

Silke Birgitta Gahleitner

# Bindungstheorie und personzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘

**Zusammenfassung:** Der Erfolg professioneller Begleitung steht und fällt mit der Qualität der helfenden Beziehung – inzwischen eine über verschiedene Therapieansätze hinweg gut belegte Erkenntnis. Wie genau diese Beziehung sich jedoch gestaltet, ist bis heute in Forschung und Theoriebildung noch erstaunlich ungeklärt. Die Bindungsforschung, die in den letzten Jahren zunehmend Ergebnisse für die therapeutische Praxis entwickelt und zugänglich machte, hat hier einen entscheidenden Beitrag geleistet. Die Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, lässt sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel beleuchtet Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung im Dialog mit klientenzentrierter Theorie und ermöglicht einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personzentrierte Beziehungsgestaltung.

**Schlüsselwörter:** Therapeutische Beziehung, Bindungstheorie, Gesprächspsychotherapie, Personzentrierter Ansatz

**Abstract: Attachment theory and person-centered relationships.** Professional support ultimately depends on the quality of the therapeutic relationship. Psychotherapy research confirmed the therapeutic relationship as the strongest general effectiveness factor, irrespective of the type or school of psychotherapy. However, exactly how this relationship is created still remains surprisingly unexplained. Recent research on attachment has focused on practice-oriented issues, the results of which are directly applicable to psychotherapy. These results have provided me with a systematic model describing my experience that the same patterns of successful interactions that ensure good interpersonal relationships in early infancy also form an important part of the basis for psychotherapy. This article throws light on how attachment phenomena can be drawn upon in the handling of the therapeutic relationship as conceptualized by client-centered theory. It attempts to provide some insight into the power of ‘relationship’ as a resource for the person-centered mode of handling psychotherapy.

**Keywords:** Therapeutic Relationship, Attachment Theory, Client-Centered-Approach, Person-Centered-Approach

„Menschen befinden sich in psychologischem Kontakt oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offene oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnissfeldes des anderen erzeugen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 34)

## Einleitung

Das Thema ‚therapeutische Beziehung‘ erfreut sich in den letzten Jahren durchaus einer gewissen Aufmerksamkeit – auch in der Tages- und Wochenpresse. Durchforstet man beispielsweise DIE ZEIT zu diesem Thema, wird man in den letzten Monaten an zwei Stellen fündig. In einem Artikel mit dem Titel ‚Die heilende Kraft der Beziehung‘ formuliert Fritz Henn als befragter Fachexperte zum Thema die Schlagzeile: „Zwischen Arzt und Patient muss eine Verbindung bestehen. Patienten müssen an ihren Arzt glauben. Dieser Placeboeffekt macht 50 Prozent meiner Effektivität als Psychiater aus“ (im

Interview mit Ulrich Schnabel). In einem zweiten Artikel mit dem Titel ‚Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu‘ werden vom Autor des Artikels zehn hilfreiche Tipps zur besseren Behandlung aus einschlägigen Fachzeitschriften und Kommunikationshandbüchern für Mediziner zusammengestellt<sup>1</sup>, so u. a.: formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit, bieten Sie dem Patienten/der Patientin einen bequemen Stuhl an, geleiten Sie den Patienten/die Patientin mit aufmunternden Worten zum Ausgang.

1 Der volle Text des Schaukastens lautet: 1. Formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit; 2. Geben Sie dem Kranken die Hand und stellen Sie sich vor; 3. Der Augenkontakt signalisiert Ihr Interesse am Gegenüber; 4. Bieten Sie dem Patienten einen bequemen Stuhl an; 5. Ein Lächeln motiviert ihn zu mehr Offenheit; 6. Der Patient braucht Zeit und vor allem Ihr offenes Ohr; 7. Gründliche körperliche Untersuchungen schaffen Vertrauen und unterstreichen, dass Sie ihn ernst nehmen; 8. Eine Spritze bewirkt manchmal mehr als eine Tablette; 9. Die Hand auf der Schulter kann beruhigen; 10. Geleiten Sie den Patienten mit aufmunternden Worten zum Ausgang (Albrecht, 2006).

Eigentlich könnte man den Artikel an dieser Stelle resigniert beenden, denn hier spiegeln sich exakt zwei aktuelle Trends: die heilberuflichen Machtverhältnisse und die positivistisch-reduktive erkenntnistheoretische Position der Forschung. Zur Resignation ist das Thema jedoch m. E. zu bedeutsam. In meiner langjährigen psychotherapeutischen und beraterischen Praxis – und hier insbesondere in der Arbeit mit komplex traumatisierten Klienten – vermittelte sich mir von Beginn an, dass der *Erfolg professioneller Begleitung* mit der *Qualität der helfenden Beziehung* steht und fällt. Trotz dieser Erfahrungen fiel es mir jedoch oft schwer, systematisch zu formulieren, wie es sich denn nun genau mit dieser Beziehung verhält und warum sie sich als so ‚wirksam‘ erweist. Eine Untersuchung zur Bewältigung früher Traumatisierung (Gahleitner, 2005a, 2005c) führte erneut zur zentralen Bedeutung unterstützender Beziehungserfahrungen, sowohl im unmittelbaren Umfeld als auch in der Begegnung mit professionellen Helfern.

Tatsächlich ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den therapeutischen Prozess das am besten belegte Ergebnis der Psychotherapieforschung und stellt *über verschiedene Therapieansätze hinweg eine wesentliche Determinante* zur Erreichung günstiger Therapieergebnisse dar (s. u.). Insbesondere emotionale Aspekte weisen studienübergreifend auf hohe Zusammenhänge mit dem therapeutischen Erfolg hin. Wie genau diese Beziehung jedoch aussieht, ist bis heute auch auf der Wissenschaftsebene ziemlich ungeklärt. Trotz Definitionsdebatten jedoch besteht große Übereinstimmung hinsichtlich der Annahme, dass die therapeutische Beziehung in allen Formen von Therapie eine wichtige Komponente darstellt und ihre generelle Qualität das Endergebnis der Therapie beeinflusst.

Die *Bindungsforschung*, die sich in den letzten Jahren zunehmend damit befasst hat, Behandlungskonzepte auf der Grundlage der *Bindungstheorie* zu untersuchen und die Ergebnisse für die Praxis zugänglich zu machen, hat hier m. E. einen entscheidenden Beitrag geleistet, wird jedoch gemessen daran im psychotherapeutischen Feld wenig rezipiert (s. u.). Blickt man z. B. in aktuelle Themenhefte von Fachzeitschriften aus dem therapeutischen Fachspektrum, wird man nicht so recht fündig. In der vierten Ausgabe der Zeitschrift ‚Psychotherapie im Dialog‘ wurde das Thema der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive aller Verfahren dekliniert. Die therapeutische Beziehung wird in der Einleitung als *„das tragende Element jeder Psychotherapie“* bezeichnet (Senf & Broda, 2004, S. 320; Hervorhebung im Original). Die Bindungsforschung wird darin drei Mal erwähnt, einmal in einer einführenden Diskussion durch Jürgen Kriz (Holm-Hadulla, Kriz & Lieb, 2004) und jeweils einmal in den beiden Artikeln zur psychoanalytischen Perspektive (Heisterkamp, 2004; Hekele, 2004), allerdings lediglich durch kurze, nicht stark auf bindungstheoretische Konzepte bezogene Nennungen<sup>2</sup>.

Bindung jedoch, verstanden als die Gesamtheit spezifischer, emotional und kognitiv verankerter Verbindungen eines Menschen zu Personen, zu denen er kontinuierlich über Raum und Zeit hinweg in Beziehung steht (Grossmann & Grossmann, 2004), konstituiert ein *„Gefüge psychischer Sicherheit“* (ebenda, S. 612). Die Qualität dieses Gefüges beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes in einer komplexen Weise, sondern stellt einen ebenso wichtigen Prognose- und Gestaltungsfaktor für Therapie- und Beratungsprozesse dar. Meine Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, ließ sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel<sup>3</sup> beleuchtet *Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung* im Hinblick auf die *klientenzentrierte Theorie*. Nach der Darstellung der zentralen theoretischen Konzepte der Bindungstheorie auf dem aktuellem Forschungsstand unternimmt er den Versuch, einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personenzentrierte Beziehungsgestaltung zu geben. Im zweiten Kapitel werden dazu Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Allgemeinen referiert, im dritten Kapitel bindungstheoretische und gesprächspsychotherapeutische Konzepte in einen Dialog gestellt und im Anschluss daran ein Modell von Jobst Finke (2004) als integratives Modell zwischen beiden Theoriesträngen vorgeschlagen. Im Schluss und Ausblick sollen weiterführende Fragestellungen dazu anregen, das Thema in Forschung, Theorie und Praxis des klientenzentrierten Ansatzes weiter zu entwickeln.

## Bindungstheoretische Grundlagen

„Wenn man Bindungsverhalten bei einem Erwachsenen als regressiv bezeichnet, vergisst man die lebenswichtige Rolle, die dasselbe von der Wiege bis zum Grabe im Menschenleben spielt.“ (Bowlby, 1969–1980/2006, S. 204)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stieß der englische Psychoanalytiker John Bowlby (1907–1990) bei der Behandlung schwer beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher immer wieder auf frühkindliche Defizite und Traumata. Im Kontrast zum „Mainstream“ der damaligen psychoanalytischen Theoriebildung hielt er die von den Kindern berichteten Erfahrungen nicht für Phantasien, sondern erkannte deren Bedeutung für den Lebensverlauf. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte er die *Bindungstheorie* als ein zentrales *Konstrukt* zum Verständnis der *lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen* eines Menschen.

In den zentralen Publikationen (WHO-Studie, 1951/1973; Trilogie ‚Attachment; Separation; Loss‘, 1969–1980/2006) vertritt Bowlby die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen aufsuchen. Er geht

<sup>2</sup> John Bowlby als begründender Theoretiker der Bindungstheorie beispielsweise wird in der ganzen Zeitschrift nicht zitiert (vgl. auch den kürzlich erschienenen Übersichtsband von Sachse, 2006).

<sup>3</sup> Für wichtige Anregungen danke ich herzlichst Prof. Dr. Finke und Prof. Dr. Höger.

davon aus, dass diese frühen Bindungen Kindern als sichere Basis und Grundstruktur für die gesamte weitere Entwicklung dienen. Die Bindungstheorie verbindet damit – für den damaligen Zeitpunkt revolutionär – ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken und betrachtet Säugling und Fürsorgeperson als aktive Interaktionsteilnehmer (vgl. auch Brisch, 1999; Dornes, 2000).

In Situationen von Verunsicherung wird das Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen hingegen behindert die Exploration der Umwelt und damit eine gesunde Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. „Es braucht also eine ausgewogene Balance zwischen Sicherheit durch Nähe zur Bindungsperson und Sicherheit durch angeleitete, unterstützte Exploration.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 603) Damit wird Bindung zu einem der *zentralen Schutzfaktoren* für „die seelische Gesundheit und die Charakterentwicklung“ (Bowlby, 1953/2005, S. 11).

Aus den Erfahrungen, die der Säugling mit seinen Betreuungspersonen macht, resultiert ein Gefühl der Gebundenheit, das verschiedene Qualitäten annehmen kann. Ausschlaggebend für das Gelingen einer sicheren Bindung ist die Verfügbarkeit mindestens einer Bezugsperson im Hinblick auf die Bedürfnisse und Signale des Kindes. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Bedürfnisse der Säuglinge in einer *feinfühlig* Weise beantworten. Dies bedeutet, dass die Signale richtig wahrgenommen und interpretiert sowie prompt und angemessen beantwortet werden (*Konzept der Feinfühligkeit*; Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene *Bindungstypen* (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber *feinfühlig*, entwickelt er eine sichere Bindung, welche von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz auf Bindungsbedürfnisse, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass beim Säugling eine unsicher-vermeidende Bindung entsteht. Beantwortet die Bindungsperson die Signale manchmal emotional zugewandt, häufig aber auch mit Zurückweisung oder Aggressivität, entwickelt sich eine unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungstypen sind jedoch nicht als absolute, sondern relative Größen, also jeweilige *Bindungsanteile* oder auch *konstruktives Coping mit den bestehenden Bindungsverhältnissen* zu verstehen.

Über die Interaktion mit Bindungspersonen entwickelt der Säugling Erwartungen, die sich mit der Zeit verfestigen und zu *Internalen Arbeitsmodellen* werden (Main et al., 1985; vgl. auch *representations of interactions that have been generalized*: RIGs bei Stern, 1985/1992, bzw. *Mentalisierungsprozesse des Selbst* bei Fonagy et al., 2002/2004). Diese finden eine Entsprechung auf neurophysiologischer Ebene (Grawe, 2004; Spangler, 2001). Das Zentralnervensystem ist in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch stark formbar und muss angemessen stimuliert werden, damit

es später funktionieren kann (LeDoux, 1998). Man spricht dabei auch von *Aktivationsmustern des Gehirns* (Siegel, 1999).

Zuwendung, Nähe und Körperkontakt also „festigen den Bindungsprozess physiologisch“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 44). Werden solche Sequenzen von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch und entwicklungsangemessen unterstützt, können die vagen Selbstempfindungen zunehmend kognitiv erfasst, mit Sprache gefüllt, vom Kind selbst(-wirksam) (Crittenden, 1995) kommuniziert und damit auch besser reguliert werden. Das Kind kann nun eigene *und* die Emotionen anderer erfassen und mit gestalten. Gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung.

Die Bindungstheorie gibt damit nicht nur Antworten auf Fragen zur frühen Kindheit. „In jedem Alter sind Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden, mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und ... den sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 25). So entwickeln sich die *Internalen Arbeitsmodelle* in ständiger Interaktion des Individuums mit seinem Umfeld zu *Bindungsrepräsentationen*. Angelehnt an die drei Bindungsqualitäten der Kinder unterscheidet man im Erwachsenenalter eine autonom sichere, eine unsicher-distanzierte und eine präokkupierte Bindungsrepräsentation (für eine Übersicht vgl. Hesse, 1999).

Werden die elementaren Bedürfnisse eines Kindes also erfüllt und die Entwicklungschancen ‚gut genug‘ gefördert, hat ein Kind gute Chancen, sich zu einem gesunden Selbstwert, zu Stabilität, Widerstandsfähigkeit und sozialer Kompetenz zu entwickeln (Antonovsky, 1987/1997; Cicchetti, 1999; Schmidt-Denter & Spangler, 2005; Spangler & Zimmermann, 1999). Ein negatives soziales Umfeld wird dagegen postwendend zum Risikofaktor für die weitere Entwicklung. Im Gegensatz zur Entstehung einer ‚sicheren Bindungsbasis‘ in den ersten Lebensjahren erleben Kinder ohne einen ‚sicheren Hafen‘ eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existentielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies hinterlässt beim Kind einen unlösbaren Bindungskonflikt mit der Folge massiver innerer Spannungen (Brisch, 2003).

Für misshandelte Kinder besteht sozusagen dauernder ‚Feueralarm‘ (Grossmann, 2002). Dies kann zur Ausbildung eines ‚desorganisierten Bindungsmusters‘<sup>4</sup> führen, welches *zusätzlich* zu den drei Bindungstypen klassifiziert wird. Dazu zählt beispielsweise stereotypes Verhalten, Erstarren mitten in einer bindungsrelevanten

<sup>4</sup> Dies gilt jedoch nicht im Umkehrschluss: Nicht alle Kinder, die desorganisierte Bindungsanteile aufweisen, haben selbst Gewalt erfahren. Ein desorganisierter Bindungsanteil kann auch auf viele andere Weisen entstehen, z. B. wenn die Bezugsperson ihrerseits traumatisiert oder psychisch beeinträchtigt ist und das Kind im Kontakt mit ihr in bestimmten Beziehungssequenzen Abwesenheit oder Angst erfährt, obwohl dies nicht von der Fürsorgeperson beabsichtigt wird.

Situation oder chaotisches Wechseln zwischen verschiedenen Bindungstypen (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999). In nicht klinischen Stichproben zeigen ca. 15–20% der Kinder ein solches Bindungsverhalten, bei Kindern mit Traumaerfahrungen (oder aber traumatisierten Eltern) steigt dieses Muster auf bis zu 80% der Kinder an (Brisch, 2006). Eine globale, schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung der Internalen Arbeitsmodelle klassifiziert man als ‚Bindungsstörung‘. Dabei geht man von einem fließenden Übergang von noch gesunden hin zu pathologischen Bindungsmustern aus (Crittenden, 1995). Karl Heinz Brisch (1999, 2006) unterscheidet übersteigertes, fehlendes, gehemmtes aggressives und undifferenziertes Bindungsverhalten und Rollenkehr und nennt zahlreiche Pathologien im späteren Leben, die damit in Zusammenhang stehen.

In die Bindungsbeziehung gehen damit alle Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen ein, die ein Kind mit zentralen Bezugspersonen gemacht hat. Die Bindungstheorie bezieht sich dabei keineswegs nur auf die primären Bezugspersonen oder gar nur die biologische Mutter. Menschen können zu verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche Bindungsmuster entwickeln. Bindungen sind zwar *nicht* austauschbar, jede Bindung hat ihre eigene Spezifität, Tragfähigkeit, Kontinuität und emotionale Qualität – für jede Bezugsperson kann jedoch ein eigenständiges Arbeitsmodell ausgebildet werden (Steele et al., 1996). Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss nicht nur auf die momentane Situation, sondern den gesamten Lebensverlauf – bis hin zu Voraussetzungen für die Einwirkungsmöglichkeiten späterer sozialer und professioneller Unterstützung. Ein lohnenswertes Feld also – insbesondere, jedoch keineswegs allein für den personenzentrierten Ansatz.

## Bindungstheorie und Psychotherapie

„Ich dachte, es würde sich herausstellen, dass in den psychotherapeutischen Metatheorien, den Therapieprozessstheorien und in der Darstellung der therapeutischen Praxis zunehmend nicht nur die große Bedeutung von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung betont werden, sondern vor allem das existenzielle Angewiesensein des Menschen von Geburt an darauf, dass er sich – und das geschieht im Rahmen von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung – ein Bild von den Regelmäßigkeiten in der Welt und vor allem ein Bild von sich selbst machen und aufrechterhalten kann – und dass dieses Bedürfnis, das wir Gesprächspsychotherapeuten die Selbstaktualisierung nennen, allen anderen Wünschen und Bedürfnissen übergeordnet ist.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 27)

Bereits John Bowlby (1988/1995; vgl. auch Holmes, 2002) betonte die Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als *sichere Basis* für freies Explorieren, welches belastende Erlebnisse einschließlich ihrer emotionalen Repräsentationen in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Wirklichkeit zu bringen vermag und vergangene negative Bindungserfahrungen revidieren hilft. Im Sinne der Bindungstheorie formuliert er fünf

therapeutische Aufgaben, die neben der sicheren Basis durch die therapeutische Beziehung auch eine Überprüfung und Reflexion innerer Arbeitsmodelle vergangener, bestehender Beziehungen sowie der therapeutischen Beziehung vorschlagen.

Auch nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung seit geraumer Zeit als *stärkster allgemeiner Wirkfaktor* (Orlinsky et al., 1994; vgl. bereits Alexander & French, 1946). Über verschiedene Grundorientierungen und Schulen hinweg „haben große Übersichtsarbeiten in der Psychotherapieliteratur bezüglich einer Reihe von Behandlungsbedingungen und einer Palette von KlientInnenproblemen den entscheidenden Einfluss der therapeutischen Beziehung oder verwandter Konstrukte wie ‚therapeutische Bindung‘ auf das Ergebnis dokumentiert“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 143; vgl. auch Grawe, 2004). Demnach besteht kein Zweifel darüber, dass eine positive therapeutische Beziehungsgestaltung eine notwendige Komponente jeder Form effektiver Therapie darstellt (Bachelor & Horvath, 2000). Die Beziehung zwischen Klient bzw. Klientin und Therapeut bzw. Therapeutin, in Kombination mit Ressourcen des Klienten bzw. der Klientin, klären demnach ca. *ein Drittel der Varianz* auf<sup>5</sup> und scheinen sich bereits früh in der Therapie auszubilden (Asay & Lambert, 2001; Bozarth, Zimring & Tausch, 2001).

Beziehung an und für sich kann, auch neurophysiologisch, Veränderung bewirken und ist nicht einfach nur eine Widerspiegelung nützlicher Ergebnisse (Grawe, 2004; Lambert & Bergin, 1994), kann also selbst eine Intervention darstellen, um vergangene und gegenwärtige Gefühle zu explorieren und zu verändern. Interessanterweise scheint die *Wahrnehmung der Beziehung durch die Klienten* dabei bedeutsamer zu sein als die Einschätzung der Fachkräfte. „Es scheint daher ratsam sicherzustellen, dass die von den KlientInnen wertgeschätzten Eigenschaften wirkungsvoll kommuniziert und für die Klienten erfahrbar werden“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 146). Dolan, Arnkoff & Glass (1993) beschreiben die therapeutische Beziehung als ‚korrigierende Erfahrung‘ und betonen die Bedeutung eines bindungssensiblen Vorgehens (vgl. aktuell Strauß, 2006).

Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung ‚*emotional korrigierender Erfahrungen*‘ gelten die „unausgesprochene Affektabstimmung“ zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94). Die therapeutische Beziehung konstituiert sich also vor dem Hintergrund der häufig unbewussten Beziehungswünsche des Patienten bzw. der Patientin, die er bzw. sie in der therapeutischen Beziehung zu aktualisieren versucht. Sie treten mit Beziehungserfahrungen und Beziehungswünschen des Therapeuten bzw. der Therapeutin in Interaktion. „Aufgabe des Therapeuten ist es nun, die Beziehungswünsche des Patienten zu erkennen und zu

5 Unter der Varianzaufklärung versteht man hier den Wirkungsanteil an der Therapie (also an den Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt), der sich auf der Basis einer statistischen Analyse auf die Beziehungsgestaltung zurückführen lässt.

reflektieren, welche zu fördern sind und welche die Erkrankung stabilisieren und damit zu verändern sind“ (Merten, 1990, S. 1).

Die Nähe zur Bindungsforschung als ein zentrales Grundelement, sollte man meinen, liegt also auf der Hand. Ein Blick in die Innenwelt der Psychotherapieforschung zeigt jedoch eher Gegenteiliges. Neben dem einführenden Zitat von Eva-Maria Biermann-Ratjen (2006) zeigt dies auch ein Blick in den Forschungsstand zum Thema. Aus einer Literaturrecherche in deutschen Fachdatenbanken zieht Diether Höger (2006c) den Schluss, dass zwar eine Gruppe engagierter Autoren den Einfluss der Bindungstheorie auf die Psychotherapieforschung und -gestaltung qualifiziert vorantreibt, „ihre Wirkung auf die Kollegenschaft ist jedoch recht spärlich. Die Bindungstheorie ist offenbar kein Thema mit einer besonderen Breitenwirkung in der Psychotherapie“ (S. 19). Er erwähnt zugleich, dass die Ergebnisse im angloamerikanischen Sprachraum sehr viel differenzierter ausfallen – dort ist der Forschungsgipfel bzgl. der Vernetzung dieser Themen, würde ich ergänzen, fast schon überschritten, wie eine Recherche im Sommer 2006 mir anzeigte. Auf den Umgang der wissenschaftlichen Community mit dem Thema wird im Schlussteil des Artikels nochmals eingegangen.

Was bedeutet dies jedoch für die Praxis vor Ort? Karl Heinz Brisch, einer der Vertreter, der sich in den letzten Jahrzehnten sehr um die Implementierung der Bindungstheorie in die Beziehungskultur helfender Berufe bemüht hat, fasst prägnant zusammen: „Ist der Therapeut mit den Bindungsmustern und ihren Störungen sowie deren Ursachen vertraut, kann er entsprechend bindungsorientiert darauf eingehen.“ (Brisch, 2003, S. 121) Dies klingt zunächst banal, gelungene Interaktionen jedoch stellen einen *Mikrokosmos von Feinabstimmungen* dar, der komplexe Kompetenzen und über den gesamten Therapieprozess hinweg eine professionelle Beziehungsgestaltung erfordert (vgl. dazu Rahm, 2005).

Dazu gehört als Voraussetzung eine *mehrdimensionale, beziehungsensible diagnostische Abklärung*, die der Biographie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert einräumt und von Beginn an ein möglichst nahtloses Anknüpfen an den ‚jeweiligen Beziehungsstatus‘ gestattet. Darauf aufbauend ist aus der Diagnostik eine *indikationsspezifische und situationsadäquate Interventionskonzeption* aufzubauen, in der der Beziehungsgestaltung und dem Beziehungsprozess ein *Primat vor methodischen Aspekten* eingeräumt wird. Ermöglicht wird ein solches Vorgehen nur durch eine präzise Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene, insbesondere dem Konzept der ‚schützenden Inselerfahrung‘ (s. u.) und seiner personenzentrierten Umsetzung in die Praxis.

Auf die diagnostische Abklärung einzugehen, würde an dieser Stelle zu weit führen (vgl. dazu Gahleitner, 2005b). Gleiches gilt für die Entwicklung indikationsspezifischer und situationsadäquater Interventionsplanung (vgl. dazu Gahleitner, 2005a). Die Gedanken zu einem bindungs-sensiblen Therapiegeschehen werden im Folgenden anhand einiger theoretischer Überlegungen zur personenzentrierten

Beziehungsgestaltung skizziert und sollen zu weiteren Diskussionen darüber einladen.

## Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung

„Da der Mensch aber immer auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen, d. h. an neuen Erfahrungen die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserfahrungen erleben kann, ist Psychotherapie als Beziehungstherapie möglich und nötig.“ (Finke, 2004, S. 14)

Bindungsforschung untersucht „die Art individueller Verinnerlichung unterschiedlicher Bindungserfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation der Gefühle, des Verhaltens und der Ziele einer Person“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 29f.). Erlebens- und Verhaltensmuster hängen neben individuell geprägten Umständen vor allem von den Erfahrungen ab, die Menschen mit anderen Menschen in ihrem Leben gemacht haben und die sich wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 244) lebenslang in ihre psychische Struktur implementieren. Das „Konzept vom eigenen Selbst“ verweist damit immer zugleich auf ein „Weltkonzept“, das unsere Eindrücke von und unsere Beziehungen zu relevanten Anderen und unsere Bindungserfahrungen abbildet (Finke, 2004, S. 12; vgl. auch Biermann-Ratjen & Eckert, 2002).

Sichere Bindungsstrukturen haben dabei eine bereits mehrfach betonte charakteristische *Doppelfunktion*: Sie dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung (vgl. auch so genannte Haupt- und Puffereffekte in den Konzepten sozialer Unterstützung, zusammenfassend bereits Nestmann, 1988). Jede positive Bindungserfahrung, sei es durch Außenstehende, durch spätere Partner- und Freundschaften, sogar eigene gelebte Fürsorglichkeit gegenüber anderen, spielen also eine wichtige Rolle. Dies belegen retrospektive Interviews mit Erwachsenen (Gahleitner, 2005a).

Dieser Sachverhalt hat eine große Bedeutung für das Konzept so genannter ‚*schützender Inselerfahrungen*‘: Die Abwesenheit von tragfähigen Beziehungen verursacht selbst bei kleinen Belastungen Kindern wie Erwachsenen physiologische Stressreaktionen (Grossmann, 2002; Spangler, 2001), das Bestehen *nur einer einzigen förderlichen Bindung* jedoch kann trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen, eine elementare Tatsache für helfende Professionen. Dieses Phänomen verdient eine genauere Betrachtung. Dazu lohnt sich erneut ein Blick in die so genannten Mentalisierungsprozesse des Kindes (vgl. insbesondere Fonagy et al., 2002/2004):

Werden emotional bedeutsame Erlebnissequenzen bereits früh von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch unterstützt, entwickeln sich vage Selbstempfindungen zu ‚Internalen Arbeitsmodellen‘, d. h. mit der Kognitions- und Sprachentwicklung ändern sich

zwar die Gefühle nicht, aber es werden klärende Gespräche mit dem Kind über solche Zusammenhänge möglich. „Innere Gefühlszustände [...] werden nun für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 419). Parallel dazu wächst die Fähigkeit zur ‚sozialen Perspektivübernahme‘. Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (ebenda, S. 30).

Auch in Therapie und Beratung arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin, so dass wieder gemäß den Umwelthanforderungen gehandelt werden kann. ‚Verzerrte Symbolisierungen‘ werden in ‚exakte Symbolisierungen‘ (Rogers, 1959a/1987) transformiert, das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Carl R. Rogers<sup>6</sup> (1957a, 1959a/1987, 1967f) formulierte als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum diese wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung, als eine „geschlossene Konzeption“ (Höger, 2006a, S. 19) beraterischen und therapeutischen Handelns<sup>7</sup>. Nach seiner Ansicht beruht das ‚Heilende‘ der Beziehung auf der radikal akzeptierenden und empathischen Grundhaltung, die Räume zur Selbstentfaltung bereit stellt. Diese Grundmaxime hat große Parallelen mit dem oben beschriebenen Konzept der Feinfühligkeit (Ainsworth & Wittig, 1969). „Die Neudefinition der Interaktion im psychotherapeutischen Prozess auf der Grundlage einer unter anderem durch die Säuglingsforschung empirisch fundierten Entwicklungspsychologie ist in hohem Maße mit der Abstraktion der Bedingungen für den therapeutischen Prozess, die Rogers empirisch ermittelt hat, kompatibel.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 37)

Die klientenzentrierte Theorie versteht das Bedürfnis nach Verbundenheit und unbedingter Anerkennung ebenfalls als „grundlegendes Organisationsprinzip in seiner emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 602). Dies entspricht dem Bindungsbedürfnis in der Bindungstheorie. Der Verlust einer zentralen Bindungsperson schlägt sich im Selbstkonzept nieder. Das Selbstkonzept beinhaltet somit die inneren Arbeitsmodelle als einen zentralen Bereich des Selbst. Dies gilt

insbesondere für jenen Bereich des Selbstkonzepts, der sich auf die Wahrnehmung der Beziehungen mit anderen bezieht (vgl. dazu Höger, 2006b, S. 65 f.). Donald W. Winnicott (1958/1976) prägte für die Bedeutung einer fördernden und haltenden Umwelt den Begriff des ‚*Holding Environment*‘. Das Konzept lässt sich gut zu der ‚sicheren Basis‘ von John Bowlby (1988/1995), dem ‚Konzept der Feinfühligkeit‘ von Mary D. S. Ainsworth und Barbara A. Wittig (1969), der ‚mütterlichen Einstimmung‘ von Daniel Stern (1985/1992) und Carl R. Rogers‘ Grundmaximen (1957a, 1959a/1987, 1967; siehe oben) in Beziehung setzen. Sie alle zielen auf das gleiche methodische Konzept: auf die Funktion von bedeutsamen Personen – zunächst als Basis für die (Neu-)Strukturierung der inneren Erfahrung.

In der ‚Begegnung‘ mit Martin Buber fand bei Carl R. Rogers die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung: „a real meeting of persons in which it was experienced the same from both sides“ (Rogers & Buber, 1960, S. 212). Wenn wir in eine unmittelbare einzigartige Begegnung eintreten, so Buber, entfaltet sich ein Dialog im ‚Zwischen‘. Dieses ‚Zwischen‘ konstituiert sich in jeder Begegnung neu. Die Begegnung ist dabei ihr eigener Inhalt. Begegnung „geschieht“ (Buber, 1923/1983, S. 18) mit der ‚Macht der Ausschließlichkeit‘ (ebenda, S. 14). Der wechselseitige Charakter der therapeutischen Beziehung gewinnt daraufhin immer mehr an Bedeutung. Die ‚Alter-Ego-Position‘ als ursprünglich zentrales Beziehungskonzept des personenzentrierten Ansatzes wird um die ‚Dialogbeziehung‘ ergänzt (Finke, 2004, S. 4). Die Aufgabe helfender Professionen ist, sich auf diese Unmittelbarkeit einzulassen. Der Dialog steht hier für eine Art des Austauschs, der auf Gegenseitigkeit zielt, auf verstehende Konfrontation, auf Verwirklichung der Möglichkeiten des Einzelnen in der jeweiligen Beziehung, auf (Selbst-)Öffnung und (Selbst-)Erweiterung (vgl. zusammenfassend Balen, 1992).

Klienten soll es so möglich werden, ihr inneres Erleben zu aktualisieren, zu thematisieren und sich im Dialog mit der helfenden Person besser zu verstehen. Die helfende Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung des Klienten bzw. der Klientin ‚fördert‘, sondern auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin ‚erfordert‘ (Schmid, 2002; vgl. auch Pfeiffer, 1993), da er weniger auf Einsicht als auf lebendige Erfahrung der Gegenseitigkeit abzielt, auf den „unmittelbaren vitalen Erlebensgrund der Patienten“ (Finke, 2004, S. 11).

„Auf der Grundlage einer entwicklungsfördernden Grundhaltung, die durch die Kernbedingungen (Basisvariablen) Kongruenz, Akzeptanz und Empathie ebenso wie das Angebot der Strukturgebung und Bindungssicherheit gekennzeichnet ist, wird reflexiv ein auf das jeweilige Gegenüber ‚abgestimmtes‘ Beziehungsangebot gemacht. Dadurch können nicht verarbeitete Erfahrungen reaktualisiert, symbolisiert, d. h. dem Bewusstsein zugänglich gemacht und integriert werden. Zusätzlich kann das Kind ... korrigierende Beziehungserfahrungen machen, so dass es seine Inkongruenzen lösen, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen ändern kann. So werden

6 Entlang der klientenzentrierten Theorie formuliert bereits Tscheulin (1992) Realitäts Offenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite als zentrale Bedingungen eines geglückten ‚Therapeutischen Basisverhaltens‘ und findet sie letztlich in allen vorherrschenden Grundorientierungen auf. Die Konzentration auf die beiden genannten Vertreter soll anderen Verfahren nicht das Augenmerk auf Beziehungsgestaltung in helfenden Prozessen absprechen. Carl R. Rogers und Martin Buber und die auf ihnen basierenden Verfahren haben die Bedeutung der Beziehung jedoch von Beginn an als Grundbedingung betrachtet und ausformuliert (für eine Reflexion der verschiedenen therapeutischen und beraterischen ‚Beziehungskulturen‘ im Hinblick auf integrative Aspekte vgl. Finke, 1999; Gahlleitner 2005a; für den Kinder- und Jugendlichenbereich in der VT vgl. z. B. Borg-Laufs, 2002).

7 Genau betrachtet gab es selbstverständlich bereits ähnliches Gedankengut (z. B. bei Rank u. a.), jedoch nicht gleichermaßen systematisch ausformuliert (vgl. Kirshenbaum, 1979; im Überblick nachzulesen bei Höger, 2006a, S. 11 ff.).

intrapyschische Prozesse aktiviert und es können neue Selbst- und Weltwahrnehmungen in ein sich veränderndes Selbstkonzept integriert werden.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 43f.)

Zentral daran aus der Perspektive der Bindungstheorie ist die aufrichtige menschliche Begegnung als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung, eine gemeinsame Ko-Konstruktion in identitätsstiftenden Erzählungen, diesmal mit einer vertrauenswürdigen Person (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 426). *Die Beziehung an und für sich wird zur Therapie*. Gendlin (1996/1997) bezeichnet diese Verbundenheit als ‚relating in depth‘, eine Art ‚Fortsetzung der Feinfühligkeit – diesmal jedoch über Sprache‘. Es kommt zu einer „Art *Wiederholung und Neustrukturierung defizitärer Kindheitserfahrungen*“ (Sander, 1999, S. 53, Hervorhebungen im Original). Im Idealfall bedeutet dies, dass die in der Therapie erworbenen Beziehungserfahrungen vom Klienten bzw. der Klientin verinnerlicht und zu einer positiven Weiterentwicklung im Umgang mit sich und anderen genutzt werden können. Die Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf auf diese Weise wieder mehr Bindungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als ‚*earned secure*‘ (Main, 1995; vgl. auch Hauser & Endres, 2002).

„Rogers hat im Kontakt des Klienten mit dem kongruenten, empathisch verstehenden und unbedingt wertschätzenden Therapeuten eine Situation gesehen, in deren Schutz sich der Klient seinen aktuellen ängstigenden Selbst- und Beziehungserfahrungen zuwende und Erfahrungen mache, die er in das Selbstkonzept integrieren könne.“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 12)

Helfende Professionen sind aus dieser Perspektive „im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring, 2004, S. 196). „Besonders in schwierigen Lebenssituationen müssen sprachliche Repräsentationen vom Denken, Fühlen und Handeln anderer und von sich selbst durch offene Kommunikation mit vertrauten Personen ‚kokonstruiert‘ werden.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 427) Dann kann sich möglicherweise ‚auch der Bezug zur Welt‘ ändern. „Neue feinfühlig und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen ... helfen<sup>8</sup> dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für ... Entwicklung.“ (Brisch, 2006, S. 44) „In der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz ... greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.“ (Höger & Müller, 2002, S. 36)

„Der Diskurs ist der bei weitem wichtigste Weg, um eine ‚stets aktive Wechselbeziehung zwischen Innen und Außen‘, eine Beziehung zwischen dem Erleben auf den verschiedenen Ebenen des Denkens und Fühlens (der Internalen Kohärenz) und der Wirklichkeit (der

externalen Korrespondenz des Erlebten) herzustellen. Dies gilt ... besonders für die Verknüpfungen zwischen vor- und außersprachlichen Erfahrungen im Rahmen von Bindungsbeziehungen und den ihnen zugrundeliegenden Gefühlen und Verhaltensweisen. Der Dialog darüber erst erschließt ihre Bedeutung und macht sie so den eigenen Reflexionen – dem ‚Nach-Denken‘ – und möglichen Veränderungen zugänglich“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 420).

## **Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode – Versuch eines Modells**

Aus therapeutischer Sicht formuliert Jobst Finke (2004) die Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode. „Das therapeutische Verstehen ist auf Verständigung gerichtet und an ein spezifisches Beziehungsangebot gebunden ... so, dass das jeweilige Beziehungsangebot Art und Ziele der therapeutischen Verstehenshaltung und der sich daraus ergebenden Intervention bestimmt“ (Finke, 2004, S. 1; vgl. bereits im Erstgespräch Behr, 2006). „Durch das ‚Verstehen des Therapeuten‘ wird ‚das Selbstverstehen des Patienten‘ erreicht, indem die einsichtsvermittelnde Sinnfigur aus einem längeren Interaktionsprozess entwickelt wird. Dem Selbstkonzept widersprechende Erfahrungen können integriert werden – unter der positiven Wertschätzung einer anderen kongruenten, empathischen Person“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 11).

Für diese Aufgabe bietet „die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie“ (Höger & Müller, 2002, S. 36) einen theoretisch wie empirisch sinnhaften Orientierungsrahmen. So kann man beispielsweise die Bedeutung verschiedener Bindungsstrategien für die personenzentrierte Störungslehre näher betrachten (vgl. dazu Höger, 2007). Verknüpft man mehrere dieser Überlegungen miteinander, ergeben sich interessante Korrespondenzen. Jobst Finke (2004) nennt für die gesprächspsychotherapeutische Persönlichkeits- und Störungstheorie drei Grundkonzepte: die Aktualisierungstendenz, die zwischenmenschliche Beziehung und die Inkongruenz, auf die jeweils interventiv geantwortet werden muss. Angelehnt an die daraus abgeleitete Übersichtstabelle ließen sich entlang den Ausführungen zum Therapieprozess jeweils bindungstheoretische Korrespondenzen vorschlagen.

Selbstverständlich sind und bleiben auch diese Überlegungen sowohl der theoretischen Voraussetzungen als auch des Bindungsprozesses weiterhin diskussions- und ergänzungsbedürftig. Gemessen an der Komplexität wird ein großes Ausmaß an Forschung benötigt, um den Bindungs- und Beziehungsprozessen in Therapie und Beratung eingehender auf die Spur zu kommen. Wichtige Beiträge zu einem forschungs- und theoriegeleiteten differentiellen therapeutischen Handeln innerhalb des klientenzentrierten Ansatzes sind jedoch bereits erfolgt. In einem Übersichtsartikel

8 Die Begrifflichkeit ‚helfen‘ ist hier streng genommen verwirrend. Das Gehirn kennt natürlich keine ‚Erfahrungen‘, sondern nur die Änderungen von Elektronenströmen in den Leitungsbahnen, die sich dann wiederum in psychischen Befindlichkeiten und Handlungsimpulsen niederschlägt.

Krankheitslehre	Selbstregulationsmodell	Inkongruenzmodell	Beziehungsmodell
Therapietheorie	↓ Therapie als anschauernder Mitvollzug	↓ Therapie als Erfassen komplexer Sinngehalte	↓ Therapie als „neue“ Kommunikation
Therapieprinzipien	↓ Bedingungsfreies Akzeptieren	↓ Einführendes Verstehen	↓ Echtheit/Kongruenz
Therapietechnik	↓ Anerkennen Ermutigen Solidarisieren	↓ Formen und Stufen des Selbstverstehens	↓ Konfrontieren Beziehungsklären Selbsteinbringen
Bindungstheoretische Korrespondenz	↓ ,sichere Basis‘ (Bowlby, 1988/1995) ,Holding environment‘ (Winnicott, 1958/1976) ,mütterliche Einstimmung‘ (Stern, 1985/1992)	↓ ,Earned secure‘ (Main, 1995): beginnende vorsichtige Exploration aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen	↓ Auf der Basis der ‚Earned secure‘: aktive Be- und Durcharbeitung aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen in Richtung internaler Kohärenz und externaler Korrespondenz (Biermann-Ratjen, 2006; Biermann-Ratjen & Eckert, 2002; Brisch, 1999, 2003, 2006; Grossmann & Grossmann, 2004; Höger, 1990, 2006c, 2007)

**Tab. 1: Zusammenhänge des Konzepts nach Jobst Finke (2004, S. 15) zum methodischen Begründungszusammenhang von Krankheitslehre, Therapietheorie, Therapieprinzipien und Therapiepraxis, ergänzt um bindungstheoretische Überlegungen (zur praktischen Relevanz solcher u. ä. Prozess-Stationen im Therapieschehen anhand eines Fallbeispiels vgl. Gahleitner, 2005a, 2007)**

über Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen z. B. gibt Höger (2002) einen differenzierten Einblick in Grenzen und Möglichkeiten statistischer Methoden in der Bindungsforschung.

Das Problem ist wie häufig in der klinischen Forschung: es geht um dynamische Zusammenhänge, nicht um bloße Korrelationen. Eine weitere ebenfalls nicht selten auftretende Komplikation besteht darin, dass Fragebögen in aller Regel auf Selbstauskünften beruhen. „Bei Bindungsfragebögen beeinflusst in gravierendem Maße der abzubildende Sachverhalt (nämlich das Bindungsmuster) den Abbildungsprozess (der Vorgang der Itembeantwortung) und damit das Abbildungsergebnis“ (ebenda, S. 113). Ein zusätzliches forschungsmethodologisch bisher völlig ungeklärtes Problem resultiert aus der Konvention, die therapeutische Beziehung in vielen Untersuchungen therapeutischen Techniken sozusagen als ‚Nullgruppe‘ bzw. als ‚Placebo‘ gegenüberzustellen. Das bedeutet: die Wirkung einer Technik wird mit der suggerierten Nichtwirkung durch ‚reine Beziehungsarbeit‘ verglichen. Therapeutische Arbeit ohne Beziehung ist nachvollziehbarer Weise nicht statistisch zu erheben; ebenso bleibt unklar, wie viel der Wirkung beim Einsatz therapeutischer Techniken dem Zusammenwirken von ‚Beziehung plus Technik‘ im Kontrast zu ‚nur Technik‘ zukommt.

Dies stellt jedoch keinesfalls die Arbeit an der Methodenentwicklung in Frage. Qualitative und quantitative Methoden könnten einander hier fruchtbar ergänzen, um „empirisch auf einer möglichst breiten inhaltlichen Basis zugleich theorie- und phänomengeleitet,

nach bedeutsamen bindungsrelevanten Varianten des Konzepts von sich und anderen zu suchen und Fragebögen zu deren Identifikationen zu entwickeln“ (ebenda, S. 117). Das zeigt beispielsweise die Entwicklung des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE) (Höger, 1999) und konkrete Projekte dazu (z. B. Höger & Wissmann, 1999) und eine Anzahl weiterer abgeschlossener Forschungsprojekte in diesem Bereich mit diesem und anderen Instrumenten (vgl. u. a. Schmidt, Strauß, Höger & Brähler, 2004; Strauß et al., 2006). Das Unternehmen lohnt sich also. An diesen Ergebnissen könnte und sollte weiter angeknüpft werden.

## Schlussgedanken und Ausblick

Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, die von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus sowie extremer Individualisierung gekennzeichnet ist, sind soziale Ressourcen in Form stabiler psychosozialer Geborgenheit als positiver Gegenhorizont bedeutsam (Keupp, 1997, S. 2003). Beziehung schafft Schutz, Stabilität und Kontinuität sowie eine Ausgangsbasis für Neuerschließungen. Bindungstheorie vertritt „entgegen dem puritanischen Ethos der Unabhängigkeit des Individuums, dass das Bestreben, jemandem nah sein zu wollen, respektiert, wertgeschätzt und unterstützt werden soll“ (Grossmann, 2002, S. 55) und „nicht als ein defizienter Modus menschlicher Existenz“ (Finke, 2004,



S. 14) zu verstehen ist. Statt „Unabhängigkeit“ fordert der Fokus auf Beziehungsprozesse „Autonomie in Verbundenheit“ (Grossmann, 2002, S. 39).

Intervention kann so betrachtet niemals Intervention am Individuum alleine sein, sondern ist immer „Intervention im Leben eines Menschen, der mit anderen Menschen zusammen lebt“ (Falck, 1988/1997, S. 129). Bindungstheorie hilft hier systematisieren und erweist sich damit als bedeutsam für helfende Professionen, die stets ‚durch die Beziehung hindurch‘ mit Klienten verbunden sind und gemeinsam mit ihnen an Veränderungsprozessen arbeiten. „Mit sozialen, kommunikativen und dialogischen Kompetenzen kann Lebensbewältigung und Alltagsgestaltung leichter gelingen. Bei der Pluralität von Werten und Orientierungen für das Zusammenleben, kann und muss vieles miteinander ausgehandelt werden ... [und] verlangt ... Aushandlungskrobatik“ (Steenbuck, 2005, S. 83).

Trotz der Suche nach Systematik und Struktur zum Verständnis persönlicher Beziehungen im Alltag und in der Anwendung auf die Beziehungsgestaltung in Therapie und Beratung können und dürfen konkrete ‚Anweisungen und Forderungen‘ für die praktische Arbeit vor Ort jedoch immer nur Anregungen sein. Bindungsorientierte Intervention in Form von Regeln zu organisieren, kann einen wichtigen Wissenshintergrund darstellen, vor dem aber letztlich der indikationsspezifische und situationsadäquate Einsatz die eigentliche Qualität der Hilfestellung ausmacht. In der Gesprächspsychotherapie stand dieses Grundverständnis der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung von jeher im Zentrum therapeutischen Handelns wie auch in der ihr zugrunde liegenden Therapietheorie, dem Klientenzentrierten Ansatz (Höger & Wissemann, 1999).

Die Wichtigkeit emotional bedeutsamer Beziehungen und korrigierender emotionaler Erfahrungen ist inzwischen in der Psychotherapieforschung hinreichend belegt (s. o.). Dies gilt auch für die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren vor Therapietechniken. Es muss jedoch eine Passung geben zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren einerseits und der verfahrensspezifischen Interventions-technik andererseits (Tscheulin, 1992). Der Vorschlag von Jobst Finke (2004) lautet, aus übergeordneten und das Verfahren charakterisierenden Therapiezielen wie Verbesserung der Kongruenz, der Selbsttransparenz und Selbstexploration Subziele abzuleiten, die dann jedoch an individuellen sowohl prozessspezifischen wie persönlichkeits- und störungsspezifischen Merkmalen ausgerichtet sind. Indikationsspezifisch und prozessadäquat bewegt sich das Beziehungsverhalten des Therapeuten bzw. der Therapeutin dann von einem verstehend-spiegelnden bis hin zu einem dialogisch-interaktionellen Modus. So kann eine Verschränkung von inhaltlichen und prozessualen Aspekten erfolgen<sup>9</sup>.

Aufgabe der helfenden Berufe ist es, diesen Bereich für ihr jeweiliges Klientel detailliert auszuformulieren. Insofern erscheint es sinnvoll, dass Wissenschaft und Praxis in der Bindungsforschung eng verschränkt bleiben sowie empirische Modelle in neue Handlungsmodelle einfließen, von dort überprüft werden und wiederum in die Erarbeitung handlungsrelevanter Kriterien für gelingende Hilfeprozesse münden. Offene Fragen gibt es genug. Ob es dafür zweckmäßig ist, entsprechend dem Modell der Evidence-based Practice, dem quantitativen Forschungsparadigma stets den Vorrang zu geben vor dem qualitativen, das auch hermeneutische Verfahren und subjektforschungsorientierte Ansätze zur Datenauswertung ermöglicht, mutet eine fast schmerzliche Frage an in einem Bereich, in dem subjektive Prozesse der Klienten so elementar die Praxis bestimmen.

„Szenarien des Kontakts‘ zum Goldstandard zu erheben, bleibt daher an vielen Stellen fragwürdig. Wie sehr dies zumindest zu Problemen führt, beweist ein Blick in kürzlich publizierte Übersichtsbandchen, die nach einigen einführenden Gedanken die Gegenseitigkeit in der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut bzw. Therapeutin und Patient bzw. Patientin aus dem Katalog der beachtenswerten Faktoren in der therapeutischen Beziehungsgestaltung streichen, da sie sich leider nicht angemessen operationalisieren lässt (vgl. z. B. bei Sachse, 2006). Hier schließt sich der Kreis zum Einführungsbeispiel: schlagwortartige Listen sind operationalisierungsfreudig; ob sie uns jedoch in der Beziehungsgestaltung wirklich weiterführen, mag der Leser bzw. die Leserin erwägen.

In der Unterscheidung von task-orientierten und sozial-emotionalen Aspekten der therapeutischen Beziehung werden beim kommunikativen Kontakt und dem Affektaustausch die höchsten Effektstärken gefunden (Orlinsky et al., 1994). Um solch komplexen Zusammenhänge aber in forschungspraktikable Begrifflichkeiten zu transformieren, die noch Praxisnähe aufweisen, müsste man bei der Forschung viel stärker auf der Ebene des konkreten Geschehens ansetzen. Um „nach bindungsrelevanten Mustern des Konzepts von sich selbst und anderen ... zu suchen“ (Höger, 2002, S. 116) sollte Forschung gegenstandsbezogen angewendet werden. Dieses „Primat des Gegenstandes vor der Methode“ (ebenda) lässt sich nicht einfach umkehren.

Ebenso zeigt sich in diesem Forschungsbereich schmerzhaft der Verlust durch mangelnde Interdisziplinarität. Die Ergebnisse aus Ethologie und Anthropologie sowie Kulturanthropologie scheinen bisher für nicht wert gehalten zu werden, in der Psychotherapieforschung und -landschaft weitreichend einbezogen zu werden. Rogers (1959a/1987) hingegen suchte nach natürlichen Bedingungen für günstige Entwicklungsprozesse, die sich mit der beschreibenden und Zusammenhänge aufspürenden Ethologie und Anthropologie besser verknüpfen lassen als mit isolierten Faktoren

<sup>9</sup> Im Kontrast dazu wird die therapeutische Beziehung bei Sachse (2006) als stark zweckorientierte, strategische Technik (S. 17) definiert. Der Therapeut gestaltet die Beziehung hier „zielgerichtet, geplant und intentional“ (ebenda, S. 15). Dieses Vorgehen hat eine Nähe zur Pfadanalyse (Caspar, 2005) und ist in jedem Falle als

wertvoller Beitrag zur Aufklärung von Beziehungskonstellationen hilfreich, deckt jedoch m. E. nicht die Breite und Tiefe therapeutischer Beziehungsgestaltung ab.

aus quantitativen Designs. Beobachten, Beschreiben, Kategorisieren und systematisches Interpretieren – und die gegenseitige Durchdringung dieser verschiedenen Strategien – können in diffiziler Kleinarbeit sehr tragfähige Ergebnisse zutage fördern (Höger, 2006c). „Ein solches Vorgehen würde allerdings die übliche Methodik der Psychotherapieforschung auf den Kopf stellen – oder ... vom Kopf auf die Füße“ (ebenda, S. 22).

Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie wird die Frage, ob Klienten auf das Beziehungsangebot eingehen können, nicht mehr zu einer Frage nach der Indikation, sondern ganz einfach zu einer Herausforderung an den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin (Höger & Müller, 2002, S. 37; vgl. auch Pfeiffer, 1993). Eine gelungene Interaktion entsprechend als ‚existentiellen‘ Prozess

zu begreifen und im Gegensatz zu falsch verstandenen Autonomiekonzepten als Ressource zu betrachten, ist m. E. nicht nur eine wichtige Perspektiveinnahme für alle Bereiche psychosozialer Gesundheit, sondern zum Verständnis unseres alltäglichen (Er-)Lebens und Zusammenlebens insgesamt. Insofern greift das zunehmende Interesse an der Bindungstheorie „eine Besorgnis des heutigen Menschen“ (Endres & Hauser, 2002, S. 10) auf, in dieser immer unüberschaubarer werdenden Welt Halt zu gewinnen, und ist damit ein empirisch fundiertes und theoretisch weitreichendes „Plädoyer gegen Nachlässigkeit im sozialen Miteinander“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 19) und für ein „grundsätzliches Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung ... auf sein Angewiesensein auf Gemeinschaft“ (Finke, 2004, S. 4).

## Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant Behavior*, 4, 113–136.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99–135). London: Cambridge University Press.
- Albrecht, H. (2006). Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu. *DIE ZEIT*, 3. August 2006, 25.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT 1997. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 36.) (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass)
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–82). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Balen, R. van (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 162–183.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10 (2), 108–117.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele, Horst (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 9–16). Stuttgart: Schattauer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Hat die Säuglingsforschung die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 25–42). Göttingen: Hubert & Co.
- Borg-Laufs, M. (2002). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie. Ein Werkstattbericht. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4 (3), 583–596.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Kindlers Taschenbücher. 2106.) (Original erschienen 1951: *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter. (Original erschienen 1988: *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock & Routledge).
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. (5. neugestaltete Aufl.). München: Reinhardt. (Beiträge zur Kinderpsychotherapie. 13.) (Original erschienen 1953: *Child care and the growth of love*. Harmondsworth: Penguin Books).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Original erschienen 1969–1980: *Attachment and loss. New York: Basic Books. Vol. 1 1969: Attachment. Vol. 2 1973: Separation – anxiety and anger. Vol. 3 1980: Loss, sadness and depression*).
- Bozarth, J. D., Zimring, F. M. & Tausch, R. (2001). Client-centered therapy: The evolution of a revolution. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–188). Washington, DC: APA.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3, 43–55.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105–135). Stuttgart: Klett Cotta.
- Buber, M. (1983). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider. (Original erschienen 1923: *Ich und Du*. Leipzig: Insel).
- Caspar, F. (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzk (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265–280). Göttingen: Hogrefe.

- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11–44). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory. Historical, clinical, and social significance* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Dolan, R., Arnkoff, D. & Glass, C. (1993). Client attachment style and the psychotherapists interpersonal stance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, 408–412.
- Döring, E. (2004). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (3), 193–198.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: dtv.
- Endres, M. & Hauser, S. (2002). Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie. Einführende Anmerkungen. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 9–17). München: Reinhardt.
- Endres, M. & Hauser, S. (Hrsg.) (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Falck, H. S. (1997). *Membership. Eine Theorie der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke. (Original erschienen 1988: Social work – the membership perspective. New York: Springer).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press).
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (1), 42–47.
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *Psychosozial*, 28 (101), 43–58.
- Gahleitner, S. B. (2005c). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumbewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Grundlage für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte KlientInnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG.
- Gendlin, E. T. (1997). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer. (Original erschienen 1996: Focusing oriented psychotherapy. New York: Guilford)
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54–80). München: Reinhardt.
- Hauser, S. & Endres, M. (2002). Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 159–176). München: Reinhardt.
- Heisterkamp, G. (2004). Zur leiblichen Fundierung des Übertragungsge-schehens. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 363–367.
- Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Phantasie und Realität. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 348–355.
- Henn, F. & Henn, S. (2006). Die heilende Kraft der Beziehung – Patienten werden auch durch die Zuwendung gesund. Ein Gespräch mit dem Psychiater Fritz Henn und der Seelsorgerin Suella Henn. Das Gespräch führte Ulrich Schnabel. *DIE ZEIT*, 29. Juni 2006, 33.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395–433). New York: Guilford.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie in der Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44, 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsfor-schung* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (2006a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 11–35). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006c). Hat die Bindungstheorie die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 15–24). Göttingen: Hubert & Co.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Slunnecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: Facultas.
- 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. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Holm-Hadulla, R., Kriz, J. & Lieb, H. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 321–334.
- Keupp, H. (2003). Identitätsbildung in der Netzwerkgesellschaft: Welche Ressourcen werden benötigt und wie können sie gefördert werden? In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 15–50). Gießen: Psychosozial.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 469–485). New York: Wiley.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser. (Original erschienen 1998: The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster).
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T.

- Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory* (pp. 407–474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66–104). Chicago: University of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50.)
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Berlin: de Gruyter.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–39). Heidelberg: Asanger.
- Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. *Beratung Aktuell*, 6 (3), 140–160.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. 3: Formulations of the person and the social context, New York: McGraw Hill, pp. 184–256).
- Rogers, C. R. (1967f). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Ed.), *Humanizing education* (pp. 1–18). Washington: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. [The dialogue was held at Ann Arbor, organized by the University of Michigan on April 18, 1957.] *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218–239). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sander, K. (1999). *Personenzentrierte Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Schmid, P. F. (2002). *Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung. Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium*. [Online-Dokument]. <http://pfs-online.at/papers/paper-weinsberg.pdf> [Aufgerufen am 20.09.04].
- Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 375–382.
- Schmidt-Denter, U. & Spangler, G. (2005). Entwicklung von Beziehungen und Bindungen. In J. B. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 425–523). Göttingen: Hogrefe.
- Senf, W. & Broda, M. (2004). Editorial. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 319–320.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens/die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann.
- Solomon, J. & George, C. C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. Linking classic Observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3–32). New York: Guilford.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 170–194). Weinheim: Beltz – Psychologie VerlagsUnion.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G. J. Suess, H. Scheurer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 157–177). Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541–555.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books)
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51 (1), 5–14.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A.; Marquet, A.; Papenhäuser, R. et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 579–594
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Aus den ‚Collected Papers‘*. München: Kindler. (Original erschienen 1958: Collected Papers. Through paediatrics to psycho-analysis. London: Tavistock)

#### Autorin:

**Silke Brigitta Gahleitner**, geb. 1966, studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitet seit 1997 als Psychotherapeutin in eigener Praxis sowie in einer stationären Einrichtung für traumatisierte Mädchen (seit 1999). Seit 2005 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Schwerpunkten Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden, Genderforschung und Psychosoziale Traumalogie in Forschung, Lehre und Praxis tätig.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Gahleitner  
 Alice-Salomon-Hochschule – University of Applied Sciences Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit  
 Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin  
 E-Mail: sb@gahleitner.net