;N=18	80%; N=12	2.1	2	.39
Behandlung in speziellem Setting für niedrig strukturierte Patienten (OPD)	66.7%;N=14	15.8%; N=3	40%; N=6	10.6	2	.005

Anmerkungen: Bei nicht normalverteilten intervallskalierten Variablen (z. B. Alter) oder ordinalskalierten Variablen wurden aufgrund der relativ kleinen Stichprobengröße nonparametrische inferenzstatistische Verfahren angewendet (Kruskal-Wallis Test, entspricht mit der Prüfgröße χ^2 dem Mann-Whitney U-Test; siehe Bortz & Lienert, 1998, S. 142ff), bei Nominaldaten wurde der χ^2 -Test mit der „exact test“ Variation („Monte Carlo Signifikanz“ (zweiseitig, 99% confidence level; Number of samples: 10000 im SPSS 7.5 for Windows)) durchgeführt.

unterschieden, gaben BPS-Patientinnen wesentlich häufiger als die anderen Patientinnen an, zeitweilige Beziehungen zu unterhalten. Sie waren auch deutlich seltener wirklich alleinstehend, d. h. ohne jeden Partner. Auffallend war der hohe Bildungsgrad aller drei Stichproben, der auch für andere Patientengruppen der Psychosomatischen Klinik Bad

⁷ Da es sich hier ausschließlich um Frauen handelt wird in der Folge die weibliche Anredeform gewählt.

Grönenbach zutrifft: Etwa 65% hatten Abitur, studierten oder besaßen eine Hochschulabschluß. Etwa ein Drittel war bei Therapiebeginn arbeitsunfähig krankgeschrieben, etwa ein Viertel waren Studentinnen oder Hausfrauen, und die restlichen Patientinnen arbeiteten ganztags oder als Teilzeitkräfte. Etwa 80% der BPS- und NNB-Gruppe schlossen die Behandlung regulär ab im Vergleich zu 95% der SPS-Gruppe (kein signifikanter Unterschied) und die Behandlung dauerte durchschnittlich für alle drei Gruppen etwa elf Wochen. Die Tatsache, daß keine Randomisierung auf die Behandlungsbedingungen vorgenommen wurde, spiegelt sich in dem Befund, daß zwei Drittel der BPS-Patientinnen in indikativen Gruppen für *niedrig strukturierte Patientinnen* (nach OPD) behandelt wurden, während nur jede siebte SPS-Patientin in diesen Gruppen behandelt wurde. Die NNB Gruppe lag zwischen diesen beiden Polen.

Tab. 2.2: Unterschiede zwischen den drei Indikationsgruppen (BPS, SPS, NNB) in klinisch-diagnostischen Variablen

Zentrale klinische Variablen:	BPS- N=21	SPS- N=19	NNB-N=15	χ^2 df=2	p
Motivation für die Psychotherapie (1=sehr niedrig, 5=sehr hoch): M(SD)	4.0 (0.71) N=21	4.12 (0.70) N=17	3.43 (0.19) N=14	5.5	.06
Achse V des DSM-IV: GAF 0= niedrig; 100= hoch; M (SD)	46.4 (7.3) N=21	50.4 (5.9) N=19	45.5 (8.5) N=12	4.08	.13
Durchschnittliche Dauer der Hauptdiagnose in Jahren: M (SD)	11.9 (4.8) N=13	9.5 (7.8) N=15	7 (6) N=9	3.07	.21
Beeinträcht.-Schwere-Score; M(SD)	7.05 (1.16)	6.3 (1.28)	6.8 (1.7)	3.0	.22
Strukturachse (OPD) Gesamtrating 1=hoch, 2=mäßig, 3=niedrig; M (SD)	2.52 (0.51)	2.16 (0.37)	2.42 (0.64)	6	.05
Mittlere Anzahl aller Diagnosen (mit Körperdiagnosen) M (SD)	7.19 (3)	6.1 (2.53)	8.2 (5.5)	1.22	.54
Ko-Diagnosestrukturen:					
Depression als Diagnose	66.8%;N=14	84.2%; N=16	86.7%; N=13	2.4	.33
Eßstörung als Diagnose	57.1%; N=12	42.1%; N=8	46.7%; N=7	0.95	.62
Substanzinduzierte Störung	14.3%; N=3	21.05%; N=4	26.7%; N=4	0.86	.65
Somatoforme /psychosomatische Störung als Diagnose	42.9% N=9	42.1% N=8	46.7% N=7	.08	.96
Angststörung als Diagnose	66.7%; N=14	94.7%; N=18	86.7%; N=13	5.6	.06
Posttraumatische Belastungsreaktion	33.3%; N=7	15.8%; N=3	26.7%; N=4	1.6	.44
Andere Pers.störung (ohne SPS/BPS)	61.9%; N=13	15.8%; N=3	93.3%; N=14	21.1	.00

Anmerkungen: Die OPD Einschätzungen (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; OPD Arbeitsgruppe 1996) beruhen auf *unabhängigen* Beurteilungen durch zwei trainierte Diplomandinnen (Filosy, 1999; Müller, 1999). Die Interraterreliabilität, jeweils für die kategorialen Ratings betrug für die Gesamtstruktur $\kappa=.7$.

Alle Diagnosen mit Körperdiagnosen: Hier gingen alle regulären Achse I, II und III Störungen des DSM-IV ein (z. B. auch remittierte Suchterkrankungen, Nikotinabhängigkeit); Persönlichkeitsstörungszüge gingen *nicht* ein. Depression: Major Depression, Depression nnb., Dysthymie. Eßstörung: Anorexie, Bulimie, Eßstörung nnb., Adipositas. Akute substanzinduzierte Störung: Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit. Somatoforme Störung/Psychosomatose: Somatisierungsstörung, Konversionsstörung, Migräne, Asthma, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, somatoforme Schmerzstörung. Angststörung: Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, einfache Phobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Angst nnb.

Die Patientinnen waren nach Therapeuteneinschätzung insgesamt gesehen hoch motiviert (Tab. 2.2), wobei die Patientinnen der NNB-Gruppe relativ gesehen noch am wenigsten motiviert erschienen. Es folgt die Beschreibung verschiedener Indikatoren für den Schweregrad der Störung. Die *GAF*-Werte bei Aufnahme (Global Assessment of Functioning; DSM-IV Achse V) um die 50 deuten auf durchschnittlich schwer ausgeprägte Symptome (z. B. Suizidversuche, schwere Zwangshandlungen) oder schwere soziale oder berufliche Beeinträchtigung nach dem DSM-IV hin (z. B. keine Arbeit oder Freunde; bleibt den ganzen Tag im Bett).

Die durchschnittliche Dauer der Hauptsymptomatik (Chronifizierung) betrug nach Theraputenauskunft etwa 10 Jahre (große Streuung) und liegt damit zumindest für die BPS- und SPS-Gruppe über dem Mittel der für psychosomatische Patienten zu erwartenden sieben Jahre (Forschungsgutachten von Meyer, Grawe & Richter, 1991). Die Fremdbeurteilung des Schweregrads der Beeinträchtigung mittels BSS unterschied sich zwischen den Gruppen nicht. Das Gesamtniveau der intrapsychischen Struktur (nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik - OPD) war bei den BPS-Patientinnen mit 2,5 (zwischen mäßigem und niedrigem Strukturniveau) genauso gering wie bei der NNB-Gruppe und signifikant geringer im Vergleich zur SPS-Gruppe (2,16). Auch wenn sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen in der Anzahl der Achse I/II/III Diagnosen des DSM-IV finden ließen (NNB: 8,2; BPS: 7,2; SPS: 6,1), so deutet sich zumindest in der Dauer für die Erhebung dieser Diagnosen ein großer Unterschied an. Betrug die mittlere Erhebungsdauer für die NNB-Gruppe noch im Durchschnitt über zwei Stunden, für die BPS-Gruppe knapp zwei Stunden, so brauchte der Diagnostiker für die Frauen der SPS-Gruppe nur eine Stunde und 14 Minuten. Dasselbe Ergebnis lag für die Dauer der Bindungsinterviews vor.

57 - 87 % der Patientinnen aller Gruppen wiesen Depressionen als Haupt- oder Ko-Diagnose auf. Auch gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich vorliegender Eßstörungen oder somatoformen/ psychosomatischen Störungen (Vorliegen jeweils ca. 50 %), akuter substanzinduzierter Abhängigkeiten (etwa jede fünfte Frau hatte eine solche Störung) oder dem Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (bei etwa jeder Vierten traf diese Diagnose zu). Die BPS und NNB-Patientinnen erhielten häufiger eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung als Diagnose, die SPS-Patientinnen

dagegen häufiger eine zusätzliche Angststörung (v. a. soziale Phobie) als weitere Diagnose.

2.2 Behandlungsrahmen

Patienten, die sich um eine Aufnahme in die psychosomatische Klinik Bad Grönenbach bemühen, bekommen einen Fragebogen zu ihrem Beschwerdebild zugeschickt. Nach Durchsicht des Fragebogens wird entschieden, ob ein ambulantes Vorgespräch zur differentialdiagnostischen Abklärung einer strukturellen Störung indiziert ist. In diesem Vorgespräch werden die Behandlungsvoraussetzungen geprüft und die Indikation für die Behandlung im Borderline-Setting gestellt. Die Patienten kommen dann auf eine gesonderte Warteliste. Oft werden Auflagen für die Wartezeit bis zur Aufnahme vereinbart (z. B. Suchtmittelabstinenz oder anderer zerstörerischer Mechanismen).

Das *Borderline*-Behandlungsmodell ist in den allgemeinen integrativ-gruppentherapeutischen Behandlungsrahmen einer Abteilung der Klinik eingebettet (Votsmeier, 1998). Dieser besteht aus vier Pfeilern: Die Therapeutische Gemeinschaft, die psychodynamisch orientierten Psychotherapiegruppen, die indikationsspezifischen Therapiegruppen und die Selbsthilfegruppen. Begleitend-fokussierende Einzelgespräche ergänzen dieses Spektrum. Die Patienten und das therapeutisch-pflegerische Team werden als therapeutische Gemeinschaft gesehen. Beide Gruppen haben ihre eigenen Institutionen wie das Patientenkomitee und die Teamsitzungen, sind aber auch in einen wechselseitigen Gruppenprozeß im Sinne einer „Teaching-Learning-Community“ integriert. Die dreimal in der Woche stattfindenden Kleingruppen (9 - 11 Teilnehmer), in denen störungsspezifisch und psychodynamisch orientiert mit pluralistischen Methoden gearbeitet wird, werden von ca. alle drei Wochen stattfindenden fokussierenden Einzelgesprächen ergänzt. Neben dieser therapeutischen Basisstruktur nehmen die Patienten je nach Indikation an spezifischen Gruppen teil. Dies sind Suchtgruppen zur Behandlung stoffgebundener und anderer Süchte, eine Gruppe zur Behandlung psychogener Eßstörungen, Gruppen zur Förderung der Körperwahrnehmung und des emotionalen Ausdrucks, eine Gruppe für sexuell mißbrauchte Frauen, eine Gruppe zur Behandlung von Angststörungen sowie Gruppen für Kreativ- und Entspannungstherapie und zur sozialen Nachsorge. Detailliertere Informationen zum Konzept und therapeutischen Vorgehen bei bestimmten diagnostischen Indikationen sind im Internet zu finden unter www.kliniken-groenenbach.de.

Die Beschreibung des Behandlungsrahmens läßt auf folgende *Selektionskriterien* für eine Behandlung an der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach schließen:

- Höherer Schulabschluß, bedingt durch zahlreiche BfA und Privatpatienten (letztere sind in der Regel Besserverdiener; dies korreliert wiederum mit dem Schulabschluß) und vielleicht durch das „kognitive Anspruchsniveau“ der Klinik (erkennbar z. B. bereits an der Art des Aufnahmefragebogens);
- höhere Motivation (weniger „geschickte“ Patienten), da vorher Auflagen vereinbart werden und ein Selbsthilfegruppenbesuch bei Indikation angeraten wird;
- Bereitschaft, sich auf die relativ große „Dichte“ des Settings einzulassen, was sich z. B. am zentralen Stellenwert der therapeutischen Gemeinschaft und dem „Arbeits-Du“ zwischen allen Patienten und Mitarbeitern der Klinik äußert.

Zusammenfassend lassen sich auf der empirischen Basis der *KTL-Dokumentation* (Klassifikation therapeutischer Leistungen, BfA, 1996) von etwa der Hälfte der Patientinnen der vorliegenden Stichprobe die Angebote der Klinik wie folgt beschreiben³: Den therapeutischen Kern bildet die tiefenpsychologische Gruppentherapie bei den eher mäßig strukturierten Patientinnen (nach OPD), während die gering Strukturierten eine ich-strukturell modifizierte Einzeltherapie oder eine psychoanalytisch interaktionelle Gruppentherapie erhalten. Die BPS-Patientinnen wurden zu etwa zwei Drittel in einer der zuletzt genannten Gruppen behandelt, die NNB-Patientinnen zu 40 % und die SPS-Patientinnen nur zu 16 %. Die Hälfte aller Patientinnen nimmt regelmäßig an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Problemlösegruppen und/oder an indikativen störungsspezifischen Gruppen teil. Einzelgespräche werden nur in Ausnahmefällen und wenn dann als Belastungserprobung durchgeführt. Alle Patientinnen nehmen an der Sport- und Bewegungstherapie teil, und etwa die Hälfte erhält zusätzlich Krankengymnastik. Regelmäßig nehmen die meisten Patientinnen an Musik- und kreativtherapeutischen Maßnahmen teil. Als Spezifikum dieser Einrichtung können ferner die häufigen soziotherapeutischen Gruppen gelten. Die Intensität der Behandlung kann im Vergleich zu anderen stationären psychosomatischen Kliniken als hoch eingestuft werden (Gerdes, Weidemann & Jäckel, 2000).

³ Die Patientinnen, deren KTL Angaben vorlagen unterscheiden sich hinsichtlich zentraler Basisdokumentationsvariablen nicht ($p < .05$) von den restlichen Patientinnen.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Diagnostik

Da eine Hauptfragestellung den Zusammenhang zwischen Psychodiagnosen und Bindungsstilen/repräsentationen bearbeitet, wurde sehr großer Wert auf eine exakte Psychodiagnostik und Erfassung der Bindungstypen gelegt.

2.3.1.1. Mini-DIPS

Hier handelt es sich um eine Kurzform des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 1991). Das Mini-DIPS (Margraf, 1994) ist ein strukturiertes diagnostisches Interview, bei dem die Durchführung hinsichtlich Art und Abfolge der Fragen sowie Kodierung und Auswertung der Antworten in einem Leitfaden vorgegeben sind. Es werden anders als im DIPS nicht alle Diagnosekategorien explizit ausformuliert vorgegeben, so daß die Anwendung dieses Verfahrens ein höheres Ausmaß an diagnostischen Kenntnissen und Erfahrungen voraussetzt im Vergleich zum DIPS. Durch die Verkürzung benötigt man nach den Angaben im Manual ca. 30 Minuten für die Achse I des DSM-IV. Hinreichend genau werden folgende Störungsbilder erfaßt: Angst-/affektive-/ somatoforme-/ Eßstörungen und Substanzabusus. Die Kappa-Werte streuen zwischen .84 und 1 (N= 50; Margraf, 1994). Ferner erfolgt ein erster Ausschluß von Psychosen. Die Übereinstimmungen zwischen DIPS, dessen Reliabilität und Validität hinreichend untersucht ist, und Mini-DIPS waren für die meisten Störungen sehr gut (Kappa's zwischen .66 und 1; Median bei .83; siehe Manual, S. 25). Auch die Interraterreliabilitäten für das Mini-DIPS selbst sind sehr hoch (Kappa zwischen .84 und 1; Manual S. 27).

Das Mini-DIPS wurde fast genau so angewendet wie im Manual vorgesehen. Es wurden nur die „abschließenden Fragen“ am Ende des Leitfadens nach vorausgegangenem Klinikaufenthalt oder nach den Hauptveränderungen, welche die Patientin machen möchte, nicht bei allen Patientinnen erfragt, da ersteres redundant zu anderen bereits durchgeführten Erhebungen erschien, und letzteres für die vorliegende Untersuchung ohne Belang war. Zusätzlich zum Mini-DIPS wurde am Ende des Interviews jedoch explizit noch nach fehlenden Diagnosen im Mini-DIPS wie sexuellen Funktionsstörungen, Schlafstörungen und Nikotin- oder Koffeinabhängigkeit gefragt. Für einzelne Störungen

(z. B. Somatisierungsstörung, Alkoholabhängigkeit) wurde aus Genauigkeitsgründen das Mini-DIPS durch DSM-IV Checklisten (Hiller, Zaudig & Mombour, 1996) ergänzt.

2.3.1.2. SKID-II

Das SKID-II (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) basiert auf zwei Prozeduren: Zuerst wird den Patienten ein Screening-Fragebogen für Persönlichkeitsstörungen (eine Weiterentwicklung des Personality Disorder Questionnaire; Hyler, Rieder & Spitzer, 1987) vorgegeben, in dem 131 Fragen, also mindestens eine Frage pro Persönlichkeitsstörungskriterium gestellt wird (Antwortskalierung: Ja/Nein). In einem zweiten Schritt werden jeweils nur die Persönlichkeitsstörungen im strukturierten Interview nachexploriert, bei denen der Cut-off Wert (z. B. 4 von 6 Kriterien bei der SPS) im Fragebogen überschritten wurde. Der SKID-II Fragebogen wurde als Screening Instrument optimiert, so daß er zwar viele „false alarms“ (falsche Positive) erzeugt, aber sehr sensitiv bleibt. So kommt es äußerst selten vor, daß eine Person, der in der Fremdeinschätzung eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, gleichzeitig *keine* Persönlichkeitsstörung nach dem SKID-II-Fragebogen erhalten hätte. Die Gütekriterien des SKID-II Fragebogens für DSM-IV oder des Interviews wurden von Maffei, Fossati, Agostoni, Barraco, Bagnato, Donati, Namia, Novella, Petrachi, (1997) als sehr zufriedenstellend angegeben (Kappa's durchweg > .7 und damit sogar noch besser als die SKID-II Studie für das DSM-III-R von Wittchen, Schramm, Zaudig & Unland, 1993). Die erste deutschsprachige Untersuchung zur Interraterreliabilität der Diagnosen *und* Einzelkriterien des SKID-II nach DSM-IV wurde anhand der vorliegenden Stichprobe, ebenfalls mit sehr zufriedenstellenden Ergebnissen durchgeführt (Lutze, 2000; Wäschenbach, 2000).

2.3.1.3. Durchführung der Psychodiagnostik

Das SKID-II wurde *nach* dem Mini-DIPS und der Eingangsfrage nach den Hauptbeschwerden bei Aufnahme durchgeführt. Der SKID-II Explorationsfaden kam aus Gründen der Redundanz zu anderen Fragen nicht zur Anwendung. Es wurde explizit darauf geachtet, daß die Patientin, falls dies beim jeweiligen Kriterium gefordert war, Beispiele für die Kriterien berichten mußte. Ferner wurde der häufige „Anfängerfehler“ (Schödlbauer, Biermann-Ratjen, Brodbeck, Ladendorf, Rohde-Dachser & Eckert, 1997)

vermieden, die knappen „ja“-Antworten der Patientinnen ohne eingehende klinische Prüfung oder Nachfragen einfach zu übernehmen. Persönlichkeitsstörungen wurden ab dem 19ten Lebensjahr vergeben, da keine untere Altersgrenze für Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV angegeben ist und 75% der Patienten mit sozialer Phobie (praktisch identisch mit der Diagnose der SPS) den Beginn der Störung vor dem 16ten Lebensjahr angeben (Stangier & Heidenreich, 1997). Zwei Frauen waren bei Aufnahme genau 19 Jahre, zwei 20 Jahre, die anderen waren älter.

Die gesamte Diagnostik wurde auf Video *und* Tonband aufgezeichnet. Vier Frauen weigerten sich, die Gespräche auf Video aufzeichnen zu lassen. Sie unterschieden sich nicht von den übrigen Frauen hinsichtlich der bereits oben dargestellten demographischen und klinischen Variablen. Die Dauer der beiden diagnostischen Interviews, die in ein bis drei Gesprächseinheiten durchgeführt wurden, betrug für die Gesamtgruppe im Mittel 101 Minuten (SD: 42; Minimum: 38; Maximum: 212), wobei das Mini-DIPS analog zu den Vorgaben im Manual etwa 45 Minuten und das SKID-II etwa eine Stunde dauerte.

Die Diagnosen der behandelnden Therapeuten wurden mit Ausnahme der Körperdiagnosen, die durch die ärztlichen Psychotherapeuten gestellt wurden, nicht herangezogen, da sie hinsichtlich der Reliabilität wahrscheinlich deutlich schlechter sind als Diagnosen, die mittels strukturierter Interviews gewonnen werden (Mellsop, Varghese, Joshua & Hicks, 1982; Widiger & Frances, 1989). Ferner ist die *Vollständigkeit* von klinischen „Alltags“-Diagnosen meistens nicht gegeben (oder intendiert), auch wenn sie auf DSM / ICD-Checklisten beruht (Hiller et al., 1995, 1996).

Da die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen für die Gruppeneinteilung in der vorliegenden Arbeit bestimmend war, wurden alle Persönlichkeitsstörungsdiagnosen von zwei unabhängigen Psychologie-Diplomanden (Lutze, 2000; Wäschenbach, 2000) einer Interraterreliabilitätsanalyse (Querschnittserhebung, d. h. die Beurteiler sahen stets dieselben Diagnostikvideos) unterworfen. Die Diplomanden beurteilten nach eingehendem Studium des SKID-II Manuals und der Analyse von fünf Übungsfällen die Interviews völlig unabhängig voneinander, wobei ihnen die Mini-DIPS Diagnosen für jede einzelne Patientin *zuvor* mitgeteilt wurden. Dieses Vorgehen gilt nach dem SKID-II Manual als *lege artis*, da die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen die exakte Achse I Diagnostik zwingend voraussetzt, um Ausschlußkriterien zu bestimmen (z. B. vorliegende Major Depression vs. depressive Persönlichkeitsstörung). Die ungewichteten Kappa's über alle drei Beurteiler betragen für die SPS $\kappa = .90$, für die BPS $\kappa = .63$. Werden nur die Einzelkriterien in die Berechnungen einbezogen, die auch tatsächlich abgefragt wurden

(im zuvor genannten Vorgehen wurden alle im SKID-II Fragebogen verneinten und somit nicht abgefragten Kriterien als „nicht erfüllt“ gewertet), so sinkt der Kappa leicht auf $\kappa = .83$ (SPS) und $\kappa = .60$ (BPS).

In einer weiteren Analyse wurden von einer Psychologie-Studentin und einer klinisch arbeitenden Diplom-Psychologin alle SPS und BPS SKID-II Videos auf die Interraterreliabilität der Einzelkriterien hin untersucht (Brintzinger, in Vorb.). Hierzu wurde eine Gewichtung jedes einzelnen SPS und BPS Kriteriums in sechs Kategorien nach einem ins Deutsche übertragenen Manuals von Clarkin, Hull, Hurt & Stephen (1993) und Clarkin, Hurt, Hull, Shearin & Foelsch (1995) vorgenommen. Der durchschnittliche gewichtete Kappa⁴ der unabhängigen Beurteilungen betrug über alle Kriterien für die SPS $\kappa = .81$ (SD: .02; $p < .0001$; Min: $\kappa = .66$, Max: $\kappa = .88$) und für die BPS $\kappa = .77$ (SD: .02; $p < .0001$; Min: $\kappa = .60$, Max: $\kappa = .85$). Die Übereinstimmungen der gemittelten Ratings mit den Einschätzungen des Autors betrugen auf Diagnoseebene 72 % (BPS) und 75 % (SPS).

Ein Kappa ab .60 kann in klinischen Studien als gut gelten (Bakeman & Gottman, 1986; Landis & Koch, 1977). Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit aufgrund seiner größeren Erfahrung und der mangelnden Möglichkeit einer Konsensuskonferenz auf der kategorialen Ebene die diagnostischen Einschätzungen des Autors herangezogen.

Zusätzlich zum kategorialen Rating (Cut-Off überschritten/nicht überschritten) wurden aufgrund der nicht perfekten Übereinstimmung der fünf unabhängigen Beurteiler zur Reliabilitätsverbesserung zwei *integrierte dimensionale Summenscores* erstellt. Hierbei gehen die Einschätzungen aller fünf Rater pro Kriterium pro Person wie folgt ein⁵: Nicht erfüllt=1, Verdacht=2, erfüllt=3. Pro Person kann der dimensionale SPS-Wert für *ein* Kriterium von 5 - 15 streuen, für alle sieben SPS-Kriterien von 35 - 105. Der BPS-Wert streut für das Einzelkriterium ebenso zwischen 5 - 15 und über alle neun Kriterien von 45 - 135. Beim gemittelten dimensional BPS oder SPS Score wird zur Vergleichbarkeit der Intensität der SPS und BPS Einschätzungen der Gesamtwert durch die Anzahl der Kriterien geteilt. Aufgrund des SKID-II Fragebogens nicht abgefragte Kriterien gehen als „nicht erfüllt = 1“ in die dimensional Scores ein.

⁴ Quadrierte Abweichungsgewichte bei sechs Ratingstufen, wobei 1 und 2 „nicht erfüllt“ bedeutete, und 3-6 „Kriterium erfüllt“.

⁵ Die Ratings wurden von den sechs Abstufungen in die drei neuen Kategorien wie folgt transformiert (Sechser-Rating → Dreier-Rating): 1 → 1; 2, 3 → 2; 4-6 → 3. Die drei, die im Sechser-Rating eigentlich „erfüllt“ bedeutet wurde zu „Verdacht“ transformiert, da sich bei näherer Analyse der Übereinstimmungen zeigte, daß diese beiden Diplomandinnen von allen Ratern am wenigsten konservativ beurteilt hatten (bzw.

Qualifikationen des Haupt-Diagnostikers

Der vorrangige Psychodiagnostiker dieser Arbeit Robert Mestel (RM) war mit Ausnahme des SKID-II Fragebogens gegenüber den sonstigen Fragebogendaten der Patientinnen blind. Der Interviewer beschäftigt sich seit 1991 intensiv mit operationalisierter Psychodiagnostik und ist seit 1995 ICD-10 und DSM-IV Referent in der Therapeutenausbildung und an der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach. Er absolvierte ein ICD-10 Training bei Professor H. Dilling (Uni Lübeck) und ein SKID-I und SKID-II Training bei Professor H. U. Wittchen. Ferner nahm er an einem BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score) Training bei Professor Schepank teil und absolvierte über 80 Stunden OPD Training (operationalisierte psychodynamische Diagnostik).

2.3.2 Basisdokumentation

Der „*statistische Aufnahmebogen*“ wird zu Therapiebeginn in computerisierter Version an die Patienten vergeben und enthält zahlreiche sozio-demographische Variablen wie z. B. zum Familienstand, Berufssituation, Bildungsgrad. Der „*statistische Aufnahmebogen*“ wurde an der DKPM BADO (Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin-Basisdokumentation; Broda, Dahlbender, Schmidt, von Rad & Schors, 1993) und den DGSS Standards (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1992) orientiert entwickelt.

Der „*TherapeutInnen Abschlußbogen*“ erfaßt zentrale Variablen wie die *Motivation* des Patienten, die *Chronifizierung* der Hauptdiagnose, die Art der *Therapiebeendigung* und das psychosoziale Funktionsniveau nach DSM-IV (Achse V: GAF), die von den behandelnden Therapeuten eingeschätzt wurden.

Die Beurteilungen des *Beeinträchtigungs-Schwere-Scores* (BSS; Schepank, 1995) wurden bezogen jeweils auf das Zeitfenster der letzten sieben Tage zu Beginn und am Ende der Therapie vom Autor erstellt. Es handelt sich hierbei um ein im deutschen Sprachraum bereits weit verbreitetes Instrument zur Einschätzung der Schwere einer Beeinträchtigung in den drei Bereichen körperlich, psychisch und sozial-kommunikativ.

Die *OPD*-Beurteilungen des Strukturniveaus wurden von zwei in der Methode trainierten Psychologie-Diplomandinnen vorgenommen (Filosi, 1999; Müller, 1999).

die meisten Positiven angegeben hatten), also eine Korrektur nach unten sinnvoll erschien.

Bei der *Symptom Checkliste* (SCL-90-R; Franke, 1995) handelt es sich um eine Liste von 90 Symptomen, die bezogen auf das Zeitfenster der letzten Woche erfaßt werden. Die zehn Skalen lauten: *Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, Paranoia, Psychotizismus, Globalscore*. Da dieser Test sehr verbreitet und hinsichtlich der wissenschaftlichen Gütekriterien gut untersucht ist, wird auf eine Erläuterung verzichtet und auf das entsprechende Testmanual verwiesen.

2.3.3 Bindungstheoretisch fundierte Instrumente

2.3.3.1. Fragebogen: Relationship Questionnaire (RQ-1)

Beim Relationship Questionnaire (RQ-1; Bartholomew & Horowitz, 1991; deutsche Übersetzung von Mestel, 1995; siehe Anhang) handelt es sich um die kategoriale Erfassung von vier Bindungsstilen nach dem zweidimensionalen Schema von Bartholomew (1990; Modell vom Selbst und Modell vom Anderen) in nahen Beziehungen, wobei sich ein Proband für genau einen am besten passenden Bindungsstil entscheiden muß. Die vier theoretisch abgeleiteten Kategorien, die jeweils aus mehreren Aussagen zu nahen Beziehungen bestehen und deren genaue Formulierungen im Anhang abgebildet sind, lauten *sicher, anklammernd, abweisend, ängstlich-vermeidend*. Die Patientinnen wurden in Erweiterung des RQ-1 am Ende des Fragebogens aufgefordert, einen zweiten, nachgeordneten Stil anzugeben, falls sie sich nur schwer für genau einen Stil entscheiden konnten. Die interne Konsistenz dieses Fragebogens kann wegen des kategorialen Ansatzes nicht berechnet werden. Die Retest-Reliabilitäten in einer gesunden Stichprobe liegen (siehe Kapitel 1.5) für Zeiträume von sechs Monaten bis zwei Jahre bei etwa 60 - 70 % prozentualer Übereinstimmung. Die konkordante und diskordante Konstruktvalidität wurde bereits mehrmals belegt und ist hoch (Doll, Mentz & Witte, 1995; Grau, 1994). Dies bedeutet z. B., daß Personen, die sich verschiedenen Bindungskategorien zuteilen, sich in zahlreichen herangezogenen dimensional Bindungsskalen theoriekonform trennen lassen.

2.3.3.2. Fragebogen: Allgemeiner Bindungsstil

Dieser Fragebogen (Grau, 1994; siehe Anhang) mit 89 Items mit einer Likert-Skalierung (9 Stufen mit den Extrempolen *stimmt* - *stimmt nicht*) wurde in mehreren Studien faktorenanalytisch untersucht (Grau, 1999; in Vorb.). Er enthält die zwei grundlegenden Dimensionen *Angst* und *Vermeidung*, die in der Kurzform jeweils durch 10 Items als Skala erfaßt werden (Cronbach's $\alpha = .86 - .91$). Zusätzlich lassen sich vier hochreliable Bindungsskalen (Cronbach-Alpha-Koeffizienten in fünf Studien in allen Skalen $\alpha > .78$) mit jeweils etwa 20 Items bilden, die entsprechend dem vier-kategorialen Modell nach Bartholomew (siehe: RQ-1) benannt wurden. Bei *sicher* Gebundenen liegt wenig Angst und wenig Vermeidung vor, bei *anklammernd* Gebundenen viel Angst und wenig Vermeidung, bei *gleichgültig-vermeidend (abweisend)* Gebundenen wenig Angst und viel Vermeidung und bei *ängstlich-vermeidend* Gebundenen viel Angst und viel Vermeidung. Die Trennschärfen liegen zumeist über .3 und die Retest-Reliabilität einer gesunden studentischen Stichprobe (N= 49) liegt nach sechs Monaten für die Lang- und Kurzform zwischen $r_{tt} = .57$ (*sicher*) bis $r_{tt} = .83$ (*gleichgültig-vermeidend*). In mehreren Studien wurden auch die guten Validitäten der Lang- und Kurzform des Fragebogens geprüft (Grau, 1994, 1999, in Vorb.). Es liegen zur Zeit noch keine Kriterien wie Diskriminanzfunktionen vor, die eine sinnvolle Kategorisierung aufgrund der Skalen des *allgemeinen* Bindungsfragebogens (vs. Partnerbindungsfragebogen, Grau, in Vorb.) zulassen würden. Deshalb wird hierzu nur der kategoriale RQ-1 eingesetzt.

2.3.3.3 Fragebogen: Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen (GSB)

Dieser Fragebogen wurde im Rahmen der zweiten Pilotstudie (Kapitel 1.6.2; Mestel, 1996; siehe Anhang) als ein settingspezifisches bindungstheoretisch orientiertes Instrument entwickelt. Er bildet mit 30 Items (sechs Antwortkategorien; Likert Skala: „Trifft nicht zu“ bis „trifft völlig zu“) mittels vier faktorenanalytisch gewonnenen Skalen die Bindung an den Therapeuten *und* an Mitpatienten ab. In fünf klinischen Teilstichproben (Mestel, 1998; $N_{\text{gesamt}} = 370$) lag die interne Konsistenz der Skala *sichere Bindung an Therapeuten* (Beispielitem: Ich fühle mich bei meinem Therapeuten sicher) zwischen .83 bis .94, für *Furcht vor Mitpatienten* (Beispielitem: Es fällt mir schwer, meinen Mitpatienten zu trauen) zwischen .70 - .84, für *Mangel an Zuwendung* (Beispielitem: Mein Therapeut gibt mir nicht genug Aufmerksamkeit) zwischen .74 - .89 und für *Verschmelzungswünsche* (Beispielitem: Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten „Eins“ zu sein) zwischen .73 und .85. Die Trennschärfen lagen nur in vier von 150 geprüften Werten (30 Items; fünf

Stichproben) knapp unter .3. Die positiven Interkorrelationen der Skalen lagen unter .4, es zeigten sich keine praktisch bedeutsamen Korrelationen mit dem Geschlecht, Alter oder der Bildung, und die Faktorenstruktur blieb nach Meßwiederholung sehr stabil, was den Fragebogen für einen Einsatz als Evaluationsinstrument prädestiniert. Prä-Post Mittelwertsunterschiede auf der Skala *Furcht vor Mitpatienten* deuten auch auf die Änderungssensitivität dieser Skala hin. Die prä-post Korrelationen einer klinischen Stichprobe (Klinik Bad Herrenalb, N= 40) lagen nach etwa sechs Wochen zwischen $r_{tt} = .45$ (*sicher*) bis $r_{tt} = .66$ (*Verschmelzungswünsche*). Eine hierarchische Clusteranalyse nach Ward legte fünf Cluster nahe, die wie folgt benannt wurden:

1. *Sicher* gebunden (sichere Skala hoch, unsichere niedrig);
2. *Vermeidend-sicher* gebunden (sichere Bindung an Therapeuten, vermeidend an Mitpatienten);
3. *Gemischt unsicher* gebunden (alle unsicheren Skalen sind hoch, sichere niedrig);
4. *Verschmelzungswunsch* (hohe Verschmelzungswünsche an Therapeuten);
5. *Mangel an Beachtung* (*unsicher* an Therapeuten gebunden, **viel** *Mangel an Beachtung*, wenig *Furcht vor Mitpatienten*).

Mit Hilfe von Diskriminanzfunktionen (Mestel, 1998) können Einzelfälle diesen Clustern zugeordnet werden.

2.3.3.4 Fremdbeurteilungsinstrumente der Bindungstypen (AAPR, BPR-A)

Das Adult Attachment Prototype Rating (AAPR; Pilkonis, 1988), eine Vorläufermethode des Hauptinstruments dieser Studie, wurde in zwei Schritten entwickelt. Nach einer Zusammenstellung der Literatur aller Beschreibungen von abhängig und autonom Depressiven wurde eine Liste von 88 Items erstellt. Erfahrene Kliniker ordneten in einem zweiten Schritt die Items nach Ähnlichkeit einander zu. Diese Ähnlichkeitsmatrix wurde dann mit einer hierarchischen Clusteranalyse überprüft. Es ergaben sich fünf bedeutsame Cluster, die als Prototypen interpretiert wurden, wobei drei als vermeidende (*emotional detachment/antisocial features, defensive separation, obsessive-compulsive features*) und zwei als ambivalente Muster (*excessively dependent, borderline features*) eingeteilt wurden. Diesen wurden nachträglich noch zwei Prototypen hinzugefügt. Einmal die nach Bowlby (1979/1982) so benannten *zwanghaft fürsorglichen* (*compulsive care-giving*) Typen und zweitens ein *sicherer* (*securely attached*) Prototyp. Mit letzterem sollte auch

der Ausprägungsgrad der Schwere der Symptomatik bzw. das Ausmaß an Bindungssicherheit eingeschätzt werden. Näheres zur Methodenentwicklung ist bei Pilkonis (1988) bzw. Strauss, Lobo-Drost & Pilkonis (1999) nachzulesen. Die sieben Prototypen werden auf der Grundlage eines halbstrukturierten Beziehungsinterviews („Interpersonal Relations Assessment“), das auf die gegenwärtigen und vergangenen Beziehungen fokussiert, oder im Rahmen eines psychotherapeutischen Erstinterviews eingeschätzt. Dabei stehen zur Beurteilung fünf Stufen von „gar nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend“ zur Verfügung. Zur Beschreibung der einzelnen Prototypen wurden in der ersten Version des AAPR (deutsche Übersetzung ab 1995 durch Strauss, Lobo & Höger) jeweils zwischen 6 - 16 Kriterienbeschreibungen verwendet. Diese Beschreibungen sollten vor dem oben beschriebenen Prototypen Rating in drei Stufen beurteilt werden (ja, etwas, nein) und sollten für das eigentliche Rating als Hilfestellung herangezogen werden um ein Gefühl für den Ausprägungsgrad der Übereinstimmung zwischen der interviewten Person bzw. ihrer Beziehungsgestaltung und dem idealen Prototypen zu erhalten. In einem weiteren Schritt werden die sieben Prototypen auf der Grundlage des Interviews in eine individuelle Rangordnung (Ranking) gebracht, wobei das Rating als eine Grundlage für das Ranking dienen kann. Mittels eines Entscheidungsbaumes können am Ende die Konfigurationen von Ratings und Rankings zu übergeordneten Bindungsprototypen (*sicher, unsicher ängstlich-vermeidend, unsicher ängstlich-ambivalent*) zugeteilt werden. Dabei wird in der Kategorie der Bindungssicherheit zwischen eindeutig, wahrscheinlich und geringfügig sicher differenziert.

Bindungs-Prototypen-Rating-Allgemeiner Bindungsstil (BPR-A)

Das BPR-A (siehe Anhang), ein im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickeltes Instrument, stellt das Hauptinstrument der vorliegenden Studie dar, und wird deshalb ausführlicher beschrieben. Es stellt eine umfassende Modifikation des AAPR der damaligen deutschen Version (Strauss & Lobo, 1995/1997) dar. Die Änderungen betreffen vor allem folgende Bereiche:

a) Formale Aspekte:

- die Itemanzahl wurde für jeden Prototypen auf zwölf angeglichen. Bei Prototypen mit zu wenig Kriterien wurden diese aus der klinischen und Bindungsliteratur „aufgefüllt“ (betrifft *impulsiv-instabil, übersteigert fürsorglich, rational-kontrolliert*)

- der *sichere* Prototyp wurde an den Anfang der Prototypen gestellt.
- die Ratingkategorie „nicht beurteilbar“ wurde dazugefügt.
- die Bezeichnungen der Prototypen wurden umbenannt, um die Assoziationen zu Persönlichkeitsstörungen zu verringern.
- Teilsätze innerhalb eines Kriteriums wurden weitestgehend eliminiert, so daß die Kriterien nur *einen* inhaltlichen Bereich abdecken.
- Alle Verknüpfungen von Teilsätzen oder mehreren Adverbien etc. bestehen aus Kommata (diese bedeuten „oder“), „und“ oder „oder“.

b) Inhaltliche Aspekte:

- Es sollte der *aktuelle* Bindungsstil gemessen werden, denn nur dieser kann sich auch verändern. Klare Entscheidungsregeln für die Abgrenzung von *früherem* und *aktuellem* Bindungsstil wurden entwickelt.
- Aufstellung klarer Regeln, wann und mit welchem Gewicht eine Schilderung einer bindungsrelevanten *einmal* aufgetretenen Situation in die Kriterienbeurteilung und das Gesamtrating eingehen.
- Einbezug der wichtigsten Kohärenz-Kriterien (z. B. „Geht auf Interviewfragen in angemessener Länge ein und bleibt beim Thema“) nach Mary Main v. a. beim *sicheren* Prototyp, aber auch bei den Typen *impulsiv-instabil* und *rational-kontrolliert*.
- Starke Betonung der Beurteilung der *Glaubwürdigkeit* der Patienten-Schilderungen.
- Gemessen wird eine ausgewogene Mischung aus Bindungsrepräsentation (sprachliche Kriterien; eher unbewußt; Kohärenz-Kriterien) und interpersonellen Bindungsstilkomponenten.
- Klare Festlegung der Anzahl der Kriterien, die zu einem bestimmten Rating führen. Jedoch besteht die Möglichkeit eines anschließenden „globalen klinischen Tests“, bei dem der festgelegte Rating-Wert um maximal einen Punkt verschoben werden kann.
- Klare Festlegung der Regeln, wie das Ranking vom Rating abhängt.
- Alle Items haben dasselbe Gewicht und die wahrscheinlich bedeutsamsten Items stehen jeweils zu Beginn der Prototypen um den Effekt des Ersteindrucks zu nutzen (primacy effect).
- Alle Kriterien wurden interpersonell bzw. bindungsrelevant umformuliert.
- Vermeidende bzw. selbstunsichere Kriterien wurden beim Prototyp *übersteigerte Abhängigkeit* entfernt.
- Die Items wurden nicht zu extrem und nicht zu weich (nicht zu „schwierig“) formuliert.

- Der Entscheidungsbaum wurde insofern verändert, als daß er nun vollständig alle Figurationen von Ratings und Rankings aufzugreifen vermag und logische Inkonsistenzen wurden beseitigt (z. B. werden nach dem AAPR Entscheidungsbaum eindeutig unsichere Personen als „wahrscheinlich“ oder „marginal“ sicher eingestuft).
- Es wurde ein 38-seitiges Rater-Manual (siehe Anhang) verfaßt.

Zentrale Modifikationen:

- Es wird ein neuer vermeidender Prototyp *ängstlich-vermeidend* eingeführt, da der AAPR Prototyp *übersteigert abhängig* sowohl selbstunsichere (vermeidende) als auch dependente (ambivalente) Interaktionszüge enthält. Die Kriterien dafür wurden v. a. dem Peer- und Family Prototype Coding Manual (Bartholomew, 1991) für den „*fearful-prototype*“ entnommen.
- Der Prototyp *antisoziale Züge* wird wegen der teilweisen Redundanz zum Typen *übersteigertes Autonomiestreben* und wegen zu geringer Schwierigkeit im testtheoretischen Sinne entfernt. Einzelne Items dieses Prototypen werden zum Typ *übersteigertes Autonomiestreben* hinzugefügt.

Das BPR-A soll durch den Einbezug von Kohärenzkriterien im Gegensatz zum AAPR auch *Bindungsrepräsentationen* erfassen. Die Kohärenzkriterien des BPR-A werden unabhängig zu den eher inhaltlich-interpersonellen Kriterien testtheoretisch hinsichtlich Trennschärfe, Reliabilität und Validität untersucht (Wehringer, in Vorb.). Beim BPR-A sollen wie beim AAPR die Bindungsinterviews einer Patientin dahingehend beurteilt werden, inwieweit sich ihr Bindungsstil mit jedem einzelnen von sieben theoretisch aufgestellten Prototypen deckt. Das BPR-A erfaßt folglich den Erwachsenenbindungsstil (interpersonelle Verhaltensweisen, kognitive Überzeugungen und Einstellungen über Beziehungen; *was* unternimmt und denkt eine Person in Bezug auf andere Menschen, wie agiert oder reagiert sie?) und die Erwachsenenbindungsrepräsentation (Kohärenz-Variablen im Sinne des AAI: *Wie* schildert eine Person sich selbst, den Anderen und die Beziehung zwischen Ihnen?).

Zentrale Unterschiede des BPR-A zum Adult Attachment Interview (nach Main) bestehen darin, daß das BPR-A auf einem Rating der Eltern- und Partner-/Freundinnenbindung (nicht ausschließlich Eltern) beruht, daß der Schwerpunkt des BPR-A auf interpersonellen Verhaltensweisen und Kohärenz-Merkmalen und nicht fast ausschließlich auf

linguistischen Kriterien wie beim AAI liegt, daß das BPR-A direkt vom Video zu beurteilen ist (kein Transkript notwendig wie beim AAI) und daß klinisch definierte Subtypen unsicherer Bindung vorgenommen wurden.

BPR-A: Bindungsprofil

sehr	●	●	●	●	●	●	●
5	●	●	●	●	●	●	●
4	●	●	●	●	●	●	●
3	●	●	●	●	●	●	●
2	●	●	●	●	●	●	●
1	●	●	●	●	●	●	●
gar nicht							
Prototyp	sicher	übersteigerte Abhängigkeit	impulsiv, instabil	übersteigerte Fürsorglichkeit	vermeidend-ängstlich	rational-kontrolliert	übersteigertes Autonomiestreben
Summe positiver Kriterien	A	B	C	D	E	F	G
Megabin- dungsstil:	sicher	ambivalent, verstrickt			vermeidend, distanziert		

II. Bindungsprofil: Ranking (Prototyp - Buchstabe) Beachte:

a) Zahl pos. Kriterien b) Figurationen ja-etwas c) Kohärenzkriterien gehen vor

Rangreihe der Prototypen (nach globalem klinischen Test):	Summe der Kriterien:	Empfehlung für den Ratingwert:
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	8-12	5
	6-7	4
	4-5	3
	2-3	2
	0-1	1

Abb. 2.1: Überblick über den Auswertebogen des BPR-A

Folgende für diese Studie relevante Variablen liegen somit anhand des BPR-A vor:

- Ratings der sieben Prototypen (Ausprägung jeweils 1 - 5)
- Mega-Items (Ausprägung jeweils 1 - 5):
 - Durchschnitt aller drei Ratings der vermeidenden Typen (Mega-Vermeidung)
 - Durchschnitt aller drei Ratings der verstrickten Typen (Mega-Ambivalenz)
- Erster Rangplatz (Kategorie): Ausprägung Prototyp A - G

- Erster Rangplatz (drei Bindungskategorien): sicher; verstrickt; vermeidend
- Vier Mega-Bindungskategorien nach dem BPR-A Entscheidungsbaum:
 - Grobabstufung (vier Stufen): sicher; verstrickt; vermeidend; gemischt unsicher

Beurteilungsgrundlage des Bindungs-Prototypen-Ratings

Die Beurteilungsgrundlage bilden zwei hintereinander geschaltete halbstrukturierte Interviews. Es handelt sich um strukturierte Leitfäden, wobei Nachfragen und leichte Abweichungen möglich sind. Im einzelnen geht es um:

a) Adult Attachment Interview (AAI)

Das AAI (George, Kaplan & Main, 1985; verwendet wurde hier die deutsche Übersetzung von Gloger-Tippelt, Ullmeyer & Gomille, 1993; Dauer: ca. 30 bis 120 Minuten; siehe Anhang) besteht aus 18 Fragen und vorgegebenen Nachfragen. Diese zielen auf die frühen Erinnerungen der Personen an ihre Bindungsfiguren in der Kindheit, auf die Verarbeitung unterstützender, zurückweisender oder auf Umkehr von Eltern-Kind-Rollen beruhenden Erfahrungen. Insbesondere zielen sie auf die Einschätzung der Bedeutsamkeit dieser frühen Erfahrungen für die eigene Persönlichkeit und für die Elternschaft aus der gegenwärtigen Perspektive.

In der vorliegenden Arbeit⁶ wurden, um die Beurteilungsgrundlage für die kinderlosen Patientinnen denjenigen mit Kindern anzugleichen, die drei letzten Fragen, die das eigene Kind betreffen, nicht gestellt. Dieses Vorgehen ist üblich (siehe Trainingstranskripte für die AAI Auswertung) und wurde auch von den Interviewern Mary Main und Erik Hesse angewendet. Explizit wurde bei Frage 9 (Drohungen der Eltern) nach körperlichen oder sexuellen Mißbrauchserfahrungen nachgefragt. Dabei wurde jedoch sehr vorsichtig exploriert und die Patientin wurde darauf hingewiesen, daß sie nur so viel erzählen solle, wie für sie stimmig sei. Eine Weigerung, über diese Themen zu sprechen wurde vom Interviewer sofort respektiert. Der AAI Interviewleitfaden wurde exakt eingehalten, da in Validitätsstudien (Stollreiter, 2000; Walther-Schnell, in Vorb.; Werner, 2000) die AAI-Auswertungsmethode nach Main und Kobak mit den hier vorliegenden Instrumenten

⁶ Der Interviewer (RM) wurde von Dr. Peter Zimmermann und Dr. Elisabeth Fremmer-Bombik (damals Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie an der Universität Regensburg bei Prof. K. E. Grossmann) in die Q-Sort Auswertung des Adult Attachment Interviews nach Kobak (etwa acht Übungsfälle) und in die Durchführung von AAI-Interviews eingearbeitet. Er führte zusätzlich 17 AAI Übungsgespräche durch, von denen sechs in die erste Pilotstudie für die vorliegende Studie (Auswertung nach der Kobak Q-Sort Methode) eingingen.

verglichen werden soll und diese Auswertung sehr sorgfältig durchgeführte AAI's voraussetzt.

b) Bindungsinterview für Partner- und Freundesbeziehungen (BPF)

Dieses halbstrukturierte Interview (Dauer ca. 30 - 45 Minuten; siehe Anhang) wurde auf der Grundlage des „Peer-Attachment-Interview (young couple version IV)“ von K. Bartholomew (1989b), dem „Interpersonal Relations Assessment“ (IRA; Pilkonis, 1988), dem AAI (Main & Goldwyn, 1985-1997) und dem OPD-Leitfaden (Arbeitsgruppe OPD, 1996) für die vorliegende Arbeit entwickelt. Das Ziel war dabei, ein möglichst *ökonomisches*, dabei aber ausreichendes Partner- und Freundesinterview zu entwerfen, welches auf die Kriterien des BPR-A zugeschnitten sein sollte. Ferner sollte das Interview auch eine gute Grundlage für die Beurteilung der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse der OPD darstellen. Abgefragt wird die Beschreibung des Selbst und die von Partnern, Freundinnen, die Rolle des Selbst in Beziehungen, die Rolle der anderen, typische Konflikte und Ängste in nahen Beziehungen. Ferner wird exploriert, an wen sich die Person bei Kummer im Erwachsenenalter wenden würde und wie Trennungen und Zurückweisungen verarbeitet werden.

Reliabilitätstrainings für das Bindungs-Prototypen-Rating

Tab. 2.3: Interraterreliabilität für vier BPR-A Training's

Fall Nr.	Rateranzahl	Interview	Datum	ICC adjustiert	ICC unadjustiert
1. Training:					
1	8	AAI	5.12.97	.84	.82
2	6	AAI & BPF	5.12.97	.63	.64
2. Training:					
3	8	AAI	10.1.98	.29	.30
4	8	AAI	10.1.98	.45	.46
5	8	AAI	11.1.98	.14	.14
6	8	AAI	11.1.98	.5	.44
3. Training:					
7	8	AAI & BPF	23.1.98	.69	.70
4. Training:					
8	9	AAI & BPF	6.2.98	.88	.85
9	8	AAI & BPF	6.2.98	.92	.91

Es wurden zur Bestimmung der Reliabilität der BPR-Methode insgesamt bis zum Juni 1998 vier Rater-Trainings mit insgesamt neun Eichfällen veranstaltet. Die sechs Beurteilerinnen, deren BPR-A Bewertungen hier eingehen, nahmen an 2 - 4 Trainingseinheiten teil (minimal sechs Trainingsvideos). Zu den Ergebnissen der

Interraterreliabilität, die aus Tab. 2.3 ersichtlich sind, ist folgendes anzumerken: Es zeigte sich, daß selbst nach sehr geringem Training bei einem „einfach“ zu beurteilenden Patienten (d. h. ein deutlich vorliegender Bindungsstil) wie Fall Nr. 1 eine sehr hohe Interraterreliabilität (.84) erreicht werden kann. Weiterhin zeigte sich aber auch, daß bei schwierigeren Fällen (Nr. 3 - 6) gerade auf der ausschließlichen Grundlage des AAI, welches kein Interview für Partner- und Freundschaftsbeziehungen enthält, bei zu wenig Training nur eine ungenügende Reliabilität erreicht wird. Die mangelnden Übereinstimmungen wurden intensiv in der Ratergruppe diskutiert, Mißverständnisse wurden geklärt und individuelle Verzerrungen wurden offengelegt. Im dritten und vierten Training zeigten sich dann wesentlich bessere ICC's weit über .7. Nach den vorliegenden Erfahrungen beeinflussen mindestens sechs Faktoren die Reliabilität: Art der Ratinggrundlage (AAI und/oder BPF), Dauer und Anzahl der Ratertrainings, „Leichtigkeit des Falles“, Tonqualität des Videos, Distanzierungsfähigkeit des Beurteilers („Verstrickung“ mit dem Fall). Es sollte beachtet werden, daß nur die unadjustierten ICC's auf andere Beurteilergruppen generalisiert werden dürfen, da hier die Mittelwerte der einzelnen Rater nicht ausparialisiert werden (Asendorpf & Wallbott, 1979).

Interraterreliabilität der vorliegenden Beurteilungen (prä und nach sieben Wochen)

Die fünf Beurteilerinnen der vorliegenden Arbeit (Psychologie-Diplomandinnen) nahmen an mehreren der oben genannten Ratertrainings teil. Ferner wurde als Dritt-Raterin noch eine Forschungspsychologin eingesetzt. Sie hatte ebenfalls an mehreren BPR Trainings teilgenommen und war mit der Methode vertraut. Es wurden dann je zwei Raterinnenpaare gebildet, die jeweils die Hälfte der Stichprobe für je einen Meßzeitpunkt (prä: Therapiebeginn; post: nach sieben Wochen) auswerteten. Diese „über Kreuz“ Lösung wurde gewählt, da dadurch ausgeschlossen wurde, daß ein eventuell vorliegender Raterinnendrift eines Raterinnenpaares⁷ die gegebenenfalls vorliegenden „wahren“ Rating-Unterschiede der Prototypen zwischen den zwei Meßzeitpunkten hätten erklären können. Alle Beurteilerinnen waren völlig uninformiert über sämtliche Einschätzungen der anderen Raterinnen. Sie waren blind gegenüber den Diagnosen und gegenüber allen übrigen Daten der Patientinnen und während der gesamten Ratingphase auch gegenüber dem Vorher-Nachher Design. Sie wußten folglich nie, zu welchen genauen Meßzeitpunkt die Patientinnen interviewt worden waren und daß sie überhaupt zu verschiedenen

⁷ Z. B. Paar Nr. 1 beurteilt systematisch den Prototyp *sicher* höher als Paar Nr. 2.

Meßzeitpunkten interviewt worden waren. Keine Raterin beurteilte dieselbe Person zu zwei Meßzeitpunkten.

Bestimmung der Reliabilität

1. Berechnung der Rang-Korrelation⁸ der sieben Bindungs-Prototypen-Ratings für *jeden* Einzelfall. Ein reliables (statistisch signifikantes; $p < .05$) Rating setzt eine Mindest-Korrelation von ca. $r = .7$ voraus, wodurch knapp 50 % der Varianz der einen Raterin durch die andere aufgeklärt wird. Das Ausmaß der Varianzaufklärung gab den Ausschlag für die Höhe der Korrelation als Cut-off Wert der Reliabilität.
2. Berechnung der euklidischen Distanzen⁹ zwischen den beiden Ratings für jeden Einzelfall. Als eine ausreichend geringe Distanz nach dem vorliegenden Datensatz sollte die Distanz ≤ 1 gelten.
3. Vergleich der Mega-Bindungsstile (vier Kategorien nach dem Entscheidungsbaum des BPR-A) für jeden Einzelfall. Als eine ausreichende Übereinstimmung galt, wenn beide Raterinnen denselben Hauptbindungstyp (siehe Entscheidungsbaum im BPR Manual, S. 10) als am treffendsten beurteilt hatten (*sicher, verstrickt, vermeidend, gemischt unsicher*).

Die Beurteilerübereinstimmung der zwei Raterinnen für einen Fall wurde nach den drei folgenden Kriterien bewertet: Als nicht ausreichend reliabel galt ein Rating folglich, falls *alle* drei Bedingungen *nicht* erfüllt waren, also die Korrelation unter $.7$ lag (es sollte zumindest etwa 50 % der Varianz erklärt werden), die euklidische Distanz über 1 und der Hauptbindungsstil unterschiedlich war. Umgekehrt ausgedrückt galt ein Fall als reliabel, falls die beiden Ratings hinsichtlich ihrer Distanz oder Korrelation oder inhaltlicher Aspekte (Hauptbindungsmuster) hinreichend ähnlich waren.

Von den 55 Fällen zu Therapiebeginn waren 19 (34.5 %), für die 40 Fälle nach sieben Wochen 10 (25 %) nach den genannten Bedingungen *nicht* reliabel. Diese recht große Anzahl deutet an, daß entweder die Trainingseinheiten nicht ausreichend waren, die

⁸ Der Intra-Class-Koeffizient (ICC) geht bei $N=2$ Ratern in eine gewöhnliche Korrelation über. Für jede einzelne Person wurde zusätzlich der ICC berechnet; die Korrelation zwischen ICC-Kennwerten (adjustiert) und den Spearman-Korrelationskoeffizienten betrug $.974$.

⁹ Euklidische Distanz: x_i : Rating Bindungsstil 1 - 7 des Raters A
 y_j : Rating Bindungsstil 1-7 des Raters B; z : Anzahl der Bindungskategorien (hier: 7)

Die euklidische Distanz wurde hinzugezogen, da bei der ausschließlichen Betrachtung von Profilunterschieden mittels Korrelationen nichts über die Distanz zwischen den Profilen bekannt ist.

Reliabilitätskriterien zu streng oder diese Patienten einfach sehr schwer zu beurteilen waren¹⁰.

19 Fälle prä und 10 Fälle nach sieben Wochen wurden von den beiden Dritt-Raterinnen erneut beurteilt. Es wurden in der Folge die Rater-Pärchen für das kombinierte Rating herangezogen, welche die höchsten Übereinstimmungen bzw. geringsten euklidischen Distanzen aufwiesen. Dies ließ sich jeweils klar bestimmen. Es blieben drei Fälle (nur prä) übrig, die auf allen drei Bewertungskriterien auch nach den Dritt-Ratings ungenügende Übereinstimmungen aufwiesen. Aus Aufwandsgründen wurden hier keine weiteren Beurteilungen durchgeführt, sondern es wurden die Paar-Ratings genommen, deren Korrelation am höchsten war¹¹.

Aggregation der Beurteilungswerte der beiden Raterinnen

Es wurden zur Steigerung der Reliabilität (wie bei der Kobak-Auswertung des AAI) die Ratings der sieben Prototypen für die besten Raterinnen-Pärchen gemittelt (arithmetisches Mittel). Verzichtet wurde auf ein Konsensus-Rating, da dieses die Reliabilität in nicht überprüfbarem Ausmaß beeinflusst, ferner recht aufwendig ist und die Gefahr eines „Rater-Drifts“¹² in sich birgt. Ebenso wurde auf eine Aggregation über die zum Teil vorliegenden drei Ratings verzichtet, um Validitätseinbußen zu vermeiden. Auf der Grundlage dieser gemittelten Ratings wurde für die Einzelpersonen das gemittelte Ranking erstellt. Hierbei wurde Rankingplatz Eins für das höchste Rating vergeben, Platz zwei für das zweithöchste etc. Waren zwei Ratings gleich hoch, dann wurde der Prototyp im Ranking höher eingestuft, der in der Summe der „ja“-Ankreuzungen bei den Einzelkriterien für beide Raterinnen höhere Werte erzielte. War die Summe gleichhoch, so wurde als nächstes auf die Summe der „etwas“ Antworten zurückgegriffen, war diese auch gleichhoch, dann wurde zuletzt auf die Positionierung des Prototypen im Ranking der einzelnen Beurteilerin zurückgegriffen. War hier ein Prototyp höher als der andere im Ranking der beiden einzelnen Rater, dann wurde entsprechend der höher bewertete Prototyp im gemittelten

¹⁰ Die Auswertung des AAI (Main-Methode) ist bei Patientengruppen schwieriger als bei Gesunden (Gloger-Tippelt, persönliche Mitteilung, November 1995). Interessanterweise waren von den vier Tonbandratings (von 55 Patientinnen hatten vier nicht auf Video aufgenommen werden wollen) drei (75%) unreliabel, was vielleicht für erhöhte Schwierigkeiten bei der Bindungsstil-Einschätzung mittels Tonbändern im Vergleich zu Videos spricht oder dafür, daß Patienten, die nicht gefilmt werden wollen, schwierig zu beurteilen sind.

¹¹ Im einzelnen ergaben sich für die drei Fälle folgende Korrelationen: 1. $r = .45$; euklidische Distanz: 1.46 (Fall 14); 2. $r = .65$; euklidische Distanz: 1.3 (Fall Nr. 16) und 3. $r = .43$; euklidische Distanz: 1.13 (Fall 39). Es handelt sich in allen drei Fällen um sehr schwierige, lange Interviews mit schwer gestörten Patientinnen.

¹² Rater-Drift: Beide Beurteiler werden sich hinsichtlich ihrer Ratings durch die Diskussionen über die Einzelfälle nach dem Konsensusverfahren immer ähnlicher, was zwar die Reliabilität steigert, jedoch die

Ranking weiter oben positioniert. Diese drei Regeln (Summe der „Ja“, „Etwas“ Ankreuzungen und Ranking Betrachtung der Einzelraterinnen) reichten aus, um alle Personen eindeutig einem gemittelten Ranking zuzuordnen. In die hier vorliegenden Auswertungen gehen folglich die gemittelten Ratings und Rankings der reliabelsten Raterinnen-Paarungen ein. Der Durchschnitt der Korrelationen (nach Fisher's z-Transformation) der jeweils besten Rating-Paare für die 55 Patientinnen zu Therapiebeginn betrug $r = .79$ (Fisher's z-Wert von 1.06, $SD = .42$), der durchschnittliche ICC_{adj} betrug $.71$. Für die Beurteiler-Paare für die 40 Retest Videos nach sieben Wochen ergab sich eine durchschnittliche Korrelation von $.77$ (Fisher's z-Wert von 1.02, $SD = .49$) und ein durchschnittlicher ICC_{adj} von $.69$.

Interne Konsistenz der BPR-A Prototypen

Alle vorher-nachher Beurteilungen der Einzelkriterien aller sechs Raterinnen wurden zur Berechnung der internen Konsistenz (nach Cronbach Alpha) der sieben BPR-A Prototypen herangezogen. Tab. 2.4 zeigt, daß die Konsistenzen mit $.76$ bis $.89$ (prä) und $.72$ bis $.91$ (nach sieben Wochen) in zufriedenstellender Höhe lagen. Die höchsten internen Konsistenzen ergaben sich für den Typen *impulsiv-instabil*, die relativ gesehen niedrigsten für den Typen *übersteigert fürsorglich*. Von den 84 Items wiesen beim prä-Rating zehn (12 %) und beim zweiten Rating elf (13 %) Trennschärfen $< .3$ (unzureichend) auf. Items, die zu beiden Meßzeitpunkten unabhängig voneinander schlechte Trennschärfen aufwiesen, waren Nr. 7 (*sicher*), 22 (*übersteigert abhängig*), 48 (*übersteigert fürsorglich*), 57 (*ängstlich-vermeidend*) und 64 (*rational-kontrolliert*).

Tab. 2.4: Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) für die BPR-A Prototypen

Prototyp	vorher-Messung (N= 129 Ratings)	nachher-Messung (N= 90 Ratings)
sicher	.77	.80
übersteigert abhängig	.82	.83
impulsiv-instabil	.89	.91
übersteigert fürsorglich	.76	.72
ängstlich-vermeidend	.77	.83
rational-kontrolliert	.78	.77
übersteigertes Autonomiestreben	.84	.85

Interkorrelationen der BPR-A Prototypen

Die Spearman-Rangkorrelationen zeigten nur eine signifikante positive Interkorrelation (Tab. 2.5; $p < .05$; $r = .32$) zwischen den Typen *rational-kontrolliert* und *ängstlich-vermeidend*. Signifikante negative Korrelationen ($p < .05$) ergaben sich zwischen den Typen *sicher* und *impulsiv-instabil*, *abhängig* und *übersteigertes Autonomiestreben* und *ängstlich-vermeidend* und *impulsiv-instabil*. Gerade die recht deutliche negative Korrelation zwischen den Typen C und E kann wahrscheinlich als Artefakt der Stichprobenselektion gewertet werden, da vorrangig Borderline oder selbstunsichere Muster für die vorliegende Studie von Interesse waren. Personen mit keinem der beiden oder beiden Mustern wurden wie berichtet mit geringerer Wahrscheinlichkeit in die Studie inkludiert.

Tab. 2.5: Interkorrelationen zwischen den BPR-A Prototypen für die Gesamtstichprobe

Prototypen	A	B	C	D	E	F	G
A. sicher	-						
B. übersteigert abhängig	-.05	-					
C. impulsiv-instabil	-.39*	-.11	-				
D. übersteigert fürsorglich	.13	-.04	.14	-			
E. ängstlich-vermeidend	.03	.17	-.47*	-.08	-		
F. rational-kontrolliert	-.18	.01	-.15	.05	.32*	-	
G. übersteigertes Autonomiestreben	-.25	-.51*	.16	-.11	.09	.22	-

* $p < .05$; $N = 55$

Validität

Die Konstruktvalidität im Sinne des Zusammenhanges des BPR-A mit der *Strukturalen Analyse sozialer Beziehungen* (SASB; Benjamin, 1993) wurde von Hefer (1999) untersucht, die Korrelationen mit dem *Inventar Interpersoneller Probleme* (IIP; Horowitz, Strauss & Kordy, 1995; vgl. Bartholomew & Horowitz, 1991) von Alfes (1998). Die divergente Konstruktvalidität (Bindungsmuster sollten *wenig* mit den Symptomen korrelieren) prüfte Kallo (1999) anhand der *Symptom-Checkliste 90-R* (Franke, 1995) und die prädiktive Validität (Vorhersage des Therapieerfolges durch das BPR-A) von Kiss (1999). Weiterhin wurden Zusammenhänge mit der OPD-Strukturachse (Filosi, 1999; Rösch, 2000), und der OPD-Konfliktachse (Müller, 1999) analysiert. Validierungsstudien mit der OPD-Beziehungsachse (Kaspar, in Vorb.) und der Main- und Kobak-Auswertungsmethode des AAI liegen vor (Stollreither, H., 2000; Werner, I., 2000; Walther-Schnell, I., in Vorb.). Mestel (1999b) fand hohe Korrelationen zwischen den konstrukt-verwandten Skalen des AAI und BPR-A von $r = .6$ bis $r = .73$ bei den Typen *übersteigert abhängig*, *impulsiv-instabil*, *übersteigert fürsorglich*, *übersteigertes*

Autonomiestreben und geringe Zusammenhänge der Typen (BPR-A/AAPR) *sicher/sicher*, *ängstlich-vermeidend/abhängig* und *rational-kontrolliert/zwanghafte Züge* ($r = .17$ bis $.27$). Hinsichtlich der *kategorialen* Entscheidungsbaumauswertungen gab es keinerlei Zusammenhänge zwischen den beiden Instrumenten. Beim AAPR wurden die meisten Personen (84 %) als *ambivalent* eingestuft. Es ergaben sich zusammenfassend weitgehend zufriedenstellende hypothesenkonforme Validitäten, allerdings nur für die Auswertungen, die auf Skalen basierten, nicht auf Kategorien. Aus Platzgründen kann auf diese Arbeiten nicht näher eingegangen werden.

Es wurde analog zu Pilkonis, Heape & Proietti (1991) geprüft, wie gut die verschiedenen Bindungs-Fremdbeurteilungssysteme auf die einzelnen Patienten der Stichprobe anzuwenden waren. Nur 10,9 % der Patientinnen aus der Stichprobe zu Therapiebeginn (sechs von 55) und 7,5 % (drei von 40) der Stichprobe nach sieben Wochen wiesen auf keinem einzigen Prototypen Ratingwerte über zwei auf. Bei den allermeisten Patientinnen wurde folglich zumindest ein Prototyp als ziemlich charakteristisch für ihr Beziehungs-/Bindungsverhalten beurteilt. Ein Überblick über alle relevanten Instrumente für die verschiedenen Meßzeitpunkte ist Abb. 2.2 zu entnehmen.

Klinische Variablen und Bindungsinstrumente (T-0)

- Sozio-demographische und **klinische** Ausgangsvariablen (OPD, BSS, GAF etc.)
- **Mini-DIPS** für DSM-IV Diagnosen auf Achse I (dichotom)
- **SKID-II** (12 dichotome Persönlichkeitsstörungsdiagnosen; dimensionale Skalen)

Bindungstheoretisch fundierte Instrumente (zwei Meßzeitpunkte)

- **Bindungs-Prototypen-Rating (BPR-A; T-0, T-2)**
 - Ratings pro Prototyp, Megaskala Ambivalenz, Megaskala Vermeidung
 - Erster Rankingplatz (sieben Prototypen; drei Mega-Kategorien)
 - Vier Mega-Bindungskategorien (aus BPR Entscheidungsbaum ermittelt)
- **Grönenbacher Stationärer Bindungsfragebogen (GSB; T-1, T-2)**
 - sicher, Furcht vor Mitpatienten, Mangel an Beachtung, Verschmelzungswünsche
 - Bindungscluster (Kategorien): sicher, vermeidend-sicher, gemischt-unsicher, Verschmelzungswunsch, Mangel an Beachtung durch Therapeut
- **Allgemeiner Bindungsstilfragebogen - Ina Grau (dimensional; T-0, T-2)**
 - sicher, ängstlich-ambivalent, ängstlich-vermeidend, gleichgültig-vermeidend
 - Megaskalen: Mega-Vermeidung, Mega-Angst
- **Relationship Questionnaire (RQ-1; kategorial; T-0, T-2)**
 - sicher, anklammernd, ängstlich-vermeidend, gleichgültig-vermeidend

Klinische Skalen (Veränderungsmessung)

- **Symptom-Checkliste-90-R (T-0, T-2, T-3)**
 - Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, Paranoia, Psychotizismus, Globalscore

Anmerkungen: T-0: Therapiebeginn; T-1: nach 2 Wochen; T-2: nach sieben Wochen; T-3: letzte Behandlungswoche.

Abb. 2.2: Überblick über die verwendeten Variablen und Instrumente

2.4 Durchführung (Rekrutierungsquote, Drop-out-Analysen)

Die Patientinnen wurden dann für die Untersuchung ausgewählt, wenn sich beim Aufnahmegespräch (Zeitraum: 1. 2. 97 - 30. 11. 97) am zweiten Tag nach Anreise Anzeichen einer der beiden Diagnosen „selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ oder „Borderline Persönlichkeitsstörung“ ergaben. Der Autor besprach seinen Eindruck vom Aufnahmegespräch anschließend mit den behandelnden Therapeuten und klärte ab, ob sie mit der Teilnahme der Patientin an der Untersuchung einverstanden wären. Bei acht Patientinnen wurde dies abgelehnt, da diese gegenwärtig zu stark labilisiert oder überlastet auf den behandelnden Therapeuten wirkten. Einige dieser Patientinnen wollten später an der Untersuchung teilnehmen, was allerdings durch die im Design angelegte Zeitstruktur nicht mehr möglich war. Die Patientinnen, denen die Therapeuten diese Belastung zumuteten, wurden dann um eine Teilnahme an der Untersuchung gefragt und unterschrieben eine Einverständniserklärung zum Untersuchungsablauf und Datenschutz. Zehn weitere Patientinnen verweigerten die Teilnahme, da sie sich durch die Fragebögen und Interviews überlastet fühlten. Zuerst wurde den Patientinnen der SKID-II Fragebogen ausgeteilt, der ein Vorscreening von Persönlichkeitsstörungen ermöglicht. Es folgte ein etwa 90-minütiges, auf Video und Tonband aufgezeichnetes strukturiertes klinisches Diagnose-Interview mit dem Mini-DIPS für die Achse I und mit dem SKID-II für die Achse II des DSM-IV. 40 Patientinnen erfüllten das Kriterium, daß sie entweder eine BPS *oder* eine SPS aufwiesen. Es wurden 15 Patientinnen, die weder eine BPS noch eine SPS aufwiesen oder die sowohl eine BPS als auch eine SPS aufwiesen in einer Vergleichsgruppe (NNB) zusammengefaßt.

Die Fragebogen zu den sozio-demographischen Maßen, psychometrische Verfahren (SCL-90-R, Bindungsstilfragebogen etc.) und die Bindungsinterviews wurden in den ersten zwei Tagen der Anwesenheit erhoben. Das AAI wurde *lege artis vor* dem Partnerbindungsinterview durchgeführt, da das AAI für spätere Validierungsstudien gebraucht wurde und Ermüdungs- oder Ausstrahlungseffekte durch ein vorausgehendes

anderes Interview vermieden werden sollten. Die behandelnden Therapeuten erhielten nach vier Tagen eine Auswertung der klinischen Fragebogen und eine Rückmeldung der strukturierten Diagnostik und des Bindungsstils (kategorialer Bindungsfragebogen). Die Einschätzung der Patient-Therapeuten/Mitpatienten Bindung durch den „Grönenbacher stationären Bindungsfragebogen“ wurde zu Beginn der dritten Therapiewoche durchgeführt, damit man von einer therapeutischen Arbeitsbeziehung sprechen konnte. Nach etwa sieben Wochen wurden die Bindungsinterviews der 40 Patientinnen der SPS- oder BPS-Gruppe erneut durchgeführt. Die NNB-Gruppe wurde nicht erneut interviewt, da diese Gruppe nur für die diagnostische Fragestellung von Interesse war. Es wurden bewußt keine Messungen in der letzten Therapiewoche durchgeführt, da davon auszugehen war, daß die Borderline-Patientinnen bei regulärer Beendigung länger behandelt werden würden im Vergleich zur SPS-Gruppe. Die mögliche Kovariate *Therapiedauer* wurde somit kontrolliert. Als Einführung zum Interview nach sieben Wochen wurden die Patientinnen darauf hingewiesen, daß dasselbe Interview wie am Anfang wiederholt werde, und daß Veränderungen *in der eigenen Sicht* der Eltern oder Partner möglich seien, weshalb das erneute Interview für die Studie von Relevanz sei. Ferner wurden nach sieben Wochen noch die Bindungsfragebogen und die SCL-90-R vergeben. In einem einstündigen Abschlußgespräch wurde den teilnehmenden Patientinnen nach der Erhebung aller Instrumente die anfangs zugesagte detaillierte Rückmeldung zu ihren Bindungsstilen und deren eventueller Veränderung im Rahmen einer „Beziehungsberatung“ gegeben. Abschließend wurden sie auf eine geplante katamnestische Befragung vorbereitet. Vom behandelnden Therapeuten eingeschätzte Variablen wie „Chronifizierung der Hauptdiagnose, Motivation, Art der Therapiebeendigung etc.“ wurden während und am Ende der Behandlung dokumentiert.

2.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte vor allem mittels SAS for Windows, Version 6.08. Zur Anwendung kamen die Prozeduren „MEANS, FREQ, CHISQ, UNIVARIATE, NPAR1WAY, GLM, CORR, DISCRIM, CLUSTER, FACTOR“. Die Intra-Class-Korrelationskoeffizienten und gewichteten Kappa-Werte wurden in SAS (IML) programmiert. Die Reliabilitäten (Cronbach's Alpha), Eta Korrelationen, ungewichtete Kappa's, logistische und einfache Regressionen, U-Tests, Exact Tests wurden in SPSS for Windows (Version 7.8) berechnet. Einige Variablentransformationen und die

Effektstärkeberechnungen wurden mit Excel 7.0 vorgenommen. Die Transformation von Korrelationen in z-Werte und die Rück-Übertragung der z-Werte in Korrelationen erfolgte nach den Formeln in Bortz (1984, S. 261f). Alle Variablen wurden vorab auf die Normalverteilungsvoraussetzungen (SAS; Kolmogorov-Smirnov-Test; $p < .05$) geprüft. Da die allermeisten der eigentlich als intervallskaliert aufzufassenden Variablen (BPR-A Ratings, SCL-90-R Skalen, Grau-Bindungsskalen, GSB-Bindungsskalen) diesen nicht genügten und die Stichprobengröße kleiner als 100 war, wurden in der Folge nur noch verteilungsfreie Verfahren angewendet, wobei jedoch zur besseren Interpretierbarkeit und Vergleichbarkeit mit anderen Studien neben dem Median auch die Mittelwerte und Standardabweichungen und nicht die Ränge angegeben wurden. Wegen der fast ausschließlichen Anwendung nonparametrischer Tests konnten keine multivariaten, den Alpha-Fehler eindämmenden Verfahren, verwendet werden.

Aufgrund der relativ kleinen Stichprobengröße und des explorativen Charakters der Veränderungsfragestellung wurde keine Alpha-Fehler Adjustierung vorgenommen, um den Beta-Fehler (in Wahrheit vorliegende Effekte nicht zu entdecken) nicht zu stark zu gewichten (siehe Sedlmeier & Gigerenzer, 1989). Bei der Interpretation wird die zufällig zu erwartende Wahrscheinlichkeit der Befunde gerade bei vielen durchgeführten statistischen Tests mitberücksichtigt (Tab. 2.5).

Tab. 2.5: Stochastische Abhängigkeiten einzelner Skalen und Alpha-Adjustierung

Instrument	Skalen	korrelieren signifikant mit:	α -Korrektur
BPR-A (dim.)	sieben <i>dimensionale</i> Prototypen-Ratings	Mega-Vermeidung/Ambivalenz (dimensionale Ratings)	$\alpha/2$
BPR-A (kat.)	drei <i>kategoriale</i> Berechnungsarten ¹³		$\alpha/3$
Allgemeiner Bindungsfragebogen	vier Skalen	Mega-Angst/Mega-Vermeidung	$\alpha/2$
GSB	vier Skalen	fünf Cluster	$\alpha/2$

Die Ergebnisse werden wie folgt interpretiert:

$p < 0.1$ Trend $p < 0.05$ statistisch bedeutsam $p < 0.01$ statistisch sehr bedeutsam

2.6 Repräsentativität der Stichproben für alle Patientinnen

In der Folge werden auch Rekrutierungseffekte analysiert. Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe v. a. um BPS/SPS-Patientinnen und ausschließlich Frauen handelt, ist die Stichprobe nicht für das Kliniklientel generell repräsentativ. Männer wurden

¹³ 1. Erster Rang: Einer von sieben Prototypen; 2. Erster Rang: Einer von drei Mega-Bindungsmustern; 3.

ausgeschlossen, um zu vermeiden, daß die Zusammenfassung heterogener Stichproben (wie beider Geschlechter) bei der Aggregation zu wechselseitigen Nivellierungen führt (Westmeyer, 1979; Valsiner, 1985) und vorhandene Effekte verwischt. Die Generalisierung der Aussagen bleibt entsprechend auf nicht zu stark labilisierte Frauen (vgl. Kapitel 2.4) mit eher hohem Bildungsgrad und der Diagnose mindestens einer Persönlichkeitsstörung, die sich in stationärer Behandlung befanden, vorbehalten.

In *Repräsentativitätsanalysen* wurde der Frage nachgegangen, ob die drei Diagnosestichproben (BPS, SPS, NNB) repräsentativ waren für *Frauen*, die während derselben Zeit (Aufnahme 1. 1. 97 - 30. 11. 97; Gesamtpool: N= 524 Personen) *regulär*¹⁴ die stationäre Behandlung beendeten und die von den behandelnden Therapeuten genau diese Diagnosen (BPS - N= 10; SPS - N= 28 oder NNB - N= 69) erhielten. Diese Frauen gingen nicht in die hier vorliegende Stichprobe ein, da der auswählende Diagnostiker entweder bei deren Aufnahme Urlaub hatte oder diese Patientinnen während dem Vorauswahlverfahren nicht von ihm „entdeckt“ wurden. Aufgrund der mangelnden Reliabilität „freier“ klinischer Diagnosen (Mellsop et al., 1982) kann allerdings nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, daß diese Diagnosen auch nach einem SKID-II Interview Bestand gehabt hätten. Die Gruppen wurden hinsichtlich der eingangs (Kapitel 2.1) dargestellten Merkmale in Abhängigkeit von Skalenniveau und Verteilungsform der Variablen kontrastiert. Da fast alle Variablen nonparametrische Verteilungen aufwiesen, konnte wie erwähnt, da die eher kleine Stichprobengröße dies ferner nicht zugelassen hätte, keine multivariate Analyse, die den Alpha-Fehler begrenzt hätte, durchgeführt werden. Auf die Adjustierung des Alpha-Fehlers wurde verzichtet, da es sich um eine rein explorative Datenanalyse handelte, bei der es um die Aufdeckung eventuell vorhandener Trends in die eine *oder* andere Richtung ging. Die an der Studie teilnehmenden Borderline *und* selbstunsicheren Patientinnen unterschieden sich in keiner einzigen Variablen von den nicht teilnehmenden Patientinnen mit der selben Diagnose. Den an der Studie teilnehmenden Patientinnen mit „gemischten“ Persönlichkeitsstörungen (NNB) wurde zu Therapiebeginn eine geringere Chronifizierung der Hauptbeschwerden von den Behandlern bescheinigt (6 vs. 13 Jahre).

Zehn Frauen von 65 (15.4%) weigerten sich aktiv, an der Studie teilzunehmen. Die häufigste Begründung dafür war, daß sich die Patientinnen von den zusätzlichen

Entscheidungsbaum: Eines von vier Bindungs-Megamustern.

¹⁴ Um für den Gruppenvergleich vollständige Datensätze über den Therapieverlauf zu erhalten, wurden in die Vergleichsgruppe der Nicht-Teilnehmerinnen nur reguläre Beenderinnen aufgenommen.

Erhebungen überlastet fühlten. Die Ablehnerinnen unterschieden sich in keiner geprüften Variablen von den Teilnehmerinnen.

Acht Frauen wollten zwar an der Studie teilnehmen, aber zu Beginn der Behandlung wurden sie vom behandelnden Therapeuten psychisch als zu stark labilisiert eingeschätzt, weshalb sie nicht einbezogen wurden. Auf Vergleichsanalysen mit dieser Gruppe wurde verzichtet, da diese Frauen eigentlich an der Arbeit teilnehmen wollten, also „potentielle Teilnehmerinnen“ waren. Trotzdem sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht auf nach Therapeuteneinschätzung zu Therapiebeginn „stark labilisierte Frauen“ übertragbar.

3. Ergebnisse

3.1 Variablenausprägungen für die Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn

3.1.1 Kontinuierliche Skalen

Die Mittelwerte der Beurteilungen der BPR-Prototypen-Ratings ergeben für die Gesamtgruppe etwas stärker erhöhte Vermeidungs- als Ambivalenz-Werte (Tab. 3.1). Dies

Tab. 3.1: Statistische Kennwerte der kontinuierlichen Bindungsskalen zu Therapiebeginn (N=55)

BPR-A Variablen:	M	SD	Min	Max	Md
sicher	1,25	0,38	1,0	2,0	1
abhängig	2,66	1,14	1,0	5,0	2,5
impulsiv	2,22	1,29	1,0	5,0	2
fürsorglich	1,64	0,85	1,0	4,5	1,5
ängstlich-vermeidend	3,4	1,12	1,0	5,0	3,5
rational-kontrolliert	2,11	0,88	1,0	4,0	2
Autonomiestreben	2,04	0,94	1,0	4,5	2
Mega-Vermeidung	2,52	0,66	1,0	4,0	2,5
Mega-Ambivalenz	2,17	0,61	1,0	3,5	2,17
Fragebogen- allgemeiner Bindungsstil:					
sicher	5,51	1,1	3,8	8,0	5,2
anklammernd	5,15	1,42	2,1	8,4	5,1
ängstlich-vermeidend	6,23	1,32	2,8	9,0	6,4
gleichgültig-vermeidend	4,61	1,38	1,6	7,9	4,7
Mega-Vermeidung	4,85	1,68	1,2	8,2	5,0
Mega-Angst	5,88	1,56	1,6	8,8	6
Patient-Therapeut-Bindung (GSB):					
sicher	4,43	0,83	2,5	5,8	4,5
Furcht vor Mitpatienten	3,43	1,01	1,5	5,7	3,3
Mangel an Beachtung	2,55	0,87	1,0	4,8	2,6
Verschmelzungswunsch	2,4	0,97	1,0	5,7	2,2

(Tab. 3.1) wurde höher als der *gleichgültig-vermeidende*, jedoch niedriger als der *ängstlich-vermeidende* Bindungsstil eingeschätzt (jeweils $p < .01$). Im deskriptiven Vergleich ist ersichtlich, daß die *Bindungssicherheit* in der Selbstbeurteilung (Fragebogen) relativ zu den *unsicheren* Skalen höher eingeschätzt wird im Vergleich zur Fremdbeurteilung (BPR-A). Die Bindung an den Therapeuten, gemessen mit dem GSB, wird in der zweiten Therapiewoche überwiegend als *sicher* beschrieben (Tab. 3.1). Die zweithöchste durchschnittliche Skalenausprägung erreichte *Furcht vor Mitpatienten*.

3.1.2 Bindungskategorien

hängt mit dem am höchsten ausgeprägten Prototypen *ängstlich-vermeidend* zusammen. Sehr niedrig wurden die Prototypen *sicher* und *fürsorglich* eingestuft. Keine Patientin erhielt beim Prototypen *sicher* einen höheren Wert als zwei und der durchschnittliche Wert für *sicher* liegt unter den Mittelwerten der beiden *unsicheren* Mega-Skalen ($p < .01$). Die *Bindungssicherheit* im allgemeinen Bindungsstilfragebogen

Nach allen drei kategorialen Auswertungsstrategien des BPR-A wurde der *sichere* Bindungsprototyp nie als der am meisten charakteristische beurteilt (Tab. 3.2). Auch die

Tab. 3.2: Häufigkeitsverteilungen für BPR-A Kategorien zu Therapiebeginn (N=55)

BPR-A: Prototyp (erster Rang)	N	%
sicher	0	0
abhängig	10	18
impulsiv-instabil	12	22
übersteigert fürsorglich	2	4
ängstlich-vermeidend	24	44
rational-kontrolliert	2	4
übersteigertes Autonomiestreben	5	9
BPR-A: Mega-Bindungstyp	N	%
erster Rang: Sicher	0	0
erster Rang: Ambivalent	24	44
erster Rang: Vermeidend	31	56
BPR-A: Entscheidungsbaum	N	%
Sicher	0	0
Ambivalent	12	22
Vermeidend	17	31
Gemischt unsicher	26	47

kategoriale Betrachtung verdeutlicht die Dominanz des *ängstlich-vermeidenden* Prototyps, welcher zu 44 % auf Rang 1 geratet wurde. Danach folgen die Typen *übersteigert abhängig* und *impulsiv-instabil* mit etwa 20 %, während alle übrigen Typen unter 10 % liegen. Werden die jeweils drei unsicheren Subgruppen in Mega-Kategorien zusammengefaßt, so ergaben sich 56 % vermeidende und 44 % ambivalente Typen. Bezieht man unsichere Mischtypen gemäß dem BPR-A Entscheidungsbaum mit ein, so war fast die Hälfte der Stichprobe unsicher-gemischt gebunden, 22 % deutlich ambivalent und 31 % deutlich vermeidend.

Tab. 3.3: Häufigkeitsverteilungen der Bindungsstil-Kategorien (N= 55)

Bindungsstilfragebogenkategorie	N	%
Relationship Questionnaire (RQ-1)		
sicher	9	16,4
anklammernd	11	20
gleichgültig-vermeidend	3	5,5
ängstlich-vermeidend	32	58,2
Pat.-Therapeut-Bindung: GSB		
1. Cluster: Sicher gebunden	12	21,8
2. Cluster: Vermeidend-sicher	12	21,8
3. Cluster: Gemischt unsicher	18	32,7
4. Cluster: Verschmelzungswunsch	9	16,4
5. Cluster: Mangel an Beachtung	4	7,3

Der Selbstbeurteilungsfragebogen zum allgemeinen Bindungsstil (Tab. 3.3) ergibt etwas mehr Personen mit sicherem Bindungsstil (16 %). Der mit Abstand häufigste Stil ist der *ängstlich-vermeidende* (58 %), während die anderen beiden Stile, *anklammernd* und *gleichgültig-vermeidend* nur eher selten angegeben werden (5,5 - 20%). Die 23 Personen, die angaben, sich im RQ-1 schwer für genau einen Bindungsstil entscheiden zu können, gaben fast alle an, die

Entscheidungsprobleme zwischen den Stilen *gleichgültig-vermeidend* und *ängstlich-vermeidend* oder zwischen *anklammernd* und *ängstlich-vermeidend* zu besitzen. Fast 22% der Patientinnen nehmen die Therapiebeziehung und die Bindung an die Mitpatienten in

einer Weise wahr, daß sie in das GSB Cluster *sicher gebunden* fallen, während 78% durch ein mehr oder weniger *unsicheres* GSB-Cluster besser beschrieben werden. Immerhin 33 % werden am besten durch das *gemischt-unsichere* Cluster charakterisiert, welches durch verschiedenste unsichere Bindungsstrategien, die sowohl den Therapeuten als auch die Mitpatienten betreffen, gekennzeichnet ist.

3.2 Zusammenhänge zwischen den Diagnosen und den Bindungsmustern

Fragestellung 1:	Welche Zusammenhänge lassen sich zwischen den Diagnosen und den Bindungsmustern finden?
Hypothese 1a:	BPS-Patientinnen sind stärker bzw. häufiger <i>ambivalent</i> (verstrickt) gebunden als beide Vergleichsgruppen (SPS, NNB)
Hypothese 1b:	SPS-Patientinnen sind stärker bzw. häufiger <i>vermeidend</i> (abweisend) gebunden als beide Vergleichsgruppen (BPS, NNB).

Die Hypothesen werden mit Hilfe von vier Auswertungsstrategien und vier Instrumenten (BPR-A; allgemeiner Bindungsfragebogen dimensional; RQ-1; GSB) beurteilt¹⁵.

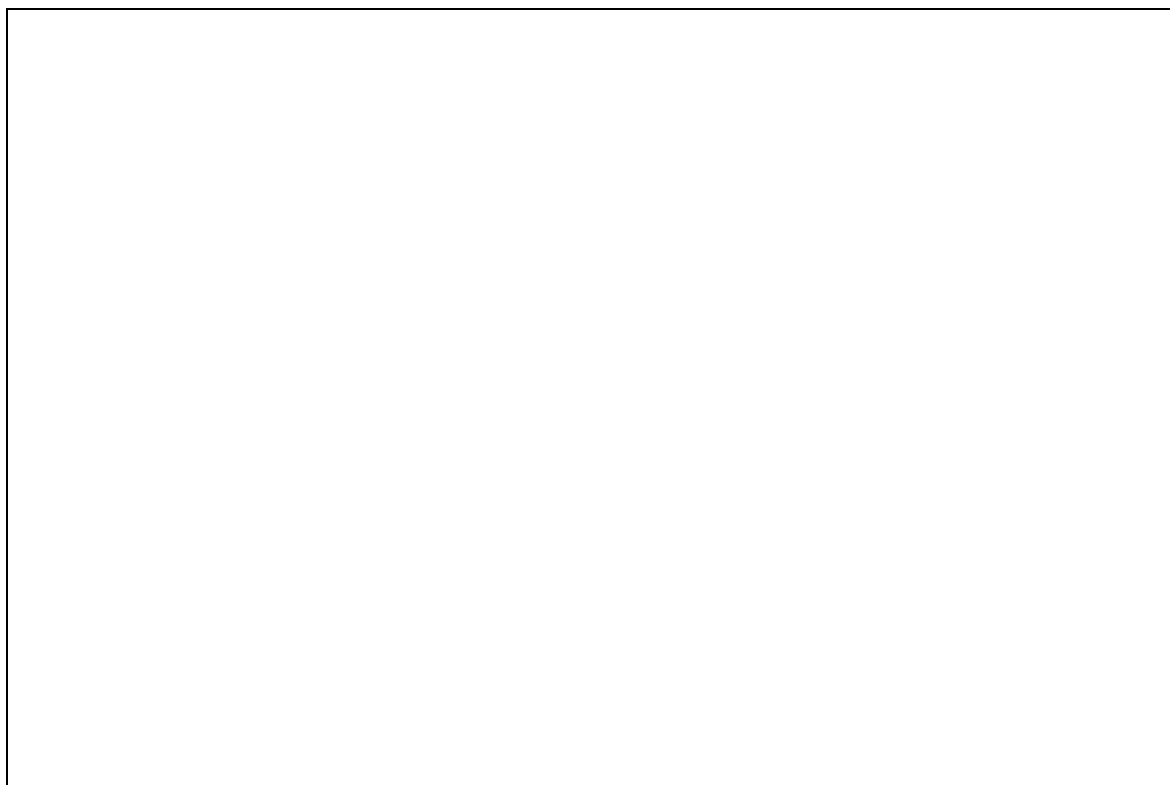


Abb. 3.1 Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Gruppen auf den BPR-A Skalen

¹⁵ Auswertungsstrategien: 1. Mittelwertsunterschiede der dichotomen Diagnosegruppen hinsichtlich der kontinuierlichen Bindungsskalen; 2. Verteilungsunterschiede der dichotomen Diagnosegruppen hinsichtlich Bindungskategorien; 3. Zusammenhang der kontinuierlichen Bindungsskalen und dimensionaler Diagnosekriterienscores; 4. Vorhersage der Bindungs-Mega-Skalen durch konkurrierende Variablen.

3.2.1 Dichotomisierte Diagnosen und kontinuierliche Skalen (1. Auswertungsstrategie)

Tab. 3.4: Gruppenunterschiede auf den kontinuierlichen Skalen des BPR-A (prä)

	BPS			SPS			NNB			χ^2 df=2	p	Kontraste p< .05
	M	SD	Md	M	SD	Md	M	SD	Md			
sicher	1,14	0,28	1	1,47	0,46	1,5	1,13	0,3	1	8,55	0,014	BPS, NNB <SPS
abhängig	2,52	1,12	2,5	2,58	1,12	3	2,97	1,22	3	1,11	0,570	
impulsiv	2,69	1,24	2,5	1,55	1,12	1	2,4	1,27	2	12,92	0,002	SPS< BPS, NNB
fürsorglich	1,6	0,77	1	1,61	0,81	1,5	1,73	1,05	1,5	0,10	0,950	
ängstlich- vermeidend	2,76	1,04	2,5	4,08	0,73	4	3,43	1,18	3,5	14,38	0,001	BPS,NNB <SPS
rational-kontrolliert	1,88	0,88	1,5	2,11	0,72	2	2,43	1,02	2,5	3,33	0,188	
Autonomiestreben	2,17	1,08	2	1,84	0,8	1,5	2,1	0,93	1,5	0,95	0,621	
Mega-Vermeidung	2,27	0,63	2,3	2,68	0,5	2,7	2,66	0,8	2,8	4,13	0,126	
Mega-Ambivalenz	2,27	0,62	2,3	1,91	0,49	2	2,37	0,66	2,3	4,98	0,083	

Anmerkungen: Der Gruppenvergleich erfolgte mit dem Kruskal-Wallis Test (χ^2 , df=2), die post-hoc Einzelkontraste wurden mit dem Mann-Whitney U-Test (nur Signifikanzangaben abgebildet) berechnet. Wegen der leichteren Interpretierbarkeit und Lesbarkeit werden arithmetische Mittelwerte, Standardabweichungen und Median und keine Ränge angegeben. N: BPS= 21; SPS= 19; NNB= 15.

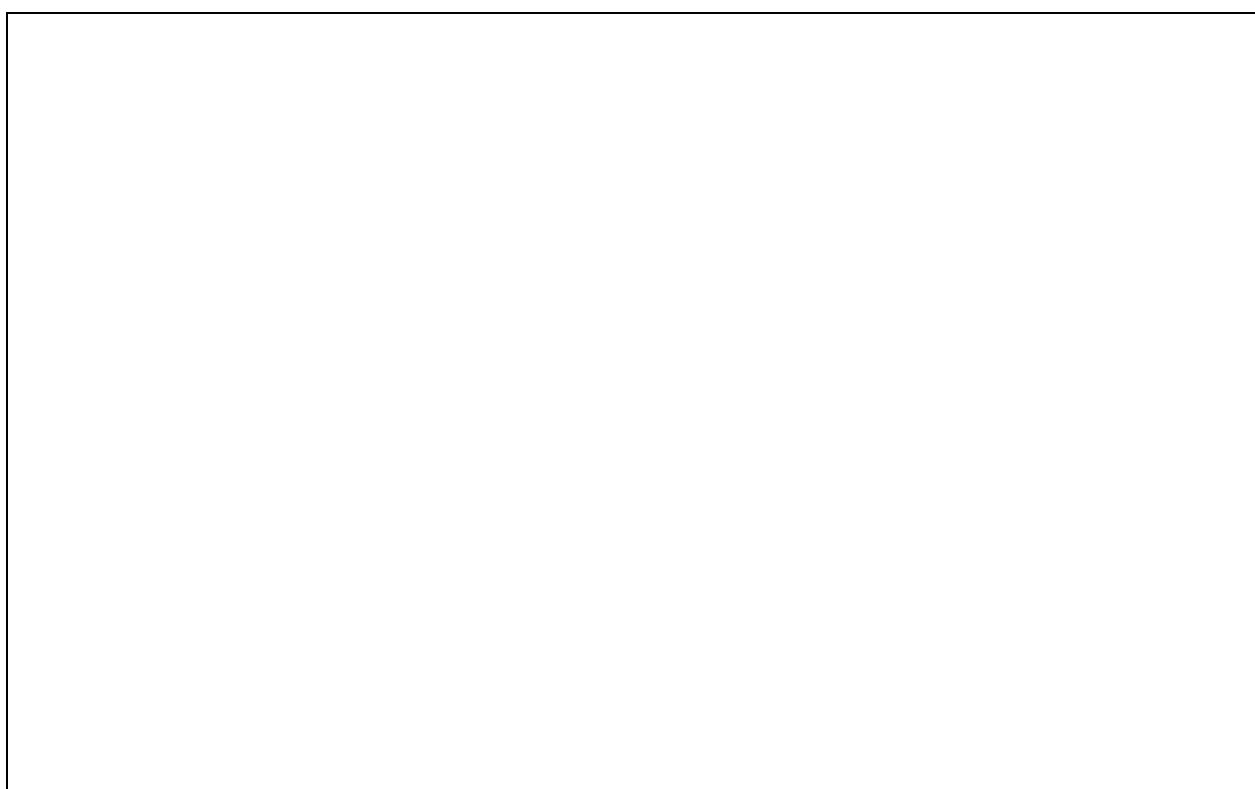


Abb. 3.2 Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Gruppen auf den Fragebogenskalen

Im BPR-A (Tab. 3.4; Abb. 3.1) zeigten sich nach α -Adjustierung signifikante Gruppenunterschiede auf den Skalen *sicher*, *impulsiv-instabil* und *ängstlich-vermeidend*. Die SPS-Gruppe wurde *bindungssicherer* und stärker *ängstlich-vermeidend*, jedoch

weniger *impulsiv-instabil* beurteilt als beide Vergleichsgruppen. Die SPS-Gruppe zeigte nach α -Adjustierung *keine* niedrigeren *Mega-Ambivalenzwerte* als die anderen Gruppen.

Tab. 3.5: Unterschiede zwischen den drei Gruppen für die Bindungsfragebogen (prä)

	BPS			SPS			NNB			χ^2	p	Kontraste
	M	SD	Md	M	SD	Md	M	SD	Md	df=2		p<.05
Fragebogen zum allgemeinen Bindungsstil:												
sicher	5,79	1,15	5,7	5,12	0,69	4,9	5,61	1,35	5,6	3,85	0,146	
anklammernd	5,51	1,28	5,2	4,57	1,1	4,7	5,37	1,8	5,4	4,95	0,084	SPS<BPS
ängstlich-vermeidend	6,09	1,26	6,3	6,45	1,19	6,5	6,15	1,6	6,5	0,57	0,750	
gleichgültig-vermeidend	4,14	1,21	4,5	4,96	1,35	4,8	4,82	1,55	4,9	3,91	0,140	
Mega-Vermeidung	4,17	1,6	4,2	5,6	1,49	5,5	4,92	1,73	5,3	6,3	0,042	BPS<SPS
Mega-Angst	6,15	1,3	6,3	5,66	1,25	6	5,79	2,16	5,9	1,14	0,56	
Patient-Therapeut-Bindung GSB:												
sicher	4,23	0,61	4,3	4,6	0,83	4,8	4,5	1,06	4,8	4,43	0,109	
Furcht vor Mitpatienten	3,3	0,83	3,3	3,41	1,04	3,2	3,64	1,21	4,2	0,96	0,620	
Mangel an Beachtung	2,48	0,68	2,4	2,61	0,92	2,6	2,59	1,07	2,8	0,11	0,947	
Verschmelzungswunsch	2,39	0,77	2,2	2,11	0,71	2,2	2,79	1,36	2,8	2,67	0,263	

Anmerkungen: Der Gruppenvergleich erfolgte mit dem Kruskal-Wallis Test (χ^2 , df=2), die post-hoc Einzelkontraste wurden mit dem Mann-Whitney U-Test (nur Signifikanzangaben abgebildet) berechnet. Wegen der leichteren Interpretierbarkeit und Lesbarkeit werden arithmetische Mittelwerte, Standardabweichungen und Median und keine Ränge angegeben. N: BPS= 21; SPS= 19; NNB= 15. Kontraste mit $p < .1$ lagen nicht vor.

Auf den Bindungsfragebogen (Tab. 3.5; Abb. 3.2) ergaben sich *vor* α -Adjustierung ein Trend und ein signifikanter Befund hinsichtlich der Bindungsmusterunterschiede ausschließlich zwischen der BPS- und SPS-Gruppe. So schildern sich die BPS-Patientinnen im allgemeinen Bindungsstilfragebogen als *anklammernder* ($p = .08$) und weniger *vermeidend* (Mega-Skala, $p = .04$) gebunden im Vergleich zur SPS-Gruppe. Keine Unterschiede ergeben sich für den GSB. Nach Alpha-Adjustierung ($\alpha / 2$) bleibt als Trend nur noch bestehen, daß die SPS-Patientinnen mehr vermeiden (Mega-Skala) als die BPS-Patientinnen.

3.2.2 Dichotomisierte Diagnosen und Bindungskategorien (2. Auswertungsstrategie)

Die Verteilung der drei Diagnosegruppen hinsichtlich des ersten Rangplatzes eines Prototypen (Tab. 3.6) wurde als Trend signifikant ($p < .06$), wobei sich in den post-hoc Kontrasten nur die SPS- und BPS-Gruppe in den Bindungsmusterverteilungen signifikant

unterschieden. Die SPS-Gruppe wies deskriptiv betrachtet häufiger einen *ängstlich-vermeidenden* Bindungstyp auf (68% vs. BPS= 24 % / NNB= 40 %) und die BPS-Gruppe öfter als die anderen beiden Gruppen den *impulsiv-instabilen* Typ (38% vs. SPS= 11 % / NNB= 13 %).

Werden die einzelnen Prototypen zu Mega-Bindungskategorien zusammengefaßt, so ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der BPS- und SPS-Gruppe dahingehend, daß die SPS-Patientinnen häufiger einen vermeidenden Typen auf Rang 1 hatten (79 % vs. 38 %) und die BPS-Patientinnen häufiger einen ambivalenten Typen (62 % vs. 21 %). Die NNB Gruppe lag dazwischen (47 % ambivalent und 53 % vermeidend). Wird hier der Alpha-Fehler adjustiert ($\alpha/3$), so verschwinden *alle* Effekte hinsichtlich der kategorialen Auswertungsstrategie. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen bereits *vor* Alpha-Adjustierung, wenn nach dem BPR-A Entscheidungsbaum klassifiziert wird¹⁶.

Tab. 3.6: Unterschiede zwischen den drei Vergleichsgruppen für die BPR-A Kategorien (prä)

Bindungskategorien:	BPS		SPS		NNB		Fisher's exact test	p	Kontraste p < .05
	N	%	N	%	N	%			
BPR-A: Erster Rang: Prototyp:									
sicher	0	0	0	0	0	0	14,99	,06	SPS-BPS
abhängig	5	24	2	11	3	20			
impulsiv	8	38	2	11	2	13			
fürsorglich	0	0	0	0	2	13			
ängstlich-vermeidend	5	24	13	68	6	40			
rational-kontrolliert	0	0	1	5	1	7			
Autonomiestreben	3	14	1	5	1	7			
Erster Rang: sicher	0	0	0	0	0	0	6,83	,034	SPS-BPS
Erster Rang: ambivalent	13	62	4	21	7	47			
Erster Rang: vermeidend	8	38	15	79	8	53			
Entscheidungsbaum: sicher	0	0	0	0	0	0			
Entscheidungsbaum: ambivalent	8	38	1	5	3	20	6,69	,156	
Entscheidungsbaum: vermeidend	6	29	7	37	4	27			
Entscheidungsbaum: gemischt unsicher	7	33	11	58	8	53			

Anmerkungen: Die „probability“ wurde nach der „Monte Carlo Signifikanz“ (zweiseitig, 99% confidence level; Number of samples: 10000), einer geeigneten Variante des Fisher Exact Tests für sehr kleine Zellbesetzungen (SPSS for Windows, 7.5) berechnet. Die drei Zweier-Kontraste wurden mittels Fisher's Exact Test berechnet (Monte Carlo Signifikanz). Aus Übersichtlichkeitsgründen werden nur die signifikanten Kontraste mitgeteilt. BPS: N= 21; SPS: N= 19; NNB: N= 15.

Einen Trend ($p < .10$) für einen Unterschied zwischen den *drei* Gruppen gab es beim RQ-1 (Tab. 3.7), der wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, daß die BPS-Gruppe mehr *gleichgültig-vermeidende* Personen enthielt, die SPS-Gruppe mehr *ängstlich-vermeidende* und die NNB Gruppe relativ gesehen mehr *anklammernde*. Alle drei post-hoc

¹⁶ Rein *deskriptiv* betrachtet ist bemerkenswert, daß sich die gemischt-unsicher gebundenen Personen eher in der SPS als in der BPS-Gruppe befinden. In der BPS-Gruppe gibt es einen ebenso hohen Anteil an klaren Vermeidern (29 %) wie in den anderen beiden Gruppen.

Kontrastierungen der einzelnen Gruppen gegeneinander blieben insignifikant. *Keinerlei* Gruppenunterschiede ergaben sich für die Patient-Therapeuten-Bindungskategorien bereits vor Alpha-Adjustierung (Cluster des GSB).

Tab. 3.7: Gruppenunterschiede für die Fragebogen-Bindungskategorien

N: BPS= 21; SPS= 19; NNB= 15	BPS		SPS		NNB		Fisher's exact test	p
	N	%	N	%	N	%		
Allgemeiner Bindungsstil: RQ-1								
sicher	4	19	2	10	3	16	10,54	,066
anklammernd	0	0	0	0	3	20		
gleichgültig-vermeidend	7	33	2	10	2	13		
ängstlich-vermeidend	10	48	15	79	7	47		
Patient-Therapeut-Bindung: GSB								
1. Cluster GSB: Sicher gebunden	3	14	5	26	4	27	5,24	,763
2. Cluster GSB: Vermeidend-sicher	5	24	3	16	4	27		
3. Cluster GSB: Gemischt unsicher	6	29	6	32	6	40		
4. Cluster GSB: Verschmelzungswunsch	4	19	4	21	1	7		
5. Cluster GSB: Mangel an Beachtung	3	14	1	5	0	0		

Anmerkungen: Die „probability“ wurde nach der „Monte Carlo Signifikanz“ (zweiseitig, 99% confidence level; Number of samples: 10000), einer geeigneten Variante des Fisher Exact Tests für sehr kleine Zellbesetzungen (SPSS for Windows, 7.5) berechnet. Die drei Zweier-Kontraste wurden mittels Fisher's Exact Test berechnet (Monte Carlo Signifikanz). Alle Kontraste waren insignifikant.

3.2.3 Zusammenhänge der dimensionalen Diagnosekriterienscores und Bindungsskalen

(3. Auswertungsstrategie)

Je stärker die BPS Kriterien erfüllt sind¹⁸, desto *impulsiv-instabiler*, mehr nach *Autonomie strebend, ambivalenter* (Trend), weniger *sicher* und weniger *ängstlich-vermeidend* (Trend) ist eine Person (Tab. 3.8). Je mehr SPS Kriterien zutreffen, desto *sicherer* gebunden, *ängstlich-vermeidender, vermeidender (Mega-Skala)*, weniger *ambivalent* und weniger *impulsiv-instabil* ist eine Person.

Tab. 3.8: Korrelationen zwischen BPR-A Prototypen und SPS/BPS Diagnosekriterienscores¹⁷

Bindungs-Typ:	A	B	C	D	E	F	G	Mega-Ambivalenz	Mega-Vermeidung
BPS-Mega-Skala	-.32*	-.05	.50*	-.11	-.29+	-.22	.34*	.27+	-.05
SPS-Mega-Skala	.41*	.11	-.56*	-.04	.65*	.18	.05	-.31*	.42*

Anmerkungen: Nach Alpha-Korrektur ($\alpha/2$): * $p < .05$; + $p < .1$; zu N: Zwei Personen bei Mega-Diagnose-Ratings wurden zum Ratertraining verwendet; A=sicher, B=abhängig, C=impulsiv, D=fürsorglich, E=ängstlich-vermeidend, F=rational-kontrolliert, G=Autonomiestreben, Mega-Ambivalenz= Mittelwert von B+C+D; Mega-Vermeidung= Mittelwert von E+F+G. N= 53.

¹⁷ Hier geht die Alpha-Korrektur von $\alpha/2$ bereits in die Darstellung der Signifikanzen ein. Eine noch strengere Adjustierung, die sinnvoll sein könnte, da die dichotomen Diagnosen mit den Mega-Diagnosekriterienscores korrelieren [$\alpha/(2*2)$], würde die Signifikanzen bzw. die Interpretation der Ergebnisse kaum beeinflussen (nur die hier vorliegenden zwei Trends würden dann völlig insignifikant).

¹⁸ Der Mittelwert der Mega-BPS-Skala betrug 8.98 (SD: 3.05; Minimum: 5, Maximum: 14), der Mittelwert der Mega-SPS-Skala betrug 9.9 (SD: 3.48; Minimum: 5, Maximum: 14.86). Die Skalen setzen sich wie folgt zusammen: Fünf Rater mal einem Rating pro Kriterium (1= Kriterium nicht erfüllt, 2=Verdacht, 3= Kriterium erfüllt) geteilt durch die Anzahl der Kriterien pro Diagnose (somit beträgt der theoretische Range 5-15). Weitere Erläuterung zur Skalenkonstruktion sind im Kapitel 2.3.1.2 zu finden.

Je mehr BPS-Diagnosekriterien vorlagen, desto höher war *nach* Alpha-Adjustierung die *anklammernde* und die *Mega-Angst-Skala* (Trend) ausgeprägt (Tab. 3.9). Je mehr SPS-Kriterien zutrafen, desto stärker war die *Mega-Vermeidungs-Skala*, die anderen beiden *Vermeidungsskalen* und die *Bindungsunsicherheit* ausgeprägt.

Tab. 3.9: Rangkorrelationen zwischen den allgemeinen Bindungsstilfragebogenskalen und den dimensional diagnostischen Scores für die BPS und SPS-Gruppe (N= 53)

Bindungsstil:	sicher	anklammernd	ängstlich-vermeidend	gleichgültig-vermeidend	Mega-Vermeidung	Mega-Angst
BPS-Mega Skala	-.06	.45*	.20	.10	.00	.29+
SPS Mega Skala	-.44*	-.03	.39*	.38*	.47*	.10

Anmerkung: Nach Alpha-Korrektur ($\alpha/2$): * $p < .05$; + $p < .1$; zu N: Zwei Personen wurden zum Ratertraining verwendet. N= 53.

Je mehr BPS-Diagnosekriterien vorlagen, desto höher waren die *Verschmelzungswünsche* mit dem Therapeuten (Trend) und desto *unsicherer* war die Bindung an den Therapeuten (Tab. 3.10). Keine Zusammenhänge ergaben sich für die SPS-Kriterien.

Tab. 3.10: Rangkorrelationen zwischen dem GSB und den dimensional diagnostischen Scores für die BPS und SPS-Gruppe (N= 53)

Bindung an Therapeut / Mitpatient:	sicher	Furcht vor Mitpatienten	Mangel an Zuwendung	Verschmelzungswunsch
BPS-Mega Skala	-.50*	.13	.21	.29+
SPS Mega Skala	.05	.24	.14	.06

Anmerkung: Nach Alpha-Korrektur ($\alpha/2$): * $p < .05$; + $p < .10$; N: Zwei Personen wurden zum Ratertraining verwendet. N= 53.

3.2.4 Vorhersage der Bindungs-Mega-Skalen mit konkurrierenden Variablen

(4. Auswertungsstrategie)

Als Vorhersagekriterien wurden nur die beiden Mega-Bindungsskalen des Hauptinstrumentes (BPR-A) verwendet, um den Alpha-Fehler durch zu viele Testungen mit den anderen Bindungsskalen nicht zu inflationieren.

Prädiktion der Mega-Bindungsskalen durch Psychodiagnosen

Es wurden acht Diagnosegruppen¹⁹ mit einer ausreichenden Zellbesetzung von $N > 20$ als dichotome Variablen in einer *multiplen* Regressionsanalyse darauf geprüft, welche der untereinander interkorrelierten Diagnosen die *Vermeidungs-* und *Ambivalenz-Mega-Skala* am besten vorhersagen würden. Würde sich eine der „Indikator-Diagnosen“ (BPS/SPS) in der Prädiktion der *Vermeidung* oder *Ambivalenz* gegenüber den anderen Diagnosen durchsetzen, so wäre dies für die Beantwortung der Hypothesen von besonderer Aussagekraft. In den schrittweisen multiplen Regressionsanalysen (Tab. 3.11; Einschluß $p < .05$; Ausschluß $p > .1$) zur Vorhersage der *Mega-Vermeidung* bei Therapiebeginn war die bedeutsamste Diagnosegruppe Major Depression (umgekehrt gepolt), die zweitbedeutsamste die SPS. Eine SPS sagte eine *hohe Vermeidung* vorher, eine Major Depression eine *geringe Vermeidung* (19 % aufgeklärte Varianz durch das Modell). Ebenso sagte das Vorliegen einer SPS eine geringe und das Vorliegen einer psychosomatischen/somatoformen Störung eine hohe *Ambivalenz* vorher (23 % aufgeklärte Varianz durch das Modell)²⁰.

Tab. 3.11: Vorhersage der *Bindungs-Mega-Items* des BPR-A zu Therapiebeginn durch acht dichotomisierte Diagnosegruppen mittels multipler Regressionsanalyse (stepwise)

Regressor	Einschluß stepwise	Beta	adj. R ²	p		Regressand
1. SPS 2. Major Depression	$p < .05$.28 -.35	.19 (Σ)	.030 .007	→	Vermeidung-Mega-Item
1. SPS 2. Psychosomatose	$p < .05$	-.26 .43	.23 (Σ)	.035 .001	→	Ambivalenz-Mega-Item

Prädiktion der Mega-Bindungsskalen durch andere klinische Variablen

Eine weitere multiple schrittweise Regression zur Vorhersage der *ambivalenten* oder *vermeidenden* Mega-Bindungsstile (BPR-A; $N = 48$) wurde mit den im Kapitel 2.3.1.2 erläuterten Variablen *BPS-* und *SPS-Diagnosekriteriensummenscore*, *Motivation*, *psychosoziales Funktionsniveau* (GAF), *OPD Gesamtstruktur*, *Summe der Diagnosen*, *BSS-Summenscore* und *Alter* durchgeführt²¹. Bei einem Einschlußkriterium von $p < .05$ und

¹⁹ Folgende Mehrfachdiagnosen wurden nach der Häufigkeit ausgewählt: SPS ($N = 23$), BPS ($N = 26$), andere Persönlichkeitsstörung ($N = 30$), Eßstörung ($N = 27$), Major Depression ($N = 36$), substanzinduzierte Störung ($N = 26$), soziale Phobie ($N = 30$), Psychosomatose/somatoforme Störung ($N = 24$).

²⁰ Eine *logistische* multiple Regressionsanalyse mit dem dichotomen Regressanden „Bindungsrangplatz“ zu Therapiebeginn (Ausprägung: vermeidend oder ambivalent) kam fast zum selben Ergebnis und wird deshalb nicht eingehender dargestellt. Die Vorhersagen mit den SKID-II Fragebogen Daten auf die Bindungstypen waren durchweg schlechter im Vergleich zu den diagnostischen Fremdbeurteilungen.

²¹ Ausgeschlossen wurde die Variable „Chronifizierung der Hauptdiagnose“, da sie nur für 37 Personen

einem Ausschlußkriterium von $p < .10$ wurde die *Bindungsambivalenz* am besten durch ein Modell ($R^2 = 21\%$) mit dem SPS-Kriteriensummenscore *und* der Diagnosensumme²² vorhergesagt. Wenn die Diagnoseanzahl *hoch* lag und *wenige* SPS-Kriterien vorlagen, dann war die *Bindungsambivalenz* besonders deutlich ausgeprägt. Die *Bindungsvermeidung* wurde am besten *ausschließlich* durch den hohen SPS-Kriteriensummenwert prädiziert ($R^2 = 21\%$).

3.2.5 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung von Fragestellung 1

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Hypothese 1a:

BPS-Patientinnen sind stärker bzw. häufiger *ambivalent* (verstrickt) gebunden als beide Vergleichsgruppen (SPS, NNB).

Die Hypothesen 1a und 1b wurden eher durch die Auswertungsmethodik mittels *kontinuierlich-dimensionalen* Skalen bestätigt als durch Bindungs- oder Diagnosekategorien.

Bezogen auf das Hauptinstrument (BPR-A) wurde die Hypothese, daß BPS-Patientinnen eher *ambivalent* gebunden sind, nur schwach bestätigt. Zwar wurde die BPS-Gruppe stärker *impulsiv-instabil* im Vergleich zur SPS-Gruppe beurteilt, jedoch nicht, wie angenommen auch gegenüber der NNB-Gruppe. Die *Mega-Ambivalenz* war nicht stärker in der BPS-Gruppe und auch die BPR-A Bindungskategorien unterschieden sich nicht zwischen den drei Gruppen. Zwar ergab sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter BPS-Kriterien und der Ausprägung des *impulsiv-instabilen* Typus und ein tendenzieller mit der *Mega-Ambivalenz*, jedoch konnte die *Mega-Ambivalenz* in Konkurrenz zu anderen Diagnosegruppen oder klinischen Variablen mittels BPS-Kriterien bzw. der dichotomen BPS Diagnose *nicht* prädiziert werden.

Betrachtet man die Fragebogenmaße (allgemeiner Bindungsstil; Patient-Therapeut-Bindung), so wird die Hypothese bezogen auf die Betrachtung der *dichotomen* Borderline Diagnose eher verworfen, da die BPS-Gruppe nur im Vergleich zur SPS-Gruppe tendenziell etwas *anklammernder* und weniger *vermeidend* war, nicht jedoch im Vergleich

vorlag. Die Variable hätte bei Einbezug in die multiple Regression die Power zu stark vermindert.

²² Die Tatsache, daß der BPS-Summenscore nicht in das Modell aufgenommen wurde, ist wahrscheinlich durch die recht substantielle Korrelation dieses Scores mit der Diagnosensumme zu erklären ($r = .46$), die prädiktiv bedeutsam war.

zu NNB-Gruppe. Jedoch ergaben sich Zusammenhänge zwischen der Anzahl erfüllter BPS-Kriterien und dem *anklammernden* und *ängstlichen* (Mega-Skala) Bindungsstil und dem *Wunsch nach Verschmelzung* mit dem Therapeuten. Pauschal betrachtet fallen die Befunde deutlich schwächer aus als erwartet und die einzig wirklich robusteren Ergebnisse liegen in der Korrelation der Borderlinekriterienanzahl und dem Vorliegen des *impulsiv-instabilen* Musters (BPR-A) und des *anklammernden* Bindungsstils (allgemeiner Bindungsstilfragebogen). Deshalb wird die Hypothese 1a pauschal betrachtet eher verworfen.

Unerwarteterweise wurde gefunden, daß je *mehr* Borderline Kriterien vorlagen umso

- stärker war der vermeidende Subtyp *übersteigertes Autonomiestreben* (BPR-A) ausgeprägt und
- umso weniger *sicher* gebunden bezogen auf allgemeine Beziehungspartner wurden die Patienten eingeschätzt und
- umso unsicherer sahen sie ihre eigene Beziehung zum Therapeuten.

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Hypothese 1b:

SPS-Patientinnen sind stärker bzw. häufiger *vermeidend* (abweisend) gebunden als beide Vergleichsgruppen (BPS, NNB).

Bezogen auf das Hauptinstrument (BPR-A) wurde die Hypothese 1b, daß SPS-Patientinnen eher *vermeidend* gebunden sind, eher bestätigt. Die SPS-Gruppe wurde deutlich stärker *ängstlich-vermeidend* (BPR-A) als die beiden anderen Gruppen beurteilt, wenn auch nicht stärker *vermeidend* über *alle* Vermeidungsskalen des BPR-A. Je mehr SPS-Kriterien vorlagen, umso stärker war das *vermeidende* und vor allem das *ängstlich-vermeidende* Muster in der Selbst- und Fremdbeurteilung. In der Selbstbeschreibung der Patient-Therapeut-Bindung schlug das *vermeidende* Muster jedoch nicht durch. Auch in den Regressionsanalysen konnte sich die SPS-Diagnose in der Vorhersage der Vermeidung

konkurrierend mit zahlreichen anderen Variablen durchsetzen und einen signifikanten Varianzanteil aufklären.

Unerwarteterweise wurde gefunden, daß sich selbstunsichere Patientinnen selbst eher wenig *sicher* gebunden einschätzen, sie jedoch von außen als umso *sicherer* eingeschätzt werden, desto mehr SPS-Kriterien vorliegen.

3.3 Stabilität der Bindungsmuster während siebenwöchiger stationärer Psychotherapie für die BPS- und SPS-Gruppe (Fragestellungen 2 und 3)

Fragestellung 2: Wie hoch ist die Stabilität der Bindungsmuster während siebenwöchiger stationärer Psychotherapie?

Fragestellung 3: Unterscheidet sich die Stabilität der Bindungsmuster zwischen den Diagnosegruppen?

Die Fragestellung wird anhand von drei Auswertungsstrategien²³ und vier Instrumenten (BPR-A; allgemeiner Bindungsfragebogen dimensional; RQ-1; GSB) bearbeitet. Aufgrund des explorativen Charakters der Fragestellung wird keine Alpha-Fehler-Korrektur vorgenommen.

3.3.1 Vergleich der vorher-nachher Mittelwertsunterschiede der kontinuierlichen Skalen (1. Auswertungsstrategie)

Es ergaben sich für die Gesamtgruppe (N= 40; nur SPS- oder BPS-Patientinnen) keinerlei signifikante Rangunterschiede zwischen den beiden Meßzeitpunkten für die BPR-A Skalen (Tab. 3.12).

Tab. 3.12: Vorher-Nachher Vergleiche für die Gesamtgruppe auf dem BPR-A (N=40)

BPR-A Bindungstyp	M prä	SD prä	Md prä	M post	SD post	Md post	ES	Sgn Rank: S	p
sicher	1.3	0.41	1	1.39	0.47	1	0.22	-22	.39
abhängig	2.55	1.11	2,5	2.73	1.2	2,75	-0.16	-59.5	.24

²³ Auswertungsstrategien: 1. Vergleich der vorher-nachher Mittelwertsunterschiede der kontinuierlichen Skalen; 2. Vergleich der vorher-nachher Korrelationen der kontinuierlichen Skalen; 3. Vergleich der vorher-nachher Bindungskategorien.

impulsiv	2.15	1.3	2	2.15	1.24	2	0.00	-3	.94
fürsorglich	1.6	0.78	1,5	1.59	0.71	1,5	0.01	-0.05	1.0
ängstlich-vermeidend	3.39	1.12	3,5	3.51	1.23	4	-0.11	-45	.48
rational-kontrolliert	1.99	0.8	2	2.2	0.81	2,25	-0.26	-65	.27
Autonomiestreben	2.01	0.96	2	2.1	1.1	1,5	-0.09	-15.5	.78
Mega-Vermeidung	2.46	0.6	2,5	2.6	0.77	2,6	-0.23	-68.5	.36
Mega-Ambivalenz	2.1	0.58	2,2	2.15	0.56	2,2	-0.09	-38	.54
Mittlere Effektstärke BPR-A Skalen:							-0.06		

Anmerkungen: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Md= Median, prä=Therapiebeginn, post=nach sieben Wochen, Sgn Rank=Wilcoxon Signed Rank Test (verteilungsfrei); ES=Effektstärke ((Mprä-Mpost)/SDprä), alle Skalendifferenzen wurden im Sinne eines wünschenswerten Therapieeffektes gepolt: Die *Unsicheren* sollten verringert werden, die *Sicheren* sich erhöhen. Eine negative Effektstärke bedeutet, daß sich die Skala „verschlechtert“ hat.

Alle Effektstärken waren kleiner als $d = .3$ bzw. größer als $d = -.3$, streuten folglich um einen Null-Effekt herum (Mittelwert: $d = -.06$).

Ebenso ergaben sich keine signifikanten Rangdifferenzen (Tab. 3.13) für die Skalen des allgemeinen Bindungsstilfragebogens (N= 53) über alle drei Gruppen, und die Effektstärken streuten auch hier um Null (Mittelwert: $d = .11$). Die Furcht vor Mitpatienten verringerte sich im GSB deutlich ($p < .0008$; $d = .37$; N= 48), während die übrigen Skalen keine Unterschiede aufwiesen.

Tab. 3.13: Vorher-Nachher Skalenvergleiche für die Gesamtgruppe für den allgemeinen Bindungsstilfragebogen (N= 53) und den GSB (N= 48)

Allgemeiner Bindungsstilfragebogen	M prä	SD prä	Md prä	M post	SD post	Md post	ES	Sgn Rank:S	p
sicher	5.51	1.1	5,2	5.71	1.15	5,7	0.18	91.5	.41
anklammernd	5.15	1.42	5,1	5.03	1.49	4,9	0.08	35	.76
ängstlich-vermeidend	6.23	1.32	6,4	6.11	1.43	6,2	0.09	8	.94
gleichgültig-vermeidend	4.61	1.38	4,7	4.5	1.21	4,4	0.08	77	.48
Mega-Vermeidung	4.85	1.68	5,1	4.77	1.53	4,8	0.05	11.5	.91
Mega-Angst	5.88	1.56	6	5.65	1.68	5,8	0.17	61.5	.59
Mittlere Effektstärke Grau-Skalen:							0.11		
Patient-Therapeuten-Bindung (GSB)									
sicher	4.51	0.81	4,5	4.61	0.93	4,6	0.12	100	.28
Furcht vor Mitpatienten	3.38	0.98	3,3	3.02	1.01	3	0.37	264	.00
Mangel an Beachtung	2.55	0.89	2,6	2.45	1.19	2,1	0.11	89.5	.25
Verschmelzungswunsch	2.39	1	2,2	2.59	1.11	2,5	-0.20	107.5	.20
Mittlere Effektstärke GSB:							.10		

Anmerkungen: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Md= Median, prä=Therapiebeginn, post=nach sieben Wochen, Sgn Rank=Wilcoxon Signed Rank Test (verteilungsfrei); ES=Effektstärke ((Mprä-Mpost)/SDprä), alle Skalendifferenzen wurden im Sinne eines wünschenswerten Therapieeffektes gepolt: Die *Unsicheren* sollten verringert werden, die *Sicheren* sich erhöhen. Eine negative Effektstärke bedeutet, daß sich die Skala „verschlechtert“ hat. Beim GSB wurden N=6 Personen ausgeschlossen, bei denen ein Therapeutenwechsel stattgefunden hatte.

3.3.2 Gruppenunterschiede bezüglich der Bindungsskalen über die zwei Meßzeitpunkte²⁴

Einen Überblick über die Ergebnisse bieten die Abbildungen 3.3 - 3.6. Die BPS-Patientinnen werden über die Zeit *sicherer* gebunden im BPR-A beurteilt ($d = .59$; $p < .023$), während sich die SPS-Patientinnen als Trend in der *Selbstbeurteilung* des allgemeinen Bindungsstils *sicherer* gebunden beurteilen ($d = .49$; $p < .055$). SPS-Patientinnen sehen sich ferner im Gegensatz zur BPS²⁵-Gruppe im Bindungsfragebogen des zweiten Meßzeitpunktes weniger *anklammernd* (Einzelskala: $d = .54$, $p = .043$; Skala *Mega-Angst*: $d = .66$, $p = .02$), weniger *vermeidend* (Mega-Skala: $d = .40$, $p = .027$) und tendenziell weniger *ängstlich-vermeidend* ($d = .45$, $p = .09$). Die SPS-Gruppe *fürchtet* sich zum zweiten Meßzeitpunkt wesentlich weniger *vor den Mitpatienten* ($d = 1.07$, $p = .0002$; vs. BPS-Gruppe: $d = .38$, $p = .0998$) und wirft dem Therapeuten im Gegensatz zur BPS-Gruppe etwas seltener einen *Mangel an Zuwendung* vor ($d = .46$, $p = .072$). Die BPS-Gruppe ist zum zweiten Meßzeitpunkt als Trend etwas *sicherer* an den Therapeuten gebunden ($d = .55$; $p = .0977$; vs. SPS: $p = .41$).



Abb. 3.3: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren BPR-A-Skalen für die BPS-Gruppe

²⁴ Der vorher-nachher Vergleich wurde auch hier mit dem Wilcoxon Signed Rank Test berechnet.

²⁵ In der BPS-Gruppe geht der Trend bei diesen Skalen sogar leicht in die negative Richtung, d. h. in Richtung mehr Bindungsunsicherheit.



Abb. 3.4: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren BPR-A-Skalen für die SPS-Gruppe

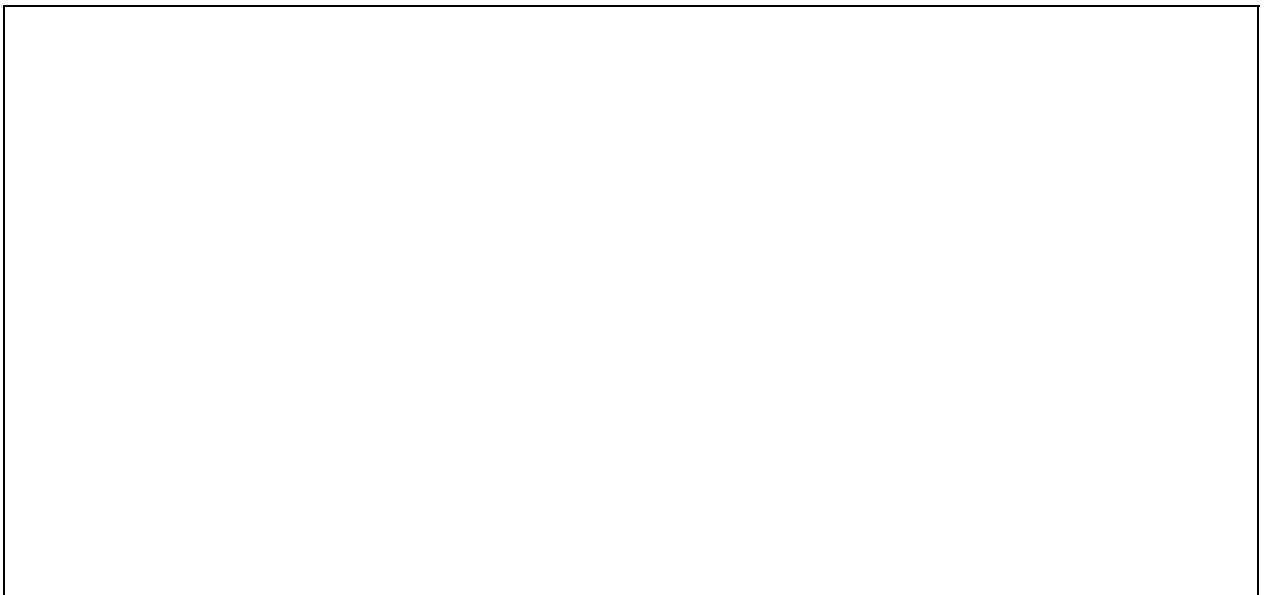


Abb. 3.5: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Fragebogen-Skalen für die BPS-Gruppe



Abb. 3.6: Vorher-Nachher-Vergleich der mittleren Fragebogen-Skalen für die SPS-Gruppe

3.3.3 Vergleich der vorher-nachher-Korrelationen der kontinuierlichen Bindungsskalen

(2. Auswertungsstrategie)

Die durchschnittliche Korrelation über jede der 40 *Einzelpersonen* über die jeweils sieben BPR-A vorher-nachher Ratings (Fisher's z-transformiert und retransformiert) betrug $r = .72$. 22 der 40 (55 %) Korrelationen über die jeweils sieben Ratings (prä und post) waren *nicht* signifikant ($p < .05$). Während sich für die Typen *übersteigert abhängig*, *impulsiv-instabil*, *übersteigert fürsorglich*, *ängstlich-vermeidend* und die *Mega-Ambivalenzskala* signifikante Rangkorrelationen ($r = .49$ bis $.67$; $p < .01$) für die Gesamtgruppe ergaben (Tab. 3.14), wurden keine signifikanten Korrelationen für die Typen *sicher* ($r = .22$), *rational-kontrolliert* ($r = -.15$), *übersteigertes Autonomiestreben* ($r = .23$) und die *Mega-Skala Vermeidung* ($r = .21$) gefunden.

Tab. 3.14: Bindungsskalenkorrelationen für die zwei Meßzeitpunkte

BPR-A Bindungstyp	r	p
sicher	.22	.18
abhängig	.67	.00
impulsiv	.65	.00
fürsorglich	.52	.00
ängstlich-vermeidend	.57	.00
rational-kontrolliert	-.15	.34
Autonomiestreben	.23	.16
Mega-Vermeidung	.21	.20
Mega-Ambivalenz	.49	.00
Allgemeiner Bindungsfragebogen		
sicher	.53	.00
anklammernd	.81	.00
ängstlich-vermeidend	.59	.00
gleichgültig-vermeidend	.73	.00
Mega-Vermeidung	.73	.00
Mega-Angst	.61	.00
Patient-Therapeut-Bindung (GSB)		
sicher	.56	.00
Furcht vor Mitpatienten	.79	.00
Mangel an Beachtung	.63	.00
Verschmelzungswunsch	.67	.00

Anmerkungen: r= Rangkorrelationen; N: BPR-A= 40; allgemeiner Bindungsfragebogen= 53; GSB= 48.

Im allgemeinen Bindungsstilfragebogen lagen die Rangkorrelationen zwischen $r = .53$ und $r = .81$ (jeweils $p < .0001$) und im Bereich der Patienten-Therapeuten-Bindungsskalen (GSB) ergaben sich ebenfalls durchweg hochsignifikante Korrelationen, die zwischen $r = .56$ und $r = .79$ streuten.

Die BPS-Gruppe wies auf einigen BPR-A-Skalen (vor allem *impulsiv-instabil*, *ängstlich-vermeidend*, *Mega-Ambivalenz*) um $r = .3 - .4$ höhere Korrelationen auf im Vergleich zur SPS-Gruppe. Dagegen ergaben sich auf dem *allgemeinen Bindungsstilfragebogen* und dem GSB für die drei Teilgruppen (BPS, SPS, NNB) auf allen Skalen signifikante Korrelationen ($r = .53$

bis $r = .81$; $p < .01$). Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht *systematisch* in der Höhe der Korrelationen der Fragebogenmaße voneinander.

3.3.4 Vorher-nachher-Vergleich der Bindungskategorien (3. Auswertungsstrategie)

Betrachtet man die Stabilität der *Bindungskategorien*, so ergab sich für die Wahl des Rangplatzes 1 für das BPR-A eine vorher-nachher Übereinstimmung von 55 % ($p < .01$; $\kappa = .34$; Tab. 3.15), was trotz der Signifikanz für eine schwache Übereinstimmung spricht ($\kappa < .4$). Die 22 von 40 Übereinstimmungen betrafen nur die Typen *übersteigert abhängig*, *impulsiv-instabil* und vor allem *ängstlich-vermeidend*. Die meisten Prototypen-Wechsel (N=7) fanden zwischen Typ *übersteigert abhängig* und *ängstlich-vermeidend* statt. Beide Gruppen (BPS/SPS) zeigten etwa dieselbe Übereinstimmungsquote.

Tab. 3.15: Vorher-Nachher Vergleich der BPR-A Rangplatz 1 Bindungstypen

↓ Erster Rangplatz zu Therapiebeginn	Erster Rangplatz nach sieben Wochen							Σ
	A	B	C	D	E	F	G	
A: Sicher	-	-	-	-	-	-	-	-
B: Übersteigert abhängig	-	4	-	-	2	1	-	7
C: Impulsiv-instabil	-	2	5	-	2	-	1	10
D: Übersteigert fürsorglich	-	-	-	-	-	-	-	-
E: Ängstlich-vermeidend	-	5	-	-	13	-	-	18
F: Rational-kontrolliert	-	-	-	-	1	-	-	1
G: Übersteigertes Autonomiestreben	-	1	1	-	2	-	-	4
Σ	-	12	6	-	20	1	1	40

Stabilität: $22 / 40 = 55 \%$; Fisher's Exact Test (Monte Carlo Sig.): 28,52; $p=.005$; $\kappa=.34$.

Betrachtet man die Bindungstypen auf dem *letzten* Rang, so ergab sich, daß zu Therapiebeginn 13 mal (32,5 % von 40) der Typ *sicher* als letzter beurteilt wurde, neun mal (22,5 % von 40) der Typ *übersteigert fürsorglich* und sieben mal (17,5 % von 40) der Typ *impulsiv-instabil*. Nach sieben Wochen wurde ebenso 13 mal (32,5 % von 40) der Typ *sicher* als letzter beurteilt, elf mal (27,5 % von 40) der Typ *impulsiv-instabil* und acht mal (20 % von 40) der Typ *übersteigert fürsorglich*. Die Stabilität betrug 42,5 % (17 von 40; $p=.018$) mit $\kappa=.27$.

Werden die jeweils drei unsicheren Bindungsstile zu einem zusammengefaßt (Tab. 3.16), so betrug die Stabilität 67,5 % ($p=.053$; $\kappa=.34$), wobei die *vermeidenden* Stile etwas besser übereinstimmten im Vergleich zu den *ambivalenten* ($N=16$ vs. $N=11$). Beide Gruppen (BPS/SPS) zeigten etwa dieselbe Übereinstimmungsquote. Der Kappa-Koeffizient blieb unverändert im unzureichend niedrigen Bereich.

Tab. 3.16: Vorher-Nachher Vergleich der BPR-A Mega-Bindungskategorie „erster Rangplatz“ (sicher, vermeidend, ambivalent)

	Sicher-nachher	Ambivalent-nachher	Vermeidend-nachher	Σ
Sicher-prä	-	-	-	-
Ambivalent-prä	-	11	6	17
Vermeidend-prä	-	7	16	23
Σ	-	18	22	40

Stabilität: $27 / 40 = 67,5 \%$; Fisher's Exact Test (Monte Carlo Sig.): 4,6; $p=.053$; $\kappa=.34$.

Die Bindungskategorien, die nach dem BPR-A *Entscheidungsbaum* ermittelt wurden (Tab. 3.17), stimmten im vorher-nachher Vergleich sehr schwach zu 42,5 % überein ($p=.035$; $\kappa=.12$). Die häufigen mangelnden Übereinstimmungen waren darauf zurückzuführen, daß die meisten Personen ($N=22$) zu Therapiebeginn *ambivalent* oder *vermeidend* eingestuft

wurden und nach sieben Wochen als *gemischt-unsicher* oder anders herum. Beide Gruppen (BPS/SPS) zeigten exakt dieselbe Übereinstimmungsquote.

Tab. 3.17: Vorher-Nachher Vergleich der BPR-A Mega-Bindungskategorie nach dem BPR-Entscheidungsbaum

Nachher:	Sicher	Ambivalent	Vermeidend	Gemischt-unsicher	Σ
Sicher-prä	-	-	-	-	-
Ambivalent-prä	-	4	1	4	9
Vermeidend-prä	-	-	8	5	13
Gemischt-unsicher-prä	-	6	7	5	18
Σ	-	10	16	14	40

Stabilität: $17 / 40 = 42,5\%$; Fisher's Exact Test (Monte Carlo Sig.): 9.9; $p = .035$; $\kappa = .12$.

Die Bindungskategorien des Bindungsfragebogens nach Bartholomew (RQ-1; Tab. 3.18) stimmten zu 57 % überein ($p = .006$; $\kappa = .25$), wobei hier die allermeisten Übereinstimmungen das *ängstlich-vermeidende* Muster betrafen ($N = 21$). Die meisten Fehlübereinstimmungen ergaben sich für Personen, die sich anfangs *ängstlich-vermeidend* einstuften und nach sieben Wochen als *sicher* oder andersherum. Ferner für sechs Personen, die sich anfangs *gleichgültig-vermeidend* einstuften und am Ende *ängstlich-vermeidend*. Entscheidungsprobleme traten bei elf von 25 Personen (44 %) zwischen den Stilen *anklammernd* und *ängstlich-vermeidend* und bei sechs Personen zwischen *sicher* und *ängstlich-vermeidend* auf. Alle Gruppen zeigten im RQ-1 etwa dieselbe Übereinstimmungsquote.

Tab. 3.18: Vorher-Nachher Vergleich der Bindungskategorien im RQ-1

→ Nach sieben Wochen: ↓ Therapiebeginn	Sicher	Anklammernd	Gleichgültig -vermeidend	Ängstlich- vermeidend	Σ
Sicher	2	1	1	5	9
Anklammernd	-	1	-	1	2
Gleichgültig-vermeidend	-	-	5	6	11
Ängstlich-vermeidend	6	2	-	21	29
Σ	8	4	6	33	51

Stabilität: $29 / 51 = 57\%$; Fisher's Exact Test (Monte Carlo Sig.): 18.7; $p = .006$; $\kappa = .25$.

Im vorher-nachher Vergleich der fünf Cluster des Grönenbacher stationären Bindungsfragebogens (GSB; Tab. 3.19) ergaben sich 54,2 % Übereinstimmungen ($p = .000$) und somit die höchsten zufallskorrigierten Übereinstimmungen mit $\kappa = .43$. Zehn Personen gaben zu beiden Zeitpunkten eine *sichere* Bindung an den Therapeuten und an die Mitpatienten an (Cluster 1), sechs zeigten vorher und nachher eine *sichere* Bindung an

den Therapeuten und eine *vermeidende* an die Mitpatienten (Cluster 2), fünf zeigten zu beiden Zeitpunkten eine sehr *unsichere*, *vermeidende* und *verstrickte* Bindung an den Therapeuten und die Mitpatienten (Cluster 3), zwei zeigten übereinstimmend einen *Wunsch nach Verschmelzung* mit dem Therapeuten (Cluster 4) und drei einen zeitüberdauernden Vorwurf des *Mangels an Beachtung* durch den Therapeuten (Cluster 5). *Fehlende* Übereinstimmungen ergaben sich für Frauen, die zu Beginn gemischt unsicher (Cluster 3) waren und nach sieben Wochen einen *Wunsch nach Verschmelzung* aufwiesen und für solche, die zu Beginn ein unsicheres Muster (Cluster 2, 3, 4) und nachher ein sicheres zeigten. Die geringste Stabilität der Gruppen zeigten mit 37 % die BPS-Patientinnen (vs. 62 % der SPS-Gruppe).

Tab. 3.19: Vorher-Nachher Vergleich der fünf Cluster des GSB

↓ Therapiebeginn:	Nach sieben Wochen					
	CL-1	CL-2	CL-3	CL-4	CL-5	Σ
CL-1: Sicher-prä	10	-	-	-	-	10
CL-2: Vermeidend-sicher	3	6	-	1	1	11
CL-3: Gemischt-unsicher	1	2	5	6	1	15
CL-4: Verschmelzungswunsch	4	1	-	2	1	8
CL-5: Mangel an Beachtung	-	1	-	-	3	4
Σ	18	10	5	9	6	48

Stabilität: $26 / 48 = 54,2\%$; Fisher's Exact Test (Monte Carlo Sig.): 40.7; $p = .000$; $\kappa = .43$.

3.3.5 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der Fragestellungen 2 und 3

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Fragestellung 2 : Wie hoch ist die Stabilität der Bindungsmuster während siebenwöchiger stationärer Psychotherapie?

Auf 18 von 19 Skalen wurden für die Gesamtgruppe keinerlei signifikante Mittelwertsunterschiede (Null-Effekte) zwischen Therapiebeginn und sieben Wochen danach gefunden. Nur die *Furcht vor den Mitpatienten* verringerte sich bedeutsam im Lauf der Zeit. Auch die kumulierten vorher-nachher Korrelationen der 55 Einzelpersonen über die sieben Skalen des BPR-A fielen mit durchschnittlich $r = .72$ recht hoch aus, auch wenn die vorher-nachher Korrelationen *einzelner* BPR-A-Typen zum Teil sehr gering waren. Bei den Bindungstypen *sicher*, *rational-kontrolliert*, *übersteigertes Autonomiestreben* und *Mega-Vermeidung* kann ein „cross-over“ Effekt beobachtet werden: Während einige Personen auf diesen Skalen einen deutlichen Zuwachs über die Zeit aufweisen, verzeichnen andere einen deutlichen Abfall. Im Mittelwert jedoch gleichen sich diese Unterschiede aus. Mögliche Erklärungen dafür werden in der Diskussion gegeben. Die Korrelationen der Fragebogen-Bindungsskalen liegen mit $r = .5$ bis $.8$ mäßig bis hoch und

unter den Bedingungen einer zwischenzeitlichen Intervention (hier: Psychotherapie) im erwartbaren Rahmen. Die Stabilität der Bindungskategorien fiel um einiges geringer aus im Vergleich zur Übereinstimmung der meisten *kontinuierlichen* Skalen. Die zufallskorrigierte Übereinstimmung lag für alle Instrumente unter $\kappa = .5$ und war somit gering.

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Fragestellung 3: Unterscheidet sich die Stabilität der Bindungsmuster zwischen den beiden Diagnosegruppen?

Bezogen auf die kontinuierlichen Bindungsskalen bewegen sich beide Subgruppen (BPS und SPS) von ihren spezifischen abweichenden Werten zu Therapiebeginn mehr auf den Durchschnitt der Gesamtgruppe zu: Die Borderline Patientinnen werden über die Zeit signifikant *sicherer* in der *Fremdbeurteilung* (BPR-A) eingestuft und schätzen die Therapeut-Patienten-Bindung nach sieben Wochen etwas *sicherer* ein. Die SPS-Patientinnen dagegen beurteilen *sich selbst* nach sieben Wochen im allgemeinen Bindungsfragebogen und in der Patient-Therapeuten-Bindung in fast jeder Hinsicht *bindungssicherer* (und weniger *unsicher*). Die vorher-nachher Zusammenhänge auf einigen Fremdbeurteilungsskalen waren für die Borderline Patientinnen deutlich stärker ausgeprägt im Vergleich zur SPS-Gruppe, während die SPS-Gruppe höhere Übereinstimmungen hinsichtlich der Patient-Therapeuten-Bindungskategorien als die BPS-Gruppe aufwies.

3.4 Unterschiede im vorher-nachher-Vergleich der Bindungs- und Symptomskalen

Hypothese 2: Die Bindungsskalen verändern sich im Vorher-Nachher Vergleich weniger als psychische Symptome bzw. bleiben stabiler.

Im Vergleich der SCL-90-R Werte zu Behandlungsbeginn und nach sieben Wochen²⁶ ergeben sich auf fünf von zehn Skalen (*Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Globaler Beschwerdescore*) signifikante Verbesserungen der Symptomatik ($p < .05$) und einen Trend ($p = .06$; *Unsicherheit im Sozialkontakt*), wobei es sich zumeist um *kleine* Effekte zwischen $d = .3$ und $d = .5$ handelt (Tab. 3.20).

²⁶ Die zur Hypothesenbearbeitung geeignetste inferenzstatistische Methode einer Repeated-Measurement-Varianzanalyse mit Kontrastierung der Bindungs- und Symptomskalen konnte wegen der nicht gegebenen Anwendungsvoraussetzungen nicht durchgeführt werden. Der Vergleich erfolgt deskriptiv.

Tab. 3.20: Vergleich der SCL-90-R Rohwerte zu Therapiebeginn und nach sieben Wochen Behandlung für die Gesamtgruppe (N= 54)

↓ SCL-90-R-Variable	r	M prä	SD prä	M post	SD post	ES	Sgn Rank:S	p
Somatisierung	.69	1,05	0,73	0,99	0,76	0,08	80,5	0,480
Zwanghaftigkeit	.68	1,46	0,78	1,16	0,86	0,38	305,5	0,001
Soziale Unsicherheit	.64	1,73	0,92	1,5	0,88	0,25	221,5	0,060
Depressivität	.66	1,75	0,75	1,57	0,91	0,24	153,5	0,190
Ängstlichkeit	.74	1,51	0,75	1,18	0,86	0,44	382	0,000
Aggressivität	.70	1,04	0,74	1,02	0,9	0,03	35	0,750
Phobische Angst	.63	0,92	0,92	0,54	0,75	0,41	412	0,000
Paranoides Denken	.74	1,11	0,74	0,93	0,8	0,24	335,5	0,002
Psychotizismus	.72	0,92	0,67	0,85	0,77	0,10	100,5	0,340
Globalscore GSI	.80	1,32	0,61	1,14	0,71	0,30	309,5	0,007

Anmerkungen: M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, prä=Therapiebeginn, post=nach sieben Wochen, Sgn Rank=Wilcoxon Signed Rank Test (verteilungsfrei); ES=Effektstärke ((Mprä-Mpost)/SDprä); GSI: Globaler Schwere-Index (Durchschnitt aller neun anderen Skalen). r= vorher-nachher Rangkorrelation.

Auf den SCL-90-R Skalen ergaben sich überall signifikante Korrelationen ($p < .01$), die zwischen $r = .63$ (*phobische Angst*) und $r = .80$ (*Globale Symptombelastung*) variierten. Die SPS-Gruppe erreichte auf den Symptomskalen die größten Therapieerfolge der drei Gruppen (z. B. SCL-90-R, GSI, $d = 1.13$), gefolgt von den BPS-Patientinnen (SCL-90-R, GSI, $d = .90$) und der NNB Gruppe (SCL-90-R, GSI, $d = .58$)²⁷. Die Effektstärken, die bis zum Ende der Behandlung erreicht wurden liegen für die 10 SCL-Skalen deutlich höher (Skala 1 - 10: .34, .6, .62, .77, .65, .27, .42, .5, .49, .69).

3.4.1 Zusammenfassende Ergebnisdarstellung zur Hypothese 2:

Die Hypothese kann tendenziell als bestätigt gelten, da sich die Symptomatik mit $d = .3$ (Globaler Symptomwert) im Mittel etwas stärker verändert (verbessert) im Vergleich zu den Bindungsskalen (ca. $d = .1$). Immerhin verbessern sich 50 % der Symptom-Skalen und nur eine von 19 Bindungsskalen (5 %). Die Höhe der vorher-nachher Korrelationen der Bindungsfragebogen entspricht dagegen der Höhe der Symptomskalenkorrelationen.

²⁷ Die prä-7-Wochen-Effektstärken liegen für die einzelnen Gruppen betrachtet höher als der Mittelwert über die Gesamtgruppe, da zur Effektstärkenberechnung die Streuung prä herangezogen wurde und die einzelnen Diagnosegruppen hinsichtlich der Symptome verständlicherweise zu Therapiebeginn homogener sind als die Mischung aller drei Gruppen.

4. Diskussion

Erwartungsgemäß wiesen die allgemeinen und klinischen Bindungsinstrumente deutlich höhere Raten an unsicher gebundenen Personen in dieser klinischen Stichprobe auf. Jedoch scheint eine größere Anzahl von Patientinnen, die im allgemeinen Bindungsstil (Fragebogen, BPR-A) *unsicher* gebunden ist, den Therapeuten als zugänglicher und somit als „sichere Basis“ im GSB wahrzunehmen. Die Tatsache, daß relativ viele Patientinnen (mindestens jede fünfte Patientin) eine *sichere* Bindung zum Therapeuten aufwiesen, bedeutet, daß diese Patientinnen bereits in der zweiten Woche davon überzeugt sind, daß der Therapeut ihnen wohl gesonnen ist und sie ihm im Vergleich zu vielen anderen früheren und heutigen Interaktionspartnern vertrauen können. Der GSB mißt im Gegensatz zu anderen Patient-Therapeut-Fragebogen nicht nur die projektive Komponente bzw. die Erwartungen der Patienten an den Therapeuten vor der Behandlung, sondern auch die reale Wahrnehmung des therapeutischen Verhaltens.

An verschiedenen Stellen wurde in der Arbeit der Befund bestätigt, daß eine Dichotomisierung bzw. Kategorisierung oder das Clustern der Diagnosen- und Bindungsvariablen (vs. kontinuierliche Skalenauswertung) die Wahrscheinlichkeit deutlich verringert, daß die Ergebnisse signifikant werden. Dies hängt mit der bekannten Tatsache zusammen, daß durch die Kategorisierung wertvolle Informationen, z. B. von unterschwelligem Merkmalsausprägungen bzw. von Bindungsstilunterschieden innerhalb desselben Stils, verloren gehen, die bei einer kontinuierlichen Betrachtung erhalten bleiben (z. B. Fraley & Waller, 1998; Grau, in Vorb.). Daß Konfigurationen von Bindungsskalen die vollständige Beschreibung der individuellen Bindungsorganisation erst ermöglichen wie Höger (1999) vermutet, konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Folglich lohnte sich die Mühe, einen Diagnose-Kriteriensummenscore zu berechnen und dimensional-kontinuierliche Bindungsskalen zu bilden.

Pauschal betrachtet fielen die Befunde zur **Hypothese 1a (BPS-Patientinnen sind ambivalenter gebunden)** deutlich schwächer aus als erwartet und die einzig wirklich robusteren Ergebnisse, die auch nach Alpha-Fehler-Korrektur bestand haben, lagen in der mittelhohen Korrelation der Borderlinekriterienanzahl und dem Vorliegen des *impulsiv-instabilen* Musters (BPR-A) und des *anklammernden* Bindungsstils (allgemeiner Bindungsstilfragebogen). Nur für 38 % der Borderline-Patientinnen war der *impulsiv-instabile* Typ am charakteristischsten, obwohl dieser Typ auf „Borderline-Traits“

zugeschnitten ist. Auch der Befund, daß der Mittelwert der *impulsiv-instabil*-Skala des BPR-A etwa gleichhoch wie die durchschnittlichen Skalenwerte für *abhängig* und *ängstlich-vermeidend* lag, deutet darauf hin, daß die Mehrheit der Borderline-Patientinnen nicht am besten durch dieses Bindungsmuster beschrieben werden kann. Die Tatsache, daß sich die Borderline-Diagnose im Wettstreit mit anderen Diagnosen bei der Vorhersage der *Mega-Ambivalenz* nicht durchsetzen konnte unterstreicht dies. Dadurch, daß die BPS-Patientinnen sich im BPR-A nicht *abhängiger* und *fürsorglicher* im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen zeigen, ergeben sich auch für die *Mega-Ambivalenz-Skala*, die auf der Mittelung der drei *ambivalenten* Skalen basiert und den daraus errechneten Entscheidungsbaumklassifikationen kaum BPS-spezifische Resultate. Pilkonis et al. (1998) fanden bei BPS-Patientinnen 68 % ambivalente Muster mit dem AAPR, während in der vorliegenden Arbeit nur 38 % (BPR-A) solcher Muster vorlagen. Bei der Arbeit von Pilkonis et al. (1998) ist jedoch unklar, ob zur Psychodiagnostik strukturierte Interviews herangezogen wurden, d. h. die Diagnostik reliabel war. Bei Benutzung des BPR-A sind im Gegensatz zum AAPR mehr *vermeidend* Gebundene zu erwarten, da beim BPR-A der sehr selten vorliegende AAPR Prototyp *antisoziale Züge* durch den Typ *ängstlich-vermeidend* ersetzt wurde, der per Augenscheinvalidität eine höhere Prävalenz bzw. Zustimmungstendenz aufweist. Eine Betrachtung der Analyse der vorliegenden Stichprobe mit der deutschen Version der AAPR-Methode (Mestel, 1999b) ergab fast dieselben Prozentsätze wie sie die Gruppe um Pilkonis et al. (1998) fanden, nämlich 76 % *ambivalent*, 0 % *vermeidend* Gebundene bei 9 % *sicher* und 15 % *gemischt-unsicher* Gebundenen. Die Unterschiede zwischen BPR-A und AAPR sind folglich eher durch Methodenspezifika zu erklären. Die zwei AAI-Studien mit BPS-Patienten wiesen jedoch mit 75 bzw. 100 % noch mehr *verstrickt* gebundene Personen auf (Fonagy et al., 1996; Patrick et al., 1994), was darauf hindeuten könnte, daß das BPR-A unbewußte Bindungsrepräsentationen nicht in dem Ausmaß erfaßt wie die AAI-Auswertungsmethodik oder daß das an Normalpopulationen zur Prädiktion der *Fremden-Situations-Bindungskategorien* entwickelte AAI einfach etwas anderes mißt als das klinische Instrument BPR-A. Kreuzvalidierungen zwischen beiden Instrumenten stehen noch aus (Walther-Schnell, in Vorb.), wobei die erste Validierungsarbeit zwischen der ähnlichen AAPR-Methode und dem AAI keine Übereinstimmungen ergab (Strauss et al., 1999).

Auch die direkt vergleichbaren **Fragebogenbefunde** der Literatur (Brennan & Shaver, 1998; West et al., 1987) belegen etwa ein Viertel *ambivalent* bzw. *anklammernd* Gebundene (kategoriale Messung), während sich in der vorliegenden Arbeit keine einzige BPS-Patientin selbst als *anklammernd* im kategorialen Fragebogen RQ-1 beschrieb. Die

Auswertung der allgemeinen Bindungsfragebogenskalen ergaben jedoch Trends in die erwartete Richtung (BPS-Patientinnen hatten höhere Werte als SPS-Patientinnen in der Skala *anklammernd* und geringere *Mega-Vermeidungswerte*). Man könnte somit vorsichtig resümieren, daß BPS Patientinnen wenn überhaupt in der Fremdbeurteilung etwas *ambivalenter/verstrickter* gesehen werden, in der Selbstbeurteilung jedoch andere Bindungsmuster überwiegen. Der Mittelwert der Fragebogenskala *Bindungssicherheit* überragt bei den BPS-Patientinnen sogar leicht den durchschnittlichen *Anklammerungswert*, was auch andeuten könnte, daß die Patientinnen ihre *Bindungssicherheit* im Fragebogen überschätzen (derselbe Befund ergab sich für Normalpersonen bei Ullmeyer & von Sydow, 2000).

Mit den *dichotomisierten* Diagnosen konnten in der **Patientin-Therapeut-Beziehung** per Fragebogen (GSB) keinerlei Unterschiede zwischen den drei Gruppen gefunden werden. Nur die Betrachtung des *kontinuierlichen* Diagnosensummenscores offenbarte den plausiblen, jedoch unerwarteten Zusammenhang, daß je mehr BPS-Kriterien erfüllt waren, desto *unsicherer* wurde die Bindung an den Therapeuten beschrieben. Tendenziell gaben Patientinnen mit mehr erfüllten BPS-Kriterien auch an, daß sie mehr *Verschmelzungswünsche* dem Therapeuten gegenüber besitzen würden. Dieser Zusammenhang war erwartet worden, da nach verschiedenen psychoanalytischen Autoren (zusammenfassend Rohde-Dachser, 1989, S. 170) Borderline Patienten durch eine tiefe Angst vor der eigenen Autonomie zu kennzeichnen sind. Das Erlebnis des Getrenntseins wäre verknüpft mit starken Verlassenheitsgedanken und der Angst vor dem „eigenen Ich-Gefühl“. Die erhöhten *Verschmelzungswünsche* wären dann als eine Verarbeitungsstrategie anzusehen, das Getrenntsein vom Therapeuten nicht zu denken oder es sich eben nicht zu vergegenwärtigen. Verschmelzungswünsche wären auch als ein verzweifertes Bemühen interpretierbar, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (BPS-Kriterium 1, DSM-IV). Betrachtet man die deskriptiven DSM-IV Borderlinekriterien, so hängt das Kriterium zwei (intensive, instabile Beziehungen mit Wechsel von Idealisierung und Entwertung) am ehesten mit den *Verschmelzungswünschen* zusammen. Dies insofern, als daß diese Wünsche im Zuge einer Idealisierung des Therapeuten zu sehen sein könnten. Weiterführende Studien könnten klären, ob diese Verschmelzungswünsche im Therapieverlauf „kippen“, d. h. mit Entwertungstendenzen demselben Therapeuten gegenüber alternieren oder zwischen verschiedenen Bezugstherapeuten im Wechsel auftreten. Allerdings soll dieser tentative Befund nicht überinterpretiert werden. Andere Studien müssen ihn erst replizieren. Durchschlagender wie die Art der spezifischen Bindungsstrategie war wie erwähnt die grundsätzliche

Bindungsunsicherheit gegenüber dem Therapeuten, die umso stärker auftrat je mehr Borderline Kriterien vorlagen. Bindungsunsicherheit zum Therapeuten im GSB ist charakterisiert durch mangelndes Vertrauen zum bzw. Angst vor dem Therapeuten, durch ein „unsicheres“ Gefühl bei ihm, durch Zerrissenheitsgefühle ihm gegenüber (zwischen positiven und negativen Gefühlen) und durch die Wahrnehmung, daß der Therapeut die Patientin nicht schätzt, sie wie ein Kind behandelt und nicht an ihr interessiert ist. Durch die inhaltliche Betrachtung dieser Skala wird deutlich, daß im GSB die subjektiven Empfindungen und Gedanken der Patientin abgebildet werden, die deutlich verzerrt sein können (z. B. Patientin nimmt Kaltherkigkeit des Therapeuten wahr, obwohl er, was durch Videoaufnahmen der Sitzung kontrollierbar wäre, von außen warmherzig auf sie eingeht). Andererseits könnte auch das reale Therapeutenverhalten (z. B. Therapeut wird auch von externen Beurteilern der Sitzung als kaltherkig eingestuft) damit erfasst werden. Da keine Videoaufnahmen der Gruppensitzungen vorliegen, bleibt es spekulativ, ob sich die Therapeuten der Borderline-Patientinnen „real“ als *unsichere* Bindungsfiguren gezeigt haben, oder ob dies, durch die Genese der Psychopathologie verständliche, verzerrte Wahrnehmungen der Patientin sind. Da verschiedene Patientinnen derselben Gruppe (z. B. BPS) von verschiedenen Therapeuten behandelt wurden, und es somit unplausibel erscheint, daß die Therapeuten, welche die BPS-Patientinnen behandelt haben, besonders unfeinfühlig mit ihnen umgegangen sein sollen, ist es naheliegend anzunehmen, daß die Unterschiede zwischen den drei Gruppen eher auf die persönliche Verzerrungstendenz der BPS-Patientinnen zurückführbar ist, ihre Therapiebeziehung als besonders *unsicher* einzuordnen. Erklärt werden könnte die besonders ausgeprägte Wahrnehmung von *Bindungsunsicherheit* bei den Borderline-Patientinnen in der therapeutischen Beziehung durch die Massiertheit ihrer früheren Erfahrungen. Aktuelle Ansätze zur Entwicklungspsychopathologie der Borderline-Störung gehen bei 60 - 80 % von einer schweren emotionalen, physischen und/oder sexuellen Traumatisierung, einer sogenannten kumulativen Traumatisierung aus (Fiedler, 2000; Van der Kolk, 1999). Es wird angenommen, daß selbst die 20 - 40 % der BPS-Patientinnen, die nicht massiv traumatisiert wurden, Bedingungen extremer Vernachlässigung, außerordentlich strikten Erziehungssituationen oder einer kontinuierlich invalidierenden Erziehungsumwelt ausgeliefert waren (Fiedler, 2000, S. 161). Die Annahme ist naheliegend, daß Personen mit einem solchen Erfahrungshintergrund mit ganz anderen Erwartungen an nahe Beziehungen und auch an die therapeutische Beziehung herangehen im Vergleich zu weniger lange oder komplex traumatisierten Patientinnen. Eine Folge der Komplexität der erfahrenen Traumata (z. B. Erfahrungen von Zurückweisungen und Unvorhersagbarkeit der

Bindungsfiguren) könnte darstellen, daß diese Patientinnen die Beziehung zum Therapeuten primär als unsicher erleben, also eine Mischung aus spezifischen organisierten Strategien der Bindungsunsicherheit. Weiter sprechen die Befunde von Fonagy et al. (1996) und Patrick et al. (1994), daß 75 bzw. 89 % der BPS-Patienten eine *desorganisierte* Bindungsrepräsentation aufwiesen für einen Zusammenbruch spezifischer organisierter Bindungsstrategien. Das Ausmaß an *desorganisierten* Bindungsrepräsentationen in der vorliegenden Stichprobe wäre allerdings noch zu prüfen. Validierungsstudien sollten videobasierte Verhaltenskodierungen der Therapiesitzungen vornehmen, um sie mit den Fragebogen zu vergleichen. Vielleicht ließen sich dadurch Marker im realen, von außen sichtbaren Therapeutenverhalten finden, die es erlauben, die Wahrnehmung einer unsicheren Patient-Therapeut-Bindung zu präzisieren. Weiter bliebe es zu prüfen, ob eine Fremdbeurteilung die *Verstrickung* der BPS-Patientinnen mit dem Therapeuten nicht deutlicher abbilden würde. Der Verdacht ist naheliegend, daß die *Verstrickung* mit dem Therapeuten für die Patientin nicht bewußt abläuft und insofern auch im Fragebogen nicht im vollen Ausmaß gescreent werden kann.

Der nicht prädierte Befund, daß die BPS-Patientinnen in der Fremd- *und* zum Teil auch in der Selbstbeurteilung (gegenüber dem Therapeuten) eine größere Bindungs*unsicherheit* aufwiesen, könnte mit dem höheren Schweregrad der Störung (v. a. geringeres strukturelles Integrationsniveau nach OPD) im Vergleich zu dem der übrigen Gruppen erklärt werden.

Ebenso war unerwartet, daß BPS-Patientinnen etwas höhere Ausprägungen beim *vermeidenden* Subtypen *übersteigertes Autonomiestreben* (BPR-A) aufwiesen. Dies wird noch dadurch unterstrichen, daß immerhin jede dritte BPS-Patientin sich selbst am ehesten als *gleichgültig-vermeidend* im Bindungsstilfragebogen RQ-1 beschreibt (versus ca. 10 % der beiden anderen Gruppen). Hier deutet sich an, daß BPS-Patientinnen wie häufig in der Literatur beschrieben eine heterogene Gruppe darstellen. So fanden Hurt, Clarkin, Munroe-Blum & Marziali (1992) auf empirischen Weg drei Subcluster von Borderline Patienten nach DSM-III-R, das „Identitäts-Cluster“ (inkludiert hohe „intolerance of being alone“), das „Affekt-Cluster“ und das „Impulsivitäts-Cluster“. Es wäre naheliegend anzunehmen, daß die hier gefundene Untergruppe von BPS-Patientinnen mit starken *Autonomiestreben* eher in einem Cluster wiederzufinden ist, bei dem Trennungen *keine* Panik bzw. überzogenes Verhalten auslösen, d. h. hier in den Clustern *Affekt* oder *Impulsivität*. Übermäßig *impulsiv-instabile* BPS-Patientinnen könnten vielleicht häufiger in einem anderen Subcluster zu finden sein. Dies wäre zu prüfen. Während sich die von Lohmer (1988, S. 13) hypothetisch getroffene Unterscheidung von Borderline Patienten

mit manischer oder depressiver Abwehr kaum auf die vorliegenden Befunde anwenden läßt, da die Abwehrform nicht erfaßt wurde, lassen sich Zusammenhänge mit anderen BPS-Clusteranalysen finden. So fand Mestel (1992), daß sich die untersuchten 83 BPS-Patientinnen am heterogensten im Vergleich zu sechs anderen klinischen Gruppen auf fünf Cluster auf der Basis einer Clusteranalyse mit Giessen-Test und MMPI-Skalen verteilten. Am häufigsten fielen die BPS Patientinnen in das „impulsiv-übertreibende“ Cluster 3 (besonders markante Skalen: *Psychopathie, Hypomanie, Validität, Dominanz*) und das „introvertiert-selbstunsichere“ Cluster 5 (erhöhte Skalen: *Soziale Introversion, Retentivität, soziale Impotenz*). Zusammenhänge mit der vorliegenden Arbeit könnten darin bestehen, daß auch hier *impulsive* und eher *autonomiebezogene* Borderline-Untergruppen gefunden wurden. Der Befund, daß nicht alle Borderline-Patientinnen ein *impulsives* Bindungsmuster aufwiesen, korrespondiert zur Literatur bezogen auf die Zusammenhänge zwischen den Big Five-Persönlichkeitsdimensionen (Costa & Mc Crae, 1990) und der BPS. In fünf Validierungsstudien (zusammenfassend Fiedler, 1994, S. 119) ergaben sich kaum Zusammenhänge zwischen der BPS und der Dimension *Extraversion/Introversion*. Dies deutet an, daß eine nicht unerhebliche Subgruppe von BPS-Patientinnen nicht *impulsiv/extravertiert* ist wie es z. B. auch die ICD-10 Typologisierung nahelegt, sondern eher zurückgezogen. Vielleicht besitzen diese *Introvertierten* auch ein gesteigertes *Autonomiebedürfnis*. Diamond et al. (1999) konstatierten, daß die Bindungsklassifikation maßgeblich mit den komorbiden Diagnosen der Borderline-Patienten zusammenhängen würde. BPS-Patienten mit zusätzlichen antisozialen, paranoiden oder narzißtischen Anteilen wären eher *vermeidend* gebunden, solche mit histrionischer, zwanghafter oder schizotypischer Ko-Diagnose eher *verstrickt* gebunden. In der vorliegenden Stichprobe lagen zahlreiche komorbide Achse I und II Störungen bei fast allen Patientinnen vor. Allerdings sind die Prävalenzen für die komorbiden Achse II Störungen zu gering, um den Einfluß anderer Persönlichkeitsstörungen auf das Bindungsmuster inferenzstatistisch zu untersuchen.

Filosi (2000) und Rösch (2000) fanden in Validierungsstudien des BPR-A an der OPD (Achse IV) mit der vorliegenden Stichprobe deutliche Zusammenhänge des *geringen* Strukturniveaus mit den Typen *impulsiv-instabil* und *übersteigertes Autonomiestreben*. Folglich ist im Gegensatz zur Hypothese von Rudolf & Schneider (2000, S. 143) nicht zu vermuten, daß *verstrickt* Gebundene pauschal eine *geringere* Struktur nach OPD aufweisen im Vergleich zu *vermeidend* Gebundenen, sondern, daß es Subtypen von beiden *unsicheren* Strategien gibt, die eine besonders *geringe* Struktur aufweisen und Subtypen, die folglich eine *höhere* Struktur zeigen. Zusammengefaßt könnte die *geringe* Struktur

nach OPD eine moderierende Variable sein, die verständlich macht, daß BPS-Patientinnen bei den beiden genannten BPR-A Prototypen so hoch scoren. Eine psychodynamische Interpretation des Befundes bestünde darin, daß die Typen *impulsiv-instabil* und *übersteigertes Autonomiestreben* zwei Pole eines *einzigsten* unbewußten Konfliktes, naheliegenderweise des *Autonomie/Abhängigkeitskonfliktes* nach OPD, darstellen. Dieser Konflikt liegt nach einigen vorläufigen Studien mit unausgereifter Methodik (keine unabhängige Beurteilung beider Achsen) vorwiegend bei *gering* strukturierten Personen vor (Grande, Oberbracht & Rudolf, 1998; Schüssler, Mestel, Vogler & Klingelhöfer, 2000). Überwiegt der *aktive Verarbeitungsmodus*, so betonen diese Personen zwanghaft ihre Unabhängigkeit und verleugnen ihre Abhängigkeitswünsche, überwiegt die regressive Abwehr, so kämpfen sie verstärkt in existentieller Weise um ihre Beziehungen und können die Seite in sich nicht wahrnehmen, die selbständig und autonom sein will. Andere Untersuchungen sollten direkt prüfen, ob der *Abhängigkeits/Autonomiekonflikt* und die *geringe* Struktur spezifischer für BPS-Patientinnen sind als das Vorliegen eines bestimmten *unsicheren* Bindungsmusters.

Die **Hypothese 1b (SPS-Patientinnen sind eher vermeidend gebunden)** kann eher als bestätigt angesehen werden, da SPS-Patientinnen in der Fremd- und Selbstbeurteilung häufiger das Bindungsmuster *ängstlich-vermeidend* aufwiesen. Vor allem die multiplen Regressionsanalysen zeigten, daß die SPS sich bei der Vorhersage sowohl hoher *Vermeidungswerte* als auch geringer *Ambivalenzwerte* gegen andere Diagnosegruppen durchzusetzen vermag. Bei der *Mega-Vermeidungsskala* des BPR-A wiesen sie keine höheren Werte als die Vergleichsgruppen auf, da SPS-Patientinnen bei den *Vermeidungsprototypen* *rational-kontrolliert* und *übersteigertes Autonomiestreben* keine erhöhten Werte offenbarten. Deskriptiv betrachtet weisen sie sogar ein etwas niedrigeres *Autonomiestreben* auf, was allerdings mit der zentralen Tendenz dieser Patientinnen einhergeht, Nähe zu suchen (z. B. Pilkonis, 1984), dem Gegenteil von *Autonomiestreben*. In der Fremdbeurteilung zeigen diese Patientinnen ferner in besonders geringem Ausmaß *impulsiv-instabile* Züge, was damit begründet werden kann, daß diese Verhaltensstrategie ein zu hohes Risiko der Zurückweisung durch signifikante Andere in sich birgt. Im Vergleich zur AAPR-Literatur (Pilkonis et al., 1998) ergaben sich geringere Prozentsätze an *ambivalenten* Bindungsmustern (5 % vs. 29 % bei Pilkonis) und höhere Prozentsätze an *vermeidenden* Mustern (37 % vs. 21 %), wobei betont werden muß, daß bisher keine Daten zur SPS alleine publiziert wurden. Kritisch bleibt anzumerken, daß die SPS-Patientinnen *vermeidende* Bindungstypen deshalb am häufigsten aufwiesen, da für die vorliegende

Arbeit das Bindungsmuster *ängstlich-vermeidend* neu konstruiert wurde und sich dieses sehr nahe am Konstrukt der Selbstunsicherheit befindet. Der Kritikpunkt tautologischer Schlußfolgerungen bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Bindungsmustern und klinischen Störungsbildern gilt jedoch auch für das AAPR von Pilkonis (1988), was an der ursprünglichen Benennung einiger seiner Bindungsprototypen erkannt werden kann (z. B. „borderline features“, „obsessive-compulsive features“).

Auf den **Fragebogenskalen** waren die Ergebnisse nicht mehr so deutlich wie in der Fremdbeurteilung. Zwar wiesen die SPS-Patientinnen tendenziell geringere Werte als die BPS-Gruppe bei *anklammern* auf und höhere in der *Mega-Vermeidung*, allerdings zeigten sich überhaupt keine Unterschiede zur NNB-Gruppe. Auch war unerwartet, daß sie keine höheren Ausprägungen bei den beiden einzelnen *Vermeidungs*-Skalen des *allgemeinen Bindungsfragebogens* zeigten. Dies liegt wahrscheinlich daran, daß gerade die Skala *ängstlich-vermeidend (fearful)* besonders viele Items aufweist, die eine niedrige Beantwortungsschwelle oder anders gesagt eine starke Zustimmungstendenz (Akquieszenz) besitzen. Dies kann daran erkannt werden, daß die Mittelwerte dieser Skala bei allen drei Gruppen mit Abstand am höchsten ausgeprägt sind. Diese Akquieszenz wird im forced-choice Fragebogen RQ-1 dadurch vermindert, daß eine Person sich nun im Sinne eines ipsativen Vorgehens für den einen, am besten passenden Stil entscheiden muß. In der Tat differenzieren sich die Ergebnisse im RQ-1 in die erwartete Richtung. Während sich die selbstunsicheren Patientinnen zu fast 80 % im ängstlich-vermeidenden Muster wiederfinden, gilt dies nur für je etwa fast 50 % der anderen beiden Gruppen. Der Unterschied zur Studie von Brennan & Shaver (1998), in der Personen mit selbstunsicheren Zügen sich nur zu 38 % dem ängstlich-vermeidenden Muster zuordnen, können dadurch verstanden werden, daß es sich bei der amerikanischen Arbeit um eine studentische Analogstichprobe handelte. Die deutlichen hypothesenkonformen Korrelationen zwischen dem Ausmaß erfüllter SPS-Kriterien und den beiden Fragebogen-Vermeidungsskalen zeigen weiter, daß eine Diagnosen-Dichotomisierung hier wertvolle Informationen verdeckt und eigentlich vorhandene Zusammenhänge nicht im notwendigen Ausmaß erkennen läßt.

Unerwartet war, daß sich die *Vermeidungshaltung* der SPS-Patientinnen nicht in der Beziehung zum Therapeuten abbilden läßt. Ferner zeigen sie nicht mehr *Furcht vor Mitpatienten* als die Patientinnen der anderen beiden Gruppen, wenn auch die Korrelation der SPS-Kriteriensummenskala mit dieser Skala in die erwartete Richtung weist ($r = .24$) und bei einem größeren Stichprobenumfang signifikant geworden wäre. Vielleicht könnten diese Befunde damit erklärt werden, daß ein Fremdbeurteilungsverfahren der Beziehung

die vermuteten Zusammenhänge aufgedeckt hätte. Weiter wäre möglich, daß SPS-Patientinnen, die im Schnitt eine *höhere* Struktur nach OPD aufweisen, in der Wahrnehmung von Beziehungen flexibler sind als erwartet. So können sie vielleicht in höherem Ausmaß als vermutet erkennen, daß der Therapeut oder die Mitpatienten nicht die erwarteten angsteinflößenden Figuren (analog zu früheren signifikanten Bindungspersonen) sind und sich als vertrauenswürdig erweisen. Immerhin zeigen sie *vor* dem ersten therapeutischen Kontakt am Aufnahmetag eine tendenziell geringere *Öffnungsbereitschaft* im Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE, Höger, 1999), und 42 % der SPS-Gruppe kann im BFKE als *vermeidend-verschlossen* klassifiziert werden (vs. 14 und 24 % der anderen Gruppen). Der GSB, der zwei Wochen später vergeben wurde, und neben projektiven Elementen auch die Wahrnehmung der tatsächlichen therapeutischen Beziehung und der Beziehung zu den Mitpatienten abbildet, fällt wie erwähnt indifferenter aus. So könnte interpretiert werden, daß sie trotz anfänglicher Erwartungsangst bereits nach zwei Wochen mehr Vertrauen in den Therapeuten und die Mitpatienten investiert haben und somit eine gewisse „gesunde“ Flexibilität aufweisen.

Ein anderes unerwartetes Ergebnis bestand darin, daß die selbstunsicheren Patientinnen zumindest im Vergleich einer BPS/NNB-Gruppe von außen als *sicherer* gebunden eingestuft wurden, während sie sich selbst umso *unsicherer* beurteilten, je mehr SPS-Kriterien sie erfüllten. Das erste Teilergebnis der erhöhten *Bindungssicherheit* in der Fremdperspektive kann damit erklärt werden, daß Patientinnen der beiden anderen Gruppen zumeist eine Borderline Diagnose aufwiesen und nachweislich schwerer gestört (d. h. auch *geringer* strukturiert nach OPD) waren. Die anderen beiden Gruppen wiesen in homogener Weise (geringe Varianz) im Mittel sowenig *Bindungssicherheit* im Sinne eines „Floor-Effekts“ im BPR-A auf, daß schon eine leichte Erhöhung dieser Skala zu signifikanten Unterschieden führen mußte. Dieses Ergebnis der etwas größeren fremdbeurteilten Bindungssicherheit auf Skalenebene darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß in der *kategorialen* Betrachtung keine einzige SPS-Patientin maßgeblich als *bindungssicher* eingestuft wurde. Wieder einmal werden die Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen nur durch die Betrachtung der kontinuierlichen/dimensionalen Skalen (v. a. der Bindungs- und Diagnosenskalen) deutlich. Die Selbstbeschreibung als *bindungsunsicher*, die sich vorrangig in der Korrelation der Diagnosekriterienscores mit der allgemeinen *sicheren* Bindungsfragebogenskala offenbart, ließe sich durch das per definitionem vorhandene sehr schlechte Selbstwertgefühl dieser Patientinnen verstehen. Diese Patientinnen könnten aufgrund ihrer Minderwertigkeitsgefühle und

selbstabwertenden Kognitionen eine Beurteilungstendenz in die Richtung aufweisen, daß sie eigene vorhandene und vom Fremdbeurteiler wahrnehmbare Kompetenzen/Ressourcen in Beziehungs- und Persönlichkeitsaspekten vom Bewußtsein aussperren oder zumindest verzerren. Eine alternative, wohlwollendere Interpretation des Befundes wäre, daß sich die SPS-Patientinnen selbst hinsichtlich ihres Bindungsmusters realistischer einstufen und sich somit weniger vormachen. Analog zur Depressionsforschung bedeutet dies jedoch nicht, daß diese realistischere Sichtweise für mehr Gesundheit spricht, im Gegenteil (zusammenfassend: Taylor & Brown, 1988). Die Bindungssicherheit wird mittels Fragebogenmethodik (vs. Fremdbeurteilung) bei den meisten Stichproben überschätzt (Ullmeyer et al., 2000). Replikationsstudien sollten belegen, ob die Gruppe der Selbstunsicheren hier eine Ausnahme darstellen. Alfes (1998) fand überraschenderweise, daß je *sicherer* sich Patientinnen im *allgemeinen Bindungsfragebogen* eingestuft hatten, desto stärker wiesen sie im *Inventar Interpersoneller Probleme* (IIP) Schwierigkeiten mit zwischenmenschlicher *Dominanz* und *Expressivität* auf ($r = .35$ und $r = .4$; $p < .001$). Im Fremdurteil der Bindungssicherheit mittels BPR-A zeigten sich keine derartigen Korrelationen mit dem IIP. Dies deutet an, daß bei der Selbstbeschreibung als *bindungssicher* Vorsicht bei der Interpretation anzuraten ist. Verzerrungstendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit liegen hier nahe (siehe z. B. Gynther & Green, 1982). Für künftige Untersuchungen und die psychotherapeutische Praxis bleibt diese starke störungsspezifische Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdurteil zu beachten, die bei den BPS-Patientinnen eher in der entgegengesetzten Richtung beobachtet wurde. So schätzten diese sich im allgemeinen Bindungsfragebogen etwas *sicherer* ein als die SPS-Patientinnen ($p = .14$, n.s.), während sie im Fremdurteil deutlich *unsicherer* beurteilt wurden. Edell, Joy & Yehuda (1990) fanden zwar im Gegenteil, daß reliabel diagnostizierte BPS-Patientinnen im Selbsturteil (SCL-90-R) relativ im Vergleich mit einer anderen klinischen Gruppe weniger Symptome als in der psychiatrischen Fremdbeurteilung (Brief Psychiatric Rating Scale) angaben, aber sie verwendeten eben Symptommaße und keine Bindungsskalen. Ferner bestand ihre Vergleichsgruppe schwerpunktmäßig aus Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die der BPS-Gruppe sicherlich näher steht als SPS-Patienten.

Die Tatsache, daß der Zusammenhang zwischen den spezifischen Psychodiagnosen und den spezifischen Bindungsmustern schwächer war als vermutet, kann auch mit der starken Komorbidität der vorliegenden Stichprobe, die allerdings für stationäre Patientinnen typisch ist, erklärt werden. Im nachhinein scheint es eher unplausibel zu sein, daß sich bei durchschnittlich sechs bis acht DSM-IV Diagnosen eine spezifische Diagnose (hier SPS

oder BPS) hinsichtlich des Bindungsmusters durchsetzen sollte. Eine Studie, die nur Patientinnen untersucht, die eine SPS/BPS als *Hauptdiagnose* aufweisen oder gar ausschließlich eine SPS oder BPS diagnostiziert bekommen, hätte vielleicht deutlichere Ergebnisse erbracht. Allerdings wäre damit der Erhebungszeitraum von einem Jahr, der für diese Arbeit bestand, auf schätzungsweise mindestens drei Jahre ausgeweitet worden. Eine solche Studie wäre zwar intern valider, da die abhängigen Variablen (hier Bindungsmuster) deutlicher auf den Einfluß der Art der Diagnosen zurückgeführt werden könnten, allerdings würde damit gleichzeitig die externe Validität sinken, da solche Patienten in der psychotherapeutischen Realität nur äußerst selten vorkommen. So fanden Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove & Cadoret (1998) in einem Literaturreview zum komorbiden Auftreten von Persönlichkeitsstörungen je nach Art der Persönlichkeitsstörung nur 1 - 21,3 % solitäre Persönlichkeitsstörungen. Würde man zusätzlich noch die Komorbidität von Achse I oder III Störungen berücksichtigen, wird schnell deutlich, daß Patienten mit genau einer Persönlichkeitsstörung ohne Komorbidität bei sauberer Diagnostik mit strukturierten Interviews in der Praxis so gut wie nicht vorkommen. Die ausschließliche Betrachtung von Personen mit BPS- oder SPS-*Hauptdiagnosen* (statt wie hier Haupt- oder Nebendiagnosen) wäre nachteilhaft gewesen, da erstens keinerlei Studien zur Reliabilität von Hauptdiagnosen (vs. nachgeordnete Diagnosen) vorliegen und es somit willkürlich erscheint, was als erstwichtigste, zweit- oder fünftwichtigste Diagnose vergeben wird. Zweitens kann auch nicht davon ausgegangen werden, daß die Hauptdiagnose einen größeren Einfluß auf die Art des Bindungsmusters aufweist im Vergleich zu anderen Nebendiagnosen. Eine bindungsbezogen prägnante Nebendiagnose dürfte für das Beziehungsverhalten maßgeblicher sein als eine diesbezüglich unrelevante Hauptdiagnose.

Bezogen auf die **Fragestellung 2 (Stabilität der Bindungsmuster)** wurden bei Betrachtung der fremdbeurteilten änderungssensitiveren Bindungsskalen keine signifikanten vorher-nachher-Unterschiede verzeichnet. Die prä-post-Effektstärken streuen um Null. Dies ist insofern überraschend, als daß man aufgrund der Fonagy et al. (1995) Arbeit zumindest eine leichte „Verbesserung“ in Richtung Erhöhung der *sicheren* Bindungsanteile und Verminderung der *unsicheren* hätte erwarten können. Allerdings betrug der Interventionszeitraum bei Fonagy etwa ein Jahr im Gegensatz zu den sieben Wochen Therapie der vorliegenden Studie. Leider wurden zu den kategorialen prä-post Übereinstimmungen von Fonagy et al. (1995) keine exakten Angaben gemacht, so daß auch in diesem Bereich keine wirklich vergleichbaren Daten vorliegen. Die kategorialen

Stabilitäten für ein zwei- bis drei-Monats-Intervall liegen in der Literatur zum AAI bei Normalpersonen bei .78 bis .9 (Dreifachklassifikation) und somit über den hier gefundenen fremdbeurteilten Übereinstimmungswerten von 67,5 % (Erster Rangplatz, BPR-A) und 42,5 % nach dem BPR-A Entscheidungsbaum. Der niedrigste Kappa von .12 für den prä-post-Klassifikationsvergleich nach dem Entscheidungsbaum legt nahe, daß eine zusätzliche Betrachtung von *gemischt-unsicheren* Bindungsmustern eine noch geringere Übereinstimmung erbringt. Dies läßt darauf schließen, daß diese *gemischt-unsicheren* Bindungstypen des BPR-A eben wirkliche Mischungen von *ambivalenten* und *vermeidenden* Mustern darstellen und *keine* eigenen distinkten Entitäten im Sinne einer qualitativ neuen Bindungskategorie, wie es zum Teil bei der CC-Klassifikation des AAI der Fall sein soll (Hesse, 1996).

Der **korrelative prä-post-Vergleich** erbringt zwar für fünf der neun BPR-A-Skalen erwartbar mittelhohe Korrelationen um $r = .5$ (.49 - .67), jedoch für einige Skalen sehr geringe oder sogar negative Korrelationen. Beim Typ *sicher* kann die niedrige Korrelation von $r = .22$, die für beide Diagnosegruppen galt durch die extrem geringe Streuung der prä- und post-Werte um den Mittelwert 1 (= nicht zutreffend) erklärt werden. Es ist hier die relativ gesehen noch größte Effektstärke von .22 zu erkennen, die allerdings aufgrund des erwähnten „floor-effects“ ebensogut auch als statistische Regression zur Mitte abgetan werden kann (Steyer et al., 1997). So würde man einfach dadurch, daß die Zeit verstreicht, erwarten, daß sich die anfangs vorliegenden extremverteilten Mittelwerte der *Bindungssicherheit* in Richtung *bindungsunsicher*, später etwas zur Mitte hin verschieben, da es statistisch noch unwahrscheinlicher wäre, wenn sie zum zweiten Meßzeitpunkt in einem ähnlich geringen Ausmaß stagnieren würden. Die äußerst geringen prä-post-Korrelationen der zwei *Vermeidungsskalen übersteigertes Autonomiestreben* ($r = .23$) und *rational-kontrolliert* ($r = -.15$) können *nicht* durch eine relativ zu den anderen Skalen gesehen geringere interne Konsistenz und somit einen größeren Meßfehler dieser Subskalen erklärt werden. Auch erscheint es unplausibel, inhaltliche Faktoren zur Erklärung dieses Befundes heranzuziehen. Wenn sich Unstabilitäten von prä nach post ergeben, würde man diese theoretisch eher bei den geringer bzw. schwächer ausgeprägten Skalen vermuten (siehe bisherige Stabilitätsstudien mit dem AAI; Kapitel 1.5). Für beide Skalen könnte allerdings dieselbe Argumentation wie für die geringen vorher-nachher-Korrelationen der *Bindungssicherheitsskala* herangezogen werden, also die geringe Varianz und der „floor-Effekt“. Dagegen spricht jedoch, daß der immerhin mit $r = .52$ im vorher-nachher-Vergleich korrelierte *ambivalente Typ übersteigerte Fürsorglichkeit* eine

noch geringere Varianz und noch geringere Mittelwerte zu beiden Meßzeitpunkten aufwies. Wenn sich der Mittelwert und die Varianz einer Skala zu zwei Meßzeitpunkten nicht unterscheidet, aber die Korrelationen um Null herum streuen, bedeutet dies, daß einige Personen über die Zeit einen Zuwachs der Merkmalsausprägung verzeichnen, während bei anderen Personen eine Abnahme zu registrieren ist. Während es plausibel ist, daß die *Vermeidung* während einer tiefenpsychologisch/humanistischen Psychotherapie verringert wird, ist es unklar, weshalb bei etwa ebenso vielen Personen (ca. N= 5) bei Behandlungsende mehr *Vermeidung* als zu Beginn vorliegt. Folgende Erklärungen für die Erhöhung der *Vermeidung* zum späteren Meßtermin ließen sich z. B. geben:

- a) Bei diesen Personen liegt eine „wahre“ Verschlechterung vor, d. h. sie haben sich während der Behandlung zunehmend verschlossen.
- b) Diese Personen mußten sich mit Hilfe der *Vermeidungsstrategie* schützen, z. B. vor dem intensiven therapeutischen Programm und der Vielzahl an zwischenmenschlichen Erfahrungen in der therapeutischen Gemeinschaft.
- c) Der Befund ist ein Artefakt der kleinen Stichprobenzahl und der Diagnosenvorauswahl. Replikationen mit größeren Stichproben und stärker vermeidenden Diagnosegruppen würden die erwarteten mittleren prä-post-Korrelationen erbringen.
- d) Der Typ *rational-kontrolliert* ist zwar reliabel erfassbar, jedoch unvalid. In Validierungsstudien mit anderen klinischen Instrumenten (IIP, SCL-90-R, SASB; Alfes, 1998; Hefer, 1999; Kallo, 1999) erbrachte er stets die geringsten Korrelationen mit konkurrenten Kriterien im Vergleich zu den anderen sechs Prototypen. Die mangelnde Validität könnte durch die Verknüpfung der ursprünglichen *zwanghaften* interpersonellen Züge im AAPR mit den *Vermeidungsskalen* des AAI („lack of memory“, „idealization“) zustande gekommen sein.

Auch der vorher-nachher-Vergleich der **Bindungsfragebogen** ergab bis auf eine Skala keinerlei Mittelwertsunterschiede. Nur die *Furcht vor Mitpatienten* im GSB reduzierte sich signifikant von der zweiten zur siebten Therapiewoche, was vielleicht mit dem Konzept der *Habituation* oder dem der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* verstanden werden kann. Die Patientinnen gewöhnen sich in diesem Sinne im Lauf der Wochen an die anfangs vielleicht beängstigende therapeutische Gemeinschaft, d. h. sie machen die neue

emotionale Erfahrung, daß sie sich auch vor vielen Menschen zeigen und öffnen können ohne wie in der Vergangenheit wieder zurückgewiesen zu werden. Das Ausmaß an selbstbeurteilter *Bindungssicherheit* zum Therapeuten oder zu allgemeinen Bindungsfiguren nahm minimal, aber praktisch nicht relevant, zu. Im gleichen Zuge verringerten sich die *unsicheren* Bindungsskalen bis auf die Skala *Verschmelzungswunsch mit dem Therapeuten* im ebenso kleinen Ausmaß. Aufgrund der minimalen Effektstärken werden diese Ergebnisse inhaltlich nicht interpretiert, allerdings sollten Replikationen mit größeren Stichproben dazu durchgeführt werden, um festzustellen, ob für die „Stagnationen“ eben die mangelnde statistische Power, die wenig effektive Psychotherapie, der zu kurze Meßzeitraum oder die Stabilität und mangelnde Änderungssensitivität der Bindungsfragebogenskalen verantwortlich sind. Die Test-Retest-Korrelationen liegen fast exakt in derselben Höhe wie sie in der Literatur für Normalpopulationen berechnet wurden (z. B. Grau, 1994; Scharf et al., 1994). Es ist naheliegend anzunehmen, daß die psychotherapeutische Intervention die Höhe der Korrelationen der Selbstbeurteilungsskalen kaum beeinflußt hat, was für eine starke Stabilität der Skalen und auch der dahinterliegenden Konstrukte sprechen würde, da die internen Konsistenzen der Skalen ebenso hoch ausfallen (Grau, 1994; Mestel, 1998). Kritisch betrachtet sprechen diese Befunde eher dagegen, den *allgemeinen Bindungsstilfragebogen* im Sinne eines Trait-Instrument (analog z. B. zum Freiburger-Persönlichkeits-Inventar; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1984) als Veränderungsmeßinstrument in der Psychotherapie einzusetzen, da die tiefenpsychologisch-humanistische Psychotherapie explizit auf eine Veränderung des Selbstbildes und der Beziehungsgestaltung abzielt, man also Verbesserungen in diesen Bereichen erwarten würde und abbilden will. Dagegen werden auf dem GSB Verbesserungen zumindest im Bereich *Furcht vor Mitpatienten* dokumentiert.

Der Befund, daß mittels *kategorialer* Betrachtung der Veränderungen höhere Quoten an Instabilität beobachtet werden konnten (betrifft RQ-1 und GSB), ist höchstwahrscheinlich nicht darauf zurückzuführen, daß diese Methodik „wahre Merkmalsveränderungen“ aufdeckt, sondern darauf, daß kategoriale Diagnostik zu massiven Informationsverlusten im Vergleich zur kontinuierlichen Betrachtung führt (z. B. Fraley et al., 1998). Der Nachteil kategorialer Instrumente wird dadurch deutlich, daß man sich vergegenwärtigt, daß über 40 % der Patientinnen (N= 23) sich kaum zwischen *zwei* RQ-1 Kategorien entscheiden konnten. D. h. es war mehr oder weniger zufällig bzw. stimmungsabhängig, welche der beiden Kategorien sie als Selbstzuschreibung ihres Bindungsstils letztlich wählten. Dieses Problem, welches auch Grau (1999) für einen ähnlichen kategorialen

Bindungsfragebogen berichtet, trat natürlich zu beiden Meßzeitpunkten auf, wodurch die hohe Quote an Instabilität zumindest teilweise als Meßartefakt erklärt werden könnte. Dasselbe Problem tritt in geringerem Ausmaß auch bei den GSB-Clustern auf, die aus den Diskriminanzfunktionen der GSB-Bindungsskalen ermittelt werden. Die Literatur zur Stabilität von selbstbeurteilten Bindungskategorien ergibt etwas höhere vorher-nachher-Übereinstimmungen (63 - 72 %) für Normalstichproben im Vergleich zu den hier berichteten 57 %. Da nach Kenntnis des Autors noch nie eine Patientengruppe im prä-post-Design mit diesen Maßen untersucht wurde und es erst recht keine kontrollierte Studie dazu gibt, bleibt es spekulativ, ob die hier erfolgte Psychotherapie als Intervention für diese leicht verminderten Test-Retest-Übereinstimmungsquoten verantwortlich ist.

Hinsichtlich der **Unterschiede der vorher-nachher-Vergleiche zwischen den beiden Diagnosegruppen (Fragestellung 3)** wurden keine Hypothesen aufgestellt, da dazu keine Studien vorliegen. Zusammengefaßt lauteten die Ergebnisse, daß dort, wo eine Gruppe zu Therapiebeginn besonders niedrige Werte aufwies, sie zum zweiten Meßzeitpunkt einen Zuwachs im Vergleich zur anderen Diagnosegruppe zu verzeichnen hatte, die zu Beginn nicht ganz so abweichend geringe Werte zeigte. Naheliegenderweise sind diese Befunde wahrscheinlich als Regressionen zur Mitte zu interpretieren. So zeigte die BPS-Gruppe in der Fremdbeurteilung einen Zuwachs an *Bindungssicherheit* im BPR-A (Anfangswerte waren extrem niedrig), während die SPS-Gruppe einen Zuwachs an *Bindungssicherheit* im allgemeinen Bindungsfragebogen (sehr niedrige Anfangswerte) und eine Abnahme auf den meisten *unsicheren* Skalen aufwies. Die BPS-Gruppe, die zu Beginn eher etwas weniger *sicher* an den Therapeuten gebunden war (Unterschied allerdings nicht statistisch signifikant), zeigte hier zum zweiten Untersuchungstermin die deutlichsten Zugewinne der drei Gruppen. Der Rückgang des Mittelwertes der Skala *Furcht vor Mitpatienten* im GSB ist maßgeblich auf die SPS-Patientinnen zurückzuführen, die hier einen großen Effekt ($d > 1$) aufweisen. Da die Verbesserung des Vertrauens in andere Personen und die geringere Angst vor Anderen einen zentralen Bereich der Therapie selbstunsicherer Patienten darstellt, kann dies als das Ergebnis bewertet werden, welches am plausibelsten unabhängig vom Regressionstrend zur Mitte auf die Therapie zurückgeführt werden könnte. Kausalität in dieser Frage ließe sich jedoch nur durch eine kontrollierte Studie belegen. Der Befund, daß sich Borderline-Patientinnen *in Fragebogen* im Vergleich zu weniger schwer beeinträchtigten Patienten eher weniger verändern bzw. Veränderungen zugestehen wird berichtet (z. B. Kernberg, Burstein & Coyne, 1972; Mc Glashan, 1983). Im Gegensatz zu den weniger schwer gestörten selbstunsicheren Patientinnen besitzen

viele dieser Patientinnen nicht die Fähigkeit, sich Verbesserungen einzugestehen und zuzulassen. Benjamin (1993, S. 120ff) nennt mehrere Motive für dieses Verhalten. Maßgeblich sei die Angst der Borderline-Patientin, vom Therapeuten verlassen bzw. nicht mehr versorgt zu werden, falls sie selbst bekundet, daß es ihr im Laufe der Therapie besser gehe. Ferner hätten einige BPS-Patientinnen die Erfahrung gemacht, von den Eltern nur dann Zuwendung zu erhalten, wenn es ihnen wirklich schlecht ging, so daß sie glückliche Momente sofort zerstören müssen. Ferner werde bei Borderline-Patientinnen bei einem Zuwachs an Kompetenz oder Glück häufig selbstverletzendes Verhalten als Folge des oft anzutreffenden Mißbrauchs ausgelöst. Das Ergebnis, daß die BPS-Patientinnen auf einigen fremdbeurteilten Bindungsskalen deutlich höhere prä-post-Korrelationen aufwiesen im Vergleich zur SPS-Gruppe, läßt sich nur schwerlich interpretieren. Für die betreffenden *ambivalenten* Skalen könnte man noch argumentieren, daß die Korrelationen aufgrund der größeren Varianz und dem größeren Range für die BPS-Gruppe höher ausfallen, jedoch bleibt es bezüglich der *ängstlich-vermeidenden* Skala unklar. Deskriptiv ist hier nur festzustellen, daß eine geringere Korrelation der SPS-Gruppe auf dieser Skala bedeutet, daß der oben erwähnte Zuwachs an Vermeidung zum Therapieende hin vor allem in der SPS-Gruppe aufgetreten ist, während in dieser Gruppe auf dieser Skala jedoch auch die gegenteilige Entwicklung häufiger war (Abnahme des ängstlich-vermeidenden Bindungstypen). Zuletzt sei nochmals darauf hingewiesen, daß falls es einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich Bindungsmusteränderungen gegeben hätte, daß man diesen auch auf die unterschiedlichen therapeutischen Konzepte, mit denen beide Gruppen behandelt wurden, hätte zurückführen können. Umgekehrt können die unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen jedoch auch dafür verantwortlich sein, daß sich neben den statistischen Regressionseffekten eben eher wenige Unterschiede zwischen den Gruppen finden ließen. Die Kausalität des Einflusses der Treatment-Variable kann nur in einem kontrollierten Design beantwortet werden und weist somit über die vorliegende Arbeit mit naturalistischem Ansatz hinaus.

Hypothese 2 (Bindungsskalen verändern sich über die Zeit weniger als Symptomskalen) wurde wie erwähnt tendenziell bestätigt. Das bedeutet, daß es einen deutlichen Trend in die Richtung gab, daß die Patientinnen sich stärker auf den Symptomskalen veränderten bzw. verbesserten im Vergleich zu den überwiegend gleichbleibenden Bindungsskalen. Die Effektstärke im globalen Symptomausprägungsscore liegt zwar mit .3 im kleinen Bereich, aber verglichen mit der mittleren Effektstärke der Bindungsskalen von .1 kann von einem leichten Unterschied

gesprochen werden. Um die Einflüsse der Therapiedauer zu kontrollieren, wurden die Patientinnen aller drei Gruppen genau nach sieben Wochen erneut interviewt und nicht bei Behandlungsende. Vergleicht man dagegen die SCL-90-R Ergebnisse vom Beginn und Ende der Behandlung nach durchschnittlich elf Wochen, so ergaben sich weitere deutliche Verbesserungen in der Symptomatik (die Effektstärke auf der globalen Symptomskala lag bei $d = .69$, mittlerer Effekt). Dieser überproportional starke Zugewinn in den letzten vier Wochen der Behandlung ist wahrscheinlich erstens durch die mit dem Therapieende verknüpften Erwartungen der Patientinnen zu verstehen (Wer soviel Aufwand betrieben hat, möchte auch, daß sich etwas verbessert hat; siehe Theorie zur kognitiven Dissonanz, Festinger, 1957). Zweitens damit, daß in psychodynamischen oder humanistischen Verfahren bei einigen Patienten im therapeutischen Prozess Befindens- bzw. Symptomverschlechterungen eintreten (Grawe, 1990). Eine weitere Bindungsdiagnostik bei Therapieende lag nicht vor, es ist jedoch eher unwahrscheinlich, daß sich die Bindungsmuster im selben Zeitraum so stark wie die Symptomskalen verbessert hätten.

Die hier gemessenen Bindungsvariablen können folglich als recht stabile Konstrukte aufgefasst werden, egal ob sie fremd- oder selbstbeurteilt wurden. Um Veränderungen im Bereich der Bindungsrepräsentationen oder Bindungsstile abzubilden, bedarf es wahrscheinlich einer längerdauernden Psychotherapie (siehe Fonagy et al., 1995). Allerdings darf nicht übersehen werden, daß die Arbeitsgruppe um Fonagy mit dem AAI operierte, welches auf einer sprachanalytischen Auswertung basiert. Dies bedeutet, daß maßgeblich die Qualitäten des Diskurses und die Kooperation mit dem Interviewer beurteilt wurden (Maximen nach Grice, 1975; quality: be truthful, and have evidence for what you say; quantity: be succinct, and yet complete; relation: be relevant to the topic at hand; manner: be clear and orderly). Kritisch betrachtet handelt es sich hier folglich um Bereiche, deren Verbesserung ein wichtiges Ziel psychoanalytischer Interventionen darstellt, wodurch man sich über Veränderungen nicht zu wundern braucht. Weiter steht es aus zu prüfen, ob eine klinische Bindungsmuster-Beurteilungsmethode wie das BPR-A oder das AAPR oder ein Bindungsfragebogen Veränderungen bei *längerfristigen* Psychotherapien abzubilden vermag. Die Frage, ob sich wie vermutet die Kohärenzkriterien des BPR-A stärker verändern als die Einstellungs- und Verhaltenskriterien prüft Wehringer (in Vorb.).

Zuletzt bleibt darauf hinzuweisen, daß die Ergebnisse nur auf folgende Patientenpopulation generalisiert werden dürfen: Vorwiegend hochgebildete, während der

stationären Behandlung nicht zu stark labilisierte, junge, ledige Frauen mit Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, v. a. eine Borderline und/oder selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

Schlußfolgerungen

In künftigen klinischen Studien zur Bindungstheorie sollten in jedem Fall möglichst kontinuierliche Bindungsskalen bzw. Prototypen verwendet werden. Bindungskategorisierungen haben einen drastischen Informationsverlust zur Folge. Ferner ist die noch völlig unklare Validität *gemischter* Bindungsmuster, die nur durch Kategorisierungen entsteht, zu kritisieren. In der vorliegenden Arbeit wurde dies bei den unbefriedigenden Ergebnissen zum an sich logisch gut durchdachten Entscheidungsbaum des BPR-A deutlich.

Auch die Psychodiagnostik sollte trotz des erhöhten Erhebungsaufwandes möglichst nicht ausschließlich auf dichotomen Variablen (Diagnose trifft zu oder nicht), sondern auf dem Ausprägungsgrad der jeweiligen Diagnose beruhen (siehe SKID-II Vorgehensweise, Fydrich et al., 1997).

Als allgemeine Bindungsmusterfragebogen empfiehlt es sich, die Instrumente von Brennan et al. (1998) oder Grau (1999) mit den identischen Mega-Bindungsdimensionen *Angst* und *Vermeidung* heranzuziehen und keine neuen Skalen zu entwickeln, da das Feld an einer Überschwemmung durch verschiedenste Instrumente, die untereinander nur mäßig korrelieren (Crowell et al., 1999, S. 458), krankt. Ob die therapeutische Beziehung oder die Erwartungen an den Therapeuten mit bindungstheoretisch konzeptualisierten *Fragebogen* Erkenntnisgewinne bringt, scheint nach den vorliegenden Befunden eher fraglich zu sein. Weder der GSB noch der (erhobene aber aus Platzgründen nicht beschriebene) Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (Höger, 1999) konnte die klinischen Gruppen voneinander trennen, obwohl diese Gruppen erstens sauber diagnostiziert wurden und zweitens theoretisch relativ distinkte Gruppen darstellen (zumindest BPS und SPS). Andere Validitätsstudien erbrachten auch keinerlei Zusammenhänge dieser Maße mit dem AAI (Walther-Schnell, in Vorb.). Wenn man sich überhaupt die Mühe machen will, scheint es angeraten zu sein, ein Fremdbeurteilungsinstrument der Patient-Therapeuten-Bindung zu entwickeln, welches erstens dazu in der Lage ist, die Entwicklung von bindungstheoretisch interessanten Interaktionen abzubilden und zweitens (im Gegensatz zum GSB und BFKE) die zu erfassenden Konstrukte sauber trennt (z. B. Erwartung des Patienten an die Therapie in

Abhängigkeit von therapeutischer Vorerfahrung, Wahrnehmung des Therapeuten aus Sicht des Patienten und aus Sicht unabhängiger Urteiler).

Die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Psychodiagnosen und Bindungsmustern scheint auch aufgrund der vorliegenden Befunde nicht mehr besonders fruchtbar zu sein. Gerade die unvermeidliche Komorbidität der Diagnosen verwischt eventuelle Korrelationen und erschwert die Interpretation der Befunde. Betrachtet man kritisch die Ergebnisse zur Diagnosespezifität von Bindungsmustern, die in der vorliegenden Arbeit gefunden wurden, so liegen nur für die SPS Zusammenhänge mit dem ängstlich-vermeidenden Muster vor. Da jedoch Merkmale dieses Bindungsmusters bereits mehr oder weniger deutlich in die Diagnoseoperationalisierung (nach DSM-IV oder ICD-10) eingehen ist ein Erkenntnisgewinn durch die Betrachtung des vorliegenden Bindungsmusters eher unklar.

Aufgrund des Aufwands der Erfassung der fremdbeurteilten Bindungsmuster muß auch das hier verwendete Instrument BPR-A (analog das AAPR oder EBPR, Strauss et al., 1999) wie das noch aufwendigere AAI als undurchführbar in der Alltagssituation gelten, es bleibt auf den Forschungskontext beschränkt. Ein anderes Problem besteht in den praktischen Implikationen für den Psychotherapeuten. Selbst wenn er das Bindungsmuster reliabel erfassen könnte, bleibt im Moment noch offen, welche hilfreichen Handlungsstrategien daraus abzuleiten wären. Die bisherigen Vorschläge dazu sind entweder zwischen Autoren widersprüchlich oder so stark in der Interventionstheorie einer Therapieschule verhaftet (wie z. B. bei Bowlby, 1988b; Slade, 1999), daß sie keinen wirklichen Erkenntniszuwachs darstellen. Trotzdem wäre es im Bereich der „psychotherapeutischen Grundlagenforschung“ spannend, mit mittels valider Instrumente (v. a. AAI) sauber eingeordneten Patienten eine manualisierte Interventionsstudie durchzuführen, in der Therapeuten *unflexibel* einen bestimmten Interaktionsstil beibehalten sollten (z. B. therapeutische „Abstinenz“ oder „Wärme“ oder „Kontakt“). Ethisch wäre dies unbedenklich, da man sich einfach nur an vorhandene Therapiemanuale halten müßte (z. B. zur kognitiven Verhaltenstherapie; zur Transference-Focused-Psychotherapy, Diamond et al., 1999) Die bisherigen Prädiktionsstudien lieferten vielleicht auch deshalb so widersprüchliche Befunde (Dozier, 1990 vs. Fonagy et al., 1995), da sich die Therapeuten dort an die für jedes Bindungsmuster spezifischen Interaktionsbereitschaften der Patienten anpassen durften („Passung“).

Die in der vorliegenden Arbeit herangezogenen Bindungsinstrumente zeigten trotz der Intervention einer intensiven stationären psychodynamisch-humanistischen Psychotherapie in einem siebenwöchigen Zeitfenster kaum Veränderungen. Zu vermuten, aber zu prüfen

wäre, ob dieser Befund auch für die AAI-Bindungsrepräsentationen gilt (im Vergleich zum einjährigen Zeitfenster bei Fonagy et al., 1995). Ferner sollten in künftigen Studien unbedingt Verhaltensindikatoren für Bindungsmuster erfaßt werden (z. B. Interaktionen mit dem Partner im Paargespräch, Fremdurteile von engen Freunden über die Entwicklung des Patienten nach der Behandlung).

5. Zusammenfassung

Es wurden die Hypothesen geprüft, ob Borderline Patientinnen stärker *verstrickte/ambivalente* Bindungsmuster aufweisen und selbstunsichere Patientinnen *vermeidende* Muster. Zweitens wurde die Stabilität bzw. Veränderung von Bindungsstilen und -repräsentationen während eines siebenwöchigen Zeitraums in stationärer Psychotherapie für diese Patientinnen untersucht und verglichen, ob sich psychische Symptome im selben Zeitraum stärker verändern.

Die Stichprobe bestand aus 55 Frauen in stationärer psychosomatischer Rehabilitation, die mittels reliabler Diagnosen auf der Basis strukturierter Interviews eine Borderline (BPS-Gruppe) oder eine selbstunsichere (SPS-Gruppe) oder eine Persönlichkeitsstörung mit beiden Störungen oder gemischten Zügen (NNB-Gruppe) aufwiesen.

Unabhängig von der Psychodiagnostik wurde neben mehreren allgemeine Bindungsfragebogen und einem Fragebogen zur Beurteilung der Patient-Therapeuten-Bindung ein klinisches Bindungs-Prototypen-Rating auf der Grundlage von Beziehungsinterviews (Eltern- und Partnerbindungsinterview) verwendet (BPR-A), welches eine Weiterentwicklung des Adult Attachment Prototype Ratings (AAPR) darstellt. Die hinsichtlich der Interraterreliabilität sorgfältig geprüfte Fremdbeurteilung der Bindungsmuster wurde von mehreren gegenüber dem Design blinden und unabhängigen Ratergruppen zu zwei Meßzeitpunkten (Therapiebeginn, nach sieben Wochen) durchgeführt.

Über alle Fragestellungen hinweg ergab sich, daß die dimensionale, skalenbezogene Auswertung der Psychodiagnostik und Bindungsmuster deutlichere Befunde verglichen mit kategorialer Auswertungsmethodik erbrachte. Während im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen die BPS-Gruppe über alle Instrumente in deutlich geringerem Ausmaß als erwartet *verstrickte* Bindungsmuster aufwies, zeigte sich die SPS-Gruppe im Vergleich erwartungskonform auf den meisten Skalen *vermeidend*. SPS-Patientinnen schilderten sich selbst deutlich *unsicherer*, wurden jedoch aus der Fremdperspektive *sicherer* eingeschätzt, während es sich bei den BPS-Patientinnen tendenziell genau umgekehrt verhielt. Auf fast allen Bindungsskalen ergaben sich keinerlei Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Meßzeitpunkten, die Effektstärken streuten um Null. Die Bindungskategorien waren stets deutlich instabiler ($\kappa = .12 - .43$) als die Skalen, welche Korrelationen um $r = .53 - .79$ (Fragebogen) bzw. $r = .72$ (Profilkorrelation des BPR-A) aufwiesen. Die psychischen

Symptome veränderten sich während demselben Zeitraum durchschnittlich etwas mehr ($d = .2$) als die Bindungsskalen.

Anhang

Bei den weit verbreiteten Instrumenten SCL-90-R (Franke, 1995), BSS (Schepank, 1995), OPD (1996), SKID-II (Fydrich et al., 1997), Mini-DIPS (Margraf, 1994), PSY-BaDo (Heuft & Senf, 1998) wird auf die entsprechenden Manuale verwiesen.

Übersicht:

- Adult Attachment Interview (AAI),
- Bindungsinterview für Partner- und Freundesbeziehungen (BPF),
- Allgemeiner Bindungsstilfragebogen (Grau, 1994),
- Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen (GSB),
- Relationship Questionnaire (RQ-1),
- Bindungs-Prototypen-Rating (BPR-A).

Adult Attachment Interview (AAI) - Kurzform

1. Versuchen Sie sich an Ihre Kindheit (ca. bis 18 Jahre) zu erinnern, soweit Sie können: Wo sind Sie aufgewachsen, hatten Sie Geschwister und was haben Ihre Eltern gemacht?
2. Versuchen Sie, die Beziehung zu Ihren Eltern zu beschreiben. Wie war die, als Sie noch ein kleines Kind waren?
3. Nun möchte ich Sie bitten, fünf Begriffe zu wählen, die Ihre Beziehung (!) zu Ihrer Mutter widerspiegeln.
4. Fällt Ihnen zum Begriff (1 - 5) ein konkretes Beispiel aus Ihrer Kinderzeit ein, welches die Beziehung zu Ihrer Mutter beschreibt.
5. Nun möchte ich Sie bitten, fünf Begriffe zu wählen, die Ihre Beziehung (!) zu Ihrem Vater widerspiegeln.
6. Fällt Ihnen zum Begriff (1 - 5) ein konkretes Beispiel aus Ihrer Kinderzeit ein, welches die Beziehung zu Ihrem Vater beschreibt.
7. Haben Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher gefühlt?- Woran lag das?
8. Wenn Sie als Kind Kummer hatten, traurig waren, was haben Sie gemacht?
9. Können Sie sich erinnern, wann Sie das erste Mal von Ihren Eltern getrennt waren?
10. Haben Sie sich als Kind manchmal zurückgewiesen gefühlt?
11. Haben Ihnen ihre Eltern manchmal gedroht? Wie wurden Sie bestraft?
12. Haben Sie irgendwelche körperlichen oder sexuellen Mißhandlungs- bzw. Mißbrauchserfahrungen?
13. Meinen Sie, daß die Erfahrungen, die Sie mit Ihren Eltern gemacht haben, Ihre Persönlichkeit beeinflusst haben?
14. Warum haben sich, Ihrer Meinung nach, Ihre Eltern so verhalten, wie sie es getan haben?
15. Gab es in Ihrer Kindheit andere wichtige Erwachsene zu denen Sie eine elterngleiche Beziehung hatten?
16. Haben Sie in Ihrer Kindheit einen für Sie wichtigen Menschen verloren?
17. Ist die Beziehung zu Vater und Mutter über die Jahre gleich geblieben, oder hat sie sich verändert?
18. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem Vater und Ihrer Mutter jetzt?

Bindungsinterview für Partner- und Freundesbeziehungen (BPF)

19. Leben Sie im Moment in einer Partnerschaft? (falls nein:) Haben Sie jemals in einer festen intimen Partnerschaft gelebt? falls hier bejaht wird: Wann hatten Sie die letzte bedeutsame Liebesbeziehung?
20. Wie würden Sie sich selbst beschreiben?
21. Was ist Ihren Partnern gemeinsam? Was für ein Mensch ist/war Ihr Partner? Wie würden Sie ihn beschreiben?
22. Wie beginnen bei Ihnen im allgemeinen Partnerschaften (bzw. Freundschaften)?
23. Welche Rolle nehmen Sie in Beziehungen im allgemeinen und in der jetzigen ein?
24. Welche Rolle(n) nehmen Ihre Partner (bzw. Freunde) in Beziehungen im allgemeinen ein?
25. Gibt es typische Streitpunkte oder Konflikte in Ihren allgemeinen und in Ihrer jetzigen Beziehung?
26. Wenn Sie sich jetzt als Erwachsene unglücklich oder beunruhigt gefühlt haben, was haben Sie dann unternommen (bzgl. Freundinnen und Partner)?
27. Können Sie Trauer und Niedergeschlagenheit vor guten engen Freunden/Innen oder vor Ihrem Partner zeigen und ausdrücken?
28. Besprechen Sie sehr persönliche, intime Angelegenheiten mit Freunden/Innen oder Ihrem Partner?
29. Gibt es Gesprächsthemen, die Sie selbst in nahen Beziehungen bewußt vermeiden?
30. Wer kümmert sich mehr um die Aufrechterhaltung enger Beziehungen (Freunde, Partner): Sie, der andere, beide gleich?
31. Wie schwer oder leicht fällt es Ihnen in der Regel, Beziehungen aufrechtzuerhalten, diese zu pflegen?
32. Welche Befürchtungen und Ängste haben Sie im allgemeinen in engen Beziehungen oder in Ihrer Partnerschaft?
33. Wie wichtig ist Ihnen Sexualität in intimen Beziehungen?
34. Welche Befürchtungen haben Sie im sexuellen Bereich?
35. Wie reagieren Sie im allgemeinen und in Ihrer Partnerschaft auf Zurückweisungen in Beziehungen?
36. Wie reagieren Sie auf Trennungen innerhalb Ihrer heutigen Partnerschaft bzw. wie gehen Sie damit um?
37. Wie enden bei Ihnen enge Freundschaftsbeziehungen oder Partnerschaften in der Regel?
38. Wer hat in der Regel die engen Freundschaftsbeziehungen oder Partnerschaften beendet?

(Ende des BPF)

Allgemeiner Beziehungsfragebogen

(Ina Grau, 1994, Universität Marburg; Bearbeitung: Robert Mestel) - Männliche Version

Datum **Vor- und Nachname** **Code**

Dieser Fragebogen befaßt sich mit Liebesbeziehungen und anderen Beziehungen (zu Freunden, Bekannten, Familie). Es gibt in diesem Fragebogen keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Es geht ausschließlich um Ihre persönliche Einschätzung. Beachten Sie bitte, daß Ihre Daten absolut anonym sind und vertraulich behandelt werden. Es ist sehr wichtig, daß Sie keine Antwort auslassen. Beantworten Sie den Fragebogen bitte allein und in einem Stück.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Partnerschaftliche Situation (Mehrfachantworten möglich!):

- Ich lebe als **Single**.
- Ich lebe **unverheiratet** mit dem Menschen, den ich liebe.
- Ich bin das **erste Mal verheiratet**.
- Ich bin zum **zweiten oder wiederholten Mal verheiratet**.
- Ich lebe **getrennt** von meiner Partnerin.
- Ich lebe getrennt von meiner **geschiedenen** Partnerin.
- Ich bin **verwitwet**.

Heutiges Alter: _____ Jahre

Höchster Schulabschluß:

- Sonderschule
- Hauptschule
- Mittlere Reife/Realschule
- Abitur, Fachabitur
- begonnenes oder abgebrochenes Universitäts-/Fachhochschulstudium
- abgeschlossenes Universitäts-/Fachhochschulstudium.

Arbeitstätigkeit (Eine Antwort)

- Hausmann, Schüler, Student, Rentner, Lehrling, Auszubildender**
- ich arbeite **ganztags**
- ich bin **teilzeitbeschäftigt** (unter 100%)
- ich bin **krankgeschrieben, arbeitslos** oder **nicht berufstätig**.

Allgemeiner Bindungsfragebogen

(I.Grau, 1994, Universität Marburg; Bearbeitung: R.Mestel) - männliche Version

Instruktion

Auf den folgenden Seiten geht es um Ihre **Beziehungen zu Menschen allgemein**. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Menschen, die Sie kennen und mit denen Sie Kontakt haben. Das können **Freunde, Bekannte** oder **Verwandte** sein, **auch Leute, die Sie erst seit kurzem kennen**.

Für die Antwort haben Sie eine 9-stufige Skala zur Verfügung. Schätzen Sie ein, wie genau die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. Ist eine Aussage überhaupt nicht zutreffend, kreuzen Sie die 1 an, ist sie voll zutreffend, kreuzen Sie die 9 an. Die übrigen Zahlen geben Ihnen die Möglichkeit, Ihre Einschätzung abzustufen.

		Stimmt nicht	stimmt
jeweils: Skala	von 1 - 9:	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bildung der Skalen durch die Mittelwerte der folgenden Items:

Nr. 1-23 *sicher*, 24-44 *anklammernd*, 45-65 *ängstlich-vermeidend*, 66-89 *gleichgültig-vermeidend* (jeweils positiv gepolt); *Mega-Angst*: 24, 25, 26, 28, 35, 36, 39, 41, 57, 64; *Mega-Vermeidung*: 20- (umgepolt), 21- (umgepolt), 48, 67, 71, 72, 77, 83, 86, 87.

1. Ich finde es relativ leicht, anderen näher zu kommen.
2. Ich mache mir kaum Sorgen darüber, von anderen im Stich gelassen zu werden.
3. Ich akzeptiere meine Bekannten trotz ihrer Fehler und Schwächen.
4. Ich fühle mich im Kontakt zu anderen Menschen ziemlich sicher.
5. Ich habe Vertrauen zu anderen Menschen.
6. Wenn es in meinen Freundschaften Probleme gibt, fällt mir immer eine konstruktive Lösung ein.
7. Ich kann meine Gefühle anderen Menschen gegenüber ausdrücken.
8. Ich kann die guten und schlechten Eigenschaften meiner Bekannten realistisch einschätzen.
9. Es kommt selten vor, daß ich mich in meinen Mitmenschen täusche.
10. Ich nehme auf meine Mitmenschen Rücksicht.
11. Ich merke, wenn es einem Bekannten nicht gut geht.
12. Ich habe enge Freundschaften.
13. Gute Freundschaften sind mir sehr wichtig.
14. In meinen Freundschaften und Bekantschaften sind Geben und Nehmen gerecht verteilt.
15. Wenn ich Unterstützung brauche, gehe ich zu anderen Menschen.
16. Mir macht es nichts aus zu weinen, wenn jemand dabei ist.
17. Es gibt Menschen, mit denen ich über alles reden kann.
18. Wenn ich eine Wut auf jemanden habe, kann ich demjenigen gegenüber das auch ausdrücken.
19. Ich bin liebevoll zu meinen Mitmenschen.

20. Ich finde es schön, mich an Menschen zu binden.
21. Ich möchte manchen Menschen gefühlsmäßig so nahe wie möglich sein.
22. Ich bespreche gerne neue Ideen mit anderen.
23. Nach einer Trennung freue ich mich sehr auf das Wiedersehen mit Menschen, die mir vertraut sind.
24. Andere zögern oft, mir so nahe zu kommen, wie ich es gerne hätte.
25. Ich mache mir oft Sorgen, daß andere Menschen mich nicht genug mögen.
26. Ich habe Angst, daß Leute die Beziehung zu mir abbrechen.
27. Ich will oft mit anderen vollkommen verschmelzen, und dieser Wunsch verscheucht sie manchmal.
28. Ich frage mich manchmal, ob andere mich genauso intensiv lieben, wie ich sie liebe.
29. Es kommt vor, daß ich jemanden gleichzeitig liebe und hasse.
30. Ich empfinde meine Freunde oft als unzuverlässig.
31. Ich fühle mich oft von anderen ausgenutzt.
32. Andere unterstützen mich nicht genug.
33. Ich habe eine Menge Probleme in meinen Beziehungen zu anderen Menschen.
34. Wenn ich mich verletzt fühle, kommt es vor, daß ich jemandem eine heftige unbeherrschte Szene mache.
35. Andere sind oft wichtiger für mich als ich für sie.
36. Ich versuche andere dazu zu bewegen, daß sie mehr mit mir zusammen sind.
37. Mir haben schon Leute gesagt, daß ich besitzergreifend sei.
38. Ich mache mir Sorgen darüber, nie so enge Freunde zu finden, wie ich sie mir wünsche.
39. Ich bin besorgt, für meine Freunde nicht genügend wichtig zu sein.
40. Andere sind oft nicht bereit, das zu geben, was ich brauche.
41. Mein großes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit wird von anderen nicht erfüllt.
42. Ich bin sensibler als die meisten Menschen.
43. Ich habe oft das Gefühl, daß andere mir Dinge verschweigen.
44. Ich kann andere oft nicht erreichen, wenn ich sie brauche.
45. Obwohl ich enge Beziehungen anstrebe, finde ich es schwierig, anderen voll zu vertrauen.
46. Ich denke oft, daß ich mich verwundbar mache, wenn ich andere zu nah an mich heranlasse.
47. Ich habe Schwierigkeiten damit, von einer geliebten Person abhängig zu sein.
48. Ich habe leicht das Gefühl, daß andere mich vereinnahmen wollen.
49. Wenn ich anderen etwas persönliches über mich erzähle, habe ich manchmal Angst, daß sie es weitererzählen.

50. Es kommt vor, daß ich anderen nicht sage, daß ich sie mag, um mich nicht lächerlich zu machen.
51. Wenn ich merke, daß ich jemandem gleichgültig bin, ziehe ich mich sofort zurück.
52. In Gesellschaft bin ich oft nervös.
53. Ich passe auf, daß ich nicht von anderen enttäuscht werde.
54. Es kommt vor, daß ich eine längst fällige Aussprache vor mir herschiebe.
55. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich, damit allein fertig zu werden.
56. In Beziehungen vermeide ich es, eine aktive Rolle zu spielen.
57. Ich mache mir Sorgen darüber, daß anderen an meiner Freundschaft nichts liegt.
58. Ich habe manchmal Angst, daß andere mich für dumm oder langweilig halten.
59. Manchmal bin ich ärgerlich auf jemanden, ohne zu wissen warum.
60. Ich bin mir bei manchen Leuten nicht sicher, was ich für sie empfinde.
61. Es ist riskant, sich anderen gegenüber zu öffnen.
62. Andere nehmen oft das, was mir wichtig ist, nicht ernst.
63. Ich fühle mich häufig von anderen unverstanden.
64. Es frustriert mich manchmal, daß mir niemand die Liebe gibt, die ich brauche.
65. Ich brauche viel Zeit, um freundschaftliche Beziehungen aufzubauen.
66. Ich fühle mich etwas unwohl, wenn ich anderen zu nahe komme.
67. Andere wollen oft, daß ich vertraulicher bin, als es mir angenehm ist.
68. Ich fühle mich auch wohl, wenn ich keine engen emotionalen Beziehungen habe.
69. Meine persönlichen Grenzen darf niemand übertreten.
70. Mein Glück ist nicht von anderen Menschen abhängig.
71. Ich fühle mich durch intensive Beziehungen schnell eingeengt.
72. Meine intimsten Gefühle gehen niemanden etwas an.
73. Ich sehe meine Beziehungen eher sachlich.
74. Ich schätze ganz vernünftig ab, was mir ein Kontakt bringt.
75. Wenn es Probleme gibt, ist es besser, die Gefühle beim Diskutieren aus dem Spiel zu lassen.
76. Mir ist es wichtig, selbständig und unabhängig zu sein.
77. Wenn mir andere zu nahe kommen, gehe ich auf Distanz.
78. In meinen Beziehungen brauche ich bestimmte Freiheiten.
79. Es gibt Dinge, die wichtiger sind als Beziehungen zu anderen.
80. Den meisten Leuten stehe ich sehr kritisch gegenüber.

81. Ich brauche keine anderen Menschen, um meine Probleme zu lösen.
82. Mir würde es nie einfallen, in Gegenwart von jemand anderem zu heulen.
83. Meinen Freunden erzähle ich durchaus nicht alles über mich.
84. Starke Gefühle anderen gegenüber sind mir eher unangenehm.
85. Freundschaften machen das Leben angenehmer, sind aber nicht lebensnotwendig.
86. Wenn ich Ärger habe oder krank bin, bin ich lieber allein.
87. Ich bin gewöhnlich lieber allein, als mit anderen zusammen.
88. Wer mit mir befreundet sein will, muß etwas Besonderes zu bieten haben.
89. Ich bin oft recht cool.

GSB - Grönenbacher stationärer Bindungsfragebogen

1.0 - Mestel 1996 - Form m-S

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich momentan in der Beziehung zu Ihrem Therapeuten und Ihren Mitpatienten fühlen. Falls Sie mehrere Therapeuten hatten oder haben, dann beziehen Sie sich auf den Therapeuten, der aus jetziger Sicht am bedeutsamsten für Sie ist oder war.

Bitte lassen Sie keine der 30 Fragen aus (Achtung: Rückseite) und kreuzen Sie immer nur eine der vorgegebenen sechs Antwortmöglichkeiten an. Denken Sie auch nicht zu lange nach, sondern versuchen Sie, möglichst spontan zu antworten.

Antwortkategorien:

trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft ziemlich zu	trifft völlig zu
1	2	3	4	5	6

1. Ich weiß, daß ich meinem Therapeuten alles erzählen kann, und er würde mich **nicht** zurückweisen.
2. Wenn ich mit Mitpatienten über meine Probleme spreche, komme ich mir beschämt oder dumm vor.
3. Mein Therapeut gibt mir nicht genug Aufmerksamkeit.
4. Ich sehne mich danach, mit meinem Therapeuten "Eins" zu sein.
5. Ich befürchte, daß mein Therapeut mir gegenüber wahrscheinlich **nicht** ehrlich ist.
6. Ich bin mir **nicht** sicher, ob meine Mitpatienten wirklich an mir interessiert sind
7. Ich ärgere mich darüber, mit Problemen alleine umzugehen, wenn mein Therapeut mir dabei mehr behilflich sein könnte.
8. Ich möchte mehr über meinen Therapeuten als Person wissen.
9. Ich fühle mich bei meinem Therapeuten sicher.
10. Es fällt mir schwer, meinen Mitpatienten zu vertrauen
11. Mein Therapeut ist zu sehr mit anderen Patienten beschäftigt oder in Gedanken verloren, um mich zu beachten.
12. Ich wünschte, ich könnte auch etwas für meinen Therapeuten tun.
13. Mein Therapeut behandelt mich eher wie ein Kind als wie einen Erwachsenen.

14. Ich habe Angst, daß meine Mitpatienten mich **nicht** so schätzen, wie ich sie schätze.
15. Ich bekomme von meinem Therapeuten in der Therapiegruppe **nie** genügend Zeit.
16. Ich wünschte, mein Therapeut wäre **nicht** mein Therapeut, so daß wir Freunde sein könnten.
17. Ich weiß, daß mein Therapeut die Dinge versteht, die mich beunruhigen.
18. Ich befürchte, daß die Mitpatienten mir gegenüber wahrscheinlich **nicht** ehrlich ist.
19. Mein Therapeut stellt mich und meine Schwierigkeiten hinten an.
20. Mein Therapeut ist ein absolutes Vorbild für mich.
21. Es fällt mir schwer, meinem Therapeuten zu trauen.
22. Von den Mitpatienten bekomme ich **nicht** genug Aufmerksamkeit.
23. Ich bin sicher, daß mein Therapeut da ist, wenn ich ihn wirklich brauche.
24. Es macht mich traurig, wenn ich mir vorstelle, meinen Therapeuten nach der Therapie **nicht** wiederzusehen.
25. Ich bin mir **nicht** sicher, ob mein Therapeut wirklich an mir interessiert ist.
26. Die Beziehung zu meinem Therapeuten ist entspannt.
27. Mein Therapeut flößt mir Angst ein.
28. Ich fühle mich zerrissen zwischen positiven und negativen Gefühlen gegenüber meinem Therapeuten.
29. Ich fühle mich von meinem Therapeuten zensiert und abgewertet.
30. Ich fühle mich von meinem Therapeuten geschätzt.

Merkblatt zur Zuordnung der Items zu den Skalen für den Grönbacher stationären Bindungsfragebogen (GSB)

Skala	Items (positive Polung; bei negativer Polung: „-“)
1. Sicher (13 Items)	1, 5-, 9, 13-, 17, 21-, 23, 25-, 26, 27-, 28-, 29-, 30
2. Furcht vor Mitpatienten (6 Items)	2, 6, 10, 14, 18, 22
3. Mangel an Beachtung durch den Therapeuten (5 Items)	3, 7, 11, 15, 19
4. Verschmelzungswünsche (6 Items)	4, 8, 12, 16, 20, 24

Pro Skala werden die korrekt im Sinne der Skala gepolten (zu beachten bei Skala „sicher“) Summenwerte der Einzelitems berechnet (jeweils 1 - 6) und durch die Anzahl der gültigen Items pro Skala geteilt. Bei mehr als zwei fehlenden Werten sollte Skala 1 nicht mehr ausgewertet werden. Bei den übrigen Skalen erübrigt sich die Auswertung bei 2 oder mehr fehlenden Werten.

Diskriminanzfunktionen zur Zuordnung der Skalenfigurationen zu Bindungsclustern im GSB: Die Person ist dem Cluster zuzuordnen, dessen Gleichung den höchsten Wert erzielt (aus Mestel, 1998):

1. Sicher gebunden	$-52.31 + \text{Sicher} \cdot 13.91 + \text{Furcht} \cdot 6.77 + \text{Mangel} \cdot 7.85 + \text{Verschmelz} \cdot 1.18$
2. Vermeidend-sicher	$-66.87 + \text{Sicher} \cdot 13.70 + \text{Furcht} \cdot 11.77 + \text{Mangel} \cdot 8.31 + \text{Verschmelz} \cdot 1.19$
3. Gemischt unsicher	$-78.29 + \text{Sicher} \cdot 10.73 + \text{Furcht} \cdot 14.88 + \text{Mangel} \cdot 11.52 + \text{Verschmelz} \cdot 2.55$
4. Verschmelzungswunsch	$-63.26 + \text{Sicher} \cdot 12.06 + \text{Furcht} \cdot 9.81 + \text{Mangel} \cdot 10.65 + \text{Verschmelz} \cdot 3.05$
5. Mangel an Beachtung	$-59.63 + \text{Sicher} \cdot 11.70 + \text{Furcht} \cdot 9.22 + \text{Mangel} \cdot 12.35 + \text{Verschmelz} \cdot 0.52$

Beziehungsfragebogen (RQ-1) Bartholomew, K. 1995

Es folgen Beschreibungen von vier allgemeinen Beziehungsstilen die häufig berichtet werden.

Bitte lesen Sie jede Beschreibung durch und kreuzen Sie den *einen* Buchstaben an, der zu dem Stil paßt, der Sie am besten beschreibt (nicht notwendigerweise perfekt passend).

Welcher Stil kommt der Art am nächsten, wie Sie im allgemeinen in Ihren engen Beziehungen sind?

A.

Mir fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu kommen. Ich fühle mich wohl dabei, wenn ich mich auf die anderen verlassen kann, und wenn die anderen sich auf mich verlassen. Ich mache mir keine Sorgen über das allein sein, oder darüber, daß andere mich nicht akzeptieren könnten.

B.

Ich fühle mich wohl ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen. Es ist sehr wichtig für mich, mich unabhängig und selbständig zu fühlen, und ich bevorzuge es, nicht von anderen abhängig zu sein, oder daß andere von mir abhängig sind.

C.

Ich möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein, aber ich bemerke oft, daß sich andere gegen soviel Nähe sträuben, wie ich sie mir wünschen würde. Ohne enge Beziehungen fühle ich mich unwohl, aber manchmal beunruhigt es mich, daß mich andere nicht so sehr schätzen, wie ich sie.

D.

Ich fühle mich unwohl dabei, anderen nahe zu kommen. Ich möchte gefühlsmäßig nahe Beziehungen, aber ich finde es schwierig, anderen vollständig zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein. Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich es mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.

Nur dann, falls Ihnen die Entscheidung für *einen* Stil schwer gefallen ist:

Zwischen welchen beiden Stilen trat dies auf?

Es fiel mir schwer, mich zwischen Stil _____ und Stil _____ zu entscheiden.

Bindungs-Prototypen-Rating Manual

(BPR; Version 1.4., 25. 1. 98) Dipl.-Psych. Robert Mestel²⁸

Die Auswertung des BPR wird in der Folge genau erläutert. Es ist zu beachten, daß außer für Übungszwecke (Reliabilitätstraining) in der Regel keine Transkripte der Bindungsinterviews (i. G. AAI) vorliegen, so daß der Beurteiler allein auf die audio- oder videographierten Informationen angewiesen ist.

1. Ansehen des Videos:

Es ist an wichtigen Stellen (Verlust, körperliches oder sexuelles Trauma) gegebenenfalls der Video anzuhalten, um sich Notizen zu den TV-Skalen (A-Verlust und B-Trauma) machen zu können.

Während dem Ansehen unbedingt Notizen machen über a) bindungsrelevante Interaktionen und vor allem b) die „Kohärenz“ (damit ist in der Folge unter anderem folgendes gemeint: Konkretheit, Klarheit, Glaubwürdigkeit, Stimmigkeit, Verständlichkeit der Äußerungen; Übergriffe durch die Interviewte; Bleibt sie beim Faden?; Wie geht sie auf die Fragen ein?; Stimmen allgemeine Schilderungen mit den konkreten Beispielen überein =Idealisierung?). Als sehr hilfreich hat es sich erwiesen, prägnante Aussagen der Interviewten zu Bindungen wörtlich mitzuschreiben, um sie als Anker bei der späteren Beurteilung verwenden zu können.

Wichtig: Gerade die Kohärenz muß in den Notizen festgehalten werden, da eben kein Transkript des Textes vorliegt, sondern nur ein Video. Deshalb liegt diesem Manual ein nach diesen Kriterien strukturiertes Blatt bei, welches von Benutzern der Methode herangezogen werden kann. In diesem Blatt kann auch auf die einzelnen konkreten Interviewfragen Bezug genommen werden, um bei der späteren Begründung für die Entscheidung eines Kriteriums zu wissen, an welcher Stelle (Frage) die zentrale Aussage stand.

2. Ankreuzen der Kriterien²⁹:

2.1 Einführung

Vor dem Ansehen des ersten Videos sind vom Beurteiler alle Kategorien genau durchzuarbeiten, ob sie auch wirklich verstanden wurden. Unklarheiten sind vor Beginn der Beurteilungen beim Ratertraining oder mit dem Autor zu klären. Zu beginnen ist bei Prototyp A, gefolgt von B..G. Bei A deshalb, weil die Ausprägung des sicheren Bindungsstils sehr bedeutsam für das BPR ist. Nach dem Ankreuzen von A hat man in der Regel schon ein Gefühl dafür, ob jemand eher bindungssicher oder unsicher ist.

Alle Kriterien müssen angekreuzt werden!

Die Kriterien bestehen hauptsächlich aus drei Bereichen:

a)	Kohärenz Kriterien (fett unterlegt , da sie für die Beurteilung des klinischen Tests beim Rating und auch für das Ranking am bedeutsamsten sind)
b)	Verhaltensbezogene Kriterien („Bindungsverhalten“)
c)	Erlebensbezogene Kriterien (Denkweisen über Bindungen, Gefühle etc.)

Beurteilt wird in erster Linie der **aktuelle** Bindungsstil (bzw. die Bindungsrepräsentation) als Erwachsene, d. h. ≥18 Jahre (der gesamte Zeitraum seit dem 18. Lebensjahr, egal wie alt die Person nun ist) **oder** in den Fällen, wo sich eine starke Änderung des Bindungsstils innerhalb des Erwachsenenalters andeutet, etwa die letzten fünf Jahre (ist vom Einzelfall abhängig), wie er sich in den Schilderungen der Patientin widerspiegelt. Dies betrifft in erster Linie die Beschreibungen des Selbst, des Anderen und ihre Beziehung (z.B. Wutanfall beim Verlassenwerden). Die **Beurteilungen der „Kohärenz Bereiche“** (z.B. Grad der Reflexivität im Interview, Quantität und Qualität der Äußerungen) **sind natürlich immer „aktuell“**, da sie

²⁸ stark modifizierte Form des Adult Attachment Prototype Ratings von Pilkonis, P., 1988; bzw. der deutschen Übersetzung und Bearbeitung durch Strauß, B., Lobo, A. J. & Höger, D., 1995.

²⁹ Als „Kriterien“ gelten hier, wie im ICD oder DSM, die einzelnen Items zur Beurteilung eines Prototypen.

aktuell, im Moment des Interviews, von Fremdbeurteilern beobachtbar sind, und entsprechend beurteilt werden. Untersuchungen, die auf eine genauere Operationalisierung des „aktuellen Bindungsstils“ wert legen, sind angehalten, die Interviewleitfäden entsprechend zuzuschneiden (z. B. Verhalten gegenüber dem Partner in den letzten 6 Monaten).

Zur Reihenfolge der Kriterien:

Die Kriterien wurden vom Autor des vorliegenden Manuals dem Eindruck nach in der ungefähren Abfolge ihrer Wichtigkeit für den betreffenden Prototyp geordnet (das wichtigste Item steht an erster Stelle, das Zweitwichtigste an Zweiter etc.). Nach der Aggregation empirischer Daten ab Mitte 1998 soll diese Reihenfolge jedoch statistisch mittels Trennschärfeanalysen oder Validitätskoeffizienten bestimmt werden.

2.2 Beurteilerregeln:

2.2.1 Umgang mit „und - oder - Komma“ Verknüpfungen der Kriterien:

Innerhalb der Kriterien sind jeweils die Konjunktionen „und“ bzw. „oder“ bzw. „Komma“ genau zu beachten.

- a) Bei einem „**und**“-Kriterium müssen beide (bzw. Alle) Teile des Kriteriums auf die zu beurteilende Beziehungsgestaltung der Person zutreffen, um als „voll“ erfüllt zu gelten. Trifft ein Teil der Aussage zu, der andere (bzw. die anderen) nicht, **dann soll hier unbedingt „etwas“ angekreuzt werden** (und nicht das eigentlich logisch korrekte „nein“).
- b) Liegt ein „**oder**“-Kriterium vor, so muß nur eine der Teilaussagen erfüllt sein, um das ganze Kriterium als voll erfüllt anzusehen. Ist mindestens eine der Teilaussagen zumindest leicht erfüllt, dann kann man die Kategorie „etwas“ angeben.
- c) *Ein Komma zwischen zwei Ausdrücken bedeutet immer „und“* (z. B. „vertraut bei Überzeugungen, Meinungen und Verhaltensweisen sehr stark auf das Urteil anderer Personen“) und wird deshalb so wie ein „und“-Kriterium behandelt (siehe oben).

2.2.2 Fremdeinschätzung

Zu beachten ist bei jedem Kriterium, daß es wie bei der Psychodiagnostik eine Fremdeinschätzung durch den Rater beinhaltet. Die Aussagen der Patienten sind deshalb **nur dann** zu übernehmen, falls sie auch **wirklich glaubwürdig** sind, was sich durch nonverbale Signale ebenso zeigen kann, wie durch wiederholte konkrete Belege oder gegebene Beispiele. Dies impliziert ein höheres Abstraktionsniveau als bei der ursprünglichen Pilkonis-Ratingmethode, bei der die Inhalte der Aussagen der interviewten Person stärker übernommen wurden (siehe Lobo, 1997: Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbstratings). Durch diese kritische Hinterfragung der direkten Aussagen des Interviewten wird die Wahrscheinlichkeit höher, daß sich die Bindungsstil-Fragebogenergebnisse des Interviewten nicht mehr mit den Fremdratings decken.

2.2.3 Prägnantes, nur einmal auftretendes Verhalten/Erleben

Falls ein konkretes Verhalten **nur in einer** Lebenssituation berichtet wird, jedoch dort sehr deutlich, glaubwürdig und prägnant, dann sollte es in die Kriterienbeurteilung **zumindest** als „etwas“ kodiert werden, egal zu welchem Zeitpunkt im Leben es vorlag. Da vor allem der **aktuelle** (siehe Punkt 3) Bindungsstil beurteilt werden soll, sollte diese eine Lebenssituation **nur dann** als voll zutreffend angekreuzt werden, falls sie **im letzten Jahr vor dem Interview** auftrat (Bsp. manipulative Selbstverletzungen, heftige Wutanfälle als Folge von Kränkungen).

2.2.4 Kategorie „nicht beurteilbar“

Die Kategorie „nicht beurteilbar“ sollte nur im äußersten Notfall angekreuzt werden, wenn wirklich keine Infos vorliegen und auch keine intuitive Einschätzung weiterhilft (z.B. beim Item „sozialer Beruf“?).

2.2.5 Umgang mit Änderungen im Bindungsverhalten (früheres und aktuelles Bindungsverhalten):

Viele Personen geben Veränderungen in ihrer Beziehungsgestaltung in Abhängigkeit vom Lebensalter an. Dies wird natürlich nur dann offenkundig, wenn man auch nach der Beziehungsgestaltung in aktuellen Partnerschaften fragt (vs. AAI, wo nur die Eltern-Bindungsrepräsentationen erfragt werden). Um Veränderungen im Bindungsstil überhaupt entdeckbar zu machen, dürfen Bindungsstile nicht ausschließlich über die gesamte Lebensspanne hinweg betrachtet werden, sondern dem aktuellen Stil muß ein stärkeres Gewicht gegeben werden, egal, ob man interpersonelle Muster oder die Kohärenz-Kriterien betrachtet. Trotzdem darf, wie bereits ausgeführt, der frühere Bindungsstil nicht völlig vernachlässigt werden, falls einige Anzeichen dafür sprechen, daß der aktuelle Stil nicht glaubwürdig ist.

Hier wird davon ausgegangen, daß sich die Interviewte mit „früher“ auf die Kindheit (<18 Jahre) und mit „heute bzw. aktuell“ auf das Erwachsenenalter (≥18 Jahre) bezieht. Sollte aus dem Kontext ersichtlich werden, daß sie mit „früher“ einen Zeitraum innerhalb des Erwachsenenalters meint (z. B. vom 20.-35. Lebensjahr) und mit „heute“ die letzten 2 Jahre (z. B. 36-37 Jahre), dann sollen die folgenden Beurteilungsregeln auch für diesen Fall gelten! Es ist nicht der Anspruch des BPR, das **frühere Bindungsverhalten** valide zu erfassen. Hierzu sollten prospektive Längsschnittstudien herangezogen werden.

⊗ Schilderungen früheren Bindungsverhaltens dienen hier vor allem der Überprüfung **der Glaubwürdigkeit und Plausibilität** des aktuellen Bindungsstils.

2.2.5.1 Kein Unterschied im Bindungsverhalten (früher und aktuell)

Sollte sich das von der Patientin geschilderte **frühere Bindungsverhalten** mit den heutigen interpersonellen Indikatoren des Bindungsstils decken („ich war als Kind sehr zurückhaltend und heute bin ich es auch noch“), dann gibt diese Einschätzung noch mehr Sicherheit für die Beurteilung des aktuellen Bindungsstils. Das Urteil über den aktuellen Bindungsstil wird vom früheren Bindungsverhalten nicht beeinflusst.

Unglaubwürdigkeit der Schilderungen des aktuellen oder früheren Bindungsstils geht einerseits direkt in das Rating der Bindungssicherheit (z. B. Kriterium 11) ein, andererseits in alle anderen Kriterien, die Beschreibungen des Selbst, des Anderen oder der Beziehung zwischen Selbst und Anderen umfassen. Dies geschieht durch die Einstufung des Kriteriums.

Z. B. erklärt eine Person dem Interviewer pausenlos, aber ohne den Beurteiler des Interviews überzeugen zu können (die Interviewte wirkt in vieler Hinsicht zerbrechlich und äußerst unsicher), wie kompetent und sicher sie früher war und heute ist (betrifft u. a. Kriterium 11 von Typ B), dann kann der Beurteiler dieses Kriterium durchaus und entgegen den Äußerungen der Interviewten mit „etwas“ ankreuzen.

2.2.5.2 Unterschiede im Bindungsverhalten (früher und aktuell):

a) aktueller Stil=*glaubwürdig*

Weicht die Beschreibung des Bindungsstils als Kind stark und glaubwürdig von den heutigen Beschreibungen der Beziehungsinteraktionen ab, dann gilt im Zweifelsfall der aktuelle Bindungsstil, sofern er glaubwürdig ist. Dabei ist es unerheblich, ob der frühere Bindungsstil glaubwürdig ist oder nicht (Bsp.: „Als Kind war ich extrem trennungsängstlich, aber heute machen mir Trennungen nur noch wenig aus“ (glaubwürdig) ⇒ ins Urteil geht ein, daß die Person aktuell wenig trennungsängstlich ist).

b) aktueller Stil=*unglaubwürdig*

Werden der aktuelle und frühere Bindungsstil sehr unterschiedlich geschildert, ist die aktuelle Beschreibung aber eher unglaubwürdig, die **frühere jedoch glaubwürdig**, so sollte man im Zweifelsfall die Beurteilung für den aktuellen Bindungsstil revidieren. Und zwar so, daß aus einem „nein“ ein „etwas“ und aus einem „ja“ ein „etwas“ wird (ein „etwas“ bleibt ein „etwas“). D.h., daß die glaubwürdige frühere Schilderung stets als Beurteilung „etwas“ eingeht, also das spätere Gesamtrating des aktuellen Bindungsstils leicht beeinflussen kann (im „abschließenden klinischen Test“).

(Bsp.: „Als Kind war ich extrem trennungsängstlich, aber heute machen mir Trennungen nur noch wenig aus“ (unglaubwürdig) ⇒ ins Urteil geht ein, daß die Person aktuell vielleicht etwas trennungsängstlich ist).

2.2.6 Umgang mit Änderungen im Bindungsverhalten durch Psychotherapieerfahrungen

Psychotherapie (vor-)erfahrungen können den Bindungsstil bzw. Die Bindungsrepräsentation merklich beeinflussen (siehe z. B. Fonagy et al., 1996). Die Frage ist nur, wie umfassend und glaubwürdig diese geschilderten bzw. beobachteten Veränderungen sind. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein Beurteiler den Eindruck hat, die zu beurteilende Person **hätte** sich gerne verändert (z.B. nach einer Psychotherapie), sie hat jedoch erst erste kleine Veränderungsschritte unternommen. Oder, daß die betreffende Person zwar **Einsichten** gewonnen hat, jedoch ihr konkretes Verhalten noch nicht geändert hat. Gerade Psychotherapiepatienten machen durch die Übernahme des „Psychotherapiesprachjargons“ am Ende einer Behandlung manchmal fälschlicherweise den Eindruck, sie hätten sich wirklich **grundlegend** in ihrer Beziehungsgestaltung geändert.

Für die Rater der BPR-Methode ergibt sich daraus folgendes:

- Es soll darauf geachtet werden, ob der Interviewte Psychotherapieerfahrungen hat, d.h. diese explizit benennt, und/oder ob er im „Psychotherapiesprachjargon“ spricht, wodurch man die Psychotherapieerfahrungen wahrscheinlich (nicht sicher) erschließen kann.
- Die Einflüsse der früheren Psychotherapien sind kritisch zu prüfen, d. h. der Beurteiler soll sich fragen, inwieweit der Interviewte nun **wirklich** anders denkt und handelt.
- Der Rater soll jedoch auch **nicht zu kritisch** in der Bewertung sein (z. B. „ohne die Therapie könnte die Interviewte überhaupt nicht so reflektieren“), sondern soll den möglichen Veränderungen des Interviewten auf der Erlebens- und Verhaltensebene eine Chance geben. Schließlich zählt vorrangig der aktuelle Bindungsstil. Erste Veränderungsschritte können in den Kriterienbewertungen jeweils unter „etwas“ kodiert werden!

3. Entscheidung für das Rating

3.1 Empfohlene Zuordnungsregel für die Beurteilung der Ratings anhand der zutreffend angekreuzten Kriterien:

Am Ende aller Kriterieneinschätzungen sind die „voll“ und „etwas“ zutreffenden Kriterien pro Typ zu addieren und im Kodierblatt unter „Summe positiver Kriterien“ abzutragen. Am besten mit einem Schrägstrich zwischen beiden Summenscores (z. B. „4 / 3“ bedeutet: Summe der voll erfüllten Kriterien beträgt 4, die der etwas erfüllten Kriterien 3). Aus der Kriteriensumme der „ja“-Ankreuzungen kann nun anhand der folgenden Tabelle eine **Empfehlung für den Ratingwert** entnommen werden.

Summe der Kriterien:	Empfehlung für den Ratingwert:
8-12	5
6-7	4
4-5	3
2-3	2
0-1	1

Wichtig:

- ☒ Diese Zuordnungsregeln müssen unbedingt ergänzt werden durch die Figurationen der Einschätzungen der „etwas“, „nein“ und „nicht beurteilbar“ Kategorien:

3.2 Abschließender klinischer Test

Vor der konkreten Rating Entscheidung, die auf das Kodierblatt zu übertragen ist, ist dann letztlich ein „**abschließender klinischer Test**“ durchzuführen, der alle Bewertungen (Figurationen und Gewichtungen der drei Antwortmöglichkeiten) innerhalb eines Prototypen integrieren soll. Ab Ende 1998 wird statistisch geprüft, ob sich durch die Möglichkeit des abschließenden klinischen Tests (vs. dem ausschließlichen

Vorgehen nach der Zuordnungsregel) die Interraterreliabilität und die konvergente und prognostische Validität der Methode verändert.

a) Gewichtungen

Bsp.: Erreicht jemand nach den formalen „ja“-Ankreuzungen bei den Kriterien im sicheren Prototyp den Ratingwert 1, erscheint er jedoch im einzigen klar erfüllten Kriterium (z.B. 3: Reflexivität) als wirklich sehr reflexiv, dann kann der Beurteiler **im Ausnahmefall** hier z.B. ein höheres Rating (hier: Rating 2 statt 1) geben, als nach der Zuordnungsregel gedacht gewesen wäre. Der Beurteiler gewichtet praktisch eines oder mehrere Kriterien stärker als andere, wobei er die „Bevölkerungsvergleichsstichprobe“ möglichst mitbedenken sollte, um nicht einem „Subgruppenbias“ aufzuliegen (siehe unten). Wichtig ist, daß diese Abweichungen von der Zuordnungsregel nicht zu häufig vorkommen, daß der Unterschied zum Vorschlag durch die Zuordnungsregel nur **höchstens einen** Ratingpunkt betragen darf und **daß der Beurteiler seine Entscheidung gut begründen muß** (d. h., daß er die Begründung schriftlich in seinen Aufzeichnungen festhalten soll)!

b) Figurationen

Weiterhin sollen im abschließenden klinischen Test neben den Gewichtungen auch die Figurationen der Antwortmöglichkeiten mit berücksichtigt werden. So könnte ein einziges „ja“ beim sicheren Prototyp A mit gleichzeitig vorliegenden zehn „etwas“ Beurteilungen (und einem „nein“) eher zu einem Rating von 2 bewegen (eigentlich hätte man nach der Zuordnungsregel eine 1 geben müssen), als wenn ein „ja“ neben keinem „etwas“ und elf „nein´s“ steht!

3.3 Weiteres Vorgehen beim Rating

Nach dem abschließenden klinischen Test werden alle sieben Prototypen im Ratingbogen hinsichtlich der Ausprägungen 1-5 beurteilt. Es können und müssen gleich hohe Ratings existieren (fünf Ratingkategorien und sieben Typen). Ein Rating von 1 bedeutet „es existiert so gut wie keine Ausprägung dieses Prototyps“, 5 bedeutet „der Prototyp ist sehr zutreffend für diese Person“. Die Ratings werden auf den Kodierbogen abgetragen.

Wichtig: Für die Beurteilung der BPR Methode ist die durchdachte Einschätzung der 7x12 Kriterien mit abschließendem klinischen Test ausschlaggebend. Beim Rating sollte gerade für Beurteiler, die mit Subgruppen der Gesamtbevölkerung zu tun haben, die als nicht repräsentativ gelten können (z. B. Psychiatrie, Drogenmilieu, Psychosomatik, Studenten), ein *hypothetischer* Normbezug zu einer **repräsentativen Bevölkerungsstichprobe** hergestellt werden. Von den Meta-Analysen von Van Ijzendoorn's & Bakerman-Kranenburg (1993) ist bekannt, daß in der Bevölkerung (in der auch klinisch auffällige Personen enthalten sein können) ca. 50-60% sicher gebunden sind, 20-30% vermeidend und etwa 10-16% ambivalent/verstrickt. D.h. jemand, der in der BPR-Ratingkategorie „eins“ liegt, würde auch ans untere Ende der Bevölkerungsstichprobe fallen, jemand für den die BPR-Ratingkategorie „fünf“ zutrifft, ans obere Ende. Die hier gemachten Aussagen bedeuten keinesfalls, daß der Beurteiler, egal mit welcher Stichprobe er es zu tun hat, immer die aus der Gesamtbevölkerung bekannten Häufigkeiten von Bindungsklassifikationen replizieren soll, sondern, daß er als Referenz für seine Ratingeinschätzungen eher die Gesamtbevölkerung heranziehen soll, als z.B. reine Patientenpopulationen.

Ähnlich wie beim Beeinträchtigungs-Beschwerde-Score (BSS, Schepank, 1995) ist jedoch darauf hinzuweisen, daß die Kategorien 1 und 5 nicht **zu** extrem gedacht werden sollten (schließlich sind in der Normalbevölkerung ca. 20-25% klinisch auffällig und auch haben ca. 40-50% einen unsicheren Bindungsstil), da es eben nur fünf Kategorien gibt und beim nur extrem seltenen Ausfüllen der Antwortkategorien 1 und 5 nur noch drei Kategorien übrig blieben (Folge: schlechte Differenzierung). Gerade der sichere Prototyp sollte bei klinischen Fällen nicht zu streng beurteilt werden.

Anmerkung: Es ist gerade in klinischen Stichproben nicht selten, daß **gemischte** Bindungsstile vorliegen (ambivalent und vermeidend). Dies sollte entsprechend abgebildet werden.

5. Ranking

Das anschließende Ranking stellt eine Art Ipsatierung dar: Nun wird „innerhalb der beurteilten Person“ entschieden, welcher Prototyp innerhalb dieser Person am stärksten zutreffend ist, am zweitstärksten etc.

Hierbei ist sehr wichtig, daß das Ranking vom Rating völlig determiniert wird!

Das Ranking ist direkt von der Höhe der Ratings ableitbar. Nur in Fällen, in denen **Prototypen gleich hoch** geratet wurden, erhält die Beurteilerin die Möglichkeit, aufgrund der Heranziehung weiterer Informationen abzuwägen, welcher der beiden Stile nun im Ranking vorzuordnen, welcher nachzuordnen ist. Das Ranking ist entscheidend für die Zuordnung zu den „Mega-Bindungsstilen“ (bzw. Repräsentationen), die mit Hilfe des Entscheidungsbaumes vorgenommen wird.

Als Informationsquellen zur Entscheidung für einen der gleich hoch beurteilten Prototypen sollen herangezogen werden:

1. **Summe der positiv angekreuzten Kriterien** der Prototypen (z. B. bei Typ C acht und bei Typ B elf Kriterien im positiven Sinne angekreuzt)
2. **Figurationen** der „etwas“ und „nein“ Ankreuzungen bei den Prototypen (siehe oben: klinischer Test)
3. **Gewichtung** innerhalb der Kriterien der einzelnen Prototypen: **Einschätzungen der Kohärenz-Kriterien gehen im Zweifelsfall vor!** Bsp.: Wurden Prototyp A und G gleich hoch geratet, liegen bei A jedoch zahlreiche „nein´s“ bei den Kohärenz-Kriterien vor, so sollte allein schon deshalb der Typ G im Ranking weiter vorne (oben) erscheinen.

6. Entscheidung für die „Mega-Bindungsklassifikation“ (Entscheidungsbaum)

Liegt das Rating und das Ranking vor, dann kann anhand des Entscheidungsbaumes durch Verfolgen des Flußdiagramms die letztendliche Bindungsklassifikation festgestellt werden. Links oben wird dabei begonnen.

Regelüberblick: Nimm nur die ersten zwei Rankingplätze und beachte die Ratingabstände zwischen den beiden ersten Rankingtypen:

Sind beide aus den Prototypen B-D, dann gilt die Kategorie „verwickelt“, sind beide aus E-G, dann „vermeidend“, ist einer aus B-D und einer aus E-G und keiner der beiden ist zu klar höher geratet (eingipflige Verteilung), dann gilt „gemischt verwickelt-vermeidend“.

Ist Typ A an Rankingplatz Nr. 1 und der „unsichere Typ“ an Nr. 2 in der Rankingliste hat ein Rating, das zwei Punkte oder mehr niedriger ist, dann gilt „eindeutig sicher“; ist Typ A an Platz 1 und nur einen Punkt höher als der nächste Typ dann gilt „wahrscheinlich sicher“, ist Typ A an Platz 1 und gleich hoch wie der nächste Typ, dann gilt „geringfügig sicher“.

Ist Typ B-D an Platz 1 und Typ A an Platz 2 und die Ratingdifferenz zwischen beiden ist größer gleich 2, dann gilt „verwickelter Typ“. Ist Typ E-G an Platz 1 und Typ A an Platz 2 und die Ratingdifferenz zwischen beiden ist größer gleich 2, dann gilt „vermeidender Typ“. Ist die Ratingdifferenz zwischen dem sicheren und unsicheren Typen jedoch 1, dann resultiert daraus die Kategorie „wahrscheinlich verwickelt bzw. vermeidend“. Ist die Differenz gleich 0, dann gilt die Kategorie „geringfügig verwickelt bzw. vermeidend“. Man hätte also wie bei der Fremden Situation oder im AAI jeweils mehrere (hier drei) Subtypen von Bindungssicherheit, Verwicklung und Vermeidung. Zusätzlich hätte man aber noch die v.a. für klinische Stichproben sehr wichtige Kategorie „gemischt (verwickelt/vermeidend)“. Die Unterscheidungen „geringfügig und wahrscheinlich“ kann man bei Bedarf der entsprechenden Mega-Bindungsklasse zuordnen.

Falls diese hier vorgeschlagene Kategorisierung prädiktiv oder auch bzgl. anderer Fragestellungen wenig bringt, kann man später noch auf die dimensionale Erfassung zurückgreifen (entweder mit jedem einzelnen Rating der sieben Prototypen für sich oder für die kumulierten Werte der vermeidenden oder ambivalenten Prototypen= Summe/Mittelwert aus B-D oder E-G). Man könnte auch mittels Summenbildung dimensionale Werte entwickeln: z.B. Ratingmittelwert der Skalen B-D minus Ratingmittelwert der Skalen E-G und A ergibt den Dimensionsscore für Vermeidung. Analoges gilt für die anderen beiden Dimensionen.

- ☒ **Der Rater soll in jedem Fall am Ende die Bindungsklassifikation mit dem Entscheidungsbaum ermitteln und sich fragen, ob die Gesamtklassifikation seinen Gesamteindruck von der Bindungsrepräsentation des Interviewten adäquat abdeckt.**
- ☒ **Falls die übergeordnete Klassifikation keinen Sinn macht, dann soll sich der Rater überlegen, wie er durch die nachträgliche Veränderung der Einzelkriterien bzw. vor allem durch die Möglichkeit des „klinischen Tests“ (siehe oben) das Ergebnis in eine bezogen auf die Gesamtbetrachtung zufriedenstellende Richtung beeinflussen kann.**

Kriterienbögen für die sieben Prototypen des BPR-A:

Die Kohärenz Kriterien sind grau schattiert, um auf ihre Bedeutung für die Auswertung hinzuweisen.

Prototyp A: Bindungssicher

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Hat einen ausgeprägten Sinn für sich selbst als eigenständige Person <u>und</u> schätzt aber auch die Persönlichkeit anderer <u>und</u> tritt gerne mit ihnen in Kontakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist zuversichtlich, daß jemand für ihn/sie da sein wird, wenn sie/er nach Hilfe <u>oder</u> Unterstützung <u>oder</u> Verständnis sucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reflektiert in angemessener Weise über Bindungsbeziehungen (nicht zu detailliert <u>und</u> nicht zu wenig).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geht auf die Interviewfragen in angemessener Länge ein <u>und</u> bleibt beim Thema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Integriert konkrete Erinnerungen in eher allgemeine abstrakte Zusammenhänge (d. h. erzählt nicht nur Konkretes <u>oder</u> nur Abstraktes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist zu beidem in der Lage: sowohl sich auf andere zu verlassen, wenn dies angebracht ist, als auch andere zu haben, die sich auf sie/ihn verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neigt dazu, Beziehungen aus einer optimistischen Grundhaltung heraus zu beschreiben <u>und</u> verbindet damit echte Befriedigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Innere Bilder wichtiger Personen sind unterschiedlich <u>und</u> vielfältig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Toleriert Trennungen, obwohl sie/er sich ihrer Bedeutung gewahr ist <u>und</u> Trennungen erzeugen angemessene Gefühle von Trauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist fähig, Bindungen zu wichtigen Personen über die Zeit hinweg aufrechtzuerhalten, <u>wobei</u> Konflikte in der Beziehung ausgetragen werden können, ohne gleich die gesamte Beziehung zu gefährden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Schilderungen sind klar <u>und</u> verständlich <u>und</u> glaubwürdig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Beziehungsinteraktionen sind sehr konkret vorstellbar <u>und</u> wurden angemessen detailliert geschildert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp B: Übersteigerte Abhängigkeit

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Neigt dazu, sich zu sehr von anderen Menschen abhängig zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wird häufig „anklammernd“ in Beziehungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Überläßt Kontrolle tendenziell anderen <u>oder</u> unterschätzt ihre/seine Fähigkeiten und eigenes Bewältigungspotential.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat viele „passiv rezeptive“ Wünsche: möchte ständig von anderen geliebt <u>oder</u> unterstützt <u>oder</u> verstanden <u>oder</u> geführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigt dazu, auf selbständige Entfaltungsmöglichkeiten zu verzichten, um sich der Zuwendung und Unterstützung einer wichtigen Bezugsperson sicher zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sieht sich eher in Gefahr und Unsicherheit, eine wichtige Beziehung <u>oder</u> eine wichtige Person zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Entwicklung eines stärkeren „Selbstbewußtseins“ wird erschwert durch die ständige Beschäftigung, zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vertraut bei Überzeugungen <u>und</u> Meinungen <u>und</u> Verhaltensweisen sehr stark auf das Urteil Anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Braucht oft eine andere Person, die ihr/ihm „Feedback“ zukommen läßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trennungen in Partnerschaften gehen fast ausnahmslos vom Anderen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gefühle von Hilflosigkeit sind bei ihr/ihm üblich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zahlt für „ein bißchen Liebe“ von Bindungspersonen fast jeden Preis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp C: Impulsiv-instabil

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Hat in Beziehungen <u>regelmäßig</u> extreme Gefühle, die zwischen positiven und negativen Emotionen gegenüber dem Anderen wechseln können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Neigt dazu, in Beziehungen subtil oder offen zu manipulieren (z.B. durch Lügen, Drohungen, Suizidandeutungen/-versuche, Selbstverletzungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Überflutet den Interviewer mit Eindrücken <u>oder</u> Bildern <u>oder</u> Geschichten <u>oder</u> Gefühlen. Dabei kann beim Beurteiler Verwirrung entstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konkrete Schilderungen von Beziehungen stehen beziehungslos <u>und</u> unverbunden („unintegriert“) nebeneinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beachtet die Grenzen anderer Menschen wenig (evtl. auch gegenüber dem Interviewer) <u>oder</u> neigt zu „interpersonellen Übergriffen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat starke Furcht vor wirklicher Nähe bei <u>gleichzeitigem</u> Wunsch nach Versorgung. Letzteres zeigt sich durch starke Furcht vor dem Verlassenwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zwischenmenschliche Beziehungen sind intensiv aber ambivalent; oder ist mehr oder weniger unfähig, einander widersprechende Gefühle gegenüber einer Person miteinander in Einklang zu bringen (z.B. warme vs. feindselige).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kann nur wenig Aufschub von Befriedigung ertragen <u>und</u> hat wenig Affektkontrolle; <u>oder</u> erlebt heftige Wünsche, direkt und unmittelbar getröstet <u>und</u> beruhigt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Entwickelt schnell Wut bei realer (oder erlebter) Abweisung <u>oder</u> nicht ausreichender „Versorgung“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hat starke Schwierigkeiten, Beziehungen dauerhaft aufrecht zu erhalten und sucht sich oft schnell ein „Ersatzobjekt“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ist sehr emotional beim Schildern von Beziehungen oder neigt stark zu Übertreibungen oder Ungenauigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Neigt dazu, in „schwarz-weiß“ <u>oder</u> „alles oder nichts Schemata“ zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp D: Übersteigerte Fürsorglichkeit

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Hat enge Beziehungen, nimmt aber meist die Rolle des Fürsorge-Gebenden <u>und</u> nicht des Empfangenden ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sucht sich eher „Versager“ bzw. Bedürftige zum Partner <u>oder</u> zum Freund (z.B. körperlich/emotional Bedürftige).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neigt stärker dazu, in zwischenmenschlichen Beziehungen zu kontrollieren <u>und</u> alles in der Hand zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bietet beharrlich Hilfe an, auch wenn andere dies nicht wünschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andere Personen reagieren ärgerlich auf die Umsorgung <u>oder</u> gehen deshalb auf Distanz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist sehr abhängig davon, gebraucht zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fühlt sich leer und verlassen, wenn sie/er nicht gebraucht wird <u>oder</u> kann mit sich selbst nur wenig anfangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist gelegentlich ärgerlich darüber, wieviel er/sie für andere tut <u>und</u> wie wenig sie/er dafür zurück bekommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spielt im Extremfall die Rolle des Märtyrers, um Dankbarkeit und Anerkennung von anderen zu erhalten (z.B. „Ich arbeite mir die Finger wund, und was kriege ich dafür?“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ist in unrealistischer Weise fest davon überzeugt, daß er/sie unabhkmmlich <u>oder</u> unentbehrbar ist (z.B. zu Hause, im Beruf).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vernachlässigt sich selbst bei eigener Krankheit <u>oder</u> Schwäche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hat ihre/seine berufliche Tätigkeit im sozial-helferischen Bereich ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp E: Vermeidend-ängstlich

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Der Wunsch nach Nähe ist spürbar, <u>aber</u> die Furcht vor Zurückweisung <u>oder</u> Verlassenwerden ist deutlich stärker, so daß die Person Beziehungen eher vermeidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wirkt in Beziehungen sehr schüchtern <u>und</u> verletzlich <u>und</u> ängstlich <u>und</u> unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reagiert sehr empfindlich („weinerlich“ oder „depressiv“, aber <u>nicht</u> zornig!) bei realer <u>oder</u> erlebter Entbehrung von Fürsorge <u>oder</u> Zuneigung <u>oder</u> Liebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Scheut sich davor, sich gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen zu behaupten <u>und</u> hat große Hemmungen, Ärger und Wut auszudrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zurückweisung von anderen führt zu einem Verlust an Vertrauen <u>und</u> Selbstwertschätzung; <u>und</u> angesichts dieses Selbstwertverlustes kann er/sie sich nicht mehr vorstellen, so wie sie/er ist, anderen Menschen zu gefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat starke Furcht davor, sich selbst zu öffnen <u>oder</u> anderen zu vertrauen (auch am Verhalten und an der Sprache im Interview beobachtbar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vermeidet Konflikte in Beziehungen um nicht zurückgewiesen <u>oder</u> kritisiert <u>oder</u> gekränkt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wird nur langsam „warm“ <u>oder</u> vertraut mit anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gibt sich selbst bei Beziehungskonflikten zumeist die Schuld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fragt bei Anderen nur sehr ungern nach Unterstützung <u>oder</u> Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fühlt sich bei Kontakten mit Menschen (vor allem Gruppen) häufig ausgeschlossen <u>oder</u> eingekapselt <u>oder</u> einsam oder hat oft das Gefühl, nicht dazu zu gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vermeidet sexuelle Gefühle <u>oder</u> Konkurrenzgefühle, da er/sie diese als bedrohlich für sich selbst <u>oder</u> zwischenmenschliche Beziehungen auffaßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp F: Rational-kontrolliert

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Der Intellekt wird in den Erzählungen im Vergleich zu Gefühlen überbewertet (<u>auch</u> im Interview selbst beobachtbar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spricht häufig in unpersönlicher Weise von sich („man“ <u>oder</u> „wir“ <u>oder</u> „uns“ statt „ich“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schilderungen von Bindungspersonen wirken <u>idealisiert</u> (starker Kontrast zwischen allgemeiner Schilderung von Personen <u>und</u> den erinnerten konkreten Beispielen zur allgemeinen Schilderung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kann sich beharrlich <u>oder</u> andauernd nur wenig an <u>bindungsrelevante</u> Erlebnisse erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist sehr auf Leistung <u>oder</u> Produktivität bezogen <u>oder</u> meint häufig, andere würden sie/ihn vor allem deswegen anerkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mag mit anderen auch bei Belastungen nicht über seine Gefühle sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neigt zu beträchtlichem Perfektionismus, worunter seine/ihre Beziehungen leiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Drückt Gefühle <u>oder</u> emotionale Reaktionen nur wenig aus <u>und</u> zeigt wenig Spontanität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wirkt sehr selbstbeherrscht (psychisch <u>und</u> körperlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neigt dazu, alles aus sich rauszuholen („Workaholic“) <u>und</u> ist sehr beharrlich beim Verfolgen seiner/ihrer Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fühlt sich zur Leistung gedrängt, hat aber am Erreichten nur wenig Freude <u>oder</u> Befriedigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Neigt dazu, in fast allen Lebensbereichen sehr rigide oder stur zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe der Ankreuzungen:

Prototyp G: Übersteigertes Autonomiestreben

	ja	etwas	nein	nicht beurteilbar
1. Möchte lieber sämtliche Möglichkeiten für sich offen halten, als überdauernde Verpflichtungen einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Grenzt sich betont ab <u>und</u> legt großen Wert darauf, von anderen unabhängig <u>und</u> im Vergleich zu anderen andersartig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Denkt, daß die einzige Hilfe, auf die sie/er sich verlassen kann, von ihm/ihr selbst kommt (z. B.: „wer sich auf andere verläßt, ist verlassen“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eigene Hilfsbedürftigkeit <u>oder</u> Krankheit sind ihm/ihr sehr unangenehm; <u>oder</u> er/sie vermeidet es, um Hilfe zu bitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Spricht abfällig <u>oder</u> abwertend über enge Beziehungen <u>oder</u> „Bedürftigkeit in Beziehungen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vermeidet enge zwischenmenschliche Beziehungen wegen der Verpflichtungen, die diese mit sich bringen <u>oder</u> will sich nicht um andere kümmern müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beziehungen werden aktiv kurz- <u>oder</u> längerfristig abgebrochen, um nicht gegen ihren/seinen Willen zu etwas gezwungen zu werden (z.B. um nicht „in eine Falle zu geraten“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühlt sich in nahen Beziehungen eingeengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist sehr mißtrauisch <u>und</u> zeigt nicht mehr vom inneren Befinden, als er/sie zeigen muß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mag es nicht, von dem, was sie/er tun möchte, zurückgehalten zu werden <u>und</u> mag keinen von außen kommenden Druck (z. B. Anweisungen, Terminvorgaben oder Forderungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ist öfter unsensibel für die Bedürfnisse <u>und</u> Wünsche anderer Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nimmt die Wirkungen seines/ihrer Verhaltens auf andere wenig wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

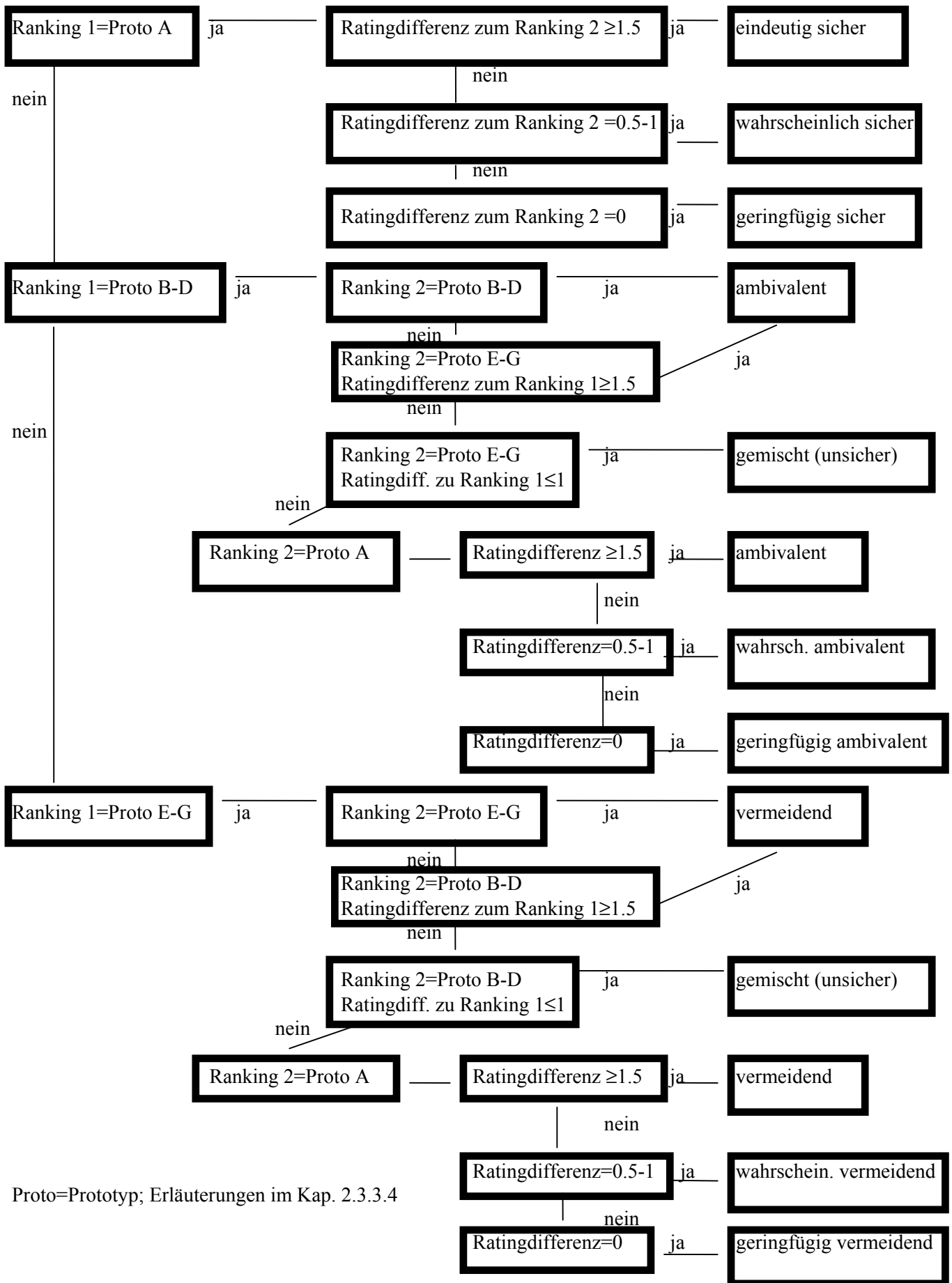
Summe der Ankreuzungen:

Notizen zum Bindungsinterview:**1. Kohärenz-Kriterien:**

- a) Grad der Reflexivität (Typ A, Nr. 3):
- b) Angemessenes Eingehen auf die Fragen (Typ A, Nr. 4):
- c) Integration konkreter Erinnerungen in allgemeine Zusammenhänge (Typ A, Nr. 5):
- d) Differenziertheit der inneren Bilder (Typ A, Nr. 8):
- e) Klarheit, Verständlichkeit, Glaubwürdigkeit der Angaben (Typ A, Nr. 11):
- f) Sind Schilderungen konkret vorstellbar und angemessen detailliert (Typ A, Nr. 12)?
- g) Idealisierung (konkrete Beispiele decken sich nicht mit allgemeinen Schilderungen) (Typ F, Nr. 3):
- h) Überflutung des Interviewers mit Material (Typ A, Nr. 3, 4; Typ C, Nr. 3):

2. Sonstige Anmerkungen (Schilderung des Selbst, des Anderen und der Beziehung zwischen beiden):

BPR-A-Entscheidungsbaum: Zuordnung der Bindungsstilprototypen zu Bindungs-Mega-Typen



Proto=Prototyp; Erläuterungen im Kap. 2.3.3.4

6. Literatur

- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E. & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64 (2), 264 - 272.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B.A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Ed), *Determinants of infant behavior*, Vol 4, 113-136. London: Methuen.
- Ainsworth, M. D. S. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & C.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M.D., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alfes, A. (1998). *Interpersonelle Probleme aus bindungstheoretischer Perspektive - Eine diagnostische Untersuchung an Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M. & Candelori, C. (1996). Stability of attachment in children and intergenerational transmission of attachment. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63, 313 - 332.
- Aronson, T. A. (1989). A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality; historical trends and future directions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(9), 511-528.
- Asendorpf, J. & Wallbott, G. (1978). Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 10, 243-252.
- Asendorpf, J. B., Banse, R., Wilpers, S. & Neyer, F. J. (1997). Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene und ihre Validierung durch Netzwerk- und Tagebuchverfahren. *Diagnostica*, 43 (4), 289 - 313.
- Atkinson, L. & Zucker, K. J. (1997). *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1986). *Observing interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (1993). A psychometric Study of the adult attachment interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29 (5), 870-879.
- Baldwin, M. W. & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2, 247-261.
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J. & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*, 34 (2), 133 - 143.
- Bar-Haim, Y., Solomonica-Levi, D., Tishby, D. & Yerushalim, H. (1999). The relation of attachment classification and psychiatric diagnosis. Paper presented at the XVth Biennial ISSBN Meetings in Bern, Switzerland, 1 - 4.7.1998. Tagungsband.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (eds.) (1998): *Attachment theory and close relationships* (pp. 25 - 45). New York: Guilford Press.
- Bartholomew, K. (1989a). Stability of four-category attachment patterns in young adults over 2 months. Unpublished raw data.
- Bartholomew, K. (1989b). Peer-Attachment-Interview (young couple version IV). Unpublished manuskript.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Becker-Stoll, F. & Zimmermann, P. (2000). Stabilität der Bindungsrepräsentation im Jugendalter. Poster auf dem 42. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie am 24. - 28. 9. 2000 in Jena.
- Becker-Stoll, F. (1997). *Interaktionsverhalten zwischen Jugendlichen und Müttern im Kontext längsschnittlicher Bindungsentwicklung*. Dissertation: Regensburg.
- Bell, M., Billington, R. & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 733 - 741.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM-III personality disorders*. New York: Guilford.
- Benoit, D. & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444 - 1456.
- Berg, I., Marks, I. McGuire, R. & Lipsedge, M. (1974). School phobia and agoraphobia. *Psychological Medicine*, 4, 428-434.
- Berlin, L. J. & Cassidy, J. (1999). Relations among relationships, Contributions from attachment theory and research. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 688 - 712). New York: Guilford Press.
- Binder, C. (1996). *Behandlungserfolg bei Patienten mit affektiven Störungen und komorbid diagnostizierter Persönlichkeitsstörung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Heidelberg.

- Böddeker, M. (1996). Bindungsqualität und Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie- Zum Einfluß frühkindlicher Bindungserfahrungen auf gegenwärtige Beziehungen. Regensburg: Roderer Verlag.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae - Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1984). Statistik für Sozialwissenschaftler (Zweite, vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications (deutsch: Das Glück und die Trauer. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982)
- Bowlby, J. (1986). Trennung; psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Frankfurt a.M.: Fischer (Original erschienen 1973: Separation, anxiety and anger)
- Bowlby, J. (1988a). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bowlby, J. (1988b). A secure base. *Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock/Routledge (deutsch: neu aufgelegt: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung, 1995. Heidelberg: Dexter Verlag.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998) Self-Report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (eds.) (1998): *Attachment theory and close relationships* (pp. 46 - 76). New York: Guilford Press.
- 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.
- Brennan, K. A. & Shaver, P. R. (1998). Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66 (5), 835 - 878.
- Brisch, K.-H. (1999). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Broda, M., Dahlbender, R. W., Schmidt, J., von Rad, M. & Schors, R. (1993). DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 43, 214-223.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press.
- Buchheim, A., Brisch, K.-H. & Kächele, H. (1998). Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 128 - 138.
- Burge, D., Hammen, C., Davila, J., Daley, S. E., Paley, B., Lindberg, N., Herzberg, D. & Rudolph, K. D. (1997). The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescent women. *Development and Psychopathology*, 9, 151 - 167.
- Byng-Hall, J. (1999). Family and Couple Therapy: Toward Greater Security. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 625 - 648). New York: Guilford Press.
- Carnelley, K. B., Petromonaco, P. R. & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127 - 140.
- Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.) (1999). *Handbook of attachment - theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Clarkin, J. (1994). Psychodynamically informed investigation of the borderline personality disorder. Paper delivered at the IPA Fourth Psychoanalytic Research Conference: Clinical applications of current research in borderline disorders, London.
- Clarkin, J. F., Hull, J., Hurt, S. W. & Stephen, W. (1993). Factor structure of Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7 (2), 137-143.
- Clarkin, J. F., Hurt, S. W., Hull, J., Shearin, E. & Foelsch, P. A. (1995). Interview for BPD dimensional score, revised for DSM-IV, April, 1995, corrected 9/18/1998. Unpublished manuskript.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (rev. ed.). New York: Academic Press.
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 282 - 290.
- Collins, N.L. & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362 - 371.
- Crowell, J. A. & Owens, G. (1996). Current Relationship Interview and scoring system. Unpublished manuscript. State University of New York at Stony Brook.
- Crowell, J. A., Fraley, C. R. & Shaver, P. R. (1999). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 434 - 468). New York: Guilford Press.
- Crowell, J. A., Waters, E., (1997). Couples' attachment representations: Stability and relation to marital behavior. Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.

- Crowell, J. A., Waters, E., Treboux, D., O'Connor, E., Colon-Downs, C., Feider, O., Golby, B. & Posada, G. (1996). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67, 2584 - 2599.
- Davila, J., Burge, D. & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (4), 826 - 838.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1992). *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg i.Br.: Lambertus
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) (1996). Weinheim: Beltz Verlag. (Original erschienen 1994: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*)
- Diamond, D., Clarkin, J., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P. & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (5), 831 - 884.
- Doll, J., Mentz, M. & Witte, E. H. (1995). Zur Theorie der vier Bindungsstile: Meßprobleme und Korrelate dreier integrierter Verhaltenssysteme. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 148-159.
- Dombrowski, D. (1996). Angaben zur Prävalenz von sexuellem Mißbrauch bei einer klinischen Population stationärer Psychotherapiepatienten und -patientinnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Konstanz.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47-60.
- Dozier, M. & Lee, S. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217 - 226.
- Dozier, M. & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (eds.): *Attachment theory and close relationships* (S. 221 - 248). New York: Guilford Press.
- Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793 - 800.
- Dozier, M., Stovall, K., C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and Psychopathology in Adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 497 - 519). New York: Guilford Press.
- Edell, W. S., Joy, S. P. & Yehuda, R. (1990). Discordance between self-report and observer-rated psychopathology in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 4 (4), 381 - 390.
- Egeland, B. & Faber, E.A. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and change over time. *Child Development*, 55, 753-771.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeit-Inventar. FPI-R. 4te revidierte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Farber, B. A., Lippert, R. A. & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy*, 32, 204 - 212.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1993). A priori, post-hoc and compromise power analysis for MS-DOS. Computer Program Gpower, Version 1.22, Bonn, Department of Psychology.
- Feeney, J. A. & Noller, P. & Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage. In K. Bartholomew & D. Perlman (eds.): *Advances in personal relationships: Vol 5. Attachment processes in adulthood* (S. 269 - 308). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Feeney, J. A. (1999). Adult Romantic Attachment and Couple Relationships. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 355 - 377). New York: Guilford Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill.: Row, Peerson.
- Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Filosi, A. (2000). Subdimensionen der OPD-Strukturachse und die Bindung an signifikante Bezugspersonen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Aarhus, Dänemark.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. New York: Random House.
- Florin, I. & Fiegenbaum, W. (1990). Angststörungen bei Kindern. In: Fiegenbaum, W. & Brengelmann, J.C. (S.37-66). *Angststörungen, Diagnose und Therapie*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 595 - 624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 22 - 31.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Leigh, T., Kennedy, R. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In: Goldberg, S., Muir, R. & Kerr, J. (eds.): *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives*. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Fonagy, P., Steele, M. & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891 - 905.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R. & Target, M. (1993). The predictive specificity of Mary Mains's Adult Attachment Interview: Implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. Paper presented at conference on 'John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical and social significance' at Toronto, October 1993.
- Fraley, R. C. & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (eds.) (1998): Attachment theory and close relationships (pp. 77 - 114). New York: Guilford Press.
- Franke, G. H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis - Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). SKID-II, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). An adult attachment interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Gerdes, N., Weidemann, H. & Jäckel, W. H. (Hrsg.) (2000). Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Steinkopf: Darmstadt.
- Gloger-Tippelt, persönliche Mitteilung, November 1995 auf der Leipziger Entwicklungspsychologie-Tagung der DGPs.
- Gloger-Tippelt, G., Ullmeyer, M. & Gomille, B. (1993). Deutsche Übersetzung des Adult Attachment Interview. Unveröffentlichtes Manuskript. Psychologisches Institut der Universität Heidelberg, März, 1993.
- Grande, T., Oberbracht, C. & Rudolf, G. (1998). Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In Schauenburg, H., Freyberger, H. J., Cierpka, M. & Buchheim, P. (Hrsg.): OPD in der Praxis - Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Hans Huber: Bern.
- Grau, I. (1994). Entwicklung und Validierung eines Inventars zur Erfassung von Bindungsstilen in Paarbeziehungen. Unveröffentlichte Dissertation: Marburg.
- Grau, I. (1999). Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20, 142 - 152.
- Grau, I. (2000). Persönliche Mitteilung an R. Mestel auf dem DGPs Kongress in Jena am 27.9.2000.
- Grau, I. (in Vorb.). Kategoriale Messung von Bindungsstilen: Erste Ergebnisse zur Normierung des Bindungsfragebogens von Grau.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. Zeitschrift für klinische Psychologie, 19 (4), 316 - 337.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and Psychopathology in Childhood. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications (p. 469 - 496). New York: Guilford.
- Grice, P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. L. Moran (eds.): Syntax and semantics, Vol. 3. Speech acts (pp. 41 - 58). New York: Academic Press.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Dimensions of attachment: Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. Journal of Personality and Social Psychology.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1994). Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. Zeitschrift der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, 96, 26-41.
- Grossmann, K. E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M., Spangler, G., Wensauer, M. & Zimmermann, P. (1997). Die Bindungstheorie, Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung (S. 51 - 96). Bern: Huber.
- Gunderson, J. G. (1996). The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapist Availability. American Journal of Psychiatry, 153 (6), 752 - 758.
- Gynther, M. D. & Green, S. B. (1982). Methodological problems in research with self-report inventories. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (eds.): Handbook of research methods in clinical psychology. New York: John Wiley.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Development, 71 (3), 690 - 694.
- Hammen, C. L., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., Paley, B. & Rudolph, K. D. (1995). Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. Journal of Abnormal Psychology, 104, 436 - 443.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52 (3), 511-524.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. Psychological Inquiry, 5 (1), 1 - 22.
- Hefer, C. (1999). Zusammenhänge zwischen erinnerten Eltern-Kind Interaktionen und Bindungsstilen bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- Heinicke, C. & Westheimer, I. (1966). Brief separations. New York: International University's Press.

- Henry, W. P. (1997). Conceptual Issues in Measuring Personality Disorder Change. In Strupp, H., Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (eds.): *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety and Personality Disorders - Toward a Core Battery* (p. 461 - 490). Washington: APA.
- Hermanutz, G. & Schmidt-Hermanutz, M. (1996). Bindungsrepräsentationen bei männlichen Drogenabhängigen. Eine klinisch-empirische Pilotstudie zum Phänomen der Drogenabhängigkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Heidelberg.
- Hesse, E. (1996). Discourse, Memory, and the Adult Attachment Interview: A Note with Emphasis on the Emerging Cannot Classify Category. *Infant Mental Health Journal*, 17 (1), 4 - 11.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 395 - 433). New York: Guilford Press.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur PSY-BaDo*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10. Bern: Hans Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1996). Internationale Diagnose Checklisten für DSM-IV. Weinheim: Beltz.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE), ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44, 159-166.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge: London.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1993). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version (IIP-D). Weinheim: Beltz.
- Horowitz, M. J., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Assessing Personality Disorders. In Strupp, H., Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (eds.): *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety and Personality Disorders - Toward a Core Battery* (p. 401 - 432). Washington: APA.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Hurt, S. W., Clarkin, J. F., Munroe-Blum, H. & Marziali, E. (1992). Borderline behavioral clusters and different treatment approaches. In Clarkin, J. F., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (eds): *Borderline Personality Disorder - Clinical and empirical perspectives* (p. 199 - 219). New York: Guilford Press.
- Hyler, S. E., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Oldham, J. M. & Rosnick, L. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043 - 1048.
- Hyler, S. E., Rieder, R. O. & Spitzer, R. L. (1983). *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)*. New York: New York State Psychiatric Institute. (PDQ-R: Rev. for DSM-III-R, 1987).
- ICD-10: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Bern: Huber Verlag.
- Jervis, G. (1978). *Kritisches Handbuch der Psychiatrie*. Frankfurt a. M.: Syndikat. Original erschienen 1975: *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli.
- Kallo, A. (1999). Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern und psychischen Symptomen bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- Kapar, A. (in Vorb.). Zusammenhänge zwischen der OPD-Beziehungsachse und allgemeinen Bindungsmustern. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- Kasten, C. & Schauenburg, H. (1999). Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 3, 221 - 228.
- Kernberg, O. F., Burstein, E. & Coyne, L. (1972). Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project: Psychotherapy and Psychoanalysis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49, 600 - 619.
- Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kirkpatrick, L. A. & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, 123 - 142.
- Kiss, M. (1999). Die prognostische Bedeutung von Bindungsmustern für den Therapieerfolg bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- Kobak, R.R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kobak, R.R. (1993). The attachment Q-Sort revised. Unpublished manuscript.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W.S. & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 321-345.
- Köhler, L. (1992). Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum der Psychoanalyse*, 8, 263-280.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159 - 174.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.

- Levy, M.B. & Davis, K.E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Lewis, M. (1997). *Altering fate: Why the past does not predict the future*. New York: Guilford Press.
- Lewis, M., Feiring, C. & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71 (3), 707 - 720.
- Lieberman, A. F. & Zeanah, C. H. (1999). Contributions of Attachment Theory to Theory to Infant-Parent Psychotherapy and other Interventions with Infants and Young Children. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 555 - 574). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. & Heard, H. L. (1999). Borderline Personality Disorder, costs, course and treatment outcome. In Miller, N. E. & Magruder, K. M. (eds.): *Cost-effectiveness of psychotherapy* (S. 291 - 305). New York: Oxford University Press.
- Liotti, G. (1991). Insecure attachment and agoraphobia. In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Hrsg.) *Attachment across the life cycle* (pp. 216-233). Tavistock/Routledge, London and New York.
- Liotti, G. (1992). Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 105-114.
- Livesley, W.J. & Schroeder, M. L. (1990). Dimensions of Personality Disorders: DSM-III-R cluster B diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 320 - 328.
- Livesley, W.J., Schroeder, M.L. & Jackson, D.N. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal of personality disorders*, 4 (2), 131-140.
- Lobo, A. (1997). *Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur Erfassung von Erwachsenenbindungsprototypen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Bielefeld.
- Lohmer, M. (1988). *Stationäre Psychotherapie bei Borderline Patienten*. Berlin: Springer.
- Lutze, C. (2000). *Psychodiagnostik von Persönlichkeitsstörungen mit dem SKID-II für DSM-IV: Eine psychometrische Evaluation der DSM-IV Kriterien für Persönlichkeitsstörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Wuppertal.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L. & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11 (3), 279 - 284.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classification and stable over a one-month preperiod. *Developmental Psychology*, 24, 415 - 426.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985-1998). *Adult attachment classification and scoring system*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Main, M. & Hesse, E. (1998). Predicting adult attachment interview response in late adolescence from infant strange situation behavior with mother and father. Manuscript in preparation, University of California at Berkeley.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern. Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Hrsg), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932 - 940.
- Main, M. (1999). Epilogue. Attachment theory, eighteen points with suggestions for future studies. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 845 - 887). New York: Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In Bretherton, I. & Waters, E. (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 66-104.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L. & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (3), 307 - 317.
- Mann, J. (1973). *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS, Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (Hrsg.) (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen - DIPS*. Berlin: Springer.
- Mc Glashan, T. H. (1983). The Borderline Syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1311 - 1323.
- Melges, F. T. & Swartz, M. S. (1989). Oscillations of Attachment in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (9), 1115 - 1120.
- Mellsop, G., Varghese, F., Joshua, S. & Hicks, A. (1982). The reliability of axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1360-1361.
- Mendel, J. & Klein, D. (1969). Anxiety attacks and subsequent agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 190-195.

- Mestel, R. (1992). Psychodiagnostische Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Hilfe psychometrischer Testverfahren und eines halbstrukturierten Anamnesefragebogens und Psychotherapieevaluation langfristig behandelter Borderline Patientinnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Konstanz.
- Mestel, R. (1995). Bindungsrepräsentationen (AAI) von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen. Vortrag auf der DGPs Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie in Leipzig am 16. 5. 1995. Ausgearbeitetes Manuskript.
- Mestel, R. (1996). Attachment styles and attachment to therapists within an inpatient setting. *Paper presented at the 5th European Conference on Psychotherapy Research in Cernobbio, Italy, 7.9.96.* Abstractband.
- Mestel, R. (1997). Langfristiger Therapieerfolg für unterschiedlich schwer gestörte Patienten in stationärer Psychotherapie. In Mandl, H. (Hrsg.): Bericht über den 40. Kongreß der DGPs in München 1996. Göttingen: Hogrefe.
- Mestel, R. (1998). Entwicklung eines Fragebogens zur Bindung an den Therapeuten. *Poster auf dem 41. Kongreß der DGPPN in Freiburg, März 1998.* Abstractband.
- Mestel, R. (1999a). Evaluation von vier psychotherapeutischen Intensivphasen im Jahr 1998 am Dan Casriel Institut. Unveröffentlichtes Gutachten.
- Mestel, R. (1999b). Diskriminierung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit dem Adult Attachment Prototype Rating (AAPR). Vortrag auf dem Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie der Mainzer Werkstatt in Weimar am 19. 11. 1999.
- Meyer, A.-E., Grawe, K. & Richter, R. (1991). Forschungsgutachten zur psychotherapeutischen Versorgung in der BRD. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Millon, T. (1981). Disorders of Personality: DSM-III Axis II. New York: Wiley.
- Millon, T. (1983). The Millon Clinical Multiaxial Inventory manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Mosheim, R. (1999). Bindungsqualität und interpersonale Probleme als Evaluationskriterien in der Psychotherapieforschung. Inaugural Dissertation: Universität Innsbruck.
- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Kinzl, J., Biebl, W. & Richter, R. (2000). Bindung und Psychotherapie, Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflußfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 45, 223 - 229.
- Müller, K. (1999). Zusammenhänge zwischen inadäquaten Verarbeitungsformen unbewußter Konflikte und unsicheren Bindungsstilen. Eine diagnostische Untersuchung an Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Eichstätt.
- Muscetta, S., Dazzi, N., De Coro, A., Ortu, F. & Speranza, A. M. (1999). „States of mind with respect to attachment“ and change in a psychotherapeutic relationship: A study of the coherence of transcript in a shortterm psychotherapy with an adolescent. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (5), 885 - 921.
- Newmark, C. S., Chassin, P., Evans, D. L. & Gentry, L. (1984). „Floating“ MMPI profiles revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 199 - 201.
- Nordahl, H. M. & Stiles, T. C. (1997). Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 11 (4), 391 - 402.
- Ogatta, S. N., Silk, K. R. & Goodrich, S. (1988). Childhood abuse and clinical symptoms in borderline patients. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Montreal.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (1996). Manual (1. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 555-560.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1 - 10.
- Patrick, M., Hobson, P., Castle, P., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and early social experience. Development and Psychopathology*, 6, 375 - 388.
- Pfeiffer, S. (1998). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die stationäre Psychotherapie. Ergebnisse einer Evaluationsstudie an der Fachklinik Bad Herrenalp. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Koblenz-Landau.
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press.
- Pianta, R., Egeland, B. & Adam, E. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 273 - 281.
- Pilkonis, P. (1988). Personality Prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
- Pilkonis, P. A. (1984). Avoidant and schizoid personality disorders. In H. E. Adams & P. B. Sutker (eds.): *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 479 - 494). New York: Plenum Press.

- Pilkonis, P. A. (1997). Measurement Issues Relevant to Personality Disorders. In Strupp, H., Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (eds.): *Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety and Personality Disorders - Toward a Core Battery* (p. 371 - 388). Washington: APA.
- Pilkonis, P., Heape, C. & Proietti, J. M. (1991). Adult attachment styles, personality disorder and treatment outcome in depression. Paper presented at the Annual meeting of the North American Society of Psychotherapy Research, University of Pittsburgh.
- Pilkonis, P., Proietti, J. M., Heape, C. L. & Kim, Y. (1998). Adult Attachment Styles and DSM personality disorders. Paper presented at the Conference of the Society for Psychotherapy Research, July 1998 in Utah.
- Rohde-Dachser, C. (1989). *Das Borderline-Syndrom* (4te Auflage). Bern: Huber.
- Rohmann, E., Bierhoff, H.-W., Schmohr, M. & Ambrosy, B. (1998). Verlauf des partnerbezogenen Bindungsstils über die Zeit. In Häcker, W. & Rinck, M. (Hrsg.): *Zukunft gestalten - Bericht über den 41. Kongreß der DGPs in Dresden 1998*. Lengerich: Pabst.
- Rösch, B. (2000). Zusammenhänge zwischen der OPD-Strukturachse und allgemeinen Bindungsmustern. Unveröffentlicht Diplomarbeit: LMU München.
- Rosenstein, D. S. & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent Attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244 - 253.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Rudolf, G. & Schneider, W. (2000). Entscheidungsprozesse bei der OPD-Diagnostik: Ergebnisse einer Umfrage. In Schneider, W. & Freyberger, H. J. (Hrsg.): *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 137 - 147). Bern: Hans Huber.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J.Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.N. Nuechterlein & S. Weintraub (Hrsg.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, Cambridge University Press, 181-214.
- Sable, P. (1997). Attachment, Detachment and Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy*, 34 (2), 171 - 181.
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagan, G. & Foelsch, P. (1996). Attachment Style, history and behavioral contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 10 (1), 88 - 102.
- Sagi, A., van Ijzendoorn, M. H., Scharf, M., Koren-Karie, N., Joels, T. & Maysel, O. (1994). Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview: A psychometric study in young israeli adults. *Development Psychology*, 30, 5, 771-777.
- Scharfe, E. & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, Ch., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lücking, C.H., Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 47 - 52.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Testmanual. Göttingen: Hogrefe.
- Scheurer-Englisch, H. (1989). *Das Bild der Vertrauensbeziehung bei zehnjährigen Kindern und ihren Eltern: Bindungsbeziehungen in längsschnittlicher und aktueller Sicht*. Dissertation, Universität Regensburg.
- Schmitz, B., Fydreich, T., Schifferer, E., Obermeier, L. & Teufel, J. (1996). Persönlichkeitsstörungen und Behandlungserfolg bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In Schmitz, B., Fydreich, T. & Limbacher, K., *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (318-343). Weinheim: Beltz Verlag
- Schödlbauer, M., Biermann-Ratjen, E. M., Brodbeck, D., Ladendorf, R., Rohde-Dachser, C. & Eckert, J. (1997). Zur Revision des „Diagnostischen Interviews für Borderlinepatienten“ (DIB). *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 148 - 152.
- Schüssler, G., Mestel, R., Vogler, J. & Klingelhöfer, J. (2000). Validitätsstudie zu den OPD Achsen Konflikt und Struktur. Poster auf dem 3ten internationalen OPD Kongreß am 28. 9. 2000 in Ulm.
- Sedlmeier, P. & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies? *Psychological Bulletin*, 105 (2), 309 - 316.
- Shaver, P. R. & Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the „Big Five“ personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 536 - 545.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K.E. & Minichiello, W. E. (1981). Age of onset of phobic disorders: A reevaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 544-553.
- Sheldon, A. E. R. & West, M. (1990). Attachment pathology vs. low social skills in avoidant personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 596 - 599.
- Sifneos, P. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (eds.) (1998). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.

- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (eds.): *Handbook of Attachment - Theory, Research and Clinical Applications* (p. 575 - 594). New York: Guilford Press.
- Soloff, H. P. & Millward, J. W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 574 - 588.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (1995). *Die Bindungstheorie, Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sperling, M. B. & Berman, W. H. (1991). An attachment classification of desperate love. *Journal of Personality Assessment*, 56, 45 - 55.
- Sperling, M. B., Sharp, J. L. & Fishler, P. H. (1991). On the nature of attachment in a borderline population: A preliminary investigation. *Psychological Reports*, 68, 543 - 546.
- Sroufe, L.A. & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stangier, U. & Heidenreich, T. (1997). Diagnostik der sozialen Phobie. *Verhaltenstherapie*, 7, 107 - 118.
- Steele, H. & Steele, M. (1994). Intergenerational patterns of attachment. In D. Perlman & K. Bartholomew (eds.): *Advances in personal relationship* (Vol. 5, S. 93 - 120). London: Kingsley.
- Steffanowski, A. (1999). *Konstruktion und Validierung von bindungsdiagnostischen Skalen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Heidelberg.
- Steyer, R., Hannover, W., Telsner, C. & Kriebel, R. (1997). Zur Evaluation intraindividuelle Veränderung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26, 291 - 299.
- Stollreiter, H. (2000). *Validierung der Adult Attachment Interview Auswertungsmethode nach Main und Kobak an Patientinnen mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung*. Unveröffentlichte psychologische Diplomarbeit, Universität München.
- Strauss, B. & Lobo, A. (1995). *Übersetzung und Bearbeitung des Adult Attachment Prototype Ratings von Pilkonis*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Strauss, B. & Lobo-Drost, A. (1999). *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR). Eine Methode zur Erfassung von Bindungsqualitäten im Erwachsenenalter basierend auf dem Adult Attachment Prototype Rating von Pilkonis; unter Mitarbeit von Elke Daudert, Diether Höger, Silke Schmidt & Jochen Eckert*. Unveröffentlichtes Manual. Version 1.0, Jena/Hamburg, Januar 1999.
- Strauss, B. & Schmidt, S (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie, Teil 2. *Psychotherapeut*, 42, 1 - 16.
- Strauss, B., Lobo-Drost, A. & Pilkonis, P. (1999). Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen - erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 4.
- Stravynski, A., Elie, R. & Franche, R. L. (1989). Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: a test of the overprotection hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80 (5), 415 - 420.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12 (4), 302 - 315.
- 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*. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh. Unpublished paper.
- Sullivan, H. S. (1980). *Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer. Original erschienen: 1953.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193 - 210.
- Thomson-Pope, K. & Turkat, I. D. (1993). Schizotypal, schizoid, paranoid and avoidant personality disorders. In P. B. Sutker & H. E. Adams (eds.): *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 411 - 434). New York: Plenum Press.
- Trautmann-Sponsel, R. D. & Zaudig, M. (1997). Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 51 - 62.
- Tress, W., Reister, G. & Gegenheimer, L. (1989). Mental and physical resiliency in spite of a stressful childhood. In M. Bambring, F. Lösel & H. Skowronek. (Hrsg.), *Children at risk: Assessment, longitudinal research, and intervention*. Berlin: de Gruyter, 173 - 185.
- Tyrrell, C. L. & Dozier, M. (1997). The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders. Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B. & Falot, R. D. (1999) Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 725 - 733.
- Ullmeyer, M. & von Sydow, K. (2000). *Bindung und Partnerschaft*. Poster auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie am 24. - 28. 9. 2000 in Jena.
- Valsiner, J. (1985). *The individual subject and scientific psychology*. New York: Plenum Press.

- Van den Boom, C. (1988). Neonatal irritability and the development of attachment: Observation and intervention. Dissertation. Universität Leiden.
- Van der Kolk, B. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. PTT - Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 21 - 29.
- Van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In Atkinson, L. & Zucker, K. J. (eds.): Attachment and psychopathology (pp. 135 - 170). New York: The Guilford Press.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. Psychological Bulletin, 117, 387 - 403.
- Van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M. G. C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 225 - 248.
- Van Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 (1), 8 - 21.
- Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L. A. & Waters, E. (1979). Individual differences in infant mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. Child Development, 50, 971 - 975.
- Votsmeier, A. (1998). Stationäre integrative Behandlung von Borderline Patienten: Das Grönenbacher Modell. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 3 (1), 24-39
- Walther-Schnell, I. (in Vorb.). Valdierung der Adult Attachment Interview Auswertungsmethode nach Main und Kobak an anderen Bindungsstil und -prototypen Instrumenten. Inaugural Dissertation zum Dr. phil., Universität München.
- Ward, M. J. & Carlson, E. A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. Child Development, 66, 69 - 79.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 637 - 644.
- Wartner, U. G. (1995). Die klinische Anwendung bindungstheoretischer Konzepte - Beispiele aus der Sicht einer klinischen Psychologin. In Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie, Grundlagen, Forschung und Anwendung (S. 409 - 418). Klett-Cotta: Stuttgart.
- Wartner, U. G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. Child Development, 65, 1014 - 1027.
- Wäschchenbach, T. (2000). Interrater-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen). Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Wuppertal.
- Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. Child Development, 49, 483 - 494.
- Waters, E., Merrick, S. K., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security from infancy to early adulthood: A 20-Year longitudinal study. Child Development, 71 (3), 684 - 689.
- Wehringer, S. (in Vorb.). Unterschiede in der kurzfristigen Stabilität der Kohärenz und bindungsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen während stationärer Psychotherapie bei Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Eichstätt.
- Weinfeld, N. Sroufe, L. A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates. Child Development, 71 (3), 695 - 702.
- Weiss, J. (1989). Unconscious mental functioning. Scientific American, March, 75-81 (deutsch: Strategien des Unbewußten. Spektrum der Wissenschaft, Mai 1990, 122-129)
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of Orthopsychiatry, 59 (1), 73-81.
- Werner, I. (2000). Bindungsrepräsentationen des Adult Attachment Interviews bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Unveröffentlichte Diplomarbeit: LMU München.
- West, M. & Sheldon-Keller, A. E. (1994). Patterns of Relating - An Adult Attachment Perspective. New York: The Guilford Press.
- West, M., Keller, A., Links, P. & Patrick, J. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. Canadian Journal of Psychiatry, 38, 1 - 6.
- West, M., Sheldon, A. E. R. & Reiffer, L. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: Scale development and reliability. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 738 - 741.
- Westmeyer, H. (1979). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse. In: F. Petermann & F.-J. Hehl (Hrsg.), Einzelfallanalyse (S. 17-34). München: Urban und Schwarzenberg.
- Westphal, N. (1999). Bindungsstile und ihr Einfluß auf den Therapieerfolg. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Erlangen-Nürnberg.

- Widiger, T. A. & Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasmann, R. E. Hales & A. J. Frances (eds.): *Review of psychiatry* (Vol. 8). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T. A. (1991). Personality disorders dimensional models proposed for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 5 (4), 386 - 398.
- Wittchen, Schramm, Zaudig & Unland (1993). SKID-II, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R Achse II Persönlichkeitsstörungen - Manual. Weinheim: Beltz.
- Zanarini, M. & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11 (1), 93 - 104.
- Zanarini, M., Gunderson, J. G., Marino, M., Schwartz, E. O. & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood Experiences of Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zeanah, C. H. & Emde, R. N. (1994). Attachment disorders in infancy and childhood. In Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (eds.): *Child and adolescents psychiatry: Modern approaches* (3rd ed.; p. 490 - 504). Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Zimmermann, P. (1994). Bindung im Jugendalter: Entwicklung und Umgang mit aktuellen Anforderungen. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Regensburg.
- Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.): *Die Bindungstheorie, Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett-Cotta: Stuttgart.

Danksagung

Zuallererst danke ich meiner Frau für Ihre Geduld und Unterstützung und daß Sie stets die Hoffnung hatte, daß diese Arbeit zu einem guten Abschluß kommt.

Weiter danke ich allen DiplomandInnen und Doktorandinnen, ohne die diese Arbeit nicht in dieser Form zustande gekommen wäre (alphabetische Reihenfolge):

Ulrike Alfes, Miriam Brintzinger, Anna Filosy, Christa Hefer, Angela Kallo, Anita Kaspar, Monika Kiss, Carsten Lutze, Edith Müller, Claudia Nicolay, Judith Pöhm, Beate Rösch, Renate Sieber, Heidi Stollreiter, Ines Walther-Schnell, Thomas Wäschenbach, Sabine Wehringer, Ingrid Werner, Nadja Westphal.

Weiterhin danke ich für ihre Beurteilungen noch Dr. Rita Rosner und Sandra Kaufmann.

Für das Korrekturlesen weiter Teile dieser Arbeit danke ich Dr. Achim Wentzel, Monika Kiss, Angelika von Wahlert, Dr. Dr. Norbert Grulke und Prof. Dr. Horst Kächele.

Für die Betreuung der Arbeit und wertvolle Anregungen danke ich Dr. Gabriele Frevert, Dr. Ines Gitzinger, Dr. Dr. Norbert Grulke und Prof. Dr. Horst Kächele (Universität Ulm).

Für statistische Beratungen danke ich Herrn Dr. Dan Pokorny (Universität Ulm) und Herrn Dr. Willi Nagl (Universität Konstanz).

Wertvolle inhaltliche und methodische Anregungen erhielt ich von der Arbeitsgruppe „Forschung in der stationären Gruppentherapie“ der Mainzer Werkstatt, vor allem von Prof. Bernhard Strauss, Prof. Diether Höger, Prof. Henning Schauenburg, Dr. Robert Mosheim, Prof. Jochen Eckert und Audrey Lobo-Drost. Ich danke Ihnen allen.

Prof. Kim Bartholomew und Dr. Brent Mallinckrodt danke ich für Ihre Unterstützung.

Den beiden Chefärzten der Psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach Dr. Konrad Stauss und Dr. Jürgen Klingelhöfer möchte ich für ihre Erlaubnis danken, diese, für eine Reha-Klinik durchaus umfangreiche Datenerhebung durchführen zu dürfen.

Weiter danke ich meinen therapeutischen Kollegen an der Psychosomatik Bad Grönenbach für Ihre Unterstützung bei der Datenerhebung und die fruchtbaren Diskussionen über die Patientinnen und deren Therapieverläufe (v. a. Dr. Hartmut Gehrung, Thomas Eckmann).

Der Oberärztin Frau Dr. Kathrin Baumann und dem ltd. Psychologen Achim Votsmeier (beide Psychosomatik Bad Grönenbach) danke ich für die stundenlangen psychodiagnostischen Gegenratings von sehr schwer zu beurteilenden Patientinnen. Ihre Einschätzungen haben mich von der klinischen Validität der vorliegenden SKID-II-Diagnosen überzeugt.

Meinem Beach-Volleyballpartner und Ex-Kollegen Dr. Jochen von Wahlert danke ich für kontroverse Diskussionen zu OPD-Einschätzungen und Diagnosen und vor allem für die Möglichkeit des sportlichen Ausgleichs im anstrengenden Daten-Erhebungsjahr 1997.

Zuletzt danke ich noch allen 55 (ehemaligen) Patientinnen, die mir als unbekanntem Interviewer/Therapeuten eine so große Offenheit entgegenbrachten.