

Hängt das Selbsterleben von Patient*innen in der Psychotherapiesunde mit ihrem Bindungsmuster zusammen?

Ergebnisse einer Pilotstudie

Klaus-Peter Seidler
Hannover, Deutschland

Diether Höger
Freiburg, Deutschland

Von der Bindungstheorie werden unterschiedliche Strategien beschrieben, wie Menschen aufgrund früherer Bindungserfahrungen aktuelle Situationen von Bedrohung oder (innerer) Not emotional und interpersonell bewältigen. Dabei werden eine sichere, deaktivierende und hyperaktivierende Strategie und entsprechende Muster von sicherer, unsicher-vermeidender und unsicher-ambivalenter Bindung unterschieden. Die Studie geht der Frage nach, ob das Selbsterleben von Patient*innen in der Therapiestunde in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster unterschiedlich ausfällt. Es wird angenommen, dass dieses für Patient*innen mit sicherem Bindungsmuster unproblematischer bzw. positiver als für Patient*innen mit unsicherem Bindungsmuster ausfällt und bei den unsicheren Bindungsmustern durch unterschiedliche Merkmale gekennzeichnet ist. Zudem wird davon ausgegangen, dass sich die erwarteten Unterschiede insbesondere in der Therapieanfangsphase zeigen. Untersucht wurden die ersten 15 Therapiestunden von 55 Patient*innen in Personenzentrierter Einzelpsychotherapie. Das Bindungsmuster wurde anhand des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE) und das stundenbezogene Selbsterleben anhand des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) erhoben. Die ersten fünf Stunden wurden als Therapieanfangsphase zusammengefasst und mit den folgenden Stunden verglichen. Die statistische „Analyse“ (H- und Wilcoxon-Test) bestätigen die Hypothesen weitgehend, wobei die Ergebnisse insbesondere aufgrund der kleinen Stichprobengröße als vorläufig zu betrachten sind. Es werden ausführliche Hinweise in Hinblick auf weiterführende Studien gegeben und Empfehlungen für die therapeutische Praxis ausgeführt.

Schlüsselwörter: Bindungsmuster, Patient*in, Personenzentrierte Psychotherapie, Therapieprozess, Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE), Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB)

Is there a relation between patients' attachment pattern and the way they experience themselves in psychotherapy sessions? Results of a pilot study. Attachment theory describes different strategies of how people can handle current situations of threat or (inner) distress emotionally and interpersonally based on previous attachment experiences. A distinction is made between a secure, deactivating and hyperactivating strategy and corresponding patterns of secure, insecure-avoiding and insecure-ambivalent attachment. The study investigates whether the self-experience of patients in therapy varies depending on their pattern of attachment. It is assumed that the self-experience is less problematic or more positive for patients with a secure attachment pattern and shows different characteristics for the insecure attachment patterns. In addition, it is assumed that the expected differences are pronounced in the beginning of therapy. The first 15 therapy sessions of 55 patients in person-centered individual psychotherapy were examined. The pattern of attachment was assessed using the Bielefeld Clients' Expectations Questionnaire and the self-experience in therapy sessions with the Bielefeld Client Experience Questionnaire. The first five therapy sessions were combined as the initial phase of therapy and compared with the following hours. The statistical analyzes (H- and Wilcoxon-test) confirm the hypotheses to a large extent, although the results should be considered preliminary, in particular due to the small sample size. Detailed considerations are made with regard to further studies and recommendations for therapeutic practice are given.

Keywords: attachment pattern, client, person-centered therapy, therapy process, the Bielefeld Clients' Expectations Questionnaire, the Bielefeld Client Experience Questionnaire

Klaus-Peter Seidler, 1956, Dr., apl. Prof. an der Medizinischen Hochschule Hannover, Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildungsbeauftragter und Ambulanzleiter am Institut für Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung (IPAW), Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie (GwG). Forschungsschwerpunkte: Bindungsforschung und körperorientierte Psychotherapie. Kontakt: seidler.klaus-p@mh-hannover.de

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Qualifikation als Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie (GwG). Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie. Kontakt: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Wenn die Aussagen der Bindungstheorie auf die Psychotherapie angewendet werden (vgl. Höger, 2007; Höger & Müller, 2002), dann kann angenommen werden, dass sich Patient*innen, die sich in Psychotherapie begeben, in aller Regel in einer Notlage befinden und dass deswegen ihr Bindungssystem aktiviert ist, sodass sie bei ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten Sicherheit suchen, d. h. zumindest zunächst vor allem Schutz und Hilfe. Weiterhin lässt sich annehmen, dass ihr Beziehungsangebot an die Therapeutin bzw. den Therapeuten bedeutsam durch ihr jeweiliges Bindungsmuster bestimmt wird.

Bindungsmuster gelten als adaptive Strategien einer Person, die sie aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen in bindungsrelevanten Situationen entwickelt hat, also solchen, in der sie der Nähe, des Schutzes und der Fürsorge durch andere bedurfte. Bindungsmuster spiegeln wider, was eine Person gelernt hat, mit welchen Verhaltensweisen und Formen der Erlebnisverarbeitung sie mit ihren Bindungsbedürfnissen am ehesten zurechtkam. Diese Lernerfahrungen sind in einem Repräsentationssystem, dem „internalen Arbeitsmodell“ („inner working model“ nach Bowlby, 1969; vgl. auch Main, Kaplan & Cassidy, 1985), gespeichert und steuern das Verhalten in bindungsrelevanten Situationen.

Main (1990) unterscheidet zusammenfassend drei grundlegende Strategien, nach denen interne Arbeitsmodelle organisiert sein können. Die erste, die *primäre Strategie* entspricht dem „sicheren“ Bindungsmuster. Sie entwickelt sich dann, wenn in der bisherigen Lebensgeschichte einer Person feinfühlig Bindungspersonen weitgehend zuverlässig die Bindungsbedürfnisse dieser Person nach Hilfe und/oder Zuwendung verstanden und befriedigt haben.

War dies nicht der Fall, entwickeln sich *sekundäre Strategien*. Sie entsprechen den „unsicheren“ Bindungsmustern und repräsentieren diejenigen Muster des Verhaltens und der Erlebnisverarbeitung, die es der Person ermöglichen, für ihre Bindungsbedürfnisse unter den gegebenen äußeren Bedingungen ein wenigstens relatives Optimum zu erreichen. Diese Strategien überlagern mehr oder weniger die primäre Strategie und können u. U. diese auch vollständig ersetzen. Entsprechend den grundlegenden Verhaltensweisen der Bindungspersonen werden von Main (1990) zwei sekundäre Strategien unterschieden.

Die *deaktivierende Strategie* entspricht dem „unsicher-vermeidenden“ Bindungsmuster und hat sich dann als zweckmäßig erwiesen, wenn die Bindungsbedürfnisse durch die Bindungsperson konstant frustriert worden sind. Sie besteht darin, dass die Person eigenes Bindungsverhalten mehr oder weniger unterdrückt, die zugehörigen Wünsche und Gefühle nicht oder verzerrt symbolisiert sowie Nähe in Beziehungen vermeidet.

Anders die dem „unsicher-ambivalenten“ Bindungsmuster entsprechende *hyperaktivierende Strategie*: Sie entwickelt sich dann, wenn die Befriedigung oder Frustration von

Bindungsbedürfnissen nicht vorhersehbar war, und gründet auf der ständigen Unsicherheit, ob Hilfe und Unterstützung erreichbar sind und auch bleiben. Die Folge ist, dass das Bindungssystem bzw. das Bindungsverhalten ständig und in erhöhtem Maße aktiviert ist. Damit verbunden sind Verlassensangst und Misstrauen, Anklammern und Einfordern von Zuwendung, zusammen mit Wut und Enttäuschung, wenn sie nicht hinreichend gewährt wird.

Bezogen auf Psychotherapie lässt sich somit folgende allgemeine Hypothese formulieren: Wenn in der Therapie das Bindungssystem bei Patient*innen aktiviert ist und dies deren Verhalten und Erleben maßgeblich mitbestimmt, dann werden Patient*innen ihre Psychotherapie in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster unterschiedlich erleben.

In bisherigen Forschungen wurde dies vor allem in Hinblick darauf untersucht, wie das therapeutische Arbeitsbündnis von Patient*innen erlebt wird (Smith, Msetfi & Golding, 2010). Etwas überraschend zeigen Meta-Analysen wohl signifikante aber vom Ausmaß her kleine Korrelationen zwischen dem Bindungsstil¹ von Patient*innen in engen Beziehungen und ihrer Einschätzung des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf. So schätzen Patient*innen das therapeutische Arbeitsbündnis negativer ein, wenn bei ihnen ein ängstlicher Bindungsstil ($r = -.12$) oder ein vermeidender Bindungsstil ($r = -.14$) im Sinne einer hyperaktivierenden bzw. deaktivierenden Strategie vorliegt (Bernecker, Levy & Ellison, 2014), und positiver bei Vorliegen von Bindungssicherheit ($r = .17$; Diener & Monroe, 2011). Wesentlich deutlichere Zusammenhänge finden sich hingegen, wenn nicht der allgemeine Bindungsstil in engen Beziehungen sondern der auf die jeweilige Person der Therapeutin bzw. des Therapeuten bezogene Bindungsstil herangezogen wird (Mallinckrodt & Jeong, 2015): Patient*innen beurteilen das therapeutische Arbeitsbündnis positiver, wenn sie eine sichere Bindung zu ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten aufweisen ($r = .76$) oder keine vermeidende Bindung zu ihr bzw. ihm beschreiben ($r = -.63$). Hingegen weist eine präokkupierte Bindung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten im Sinne einer hyperaktivierenden Strategie keinen Zusammenhang zur erlebten Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf.

Unseres Wissens liegt bislang keine Studie vor, in der explizit das *Selbsterleben* von Patient*innen in der Therapie in Abhängigkeit von deren Bindungsmuster untersucht wurde. Mit *Selbsterleben* soll hier nicht das Experiencing von Patient*innen gemäß dem Konzept von Gendlin (Bommert & Dahlhoff, 1978) gemeint sein, sondern wie sich Patient*innen selbst *in*

1 Es wird im Folgenden der Begriff *Bindungsstil* verwendet, wenn das Bindungsmuster anhand von Fragebögen zum bindungsbezogenem Erleben bzw. bindungsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen erfasst wurde.

der *Therapiesituation* erleben: Bereitet es ihnen z. B. Angst, über sich zu sprechen, können sie sich im Verlauf einer Therapie- stunde entspannen, fühlen sie sich im Kontakt mit der The- rapeutin bzw. dem Therapeuten wohl usw.? Für die Person- zentrierte Psychotherapie ist die Frage nach Unterschieden im Selbsterleben in Abhängigkeit vom Bindungsmuster von großer Relevanz. Wie Höger und Müller (2002) ausführen, kann ein besseres Verständnis und Wissen hierüber für Therapeut*in- nen eine hilfreiche Grundlage für deren empathisches Ein- gehen auf den inneren Bezugsrahmen und entsprechender Be- ziehungsangebote der Patient*innen darstellen. Die vorliegende Studie soll hierzu einen Beitrag liefern. Es wird dabei die An- nahme verfolgt, dass sich das Selbsterleben von Patient*innen mit einer sicheren Bindung im Vergleich zu Patient*innen mit einer unsicheren Bindung als positiver bzw. problemfreier dar- stellt. Zudem wird angenommen, dass das Selbsterleben in der Therapiestunde bei unsicher gebundenen Patient*innen in Ab- hängigkeit davon, ob eine deaktivierende oder hyperaktivie- rende Bindungsstrategie vorliegt, durch unterschiedliche Merk- male gekennzeichnet ist. Es wird des Weiteren angenommen, dass sich die Bindungsbezogenen Unterschiede vor allem in der Therapieanfangsphase zeigen, in der Patient*innen noch wenig Gelegenheit zu emotional korrigierenden Erfahrungen mit ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten haben.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe konstituierte sich aus 55 Patient*innen (45 weib- lich) in erwachsenem Alter von 13 erfahrenen Gesprächspsy- chotherapeut*innen² (7 weiblich) aus Deutschland und der Schweiz. Die Studie wurde als Pilotstudie mit dem Ziel kon- zipiert, die Untersuchung der oben aufgeführten Fragestellung im ambulanten Setting unter naturalistischen Bedingungen bei freipraktizierenden Psychotherapeut*innen realisieren zu können. Dementsprechend sollte die forschungsbedingte Be- anspruchung von Patient*innen und Therapeut*innen mög- lichst gering gehalten werden, so dass darauf verzichtet wurde, soziodemographische Merkmale und die Diagnose der Pa- tient*innen oder weitere Kovariablen, wie den Bindungsstil der Therapeut*innen, zu erheben. Die mittlere Dauer der The- rapie betrug 48.46 Stunden ($SD = 31.91$).

² Bei der Datenerhebung für diese Studie haben mitgewirkt: Raimund Dörr, Andrea Domnick, Ute Fiedler, Dirk Fiedler, Charlotte Groeflin- Buitink, Ernst Hemmert, Anita Holzer-Sonderegger, Hanne Hum- mel, Doris Müller, Sibylle Neidhart, Henriette Petersen, Serge Racine, Anette Schmoeckel und Patrik Zahno. Ihnen sowie ihren Patient*in- nen sei dafür herzlich gedankt.

Messinstrumente

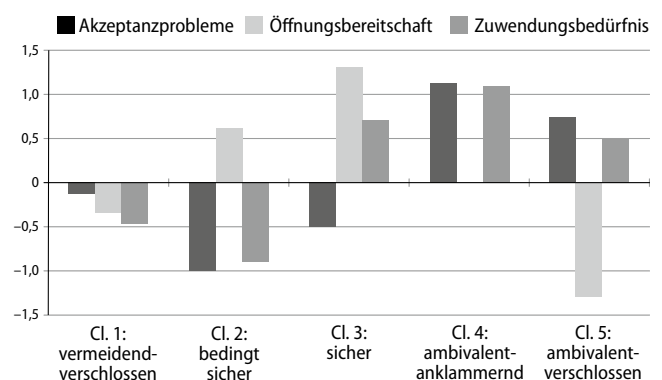
Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen

Die Bindungsmuster der Patient*innen wurden mit dem Bie- lefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE; Höger, 1999) zu Beginn der Behandlung bestimmt. Dieser besteht aus folgenden drei faktorenanalytisch begründeten Skalen:

- (1) **Akzeptanzprobleme:** Die Patientin bzw. der Patient erwar- tet, von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten, so wie sie bzw. er ist, nicht akzeptiert werden zu können (z. B. „Ich befürchte, dass mein Therapeut/meine Therapeutin auf Dis- tanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirk- lich in mir vorgeht.“).
- (2) **Öffnungsbereitschaft:** Die Patientin bzw. der Patient erwar- tet, sich gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten öffnen und Auskunft über ihr bzw. sein Erleben geben zu können (z. B. „Ich werde mit meinem Therapeuten / mei- ner Therapeutin recht leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.“).
- (3) **Zuwendungsbedürfnis:** Der *bewusste* Wunsch der Patien- tin bzw. des Patienten, dass sich die Therapeutin bzw. der Therapeut ihr bzw. ihm zuwenden und sich speziell um sie bzw. ihn kümmern möge (z. B. „Wenn sich mein Therapeut/ meine Therapeutin einmal nicht genug um mich kümmern sollte, würde mich das schon sehr entmutigen.“).

Die Skalen weisen eine gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha im Bereich von .83 bis .84). Anhand einer Normstich- probe wurden mittels dieser Skalen clusteranalytisch fünf Bin- dungsmuster identifiziert (Höger, 1999), wie sie in Abbildung 1 wiedergegeben sind.

Abbildung 1: Konfiguration der mittleren Skalenwerte (z-Werte) für die fünf Cluster im BFKE (Höger, 1999).



Ausgehend von Mains Strategiemodell (Main, 1990) sind Per- sonen, die dem mittleren Cluster 3 angehören, einer primä- ren Strategie des Bindungssystems, also einem sicheren Bin- dungsmuster, zuzuordnen: Die Öffnungsbereitschaft und das Zuwendungsbedürfnis sind erhöht, die Akzeptanzprobleme

vermindert. Bei den beiden Clustern rechts (4 und 5) ist demgegenüber eine ambivalente Erwartungshaltung mit einem erhöhten Zuwendungsbedürfnis einerseits und mit hohen Akzeptanzproblemen andererseits zu verzeichnen. Diese Kombination deutet auf eine misstrauische Ängstlichkeit (vgl. Höger & Buschkämper, 2002) und damit auf eine hyperaktivierende Strategie des Bindungssystems hin. Dabei repräsentieren die beiden Cluster eine wenig öffenungsbereite (verschlossene) und eine diesbezüglich neutrale (anklammernde) Variante der hyperaktivierenden Strategie.

Das Cluster 1 zeigt eher wenig ausgeprägte Skalenwerte. Die geringe Öffenungsbereitschaft und das verminderte Zuwendungsbedürfnis fallen komplementär zum „sicheren“ Cluster aus und weisen auf eine vermeidende und verschlossene Haltung hin, so dass bei diesem Cluster von einer deaktivierenden Bindungsstrategie auszugehen ist. Cluster 2 wurde bei den anderen üblichen Bindungsfragebögen bisher nicht identifiziert (vgl. Höger, 2002), erwies sich jedoch in dem parallelen Bindungsfragebogen, dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger & Buschkämper, 2002; Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008), und bei unterschiedlichen Stichproben als hochgradig stabil. Mehrere Studien (Domscheit, 2007; Grau, Clashhausen & Höger, 2003; Höger & Buschkämper, 2002) haben ergeben, dass bei anderen Bindungsfragebögen die Personen dieses Clusters weitgehend mit denen von Cluster 3 gemeinsam als „sicher“ klassifiziert werden. Hingegen spricht das deutlich verminderte Zuwendungsbedürfnis gegen eine primäre Strategie des Bindungssystems bzw. ein sicheres Bindungsmuster und für eine sekundär deaktivierende Strategie, allerdings in deutlich anderer Form als bei Cluster 1. Validitätsstudien zum BFPE zeigen, dass Personen des Clusters 2 wohl ebenso wie sicher gebundene Personen des Cluster 3 erreichbar für bindungsrelevante Bedürfnisse und Gefühle sind, sich jedoch mit ihren eigenen Ansprüchen betont zurückhalten (Kuppardt, 1999). Zugleich schließen sie unangenehme Gedanken und damit zusammenhängende Gefühle aus ihrem Bewusstsein weitgehend aus (Clashhausen, 1999). Wegen der gewissen Ähnlichkeit mit Cluster 3 wird dieses Cluster als „bedingt sicher“ bezeichnet.

Die Bestimmung des Bindungsmusters der Patient*innen in dieser Studie erfolgte gemäß dem von Höger (1999) beschriebenen Verfahren für den BFKE, wonach eine Cluster-Zuordnung über die Methode des kleinsten Abstandes zum Clusterzentroid erfolgt.

Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen

Um das Selbsterleben der Patient*innen in der Therapie zu erfassen, wurde der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB; Höger & Eckert, 1997) verwendet, der von den Patient*innen jeweils nach einer Therapiestunde ausgefüllt wurde.

Dieses Instrument besteht aus sechs faktorenanalytisch begründeten Skalen:

- (1) **Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin** (Beispiel-Item: „Heute fühlte ich mich bei meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gut aufgehoben.“),
- (2) **Zurechtkommen mit sich selbst** (Beispiel-Item: „Es fiel mir heute leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.“),
- (3) **Veränderungserleben** (Beispiel-Item: „Durch das heutige Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.“),
- (4) **Erleben von Sicherheit und Zuversicht** (Beispiel-Item: „In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.“),
- (5) **Beruhigung** (Beispiel-Item: „Durch das heutige Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.“),
- (6) **körperliche Entspannung vs. Erschöpfung** (Beispiel-Item: „Nach dieser Stunde fühle ich mich körperlich erholt und entspannt.“).

Die Skalen reichen von *stimmt überhaupt nicht* (0) bis *stimmt genau* (5) und weisen eine akzeptable bis gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha im Bereich von .69 bis .87).

Statistische Analyse

Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die Analyse der BIKEB-Werte der ersten 15 Therapiesitzungen. Da sich in einer früheren Untersuchung (Höger & Wissemann, 1999) ergeben hatte, dass sich das Patient*innenerleben in der Anfangsphase einer Therapie (erste bis fünfte Stunde) von demjenigen in späteren Sitzungen unterscheidet, sollte erfasst werden, ob sich dies auch für die fünf Bindungsmuster des BFKE abbildet. Hierfür wurden jeweils für die Stunden 1 bis 5 und 6 bis 15 die mittleren Werte für die BIKEB-Skalen bestimmt.

Da Ausreißer in kleinen Stichproben, wie der hier vorliegenden, bei parametrischen statistischen Analyseverfahren zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen, wurden non-parametrische Verfahren (H-Test, Wilcoxon-Test) gewählt. Bei den nachfolgenden Paarvergleichen zum H-Test wurde eine Bonferroni-Adjustierung des Signifikanzniveaus vorgenommen. Um der geringen Test-Power bei dem vorliegenden kleinen Stichprobenumfang zu begegnen, sollten nicht nur Ergebnisse, die auf dem 5%-Niveau signifikant sind, bei der Ergebnisdarstellung und Interpretation berücksichtigt werden, sondern auch „tendenziell“ signifikante Ergebnisse auf dem 10%-Niveau. Die statistische Datenanalyse erfolgte mit SPSS[®], Version 25.

Tabelle 1: Mittelwerte (Standardabweichung in Klammern) der BIKEB-Skalen für die fünf BFKE-Bindungsmuster und die Therapiephasen

BIKEB-Skalen	Therapiephase	BFKE-Cluster				
		1 (n = 12)	2 (n = 24)	3 (n = 10)	4 (n = 6)	5 (n = 3)
(1) Zurechtkommen mit d. Therapeuten	Std. 1–5	4.1 (0.4)	4.4 (0.4) ⁴	4.5 (0.4) ⁴	3.5 (0.5) ^{2,3}	3.9 (0.9)
	Std. 6–15	4.0 (0.6)	4.3 (0.4) ⁴	4.5 (0.3) ⁴	3.5 (0.5) ^{2,3}	4.0 (0.9)
(2) Zurechtkommen mit sich selbst	Std. 1–5	3.1 (0.7) ²	3.9 (0.5) ^{1,4}	3.6 (0.7)	2.9 (0.6) ²	3.1 (1.3)
	Std. 6–15	3.3 (0.8)	3.7 (0.6)	3.5 (0.7)	3.0 (0.5)	2.3 (1.2)
(3) Veränderungserleben	Std. 1–5	2.9 (0.6)	3.4 (0.6) ⁵	3.1 (0.8)	2.3 (0.9)	1.7 (0.4) ²
	Std. 6–15	3.2 (0.7)	3.4 (0.6)	3.3 (0.7)	2.8 (0.7)	2.6 (1.1)
(4) Erleben v. Sicherheit u. Zuversicht	Std. 1–5	2.6 (0.9)	2.8 (0.8)	3.0 (1.1)	1.9 (1.3)	1.8 (1.0)
	Std. 6–15	2.7 (0.9)	3.0 (0.9)	3.2 (0.8)	2.4 (1.0)	2.4 (1.0)
(5) Beruhigung	Std. 1–5	2.8 (0.6)	3.3 (0.5) ⁵	3.0 (1.0)	2.8 (0.8)	1.8 (0.2) ²
	Std. 6–15	2.9 (0.6)	3.1 (0.6)	3.0 (0.9)	3.0 (0.4)	2.5 (0.2)
(6) Körp. Entspannung vs. Erschöpfung	Std. 1–5	2.6 (0.8)	2.9 (0.7)	2.8 (0.9)	2.3 (0.8)	1.8 (1.3)
	Std. 6–15	2.6 (0.5)	2.9 (0.8)	2.8 (0.9)	2.8 (0.2)	2.0 (1.1)

Anmerkungen:

BIKEB-Skalenbereich: 0–5. BFKE-Cluster: Cluster 1: vermeidend-verschlossen, Cluster 2: bedingt sicher, Cluster 3: sicher, Cluster 4: ambivalent-anklammernd, Cluster 5: ambivalent-verschlossen. H-Test: Hochgesetzte Ziffern geben diejenigen Cluster wieder, zu denen signifikante Unterschiede (Bonferroni-adjustiertes $p < .05$) bestehen. Tendenziell signifikante Unterschiede lagen nicht vor. Wilcoxon-Test: Kursiv gesetzte Mittelwerte zeigen einen tendenziell signifikanten Unterschied ($p < .10$) zwischen den Therapiephasen an. Signifikante Unterschiede lagen nicht vor.

Ergebnisse

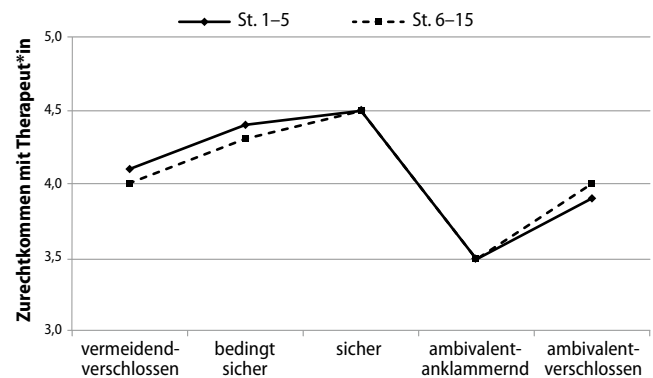
Es ergab sich folgende Verteilung der BFKE-Cluster (vgl. Tabelle 1): 22 % der Patient*innen wiesen ein vermeidend-verschlossenes Bindungsmuster auf, 44 % ein bedingt sicheres, 18 % ein sicheres, 11 % ein ambivalent-anklammerndes und 5 % ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster. Die Anzahl der Fälle für die beiden Cluster mit hyperaktivierender Bindungsstrategie fiel damit sehr niedrig aus. Auf eine Zusammenfassung beider Cluster wurde aber verzichtet, um im Sinne des Pilotstudiencharakters der Untersuchung Hinweise auf mögliche Unterschiede zwischen diesen beiden Clustern erfassen zu können, denen in nachfolgenden Studien nachzugehen wäre.

Die Ergebnisse zum Vergleich der Mittelwerte in den BIKEB-Skalen über die fünf BFKE-Cluster sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die Werte der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin“ fallen im Vergleich mit den übrigen Skalen recht hoch aus (vgl. Abbildung 2). Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiephasen zu verzeichnen. Allenfalls zeichnet sich tendenziell für Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster ein niedrigerer Wert für die spätere Therapiephase (Wilcoxon-Test: $p = .079$) ab, wobei die Mittelwertdifferenz numerisch gering ausfällt. Deutliche Differenzen bestehen hingegen zwischen den Bindungsmustern und zwar für beide Therapiephasen (H-Test: $p = .007$ bzw. $.015$). In beiden Therapiephasen kamen

die Patient*innen mit den Bindungsmustern „bedingt sicher“ ($p = .023$ bzw. $.047$) und „sicher“ ($p = .011$ bzw. $.011$) mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten deutlich besser zurecht als die ambivalent-anklammernd gebundenen Patient*innen.

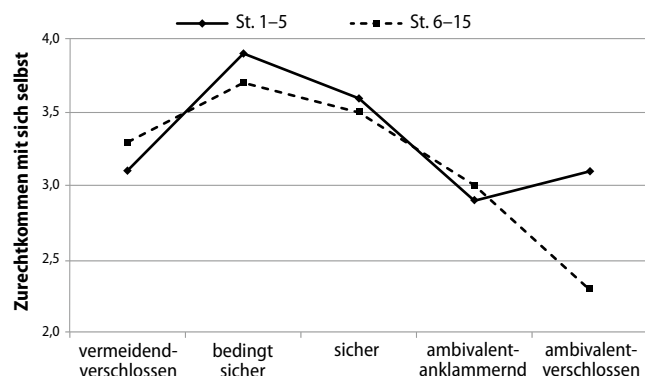
Abbildung 2: Skalenmittelwerte der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit dem Therapeuten /der Therapeutin“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Bei der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit sich selbst“ (vgl. Abbildung 3) ergibt sich ebenfalls für beide Therapiephasen ein signifikanter Effekt zwischen den Bindungsmustern (H-Test: $p = .004$ bzw. $.025$), wobei die Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster angaben, in der Stunde mit sich selber besser zurecht zu kommen als dies bei Patient*innen mit „vermeidend-verschlossenem“ und ambivalent-anklammerndem Bindungsmustern der Fall war. Diese Paarvergleiche erreichen

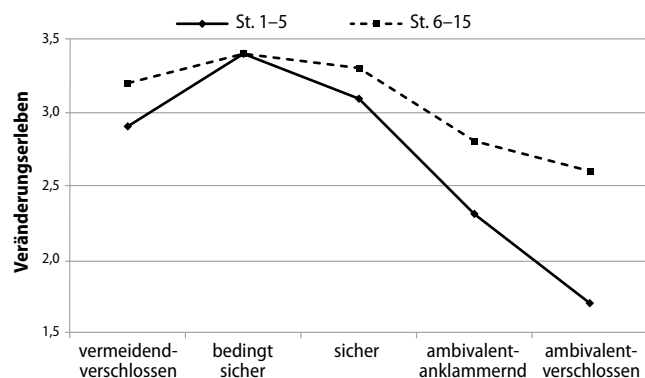
aber nur in der Therapieanfangsphase mit $p = .017$ und $p = .026$ statistische Signifikanz. Deskriptiv zeigt sich bei Patient*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster, dass sich deren Angaben zum Zurechtkommen mit sich selbst, anders als bei den anderen Patient*innen, im Therapieverlauf in stärkerem Ausmaß verschlechtern, wobei aufgrund der kleinen Fallzahl diesbezüglich keine statistische Signifikanz zu verzeichnen ist.

Abbildung 3: Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit sich selbst“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Für die BIKEB-Skala „Veränderungserleben“ (vgl. Abbildung 4) besteht ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Bindungsmustern nur in der Therapieanfangsphase (H-Test: $p = .003$): Patient*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster erlebten zu Beginn der Therapie nur wenig Veränderung und unterscheiden sich damit statistisch signifikant von den Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster, deren Veränderungserleben am deutlichsten ausgeprägt war ($p = .011$). Abgesehen von den Patient*innen mit diesem Bindungsmuster ist für die Patient*innen mit den anderen Bindungsmustern eine Verbesserung des Veränderungserlebens im weiteren Therapieverlauf zu verzeichnen, was sich aber aufgrund der geringen Fallzahlen nur für die Patient*innen mit vermeidend-verschlossenem Bindungsmuster als statistischer Trend darstellt (Wilcoxon-Test: $p = .075$).

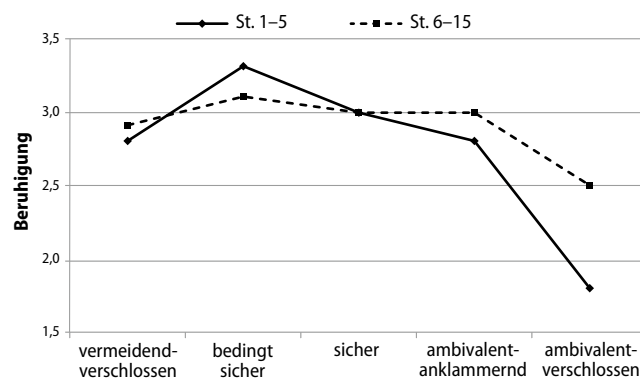
Abbildung 4: Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Veränderungserleben“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Bei der BIKEB-Skala „Erleben von Sicherheit und Zuversicht“ ergeben sich in beiden Therapiephasen zwischen den Bindungsmustern keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Ebenso zeigen die Patient*innen der einzelnen Bindungsmuster keine statistisch bedeutsamen Veränderungen von der Therapieanfangsphase zur nachfolgenden Therapiephase auf, auch wenn sich insbesondere für die Patient*innen der beiden ambivalenten Bindungsmuster eine Zunahme des Erlebens von Sicherheit und Zuversicht abzeichnet.

Für die BIKEB-Skala „Beruhigung“ (vgl. Abbildung 5) findet sich in der Therapieanfangsphase ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Bindungsmustern (H-Test: $p = .011$) und zwar in der Form, dass Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster in stärkerem Ausmaß als Patient*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster im Verlauf einer Therapiestunde Beruhigung erfuhren ($p = .016$). Bei letzteren Patient*innen zeigt sich, dass sie im weiteren Therapieverlauf in den Therapiestunden zu mehr Beruhigung fanden, wobei der Unterschied zwischen den beiden Therapiephasen aufgrund der geringen Fallzahl aber nicht signifikant ausfällt.

Abbildung 5: Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Beruhigung“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Bei der BIKEB-Skala „Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung“ ergeben sich weder im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Bindungsmustern noch für den Vergleich der beiden Therapiephasen signifikante Befunde.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bestätigen weitgehend die Annahme, dass Patient*innen mit sicherem Bindungsmuster bzw. sicheren Bindungsanteilen, wie sie bei den Patient*innen mit bedingt sicherer Bindung aufgrund geringer Akzeptanzprobleme und erhöhter Öffnungsbereitschaft vorliegen, ein problemfreieres bzw. positiveres Selbsterleben in den Therapiestunden aufweisen: Die Mittelwerte für diese beiden

Patient*innen-Cluster fallen für die einzelnen BFKE-Skalen im Vergleich zu den anderen Patient*innen-Cluster am höchsten aus, wobei statistisch signifikante Ergebnisse insbesondere für die bedingt sicher gebundenen Patient*innen in der Therapieanfangsphase zu verzeichnen sind. Die Skalenmittelwerte der sicher und bedingt sicher gebundenen Patient*innen unterscheiden sich hingegen nur geringfügig und statistisch insignifikant.

Bindungssicherheit bei Patient*innen geht somit nicht nur, wie in der Einleitung erwähnt, mit einem positiveren therapeutischen Arbeitsbündnis einher, sondern auch mit einem besseren Selbsterleben in der Therapie(-anfangsphase). Da sich in zwei Studien (Seidler & Garlipp, 2011; Strauss et al., 2006) zur (teil-)stationären Psychotherapie zeigte, dass vor allem Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster Verbesserungen am Behandlungsende aufwiesen, lässt sich vermuten, dass dies mit dem positiven Selbsterleben dieser Patient*innen bereits in der Anfangsphase des therapeutischen Kontakts zusammenhängt. Dementsprechend konnte anhand des Vorläufers des BIKEB, dem Klienten-Erfahrungsbogen (KEB), nachgewiesen werden, dass dem Selbsterleben der Patient*innen in den initialen Therapiestunden eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg zukommt (Eckert, Bolz & Pfuhlmann, 1979; Eckert, Schwartz & Tausch, 1977). Möglicherweise sprechen gerade die bedingt sicher gebundenen Patient*innen so positiv auf Psychotherapie an und können davon profitieren, da sie dort die Erfahrung machen, Zuwendung zu erfahren, die zu erhalten sie sich als Wunsch aufgrund einer partiell vorliegenden deaktivierenden Bindungsstrategie gar nicht zugestehen können. Die vorhandenen sicheren Bindungsanteile ermöglichen es ihnen dann, das therapeutische Angebot für sich zu nutzen, indem sie sich zu öffnen wagen und dabei nicht in Sorge zu sein, auf Ablehnung bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten zu stoßen. Insofern machen die bedingt sicher gebundenen Patient*innen möglicherweise eine korrigierende emotionale Erfahrung im Sinne von „hier darf es mal nur um mich gehen“. Ein entsprechender Befund findet sich in einer Studie zur tagesklinischen Behandlung (van der Heijden & Seidler, 2014). Die bedingt sicher gebundenen Patient*innen zeigten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, dass sie ihre Behandlung rückblickend so erlebten, Zuwendung von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten erhalten zu haben.

Wie die Ergebnisse zum bedingt sicheren Bindungsmuster des BIKEB zeigen, ist dieses Muster zu unterscheiden von dem *pseudo-sicheren* Bindungsmuster, das in jüngster Zeit im Zusammenhang mit Befunden zur Client Attachment to Therapist Scale (CATS) diskutiert wird (Mallinckrodt et al., 2017; Petrowski et al., 2019). Mit Letzterem ist gemeint, dass Patient*innen eine sichere Bindung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten beschreiben, dies aber durch Idealisierung im Rahmen einer hyperaktivierenden (Mallinckrodt et al., 2017) oder

deaktivierenden (Petrowski et al., 2019) Bindungsstrategie geprägt ist. Das bedingt sichere Bindungsmuster des BIKEB konstituiert sich anhand der *Erwartungen* von Patient*innen vor oder zu Beginn einer Therapie dazu, wie sie sich selbst gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten verhalten werden und wie dies umgekehrt diese bzw. dieser tun wird. Hingegen ergibt sich das pseudo-sichere Bindungsmuster im CATS anhand des *Erlebens* der Patient*innen im Therapieverlauf dazu, wie sie sich selbst in der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten verhalten und wie sie diese bzw. diesen im Verhalten ihnen gegenüber wahrnehmen. Wie sich in der vorliegenden Studie zeigt, erlebten sich die bedingt sicher gebundenen Patient*innen in den Therapie(anfangs)stunden so, dass sie mehr als die Patient*innen mit vermeidend-verschlossenem oder ambivalenten Bindungsmuster das Gefühl haben, mit sich selbst zurechtzukommen, so dass sie ihr eigenes Verhalten und Erleben explorieren können (BIKEB-Skala 2). Das Selbsterleben in den Therapiestunden war bei den bedingt sicher gebundenen Patient*innen somit nicht durch hyperaktivierende oder deaktivierende Bindungsstrategien gekennzeichnet und fiel insofern anders aus, als bei Vorliegen eines pseudo-sicheren Bindungsmuster zu erwarten gewesen wäre. Dies dürfte auch erklären, weshalb sich wie oben erwähnt für das bedingt sichere Bindungsmuster Zusammenhänge zum Therapieerfolg nachweisen lassen, hingegen nicht für das pseudo-sichere Bindungsmuster (Mallinckrodt et al., 2017; Petrowski et al., 2019).

Die Hypothese dieser Studie, dass das Stundenerleben von Patient*innen in Abhängigkeit davon, ob eine deaktivierende oder hyperaktivierende Bindungsstrategie vorliegt, durch unterschiedliche Merkmale gekennzeichnet ist, findet keine Bestätigung in Form von statistischen Unterschieden zwischen dem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster einerseits und dem ambivalent-anklammernden oder ambivalent-verschlossenen Bindungsmuster andererseits. Angesichts der sehr kleinen Stichprobengrößen für diese Bindungsmuster würden allerdings nur Unterschiede mit sehr großer Effektstärke eine statistische Signifikanz aufweisen. Es zeichnet sich aber eine Unterschiedlichkeit im Stundenerleben für die beiden Bindungsstrategien darin ab, für welche Merkmale des Stundenerlebens jeweils statistisch signifikante Unterschiede zu den Patient*innen mit (bedingt) sicherer Bindung zu finden sind: Die vermeidend-verschlossen gebundenen Patient*innen kamen in der Therapieanfangsphase wohl weniger gut (gemäß ihres Skalenmittelwerts aber noch recht gut) mit sich zurecht (BIKEB-Skala 2). Ansonsten unterschieden sie sich kaum von den (bedingt) sicher gebundenen Patient*innen. Die ambivalent-anklammernd gebundenen Patient*innen kamen ebenfalls in der Therapieanfangsphase weniger gut mit sich zurecht, erlebten aber zusätzlich anhaltende Probleme in der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten. (BIKEB-Skala 1). Bei

den ambivalent-verschlossen gebundenen Patient*innen zeigt sich hingegen, dass diese in der Therapieanfangsphase kaum eine Wirkung des therapeutischen Gesprächs für sich erleben, da sie eher verneinten, im Stundenverlauf ein Gefühl von Veränderung (BIKEB-Skala 3) und Beruhigung (BIKEB-Skala 5) erfahren zu haben.

Unter Annahme zugrundeliegender unterschiedlicher sekundärer Bindungsstrategien lassen sich diese Ergebnisse wie folgt interpretieren: Bei vermeidend-verschlossen gebundenen Patient*innen wirkt sich die deaktivierende Bindungsstrategie in der Weise aus, dass keine besondere emotionale Anspannung und Beunruhigung (BIKEB-Skalen 4, 5, und 6) oder problematische Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten (BIKEB-Skala 1) erlebt werden. Negative emotionale Reaktionen auf die Therapiesituation sind insofern minimiert, so dass die eigene bindungsbezogene Bedürftigkeit in der therapeutischen Beziehung nicht erlebt werden muss. Dies würde dem entsprechen, was sich in den Narrativen von Patient*innen mit unsicher-vermeidender Bindungsrepräsentanz³ als thematisches Muster finden lässt (Seidler, 2003). Bei Patient*innen mit ambivalentem Bindungsmuster führt die hyperaktivierende Bindungsstrategie entweder dazu, dass sie im Erleben der therapeutischen Beziehung leichter irritierbar (BIKEB-Skala 1 bei ambivalent-anklammerndem Bindungsmuster) oder (in der Therapieanfangsphase) verängstigt sind und das therapeutische Angebot als wenig hilfreich erleben (BIKEB-Skala 5 und 3 bei ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster). Dies korrespondiert mit dem Befund zum thematischen Muster in den Narrativen der Patient*innen mit unsicher-ambivalenter Bindungsrepräsentanz (Seidler, 2003): Diese befürchten zum einen, dass andere unempathisch auf sie reagieren, und fühlen sich zum anderen hilflos und absorbiert mit dem eigenen negativen Erleben.

Auch wenn sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiephasen nachweisen lassen und hierzu auch nur zwei tendenziell signifikante Differenzen vorliegen, so deuten die weitgehend fehlenden signifikanten Unterschiede zwischen den Bindungsmustern in der späteren

Therapiephase darauf hin, dass dort das Bindungsmuster von Patient*innen von geringerer Bedeutung für das Selbsterleben in der Therapiestunde ist. Möglicherweise hat dies damit zu tun, dass Patient*innen unabhängig von ihrem Bindungsmuster im Verlauf die therapeutische Beziehung zunehmend als „sicheren Hafen“ erleben können, wo sie Trost und Akzeptanz finden (Rosenzweig, Farber & Geller, 1996), und wo bestehende Bindungsängste und -vermeidung z. B. durch nonverbales Attunement (Håvås, Svartberg & Ulvenes, 2015) oder Herstellung eines passenden therapeutischen Abstands (Mallinckrodt, Choi & Daly, 2015) von Seiten der Therapeutin bzw. des Therapeuten gemindert werden. Die anhaltende vergleichsweise stärkere Irritierbarkeit der ambivalent-anklammernd gebundenen Patient*innen im Kontakt mit ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten (BIKEB-Skala 1) stellt diesbezüglich eine Ausnahme dar und korrespondiert mit dem Befund, dass auch Therapeut*innen bereits in der Therapieanfangsphase bei Patient*innen mit präokkupiertem Bindungsmuster, das dem ambivalent-anklammernden Bindungsmuster des BFKE entspricht, vermehrt Brüche im Therapieprozess wahrnehmen (Eames & Roth, 2000).

Insgesamt gesehen hat diese Studie eine Reihe interessanter Ergebnisse zum Zusammenhang von Bindungsmuster und Selbsterleben von Patient*innen in der Therapiestunde erbracht. Als Pilot-Studie weist sie aber eine Reihe von Begrenzungen auf, denen in weiterführenden Untersuchungen begegnet werden sollte.

So sollte insbesondere eine deutlich größere Stichprobengröße als in dieser Studie angestrebt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass eine ausreichende Anzahl von Patient*innen für die einzelnen Bindungsmuster vorliegt, um eine statistische Signifikanz für Unterschiede nicht nur von sehr großer Effektstärke, wie in der vorliegenden Studie⁴, sondern von zumindest mittlerer Effektstärke feststellen zu können. Möglicherweise lassen sich dann auch bindungsbezogene Unterschiede für die BIKEB-Skalen „Erleben von Sicherheit und Zuversicht“ und „Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung“, wie z. B. im Hinblick auf die in dieser Studie vorliegenden vergleichsweise niedrigen Werte für die ambivalent-verschlossen gebundenen Patient*innen, statistisch absichern.

Bei den Therapien der vorliegenden Studie ist unklar, welche Behandlungen einen positiven oder eher keinen Behandlungserfolg aufwiesen. Aufgrund der prognostischen Bedeutung des Stundenerlebens von Patient*innen hinsichtlich des Therapieerfolgs, sollte überprüft werden, ob die hier gefundenen

3 Der Begriff *Bindungsrepräsentanz* meint im Unterschied zum Bindungsstil, dass das Bindungsmuster anhand der Qualität der Organisation mentaler Repräsentation von Bindungserfahrungen im Erwachsenenbindungsinterview (engl.: Adult Attachment Interview; Gloger-Tippelt, 2016) bestimmt wird. Diese begriffliche Unterscheidung ist notwendig, da sich gezeigt hat, dass Maße zur Bindungsrepräsentanz und zum Bindungsstil kaum korrelieren (Roisman et al., 2007). Demgemäß kann z. B. eine unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentanz nicht mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil gleichgesetzt werden. Es gibt in der Bindungsforschung eine große Diskussion darüber, welche Konsequenzen hieraus für die Konzeptualisierung von Bindung gezogen werden sollten (Mikulincer & Shaver, 2016), auf die hier nur hingewiesen werden kann.

4 Eine Sensitivitätsanalyse mit dem Computerprogramm G*Power, Version 3.1 (Faul et al., 2007) ergibt für die Post-hoc-Paarvergleiche bei den vorliegenden Stichprobengrößen für die Bindungsmuster einem nach Bonferroni adjustierten Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%/10 = 0,5\%$ (zweiseitige Fragestellung) und der Annahme einer Testpower von 80 % Effektgrößen im Bereich von 1,41 bis 3,79.

bindungsbezogenen Unterschiede im Selbsterleben bei erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien in gleicher Weise gelten.

Anders als in der vorliegenden Studie wären auch potentiell konfundierende Variablen wie Geschlecht, Diagnose oder Symptomschwere zu kontrollieren, indem entweder eine diesbezüglich homogene oder stratifizierte Stichprobe herangezogen wird oder diese Variablen statistisch kontrolliert werden. So fanden sich z. B. für den Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE), der parallel zu dem BFKE entwickelt wurde, bei einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe geschlechtsbezogene signifikante Unterschiede hinsichtlich der Verteilung auf die Bindungsmuster. Demnach wiesen Männer häufiger als Frauen ein vermeidend-verschlossenes Bindungsmuster auf, wohingegen ein sicheres Bindungsmuster mehr bei Frauen zu finden war (Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008). Eine noch stärkere Ungleichverteilung der Bindungsmuster ist hinsichtlich von Diagnosen zu erwarten. Auch wenn die bindungsmusterbezogene Spezifität einzelner Diagnosen sowohl hinsichtlich der Bindungsrepräsentanz als auch des Bindungsstils insgesamt recht begrenzt ausfällt (Kobak & Bosmans, 2019), zeichnen sich dennoch gewisse Tendenzen ab. Während z. B. bei affektiven Störungen gleichermaßen eine unsicher-vermeidende als auch unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentanz bzw. ein ängstlicher oder vermeidender Bindungsstil bei Patient*innen vorzufinden sind, liegt bei Patient*innen mit einer Borderline-Störung vor allem eine desorganisierte Bindungsrepräsentanz bzw. ein ängstlicher und furchtsam-vermeidender Bindungsstil vor (Mikulincer & Shaver, 2018; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008). Speziell für den BFKE zeigte sich in einer Studie, dass Patient*innen mit Agoraphobie vor allem ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster aufwiesen, Patient*innen mit spezifischer Phobie hingegen bedingt sicher oder vermeidend-verschlossen gebunden waren (Gieselmann, 1997). Hinsichtlich der Symptomschwere liegt für den BFKE der Befund vor, dass Patient*innen mit ambivalentem Bindungsmuster gegenüber den Patient*innen mit vermeidendem Bindungsmuster ein erhöhtes Maß an subjektiver Symptombelastung angeben (Kasten & Schauenburg, 1999). Demzufolge ist denkbar, dass das vergleichsweise geringe Veränderungserleben (BIKEB-Skala 2) der ambivalent-verschlossen gebundenen Patient*innen in der vorliegenden Studie darauf zurückzuführen ist, dass diese sich aufgrund eines ausgeprägten Beschwerdeerlebens schwerer tun, das therapeutische Gespräch als hilfreich und entlastend zu erleben. So zeigt sich in einer aktuellen Meta-Analyse zum Zusammenhang von Therapieerfolg und Bindungsmuster auch, dass die diesbezüglichen Unterschiede zwischen dem sicheren Bindungsmuster einerseits und dem ängstlichen bzw. vermeidenden Bindungsmuster andererseits, nicht mehr nachweisbar waren, wenn das

Ausgangsniveau der Beschwerden berücksichtigt wurde (Levy et al., 2018): Ohne Berücksichtigung des Beschwerdeniveaus zu Behandlungsbeginn war eine sichere Bindung in gering-moderatem Ausmaß Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis, hingegen wies sowohl eine ängstliche als auch vermeidende Bindung einen negativen Zusammenhang in gering-moderatem Ausmaß zum Behandlungserfolg auf. Bei Berücksichtigung des Ausgangsniveaus der Beschwerden fand sich aber für alle drei Bindungsmuster kein Zusammenhang mehr zum Behandlungsergebnis.⁵

Weitere Begrenzungen in der vorliegenden Studie bestehen in der ausschließlichen Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten, der fehlenden Berücksichtigung dyadischer Interaktion im Sinne einer Zwei-Personen-Psychologie sowie die Nichtberücksichtigung des desorganisierten Bindungsmusters.

So wurde sowohl das Bindungsmuster als auch das Selbsterleben in der Therapiestunde mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen erhoben. Neben dem damit verbundenen Problem gemeinsamer Messmethoden-Varianz (Podsakoff, MacKenzie & Podsakoff, 2012) besteht in der Bindungsforschung eine kontroverse Diskussion darüber, inwieweit Selbstbeurteilungsfragebögen überhaupt geeignet sind, Bindung zu erfassen, da diese auch unbewusste Prozesse mit einschließt. Inzwischen herrscht ein weitgehender Konsens darüber, dass mit den verschiedenen Erhebungsmethoden jeweils unterschiedliche Aspekte des Bindungskonstrukts erfasst werden, so dass ein fragestellungsbezogenes Vorgehen, bei dem gegebenenfalls unterschiedliche Erhebungsmethoden parallel zur Anwendung kommen, empfohlen wird (Kirchmann, Singh & Strauß, 2017; Mikulincer & Shaver, 2016). Insofern dürfte es unter methodischen und inhaltlichen Gesichtspunkten aufschlussreich sein zu überprüfen, wie sich das Selbsterleben von Patient*innen in der Therapiestunde darstellt, wenn deren Bindungsmuster anhand von Fremdbeurteilungsverfahren erhoben wird. Als therapiebezogene Verfahren kämen hierfür der Attachment Questionnaire (AQ; Laverdière et al., 2018) und das Patient Attachment Coding System (PACS; Talia, Miller-Bottomo & Daniel, 2017) infrage. Der AQ stellt einen Fragebogen dar, anhand dessen Therapeut*innen das Bindungsmuster ihrer Patient*innen einschätzen können. Hingegen handelt es sich beim PACS um ein inhaltsanalytisches Kodierungssystem, mit dem das Bindungsmuster von Patient*innen auf der Grundlage des Transkripts einer Therapiestunde festgestellt werden kann.

Untersuchungen zum Erleben des therapeutischen Arbeitsbündnisses zeigen, dass eine alleinige Berücksichtigung des

⁵ Dieses Ergebnis kontrastiert bemerkenswerterweise mit dem Befund der beiden oben erwähnten Studien (Seidler & Garlipp, 2011; Strauss et al., 2006), wonach bei Berücksichtigung des Ausgangsniveaus der Beschwerden Patient*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster im BFKE am meisten von Psychotherapie profitierten.

Bindungsmusters der Patient*innen zu kurz greift: Wie Patient*innen das therapeutische Arbeitsbündnis einschätzen, hängt nicht nur von ihrem eigenen Bindungsmuster ab sondern auch vom Bindungsmuster ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten (z. B. Dinger et al., 2009; Dunkle & Friedlander, 1996; Sauer et al., 2003) oder auch von der „Passung“ beider Bindungsmuster im Sinne eines Interaktionseffektes (z. B. Bucci et al., 2016; Marmarosh et al., 2014). Es gibt aber auch Studien ohne solche Ergebnisse, so dass insgesamt von einer inkonsistenten Ergebnislage zur Bedeutung des Bindungsmusters von Therapeut*innen gesprochen wird (Degnan et al., 2016). Dennoch weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass es auch bei der Untersuchung des Selbsterlebens von Patient*innen im Sinne einer Zwei-Personen-Psychologie sinnvoll sein dürfte, das Bindungsmuster von Therapeut*innen mitzuberechnen. Dies sollte mit der parallelen Version zum BFKE, dem BFPE (Nord, Höger & Eckert, 2000), erfolgen, um eine gleiche konzeptuelle Basis bei der Bindungsdiagnostik zu haben.

Wie im Methodenteil dargestellt, werden die im BFKE identifizierten Cluster im Sinne von organisierten Strategien sicher und unsicherer Bindung interpretiert. Unberücksichtigt bleibt insofern die sogenannte desorganisierte Bindung (Buchheim, 2017). Diese wird sowohl für Kinder als auch Erwachsene beschrieben (Behringer, 2017; Spangler & Reiner, 2017), wobei bei letzteren insbesondere ein Zusammenhang mit unverarbeitungstrauatischen Erfahrungen besteht. In klinischen Stichproben von Erwachsenen findet sich ein desorganisiertes Bindungsmuster bei 43 % der Patienten (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009), so dass dessen Berücksichtigung in der Psychotherapieforschung unerlässlich erscheint. Dementsprechend wäre es erforderlich, zusätzlich zum BFKE ein Instrument einzusetzen, mit dem desorganisierte Bindung erfasst werden kann. Jüngst wurde hierzu ein Fragebogen vorgestellt (Paetzold, Rholes & Kohn, 2015), der eine ökonomischere Version als das Adult Attachment Interview oder das Adult Attachment Projective Picture System (Buchheim, 2017) darstellt, die ansonsten hierfür infrage kämen. Allerdings zielt dieser Fragebogen auf Partnerbeziehungen ab und liegt unseres Wissens bislang nicht in deutscher Übersetzung vor. Es besteht darüber hinaus eine kontroverse Diskussion, wie sich desorganisierte Bindung in denjenigen Bindungsfragebögen darstellt, die die Dimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung zur Grundlage haben. Vielfach wird die Auffassung vertreten, dass sich in diesen Fragebögen desorganisierte Bindung in der Kombination von hoher Bindungsangst und -vermeidung widerspiegelt (Mikulincer & Shaver, 2016), was dem furchtsam-vermeidenden Bindungsstil gemäß der Typologie von Bartholomew (1990) entspricht. Für das Cluster 5 des BFKE bzw. BFPE, das als ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster bezeichnet wird, lässt sich ebenfalls eine misstrauische

Bindungsangst mit ausgeprägter Akzeptanzproblematik und gleichzeitigem Zuwendungsbedürfnis sowie Bindungsvermeidung mit geringer Öffnungsbereitschaft konstatieren (s. Abb. 1). Dementsprechend liegen auch Befunde zu einer hohen Konkordanz von dem BFPE-Cluster 5 und dem furchtsam-vermeidenden Bindungsstil vor (Domscheit, 2007; Grau, Clashausen & Höger, 2003). Folgt man dieser Konzeptualisierung von Bindungsdesorganisation wäre das Cluster 5 im BFKE bzw. BFPE nicht im Sinne einer hyperaktivierenden sondern einer desorganisierten Bindungsstrategie zu interpretieren. Da sich in der faktorenanalytischen Überprüfung des Fragebogens von Paetzold und Kolleg*innen (2015) zeigte, dass die Items der Skala zur desorganisierten Bindung substantielle Ladungen auf einem eigenständigen Faktor und nicht auf dem Bindungsangst- oder Bindungsvermeidungs-Faktor aufwiesen, bestehen derzeit offenbar konkurrierende Konzeptionen von desorganisierter Bindung. Es bedarf insofern weiterer Forschung zur Klärung, wie desorganisierte Bindung mit Fragebögen valide zu erfassen ist (Jacobvitz & Reisz, 2019) bzw. welche Facetten desorganisierte Bindung möglicherweise aufweist (Lyons-Ruth et al., 2005).

Fazit für die Praxis

Von den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich – unter dem Vorbehalt, dass diese als vorläufig zu betrachten sind – einige Empfehlungen für die Praxis im Sinne einer bindungsinformierten Psychotherapie (Berry & Danquah, 2016) ableiten.

Patient*innen mit sicherem oder bedingt sicherem Bindungsmuster erleben die Therapiestunde in einer positiven Weise, so dass sie sich diesbezüglich als „therapeutische Selbstläufer“ darstellen. Das therapeutische Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapie (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2016) kann von ihnen offenbar gut angenommen werden und wird als hilfreich erlebt. Therapeut*innen sollten insofern überprüfen, ob bei diesen Patient*innen ambitioniertere Therapieziele oder eine kürzere Behandlungsdauer angestrebt werden können.

Bei Patient*innen mit vermeidend-verschlossenem Bindungsmuster dürfte es insbesondere in der Therapieanfangsphase hilfreich sein, wenn sich Therapeut*innen aktiv daran interessiert zeigen, wie ihre Patientin bzw. ihr Patient sich selbst in der Therapie erlebt. Therapeut*innen sollten dabei achtsam sein, ob sich Wünsche nach Autonomie und Autarkie, die bei diesen Patient*innen zu erwarten sind, auch in impliziter Weise zeigen, z. B. in Form einer ausgeprägten Selbstgenügsamkeit (in der Therapie). Im Rahmen einer empathischen Beschäftigung mit diesen Wünschen gilt es, diese einerseits anzuerkennen, andererseits diese aber im Verlauf auch weiter zu explorieren, so dass die damit verbundenen (Bindungs-)Ängste

gemeinsam verstanden werden können. Zudem sollte im Behandlungsverlauf der konkrete Umgang mit diesen Wünschen und Ängsten im Hier und Jetzt der Therapie mit den Patient*innen reflektiert werden. Auf dieser Weise könnte der Tendenz vermeidend-verschlossen gebundener Patient*innen begegnet werden, ihre Therapeut*innen auf Abstand zu halten (Mallinckrodt, Choi & Daly, 2015), indem sie z. B. kein Zuwendungsbedürfnis signalisieren.

Da ambivalent-anklammernd gebundene Patient*innen anhaltend Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten erleben, sollten Therapeut*innen Hinweise hierauf frühzeitig aufgreifen. Dies sollte in einer „wohlwollenden“ Weise erfolgen, da sonst zu erwarten ist, dass diese Patient*innen aufgrund ihrer Akzeptanzprobleme dies als kritische Zurechtweisung erleben. Wichtig dürfte es dabei sein, sowohl das negative Selbstbild als auch das meist inadäquate Bild von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten zu explorieren, so dass sich die Patient*innen in ihren bindungsbezogenen Wünschen und diesbezüglichen Ängsten besser verstehen können. Da sich diese Patient*innen meist schwer tun, realistische bzw. positivere innere Repräsentationen von sich und anderen zu entwickeln, sollten Therapeut*innen dies als Zielsetzung bei ihrem therapeutischen Vorgehen berücksichtigen (Geller & Farber, 2015). Dabei kann es darum gehen, diesen Patient*innen zu helfen, Enttäuschungen im Kontakt mit anderen Menschen, zu denen auch die Therapeutin bzw. der Therapeut gehören, besser verarbeiten zu können, indem z. B. damit verbundene negative Emotionen besser regulierbar werden und sie sich ermutigt fühlen, auf eigene Bewältigungskompetenzen zu vertrauen bzw. diese zu entwickeln.

Ambivalent-verschlossen gebundene Patient*innen erleben ihre Therapie zunächst als nicht hilfreich. Sie nehmen weder eine Veränderung noch eine emotionale Beruhigung bei sich durch das therapeutische Gespräch wahr. Zudem besteht bei ihnen wenig Bereitschaft sich gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten zu öffnen. Therapeut*innen sind hier gefordert, sich davon nicht abschrecken zu lassen. Vielmehr sollten sie ein geduldiges Interesse zeigen und signalisieren, dass sie Verständnis für die Schwierigkeiten ihrer Patientin bzw. ihres Patienten in der Therapie haben. Dabei könnten insbesondere mögliche ambivalente Gefühle zur Behandlung und damit verbundene Ängste thematisiert werden. So ist zu erwarten, dass diese Patient*innen einerseits den Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten haben, andererseits aber sehr ängstlich hinsichtlich deren bzw. dessen Reaktion sind, und sich deshalb verschließen. Da diese Patient*innen möglicherweise Zeit brauchen, um Vertrauen in die Therapie und ihre Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten zu fassen, sollte eine längere Behandlungsdauer eingeplant werden.

Literatur

- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178.
- Behringer, J. (2017). Das innere Arbeitsmodell von Bindung bei Erwachsenen. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 54–78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bernecker, S., Levy, K. N. & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12–24.
- Berry, K. & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 15–32.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Veränderung durch Verstehen* (10., aktualisierte u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. & Dahlhoff, H.-D. (Hrsg.). (1978). *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 155–165.
- Buchheim, A. (2017). Bindungsdesorganisation. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 151–161). Stuttgart: Kohlhammer.
- Clashausen U. (1999). *Zur Validierung des „Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen“* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(1), 47–65.
- Diener, M. J. & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237–248.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 227–290.
- Domscheit, I. (2007). *Bindungsstil und Emotionsregulation* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Hamburg.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 43(4), 456–460.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421–434.
- Eckert, J., Bolz, W. & Pfuhlmann, K. (1979). Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten aufgrund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und dynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8(3), 169–180.
- Eckert, J., Schwartz, H.-J. & Tausch, R. (1977). Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6(3), 177–184.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.

- Geller, J.D. & Farber, B.A. (2015). Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients. *Journal of Clinical Psychology*, 71(5), 457–468.
- Gieselmann, S. (1997). *Bindungstheoretische Aspekte zur Agoraphobiege-nese – Eine empirische Studie* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Gloger-Tippelt, G. (2016). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Grau, L., Clashausen, U. & Höger, D. (2003). Der Bindungsfragebogen von Grau und der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen von Höger und Buschkämper im Vergleich. *Psychological Science*, 45 (Supplement III), 41–60.
- Håvås, E., Svartberg, M. & Ulvenes, P. (2015). Attuning to the unspoken: The relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 235–254.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Psychotherapeut*, 44(3), 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneccko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(1), 83–98.
- Höger, D. & J. Eckert (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(2), 129–137.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Höger, D., Stöbel-Richter Y. & Brähler, E. (2008). Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(7), 284–294.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(4), 374–385.
- Jacobvitz, D. & Reisz, S. (2019). Disorganized and unresolved states in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 25, 172–176
- Kasten C. & Schauenburg, H. (1999). Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 155–171.
- Kirchmann, H., Singh, S. & Strauß, B. (2017). Methoden zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 101–121). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kobak, R. & Bosmans, G. (2019). Attachment and psychopathology: a dynamic model of the insecure cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76–80.
- Kuppardt A. (1999). *Bindungsmuster und soziale Unterstützung – Eine Validierungsstudie zum Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Laverdière, O., Descôteaux, J., Beaulieu-Tremblay, T. & Simard, V. (2018). Attachment assessment in clinical practice: Factor structure of the attachment questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 546–561.
- Levy, K.N., Kivity, Y., Johnson, B.N. & Gooch, C.V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996–2013.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1–23.
- Main, M. (1990). Cross cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48–61.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1–2), 66–104.
- Mallinckrodt, B., Anderson, M.Z., Choi, G., Levy, K.N., Petrowski, K., Sauer, E.M., Tishby, O. & Wiseman, H. (2017). Pseudosecure vs. individuated-secure client attachment to therapist: Implications for therapy process and outcome. *Psychotherapy Research*, 27(6), 677–691.
- Mallinckrodt, B., Choi, G. & Daly, K.D. (2015). Pilot test of a measure to assess therapeutic distance and its association with client attachment and corrective experience in therapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 505–517.
- Mallinckrodt, B. & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134–139.
- Marmarosh, C.L., Kivlighan, D.M. Jr., Bieri, K., LaFauci Schutt, J.M., Barone, C. & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404–412.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2016). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 4(2), 76–86.
- Paetzold, R., Rholes, W. & Kohn, J. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19(2), 146–156.
- Petrowski, K., Berth, H., Schurig, S. & Probst, T. (2019). Suppressor effects in associations between patient attachment to therapist and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(1), 105–109.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B. & Podsakoff, N. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 539–569.
- Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E. & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: an empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 678–697.
- Rosenzweig, D.L., Farber, B.A. & Geller, J.D. (1996). Clients' representations of their therapists over the course of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 197–207.
- Sauer, E.M., Lopez, F.G. & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment styles to the development of the early working alliance: A preliminary growth modelling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371–382.
- Seidler, K.-P. (2003). *Der Einfluss der Bindungsrepräsentation von Psychotherapiepatienten auf den Therapieprozess* (Unveröffentlichte Habilitationsschrift). Medizinische Hochschule Hannover.
- Seidler, K.-P. & Garlipp, P. (2011, June). *Attachment style of patients in a day hospital*. Vortrag auf der 42. internationalen Jahrestagung der Society of Psychotherapy Research (SPR), Bern.
- Smith, A.E.M., Msetfi, R.M. & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326–337.
- Spangler, G. & Reiner, I. (2017). Bindungsentwicklung im Kindesalter. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 25–40). Stuttgart: Kohlhammer.

- Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Oberhofer, A., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H. & Höger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multi-site study. *Psychotherapy Research*, 16(5), 579–594.
- Talia, A., Miller-Bottome, M. & Daniel, S.I.F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy: Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 149–161.
- van der Heijden, M. & Seidler, K.-P. (2014, June). *Patients' attachment style and their experience of the therapeutic relationship*. Vortrag auf der 45. internationalen Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR), Copenhagen.
- van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). The distribution of adult-attachment representations in clinical groups: A meta-analytic search for patterns of attachment in 105 AAI studies. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 69–96). New York: Guilford Press.