

Bindungsmuster und Gegenübertragung

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae

(Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Annegret Martin
geboren am 18. 11. 1978 in Saalfeld

Gutachter

1.

2.

3.

Tag der öffentlichen Verteidigung:

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb. – Abbildung

AAI – Adult Attachment Interview

ängstl. – ängstlich

Anh. – Anhang

BDG VP – Bindungstyp der Versuchspersonen

BDG P – Bindungstyp der Patienten

Bf – Befindlichkeitsskala

Bsp. – Beispiel

bzgl. – bezüglich

bzw. – beziehungsweise

Dr. – Doktor

et al. – et altera

f. – die folgende

ff – die folgenden

GÜ1Fak – Gegenübertragungsfragebogen (nur 1 Faktor ausgewertet)

Kap. – Kapitel

IMI – Impact Message Inventory

Rhf. – Reihenfolge

s. – siehe

St – Studenten

Th – Therapeuten

Tab. – Tabelle

proj. – projektive

S. – Seite

v.a. – vor allem

vgl. – vergleiche

verm. – vermeidend

verw. – verwickelt

z.B. – zum Beispiel

B INHALTSVERZEICHNIS

A	Abkürzungsverzeichnis	1
B	Inhaltsverzeichnis	2
1	Zusammenfassung	6
2	Einleitung	8
3	Theoretischer Hintergrund	10
	<u>3.1 Die Bindungstheorie</u>	10
	3.1.1 Ursprünge	10
	3.1.2 Das Bindungssystem	11
	3.1.3 Die fremde Situation und die Bedeutung der mütterlichen Feinfühligkeit	12
	3.1.4 Bindungsmuster	14
	3.1.5 Interne Arbeitsmodelle von Bindung	15
	3.1.6 Der Einfluss früher Bindungsqualität auf die Entwicklung	16
	3.1.7 Bindung über den Lebenslauf und im Erwachsenenalter	17
	3.1.8 Messung von Bindung im Erwachsenenalter	19
	<u>3.2 Die therapeutische Beziehung</u>	21
	3.2.1 Das Konstrukt	21
	3.2.2 Empirische Ergebnisse	22
	<u>3.3 Bindung und Psychotherapie</u>	24
	3.3.1 Bindung und Psychopathologie	24
	3.3.2 Psychotherapie aus bindungstheoretischer Sicht	25
	3.3.3 Einfluss der Bindungsqualität auf den Therapieerfolg	28
	<u>3.4 Gegenübertragung</u>	29
	3.4.1 Geschichtliche Entwicklung	29
	3.4.2 Modernere Auffassungen von Gegenübertragung	31
	3.4.3 Grundkonzepte der Gegenübertragung	33
	3.4.4 Empirische Ergebnisse zum Gegenübertragungserleben	35

3.4.5	Bindungsmuster und Gegenübertragung	37
4	Ziele der Arbeit	41
4.1	<u>Fragestellung</u>	41
4.2	<u>Hypothesen</u>	42
4.2.1	Hypothese I	42
4.2.2	Hypothese II	42
4.2.3	Hypothese III	43
5	Methoden	44
5.1	<u>Operationalisierung</u>	44
5.1.1	Unabhängige Variablen	44
5.1.1.1	<i>Bindung der Patienten</i>	44
5.1.1.2	<i>Profession</i>	45
5.1.1.3	<i>Bindung der Versuchspersonen</i>	45
5.1.2	Abhängige Variablen	46
5.1.2.1	<i>Impact Message Inventory</i>	46
5.1.2.2	<i>Gegenübertragungsfragebogen</i>	47
5.1.2.3	<i>Befindlichkeitsskala</i>	48
5.1.2.4	<i>Therapiezentrierter Fragebogen</i>	49
5.2	<u>Design</u>	50
5.3	<u>Stichprobe</u>	51
5.3.1	Altersverteilung der Versuchspersonen	52
5.3.2	Geschlechterverteilung der Versuchspersonen	52
5.4	<u>Statistische Verfahren</u>	53
5.4.1	Voraussetzungen der statistischen Verfahren	53
6	Ergebnisse	54
6.1	<u>Hypothese I</u>	54
6.1.1	Das Impact Message Inventory (IMI)	54

6.1.1.1	Die Skala „freundlich“	54
6.1.1.2	Die Skala „feindselig“	55
6.1.2	Der Gegenübertragungsfragebogen	56
6.1.3	Befindlichkeitsfragebogen	56
6.1.4	Therapiezentrierter Fragebogen	57
6.1.5	Intervenierende Variablen	61
6.1.5.1	Sequenzeffekte	61
6.1.5.2	Position der Befindlichkeitsskala im Versuchsaufbau ...	63
<u>6.2</u>	<u>Hypothese II</u>	63
6.2.1	Verteilung der Bindungsmuster der Versuchspersonen	63
6.2.2	Abhängige Variablen	64
<u>6.3</u>	<u>Hypothese III</u>	66
6.3.1	Unterschiede in den abhängigen Variablen	66
6.3.2	Kontrolle von Alter und Geschlecht der Versuchspersonen	67
7	Diskussion	68
8	Schlussfolgerungen	76
C	Literaturverzeichnis	78
D	Anhang	91
<u>D.1</u>	<u>Fragebögen</u>	91
D.1.1	Instruktion	92
D.1.2	Impact Message Inventory	93
D.1.3	Gegenübertragungsfragebogen	96
D.1.4	Befindlichkeitsskala.....	98
D.1.5	Therapiezentrierter Fragebogen	99
D.1.6	Fragebogen zu Beziehungserfahrungen	100
<u>D.2</u>	<u>Rechnungen</u>	101
D.2.1	Korrigierte zweifaktorielle Varianzanalyse als Sequenzanalyse	101
D.2.2	Varianzanalyse zur Position der Befindlichkeitsskala im Fragebogenpaket	101

D.2.3	Einfaktorielle Varianzanalyse und Scheffe-Tests zu Unterschieden zwischen Bindungstypen der Versuchspersonen	102
D.2.4	Vergleich Therapeuten – Studenten – Anova	103
D.2.5	Kontrolle des Alters	103
D.2.6	Kontrolle des Geschlechts	103
D.2.7	Levene-Test auf Varianzgleichheit zwischen Studenten- und Therapeutengruppe	104
D.2.8	Faktorenanalyse für den Gegenübertragungsfragebogen	104
D.2.9	Reliabilität der Ausgangsskalen des Gegenübertragungsfrage- bogens	106
D.2.10	Korrelationen (Homogenität = Voraussetzung für Messwiederholungsanalyse)	106
<u>D.3</u>	<u>Diagramme</u>	106
D.3.1	Reihenfolgeeffekt (Diagramme der übrigen Variablen)	106
D.3.2	Reihenfolgen der einzelnen Gruppen.....	107
<u>D.4</u>	<u>Transkript-Ausschnitte</u>	108
<u>D.5</u>	<u>Lebenslauf</u>	113
<u>D.6</u>	<u>Danksagung</u>	114
<u>D.7</u>	<u>Ehrenwörtliche Erklärung</u>	115

1 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist in der Psychotherapieforschung angesiedelt. Ihr Ziel war es, einen Beitrag zu leisten zur Aufklärung der Ursachen von Gegenübertragungsreaktionen, die dann diagnostisch und therapeutisch weiter verwendet werden können. Dabei konzentrierte sich die Untersuchung auf die Wirkung unterschiedlicher Bindungsmuster auf die Gegenübertragung.

Nach Bowlby besitzen Menschen ein angeborenes Bedürfnis, sich die Nähe von Bezugspersonen zu sichern, um in Stresssituationen Hilfe zu erfahren. In Abhängigkeit von der Zuverlässigkeit der Unterstützung entwickeln Kinder bestimmte Bindungsmuster, die potentiell veränderlich sind. Bei gleich bleibender Umwelt sind sie jedoch bis zum Erwachsenenalter weitgehend stabil.

In der therapeutischen Situation wirken sich diese Verhaltensstrategien auf die Qualität der therapeutischen Beziehung aus, die sich als bedeutsamer Prädiktor für den Therapieerfolg erwiesen hat. Patienten mit sicherer Bindung tragen eher zu einer positiven Beziehung zum Therapeuten bei und weisen höhere Therapieeffekte auf als unsicher Gebundene. Die Literatur lässt noch offen, ob von den unsicher Gebundenen vermeidende oder ambivalente Patienten geringere Erfolge erzielen.

Der Beitrag des Therapeuten zur therapeutischen Beziehung wird entscheidend von seiner Gegenübertragung beeinflusst. Aus heutiger Sicht scheint eine ganzheitliche Auffassung von Gegenübertragung angebracht, die alle Reaktionen des Therapeuten auf seinen Patienten umfasst. Diese werden als Reaktion auf die Übertragungen des Patienten, objektive Reaktionen auf dessen Realität, eigene Übertragungen des Analytikers und das Zusammenspiel dieser Faktoren gesehen.

Es wurde der Einfluss von Bindungsmustern von Patienten, vom Bindungstyp des Gegenübers (Therapeuten und Studenten) und der Professionalität auf die Gegenübertragung untersucht.

In einem Messwiederholungsdesign wurden dazu Studenten der Medizin und psychodynamische Therapeuten in Ausbildung Ausschnitte aus den Adult Attachment Interviews von Patienten mit drei unterschiedlichen, prototypischen Bindungsmustern präsentiert. Mit Fragebögen wurden anschließend Aspekte der Gegenübertragung sowie der Bindungstyp der Versuchspersonen erfasst. Anhand von Varianzanalysen wurden Mittelwertsunterschiede berechnet.

Eindeutig nachgewiesen werden konnte die spezifische Wirkung der unterschiedlich gebundenen Patienten auf die Gegenübertragung der Versuchspersonen, wobei sich komplementäre interpersonale Reaktionen zeigten. Auf die eher feindlich wirkende, vermeidende Patientin wurde negativer reagiert, auf die freundlich wirkende, sichere Patientin besonders

positiv. Die verwickelt gebundene Patientin nahm eine Position zwischen beiden anderen Bindungstypen sowohl in ihrer Wirkung in der Dimension „feindlich–freundlich“ als auch in den auf sie gerichteten Impulsen der Versuchspersonen ein. Auch wurden Unterschiede in den Erwartungen an und im Vorgehen in einer potentiellen Therapie mit den unterschiedlich gebundenen Patienten gefunden.

Der Einfluss der Bindung der Versuchspersonen auf ihre Gegenübertragung war nicht signifikant. Jedoch wiesen die Ergebnisse in die vermutete Richtung. Vermeidende schienen sich von der verwickelten Patientin nicht so tief berühren zu lassen wie sichere Versuchspersonen, während die verwickelten sich am stärksten in die Beziehung zur verwickelten Patientin involviert zeigten.

Ein vermuteter Unterschied in der Gegenübertragung zwischen Therapeuten und Studenten konnte nur in einer der vier untersuchten Variablen, der Befindlichkeit der Versuchspersonen, festgestellt werden. Dieses Ergebnis kann darauf zurückzuführen sein, dass sich die Therapeuten noch in der Ausbildung befanden. Alternativ ist es möglich, dass die Therapeuten zwar ihre Gefühle den Patienten gegenüber intensiver als die Studenten wahrnehmen, diese jedoch besser kontrollieren.

Um diese Annahme zu untersuchen, sind weitere Studien nötig, die Empfindung von und Reaktionen auf Gegenübertragungsgefühle klar unterscheiden. Weiterhin werden detailliertere Studien gebraucht, die die Wirkung eines breiteren Spektrums an Signalen der unterschiedlich gebundenen Patienten untersuchen, da sich die Dimension „feindlich–freundlich“ als nicht ausreichend zur Erklärung der Effekte erwies. Außerdem scheint eine weitere Untersuchung des Einflusses des Bindungstyps der Therapeuten auf ihre Gegenübertragung sinnvoll, bei der die Bindung bei Patienten und Therapeuten durch vergleichbare Instrumente erfasst wird.

Die Ergebnisse belegen den Einfluss von Bindungsstrategien auf die Gegenübertragung und damit auf die Qualität der therapeutischen Beziehung. Sie können in der Gegenübertragungsanalyse und dadurch auch therapeutisch genutzt werden und so zu einem besseren Verständnis und zu noch positiverer Kommunikation in der Psychotherapie beitragen.

2 Einführung

Als der Psychoanalytiker John Bowlby Ende der 50er Jahre seine ersten Ideen über das Band zwischen Mutter und Kind der Psychoanalytischen Gesellschaft vortrug, erntete er herbe Zurückweisung (Bowlby 1958).

Seine Theorie geht davon aus, dass ein Säugling mit einem natürlichen Bedürfnis nach Nähe auf die Welt kommt und dass Trennung von oder nicht angemessene Reaktionen der Bezugspersonen zu Störungen in der seelischen Entwicklung des Kindes führen. Damit untergrub er nicht nur die Triebtheorie der Psychoanalyse, sondern auch die Bedeutung der Phantasie, indem er den Einfluss äußerer Ereignisse auf die Entwicklung hervorhob. Zudem geriet er durch seine Methoden – der direkten Verhaltensbeobachtung sowie der statistischen Auswertung – in Konflikt mit der Psychoanalyse, die ihre Erkenntnisse aus Fallstudien bezog (Köhler 1995, Dornes 2000).

So wurde – wenngleich Bowlby großes öffentliches Interesse entgegengebracht bekam – seine Theorie in Fachkreisen vorerst abgelehnt (Dornes 2000, Holmes 2002).

Vor allem durch Mary Ainsworth, die mit der „Fremden Situation“ Bowlbys Hypothesen der Forschung zugänglich machte, gewann sie jedoch zunehmend Einfluss in Kinderheilkunde, Sozialarbeit und in der akademischen Psychologie, besonders in der Entwicklungspsychologie. Immer mehr Forscher weltweit widmeten sich der Bindungstheorie, so dass diese Anfang der 80er Jahre einen festen Platz in der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft erlangte (Ainsworth und Wittig 1969, Köhler 1995, Spangler und Zimmermann 1995a, Holmes 2002).

Ihre klinischen Implikationen, die Bowlby 1988 so formulierte: „Es ist offensichtlich, dass sich diese Muster mit der Zeit beim Kind verfestigen, und wir ein paar Jahre später feststellen können, dass das Kind ein bestimmtes Muster mit sich trägt und in bestimmter Weise auf seine Umgebung, und wie wir als Therapeuten erleben, auch auf den Therapeuten überträgt. So ist es gerade dieses Weitertragen von Beziehungsmustern mit all seinen Konsequenzen, mit dem wir Therapeuten uns die ganze Zeit so intensiv auseinandersetzen müssen.“, wurden erst im Laufe der letzten Jahre von der Forschung entdeckt (Bowlby 1988a, Bowlby 1995, Spangler und Zimmermann 1995b).

Gerade in der Psychotherapieforschung erlangte Bowlbys Theorie seitdem große Bedeutung. Zum einen vereint sie Ideen aus Evolutionsbiologie, Psychoanalyse, Ethologie und kognitiver Psychologie und trägt so das Potential in sich, ein gemeinsames Fundament für die immer zahlreicheren Psychotherapieformen zu werden. Zum anderen spricht sie mit ihren Eckpfeilern der Bindungssicherheit und Unsicherheit ganz besonders die Probleme unserer

Zeit an, die nicht mehr aus Triebunterdrückung, sondern aus Desorientierung und Unsicherheit in einer unübersichtlich gewordenen Welt resultieren, und erregt daher auch wieder das Interesse der Psychoanalyse (Holmes 1996, Dornes 2002).

Immer klarer zeichnet sich ab, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einen wichtigen Wirkfaktor von Psychotherapie darstellt. Holmes geht sogar soweit zu sagen: „Die Stärke der Therapeut – Patient – Bindung ist ein entscheidender Faktor für das Ergebnis der Therapie, aber die Art der Interpretation ist es nicht, solange sie ausreichend Sinn hat, kohärent und knapp ist (Holmes 2002a).“

Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen guter therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis. Zu dieser tragen Merkmale sowohl des Patienten als auch des Therapeuten bei. Auf beiden Seiten kann die Bindungstheorie wesentliche Inhalte beisteuern. Der Patient steht mit seinem in der Kindheit erworbenen Beziehungsmuster im Fokus der Aufmerksamkeit. Nach Internalisierung wirkt dieses über das Verhalten auf die Umwelt, wird durch die dementsprechende Resonanz immer wieder bestätigt und auf diese Weise meist bis ins Erwachsenenalter aufrecht erhalten. So ist es Ziel und Aufgabe der Psychotherapie, diese bei den Patienten meist ungünstigen Muster zu erkennen und durch das Ermöglichen von positiven Erfahrungen zu korrigieren (Spangler und Zimmermann 1995a).

Auf Seiten des Therapeuten ist es die Feinfühligkeit, die nach der Bindungstheorie dem Kind ein sicheres Beziehungsmuster ermöglicht, und die in der in vielen Studien als wichtiger Prädiktor für den Behandlungserfolg erkannten Wärme des Therapeuten ihr Pendant findet. Ihr Mangel erwies sich in der Erforschung der negativen Effekte von Psychotherapie als Prädiktor für Therapiemisserfolg. Besonders nicht therapeutisch genutzte negative Gegenübertragung im weiteren Sinne, das heißt alle auf den Patienten gerichteten Emotionen des Therapeuten, zeigte sich als ausschlaggebend (Strupp 1958, Butler et al. 1993, Strupp 1996, Faller 1999, Gelso 2002, Hannover 2002).

Um die Muster der Patienten in der Therapie nicht wieder zu bestätigen und so eventuell die Pathologie noch zu verstärken, ist es wichtig, deren bindungstheoretische Hintergründe und ihre Wirkung auf das Gegenüber zu kennen. Dieses Wissen erleichtert es, diese Muster sowohl schneller zu erkennen, sie als diagnostisches Hilfsmittel zu nutzen, als auch unbewusste negative Empfindungen bewusst zu machen, zu kontrollieren oder anzusprechen und eben nicht die traumatisierenden Erfahrungen der Patienten neu zu inszenieren.

Hier möchte diese Arbeit ansetzen, indem zuerst ein kurzer theoretischer Überblick über die Bindungstheorie, die therapeutische Beziehung und die Gegenübertragung gegeben wird. Im Anschluss folgt die Auswertung der Daten der Untersuchung dazu, wie sich unterschiedliche Bindungsmuster von Patienten auf die Gegenübertragung auswirken.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Die Bindungstheorie

3.1.1 Ursprünge

John Bowlbys Interesse für das Wesen des Bandes zwischen Mutter und Kind entflammte durch den intensiven Eindruck, den zwei beziehungsgestörte Jungen während seiner Tätigkeit in einem psychoanalytischen Kinderheim hinterließen, für deren Probleme er die Ursache in frühen Trennungen und Zurückweisungen sah. Hier reifte auch sein Entschluss Kinderpsychiater zu werden (Bretherton 1995, Cassidy 1999).

Während seiner Anstellung an der Londoner Child Guidance Clinic, nach Beendigung des Studiums und seiner Ausbildung zum Analytiker, machte er wertvolle Beobachtungen, die seine Erfahrungen bestätigten. 1940 veröffentlichte er einen ersten Artikel, in dem er frühe negative Familienerfahrung mit späterer Psychopathologie in Verbindung brachte, und dem 1944 die Fallstudie ‚Forty–four juvenile thieves, their characters and home lives‘ folgte, in der Bowlby Verhaltensauffälligkeiten der Kinder mit erlebten Trennungen und Zurückweisung in Beziehung setzen konnte (Bretherton 1995a).

Seine Arbeit wurde durch den Krieg unterbrochen, jedoch erlangte er bei der Armee unter Sutherland wichtige statistische Kenntnisse. Nach dem Krieg wurde Bowlby an der Tavistock–Clinic tätig und gründete eine eigene Forschungsgruppe, mit der er sich zunächst aus praktischen Gründen auf die Erforschung der Auswirkung von Trennung konzentrierte. Diese Gruppe wurde durch Robertson, einen Analytiker, der im Kinderheim Anna Freuds große Expertise in der Feldbeobachtung gewonnen hatte, und Mary Ainsworth, eine Psychologin aus Kanada, die sich in ihrer Doktorarbeit (Salter 1940) mit Sicherheit in Beziehungen befasst und zu diesem Zweck Skalen zu deren Erfassung entwickelt hatte, bereichert (Salter 1940, Bretherton 1995).

Großen Eindruck machte der Kontakt zu Ethologen in den 50er Jahren auf Bowlby, da diese sich ebenfalls für die Mutter–Kind–Bindung beim Tier interessierten und zu deren Untersuchung exakte Methoden aufweisen konnten. Die beiden damaligen Theorien, sowohl die psychoanalytische als auch die lerntheoretische, die beide die Bedeutung der Mutter für das Kind darauf zurückführten, dass sie es fütterte, befriedigten Bowlby nicht. Daher war er

besonders vom Phänomen der Prägung fasziniert, bei dem Bindung auch gegenüber nicht versorgenden Eltern entsteht (Bretherton 1995, Cassidy 1999).

Ein Auftrag der WHO gab Bowlby 1951 die Chance durch die Arbeit am Bericht über das Schicksal heimatloser Kinder „Maternal Care and Mental Health“ seine Erkenntnisse und Gedanken zu einer Einheit zu fügen (Bretherton 1995b, Bowlby 1951).

Kurze Zeit später folgte Ainsworth ihrem Mann nach Uganda und untersuchte dort die Mutter–Kind–Beziehungen über einige Monate im natürlichen Kontext. Um die individuellen Unterschiede, für die sie sich besonders interessierte, genau zu erfassen, entwickelte sie einige Jahre darauf in Baltimore mehrere Skalen zur Erfassung verschiedener Konstrukte, von denen die mütterliche Feinfühligkeit sich als am bedeutendsten für die Vorhersage des kindlichen Verhaltens zeigte (Bretherton 1995).

Ainsworth stellte diese Befunde, sowie die der Baltimore–Längsschnittstudie, in der sie 26 Neugeborene und ihre Mütter in Abständen von einigen Wochen für jeweils mehrere Stunden in ihrer natürlichen Umgebung beobachtete, in den 60er Jahren bei den Treffen der von Bowlby organisierten internationalen Forschergruppe vor. Ihre Teilnehmer waren unterschiedlichster theoretischer Ausrichtung und die Anregungen in diesem Kreise brachten Bowlbys Ausarbeitungen zur Bindungstheorie voran, die schließlich 1969 im Band „Attachment“ veröffentlicht wurden. Er war der erste der Trilogie „Attachment and Loss“, in der er zur Erklärung der starken Mutter–Kind–Bindung Erkenntnisse aus der Evolutionsbiologie, der Ethologie, der kognitiven Psychologie der Entwicklungspsychologie und der allgemeinen Systemkontrolltheorie vereinte (Ainsworth et al. 1978, Bretherton 1995, Cassidy 1999).

Ein Überblick über die Inhalte der Theorie und Erkenntnisse aus jüngeren Studien soll im Folgenden gegeben werden.

3.1.2 Das Bindungssystem

Das Bindungssystem ist nach Bowlby ein dem Menschen angeborenes Verhaltenssystem, das aus dem Druck der Evolution entstand. Es hat die Aufgabe, das menschliche Kind vor Gefahren zu schützen und so die Erhaltung der Art zu sichern.

Da das Kind noch nicht imstande ist, Gefahren wahrzunehmen oder sich aus bedrohlichen Situationen in Sicherheit zu bringen, benötigt es die Hilfe einer erwachsenen Person. Um sich

diese sichern zu können, verfügt es über Verhaltensweisen, wie weinen, rufen oder krabbeln, die die Aufmerksamkeit der Bezugsperson auf sich lenken. Auf der Seite der Eltern existiert, so Bowlby, das dazu komplementäre Verhaltenssystem der Fürsorge, das die ebenso überlebenssichernde Funktion besitzt, dem Kind Schutz und Sicherheit zu gewähren.

Das Bindungssystem wird immer dann aktiviert, wenn das Kind Unwohlsein, z.B. Schmerz, Trennung von der Bezugsperson oder Bedrohliches in der Umgebung erfährt und dann wieder beruhigt, wenn die Nähe zur Bezugsperson wieder hergestellt, und das Bedürfnis nach Sicherheit befriedigt ist (Cassidy 1999, Schmücker und Buchheim 2002).

Aus der allgemeinen Kontrolltheorie entlehnte Bowlby den Gedanken, dass das Bindungssystem, ähnlich den physiologischen Steuerungssystemen, die für die Einhaltung von Sollwerten des Organismus innerhalb bestimmter Grenzen sorgen, eine zentralnervöse Steuerungseinheit besitzt, die über Aktivierung und Deaktivierung von Bindungsverhalten, die Nähe der Bezugsperson sichert.

Ainsworth (1967) beschreibt drei weitere Verhaltenssysteme, mit denen das Bindungssystem in einem dynamischen Gleichgewicht steht. Das Erkundungssystem und das soziale Verhaltenssystem, die beide konträr zu ihm wirken, indem sie nur dann aktiviert werden, wenn es beruhigt ist, und das Furchtsystem, das die Aktivierung des Bindungssystems hervorruft und ihm somit gleichgerichtet ist (Cassidy 1999, Marvin und Britner 1999).

In diesem Zusammenhang ist auch die Funktion der Mutter als „sichere Basis“ zu sehen. Solange das Kind sich wohl fühlt, wird es seine Umwelt erkunden oder sich mit Spielen vergnügen. Das Erkundungssystem ist aktiv, da Sicherheit gegeben ist. Tritt jedoch ein Stressfaktor hinzu, beispielsweise ein Sturz, ein lautes Geräusch, Hunger oder eine zu große Entfernung von der Mutter, wird das Bindungssystem aktiviert. Die dadurch hervorgerufene Hilfe und der Trost der Bezugsperson stellen die emotionale Sicherheit des Kindes wieder her, das dann, im Vertrauen auf Unterstützung in eventuell wiederkehrenden Bedrohungen, alle Aufmerksamkeit und Energie wieder dem Spiel zuwenden kann (Kobak 1999a, Weinfield et al. 1999).

3.1.3 Die fremde Situation und die Bedeutung der mütterlichen Feinfühligkeit

Um das Zusammenspiel von Erkundungs-, Angst- und Bindungsverhaltenssystem zu untersuchen, entwickelte Ainsworth in den 60er Jahren die „Fremde Situation“, ein

Minidrama mit acht dreiminütigen Abschnitten, in denen das Kind in seiner Exploration in Anwesenheit der Mutter, nach Hinzukommen einer fremden Person, bei Verlassen des Raumes durch die Mutter, nach Wiedereintreten der Mutter, ohne eine weitere Person im Raum, allein mit der Fremden und schließlich wieder mit der Mutter beobachtet wird (Ainsworth und Wittig 1969, Bretherton 1999, Kobak 1999b, Dornes 2000, Grossmann 2000a).

Diese Versuchssituation erlangte große Bedeutung, da sie unter gut kontrollierbaren Bedingungen und in relativ einfach durchzuführender Weise Informationen über die Bindungssicherheit des Kindes im Alter von einem Jahr geben kann (Holmes 1996, Grossmann 2000a).

Es stellte sich nämlich heraus, dass sich das Verhalten der Kinder, vor allem in den Wiedervereinigungsabschnitten, erheblich unterschied. Ainsworth konnte drei unterschiedliche Muster ausfindig machen: sicher gebundene Kinder, die bei Trennung von der Mutter offen ihren Kummer ausdrückten und sich bei ihrer Wiederkehr freuten und von ihr beruhigen ließen; unsicher ambivalent gebundene, die nach der Trennung von der Mutter untröstlich waren, sich jedoch bei ihrem Wiedereintritt durch aggressiv-ärgerliches Verhalten gegenüber der Mutter auszeichneten, während sie gleichzeitig ihre Nähe suchten; und unsicher vermeidend gebundene Kinder, die den Weggang der Mutter kaum beachteten, und auch ihrer Wiederkehr nur sehr wenig Aufmerksamkeit widmeten. Das Verhalten letzterer sah man zunächst als besonders reif an, jedoch zeigte sich in Cortisolmessungen, dass ihr innerer Stress am höchsten war (Bretherton 1995, Dornes 2000, Holmes 2002).

Aus den Beobachtungen derselben Mutter-Kind-Dyaden in häuslicher Umgebung während der 12 Monate seit der Geburt ging hervor, dass ein Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Mutter, besonders deren Feinfühligkeit, Akzeptanz, Kooperation und Verfügbarkeit, und des Vorliegens einer sicheren Bindung in der *Fremden Situation* mit einem Jahr bestand. Von diesen Eigenschaften zeigte die mütterliche Fürsorglichkeit die höchste Vorhersagekraft. Sie ist durch Wahrnehmen der kindlichen Bedürfnisse, deren richtige Interpretation, und eine prompte sowie angemessenen Reaktion gekennzeichnet (Dornes 2000, Holmes 2002, Schmücker und Buchheim 2002).

Nicht immer zeigte sich dieser Zusammenhang in späteren Studien so stark wie Ainsworth ihn beobachtet hatte, bestätigte sich jedoch im Großen und Ganzen. Weiterentwicklungen des Konstrukts der mütterlichen Feinfühligkeit finden sich bei Stern (1996), der sie abwandelte in eine sogenannte „Einstimmung“ (Stern 1996) der Mutter auf das Kind, sowie bei Meins (1997), die die Fähigkeit der Mutter, den inneren Zustand ihres Kindes differenziert zu

berichten, als wesentlichen Faktor für die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes erachtete. In die gleiche Richtung deuten Studien von Egeland und Farber (1984). Aber auch für andere mütterliche Verhaltensaspekte wurde ein Einfluss auf die kindliche Bindungssicherheit nachgewiesen. Wie Izard et al. (1991) berichteten, sind in diesem Sinn häufigere positive Emotionen der Mutter, in Verbindung mit einer größeren Offenheit gegenüber dem Kind bei eigenen negativen Emotionen, prädikativ für eine sichere Bindung, während Simo et al. (2000) feststellten, dass stark kontrollierende Mütter eher unsichere Kinder haben (Holmes 2002b, Schmücker und Buchheim 2002).

3.1.4 Bindungsmuster

Um die Nähe der Mutter beziehungsweise ihre emotionale und physische Verfügbarkeit und Hilfsbereitschaft möglichst effektiv zu sichern, benötigt das Kind Informationen über das wahrscheinliche Verhalten der Mutter, über die eigenen Bedürfnisse und die Interaktion beider. Durch Erfahrungen mit den Eltern bildet es bis etwa zum 18. Monat aus diesen Informationen relativ stabile Repräsentanzen der Beziehungen zu ihnen aus, die sein Verhalten ihnen gegenüber bestimmen (Bowlby 1995, Holmes 2002).

Sicher gebundene Kinder können aufgrund ihrer Erfahrungen auf die Verfügbarkeit ihrer Eltern vertrauen, falls sie deren Hilfe benötigen, während unsicher gebundene Kinder befürchten müssen, dass ihnen die Bezugsperson in einer Notsituation nicht zur Verfügung steht. Unsicher-vermeidend gebundene haben gelernt, ihre Schutzbedürfnisse zu verbergen, da deren offene Äußerung im Allgemeinen Zurückweisung durch die Mutter zur Folge hatte. Unsicher-ambivalent gebundene zeigen ihren Kummer und Ärger in bindungsrelevanten Situationen besonders intensiv, um der Unterstützung durch die Bezugsperson, die sie als unstet in ihrer Verfügbarkeit erfahren haben, sicher zu sein (Weinfield et al. 1999).

1985 wurde von Mary Main noch ein viertes Bindungsmuster entdeckt, das sich in der *Fremden Situation* in Erstarrung, stupiden Bewegungswiederholungen oder Furcht vor der Bezugsperson bei deren Wiederkehr ausdrückte. Dieses so genannte desorganisierte Bindungsmuster unterscheidet sich von den zuvor beschriebenen darin, dass das Kind keine konsistente Verhaltensstrategie entwickeln konnte. Es bietet Züge aller drei organisierten Bindungsmuster und zeigt starkes Konfliktverhalten. Oft lagen Missbrauch oder Erfahrungen zugrunde, die das Kind das Elternteil als potentielle Gefahr betrachten lassen mussten (Main und Solomon 1986, Kobak 1999, Dornes 2000, Schmücker und Buchheim 2002).

3.1.5 Interne Arbeitsmodelle von Bindung

Bowlby zufolge liegen den Bindungsmustern interne Arbeitsmodelle zugrunde. Es sind Vorstellungen von der Bezugsperson, den Bedürfnissen der eigenen Person und der Interaktion zwischen beiden, die schon sehr früh in der Kindheit aus den Erfahrungen mit der Bezugsperson heraus konstruiert werden. Sie dienen vor allem dazu, die Realität vorwegnehmen zu können und so das Bindungsverhalten optimal anzupassen (West 1994, Fremmer–Bombik 1995, Bretherton und Munholland 1999).

Sie durchlaufen während der Entwicklung des Kindes eine fortwährende Differenzierung. Bis zum Alter von zwei Monaten sind sie primitiv, das Kind richtet sein Bindungsverhalten an beliebige Personen. Mit sechs Monaten hat das Kind jedoch schon klare Präferenzen bezüglich einer oder mehrerer Bindungspersonen, bei denen es Nähe und Sicherheit sucht. Diese auf die eigenen Bedürfnisse konzentrierte Phase nennt Bowlby „zielorientiert“ im Gegensatz zu der, durch die Sprache und Perspektivenübernahme möglichen, „zielkorrigierten“ etwa ab dem dritten Lebensjahr. Das Kind kann nun auch die Wünsche und Absichten der anderen Person in seine eigenen Ziele integrieren (West 1994, Bretherton und Munholland 1999, Grossmann und Grossmann 2000, Grossmann 2000b).

Während bis dahin die bindungsrelevanten Erfahrungen nur als Gefühle repräsentiert werden, nehmen nun auch kognitive und sprachliche Aspekte Einzug in die internen Arbeitsmodelle. Diese subjektiven Konstrukte stehen prinzipiell der Anpassung durch neue Erfahrungen offen, jedoch sind sie unbewusst und beeinflussen nicht nur das Handeln, sondern auch neue Wahrnehmungen werden im Lichte der vorhergehenden Erlebnisse interpretiert. Die Adaption ist hierbei bei sicherer Bindung erleichtert, während unsichere Repräsentanzen zu Rigidität neigen (West 1994, Fremmer–Bombik 1995, Bretherton und Munholland 1999, Grossmann und Grossmann 2000).

Aufgrund ihres Vertrauens auf die Responsivität ihrer Bezugspersonen fällt es sicher gebundenen Kindern leichter, negative Erfahrungen zu integrieren. Die Eltern unsicher gebundener Kinder erschweren dies durch Verhaltensweisen wie z.B.: diese so behandeln, dass die Ereignisse für das Kind zu schlimm sind, als dass es sich damit bewusst auseinandersetzen könnte; reagieren auf Handlungen des Kindes in einer Art und Weise, die es sich schuldig fühlen lässt oder vermitteln, dass es bestimmte negative Realitäten, die die Eltern selbst nicht wahrhaben wollen, nicht wissen soll. So kann es dazu kommen, dass mehrere interne Arbeitsmodelle von Bindung nebeneinander entstehen, ein bewusstes, in dem nur die

Informationen enthalten sind, die zu haben dem Kind durch die Eltern erlaubt wird und ein unbewusstes, das die wirklichen Wahrnehmungen enthält. Dies zeigt sich besonders bei Erwachsenen mit unsicher-vermeidendem Bindungsstil, die ein sehr positives Bild ihrer Eltern schildern, bei konkreten Ereignissen mit ihnen aber vor allem zurückweisendes Verhalten erinnern (West 1994, Fremmer-Bombik 1995, Grossmann und Grossmann 2000, Grossmann 2000b).

Bowlby unterscheidet außerdem alte und neue Modelle von Bindung. Erstere enthalten vor allem die präsymbolischen Erfahrungen der frühen Kindheit, während letztere sich auf die Zeit danach beziehen, in der die Integration von neuen Erfahrungen durch die Fähigkeit zu Gesprächen und Nachdenken über die eigenen Gedanken leichter fällt. Werden die frühen Erlebnisse in dieser Zeit nicht integriert, existieren alte und neue Repräsentanzen von Bindung nebeneinander, wobei die Alten in belastenden Situationen und gefühlsintensiven Beziehungen an Einfluss gewinnen (Fremmer-Bombik 1995, Grossmann und Grossmann 2000, Grossmann 2000b).

Neuere Vorstellungen über interne Arbeitsmodelle gehen davon aus, dass nicht Erinnerungen gespeichert werden und sich im neuen Kontext auf Verhalten auswirken, sondern dass ein Potential vorhanden ist, die früheren Erfahrungen durch die Eindrücke einer neuen Situation wieder abzurufen und zu „reklassifizieren“. So sind diese ständige Neukonstruktionen aus gegenwärtigen Wahrnehmungen und alten Kategorisierungen (West 1994).

3.1.6 Der Einfluss früher Bindungsqualität auf die Entwicklung

Während der letzten 20 Jahre wurden zu diesem Thema vielfältige Studien unternommen, in denen der Zusammenhang zwischen Bindungsqualität und verschiedensten späteren Fähigkeiten und Eigenschaften der Kinder, wie soziale Kompetenz, Qualität der Beziehungen mit Gleichaltrigen, und Selbstbild untersucht wurde. Die gemischten Ergebnisse zeigen, dass man nicht von einer einfachen geradlinigen Beziehung zwischen Bindungsqualität und weiterer Entwicklung ausgehen kann.

Thompson (1999) betont die Unterscheidung der untersuchten Eigenschaften nach theoretisch erwarteter Enge des Zusammenhanges. Die engste Beziehung sollte zwischen der frühen Bindungsqualität und der Eltern-Kind-Beziehung in der späteren Kindheit bestehen. Diese zeigt sich nur über kurze Zeiträume. Auf längere Sicht sind die Ergebnisse nicht so

eindeutig, was auf Veränderungen in der familiären Situation und andere Risikofaktoren zurückgeführt werden kann.

Ein etwas lockererer Zusammenhang sollte zur Kompetenz in anderen engen Beziehungen bestehen. Wiederum über kurze Zeiträume können sicher gebundenen Kindern höhere soziale Kompetenz, engere Freundschaften, besseres Konfliktlösen, weniger aggressives und kontrollierendes Verhalten bestätigt werden. Studien, die Zusammenhänge über längere Zeiträume maßen, zeigten uneindeutige Ergebnisse. Gemäß der Annahme, dass Kinder ihre Erfahrungen mit den Eltern auch auf fremde Personen übertragen, wurde bestätigt, dass Kinder sich tatsächlich Fremden gegenüber ähnlich ihres in der *Fremden Situation* eruierten Verhaltensmusters ihren Eltern gegenüber verhielten.

Noch weniger eng mit der Bindungsqualität in Beziehung zu sehen sind Persönlichkeitseigenschaften. In der Minneapolis-Längsschnittstudie (Sroufe 1983) wurden größere Empathie, höherer Selbstwert, Kooperativität und positives Verhalten bei den mit einem Jahr als sicher gebundenen nachgewiesen, jedoch konnten diese Ergebnisse noch nicht repliziert werden. Zusammenhänge zu vielen anderen Persönlichkeitscharakteristika z. B. zu späteren Verhaltensproblemen, wurden nur in einer Studie oder nicht konsistent nachgewiesen wobei wieder Risikofaktoren eine Rolle spielten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Ergebnisse vorläufige Hinweise darstellen, die durch klarere theoretische Hypothesen, welchen Einfluss die Bindungsqualität auf die weitere Entwicklung des Kindes hat, und vor allem auch, in welchen Bereichen man keinen Zusammenhang erwartet, in Zukunft zu überprüfen und zu erweitern sind (Grossmann 1995, Zimmermann 1995, Thompson 1999, Holmes 2002).

3.1.7 Bindung über den Lebenslauf und im Erwachsenenalter

Die Kontinuität der Bindungsqualität über den Lebenslauf hinweg ist durch Längsschnittstudien bis zum 22. Lebensjahr untersucht.

Die Ergebnisse erscheinen auf den ersten Blick verwirrend. Die frühen Bindungsmuster – gemessen in der *Fremden Situation* – stehen in Zusammenhang mit der Bindungsqualität die im Alter von 6 Jahren durch das Verhalten des Kindes nach einer einstündigen Trennung ermittelt wurde. Jedoch erweist sich keine Beziehung zwischen dem frühen Bindungsmuster und der Bindungsrepräsentation im Alter von 10 und 16 Jahren, die in Interviews erfragt wurden. Zwischen diesen beiden letztgenannten Messpunkten war der Zusammenhang jedoch

groß. Genauer betrachtet gehen die Daten allerdings mit den Annahmen der Bindungstheorie konform. Bowlby postulierte, dass das interne Arbeitsmodell von Bindung mit steigendem Alter immer schwieriger und in geringerem Umfang durch neue Interaktionserfahrungen verändert werden kann und während der sensiblen Phase vom 6. Lebensmonat an bis zum Jugendalter durch diese formbar ist. Deshalb ist nicht zwingend ein Zusammenhang zwischen den frühen Bindungsmustern und der Bindungsrepräsentation im Jugendalter zu erwarten. Denn Risikofaktoren wie Trennung der Eltern, schwere Krankheit oder Tod eines Elternteils bzw. Verbesserungen der sozialen Unterstützung der Bezugsperson können über die Veränderung der elterlichen Responsivität zum Verlust bzw. Gewinn einer sicheren Bindung führen. Dieser Einfluss zeigte sich in den Studien deutlich (Zimmermann et al. 1995).

Ein weiterer Grund für diese scheinbare Instabilität mag sein, dass zum Alter von 1 und 6 Jahren hauptsächlich Verhalten – also prozedurales Wissen untersucht wird, während die Interviews zu den späteren Zeitpunkten sich vor allem auf die Repräsentation konzentrieren und somit deklaratives Wissen abbilden. Es ist möglich, dass durch diese Diskrepanz der Messmethoden zwei unterschiedliche Aspekte der internalen Arbeitsmodelle erfasst werden. Die Einschätzung der Eltern als unterstützend hatte in jedem Alter großen Einfluss auf die Bindungsqualität und die sonstigen mit ihr in Verbindung gebrachten Kompetenzen der Kinder. Die Beziehung zwischen der Bindungsqualität mit 10 und der mit 16 belegt auch Bowlbys Annahme, dass mit zunehmendem Alter eine Veränderung der Arbeitsmodelle schwieriger wird (Zimmermann 1995, Grossmann 1995, Zimmermann et al. 1995).

Nach Bowlby bleibt das Bindungsverhaltenssystem über den gesamten Lebenslauf erhalten. Im Erwachsenenalter richtet es sich hauptsächlich an den Partner als primäre Bezugsperson und erfüllt den gleichen Zweck wie im Kindesalter, nämlich emotionale Sicherheit in Stresssituationen zu erlangen (West 1994, Wensauer 1995, Hazan und Zeifman 1999).

Im Unterschied zur Bindung zu den Eltern stellt es sich nicht mehr als komplementär dar, sondern als gegenseitig. Die Fürsorgeposition kann je nach Problemkontext der eine oder der andere Partner übernehmen, um dem anderen Unterstützung zu gewähren. Während bis zum Jugendalter die interne Repräsentation der Bindung noch von der Interaktion mit den Eltern beeinflusst wird, bleibt sie später zunehmend stabil, nimmt ihrerseits Einfluss auf Wahl und Wahrnehmung der Bezugspersonen und trägt so über sich selbst erfüllende Prophezeiungen zur eigenen Beständigkeit bei (West 1994).

Sicher gebundene Erwachsene zeichnen sich in Beziehungen durch größere emotionale Offenheit und Fähigkeit, den anderen zu unterstützen, wie auch beim anderen Hilfe zu suchen

aus. Sie nehmen sich zudem selbst als positiver wahr, können dabei aber auch negative Eigenschaften gut in ihr Selbstbild integrieren, was dazu beiträgt, dass sie Problemen mit konstruktiveren Lösungsstrategien begegnen. Dazu trägt auch ihre optimistischere Einstellung zum Leben und ihr starkes Vertrauen auf die Verfügbarkeit der Bezugsperson bei, so dass ihr innerer Stress nur selten so anwächst, dass das Bindungssystem aktiviert wird (Simpson und Rholes 1998, West 1994, Mikulincer und Florian 1998, Gloger-Tippelt 2001).

Diese Schwelle wird bei unsicher-verwickelt gebundenen (= Analogkategorie zur ambivalenten Bindung im Kindesalter) schneller erreicht. Sie neigen dazu, sich von Problemen überwältigen zu lassen, da sie oft Defizite in ihrer Emotionsregulation besitzen. In Beziehungen zeigen sie klammernd-hilfloses oder ärgerliches Verhalten. Insgesamt sind sie im Umgang mit schwerwiegenden Problemen eher passiv. Auch ihr Selbstwert liegt unter dem der sicher gebundenen (West 1994, Mikulincer und Florian 1998, Gloger-Tippelt 2001, Buchheim 2002).

Personen mit vermeidendem Bindungsstil werden von ihrer Umgebung eher als distanziert und feindlich eingeschätzt. Sie verleugnen negative Emotionen, betonen ihre Kraft, selbst mit Problemen fertig zu werden und vermeiden es, Unterstützung durch Bezugspersonen zu suchen. In Beziehungen sind sie wenig offen und unterstützend. Sie wirken in Alltagssituationen selbstsicher, zeigen jedoch in Konfliktsituationen hohe Stresswerte und Unsicherheit (West 1994, Mikulincer und Florian 1998, Simpson und Rholes 1998, Gloger-Tippelt 2001, Buchheim 2002).

Im höheren Alter unterscheiden sich sicher Gebundene von Unsicheren durch ihr größeres soziales Netz, bessere Fähigkeit auf dieses zurückzugreifen und durch ihre höhere subjektive Lebenszufriedenheit (Wensauer 1995).

3.1.8 Messung von Bindung im Erwachsenenalter

Die Methoden, Bindung im Erwachsenenalter zu erfassen, lassen sich im Hinblick auf die Aspekte, die untersucht werden, in vier Richtungen gliedern. Unterschieden werden Verfahren, die auf klinische Belange ausgerichtet sind, projektive Verfahren, auf die Partnerbindung bezogene Methoden und Verfahren, die die Bindung im rückblickenden Diskurs erfragen (von Sydow 2001).

Hier soll nur auf das Erwachsenenbindungsinterview als Beispiel der letztgenannten eingegangen, und die Methoden zur Erfassung der Partnerbindung kurz angesprochen werden.

Das „Adult Attachment Interview“ (AAI) wurde 1985 von George, Kaplan und Main konzipiert. Es stand ursprünglich im Dienste der Entwicklungspsychologie und wurde an der Fremden Situation orientiert, um die Eltern–Kind–Beziehung näher zu beleuchten. Es stellt ein halbstrukturiertes Interview dar, in dem durch die Art des Fragens das „Unbewusste überrascht werden soll“, um sozial erwünschte Verzerrung der Antworten zu begrenzen (George et al. 1985, Holmes 2002c).

Die Personen werden befragt, wie sie ihre Eltern als Kind wahrgenommen haben und an welche konkreten Situationen sie sich diesbezüglich erinnern, welchem Elternteil sie sich näher fühlten, ob sie sich zurückgewiesen fühlten, was sie als Kind taten, wenn sie Kummer hatten, ob sie eine wichtige Person durch Tod oder Trennung verloren und wie sie die Bedeutung dieser Erfahrungen für ihre momentane Situation einschätzen.

Die Auswertung konzentriert sich nicht nur auf die geschilderten Erfahrungen, sondern vor allem darauf, wie gut diese integriert wurden, welche Bedeutung die Person den bindungsrelevanten Erfahrungen beimisst und auf die Kohärenz des Gespräches. Dabei werden die Merkmale eines gelungenen Diskurses von Grice herangezogen: „Qualität“, also aufrichtiges Erzählen, das keine Widersprüche bietet, „Quantität“, kurzes, aber vollständiges Berichten, „Relevanz“, sich auf die wesentlichen Informationen beschränken und „Art und Weise“, klare, eindeutige Ausdrucksweise (Gloger–Tippelt 2001, Ziegenhain 2001, Holmes 2002, Buchheim und Strauß 2002).

Sichere Personen erfüllen diese Merkmale und berichten offen über positive, aber auch negative Erfahrungen, die sie gut integriert haben. Sie schätzen die Bedeutung von Beziehungserfahrungen angemessen ein (Ziegenhain 2001, Buchheim und Strauß 2002).

Unsicher–verwickelt gebundene verletzen Grices Kriterien oft in der Quantität und Relevanz, indem sie lang und ausschweifend berichten. Auch die Qualität ihrer Darstellung ist meist eingeschränkt, da sie oft widersprüchliche Wahrnehmungen von einer Person schildern und die Ausdrucksweise recht unklar ist. Sie messen Beziehungen einen sehr hohen Stellenwert bei (Gomille 2001, Buchheim und Strauß 2002).

Unsicher–vermeidend gebundene erzählen oft von einer sehr positiven Kindheit, was jedoch ihren Schilderungen konkreter Situationen widerspricht. Neben der Qualität verletzen sie meist das Kriterium der Quantität, indem sie sich sehr kurz fassen, dabei aber nicht vollständig berichten, sondern darauf beharren, sich nicht erinnern zu können. Sie schätzen die Bedeutung von Beziehungserfahrungen sehr gering ein (Gloger–Tippelt 2001, Buchheim und Strauß 2002).

In Bezug auf Methoden zur Messung der Partnerbindung zeigt sich ein heterogenes Bild. Zum einen finden sich Interviews mit unterschiedlichen Herangehensweisen, zum anderen Fragebögen von Ein-Item-Beurteilung bis zu über 80 Items. Zudem unterscheiden diese sich in ihrer Ausrichtung auf Skalen versus Dimensionen, wobei sich ein Konsens abzeichnet, dass die zwei orthogonalen Dimensionen Ängstlichkeit und Vermeidung sich als geeignet erweisen. Die Korrelationen zwischen den Fragebögen und dem AAI beispielsweise sind allerdings nicht sehr hoch, so dass sich die Frage aufwirft, inwieweit das gleiche Konstrukt gemessen wird. Ein weiteres Manko der Selbsteinschätzungsmethoden ist, dass aufgrund der Antworttendenz zur sozialen Erwünschtheit weit mehr sichere Bindungen resultieren als bei den Fremdeinschätzungen. Dennoch können sich die unterschiedlichen Messmethoden gegenseitig ergänzen, wobei noch genauer zu klären bleibt, welches Verfahren welche Aspekte am besten beleuchtet, und welche gegeneinander abgrenzbaren Konstrukte sich hinter den jeweiligen Ergebnissen verbergen (von Sydow 2001, Höger 2002).

Bevor auf die Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie eingegangen wird, soll die therapeutische Beziehung in ihren Konzepten und ihrer Relevanz in Bezug auf den Therapieerfolg näher beleuchtet werden.

3.2 Die therapeutische Beziehung

„Für die Einzeltherapie ist die Bedeutung der Qualität der Therapiebeziehung über alle Zweifel erhaben nachgewiesen, und zwar für ganz unterschiedliche Therapieformen. Sie kann als der empirisch am besten abgesicherte Wirkfaktor der Psychotherapie angesehen werden.“(Grawe 1993)

Diese Aussage zeugt von der herausragenden Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für den therapeutischen Prozess.

3.2.1 Das Konstrukt

Schon Freud (1912b) betonte, dass eine freundliche Einstellung gegenüber dem Patienten grundlegend für den Erfolg von Psychotherapie sei. Seitdem haben sich viele Forscher vor

allem aus der psychoanalytischen Schule mit diesem Thema beschäftigt und in unterschiedlichen Konstrukten die therapeutische Beziehung aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

Diese reichen von Sterba, der 1934 die Bedeutung der Allianz zwischen Therapeut und den nichtneurotischen Anteilen des Patienten als „ego alliance“ beschrieb, über Greenson, der die Unterscheidung der „Arbeitsbeziehung“, der „realen Beziehung“ und der Übertragung vorschlug bis zu Rogers, der Wärme, Authentizität und bedingungslose Akzeptanz des Patienten auf Seiten des Therapeuten als essentiell für den Therapieerfolg ansah. Bordin bemühte sich, ein therapieschulenübergreifendes Konzept zu schaffen, in dem die Bindung zwischen den beiden Interaktionspartnern, die Übereinstimmung von Therapeut und Patient in Bezug auf die Therapieziele und in Bezug auf die Modalitäten, wie diese zu erreichen seien, die entscheidenden Komponenten der therapeutischen Beziehung bilden (Hartley und Strupp 1983, Horvath et al. 1993, Hougaard 1994, Gross 1995).

Ein jüngeres allgemeines Modell stammt von Hougaard (1994). Auch er unterscheidet zwischen Arbeitsbeziehung und persönlicher Beziehung, wobei jeder dieser beiden Aspekte aufgliedert wird in den Beitrag des Therapeuten, den des Patienten und den der Interaktion beider (Hougaard 1994).

3.2.2 Empirische Ergebnisse

Die Psychotherapieforschung ist so alt wie die Psychotherapie selbst. Wurden zunächst Einzelfallbeschreibungen verfasst, lag in den 50er Jahren der Effektivitätsvergleich unterschiedlicher Therapierichtungen im Fokus der Untersuchungen. Überraschenderweise trat zutage, dass trotz unterschiedlichster Methoden ähnliche Erfolge zu verzeichnen waren. Diese Erkenntnis ging unter dem bekannten Zitat von Luborsky et al. (Luborsky 1975): „Everybody has won and all must have prizes.“ in die Geschichte der Psychotherapieforschung ein. Sie veranlasste dazu, nach allgemeinen zugrunde liegenden Wirkfaktoren von Psychotherapie zu suchen (Gross 1995, Marziali und Alexander 1991, Strupp 2000, Hannover 2002).

Unter diesen nimmt die Qualität der therapeutischen Beziehung eine herausragende Stellung ein. In zahlreichen Studien wurde ihr positiver Einfluss auf den Therapieerfolg dargelegt. Zum einen wurde ihre allgemeine Qualität in Beziehung zum Effekt der Therapie gesetzt, zum anderen untersuchte man die Auswirkung vieler ihrer Einzelkomponenten

(Clarkin et al. 1987, Piper et al. 1991, Horvath et al.1993, Bernal et al. 1998, Martin et al. 2000, Hannover 2002).

Auf Seiten des Patienten sind die einflussreichsten die Motivation, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Erkundung seiner inneren Welt, Offenheit, die Qualität der Objektbeziehungen, seine Erwartungen an die Therapie, seine in die Interaktion eingebrachten positiven oder negativen Verhaltensweisen und seine Bereitschaft, Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen.

Unter den Therapeutenvariablen zeigen sich vor allem Wärme, Akzeptanz, unterstützendes und helfendes Verhalten, wie auch Empathie als bedeutsam, wobei in Bezug auf diese Merkmale die Einschätzung des Patienten entscheidend größere Vorhersagekraft besitzt als die der Therapeuten selbst oder die von unabhängigen Beobachtern.

Feindliche, misstrauende Äußerungen wirken sich, gleich ob von Seiten des Patienten oder des Therapeuten auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, wie auf den Therapieerfolg negativ aus (Strupp et al. 1977, Hartley und Strupp 1983, Marziali 1984, Marziali und Alexander1991, Horvath et al. 1993, Hougaard 1994, Strupp 1996, Strupp 2000, Hannover 2002, Merten 2003).

Bezüglich des Einflusses der Interaktion von Patient und Therapeut wurde vor allem die Komplementarität des Verhaltens untersucht. Deren Auswirkung tritt bei der Unterscheidung positiver versus negativer Komplementarität hervor und spiegelt ein ähnliches Bild wider, nämlich hoher Therapieerfolg bei positivem wechselseitigem Verhalten, niedrige Ergebnisse bei negativer oder komplexer Kommunikation.

Während über die Funktion einer guten therapeutischen Beziehung als Grundlage für den Erfolg von unterschiedlichen Interventionen allgemeiner Konsens besteht, gibt es sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der psychodynamischen Richtung Ansätze, die in ihr einen spezifischen Wirkfaktor per se sehen. Sie basieren auf der interpersonalen Theorie Sullivans (1983), die annimmt, dass psychische Störungen auf Introjektion von negativen zwischenmenschlichen Erfahrungen beruhen. Der Patient bringt demzufolge dysfunktionelle Beziehungsmuster in die therapeutische Situation ein, die durch Bewusstmachung und neue positive Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten korrigiert werden sollen. Diese Sichtweise wird durch den in zahlreichen Studien belegten großen Einfluss der Qualität der Objektbeziehungen des Patienten, sowie der positiven als auch negativen Interaktionen in der therapeutischen Situation, auf die Güte der therapeutischen Beziehung und auf den Therapieerfolg unterstützt (Sullivan 1983, Henry et al.1986, Clarkin et al. 1987, Piper et al.

1991, Grawe 1993, Horvath et al. 1993, Hougaard 1994, Gross 1995, Strupp 1996, Hannover 2002, Merten 2003).

3.3 Bindung und Psychotherapie

3.3.1 Bindung und Psychopathologie

„...attachment „is the bedrock on which stable and self-reliant personality is built...“ (West 1989)

Wenn nach Bowlby die Erfahrung verlässlicher, angemessen fürsorglicher Bezugspersonen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung nötig ist, lässt sich folgern, dass das Fehlen dieser Erfahrung das Wachsen psychischer Gesundheit beeinträchtigt.

Tatsächlich stehen frühe Verluste von Bezugspersonen mit späteren Störungen in Verbindung. So weisen Kinder, die sehr jung ihre Mutter verloren, ein erhöhtes Risiko für Depression im Erwachsenenalter auf. Angststörungen hingegen folgen eher auf ständiges Drohen des Verlustes und unbeständiges Fürsorgeverhalten der Eltern während der Kindheit. Für antisoziale Persönlichkeitsstörungen sind Kinder, die durch Scheidung oder andere Trennung ein Elternteil verloren, anfälliger. Diese Probleme treten vor allem dann auf, wenn die Umgebung den Verlust nicht durch liebevolle Unterstützung abfedern kann.

Missbrauch, ein Verhalten, bei dem das Kind gerade durch die Person, die ihm in Gefahr Schutz bieten soll, bedroht oder verletzt wird, geht nicht selten mit späterer Borderline- oder dissoziativer Persönlichkeitsstörung einher. Antisoziale Störungen stehen mit früherer Ablehnung, Verlangen harter Disziplin und starker Kontrolle seitens der Eltern in Verbindung, während Essstörungen in Bezug zu geringer Zuneigung im Verein mit Überbehütung durch die Mutter stehen (Dozier et al. 1999).

„The vast majority of the personal histories in the AAIs of the psychiatric group are so compelling and beyond the ordinary range of experience that a model based on the social causation of mental disorder becomes intuitively hard to reject“ (Fonagy et al. 1996).

All diese Entwicklungsbedingungen behindern die Ausbildung eines sicheren Bindungsmusters. Damit in Übereinstimmung zeigt sich, dass der größte Teil psychiatrischer

Patienten unsicher – vor allem ambivalent und mit unverarbeitetem Trauma – gebunden ist, im Gegensatz zu Normalstichproben, in denen der Großteil eine sichere Bindung aufweist (Fonagy et al. 1996, Strauß und Schmidt 1997, Ahead 1998, Dozier et al. 1999, Strauß 2000b).

In mehreren Studien wurden Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern und Diagnose von Patienten gefunden. Beispielsweise zeigen Borderlinepatienten meist verwickelte Bindung – häufig zusätzlich mit unverarbeitetem Trauma. Weitere Verbindungen gibt es zwischen diesem ambivalenten Bindungsmuster, das durch chronische Hyperaktivierung des Bindungssystems gekennzeichnet ist, und nach innen gerichteten Formen von Depression und Angststörung.

Vermeidend Gebundene hingegen, die ihre Bindungsbedürfnisse verleugnen (= deaktivierende Strategie), treten eher mit nach außen gerichteten Problemen wie Drogenmissbrauch, Essstörungen, antisozialem Verhalten sowie nach außen gerichteten Formen von Depression und Angst in Erscheinung (Holmes 2002, Fonagy et al. 1996, Strauß und Schmidt 1997, Dozier und Tyrrell 1998, Dozier et al. 1999).

Die Unspezifität dieser gefundenen Zusammenhänge deutet darauf hin, dass unsichere Bindung als allgemeiner Risikofaktor zu betrachten ist, dessen Auswirkungen im Sinne von „no circumstances fully constrain development“ (Dozier et al. 1999) durch den Einfluss von Schutzfaktoren in Richtung gesunder psychischer Entwicklung abgemildert werden können (Mackie 1981, Holmes 2002, Strauß und Schmidt 1997, Ahead 1998, Dozier et al. 1999, D'Elia 2001).

3.3.2 Psychotherapie aus bindungstheoretischer Sicht

Bowlby betonte, dass das Bindungssystem das ganze Leben über funktionelle Bedeutung habe, und auch im Erwachsenenalter in bedrohlichen Situationen wie z.B. bei schwerer Krankheit die Nähe von ausgewählten Personen, die für stärker und kompetenter gehalten werden, gesucht wird. Dies hebt er – sich gegen den Begriff der Abhängigkeit der Psychoanalyse abgrenzend – als natürliches Verhalten hervor (Mackie 1981, D'Elia 2001).

In diesem Lichte kann auch das Aufsuchen einer Psychotherapie gesehen werden. Der Patient befindet sich in einer psychischen Notsituation, in der demzufolge das Bindungssystem aktiviert ist. Um wieder zu emotionaler Sicherheit zu gelangen, begibt er

sich in Therapie, wobei der Therapeut eine temporäre Bezugsperson darstellt (Mackie 1981, Holmes 2002, Ahead 1998, Brisch 2000, D'Elia 2001).

„Reliance upon the therapist as a protective figure nullifies the individual's sense of helplessness and establishes „a secure base from which he can explore the various unhappy and painful aspects of his life, past and present, many of which he finds it difficult or perhaps impossible to think about and reconsider without a trusted companion to provide support, encouragement, sympathy, and, on occasion, guidance” ” (Bowlby 1988a).

Aus bindungstheoretischer Sicht ist es die wichtigste Aufgabe des Therapeuten, dem Patienten in dieser Situation als sichere Basis zu dienen. Parallel zur mütterlichen Feinfühligkeit sind es die Verlässlichkeit, die Bereitschaft zur Unterstützung, die Akzeptanz und Einfühlung des Therapeuten, die es dem Patienten ermöglichen, Vertrauen zu schöpfen und sich emotional sicher genug zu fühlen, um seine Probleme anzugehen. Hierbei wird der Patient vom Therapeuten als gleichwertiger Partner in der therapeutischen Zusammenarbeit, als „fellow human being in trouble“ betrachtet (Bowlby 1988b). Dies deckt sich mit den Befunden der Psychotherapieforschung, die einer solchen Herangehensweise einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg attestieren (Jones 1983, Holmes 2002, Dozier und Tyrrell 1998, Brisch 2000, D'Elia 2001).

„Bowlby's attachment theory describes secure attachment to a parental figure as necessary for normal development. Without secure attachment during formative years, adults are chronically anxious about the availability of others when needed. Psychotherapy has features which change such anxious attachment to secure attachment, allowing the patient so change his world” (Jones 1983).

Wie erwähnt, weist der Großteil der psychotherapeutischen Patienten unsichere Bindungsmuster auf. Diese wirken sich auf ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und im Besonderen auch auf ihre Beziehung zum Therapeuten aus (Dozier und Tyrrell 1998, Slade 1999).

Ein vermeidend Gebundener beispielsweise wird sich selbstständig, unverletzbar und kühl zeigen. Ist ein Therapeut bindungstheoretisch geschult, wird er nicht, wie scheinbar angebracht, komplementär mit geringer Unterstützung und ebenfalls distanziert reagieren, sondern ganz im Gegenteil auf die Bedürfnisse des Patienten reagieren, die hinter diesem in jungen Jahren aufgebauten Schutz vor abweisenden Bezugspersonen liegen. Er wird

versuchen, dieser Person, die im Allgemeinen negative Erfahrungen verdrängt, mit freundlicher Unterstützung zu helfen, vorsichtig Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen zu gewinnen.

Ein ambivalent gebundener Patient hingegen stellt sich eher als hilfsbedürftig dar, und berichtet intensiv über seine Probleme. Diesem dient ein Therapeut aus bindungstheoretischer Sicht besser, indem er eben nicht komplementär besonders unterstützend interveniert, und so die Hilflosigkeit des Patienten bestätigt, sondern die Eigenständigkeit und Strukturierung dieser, meist in emotionalen Konflikten stark verwickelten Person fördert, klare Grenzen setzt, sowie sehr konstant in seinem Maß an Zuwendung ist (Holmes 2002, Dozier et al. 1994, Slade 1999, Strauß 2000a, D'Elia 2001).

Mit diesem Verhalten schafft der Therapeut für den Patienten korrektive Erfahrungen: für den Vermeidenden in dem Erleben, dass Akzeptanz und Unterstützung gewährleistet werden, für den Ambivalenten, dass Unterstützung verlässlich und eigene Exploration möglich und erwünscht ist. Bestätigung findet die Forderung nach nichtkomplementärem Verhalten auf Seiten des Therapeuten in Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung, die besonders auf deren interpersonale Aspekte fokussieren (Jones 1983, Horowitz et al. 1993, Dozier et al. 1994, West 1994).

In diesem Zusammenhang fordert Bowlby (1988), dass der Therapeut den Patienten ermutigen solle, sein Verhalten sowohl in der therapeutischen Beziehung als auch zu anderen wichtigen Bezugspersonen zu beobachten. So lernt dieser sich seiner Beziehungsmuster bewusst zu werden. Weiterhin sieht es Bowlby als Aufgabe des Therapeuten, mit dem Patienten die ursächlichen Bedingungen für diese Muster und ihre gegenwärtige Unangemessenheit zu erarbeiten. Dies ermöglicht dem Patienten, sich im Lichte der neuartigen Erfahrungen in der Beziehung zum Therapeuten von den alten, meist aktuelle interpersonelle Probleme verursachenden, Mustern zu lösen (Bowlby 1988, West 1994, Strauß und Schmidt 1997, Dozier und Tyrrell 1998, Krypsin–Exner et al. 2000).

Eine weitere Bereicherung der bindungstheoretischen Forschung für die Psychotherapie stellen die Erkenntnisse über die Bedeutung von Kohärenz in Berichten der Patienten über bindungsrelevante Themen dar. Main stellte fest, dass sich sicher gebundene Erwachsene dadurch auszeichneten, dass sie, selbst wenn sie negative Erfahrungen mit ihren Bezugspersonen in Kindheit und Jugend erlebt hatten, diese in ein realistisches Gesamtbild integriert hatten und darüber frei berichten können (Slade 1999). Hier stellt sich aus bindungstheoretischer Sicht ein Wirkfaktor von Psychotherapie dar – die „heilsame Erzählung“ (Holmes 2002d) Holmes führt aus, dass eine kohärente Erzählung, in der Patient

und Therapeut gemeinsam die Erfahrungen des Patienten in einen bedeutungsvollen Zusammenhang bringen, letzterem hilft, eine interne sichere Basis aufzubauen (Holmes 2002, Strauß und Schmidt 1997, Adshead 1998).

3.3.3 Einfluss der Bindungsqualität auf den Therapieerfolg

Studien, die den Zusammenhang zwischen Bindungsqualität von Patienten und Behandlungserfolg untersuchen, zeigen, dass sicher gebundene größeren Gewinn aus der Therapie ziehen können (Strauß 2000a, Sachse und Strauß 2002). Dazu, welches der beiden unsicheren Muster dem Therapieerfolg zuträglicher ist, existieren widersprüchliche Befunde. Fonagy (1996) fand bessere Ergebnisse für vermeidend gebundene Patienten, während in Studien von Horowitz (1993) und Sachse (2002) ambivalent gebundene größeren Therapieerfolg verzeichneten (Horowitz et al. 1993, Fonagy et al. 1996, Sachse und Strauß 2002).

Der gegenüber den sicheren Patienten geringere Gewinn lässt sich durch den Einfluss der unsicheren Bindungsstrategien auf die Qualität der therapeutischen Beziehung erklären. Die bei vermeidend gebundenen Patienten vermuteten Verhaltensweisen wie Verleugnen ihrer Hilfsbedürfnisse, ihre an den Tag gelegte Kühle im Auftreten sowie die geringe Öffnungsbereitschaft stehen konträr zu den Eigenschaften, die eine positive Beziehung zwischen Patient und Therapeut fördern. Für Patienten mit ambivalentem Bindungsverhalten wird ein nicht selten forderndes oder gar feindseliges Verhalten angenommen, das so die Qualität der therapeutischen Beziehung schwächen kann (Holmes 2002, Dozier et al. 1994, Slade, 1999).

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass unsichere Bindung von Patienten mit einer negativeren Bewertung der Allianz in Verbindung steht, was auf das größere Misstrauen dieser, aufgrund ungünstiger Erfahrungen mit Bindungspersonen, zurückzuführen sein mag. Bedenkt man, dass die Einschätzung der Qualität der Therapeut–Patient–Beziehung aus Sicht des Patienten die größte prädiktive Wertigkeit besitzt, fügen sich diese Ergebnisse schlüssig ins Gesamtbild.

Jedoch sind hinsichtlich des Therapieerfolges nicht nur die Merkmale des Patienten ausschlaggebend. Auch der Bindungstyp des Therapeuten ist nicht ohne Einfluss. In Therapien mit unsicher gebundenen Therapeuten sind die Patienten mit ihnen unzufriedener und die Abbruchraten sind größer als bei ihren sicher gebundenen Kollegen. Andere Befunde

belegen, dass ängstlich gebundene Therapeuten geringere Empathie gegenüber ihren Patienten zeigen (Strauß 2000a).

Studien von Dozier (1994, 1998) zufolge scheinen unsichere Therapeuten dazu zu neigen, eher auf die vordergründig präsentierten Bedürfnisse ihrer Patienten zu reagieren, also oberflächlicher bei vermeidend gebundenen und tiefgehender und unterstützender bei verwickelt gebundenen zu intervenieren. Damit trügen sie jedoch zur Verstärkung deren inadäquater Beziehungsmuster bei. Therapeuten mit sicherer Bindung hingegen scheinen auf die tieferliegenden Bedürfnisse hinter der offensichtlichen Präsentation ihrer Patienten zu reagieren. Sie arbeiten intensiver mit vermeidend gebundenen Patienten, während sie solche mit ambivalentem Bindungsstil in ihrer Eigenständigkeit fördern (Dozier et al. 1994, Dozier und Tyrrell 1998).

Um diese Interaktion näher zu beleuchten soll im Folgenden das Konstrukt der Gegenübertragung näher unter die Lupe genommen werden.

3.4 Gegenübertragung

3.4.1 Geschichtliche Entwicklung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Gegenübertragung wurde in ihrer Geschichte durch zwei zentrale Fragen geprägt. Zum einen, welche Phänomene der Gegenübertragung zuzurechnen seien, zum anderen, ob sie den analytischen Prozess behindere oder für das Verstehen des Patienten als nützliches Werkzeug diene.

Freud führte das Konzept 1910 ein:

„Wir sind auf die „Gegenübertragung“ aufmerksam geworden, die sich beim Arzt durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes einstellt, und sind nicht weit davon, die Forderung zu erheben, dass der Arzt diese Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen müsse. Wir haben ... bemerkt, dass jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten, und verlangen daher, dass er seine Tätigkeit mit einer Selbstanalyse beginne und diese, während er seine Erfahrungen an Kranken macht, fortlaufend vertiefe.“ (Freud 1910)

Er betonte die Bedeutung der Gegenübertragung als Störvariable, die die Spiegelfunktion des Analytikers, dem Patienten nichts anderes zu zeigen, als was dieser ihm gezeigt hatte, behinderte. Er sah die entdeckten Gefühlsreaktionen und Handlungsimpulse des Analytikers als durch dessen eigene neurotische Übertragung verursacht und forderte ihre Überwindung. Jedoch erwähnte auch schon Freud den hilfreichen Aspekt der Gegenübertragung,

„ ... er [der Analytiker] soll dem gebenden Unbewussten des Kranken sein eigenes Unbewusstes als empfangendes Organ zuwenden, sich auf den Analysanden einstellen, wie der Receiver des Telephons zum Teller eingestellt ist ...“ (Freud 1912a)

um Zugang zum Unbewussten des Patienten zu erlangen. Er selbst machte jedoch wenig Gebrauch davon und konkretisierte seine Gedanken zur Gegenübertragung auch in weiteren Schriften nicht. So hielt sich in den folgenden 40 Jahren die Auffassung, dass der Analytiker die Haltung eines „vollkommen kühlen Objekt[s]“ (Hartkamp 2002) einnehmen solle (Mertens 1991, Butler et al. 1993, Gabbard 2001, Hartkamp et al. 2002, Stirn 2002).

Erst in den 50er Jahren wurde die Gegenübertragung wieder Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion. Die Unmöglichkeit des Ideals des objektiven Analytikers wurde betont, wie auch das Konzept inhaltlich bearbeitet. Besonders die Arbeit Paula Heimanns (1950) stellte einen Wendepunkt dar. Sie beschrieb die Gegenübertragung als das Gesamt der Gefühle des Analytikers, die auf den Patienten gerichtet sind, und begründete so das totalistische Konzept. Sie vertrat eine „objektive“ (König 1995a) Auffassung der Gegenübertragung, indem sie annahm, dass die Gefühle des Analytikers durch den Patienten hervorgerufen, als Reaktion auf dessen Übertragung, zu verstehen seien. Sie betonte die Bedeutung der Gegenübertragung als therapeutisches Werkzeug. Indem der Therapeut seine Empfindungen mit den Assoziationen des Patienten vergleicht, kann er das Verständnis für dessen innere Vorgänge vertiefen. Schon damals verwies Heimann darauf, dass es nötig sei, dass der Analytiker diese Gefühle aushalten kann und nicht agiert, bevor er nicht ihre Dynamik verstanden hat.

Ähnliche Auffassungen vertraten Racker (1957), Little (1951), Winnicott (1960) und Kernberg (1965), sowie Reich (1951), Fließ (1953) und Glover (1955). Little machte auf die Unterscheidung zwischen bewussten und unbewussten, zwischen neurotischen und nichtneurotischen Reaktionen sowie zwischen der Übertragung des Analytikers und Reaktionen des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten aufmerksam, während Reich,

wie Heimann, betonte, dass die Gegenübertragung nicht an sich Aufschluss über das Unbewusste des Patienten gibt, sondern erst reflektiert und verstanden werden müsse. Winnicott beschrieb einen objektiven Aspekt der Gegenübertragung, mit dem er sich auf Reaktionen des Analytikers bezog, die der Patient mit seinem Verhalten auch bei jeder beliebigen anderen Person erzeugt hätte. Racker erörterte die Gegenübertragungsreaktionen als Identifikation des Therapeuten mit dem Patienten oder den von diesem übertragenen Objekten. Er beschrieb das „Thalion-Gesetz“ (Racker 2002a) das besagt, dass positive Übertragung mit positiver Gegenübertragung beantwortet wird ebenso wie negative mit negativen Reaktionen des Analytikers.

Greenson (1967) hingegen sah in der Gegenübertragung ausschließlich die Übertragung des Therapeuten. Möller (1977) betonte später, dass die Gegenübertragung lange Zeit unbewusst bleibt, sich währenddessen jedoch schon auf das nonverbale Verhalten des Analytikers, wozu auch die Art und der Zeitpunkt von Interventionen zu rechnen sind, auswirkt. Sandler (1976) hob den interaktionellen Aspekt der Gegenübertragung hervor. Mit seinem Konzept der Rollenempfänglichkeit beschreibt er die Neigung des Analytikers, auf das Übertragungsverhalten des Patienten mit komplementärem Verhalten zu reagieren, also die Rolle, die ihm von Patienten angetragen wird, anzunehmen. Sullivan (1983) und seine Nachfolger betonten, dass die Erfüllung dieser, vom Patienten erwarteten Reaktion des Therapeuten, die krankmachenden Beziehungsmuster des Patienten bestätigt und warnt davor, auf diese Beziehungsangebote hin unreflektiert zu agieren.

Bion arbeitete mit seinem „Container–Contained“-Konzept das der „projektiven Identifizierung“ von Klein weiter aus. Um sich unerträglicher Gefühle zu entledigen, projiziert der Patient diese in den Analytiker. Diese Externalisierung findet über verbales und nonverbales Verhalten des Patienten statt und führt dazu, dass der Therapeut diese Gefühle auch empfindet (Sullivan 1983, Butler 1993, König 1995, Gabbard 2001, Racker 2002, Stirn 2002).

3.4.2 Modernere Auffassungen von Gegenübertragung

Aus heutiger Sicht lässt sich sagen, dass diese Wissenschaftler unterschiedliche Blickwinkel auf das gleiche Phänomen warfen. Angesichts der Fülle der entdeckten Aspekte scheint es heute angemessen von einem ganzheitlichen Konzept der Gegenübertragung auszugehen, das alle Reaktionen des Analytikers auf den Patienten umfasst.

König schreibt:

„Wenn man das Postulat aufgibt, der Analytiker müsse wie ein Spiegel reagieren, und erkennt, dass er einfach wie ein Mensch reagiert (freilich wie ein Mensch in einer therapeutischen Rolle, der es gelernt hat, viel vom Patienten zu verstehen), bleibt einem eben, meine ich, gar nichts anderes übrig, als bei der Gegenübertragungsdiagnostik zunächst alle eigenen Gefühlsreaktionen zu berücksichtigen und auch alle Möglichkeiten der Verursachung“ (König 1995b).

Die Reaktionen des Analytikers auf seinen Patienten sind vielfältig. Sowohl Gefühle, Stimmungen, körperliche Reaktionen als auch Phantasien und Handlungsimpulse seinem Patienten gegenüber können Ausdruck der Gegenübertragung sein.

Die Ursachen dieser Reaktionen sind ebenso auf der Seite des Patienten wie auf der des Analytikers zu suchen. Dabei können sie bestimmt sein durch die eigene Übertragung des Analytikers, den der Patient z.B. an ungeliebte Personen aus seiner Vergangenheit erinnert. Charaktereigenschaften des Analytikers, seine Norm- und Wertkonflikte vermögen seine Gefühle und sein Verhalten dem Patienten gegenüber zu beeinflussen. Es ist aber auch möglich, dass die Reaktionen des Therapeuten reale Reaktionen auf Erlebnisse, Charaktereigenschaften oder das Verhalten des Patienten sind, beispielsweise das Empfinden von Trauer, wenn dieser seinen Arbeitsplatz verliert, oder Ärger wenn er besonders provokativ agiert. Gemäß der klassischen Sichtweise der Gegenübertragung können die Empfindungen des Analytikers ebenso auf die Übertragung oder Externalisierungen des Patienten zurückzuführen sein.

All diese unterschiedlichen Facetten treten in bewusster wie unbewusster Form und miteinander kombiniert auf. Auch können Verschiebungen entstehen, so dass die Gefühle gegenüber einem bestimmten Patienten eigentlich auf den vorhergehenden oder eigene Familienangehörige gerichtet sein können.

In der therapeutischen Situation wirkt also nicht nur der Analytiker für den Patienten, sondern auch der Patient für den Analytiker als Übertragungsauslöser und zwar mit seiner gesamten Persönlichkeit. Dazu gehören Aussehen, Charakter, die Tagesform, was sonst über seine außertherapeutischen Beziehungen und seine Stellung bekannt ist, und schließlich auch, was er externalisiert oder überträgt. Hier ist die Verschränkung von Übertragung des Patienten und Gegenübertragung des Analytikers zu betonen. Der Therapeut beeinflusst durch seine Reaktionen und sein Verhalten, das sich subtil in seiner Körperhaltung oder Zeitpunkt und Art von Interventionen äußert, und so für den Analytiker selbst relativ lange unbewusst

bleiben kann, wann der Patient ein bestimmtes Problem angeht, eine bestimmte Übertragung aktualisiert, oder eher Widerstände zeigt.

Angesichts dieser Komplexität des Beziehungsgeflechts zwischen Patient und Therapeut wird klar, dass die Gegenübertragung nicht per se als diagnostisches Hilfsmittel dienen kann, sondern erst verstanden werden muss.

Der Therapeut kann durch ungewöhnliche Gefühle, Fehlleistungen wie Zuspätkommen, Handlungsimpulse oder auch dadurch, dass er den Patienten nicht mehr versteht, auf seine Gegenübertragung aufmerksam werden. Wichtig ist, dass er zumindest tendenziell erfasst, welcher Anteil auf die Übertragung des Patienten zurückgeht und welcher seiner eigenen Übertragung zuzurechnen ist. Dabei können die Erfahrungen aus der Lehranalyse und Supervision Anhaltspunkte bieten. Durch Hinterfragen, welche Funktion es für den Patienten hat, diese Gefühle in ihm auszulösen und welche Funktion für ihn selbst, in dieser bestimmten Weise auf den Patienten zu reagieren, kann er seine Einfühlung in den Patienten vertiefen und so optimalere Interventionen ergreifen.

Ein enges Konzept der Gegenübertragung würde große Lücken in dieser Detektivarbeit des Analytikers verursachen, da die Suche sich nur auf einen Teil der Möglichkeiten beschränken würde, das Verständnis unvollständig bliebe und demzufolge Interventionen fehlgeleitet würden (Mertens 1991, König 1995).

3.4.3 Grundkonzepte der Gegenübertragung

Konkordante, komplementäre und projektive Identifikation sind als wichtige Grundkonzepte der Gegenübertragung zu nennen.

Racker beschreibt die konkordante Identifizierung als die „Anerkennung des zu anderen gehörigen Fremden als zu uns gehörendes Eigenes“ (Racker 2002b). Der Analytiker fühlt in diesem Fall ähnlich wie der Patient, was seine Einfühlung in diesen ermöglicht. Dies geschieht über Introjektion von Anteilen des Selbst des Patienten durch den Analytiker.

Komplementäre Identifikation tritt dann auf, wenn der Therapeut sich nicht mit dem Patienten selbst, sondern mit dessen inneren Objekten identifiziert. Er fühlt dann so, wie die früheren Bezugspersonen des Patienten. Racker erklärt diesen Vorgang als Reaktion darauf, dass der Patient ihn wie diese behandelt.

In der therapeutischen Situation finden sich meist beide Phänomene. Je schlechter die Identifizierung mit dem Patienten selbst gelingt, wenn dieser beispielsweise Eigenschaften

aufweist, die der Analytiker bei sich selbst ablehnt, desto stärker tritt die komplementäre Identifizierung, also die mit den, in diesem Fall verurteilenden, inneren Objekten in den Vordergrund (Racker 2002, Stirn, 2002).

Das Konstrukt der projektiven Identifikation wurde von Melanie Klein 1946 zum ersten Mal beschrieben. Sie sah in ihr einen intrapsychischen Vorgang des Patienten, der Teile seiner selbst in den Analytiker hineinphantasiert. Die entsprechenden Gefühle kann der Therapeut dann tatsächlich empfinden. Über welchen Weg dies geschieht, blieb in ihren Ausführungen offen. Grinberg (1962) sieht das Fühlen des durch den Patienten Projizierten durch den Analytiker als einen Akt aktiver Empathie. Für Sandler (1976) entsteht dieses Phänomen dadurch, dass der Patient den Therapeuten durch sein Verhalten in eine Rolle drängt, die dieser dann unbewusst annimmt. Diese Interaktion nennt Klüwer (1983) auch „Handlungsdialog“ (König 1995c).

Der Patient bedient sich dieses Mechanismus, um sich von bedrohlichen Selbstanteilen zu entledigen. Damit seine Wahrnehmung mit seiner Phantasie übereinstimmt, beeinflusst er Verhalten und Stimmung des Therapeuten über interaktionelle Signale. Diese sind bei stark gestörten Patienten deutlich und äußern sich in intensiven, plötzlich einsetzenden Gefühlen oder Handlungsimpulsen auf Seiten des Analytikers während bei neurotischen Patienten oft nur subtile Hinweise in Form von Mimik, Gestik, Stimmlage oder Körperhaltung zu finden sind.

Der Vorgang der projektiven Identifizierung lässt sich in mehrere Phasen gliedern. Die erste, die Projektion stellt einen intrapsychischen Vorgang des Patienten dar, bei dem er Gefühle, Konflikte oder Selbstanteile, die er selbst nicht zu ertragen imstande ist, auf den Analytiker projiziert. Es entsteht also eine Verzerrung in der Wahrnehmung des Patienten. In der darauffolgenden Induktionsphase übt der Patient interaktionellen Druck auf den Therapeuten aus, der sich daraufhin (Identifikationsphase) mit den entsprechenden Inhalten identifiziert. In Anlehnung an das Container–Contained-Konzept von Bion bewahrt und verarbeitet (Metabolisierungsphase) der Analytiker die oft intensiven Gefühle. Die Wahrnehmung des Umgangs mit ihnen und ihre Bewältigung durch den Therapeuten, befähigen schließlich den Patienten, sie wieder aufzunehmen (Re–Internalisierungsphase) (Mertens 1991, König 1995, Stirn 2002).

3.4.4 Empirische Ergebnisse zum Gegenübertragungserleben

Die Zahl der empirischen Untersuchungen zur Gegenübertragung des Therapeuten ist relativ klein.

Erste Studien wurden in den 50er Jahren durchgeführt (Strupp 1958, Strupp 1959, Strupp 1960). Es wurde gezeigt, dass weniger kompetente Therapeuten häufiger Fehlwahrnehmungen ihrer Patienten aufweisen, sowie, dass Sitzungsmaterial nicht objektiv wiedergegeben werden konnte und Interventionen nicht optimal eingesetzt wurden, wenn die Problematik des Patienten die eigenen Konflikte des Analytikers berührte. Ängstliche Therapeuten vermieden negative Emotionen des Patienten und erwiesen sich als weniger kompetent, während weniger ängstliche sich stärker involvierten. Empfanden die Therapeuten eine negative Einstellung gegenüber Patienten, reagierten sie weniger empathisch und feindlicher, obgleich ihnen ihre Aversion bewusst war. Therapeuten, die in der Kindheit feindliche Beziehungen erlebt hatten, zeigten grundsätzlich mehr feindliches Verhalten.

Solches fand sich auch auf Patientenseite ausschlaggebend für eine negative Beziehung zwischen ihm und dem Analytiker, der dadurch mehr Angst spürte und ebenfalls feindlich reagierte.

Während Untersuchungen, die nur statische Einzelvariablen von Therapeuten erfassten, wie zum Beispiel dessen Wohlbefinden, seine Erfolgserwartung, seine Kompetenz oder Attraktivität, nur kleine Zusammenhänge fanden, lieferten oben genannte Studien Evidenz dafür, dass die Interaktion zwischen Therapeut und Patient entscheidend ist. Dabei bestätigt sich die totalistische Auffassung der Gegenübertragung, indem sich sowohl Einflüsse von Voreinstellungen des Therapeuten als auch von neurotischen Verhaltensweisen von Patienten abzeichnen (Butler et al. 1993, Faller 1999).

Beckmann zeigt in seinen Untersuchungen zur Gegenübertragung, dass Analytiker mit bestimmten Wahrnehmungsverzerrungen an ihre Patienten herantreten. So erwarten einige beispielsweise generell rivalisierende Patienten, während andere eher Annahmen über den Patienten als hilfesuchend oder verschlossen hegen. Die stereotype Beurteilung bestimmt jedoch nicht allein das Bild, sondern verschränkt sich mit der objektiven Wahrnehmung von Symptom- und Übertragungsmustern des Patienten, welche mit zunehmendem Ausbildungsstand an Bedeutung gewinnt (Beckmann 1974).

Holmquist brachte ebenso Belege für den Einfluss der Persönlichkeit des Analytikers auf seine Gegenübertragung. Diese blieb relativ stabil über unterschiedliche Patienten und längere Zeiträume hinweg. In der Therapie mit einem einzelnen Patienten zeigten sich im Vergleich

dazu größere Abweichungen. So plädiert er dafür, die übertragungsbezogenen Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten als innerhalb des „emotionalen Universums“ des Therapeuten variierend zu betrachten. Ein weiterer interessanter Aspekt seiner Untersuchung ist die Entdeckung, dass gerade Unterbrechungen im habituellen Muster des Therapeuten auf entscheidende Punkte im therapeutischen Prozess hinweisen (Holmquist 2001).

Neuere Studien gehen über die Beschreibung von Gegenübertragungserleben hinaus und untersuchen dessen Beziehung zum Therapieerfolg. Feindliche, komplexe und abschätzige Kommunikation zwischen Analytiker und Patient stehen nach Henry et al. (1986) und Strupp (2000) in Zusammenhang mit negativem Therapieausgang. Gelso (2002) untersuchte die Fähigkeit des Therapeuten mit der Gegenübertragung umzugehen in Bezug auf den Erfolg der Therapie. Besonders die Angstbewältigung und die Fähigkeit, therapeutische Situationen zu strukturieren und sinnhaft in Konzepte einzuordnen, standen in Zusammenhang mit hohem Therapieeffekt (Strupp, Henry et al. 1986, Butler et al. 1993, Gelso et al. 2002).

Faller interessierte der Einfluss der Gegenübertragung des Analytikers auf die Indikationsstellung. Wie Mang (1990), der drei Klassen von Reaktionen des Therapeuten identifizierte: orale – Mitleid, Angst; anale – Belästigung, Ohnmacht, Ärger und ödipale – Bewunderung, Faszination, die sich günstig oder ungünstig auf die therapeutische Interaktion auswirkten, fand auch er unterschiedliche Dimensionen des Gegenübertragungserlebens beim Therapeuten. Ärger, Resignation, Sympathie und Hilfsbereitschaft und sie begleitende Emotionen und Verhalten konnte er voneinander abgrenzen. Dabei fand er auch Zusammenhänge zu Diagnosen und Verhalten der Patienten. Ein gemeinsames Krankheitsverständnis wirkte sich positiv auf die Gegenübertragung aus. Körperliche, psychische und kommunikative Beeinträchtigungen hingegen behinderten einen positiven emotionalen Zugang des Analytikers zum Patienten. Beziehungen des unterschiedlichen Erlebens der Therapeuten erwiesen sich auch zur Qualität der therapeutischen Beziehung, wobei hohe Sympathiewerte sich ihr zuträglich zeigten, viel Ärger des Therapeuten in Bezug auf seinen Patienten sie minderte. Außerdem hatten die unterschiedlichen Dimensionen der Gegenübertragung signifikanten Einfluss auf die Auswahl der Art der Therapie, der Einrichtung und des Settings (Faller 1999).

Doch nicht nur die Arbeitsbeziehung in der Psychotherapie ist von der Gegenübertragung betroffen. Studien über das Erleben ihrer Patienten durch Ärzte und Schwestern belegen ihre Bedeutung auch in medizinischen Heilberufen.

Marshall et al. (1995) untersuchten unbemerkte Reaktionen von Medizinstudenten auf Patienten und stellten Zusammenhänge zwischen hoher Identifikation mit Patienten,

unbewussten Ängsten vor Kontrollverlust oder vor dem Ansprechen unangenehmer Themen und gegenregulierendem Verhalten fest. Diese Ängste wurden durch Vermeiden schwieriger Themen und starke Kontrollausübung auf den Patienten gemildert. Auf die Identifikation mit den Patienten antworteten die Studenten mit besonders intensiver Auseinandersetzung mit ihnen. Auch reagierten Ärzte spezifisch auf bestimmte Merkmale der Patienten. So lösten z.B. unheilbare Krankheit, Unzuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme, Herausforderung der Autorität des Arztes, klammerndes Verhalten, nicht körperlich nachweisbare Symptome und Beeinträchtigung der Kommunikation Gefühle von Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit, Schuld oder Ärger beim Arzt aus. Negative Auswirkungen durch Vermeiden des Ansprechens beispielsweise psychischer Probleme der Patienten oder herabgesetzte Auseinandersetzung mit besonders schwer kranken Patienten werden angenommen (Marshall et al. 1995).

O`Kelly (1998) fand, dass Schwestern sich mit bestimmten Patienten lieber beschäftigen als mit anderen, wobei dies nicht eindimensional auf Patienteneigenschaften zurückgeführt werden kann, sondern komplexe Ursachen anzunehmen sind. Gegenübertragungsreaktionen zeigten sich in physischen Symptomen, in starker Abgrenzung gegenüber bestimmten Patienten, in besonders intensiver Beschäftigung bis zu Grenzüberschreitungen mit anderen, aber auch im Abstempeln mancher ungeliebter Patienten als schwierig. O`Kelly betont die Bedeutung der Bewusstwerdung und Bearbeitung der Gegenübertragung, um ihre möglichen negativen Folgen für die Interaktion und die Betreuung abzuwenden und ihren informativen Gehalt für eine hohe Qualität der Versorgung zu nutzen. Ens zeigt, dass dies möglich ist, in einer Untersuchung, in der das Notieren der Gegenübertragung durch Schwestern zu größerer Bewusstheit, Verständnis, Hinauswachsen über situative Handlungsimpulse, und somit zu besserer Betreuung führte (O`Kelly 1998, Ens 1999).

3.4.5 Bindungsmuster und Gegenübertragung

Auch in der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Bindungsmustern und Gegenübertragung belegt die Literatur die Angemessenheit einer ganzheitlichen Definition von Gegenübertragung, in der sowohl Einflüsse des Patienten als auch des Therapeuten und deren Interaktion von Bedeutung sind.

So wie die Patienten mit ihren oft maladaptiven Beziehungsmustern in ihrer Umgebung bestimmte Verhaltensweisen ihnen gegenüber provozieren, erwecken sie auch beim

Psychotherapeuten bestimmte Gefühle, die die Grundlage von Gegenübertragungsreaktionen bilden.

Ambivalent gebundene Patienten involvieren den Analytiker mit ihrem starken Ausdruck ihrer Beschwerden und Hilfebedürftigkeit intensiv, erschweren jedoch eine Zusammenarbeit, indem sie den Therapeuten mit widersprüchlichem Agieren und Emotionen ihrerseits konfrontieren. So mag er sich von diesen überwältigt, hilflos, verwirrt und ärgerlich fühlen.

Vermeidend gebundene stellen mit ihrer verschlossenen Haltung einen zurückweisenden Interaktionspartner dar. Ihre Selbstpräsentation als nicht hilfsbedürftig und unverletzbar und ihr oft verletzendes Verhalten zum Zwecke der für sie wichtigen Aufrechterhaltung von Distanz in Beziehungen, bewirkt im Therapeuten Gefühle von Unzulänglichkeit, Nichternstgenommensein, Hilflosigkeit, Lächerlichkeit und Ärger. Diese können sich dann in Form von Nichtstellen bestimmter Deutungen oder Ausblenden von Konflikten des Patienten subtil äußern, oder auch in offener Ablehnung des Patienten durch den Therapeuten gipfeln.

Snyder belegte, dass Patienten tatsächlich durch ihre Interaktion Verhalten beim Gegenüber erzeugen, das ihre Erwartungen bestätigt. Beim Beispiel des vermeidend gebundenen Patienten, der auf Distanz geht, um Enttäuschungen zu verhindern, wird die Reaktion des Therapeuten, wie oben beschrieben durch die letztendlich eintretende Zurückweisung von seiner Seite, genau dieses maladaptive Verhaltensmuster beim Patienten verstärken.

Auch Dozier bemerkt die Schwierigkeit, sich diesem „pull“ durch den Patienten zu Reaktionen, die seinen Erwartungen entsprechen, zu entziehen. Dieses komplementäre Verhalten des Therapeuten kann als komplementäre Identifikation verstanden werden und stellt so einen wichtigen Aspekt von Gegenübertragung, ausgehend vom Patienten, dar* (Dozier et al. 1994, Dozier und Tyrrell 1998, Slade 1999).

* Eine kurze Bemerkung zum Begriff *komplementäres Verhalten*: Dieser Ausdruck wird in der Literatur in unterschiedlicher Bedeutung gebraucht. Zum einen wird mit ihm ergänzendes Verhalten beschrieben, wie z.B. dominante Reaktionen eines Therapeuten auf einen submissiven Patienten. Zum anderen versteht man darunter auch gleichgerichtetes Verhalten, also beispielsweise feindliche Impulse auf Seiten des Analytikers auf aggressives Agieren des Patienten hin, oder distanzierte Vorgehensweise bei einem verschlossenen Patienten. Diese scheinbar widersprüchlichen Betrachtungsweisen lassen sich auf einen Nenner bringen, indem sie beide Verhalten deklarieren, das pathologische Beziehungsmuster des Patienten nicht herausfordert, sondern bestätigt.

Doch nicht nur der Interaktionsstil des Patienten sondern auch die Bindungsqualität des Therapeuten hat erhebliche Auswirkungen auf die Gegenübertragung und das Verhalten in der therapeutischen Situation.

Dozier untersuchte Unterschiede in den Interventionen zwischen sicher und unsicher gebundenen Therapeuten. Die Ergebnisse zeigten einerseits, dass unsichere eher auf die offensichtlichen Bedürfnisse der Patienten reagierten und so komplementär und bestätigend auf deren pathologische Beziehungsmuster einwirkten. Sicher gebundene Therapeuten hingegen zeigen Fähigkeiten, nichtkomplementäre, korrigierende Erfahrungen zu bieten, da sie größere innere Ressourcen besitzen, auch konfliktreiche Interaktion zu bewältigen. Dozier weist darauf hin, dass unsichere Analytiker also allgemein schwieriger gute Interventionen bieten können, unabhängig davon, wie der Patient strukturiert ist. Zum anderen legten die Resultate offen, dass vermeidende Therapeuten eher oberflächlich intervenieren, während ambivalente bevorzugt intensiv mit dem Patienten arbeiten. Dies belegt den Aspekt der Gegenübertragung, der die eigenen neurotischen Übertragungen des Therapeuten beschreibt.

Auch Studien, die höhere Abbruchraten bei unsicheren Therapeuten fanden, und auf geringere Empathie von ängstlich gebundenen Therapeuten hinweisen, deuten in diese Richtung (Dozier et al. 1994, Dozier und Tyrrell 1998, Strauß 2000a).

Ashead (1998) weist darauf hin, dass besonders involvierte Analytiker das Vorankommen des Patienten in der Therapie behindern, indem sie z. B. das Verbleiben der Patienten in der Rolle des Hilfsbedürftigen forcieren. Auch Grenzüberschreitungen verschiedenster Art sind gerade gegenüber Patienten, die solche in ihrer Kindheit erlebt haben, und deren Erwartung in ihrem Verhalten zeigen, anzunehmen.

Vermeidende Therapeuten mögen gerade in der Interaktion mit ambivalenten Patienten auf besondere Probleme stoßen. Sie neigen aus ihrem persönlichen Bindungsmuster heraus dazu, Konflikte des Patienten zu verleugnen und auf bedürftiges Verhalten mit Abweisung zu reagieren. Ambivalente Patienten, die den Therapeuten involviert erleben möchten, empfinden auf diese Zurückweisung hin Ärger und Wut, die dann, auf den Therapeuten projiziert, in unbewusster Aggression auf dessen Seite resultiert. Dabei besteht die Gefahr, dass der Analytiker diese Emotion offen ausagiert oder den Patienten indirekt über die Art der Interventionen spüren lässt.

Ein besonderes Problem stellt die Situation dar, wenn ein Analytiker in seiner Kindheit selbst Missbrauch erlebt hat, und sich in einer solchen therapeutischen Situation mit dem Aggressor identifiziert. Dann kann es zu Missbrauch durch den Therapeuten kommen (Ashead 1998).

Diese Ausführungen belegen den Interaktionsaspekt der Gegenübertragung, wobei sich Übertragungen des Patienten und des Therapeuten miteinander verschränken.

Sowohl Ahead wie auch Brisch weisen auf die große Bedeutung hin, die der Kenntnis von Bindungsmustern und der Anwendung bindungstheoretischen Wissens in der therapeutischen Situation zukommt, um gerade negatives Verhalten, Aggressionen oder Zurückweisung durch den Patienten nicht als persönlichen Angriff zu erwidern, sondern als Schutz gegen die Angst vor Verlust der Bezugsperson zu verstehen. Ebenso ist es nötig, das eigene Bindungsverhalten zu reflektieren, um die eigenen Handlungsimpulse und Emotionen, die in der Interaktion mit einem bestimmten Patienten auftreten, in ihrer Funktion zu durchschauen und auf deren Ursache therapeutisch einzuwirken (Adshead 1998, Brisch 2000).

Denn bei weitem nicht alle Therapeuten können aus einer eigenen sicheren Bindung heraus agieren. Vielmehr ist der Großteil unsicher gebunden, wie Nord et al. (2000) in ihrer Untersuchung fanden. Die Mehrzahl weist eine sogenannte bedingt sichere Bindung auf, die sich durch Öffnungsbereitschaft und geringe Akzeptanzprobleme auszeichnet. Allerdings beschreibt sie auch einen Mangel an Bewusstsein für die eigenen Bedürfnisse. So ist anzunehmen, dass gerade bei diesen Therapeuten ein größerer Widerstand besteht, Gegenübertragungsgefühle und -impulse zu bemerken. Es kann also nicht genug betont werden, wie wichtig das Bewusstmachen von Gegenübertragungsreaktionen und die ständige Selbstreflexion für die kompetente Arbeit des Psychotherapeuten ist (Nord et al. 2000).

4 Ziele der Arbeit

4.1. Fragestellung

Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einen wichtigen Prädiktor für den Therapieerfolg darstellt.

Unter anderem erwies sich der Bindungstyp, als spezifisches Repertoire von Verhaltensstrategien im Umgang mit wichtigen Bezugspersonen, auf Seiten des Patienten als einflussreich auf die Beziehungsqualität in der Therapie. Sicher gebundene Patienten vermögen sich demnach positiver in die Beziehung einzubringen und größeren Nutzen aus der Therapie zu tragen, als unsicher gebundene.

Auf Seiten des Therapeuten hat dessen Gegenübertragung großen Einfluss auf das Verhältnis zum Patienten. Laut holistischer Definition, nach der sie alle Gefühle des Analytikers seinem Patienten gegenüber umfasst, wird sie sowohl durch die Übertragungen des Patienten, als auch durch eigenen Übertragungen des Analytikers sowie durch objektive Reaktionen des Therapeuten auf die Realität des Patienten hervorgerufen.

Demnach wird die Qualität der therapeutischen Beziehung und somit der Therapieerfolg durch die Bindungsmuster des Therapeuten, des Patienten und deren Interaktion mitbestimmt. In dieser Arbeit sollen Unterschiede in der Gegenübertragung gegenüber unterschiedlich gebundenen Patienten sowie der Einfluss des Bindungstyps des Gegenübers auf seine Wahrnehmung des Patienten beleuchtet werden.

Die Untersuchung soll Hinweise dafür liefern, welche Gegenübertragungsreaktionen bei Patienten eines Bindungstypes eher zu erwarten sind und den Analytiker so bei der Analyse und im Umgang mit seiner Gegenübertragung unterstützen. Der gerade bei den beiden unsicheren Bindungstypen bestehenden Gefahr, komplementär auf ihr Beziehungsangebot zu reagieren, und so deren negative Erfahrungen bzw. Erwartungen wieder zu bestätigen, soll durch diese Hinweise entgegengetreten werden.

Im Lichte der immer wieder aufgegriffenen Frage, was die Professionalität eines Therapeuten ausmacht und aus dem Interesse heraus, inwiefern auch Laien dem Phänomen der Gegenübertragung unterliegen, soll zudem die Wahrnehmung unterschiedlich gebundener Patienten durch Studenten mit der von Therapeuten verglichen werden.

Die Gegenübertragung wurde in der Untersuchung unter 3 Aspekten beleuchtet. Je ein Fragebogen erfasst die Wahrnehmung des Patienten durch die Versuchspersonen, die

Gedankenimpulse gegenüber den Patienten und die Befindlichkeit der Versuchspersonen nach Präsentation des Patienten.

Da es sich um eine Untersuchung auf der Basis von Fragebögen handelt, können nur Aussagen über den bewussten Anteil der Gegenübertragung getroffen werden.

4.2 Hypothesen

4.2.1 Hypothese I

„Unterschiedliche Bindungsmuster beim Patienten rufen spezifische Gegenübertragungsreaktionen beim Gegenüber hervor.“

Ausgehend von dem durch den Patienten eingebrachten Beziehungsmuster sind auf Seiten des Therapeuten durch Übertragung und Identifikation komplementäre Reaktionen zu erwarten.

Sichere Patienten, die Vertrauen ausstrahlen und durch gute Integration eigener positiver und negativer Eigenschaften wenig Akzeptanzprobleme aufweisen, werden also wahrscheinlich freundschaftlich zugewandte Resonanz erzeugen.

Für vermeidende Patienten, verschlossen, kühl und eher abweisend, werden hingegen eher feindlich abweisende Emotionen auf Seiten des Therapeuten erwartet.

Durch die starke Verwicklung in ihre Konflikte, ihre Konfusion und ihre offensichtliche oder auch fordernde Abhängigkeit sind bei ambivalenten Patienten sowohl feindliche, als auch fürsorglich zugewandte Gefühle als Reaktion des Therapeuten zu vermuten.

4.2.2 Hypothese II

„Der Bindungsstil des Therapeuten beeinflusst die Gegenübertragungsreaktionen auf den Patienten.“

Aus dem Verständnis von Gegenübertragung als ein Phänomen, das aus dem Zusammenspiel von Übertragungen des Patienten, denen des Therapeuten und deren Verschränkung hervorgeht, heraus, ist anzunehmen, dass Beziehungsmuster des Analytikers sich auf seine Wahrnehmung des Patienten auswirken. Darauf weisen Untersuchungen hin, die die Konsistenz eines bestimmten Verhaltensstils des Therapeuten über unterschiedliche Patienten

hinweg belegen. Auch Studien, in denen zur Geltung kommt, dass Therapeuten die Situation des Patienten ähnlich ihrer Selbstwahrnehmung einschätzen und in Interventionen dementsprechend handeln, deuten darauf hin (Dozier et al. 1994; Holmquist 2001).

Ein sicher gebundener Therapeut, offen für Beziehungen und innerlich gefestigt, Konflikte zu ertragen, wird sowohl die positiven Signale des sicheren Patienten als auch die negativen der unsicheren Patienten in seiner Gegenübertragung wahrnehmen.

Bei vermeidenden Therapeuten ist zu vermuten, dass sie die stärkeren Konflikte der ambivalenten Patienten eher ausblenden, also auf diese mit weniger negativer Gegenübertragung reagieren, als sichere und ambivalente Therapeuten. Aufgrund ihrer ähnlichen Strukturierung wird den vermeidenden Patienten gegenüber größere Sympathie postuliert. Sicher gebundenen Patienten gegenüber werden, als Folge der in Beziehungen gehaltenen Distanz vermeidender Therapeuten, eher gedämpfte Emotionen, sowohl im Positiven als auch im Negativen, erwartet.

Ambivalent gebundene Therapeuten neigen zu größerer Involviertheit in Beziehungen. Deshalb wird angenommen, dass sie auf sichere Patienten besonders positiv reagieren, sich von Ambivalenten in deren Hilfsbedürftigkeit verstricken lassen, Vermeidenden gegenüber jedoch besonders negativ empfinden, da deren Verslossenheit von ihnen leicht als Ablehnung aufgenommen werden mag.

4.2.3 Hypothese III

„Studenten unterscheiden sich von Therapeuten in ihrer Gegenübertragung.“

Psychodynamische Therapeuten erfahren in ihrer Ausbildung sowohl durch Theorie und Supervision, als auch durch die eigene Lehranalyse ein intensives Training im Umgang mit dem Gegenübertragungserleben. Sie werden vor allem darin geschult, sich ihrer Gefühle, Phantasien und Handlungsimpulse den Patienten gegenüber bewusst zu werden und diese nicht auszuagieren, sondern *auszuhalten* bis sie verstanden sind.

Da in dieser Studie Fragebögen als Erfassungsinstrument dienen, kann nur der bewusste Aspekt von Gegenübertragung erfasst werden.

Daraus folgernd wird angenommen, dass Studenten den Patienten der unterschiedlichen Bindungstypen gegenüber weniger große Unterschiede in ihren Reaktionen empfinden, weil sie keine Erfahrung in der Bewusstwerdung eigener unbewusster Emotionen anderen gegenüber besitzen.

5 Methoden

5.1 Operationalisierung

Diese Arbeit soll untersuchen, ob Unterschiede in der Gegenübertragung in Abhängigkeit von der Bindung des Gegenübers (Messwiederholungsfaktor *Bindung der Patienten*), von der Professionalität im Umgang mit Gegenübertragung (Faktor *Profession*) und vom eigenen Bindungstyp (Faktor *Bindung der Versuchspersonen*) existieren. Dazu wurden folgende Variablen herangezogen.

5.1.1 Unabhängige Variablen

5.1.1.1 Bindung der Patienten

Die Bindung der Patienten wurde durch das Adult Attachment Interview erfasst. Von der Abteilung für Psychotherapie und psychosomatische Medizin der Universität Ulm wurden Transkripte des Adult Attachment Interviews mehrerer Patienten zur Verfügung gestellt, die von einer zertifizierten AAI-Auswerterin ausgewertet worden waren.

Zu Gunsten der Überschaubarkeit der Untersuchung wurden die Stufen dieses Faktors auf die drei Bindungstypen *sicher*, *unsicher vermeidend* und *unsicher verwickelt* beschränkt. Nach Auswahl der prototypischen Patienten für die beiden unsicheren Bindungsmuster wurden aus deren Transkripten für den jeweiligen Bindungsstil charakteristische Ausschnitte ausgewählt. Es handelte sich um eine Frau und einen Mann, beide Angstpatienten mit Abitur. Die Ausschnitte für den sicheren Bindungstyp wurden aus dem Adult Attachment Interview Transkript einer Kontrollprobandin, einer Ärztin, entnommen (s. Anh.).

Alle drei prototypischen Berichte wurden anschließend, in Anlehnung an die Personenschemataforschung, von Dr. A. Buchheim aus Ulm auf Audiokassette nachgesprochen, um den Einfluss optischer Eindrücke sowie unterschiedlicher Stimmen auf die Wirkung der Ausschnitte auszuschließen (Horowitz 1992, Horowitz 1994).

5.1.1.2 Profession

Als Versuchspersonen wurden Studenten und Psychotherapeuten in Ausbildung herangezogen, um die Auswirkung der Professionalität im Umgang der Gegenübertragung auf diese untersuchen zu können. Dabei wurde davon ausgegangen, dass dieses Phänomen den Studenten nicht vertraut ist, während die Ausbildungskandidaten für psychodynamische Psychotherapie auf diesem Gebiet intensiv geschult werden.

5.1.1.3 Bindung der Versuchspersonen

Zur Erfassung der Bindung der Versuchspersonen wurde der Fragebogenbogen zu Beziehungserfahrungen von I. Grau (1999) genutzt. Er misst zwei Dimensionen der Bindungsunsicherheit in Partnerschaften: *Angst vor Trennung* und *Vermeidung von Nähe*. 20 Items können auf einer Skala von „1“ – „stimmt nicht“ bis „7“ – „stimmt“ beantwortet werden. „Mein/e Partner/in will oft, dass ich vertraulicher bin, als mir angenehm ist.“ ist ein Beispiel für die Skala *Vermeidung*, „Ich bin besorgt, für meine/n Partner/in nicht genügend wichtig zu sein“ eines für die *Angst*-Dimension. Über die beiden Skalen wurden Mittelwerte gebildet. Diese wurden in dieser Arbeit kategorial ausgewertet. Das heißt Skalenwerte ab „3“ wurden als unsicher interpretiert.

Nach diesem Vorgehen können die Befragten 4 Bindungsstilen zugeordnet werden: *sicher* bei niedriger Ausprägung in beiden Skalen, *vermeidend* bei hohen Werten allein die Dimension *Vermeidung von Nähe* betreffend, *ängstlich* bei hoher Ausprägung der Skala *Angst vor Trennung* und *ängstlich-vermeidend* bei hohen Werten in beiden Dimensionen (Grau 1999).

Die Kategorisierung nach dem AAI kennt nur drei Hauptbindungstypen. Nach West (1994) ist der ängstliche Bindungstyp (nach Grau) mit dem verwickelten in der Einteilung nach dem AAI vergleichbar. Der vermeidende entspricht dem des AAI komplett. Der ängstlich und vermeidende Bindungsstil entspricht am ehesten dem gemischt unsicheren Typ des Erwachsenen-Prototypen-Ratings von Pilkonis (1988), und ist keiner der Kategorien des AAI zuzuordnen. Über diesen Bindungstyp sind klare Voraussagen nicht möglich, da er gegensätzliche Verhaltensstrategien in sich vereint. Deshalb begrenzten sich die Berechnungen zur Frage nach der spezifischen Reaktion der unterschiedlich gebundenen Versuchspersonen auf die unterschiedlich gebundenen Patienten auf die Versuchspersonen, die den drei reinen Bindungstypen sicher, vermeidend und ängstlich zugeordnet werden konnten (West 1994, Buchheim und Strauß 2002).

5.1.2 Abhängige Variablen

Zur Erfassung der Gegenübertragung als abhängige Variable wurden 3 Fragebögen von allen Versuchspersonen ausgefüllt, die die Wahrnehmung des gehörten Patienten (Impact Message Inventory), die Reaktionen und Impulse ihm gegenüber (Gegenübertragungsfragebogen) sowie die Befindlichkeit der Probanden (Befindlichkeitsskala) abdeckten. Die Therapeuten erhielten zusätzlich einen Fragebogen, der ihr potentiell Vorgehen in einer Therapie mit dem Patienten erfragte.

5.1.2.1 Impact Message Inventory (IMI)

Das Impact Message Inventory ist ein interpersonaler Persönlichkeitsfragebogen von Donald J. Kiesler (1976). Er wurde auf der Grundlage interpersonaler Ansätze entwickelt und beruht vor allem auf der Annahme komplementären und reziproken Verhaltens (Leary 1957; Sullivan 1953). In dieser Arbeit wurde die unveröffentlichte deutsche Neukonstruktion des Tests von Fingerle verwendet (Fingerle 1998).

Es handelt sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren, das zur Erfassung der interpersonalen Persönlichkeit und zur Beschreibung der zwischenmenschlichen Interaktion dient. Dies geschieht, indem die Wirkung einer Person auf ihre Mitmenschen erhoben wird.

Man geht davon aus, dass das Beziehungsangebot der Person über „Evoking-Messages“, verschlüsselte Botschaften, die sowohl Selbstdarstellung als auch Aufforderung an den Empfänger beinhalten, nach außen getragen wird. In diesem Test wird es über das Erfragen der Reaktion des Gegenübers, dessen Handlungsimpulse, Emotionen und Kognitionen, die so genannten „Impact-Messages“ erfasst (Kiesler et al. 1976).

Der Fragebogen enthält 64 Items, die die 8 Skalen von *freundlich* (1) über *freundlich-submissiv* (2), *submissiv* (3), *submissiv-feindlich* (4), *feindlich* (5), *feindlich-dominant* (6), *dominant* (7) bis *dominant-freundlich* (8) bilden. Für die *reinen* Skalen sei je ein Beispiel genannt. Die Testüberschrift lautet: „Wenn ich mit ihr [der Person] zusammen bin, habe ich das Gefühl...“: (1): „...ihr sagen zu wollen, dass ich mich in ihrer Gegenwart wohlfühle“; (3): „...ich sollte sie zu mehr Selbständigkeit ermutigen“; (5): „...sie hat häufig etwas auszusetzen“; (7): „... sie scheut keine Konfrontation“.

Die Einschätzung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“.

Da die Literatur nur Annahmen über die Dimension *feindselig-freundlich* erlaubt, beschränkte sich die Auswertung auf diese beiden *reinen* Skalen (*IMI1*, *IMI5*).

5.1.2.2 Gegenübertragungsfragebogen

Der Gegenübertragungsfragebogen wurde von der Autorin auf Grundlage der von Mertens (1982) beschriebenen drei Modelle der Gegenübertragung erstellt.

Diese erfassen das Phänomen im Lichte der unterschiedlichen psychoanalytischen Schulrichtungen. Das *Triebkonfliktmodell* aus der Richtung der klassischen Psychoanalyse betont die Bedeutung des Analytikers als „unkontaminiertes Objekt“, das als Projektionsfläche für die Introjekte des Patienten dienen soll. Wirft der Analysand seine Wünsche und Bedürfnisse (der Trieb hier im Sinne der Grundbedürfnisse nach Lichtenberg) auf diese Fläche, wird unausweichlich auch die Bedürfniswelt des Analytikers berührt und Impulse dem Patienten gegenüber treten hervor (Mertens 1982).

Das *Beziehungskonfliktmodell* beruht auf interpersonalen Ansätzen von Sullivan und Searles und wurde beeinflusst von systemischen und familiendynamischen Ansätzen. Es konzentriert sich auf die interpersonelle und reziproke Natur zwischenmenschlicher Beziehungen. Diesem Ansatz zufolge kommt der Analytiker nicht umhin, in die ihm vom Patienten angetragenen Rollen verstrickt zu werden und Mitspieler im sich entfaltenden Drama des Analysanden zu werden.

Das *Entwicklungsdefizitmodell* beinhaltet Gedanken der Ich–Psychologie und der Objektbeziehungstheorie. Im Bezug auf die Gegenübertragung hebt es das Ziel hervor, sich mit möglichst viel Empathie in die Welt des Patienten zu versetzen, Entwicklungsdefizite und Hemmungen zu erkennen und Entwicklungspotentiale zu aktivieren (Mertens 1982).

Auf der Basis dieser drei Modelle wurden drei Skalen entwickelt: *Triebkonfliktmodell* (Bsp. „Würden Sie gern mehr über den Patienten erfahren?“ (Exploration); „Spüren Sie den Impuls, dem Patienten widersprechen zu wollen?“ (Selbstbehauptung)), *Beziehungskonfliktmodell* (Bsp. „Spüren Sie den Impuls, den Patienten tadeln zu wollen?“ (proj. Identifikation); „Fühlen Sie sich vom Patienten vereinnahmt?“ (Beziehungsmuster)) und *Entwicklungsdefizitmodell* (Bsp. „Können Sie sich gut vorstellen, wie sich der Patient fühlt?“ (Einfühlen in den Patienten); „Spüren Sie den Impuls, dem Patienten zu vermitteln, dass er o.k. ist, so wie er ist?“ (Annahme und Anerkennung geben); „Könnten Sie sich vorstellen, eine Vorbildposition für den Patienten einzunehmen?“ (Halt bieten/Verhaltensmodell bieten)).

Der Fragebogen enthält 23 Items. Der Triebkonfliktmodellskala liegen im Gegensatz zu beiden anderen nur 7 statt 8 Items zugrunde.

Die Antwortmöglichkeit besteht in einer dreistufigen Skala von „eher nein“ über „weder – noch“ bis „eher ja“. Die Fragen wurden so gewertet, dass immer die inhaltlich positive

Antwort den Wert „2“ erhielt, die unentschlossene den Wert „1“ und die negative den Wert „0“. Aufgrund der ungleichen Itemanzahl pro Skala wurden Mittelwerte berechnet.

Eine Faktorenanalyse zeigte allerdings, dass die meisten Fragen auf nur einen Faktor luden (siehe Anhang). Aus diesem Grund wurde bei der Auswertung auf die Differenzierung der einzelnen Skalen verzichtet. Die wenigen Fragen, die unter mindestens zwei Faktorstufen des Messwiederholungsfaktors auf andere Faktoren luden oder nicht zwischen den Faktoren differenzierten, wurden ausgeschlossen. Aus den übrigen 17 Items wurde ein Summenscore über den Faktor *Gegenübertragung* gebildet (*GülFak*). Hohe Werte stehen für positive Empfindungen, niedrige Werte stellen negative Reaktionen dar. Die Reliabilität für diese *neue* Version war gut ($\alpha = 0,87$ für alle drei Stufen des Messwiederholungsfaktors). Die entsprechenden Werte der Ausgangsform des Fragebogens sind im Anhang nachzulesen.

5.1.2.3 Befindlichkeitsskala

Die Befindlichkeitsskala ist ein Test zur Erfassung der momentanen Befindlichkeit (v. Zerssen 1976). Sie stellt eine Eigenschaftswörterliste dar, die den aktuellen subjektiven Befindenzustand einer Person wiedergibt. Im zeitlichen Querschnitt erfasst sie dessen Position zwischen den Polen ausgesprochenen Wohlbefindens und hochgradigen Missbefindens.

Die Paare von Eigenschaftswörtern beschreiben gegensätzliche Zustände des Zumuteseins. Dabei bezieht sich je ein Extrem auf einen Zustand gesteigerten, das andere auf einen Zustand beeinträchtigten Wohlbefindens. Die Wortpaare beleuchten zum Teil mehr die Stimmung („ernst – heiter“), den Antrieb („frisch – matt“), das Selbstwerterleben („minderwertig – vollwertig“) oder das Vitalgefühl („lebendig – leblos“).

Die Liste enthält 28 Items bestehend aus je zwei gegensätzlichen Adjektiven. Mit dem Antwortangebot „eher“ hinter jedem der beiden besteht die Möglichkeit, sich für eines der Eigenschaftswörter zu entscheiden oder bei Unentschlossenheit die Spalte „weder - noch“ am Ende der Zeile zu wählen. Positive Adjektive erhalten den Wert „0“, negative den Wert „2“ und die Kategorie „weder - noch“ den Wert „1“. Aus diesen Einzelwerten wurde ein Summenscore (*Bf*) gebildet, so dass der Maximalwert einen Zustand hochgradigen Missbefindens, der Minimalwert ausgesprochenes Wohlbefinden charakterisierte.

5.1.2.4 Therapiezentrierter Fragebogen

Der Extrafragebogen für die Therapeuten ist ein zweites nicht standardisiertes Instrument, das zur Erfassung des potentiellen Vorgehens dem gehörten Patienten gegenüber erstellt wurde. In Orientierung an die frühen Studien Strupps zu dieser Thematik enthält es offene und halbstrukturierte Fragen zur Akzeptanz der gehörten Person als Patient, zu Gründen für Ablehnung und zum vermuteten Arbeitsklima bei Zustimmung, zum Therapiefokus, zu Therapiezielen, zur Art des Umgangs mit dem Patienten und zu Empfehlungen in Bezug auf die, den Versuchspersonen für diese Person angebracht erscheinende, Therapieform und –art (Strupp 1958, Strupp 1959, Strupp 1960).

Die Frage nach der potentiellen Annahme zur Therapie kann mit ja oder nein beantwortet werden. Ebenso kann bei den Fragen zu Therapieempfehlungen zwischen stationärer und ambulanter, sowie zwischen Gruppen- und Einzeltherapie entschieden werden. Die übrigen Fragen können frei beantwortet werden. Die Antworten auf die Frage nach dem Grund für eine Ablehnung der Patienten wurden in die Kategorien *keine Indikation*, *zu anstrengend*, *kommt mit der Art des Patienten nicht zurecht* und *persönliche Unzulänglichkeit (bzgl. Alter / Geschlecht)* eingeteilt. Die Antworten auf die Frage nach dem vermuteten Arbeitsklima wurden in *gut*, *gut mit schwierigen aber schaffbaren Punkten*, *mittelmäßig*, *zunächst anstrengend aber positive Entwicklung erwartet* und *schwierig* kategorisiert. Für Antworten auf die Frage nach der Herangehensweise in einer potentiellen Therapie mit den Patienten wurde die Gliederung in *unterstützend*, *anleitend*, *strukturierend*, *deutend und freundschaftlich* vorgenommen. Die Antworten bezüglich des Therapiefokus und der Therapieziele wurden mit Hilfe des Berner Therapiezielinventars kategorisiert (Holtforth und Grawe 2002). Die Kategorien lauten demzufolge: *spezielle Symptomatik*, *interpersonelle Ziele*, *Wohlbefinden*, *existentielle Belange* und *persönliches Wachstum*. Die drei letztgenannten sollen kurz erläutert werden, da ihre Bezeichnung sehr abstrakt gehalten ist. Zum *Wohlbefinden* sind das Lernen, sich zu entspannen, das Erweitern von Freizeitaktivitäten sowie eine Verbesserung des Körpergefühls zu rechnen. *Existentielle Belange* beschreiben die Beschäftigung mit der eigenen Vergangenheit und dem Sinn des Lebens. Unter *Zielen*, das *persönliche Wachstum* betreffend, werden Verbesserung des Selbstwertgefühls, Sensibilisierung für das Wahrnehmen eigener Wünsche, Lernen von Selbstkontrolle und Emotionsregulation verstanden. Die Empfehlungen bezüglich der Art der Therapie wurden unter *psychodynamisch*, *klientenzentriert*, *verhaltenstherapeutisch* und *andere* zusammengefasst.

Für die Frage zur Annahme zur Therapie konnten Berechnungen durchgeführt werden. Die Fragen zur Empfehlung von stationärer versus ambulanter Therapie und zur Empfehlung von Gruppen- versus Einzeltherapie konnten wegen zu häufiger und zu asymmetrischer fehlender Angabe nicht statistisch ausgewertet werden. Für die übrigen Fragen war dies aufgrund nicht dichotomer Antworten, kleiner Zellenhäufigkeiten und dem komplizierenden Faktor des messwiederholten Settings ebenfalls nicht möglich, so dass nur deskriptiv über deren Beantwortung berichtet werden kann.

5.2 Design

Die nachgesprochenen Ausschnitte des Adult Attachment Interviews der unterschiedlich gebundenen Patienten wurden den Versuchspersonen per Audiokassette zu Gehör gebracht. Zur Erfassung der Gegenübertragung und der Bindung der Versuchspersonen wurden nach jedem der drei gehörten Ausschnitte Fragebögen von ihnen ausgefüllt (siehe Anhang). Die Versuche wurden von der Autorin durchgeführt.

Den Versuchspersonen wurde mitgeteilt, dass es um drei unterschiedliche Personen handelte. Die Instruktion enthielt weiterhin die Information, dass der Inhalt der Abschnitte und dessen Wirkung wesentlich sei. Insgesamt wurden so von jeder Versuchsperson dreimal 136 Items beantwortet. Dazu kamen bei den Therapeuten dreimal die sieben Fragen des Therapiezentrierten Fragebogens und einmal 20 Items des Bindungsfragebogens für alle Versuchspersonen. Die Dauer des Versuchs betrug etwa 80 Minuten.

Aufgrund der begrenzten Zahl an Versuchspersonen wurde ein Versuchsplan mit Messwiederholung gewählt, so dass sich der zeitliche Ablauf der Untersuchung folgendermaßen gestaltete.

Die Versuchspersonen hörten den AAI-Ausschnitt eines Patienten mit dem Bindungstyp X und füllten anschließend ein Fragebogenpaket zur Gegenübertragung aus. Danach wurde ihnen der AAI-Ausschnitt des Patienten mit der Bindung Y präsentiert. Dem folgte analog das Ausfüllen des zweiten Pakets identischer Fragebögen. Im Anschluss folgte das gleiche Procedere für den Bindungstyp Z. Abschließend wurde der Bindungstyp der Versuchspersonen mit einem weiteren Fragebögen erfasst.

AAI-BdgX → Fragebögen → AAI-BdgY → Fragebögen → AAI-BdgZ → Fragebögen → Bdgfrageb.

Bei den Studenten wurde zusätzlich die Reihenfolge der unterschiedlichen Bindungstypen der Patienten auf Kassette variiert. Es ergaben sich 6 Reihenfolgen, von denen je eine einer Gruppe von Studenten dargeboten wurde.

Weiterhin wurde die Position des Befindlichkeitsfragebogens im Fragebogenpaket bei der Hälfte der Studenten von dritter Stelle auf die erste verschoben, um ein eventuelles Abflauen der Stimmung - direkt nach Hören des Patienten - während des Ausfüllens der anderen beiden Fragebögen feststellen zu können.

Einen Überblick über das Design bietet Tabelle 1.

Tab. 1: Design

Faktor <i>Profession</i>	Faktor <i>BDG VP</i>	Messwiederholungsfaktor <i>BDG P</i>		
		vermeidend	sicher	verwickelt
Student	sicher	IMI1, IMI5, Gü1Fak, Bf*	...	
	vermeidend	...		
	ängstlich			
	verm. + ängstl.			
Therapeut	sicher			
	vermeidend			
	ängstlich			
	verm. + ängstl.			

* IMI1 = Skala *freundlich* des Impact Message Inventory (IMI), IMI5 = Skala *feindselig* des IMI, Gü1Fak = Summenwert des Gegenübertragungsfragebogens, Bf = Summenwert des Befindlichkeitsfragebogens

5.3 Stichprobe

Die Versuchspersonen setzten sich aus 52 Psychotherapeuten bzw. psychodynamischen Ausbildungskandidaten sowie 121 Studenten zusammen.

Die therapeutischen Ausbildungskandidaten (42) konnten im Rahmen ihrer Lehrveranstaltungen an der Akademie für Psychotherapie in Erfurt für die Teilnahme an dem Versuch gewonnen werden. Sie befanden sich zwischen dem ersten und dritten Semester ihrer Ausbildung. Ein weiterer Teil (5) nahm an einem zweiten Durchlauf in ihrer Freizeit nach den Lehrveranstaltungen teil. Zusätzlich stimmten 4 psychoanalytische, in freier Praxis tätige, Therapeuten aus Jena infolge telefonischer Nachfrage der Teilnahme an der Untersuchung zu.

Eine weitere Therapeutin wurde als Seminarbetreuerin im Zuge der Versuche mit den Studenten mit erfasst.

Die Studenten waren solche der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena und wurden im Rahmen des Psychologieseminars im 3. Semester befragt. Der Versuch erfolgte so in 6 Gruppen von jeweils etwa 20 Personen, von denen jeder eine andere Reihenfolge der gehörten Bindungstypen präsentiert wurde.

5.3.1 Altersverteilung der Versuchspersonen

Das Alter der Probanden lag zwischen 19 und 60 bei einem Mittelwert von 25,78, einem Median von 21 und einer Standardabweichung von 8,62.

Die Gruppe der Studenten zeigte sich mit einem Minimum von 19, einem Maximum von 29 und einem Median von 21 wesentlich jünger als die der Therapeuten, deren jüngste Teilnehmerin 26 und deren ältester 60 Jahre alt waren. Der Median lag bei den Therapeuten bei 38. Deren größere Altersspannweite spiegelte sich auch in einer größeren Standardabweichung von 7,64 gegenüber 1,83 bei den Studenten wider. Einen Überblick gewährt Tab.2.

Tab.2: Altersverteilung der Probanden

<u>Alter</u>	N	k.A.	Mittelwert	Median	Standardabw.	Minimum	Maximum
Gesamt	167	6	25,78	21	8,62	19	60
Therapeuten	46	6	37,89	38	7,64	26	60
Studenten	121	0	21,18	21	1,83	19	29

5.3.2 Geschlechterverteilung der Versuchspersonen

Bei der Geschlechterverteilung der Versuchspersonen zeichnete sich insgesamt mit 120 weiblichen zu 53 männlichen eine deutliche Überzahl der Frauen ab.

Bei den Therapeuten trat der Trend mit einem Verhältnis von 1 zu 4 von Männern zu Frauen (10 Therapeuten; 42 Therapeutinnen) noch stärker hervor als bei den Medizinstudenten, bei denen 43 männliche und 78 weibliche teilnahmen.

5.4 Statistische Verfahren

Die Überprüfung von Mittelwertsunterschieden wurde mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung vorgenommen. Für Einzelvergleiche kamen Scheffe-Test und hypothesengeleitete Kontraste zur Anwendung. An nonparametrischen Tests wurde der Cochran- und der McNemar-Test verwendet.

Für die statistische Auswertung der Daten fand das Programm SPSS, Version 11.0, in der deutschen Ausgabe Verwendung. Eine Ausnahme bildeten der McNemar-Test und eine zweifaktorielle Messwiederholungsanalyse, die unter Anwendung von Korrekturformeln (Bortz 1999) im Tabellenkalkulationsprogramm Excel gerechnet wurden.

5.4.1 Voraussetzungen der statistischen Verfahren

Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse können aufgrund der großen Stichprobenzahl (173) und gleichgroßer Gruppen als erfüllt betrachtet werden. Bei Rechnungen in denen die Gruppengröße variierte, war die jeweilige Anzahl der Versuchspersonen groß genug ($n_i > 10$), um grobe Verletzungen der Voraussetzungen zu vermeiden. Dennoch wurde die Varianzhomogenität mit dem Levene-Test überprüft, um auf eventuelle progressive Tendenzen hinweisen zu können (Bortz 1999). Waren die Varianzen signifikant inhomogen, wurde die Varianzanalyse mit Messwiederholung mit korrigierten Formeln wiederholt. Da sich die Ergebnisse nur minimal unterschieden, wurde im Weiteren auf diese Korrektur verzichtet. Grundlage für die Anwendung einer Varianzanalyse mit Messwiederholung sind homogene Korrelationen zwischen den Faktorstufen. Diese wurden überprüft und erwiesen sich als ausreichend homogen (Bortz 1999).

Das für den Cochran-Test geforderte Produkt aus Versuchspersonen und Messwiederholungsstufen von mindestens 30 wird bei einer Probandenzahl von $N = 51$ und zwei Stufen übertroffen. Die Voraussetzungen des McNemar-Tests sind durch die großen Zellhäufigkeiten (> 5) erfüllt.

6 Ergebnisse

6.1 Hypothese I – Unterschiede in der Gegenübertragung gegenüber unterschiedlich gebundenen Personen

Die Skalen *freundlich* und *feindselig* des Impact Message Inventory dienen der Darstellung der Wirkung der unterschiedlich gebundenen Personen auf die Versuchspersonen. Zur Erfassung der bei den Versuchspersonen ausgelösten Impulse fand der Gegenübertragungsfragebogen Anwendung, zur Einschätzung ihrer Gefühlswelt nach dem Hören der Ausschnitte aus dem Adult Attachment Interview die Befindlichkeitskala (Tab.3).

Tab. 3: Fragebögen

Impact Message Inventory	interpersonale Wirkung auf die Versuchspersonen <i>Skala feindlich, Skala freundlich</i>
Gegenübertragungsfragebogen	ausgelöste Impulse der Versuchspersonen
Befindlichkeitskala	Befinden der Versuchspersonen

Über jede dieser 4 Variablen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Dabei galt aufgrund der Gerichtetheit der Hypothese ein α -Fehlerniveau von $p = 0,1$ für die Feststellung signifikanter Ergebnisse. Für die Einzelvergleiche wurden hypothesenorientierte Kontraste gerechnet. Aufgrund der Anzahl der Tests fand die Bonferroni-Korrektur Anwendung und ergab ein Niveau von $p = 0,025$ (Bortz 1999).

6.1.1 Das Impact Message Inventory (IMI)

6.1.1.1 Die Skala *freundlich*

Die unterschiedlich gebundenen Patienten wurden signifikant unterschiedlich freundlich eingeschätzt ($F_{(2; 344)} = 81,24; p < 0,001$). Die sicher gebundene wurde signifikant höher bewertet als die beiden unsicher gebundenen und erwies sich so als die am freundlichsten wirkende der drei Bindungstypen ($M_{sicher} = 2,86; SD = 0,49; M_{vermeidend} = 2,16, SD = 0,54; F_{(1; 172)} = 157,75; p < 0,001; M_{verwickelt} = 2,49; SD = 0,54; F_{(1; 172)} = 47,27; p < 0,001$). Von den beiden unsicheren Patientinnen wurde die verwickelt gebundene als signifikant freundlicher wahrgenommen als die vermeidend gebundene. ($F_{(1; 172)} = 35,73; p < 0,001$). (Abb.1).

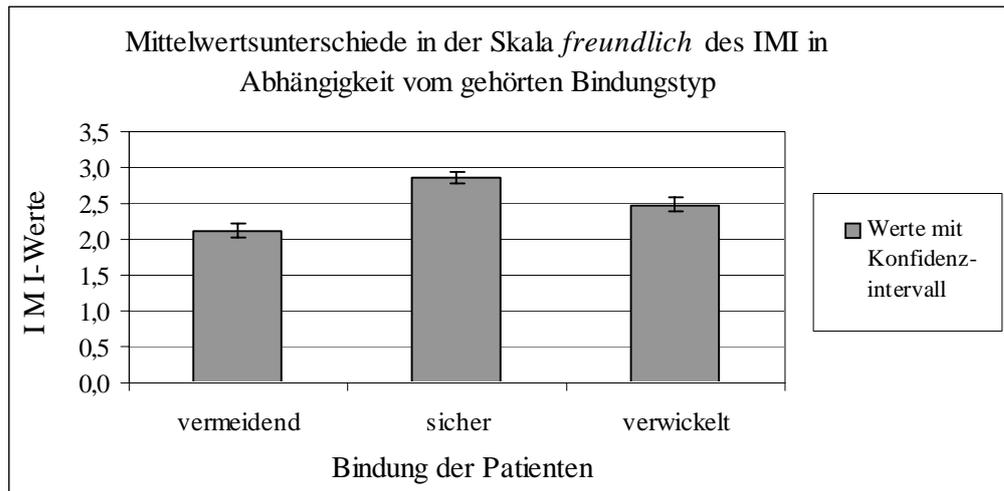


Abb. 1: Mittelwertsunterschiede mit Konfidenzintervall in der Skala *freundlich* in Abhängigkeit vom gehörten Bindungstyp

6.1.1.2 Die Skala *feindselig*

Die drei Bindungstypen wurden signifikant unterschiedlich feindselig wahrgenommen ($F_{(2; 344)} = 66,24; p < 0,001$). Die vermeidend gebundene Patienten wurde am feindseligsten und damit signifikant höher auf dieser Skala als die verwickelte und als die sicher gebundene eingeschätzt ($M_{\text{vermeidend}} = 2,55; SD = 0,51, M_{\text{verwickelt}} = 2,18; SD = 0,50; F_{(1; 172)} = 40,26; p < 0,001; M_{\text{sicher}} = 1,90; SD = 0,51; F_{(1; 172)} = 117,81; p < 0,001$). Die beiden letztgenannten unterschieden sich ebenfalls signifikant in ihrer Wirkung auf die Versuchspersonen, wobei die sicher gebundene Patientin als weniger feindselig als die verwickelte eingeschätzt wurde ($F_{(1; 172)} = 29,83; p < 0,001$) (Abb. 2).

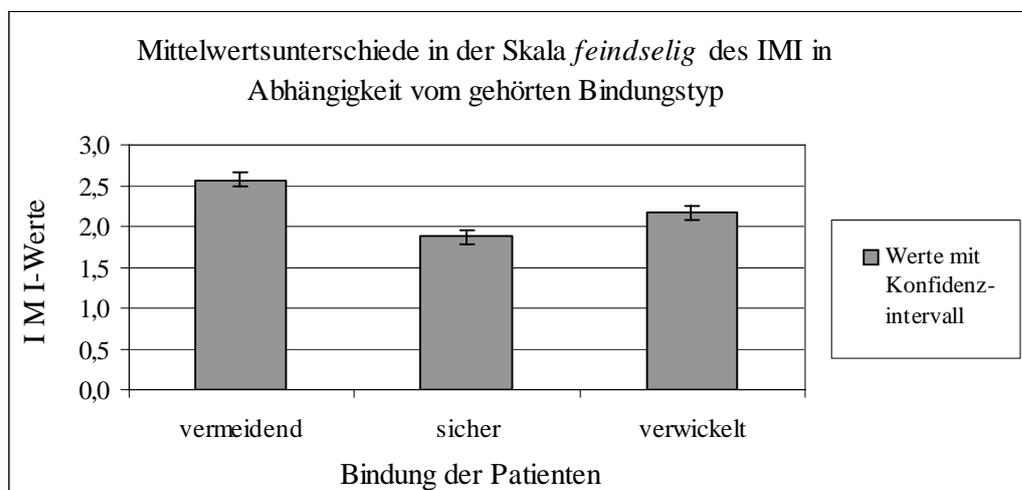


Abb. 2: Mittelwertsunterschiede mit Konfidenzintervall in der Skala *feindselig* in Abhängigkeit vom gehörten Bindungstyp

6.1.2 Der Gegenübertragungsfragebogen

Den unterschiedlich gebundenen Patienten wurde signifikant unterschiedlich viel positive Gegenübertragung entgegengebracht ($F_{(2; 344)} = 50,88; p < 0,001$). Gegenüber der vermeidend gebundenen Patientin wiesen die Versuchspersonen signifikant negativere Impulse auf als gegenüber den beiden anderen Bindungstypen ($M_{\text{vermeidend}} = 11,29; SD = 7,72; M_{\text{verwickelt}} = 17,90; SD = 7,02; F_{(1; 172)} = 62,84; p < 0,001; M_{\text{sicher}} = 18,16; SD = 6,97; F_{(1; 172)} = 73,71; p < 0,001$). Die sichere Patientin erhielt die positivste Resonanz. Der verwickelt gebundenen Patientin wurden ähnlich positive Impulse entgegengebracht, so dass sich gegenüber den Reaktionen auf die sichere Patientin kein signifikanter Unterschied ergab ($F_{(1; 172)} = 0,14; p = 0,705$) (Abb. 3).

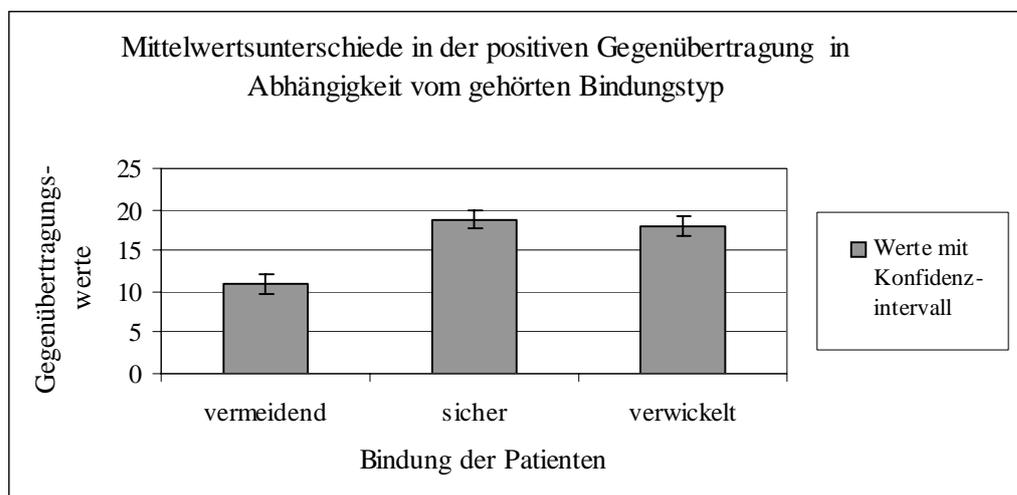


Abb. 6: Mittelwertsunterschiede mit Konfidenzintervall in der Gegenübertragung in Abhängigkeit vom gehörten Bindungstyp

6.1.3 Die Befindlichkeitsskala

Mit diesem Fragebogen wurde erfasst, wie sich die Versuchspersonen nach den jeweiligen AAI-Ausschnitten fühlten. Zwei Studenten wurden aufgrund unvollständiger Angaben aus den Berechnungen ausgeschlossen.

Hier belegte die Varianzanalyse signifikante Unterschiede ($F_{(2; 340)} = 117,75; p < 0,001$). Nach dem Hören der beiden unsicheren Bindungstypen fühlten sich die Versuchspersonen deutlich schlechter als nach dem sicheren ($M_{\text{sicher}} = 12,26; SD = 10,23; M_{\text{vermeidend}} = 26,73; SD = 13,15; F_{(1; 170)} = 134,28; p < 0,001; M_{\text{verwickelt}} = 28,38;$

$SD = 11,75$; $F_{(1; 170)} = 186,74$; $p < 0,001$). Am stärksten wurden sie durch das Hören der verwickelten Patientin beeinträchtigt. Davon unterschied sich die Stimmung nach dem Hören der vermeidend gebundenen Patientin nicht signifikant ($F_{(1; 170)} = 2,57$; $p = 0,111$) (Abb.4).

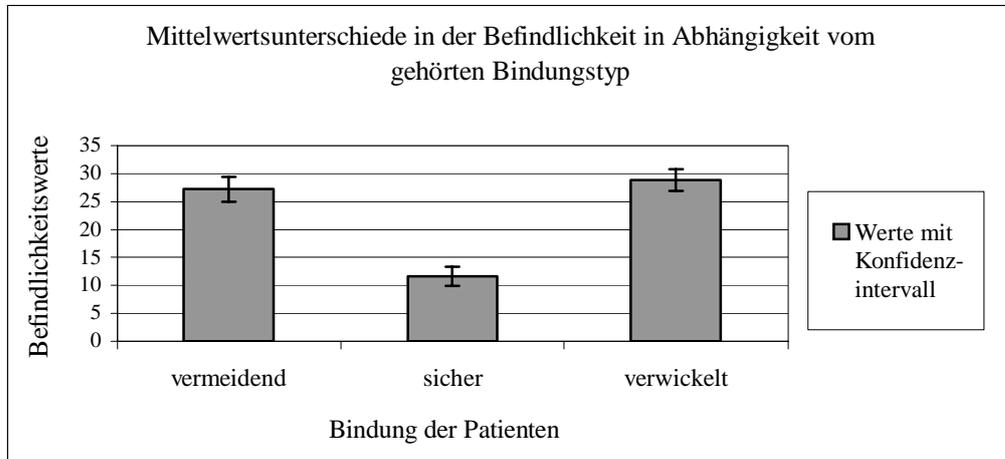


Abb. 4: Mittelwertsunterschiede mit Konfidenzintervall in der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom gehörten Bindungstyp

6.1.4 Therapiezentrierter Fragebogen

Es konnten für die Frage der Ablehnung versus Annahme der Patienten zur Therapie der Cochran-Test und Einzelvergleiche nach dem Mc-Nemar-Test berechnet werden. Da keine gerichtete Hypothese vorlag, galt das Signifikanzniveau von fünf Prozent. Die übrigen Fragen können aufgrund oben genannter Voraussetzungen (s. Kap. 5.1.2.4) nur auf deskriptivem Niveau beschrieben werden. Für die Frage nach den Gründen für Ablehnung wurden nur die Versuchspersonen, die eine Therapie ablehnten, herangezogen. Für die übrigen Fragen nur die, die zustimmten. Um die unterschiedliche Anzahl der Antworten je Patient vergleichbar zu machen, wurden je Bindungstyp Prozentangaben berechnet.

Die Unterschiede in der Frage zur Therapieannahme zeigten sich signifikant ($p < 0,001$). In den Einzelvergleichen stellten sich die Unterschiede zwischen sicherer und verwickelter Patientin sowie zwischen vermeidender und verwickelter Patientin als signifikant heraus ($p < 0,01$). Dabei wurde die verwickelte Patientin häufiger als beide anderen, die sich nicht signifikant unterschieden, zur Therapie angenommen ($p > 0,05$) (Abb.5).

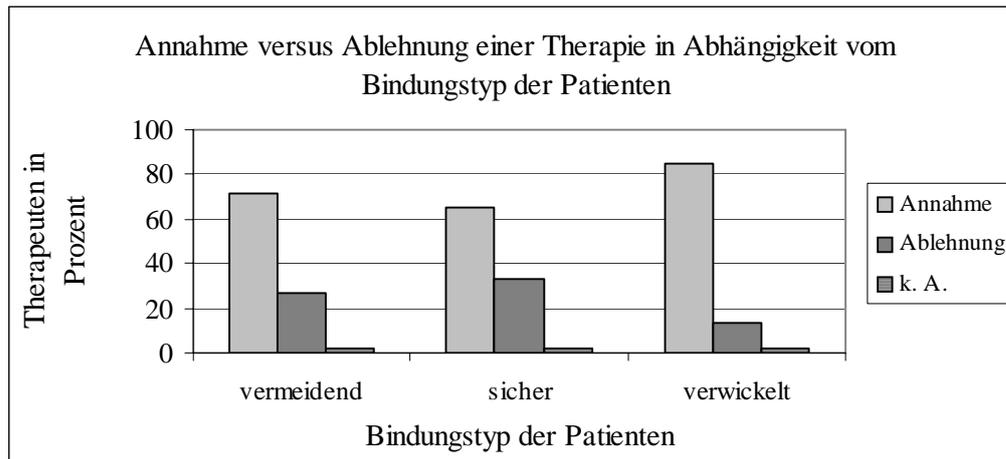


Abb. 5: Annahme versus Ablehnung einer Therapie in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten

Im Bezug auf die Gründe für eine Ablehnung der Therapie ergaben sich deutliche Unterschiede. Die sichere Patientin wurde aufgrund fehlender Indikation abgelehnt. Bei der vermeidenden Patientin gaben die Therapeuten an, mit deren „Art“ nicht zurechtzukommen, während sie die verwickelte Patientin zu anstrengend fanden (Abb.6).

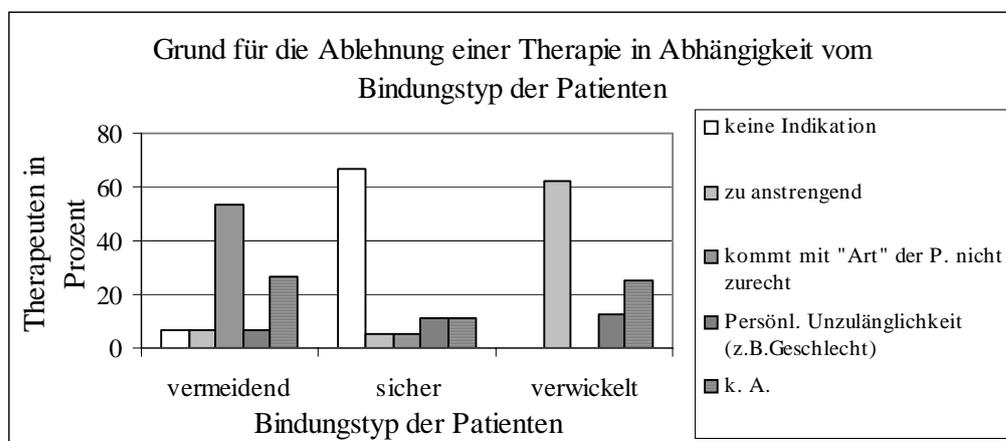


Abb. 6: Grund für die Ablehnung einer Therapie in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten

Auf die Frage nach dem vermuteten Arbeitsklima waren ebenfalls Unterschiede zu verzeichnen. Ein gutes Klima erwarteten bei der sicheren Patientin 85 Prozent, bei der verwickelten 50 Prozent, bei der vermeidenden nur 35 Prozent. 30 Prozent erwarteten bei letzterer jedoch eine positive Entwicklung nach einer zunächst anstrengenden Phase gegenüber 9 Prozent bei der verwickelt gebundenen. Gut mit schwierigen aber schaffbaren Punkten vermuteten 8 Prozent bei der vermeidenden und 9 Prozent bei der sicheren Patientin Qualität der therapeutischen Beziehung. Schwierig wurde das Arbeitsklima bezüglich der

sicheren Patientin nur von 3 Prozent der Therapeuten, im Gegensatz zu 13,5 Prozent bei beiden unsicheren Bindungstypen eingeschätzt (Abb. 7).

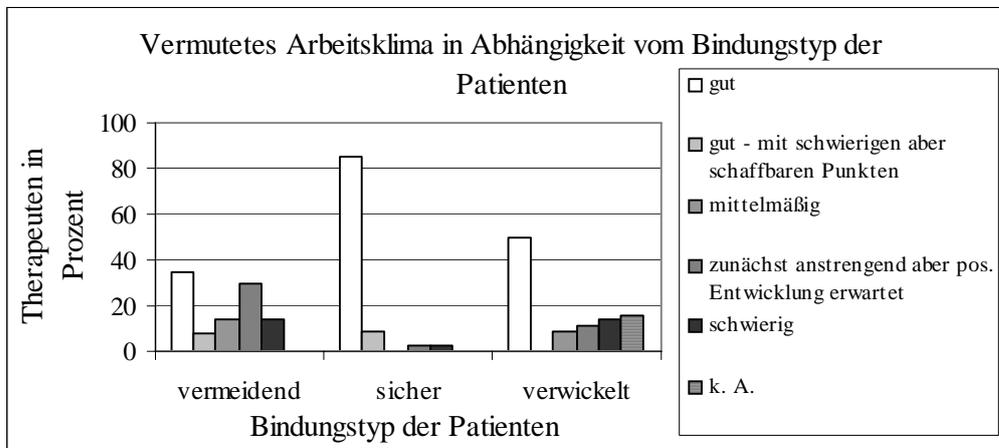


Abb. 7: Vermutetes Arbeitsklima in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten

Auch im Bezug auf den Therapiefokus unterschieden die Therapeuten die unterschiedlich gebundenen Patienten. Im Gegensatz zur sicher und zur verwickelt gebundenen Patientin kam es ihnen bei der vermeidenden nicht auf eine spezielle Symptomatik an (sicher 11%, verwickelt 15%, vermeidend 2%). Interpersonelle Ziele und persönliches Wachstum wurden bei ihr für wichtiger gehalten, als bei beiden anderen (interpersonale Ziele: vermeidend 36%, sicher 30%, verwickelt 28%; persönliches Wachstum: vermeidend 39%, sicher 19%, verwickelt 29%) (Abb. 8).

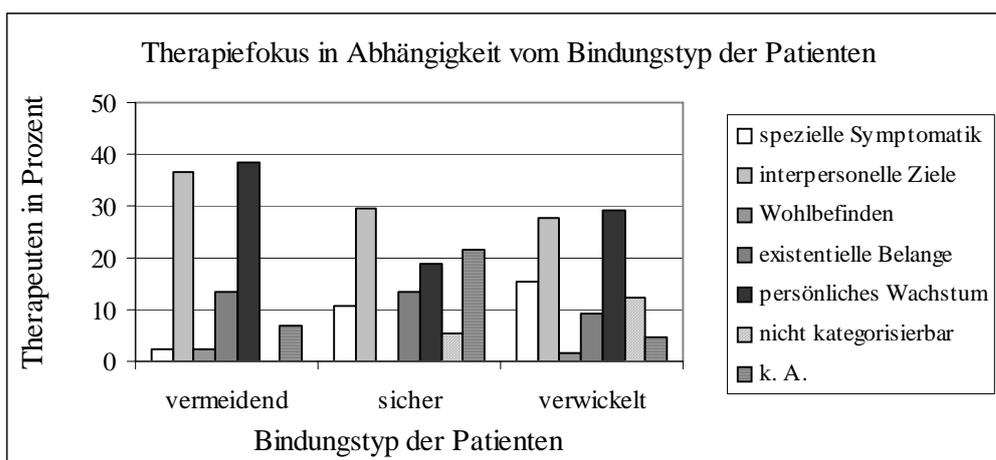


Abb. 8: Therapiefokus in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten

Als Therapieziele sahen die Therapeuten bei allen drei Patienten persönliches Wachstum als sehr wichtig an (sicher 52%, vermeidend 46%, verwickelt 38%). Im Gegensatz zur Frage zum Therapiefokus erhofften sich bei den verwickelten die meisten Therapeuten interpersonelle Fortschritte, bei den vermeidenden Verbesserung einer speziellen Symptomatik (interpersonelle Ziele: sicher 13%, vermeidend 20%, verwickelt 25%; spezielle Symptomatik: sicher 7%, vermeidend 11% verwickelt 5%).

Auf die Frage nach dem Umgang mit den Patienten zeigten sich ebenfalls Unterschiede. Mit beiden unsicheren Patienten planten die Therapeuten unterstützendes Vorgehen, besonders bei der verwickelten Patientin (sicher 23%, vermeidend 52%, verwickelt 61%). Freundschaftlich wollten sie vor allem mit der sicher gebundenen Patientin umgehen (sicher 31%, vermeidend 10%, verwickelt 2%). Strukturierend wollten 18% mit der verwickelten umgehen, mit der vermeidenden 13%, mit der sicheren die wenigsten (9%). Deutende Vorgehensweise schlugen sie nur bei der sicheren und der vermeidenden Patientin vor (sicher 14%, vermeidend 10%, verwickelt 4%) (Abb. 9).

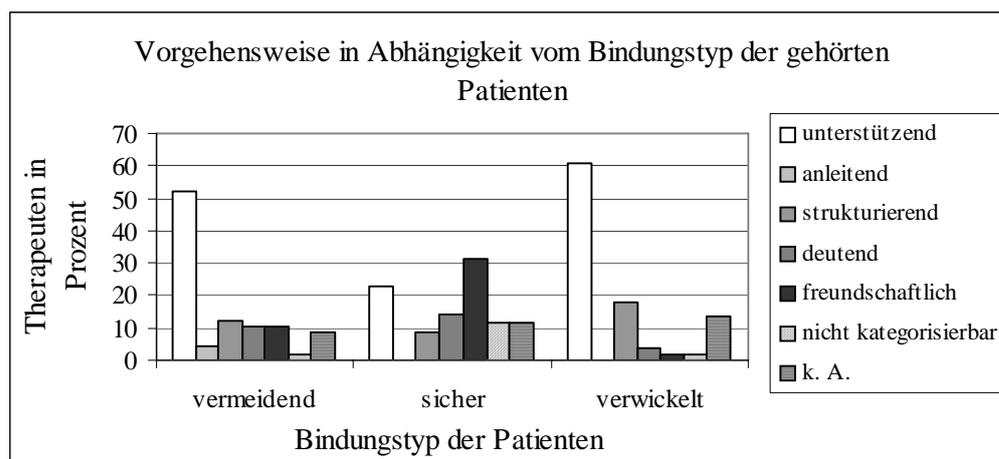


Abb. 9: Vorgehensweise in Abhängigkeit vom Bindungstyp der gehörten Patienten

Weiterhin unterschieden die Therapeuten die drei Patienten in der Frage nach Therapieempfehlungen. Der verwickelten Patientin wurde eher zu einer stationären Therapie geraten als der vermeidenden und dieser eher als der sicheren Patientin (verwickelt 17%, vermeidend 7%, sicher 0%) (Abb. 10).

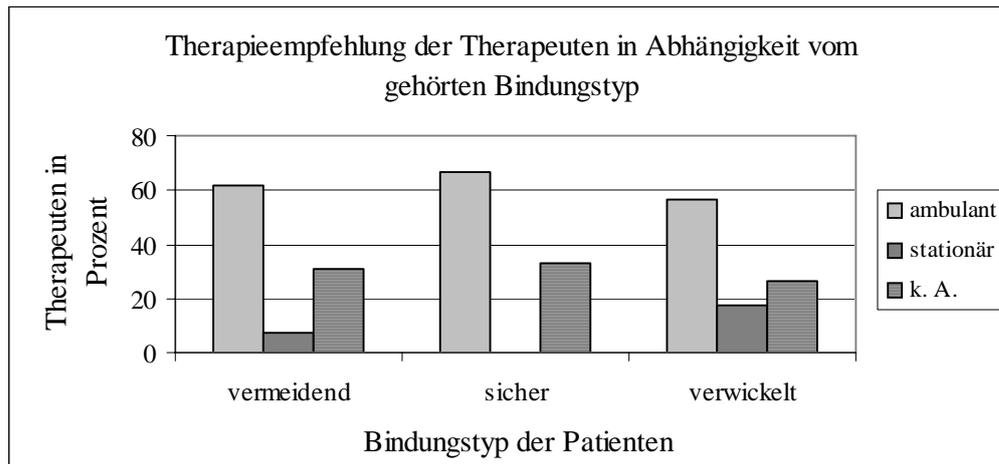


Abb. 10: Therapieempfehlung der Therapeuten in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten

In den weiteren Empfehlungen zeigten sich keine Unterschiede.

Mit diesen Ergebnissen konnte die Hypothese in vollem Umfang bestätigt werden. Die sichere Patientin wurde freundlicher wahrgenommen als beide unsicheren. Die verwickelte freundlicher als die vermeidende. Wie zu erwarten, zeigten sich im Bezug auf die Feindlichkeit entgegengesetzte Ergebnisse. Die vermeidende Patientin erhielt weniger positive Impulse von den Versuchspersonen als beide anderen. Die Stimmung war nach beiden unsicheren Patienten schlechter als nach der sicheren Patientin. Auch die deskriptiven Ergebnisse verdeutlichen die unterschiedliche Wirkung der und Herangehensweise an die unterschiedlich gebundenen Patienten.

6.1.5 Intervenierende Variablen

6.1.5.1 Sequenzeffekte

Zur Überprüfung der Sequenzeffekte konnte bei den Studenten die Reihenfolge der dargebotenen Bindungstypen variiert werden. Statistisch fand hierzu eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung Anwendung. Da die Gruppengrößen variierten, wurde diese Rechnung mit Korrekturformeln mithilfe von Microsoft Excel wiederholt. Dabei zeigten sich nur minimal abweichende Ergebnisse (s. Anh.).

Bei allen vier Variablen blieb der Messwiederholungsfaktor signifikant, was bedeutet, dass sich dessen Treatmentstufen unabhängig von den Abfolgen unterscheiden, dass also die unterschiedlich gebundenen Patienten unabhängig von ihrer Reihenfolge unterschiedlich wahrgenommen werden (Skala *freundlich* des IMI: $F_{(2; 230)} = 65,52$, $p < 0,001$, Skala

feindselig des IMI: $F_{(2; 230)} = 55,00$, $p < 0,001$, Gegenübertragung: $F_{(2; 230)} = 49,91$, $p < 0,001$, Befindlichkeitsskala: $F_{(2; 226)} = 103,12$, $p < 0,001$).

Der Reihenfolgefaktor erwies sich bei den beiden Variablen des IMI als nicht signifikant (*freundlich*: $F_{(5; 115)} = 1,34$, $p = 0,25$, *feindselig*: $F_{(5; 115)} = 1,09$, $p = 0,37$). Bezüglich der Gegenübertragung und der Befindlichkeit zeigte er sich signifikant (Gegenübertragung: $F_{(5; 115)} = 6,07$, $p < 0,001$, Befindlichkeit: $F_{(5; 113)} = 3,83$, $p < 0,003$). Bei diesen beiden Variablen ist also von Bedeutung, in welcher Reihenfolge die unterschiedlichen Bindungstypen präsentiert werden.

Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass ebenfalls Positionseffekte eine Rolle spielten, da die Interaktion der beiden Faktoren sich bei allen vier Variablen als signifikant darstellte (Skala *freundlich* des IMI: $F_{(10; 230)} = 8,97$, $p < 0,001$, Skala *feindselig* des IMI: $F_{(10; 230)} = 10,34$, $p < 0,001$, Gegenübertragung: $F_{(10; 230)} = 20,69$, $p < 0,001$, Befindlichkeit: $F_{(10; 226)} = 9,16$, $p < 0,003$ (Bortz 1999)).

Vier der Gruppen zeigten ähnliche Trends wie das Mittel aller Gruppen. Die beiden Gruppen, die zuerst den sicheren Bindungstyp hörten (Reihenfolge 1 und 2; s. Anh.) unterschieden sich in ihrem Antwortmuster jedoch deutlich von den anderen Reihenfolgen.

Am Beispiel des Gegenübertragungsfragebogens sei dies kurz veranschaulicht. Zum einen brachten beide abweichenden Gruppen der sicheren Patientin weniger positive Impulse entgegen als die anderen Gruppen. Zum anderen reagierte die Gruppe 1, die als zweiten Bindungstyp die vermeidende Patientin hörte, auf diese besonders positiv während die verwickelt gebundene Patientin negative Impulse hervorrief. Dieses Reaktionsmuster steht im Gegensatz zu dem der übrigen Gruppen (Abb. 11). Für die den Reihenfolgefaktor illustrierenden Diagramme der anderen Variablen sei auf den Anhang verwiesen.

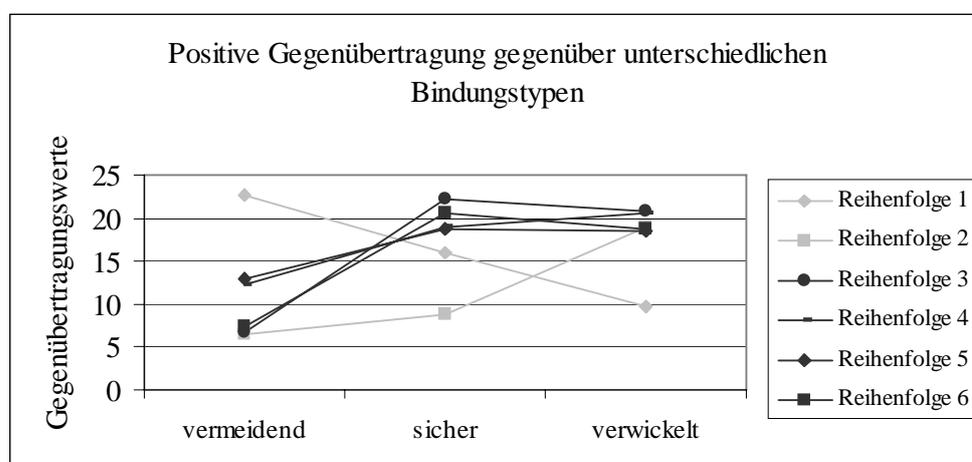


Abb. 11: Unterschiede in der Gegenübertragung in Abhängigkeit von der Reihenfolge der gehörten Bindungstypen

6.1.5.2 Position der Befindlichkeitsskala im Versuchsablauf

Ein erwartetes Abflauen der Stimmung der Versuchspersonen direkt nach dem Hören der unterschiedlichen Bindungstypen wurde anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft. Die Werte unterschieden sich signifikant (s. Anh.). Befand sich der Befindlichkeitsfragebogen an erster Stelle zeigten sich die Werte eher extrem, wurde er nach den anderen Fragebögen ausgefüllt, eher auf mittlerem Niveau.

6.2 Hypothese II – Unterschiede im Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Versuchspersonen

Es wurde für jede abhängige Variable eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet, die den Faktor der *Bindung der Patienten* sowie den Faktor der *Bindung der Versuchspersonen* umfasste. Um Unterschiede unter den einzelnen Stufen des Messwiederholungsfaktors nachzuweisen, wurde anschließend eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor *Bindung der Versuchspersonen* durchgeführt. Zudem wurden die einzelnen Gruppen mit dem Scheffe-Test auf Unterschiede geprüft. Die Gruppen der verschiedenen Bindungstypen bei den Versuchspersonen waren unterschiedlich groß. Auch die Varianzen differierten. Aufgrund der großen Gruppen ($n > 10$) und der geringen Differenzen zu angepassten Rechnungen (s. Kap. 6.1.4.1) wurde hier auf eine korrigierte Version verzichtet. Das Signifikanzniveau wurde auf 10 Prozent festgelegt, da eine gerichtete Annahme vorlag. Es wurde aufgrund der fünf durchgeführten Rechnungen auf 2 Prozent korrigiert.

6.2.1 Verteilung der Bindungsmuster der Versuchspersonen

Der Bindungstyp konnte aufgrund fehlender Angaben nur bei 169 der 173 Versuchspersonen festgestellt werden. Diese zeigten sich zum Großteil sicher gebunden (48 %). 27 Prozent waren ängstlich und 14 Prozent vermeidend gebunden. Den kleinsten Anteil bildeten die vermeidend und ängstlich gebundenen Versuchspersonen (11 %) (Abb. 12).

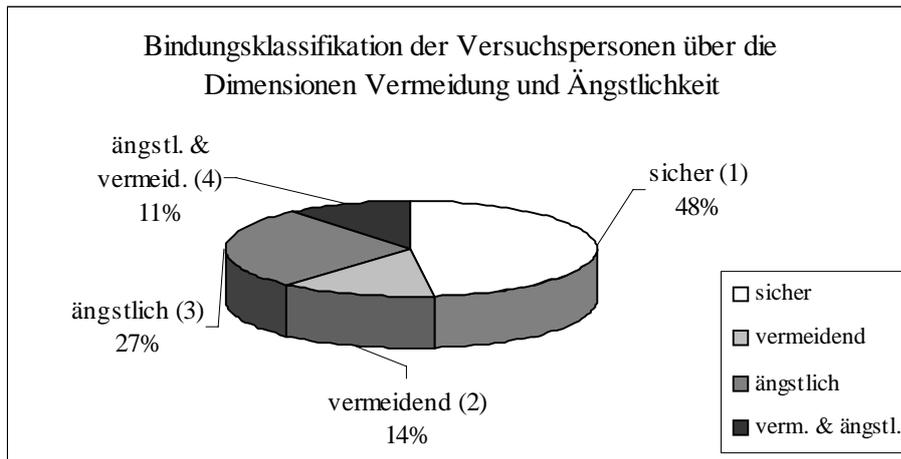


Abb. 12: Bindungsklassifikation der Versuchspersonen

Im Gegensatz zu den Medizinstudenten wiesen die Therapeuten häufiger eine sichere Bindung auf (*Therapeuten (Th): 56 %*, *Studenten (St): 44 %*). Allerdings waren ebenfalls mehr Therapeuten vermeidend *und* ängstlich gebunden als Studenten (*Th: 17 %*, *St: 9 %*). Dagegen war bei den Studenten ein größerer Anteil rein ängstlich gebunden (*Th: 15 %*, *St: 32 %*). Die vermeidend gebundenen hielten sich bei beiden Gruppen die Waage (*Th: 12 %*, *St: 15 %*).

6.2.2 Abhängige Variablen

Für alle vier Variablen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen gebundenen Versuchspersonen (IMI-Skala *freundlich*: $F_{(3; 165)} = 0,07$, $p = 0,933$; IMI-Skala *feindselig*: $F_{(3; 165)} = 0,75$, $p = 0,475$; Gegenübertragungsfragebogen: $F_{(3; 165)} = 0,32$, $p = 0,730$; *Befindlichkeitsskala*: $F_{(3; 164)} = 0,66$, $p = 0,519$). Auch in der folgenden einfaktoriellen Varianzanalyse und in den Scheffe-Tests ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (s. Anh.).

In Konfrontation mit der verwickelten Patientin waren in der Befindlichkeitsskala und dem Gegenübertragungsfragebogen jedoch leichte Trends festzustellen. So wurden die vermeidend gebundenen Versuchspersonen von der verwickelten Patientin weniger als beide anderen Versuchspersonengruppen in ihrer Stimmung beeinträchtigt. Am schlechtesten fühlten sich die ebenfalls verwickelt gebundenen Versuchspersonen. Im Gegenübertragungsfragebogen zeigten die vermeidend gebundenen Versuchspersonen weniger positive Impulse als bei

anderen Gruppen gegenüber der verwickelten Patientin. Die höchste positive Resonanz erhielt sie von den ebenfalls verwickelt gebundenen Versuchspersonen (Abb. 13 und 14).

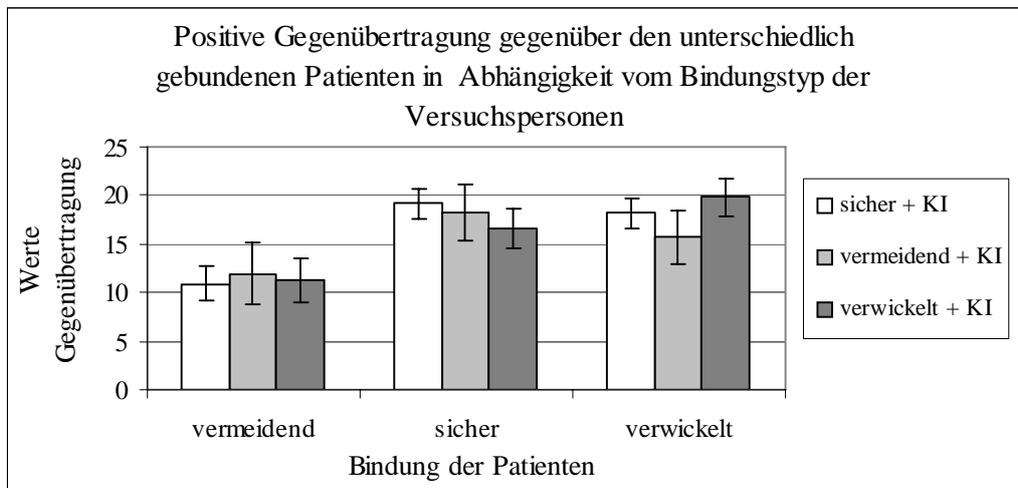


Abb. 13: Positive Gegenübertragung (mit Konfidenzintervall (KI)) in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten und vom Bindungstyp der Versuchspersonen

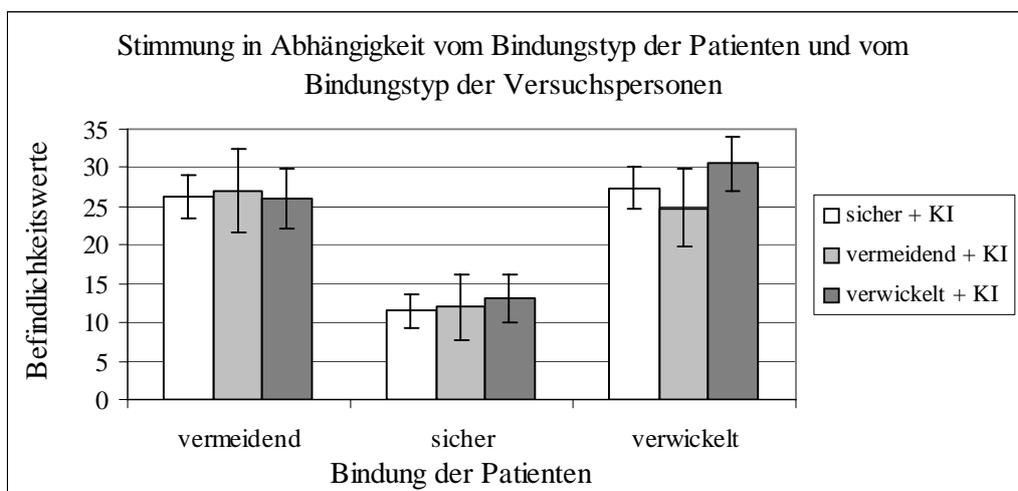


Abb. 14: Stimmung (mit Konfidenzintervall (KI)) in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten und vom Bindungstyp der Versuchspersonen

Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Wahrnehmung der Patienten durch die unterschiedlich gebundenen Versuchspersonen festgestellt. Damit kann diese Hypothese statistisch nicht bestätigt werden. Die zu Tage getretenen nichtsignifikanten Tendenzen zeigen jedoch in die vermutete Richtung. Verwickelt gebundene zeigten sich stark durch die verwickelte Patientin in ihrer Stimmung beeinträchtigt, vermeidend gebundene gering.

Verwickelt gebundene brachten der verwickelten Patientin mehr positive Impulse entgegen, vermeidend gebundene wenig.

6.3 Hypothese III – Unterschiede zwischen Studenten und Therapeuten in der Gegenübertragung

6.3.1 Unterschiede in den abhängigen Variablen

Als abhängige Variablen wurden hier ebenfalls die Skala *freundlich* und *feindlich* des IMI, der Gegenübertragungswert und der Befindlichkeitswert herangezogen. Es wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit dem Messwiederholungsfaktor *Bindung der Patienten* und dem Faktor *Profession* gerechnet. Zum Vergleich von Studenten und Therapeuten unter den einzelnen Stufen des Messwiederholungsfaktors wurde danach eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor *Profession* durchgeführt. Es galt ein Signifikanzniveau von 10 Prozent. Dieses wurde aufgrund der fünf durchgeführten Tests auf 2 Prozent korrigiert. Da sich die Reihenfolge der gehörten Bindungstypen als einflussreich erwies (s. Kap. 6.2.4.1), wurde hier nur die Studentengruppe mit den Therapeuten verglichen, die die gleiche Reihenfolge erhielt. Aufgrund der ungleichen Gruppengrößen wurde der Levene-Test durchgeführt, der Varianzgleichheit ergab (s. Anh.).

In den Variablen des IMI, und im Gegenübertragungsfragebogen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Studenten und Therapeuten (IMI-Skala *freundlich*: $F_{(1; 72)} = 2,22$; $p = 0,141$, IMI-Skala *feindselig*: $F_{(1; 72)} = 0,00$; $p = 0,951$, Gegenübertragungswert: $F_{(1; 72)} = 1,24$; $p = 0,269$).

Im Bezug auf die Befindlichkeitsskala gab es jedoch signifikante Unterschiede ($F_{(1; 72)} = 9,50$; $p = 0,003$). Die Therapeuten fühlten sich nach Hören der unsicheren Bindungstypen signifikant schlechter als die Studenten (vermeidend: $F_{(1; 72)} = 6,88$; $p = 0,011$, verwickelt: $F_{(1; 72)} = 8,69$; $p = 0,004$). Nach der sicheren Patientin war die Stimmung bei Studenten und Therapeuten gleich gut ($F_{(1; 72)} = 0,02$; $p = 0,886$) (Abb. 15). Signifikante Interaktionen bestanden nicht. Auch die Vergleiche unter den einzelnen Stufen des Faktors *Bindung der Patienten* blieben nichtsignifikant (s. Anh.).

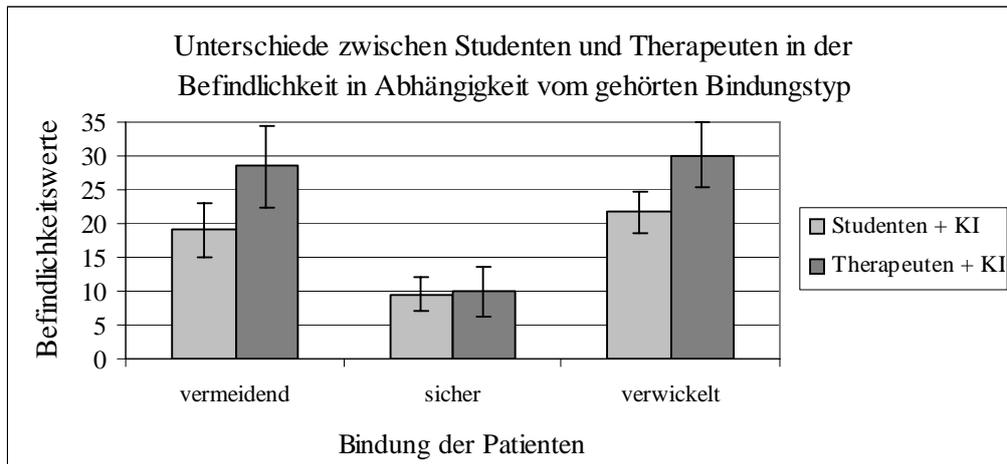


Abb. 15: Unterschiede zwischen Studenten und Therapeuten in der Befindlichkeit in Abhängigkeit vom gehörten Bindungstyp (mit Konfidenzintervall (KI))

6.3.2 Kontrolle von Alter und Geschlecht der Versuchspersonen

Da die Studenten im Mittel sehr jung gegenüber den Therapeuten waren (s. Kap. 5.2), kann eine Beeinflussung eventueller Unterschiede durch diese unabhängige Variable vermutet werden. Um diese zu kontrollieren, wurde eine Korrelation gerechnet. Es zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Alter der Versuchspersonen und der Höhe ihrer Werte bei den einzelnen Variablen (s. Anh.).

Der Anteil an weiblichen Teilnehmern war bei den Therapeuten höher als bei den Studenten (s. Kap. 6.2). Um eventuelle Geschlechtsunterschiede in der Beantwortung der Fragen zu erkennen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht durchgeführt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (s. Anh.).

Damit konnte die Hypothese nur für die Befindlichkeit bestätigt werden. Die Therapeuten unterschieden sich hier von den Studenten, indem sie sich von den unsicher gebundenen Patienten stärker in ihrer Stimmung beeinträchtigen ließen. Für die anderen abhängigen Variablen konnten keine Unterschiede zwischen Therapeuten und Studenten festgestellt werden, so dass die Hypothese für diese nicht bestätigt werden kann.

7 Diskussion

Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt als einer der am besten abgesicherten Wirkfaktoren von Psychotherapie. Ziel dieser Untersuchung war es, den Einfluss von Bindungsmustern auf die Gegenübertragung zu beleuchten, da diese ein Faktor ist, der sich direkt auf die Qualität der therapeutischen Beziehung auswirkt (Strupp 1958, Beckmann 1974, Marshall 1995, Gelso 2002). Gemäß einer holistischen Definition von Gegenübertragung interessierte nicht nur die potentielle Wirkung von Bindungsmustern der Patienten, sondern auch der Therapeuten. Zusätzlich sollte die Rolle der Professionalität auf die Gegenübertragungsreaktionen geprüft werden. Dazu wurden 52 Therapeuten und 121 Studenten in einem Messwiederholungssetting untersucht. Nach jedem der nacheinander dargebotenen Interviewausschnitte von drei unterschiedlich gebundenen Patienten wurden Gegenübertragungsreaktionen mit Fragebögen erfasst. Dabei wurden jeweils drei Aspekte von Gegenübertragung erfragt: die Wirkung des Patienten auf sein Gegenüber, die Impulse der Versuchspersonen gegenüber dem Patienten und die Stimmung nach dem Anhören des Patienten. Die Daten wurden dann hinsichtlich Unterschieden zwischen den Bindungstypen der Patienten, zwischen den Bindungstypen der Versuchspersonen und zwischen Studenten und Therapeuten untersucht.

Bisher liegen keine Untersuchungen über den direkten Zusammenhang von Bindungsmustern und Gegenübertragung vor. Deshalb wurden die Hypothesen aus der Literatur zur Bindung, Gegenübertragung, interpersonalen Psychologie und zur therapeutischen Beziehung abgeleitet. Die Ergebnisse dieser Arbeit müssen so vor allem an den vorhandenen theoretischen Ausführungen und den wenigen, diesen Zusammenhang berührenden Studien aus den genannten Bereichen gemessen werden.

In der ersten Hypothese wurde angenommen, dass spezifische Unterschiede in der Wirkung der unterschiedlich gebundenen Patienten, in den durch sie hervorgerufenen Impulsen und der Stimmung des Gegenübers auftreten.

Von Slade (1999) werden unterschiedlich gebundenen Patienten unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben, die für die therapeutische Beziehung relevant sein können. Vermeidende beschreibt sie als kühl, entfernt und Hilfe zurückweisend. Verstrickte Patienten seien eher fordernd, verliehen ihren Bedürfnissen starken Ausdruck und sorgten dafür, dass der Therapeut involviert bleibt. Ähnliche Beschreibungen vor allem der vermeidenden Patienten finden sich bei Horowitz (1993), der zusätzlich das Vorherrschen von interpersonalen Problemen im feindseligen Bereich berichtet, ebenso bei Kobak (1988), Dozier (1990), Kotler (1994) und Miculincer (1995).

Dieses unterschiedliche Beziehungsangebot in Abhängigkeit vom Bindungstyp der Patienten zeigte sich auch in dieser Arbeit in der Wirkung der Patienten auf die Versuchspersonen bezüglich der Dimension „feindselig – freundlich“ mit signifikanten Unterschieden zwischen den drei Bindungstypen. Wie angenommen, wurde die sichere Patientin am freundlichsten und am wenigsten feindselig wahrgenommen, die vermeidend gebundene am feindseligsten und am wenigsten freundlich. Die verwickelt gebundene Patientin hingegen nahm in diesen beiden Skalen eine Position zwischen den beiden anderen Patientinnen ein, so dass die Annahme, dass sie mehr freundliche Signale sendet als die vermeidend gebundene, aber auch mehr feindselige als die sicher gebundene als bestätigt gelten kann.

Der zweite Aspekt der ersten Hypothese bezieht sich auf die durch die unterschiedlich gebundenen Patienten beim Gegenüber hervorgerufenen Reaktionen.

Slade (1999) vermutet aufgrund der abweisenden Strategien von vermeidenden Patienten Ärger und Frustration beim Therapeuten, die sich auf seiner Seite in Fehlleistungen aber auch in feindseligen Interventionen niederschlagen mag. Bezüglich der verwickelten Patienten nimmt sie eher Überwältigung, Verwirrung aber auch Ärger auf Seiten des Therapeuten an, da diese Patienten sehr deutlich ihre Bedürfnisse signalisieren, den Therapeuten fordern, dabei jedoch keine stabile Beziehung aufzubauen imstande seien.

Kiesler (1983) und Wiggins (1982) beschreiben, dass Menschen in ihrer Interaktion komplementäre Reaktionen des Gegenübers hervorrufen. In der Dimension „Dominanz – Unterwürfigkeit“ bedeutet dies sich ergänzende, also entgegengesetzte, in der Dimension „Freundlichkeit – Feindseligkeit“ ähnliche Verhaltensweisen. Racker (2002) beschreibt die gleiche Dynamik im „Thalion-Gesetz“ (Racker 2002b), das positive Gegenübertragung auf positive Übertragungen und negative Gegenübertragung auf negative Übertragungen beschreibt.

Bezüglich der den Patienten entgegengebrachten Impulse wurden deshalb bei der sicheren Patientin die positivsten erwartet. Als Reaktionen auf die verwickelt gebundene wurde eine Mischung aus positiven und negativen und auf die vermeidend gebundene hingegen hauptsächlich negative Impulse erwartet. Auch in diesem Punkt wurde die Hypothese bestätigt. Die positivsten Reaktionen wurden der sicheren Patientin entgegengebracht, die negativsten der vermeidend gebundenen. Die verwickelt gebundene Patientin rief allerdings fast ebenso positive Impulse hervor wie die sichere. Zwischen beiden bestand kein signifikanter Unterschied, so dass sich die verwickelte Patientin in dieser Hinsicht als attraktiver erwies, als vermutet. Da mit dem Gegenübertragungsfragebogen Aspekte positiver Anziehung, einer positiven Beziehungsbildung und Hilfestellung erfasst wurden, kann dieses

Ergebnis auf die eher verschlossene Haltung und das Leugnen von Hilfsbedürftigkeit des vermeidenden Bindungstyps und ein darauf komplementär erfolgreiches geringeres Hilfeangebot durch die Versuchspersonen zurückgeführt werden. Dass verwickelt gebundene sich sehr in Beziehungen engagieren und dazu intensiv ihre Bedürftigkeit signalisieren, könnte die positiven Reaktionen der verwickelt gebundenen Patientin gegenüber erklären. Für diese Annahme sprechen die gegenüber beiden anderen Bindungstypen sehr hohen Werte der verwickelten Patientin auf der Entwicklungsdefizitskala des hier verwendeten Gegenübertragungsfragebogens. Diese Skala zeigt die unterstützenden, Hilfe anbietenden Impulse der Versuchspersonen auf. Dass die Versuchspersonen in den beiden anderen Skalen der verwickelten Patientin ähnlich positive Impulse entgegenbrachten wie der sicheren, mag auf deren offenes und Beziehung suchendes Verhalten zurückzuführen sein. Bezüglich dieser Annahmen könnte ein Instrument, das zwischen den verschiedenen Aspekten der Gegenübertragungsreaktionen genauer differenziert, in weiteren Untersuchungen Klarheit schaffen.

In Anlehnung an die Ausführungen von Slade (1999) wurde die bei den Versuchspersonen erzeugte Stimmung nach dem Hören der Patienten für die sicher gebundene am besten, für die verwickelt gebundene schlechter und für die vermeidend gebundene am negativsten angenommen. Die Ergebnisse bestätigen die positivere Stimmung nach dem Hören der sicheren Patientin im Vergleich zur Stimmung nach Hören der unsicheren Patienten. Allerdings wurden keine signifikanten Unterschiede in der Stimmung nach Hören der vermeidenden und der verwickelten Patientin gefunden. Dies deutet darauf hin, dass die verwickelte Patientin, obwohl sie freundlicher wirkt als die vermeidende, das Gegenüber ebenso fordert wie diese. Vermutet werden kann, dass die Belastung durch die verwickelte Patientin eher im intensiven Herantragen der Probleme und einer stark appellierenden Hilfesuche liegt, während sie bei der vermeidend gebundenen Patientin wohl eher in der zu durchdringenden Kühle und Verschlossenheit liegen könnte.

Es zeigte sich, dass nicht nur feindseliges oder freundliches Verhalten der Patienten ausschlaggebend für die Stimmung der Therapeuten war, da die verwickelt gebundene, trotz freundlicherer Wirkung auf die Versuchspersonen, deren Stimmung ebenso verschlechterte wie die vermeidend gebundene Patientin. Hier sollten detailliertere Untersuchungen von Signalen der Patienten, beispielsweise mit Instrumenten wie der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Benjamin 1974), eventuell auch unter Kontrolle weiterer Variablen, wie zum Beispiel der Belastung durch das Berichten von schlimmen Erfahrungen und der Bereitschaft des Therapeuten, diese mitzufühlen, unternommen werden.

Die beschriebenen Ergebnisse bestätigen, dass das unterschiedliche Beziehungsangebot der verschieden gebundenen Patienten auch tatsächlich spezifische Unterschiede in der Gegenübertragung zur Folge hat. Diese Unterschiede und ihre Richtung entsprechen der Beschreibung der Bindungsstrategien bei West (1994) und den theoretischen Überlegungen zur Beziehung zwischen Bindungsmustern und Gegenübertragung von Slade (1999). Auch fügen sich diese Ergebnisse mit denen von Fonagy et al. (1996), Horowitz et al. (1993) und Sachse und Strauß (2002), die den unsicher gebundenen Patienten geringeren Therapieerfolg attestieren, in ein kohärentes Bild. Strauß (1999) und Mosheim (2000) berichten ebenfalls, dass die Bindungssicherheit einen guten Prädiktor für den Behandlungserfolg darstellt. Studien, die den Zusammenhang zwischen Gegenübertragung und therapeutischer Beziehung untersuchen, lassen vermuten, dass die Gegenübertragung hier ein Mittler sein könnte, der über die Wirkung auf die Qualität der therapeutischen Beziehung den Erfolg der Therapie beeinflusst. Weitere Untersuchungen, die in diesem Zusammenhang die Prädiktor–Qualität der Bindungsmuster, der Gegenübertragung und der Qualität der therapeutischen Beziehung einbeziehen, sollten diese Annahme überprüfen.

In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse des als Zusatzinstrument für die Therapeuten genutzten therapiezentrierten Fragebogens, der vermutete unterschiedliche Vorgehensweisen in einer potentiellen Therapie mit den unterschiedlich gebundenen Patienten darstellen sollte.

Auf die Frage nach potentieller Therapieannahme zeigten sich signifikante Unterschiede, auf einige andere Fragen hin traten sehr deutliche Unterschiede zwischen den unterschiedlich gebundenen Patienten hervor, die in dieser Studie aufgrund zu geringer Zellzahl jedoch nicht auf Signifikanz geprüft werden konnten. Die verwickelte Patientin wurde signifikant häufiger zur Therapie angenommen, als die beiden anderen. Die Gründe für Ablehnung waren dabei bei der sicheren Patientin eher in der fehlenden Indikation, bei der vermeidenden Patientin eher darin, dass die Therapeuten mit ihrer „Art“ nicht zurechtkamen, zu suchen. Bei der verwickelten Patientin wurde am häufigsten die Vermutung, dass die Arbeit mit ihr zu anstrengend werde, angegeben. In Bezug auf die sichere Patientin nahm ein deutlich höherer Prozentsatz der Therapeuten ein gutes Arbeitsklima an, als gegenüber beiden anderen Bindungstypen. Mit der verwickelten und der vermeidenden Patientin würde ein größerer Teil unterstützend umgehen, als mit der sicheren. Stationäre Therapie wurde am häufigsten bei der verwickelten Patientin vorgeschlagen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Bindungsmustern von Patienten und Interventionen der Therapeuten besteht. Eine Studie von Hardy et al. (1999) zeigte dies ebenfalls. Sie berichten

darüber, dass die Therapeuten bei verwickelten Bindungstypen eher Reflexion einsetzten, während bei vermeidenden Patienten eher mit Interpretation gearbeitet wurde.

Weitere Untersuchungen zu dieser Thematik sind rar. Die hier gefundenen Ergebnisse weisen jedoch auf die Bedeutung von Bindungsmustern der Patienten für die therapeutische Beziehung hin und können vielleicht dazu anregen, durch Studien mit größeren Gruppen von Therapeuten und stärker strukturierten Antworten als im hier verwendeten Fragebogen die viel versprechenden Ansätze, die die Ergebnisse dieser Untersuchung andeuten, klarer herauszustellen.

Da die Versuchspersonen aufgrund des Messwiederholungsdesign alle drei Patienten nacheinander hörten, war eine Überprüfung des Reihenfolgeeffektes notwendig. Die gefundenen Sequenzeffekte zeigen eine Abweichung des Antwortmusters bei den beiden Gruppen, die zuerst die sicher gebundene Patientin hörten. Dabei wurde diese weniger positiv eingeschätzt als bei den anderen Gruppen, die zuvor mit einer unsicheren Patientin konfrontiert waren. Es ist davon auszugehen, und wurde auch von den Studenten so artikuliert („hätte ich gewusst, wie diese Person auf mich wirkt, hätte ich bei der vorigen anders geantwortet“), dass bei der ersten Patientin vorsichtiger angekreuzt wurde. Dieses Problem ließe sich in weiteren Untersuchungen umgehen, indem von einem messwiederholten Design abgesehen wird und unabhängige Gruppen mit den unterschiedlich gebundenen Patienten konfrontiert werden, wobei dann bei allen Gruppen die Tendenz zur Mitte, die hier vor allem bei der Beantwortung der Fragebögen zur ersten Person hervortrat, eine ähnlich große Rolle spielen würde und so bessere Vergleichbarkeit gegeben wäre.

Leider konnte aufgrund der geringen Anzahl und des begrenzten Zeitrahmens der Therapeuten, der nur einen Versuch erlaubte, nur bei den Studenten die Reihenfolge der verschieden gebundenen Patienten variiert werden. So ist keine verlässliche Aussage über Sequenzeffekte bei den Therapeuten möglich. Fehlende Unterschiede in den Ergebnissen zwischen Studenten und Therapeuten, die die gleiche Reihenfolge gehört hatten, deuten jedoch an, dass man bei ihnen ähnliche Verzerrungen erwarten kann.

Die beschriebenen Unterschiede zwischen den unterschiedlich gebundenen Patienten blieben trotz Einbeziehung des Reihenfolgeeffekts signifikant.

Es mag eingewandt werden, dass der Inhalt des durch die verschieden gebundenen Patienten Berichteten für die unterschiedlichen Reaktionen der Versuchspersonen verantwortlich sei und nicht deren spezifisches Beziehungsangebot. Dieses Beziehungsangebot jedoch ist es, das den Inhalt bestimmt. Selbst wenn drei verschieden gebundene Personen die gleichen unangenehmen Erfahrungen gemacht haben, werden sie von diesen sehr unterschiedlich berichten. Die sichere Person wird vollständig sowohl negative als

auch positive Erinnerungen in kohärenter Weise erzählen. Dadurch, dass die Person die negativen Aspekte integriert hat, werden diese nicht mehr so bedrückend auf den Zuhörer wirken. Die vermeidend gebundene Person wird weder von schlechten noch von guten Erinnerungen ausführlich berichten. Negativ wirkt dabei auf den Zuhörer wahrscheinlich, dass er kaum überhaupt etwas erfährt. Die verwickelte Person hingegen ist noch immer in die Konflikte der Vergangenheit verstrickt. Negative Erfahrungen sind nicht vollständig integriert. Da diese für sie immer noch von Bedeutung sind, berichtet sie darüber ausführlich, eindrucksvoll und mit entsprechend negativen Gefühlsäußerungen (Buchheim und Strauß 2002). So ziehen die verschiedenen Bindungsstrategien unterschiedliche Akzentuierung selbst ähnlich negativer Erfahrungen nach sich und beeinflussen so auch über diesen Weg die Wahrnehmung verschieden gebundener Personen durch andere und deren Reaktionen auf sie. Hier sei auf die Forschung zum Adult Attachment Interview verwiesen (Buchheim und Strauß 2002, Hesse 1999).

Die zweite Hypothese dieser Studie postuliert Unterschiede in der Reaktion auf die Patienten in Abhängigkeit vom Bindungstyp des Therapeuten, da Untersuchungen zur Auswirkung von Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Beziehung nahelegen, dass auch deren Bindungsstil von Bedeutung ist. Dozier et al. (1994) berichtet, dass unsicher gebundene Therapeuten eher auf die offensichtlichen Bedürfnisse der Patienten eingehen, während sichere die tiefer liegenden bearbeiten, sich also weniger in die Verhaltensstrategien der Patienten verstricken ließen. Dabei nimmt sie an, dass sichere Therapeuten so in sich gefestigt sind, dass es ihnen möglich ist, auch nicht von den Patienten erwartete Reaktionen zu zeigen und somit für sie selbst in der therapeutischen Beziehung unangenehmere Situationen zu ertragen. Adshead (1998) weist darauf hin, dass überinvolvierte Therapeuten eher dazu neigen, den Patienten stark zu unterstützen, um ihn in einer hilfsbedürftigen Rolle zu halten, während vermeidende Therapeuten die Konflikte der Patienten eher verleugnen und ihnen gegenüber eher abweisendes Verhalten zeigen. Stuart (1990) fand, dass bei unsicheren Therapeuten mehr Therapieabbrüche zu verzeichnen waren und Rubino et al. (2000) zeigten, dass unsicher gebundene Therapeuten weniger empathisch reagierten.

In dieser Arbeit wurden die Hälfte der Versuchspersonen als sicher, 30% ängstlich, 14% vermeidend und 11% ängstlich *und* vermeidend gebunden klassifiziert. Das sind etwas weniger sicher gebundene, mehr ängstlich gebundene als van Ijzendoorn (1995) in einer Metaanalyse fand. Allerdings belegen auch Nord et al. (2000), dass Therapeuten zum großen Teil nur „bedingt sicher“ (Nord et al. 2000) gebunden sind. Sie zeigen eine hohe Öffnungsbereitschaft, jedoch in Bezug auf eigene Bedürfnisse auch vermeidende Strategien. Besonders in helfenden Berufen sind Menschen anzutreffen, die selbst negative

Bindungserfahrungen gemacht haben und deshalb Sensibilität für und persönliches Interesse an einer solchen Tätigkeit haben.

In dieser Arbeit konnten in den Reaktionen auf die Patienten keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlich gebundenen Versuchspersonen gefunden werden. Leichte Tendenzen in Bezug auf die verwickelt gebundene Patientin zeigten jedoch in die vermutete Richtung. Ihr wurden von den ebenfalls verwickelten Versuchspersonen die positivsten Reaktionen entgegengebracht, was dahingehend interpretiert werden kann, dass diese sich am stärksten in eine Beziehung mit der Patientin einbringen. Etwas weniger positive Impulse zeigten die sicher gebundenen, während die vermeidenden die geringsten positiven Gegenübertragungsreaktionen aufwiesen. Dies könnte ein Hinweis auf ein stärker involviertes Engagement der verwickelt gebundenen, eine mäßige Hinwendung der sicheren und für eher oberflächliche Auseinandersetzung der vermeidenden Versuchspersonen mit der verwickelten Patientin sein, und deckt sich mit Untersuchungen von Adshad (1998) und Dozier (1996), die Über-Engagement bei verwickelten Therapeuten und weniger tief greifende Interventionen bei vermeidenden Therapeuten berichten.

Die Tendenzen, die Stimmung nach dem Hören der verwickelten Patientin betreffend, deuten in die gleiche Richtung. Am stärksten in der Stimmung beeinträchtigt wurden die verwickelten Versuchspersonen, am geringsten die vermeidenden.

Dass die Annahme, dass auch die Bindungsqualität des Therapeuten dessen Gegenübertragungserleben beeinflusst, in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden konnte, mag an einen Beleg für die klassische Auffassung der Gegenübertragung denken lassen, die nur die Übertragungen des Patienten als Ursache kennt (Mertens 1991). Allerdings muss hier kritisch auf die verschiedenen Messmethoden der Bindung bei Patienten und Versuchspersonen hingewiesen werden. Zum einen könnten hier unterschiedliche Konstrukte gemessen worden sein, im AAI eher die Bindungsinhalte des prozeduralen Gedächtnisses, im Beziehungsfragebogen eher die des deklarativen Gedächtnisses. Zum anderen kann die Einschätzung aufgrund des Fragebogens nicht als ebenso valide wie das AAI gewertet werden, da zum Zeitpunkt der Beantwortung keine das Bindungssystem aktivierende Situation zugrunde lag und nur die bewusste Selbsteinschätzung der Versuchspersonen erfasst wurde. Im AAI hingegen wird versucht, über die Kohärenz des Berichteten auch unbewusste Anteile der Bindungsstrategien aufzudecken. Deshalb wird vorgeschlagen, in weiteren Untersuchungen den Aufwand von AAI-Interviews oder Einschätzungen der Versuchspersonen mit dem Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (Pilkonis 1988) vorzunehmen.

Weiterhin wurde in der vorliegenden Arbeit angenommen, dass Studenten, im Gegensatz zu Therapeuten in Ausbildung, nicht so intensive Unterschiede in ihrer Gegenübertragung wahrnehmen, da nur deren bewusster Aspekt erfragt werden konnte und sie nicht geübt sind, sich ihrer Impulse und Gefühle bewusst zu werden.

In der Wirkung der Patienten und in den bei den Versuchspersonen ausgelösten Reaktionen zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Studenten und Therapeuten. Nur in ihrer Stimmung nach Hören der Patienten zeigten sich die Therapeuten sensibler als die Studenten für die negativen Signale der unsicher gebundenen Patienten. Diese Beobachtung lässt daran denken, dass die Therapeuten sich in der Wahrnehmung ihres Gegenübertragungserlebens doch von den Studenten unterscheiden, indem sie es intensiver wahrnehmen. Dass sie jedoch in den Bereichen, in denen es um Bewertung des Patienten geht – „wie wirkt er auf mich“ (IMI-Skalen), – „wie verhalte ich mich ihm gegenüber“ (Gegenübertragungsfragebogen) – ihre Gefühle soweit unter Kontrolle halten, dass sich dieser Unterschied zu den Studenten nivelliert. Für diese Annahme spricht, dass bei der Stimmung, die nur den Therapeuten selbst beschreibt und nicht zugleich Urteil ist über den Patienten, signifikante Unterschiede zu finden sind. Unter diesem Gesichtspunkt könnte die dritte Hypothese nicht nur für eine, sondern alle vier Variablen als bestätigt angesehen werden. Die fehlenden Unterschiede gehen mit den Ergebnissen von Mang (1990) konform, der keine Unterschiede in der Gegenübertragung zwischen erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten fand. Allerdings berichtet Beckmann (1974), dass Analytiker sich von Laien darin unterscheiden, dass sie auf Übertragungen des Patienten hin nicht unkontrolliert agieren. Dies untermauert die Vermutung von intensiverer Wahrnehmung der eigenen Gegenübertragung bei den Therapeuten im Gegensatz zu den Studenten, wobei diese Unterschiede dann durch unkontrollierteres Agieren oder in diesem Falle Artikulieren auf Seiten der Studenten ausgeglichen werden und so verborgen bleiben. Eine weitere mögliche Ursache für die wenigen Unterschiede könnte in dem Umstand zu suchen sein, dass die Therapeuten sich noch in der Ausbildung befanden und so noch keine vollständige Professionalität ihrerseits gegeben sein mag. Dieser Kompromiss in der Versuchspersonenwahl musste jedoch eingegangen werden, da Therapeuten in freier Praxis bis auf wenige Ausnahmen nicht bereit waren, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Um der Überlegung nachzugehen, ob tatsächlich eine intensivere Wahrnehmung der Gegenübertragung durch die Therapeuten vorliegt, die – durch deren professionellen Umgang mit ihren Gefühlen in Bezug auf Bewertung und Reaktion auf die Patienten – jedoch nicht zum Tragen kommt, sind Studien nötig, die diese beiden Aspekte gezielt getrennt erfassen.

8 Schlussfolgerungen

Als entscheidende Erkenntnis konnte in dieser Arbeit ein Zusammenhang zwischen Bindungsmustern von Patienten und spezifischen Gegenübertragungsreaktionen des Gegenübers gefunden werden. Dabei wirkte die sichere Patientin freundlicher als die unsicheren auf ihr Gegenüber. Die vermeidende Patientin wirkte am wenigsten freundlich. Die spezifischen Gegenübertragungsreaktionen der Versuchspersonen zeigten sich diesem unterschiedlichen Beziehungsangebot komplementär und stimmten so mit dem Thalion-Gesetz der Gegenübertragung von Racker (2002) überein.

Aus der Literatur ist bekannt, dass besonders feindliche Interaktion ein Hindernis für eine gute therapeutische Beziehung und damit für Therapieerfolg darstellt. Horowitz (1993) berichtet, dass vor allem vermeidend gebundene Patienten Probleme im feindseligen Bereich aufweisen, und dass diese in der Therapie kaum bearbeitet und damit auch kaum gebessert werden. Auch Strupp (1958) stellte fest, dass Feindseligkeit ein Problem ist, das für Therapeuten schwierig zu beherrschen zu sein scheint. Seine Untersuchung ergab, dass Therapeuten, trotz des Bewusstseins einer Antipathie gegenüber dem Patienten, negative Reaktionen und inkompetente Interventionen zeigten. Eine Untersuchung von Eckert et al. (1997) ergab, dass Patienten mit interpersonellen Problemen im feindseligen Bereich eher eine Gruppentherapie als ein Einzelsetting empfohlen wird.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass besonders bei vermeidenden, in geringerem Maße auch bei verwickelt gebundenen Patienten mit einem eher feindseligen Beziehungsangebot zu rechnen ist. Auch wurde auf die vermeidende Patientin deutlich negativer reagiert. Dieser Befund stimmt mit den genannten Studien darin überein, dass feindliche Interaktion schwierig zu kontrollieren scheint und dass sie vor allem bei vermeidend gebundenen Patienten auftritt.

Hier kann die Bindungstheorie hilfreich ansetzen, indem sie die Ursachen für deren abweisendes Verhalten erklärt und so Therapeuten im Falle feindlicher Interaktion den Zugang zum Patienten durch ein tieferes Verständnis der Situation erleichtert. Beim vermeidenden Patienten ist es gerade die Angst, zurückgewiesen zu werden und keine Unterstützung zu erhalten, die ihn sich abschotten lässt. Kennt der Therapeut diesen Sachverhalt, fällt es ihm leichter, gerade in einer Situation, in der der Patient ihn mit beispielsweise arroganten Äußerungen scheinbar auf Abstand halten will, dennoch

Unterstützung und Zuwendung zu bieten und so den Teufelskreis der Bestätigung der Beziehungsmuster des Patienten zu durchbrechen.

Auf die verwickelte Patientin zeigten die Versuchspersonen trotz deren zum Teil feindlichen Signalen recht positive Reaktionen, die besonders auf einer hohen Bereitschaft zu helfen beruhten. Dieses Ergebnis bestätigt die von Dozier (1996) und Adshead (1998) beschriebene Gefahr, vor allem bei unsicher gebundenen Therapeuten, sich zu stark in die offensichtlichen Bedürfnisse von verwickelt gebundenen Patienten involvieren zu lassen und so ihre Abhängigkeit zu verstärken.

Die Bindungstheorie beschreibt in der Entwicklung verwickelter Patienten unstete Zuwendung durch Bezugspersonen, die dazu führt, dass sie sich auf deren Absicherung konzentrieren. Aufgrund dieses Verhaltens wird ihre Autonomieentwicklung behindert und ihr Gefühl von Hilflosigkeit verstärkt. Vor diesem Hintergrund kann ein zwar beständiges aber eher zurückhaltendes Verhalten des Therapeuten verwickelten Patienten helfen, Sicherheit zu entwickeln, aber auch Freiraum geben für autonome Entwicklungsschritte und mehr Selbständigkeit.

Diese Studie zeigt, dass unterschiedlich gebundenen Patienten zu ihren Bindungsstrategien komplementäres Verhalten von Seiten der Versuchspersonen entgegengebracht wurde. Gerade vor solchen Reaktionen des Therapeuten, die die Beziehungsmuster des Patienten untermauern, warnt jedoch Köhler (1999), da dies für den Patienten eine Wiederholung negativer Erfahrungen in der Therapie bedeuten könnte.

Dozier (1994) stellt fest, dass sich die therapeutische Beziehung von anderen Beziehungen darin unterscheidet, dass der Patient keine komplementären Reaktionen erfährt.

Um diesen Anspruch zu erfüllen, können Bindungstheorie und Zusammenhänge zwischen Bindung und Gegenübertragung von Nutzen sein, da sie das Bewusstsein für spezifische Interaktionen zwischen unterschiedlich gebundenen Patienten und Therapeuten schärfen.

Weitere Studien über diese Zusammenhänge und darüber, wie Reaktionen von Therapeuten, die die negativen Beziehungserwartungen der Patienten nicht bestätigen, trainiert werden können, mögen dazu beitragen, Psychotherapie zu einer noch heilsameren Erfahrung für den Patienten zu machen.

C LITERATURVERZEICHNIS

Adshead G. 1998. Psychiatric staff as attachment figures. Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 172:64-9.

Ainsworth MDS. 1967. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ainsworth MDS, Wittig BA. 1969. Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM(Hrsg). *Determinants of infant behaviour*. (Bd 4:113-136) London: Methuen.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. 1978. *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Beckmann D. 1974. *Der Analytiker und sein Patient*. Bern: Huber.

Bernal G, Bonilla J, Padilla-Cotto L, Perez-Prado EM. 1998. Factors associated to outcome in psychotherapy: an effectiveness study in Puerto Rico. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3):329-42.

Bion WR. 1962. *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bowlby J. 1940. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 21:154-178.

Bowlby J. 1944. Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25:19-53 and 107-128.

Bowlby J. 1951. *Maternal Care and Mental Health*, Geneva: World Health Organisation Monograph Series, No. 2.

Bowlby J. 1958. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39:1-23.

Bowlby J. 1973. *Attachment and loss. Volume 2: Loss*. New York: BasicBooks.

Bowlby J. 1988a. A secure base. *Clinical application of attachment theory*. London: Routledge, 138.

Bowlby J. 1988b. A secure base. *Clinical application of attachment theory*. London: Routledge, 139.

- Bowlby J. 1995. Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bortz J. 1999. Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bortz J, Lienert A. 1999. Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung: ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin: Springer.
- Bretherton I. 1995a. Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 29.
- Bretherton I. 1995b. Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 32.
- Bretherton I, Munholland KA. 1999. Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. In: Cassidy J. 1999. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press.
- Brisch KH. 2000. Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie: Die praktische Anwendung der Bindungstherapie in der Psychotherapie. In: Endres M, Hrsg. 2000. Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Buchheim A. 2002. Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Hrsg. 2002. Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer.
- Buchheim A, Strauß B. 2002. Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß B, Hrsg. 2002. Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer, 31.
- Butler SF, Flasher LV, Strupp HH. 1993. Countertransference and Qualities of the Psychotherapist. In: Miller N. 1993. Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice. New York: BasicBooks.
- Cassidy J, Hrsg. 1999. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press.
- Cassidy J. 1999. The nature of child's ties. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press, 4.
- Clarkin JF, Hurt SW, Crilly JL. 1987. Therapeutic alliance and hospital treatment outcome. Hospital and Community Psychiatry, 38(8):871-5.

- d'Elia G. 2001. Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship? *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(5):329-36.
- Dornes M. 1998. Bindungstheorie und Psychoanalyse. *Psyche*, 52:299-348.
- Dornes M. 2000. Die Eltern der Bindungstheorie: Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In: Endres M, Hrsg. 2000. Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Dozier M. 1990. Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2:47-60.
- Dozier M, Cue KL, Barnett L. 1994. Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4):793-800.
- Dozier M, Tyrrell Ch. 1998. The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In: Simpson JA, Rholes WS. 1998. Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press.
- Dozier M, Stovall KCh, Albus KE. 1999. Attachment and Psychopathology in Adulthood. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press, 515.
- Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Brodbeck D, Burgmeier-Lohse M, Keller W, Schulz E, Schuricht Ch, Strauß B. 1997. Indikation für Psychotherapie: Welchen Einfluss nehmen interpersonale Probleme des Patienten auf die Indikationsstellung und die Wahl des Settings? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 33:1-17.
- Egeland B, Faber EA. 1984. Infant-mother attachment. Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55:753-771.
- Endres M, Hrsg. 2000. Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Ens IC. 1999. The lived experience of countertransference in psychiatric/mental health nurses. *Archives of Psychiatric nursing*, 13(6):321-9.
- Faller H. 1999. Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozess. *Psychotherapeut*, 44:25-35.
- Fingerle H. 1998. Der Impact Message Inventory. Deutsche Neukonstruktion [Unveröffentlichte Diplomarbeit]. Tübingen: Eberhard Karls Universität.
- Fließ R. 1953. Countertransference and counteridentification. *J Am Psia Ass*, 1:268-284.

- Fonagy P, Steele M, Steele H, Leigh T, Kennedy R, Matton G, Target M, Gerber A. 1996. The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1):22-31.
- Fremmer-Bombik E. 1995. Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud S. 1910. Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie. *G.W.* VIII, 104-115.
- Freud S. 1912a. Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *G.W.* VIII, 349-387.
- Freud S. 1912b. The dynamics of the transference. In J. Strachey (eds). 1958. *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud (Vol. 12)*. London: Hogarth. (Originally published 1912).
- Gabbard GO. 2001. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8):983-91.
- Gelso ChJ, Latts MG, Gomez MJ, Fassinger RE. 2002. Countertransference Management and Therapy outcome: An Initial Evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7):861-7.
- George D, Kaplan N, Main M. 1985. The Adult Attachment Interview. In: Solomon J, George C (eds). 1985. *Attachment Disorganization*. Berkeley: University of California.
- Gloger-Tippelt G, Hrsg. 2001. *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern, Toronto: Huber.
- Gloger-Tippelt G, 2001. Unsicher-distanzierende mentale Bindungsmodelle. In: Gloger-Tippelt G, Hrsg. 2001. *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern, Toronto: Huber.
- Glover E. 1955. *The technique of psychoanalysis*. Int Univ Press. New York.
- Gomille B. 2001. Unsicher-präokkupierende mentale Bindungsmodelle. In: Gloger-Tippelt G, Hrsg. 2001. *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern, Toronto: Huber.
- Grau I. 1999. Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20:142–152.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. 1993. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 706.

- Grinberg L. 1962. On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 43:436-40.
- Gross A. 1995. Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung: eine Analyse mit Hilfe von SASB. Regensburg: Roderer.
- Grossmann K. 1995. Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann K, Grossmann K. 2000. Bindung, Exploration und interne Arbeitsmodelle - der Stand der Forschung. Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch, Hrsg. 2000. *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung*. Wien: Facultas, 21.
- Grossmann KE. 2000a. Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum und der Stand bindungstheoretischen Denkens. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47:221-237.
- Grossmann KE. 2000b. Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. In: Endres M, Hrsg. 2000. *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hannöver W. 2002. Vorhersage von Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. Aachen: Shaker.
- Hardy GE, Aldridge J, Davidson C, Rowe C, Reilly S, Shapiro DA. 1999. Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9:36-53.
- Hartkamp N. 2002. Spezifisches Gegenübertragungserleben und interpersonelle Problembeschreibung in psychodynamischer Psychotherapie. *Nervenarzt*, 73:272-277.
- Hartley DE, Strupp HH. 1983. The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. J. Masling (Ed.) (1983):1-37.
- Hazan C, Zeifman D. 1999. Pair Bonds as Attachments: Evaluating the Evidence. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Heimann P. 1950. On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31:81-84.

- Henry WP, Schacht TE, Strupp HH. 1986. Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54:27-31.
- Hesse E. 1999. The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Höger D. 2002. Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: Strauß B, Hrsg. 2002. *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Holmes J. 1996. Attachment, intimacy, autonomy: using attachment theory in adult psychotherapy. Northvale: Aronson.
- Holmes J. 2002a. John Bowlby und die Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt, 22.
- Holmes J. 2002b. John Bowlby und die Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt, 184.
- Holmes J. 2002c. John Bowlby und die Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt, 138.
- Holmes J. 2002d. John Bowlby und die Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt, 178.
- Holmquist R. 2001. Patterns of consistency and deviation in therapists' countertransference feelings. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2):104-16.
- Holtforth MG, Grawe K. 2002. Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy research*, 12(1):79-99.
- Horowitz LM. 1992. The capacity to describe other people clearly: a predictor of interpersonal problems in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy research*, 2(1):37-51.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. 1993. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4):549-60.
- Horowitz LM. 1994. Personenschemata, Psychopathologie und Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 39:61-72.
- Horvath A, Gaston L, Luborsky L. 1993. The therapeutic alliance and its measures. In: Miller N. 1993. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: BasicBooks.

- Hougaard E. 1994. The therapeutic alliance – a conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35(1):67-85.
- Ijzendoorn MH. 1995. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull.* 117(3):387-403.
- Izard CE, Haynes OM, Chisholm G, Baak K. 1991. Emotional determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development*, 62:906-917.
- Jones BA. 1983. Healing factors of psychiatry in light of attachment theory. *American Journal of Psychotherapy*, 37(2):235-44.
- Kernberg OF. 1965. Notes on countertransference. *J Am Psa Ass*, 13:38-56.
- Kiesler DJ, Anchin JC, Perkins MJ, Chirico BM, Kyle EM, Federman EJ. 1976. *The Impact Message Inventory: Form II*. Richmond: Virginia Commonwealth University, 215.
- Kiesler DJ. 1983. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90:185-214.
- Klein M. 1946. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27:99-110.
- Klüwer R. 1983. Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37:828-840.
- Kobak R, Sceery A. 1988. Attachment in late adolescence. Working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, 59:135-146.
- Kobak R. 1999a. The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, 26.
- Kobak R. 1999b. The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for Theory, Research, and Clinical Intervention. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, 4.
- Köhler L. 1995. Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- König K. 1995a. *Gegenübertragungsanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 12.

- König K. 1995b. Gegenübertragungsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 39.
- König K. 1995c. Gegenübertragungsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 21.
- Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. 1994. Avoidant attachment as risk factor for mental health. *The British Journal of Medical Psychology*, 67:237-245.
- Krypsin-Exner I, Peternell A, Jagsch R. 2000. Therapeutische Allianz - Bindungsfähigkeit als ein notwendiger Bestandteil? In: Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch, Hrsg. 2000. Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. Wien: Facultas.
- Leary T. 1955. The theory and measurement methodology of interpersonal communication. *Psychiatry*, 18:147-161.
- Little M. 1951. Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis*, 32:32-40.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L. 1975. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes?". *Archives of General Psychiatry*, 32:995-1008.
- Mackie AJ. 1981. Attachment theory: its relevance to the therapeutic alliance. *British Journal of Medical Psychology*, 54(3):203-12.
- Main M, Solomon J. 1986. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (eds). *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mang S. 1990. Klinische Urteilsbildung im Rahmen stationärer Psychotherapie. Eine Feldstudie in einer psychosomatischen Klinik [Dissertation]. Würzburg: Bayerische Julius Maximilians Universität.
- Marshall AA, Smith RC. 1995. Physicians emotional reactions to patients: recognizing and managing countertransference. *American Journal of Gastroenterology*, 90(1):4-8.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta – analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3):438-50.
- Marvin RS, Britner PA. 1999. Normative Development: The Ontogeny of Attachment. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.

- Marziali E. 1984. Three viewpoints on the therapeutic alliance. Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7):417-23.
- Marziali E, Alexander L. 1991. The power of the therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3):383-91.
- Meins E. 1997. *Security of Attachment and Social Development of Cognition*. Hove: Psychology Press.
- Merten J. 2003. Die spezifische Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung. In: Nissen G, Hrsg. 2003. *Affekt und Interaktion: neue Aspekte zur Genese und Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W. 1982. Grundlagen der psychoanalytischen Therapie. In: Senf W, Broda M, Hrsg. 1982. *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 95.
- Mertens W. 1991. *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Band 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mikulincer M, Florian V. 1995. Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21:406-414.
- Mikulincer M, Florian V. 1998. The Relationship between Adult Attachment Styles and Emotional and Cognitive Reactions to Stressful Events. In: Simpson JA, Rholes WS. 1998. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Miller N. 1993. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: BasicBooks.
- Möller ML. 1977. Zur Theorie der Gegenübertragung. *Psyche*, 31:142-166.
- Nissen G, Hrsg. 2003. *Affekt und Interaktion: neue Aspekte zur Genese und Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nord C, Höger D, Eckert J. 2000. Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 4:76-86.
- O Kelly G. 1998. Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2):391-7.
- Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch, Hrsg. 2000. *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung*. Wien: Facultas.

- Pilkonis PA. 1988. Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2:144-152.
- Piper WE, Azim HF, Joyce AS, McCallum M, Nixon GW, Segal PS. 1991. Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7):432-8.
- Racker H. 1957. The meanings and uses of countertransference. *Psa Quart*, 26:303-357.
- Racker H. 2002a. *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 157.
- Racker H. 2002b. *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 155.
- Reich A. 1951. On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32:25-31.
- Rogers CR. 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21:95-103.
- Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P. 2000. Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10: 408-420.
- Sachse J, Strauß B, 2002. Attachment characteristics and psychotherapy outcome following inpatient psychodynamic group treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3-4):134-40.
- Salter MD. 1940. *An evaluation of adjustment based upon the concept of security*. Child Development Series. The University of Toronto Press.
- Sandler J. 1976. Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30:297-305.
- Schmücker G, Buchheim A. 2002. Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In: Strauß B, Hrsg. 2002. *Klinische Bindungsforschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Senf W, Broda M, Hrsg. 1982. *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Simo S, Rauh H, Ziegenhain U. 2000. Mutter-Kind Interaktion im Verlaufe der ersten 18 Lebensmonate und Bindungssicherheit am Ende des 2. Lebensjahres. *Psychol Erzieh Unterr*, 47:118-141.
- Simpson JA, Rholes WS. 1998. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.

Slade A. 1999. Attachment Theorie and Research: Implications for the Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adults. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press.

Snyder M, Tanke ED, Berscheid E. 1977. Social perception and interpersonal behavior: on the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35:656-666.

Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spangler G, Zimmermann P. 1995a. Vorwort. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 41.

Spangler G, Zimmermann P. 1995b. Vorwort. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta, 26.

Sroufe LA. 1983. Infant-caregiver attachment and pattern of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In: Perlmutter M. 1983. Minnesota Symposium in Child Psychology, 16:41-81. Hillsdale: Erlbaum.

Stern D. 1996. A model of infantile representations. *Forum Psychoanal*, 12:187-203.

Stirn A. 2002. Gegenübertragung. *Psychotherapeut*, 47:48-58.

Strauß B, Schmidt S. 1997. Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für Psychotherapeuten und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42:1-16.

Strauß B. 2000a. Ist die therapeutische Arbeitsbeziehung eine Bindungsbeziehung? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4):381-397.

Strauß B. 2000b. Bindungsmuster und Therapieindikation: Empirische Befunde und theoretische Überlegungen. Parfy E, Redtenbacher H, Sigmund R, Schoberberger R, Butschek Ch, Hrsg. 2000. Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung. Wien: Facultas.

Strauß B, Hrsg. 2002. Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer.

Strupp HH. 1958. The psychotherapists contribution to the treatment process. *Behavioral science*, 3:34-67.

- Strupp HH. 1959. Toward an analysis of the therapists contribution to the treatment process. *Psychiatry*, 22:349-362.
- Strupp HH. 1960. Nature of psychotherapists contribution to treatment process. *Archives of general psychiatry*, 3:219–231.
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B, Hrsg. 1977. *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.
- Strupp HH. 1996. Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41:84-87.
- Strupp HH. 2000. Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut*, 45:1-9.
- Stuart S. 1990. The patient-therapist match in psychotherapy [Unpublished Paper]. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh.
- Sullivan HS. 1983. *Die interpersonale Theorie in der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- von Sydow K. 2001. Forschungsmethoden zur Erhebung von Partnerschaftsbindung. In: Gloger-Tippelt G, Hrsg. 2001. *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern, Toronto: Huber.
- Thompson RA. 1999. Early Attachment and Later Development. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Wensauer M. 1995. Bindung, soziale Unterstützung und Zufriedenheit im höheren Erwachsenenalter. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. 1999. The Nature of Individual Differences in Infant – Caregiver Attachment. In: Cassidy J, Hrsg. 1999. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- West M, Sheldon A, Reiffer L. 1989. Attachment theory and brief psychotherapy: applying current research to clinical interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5):369-75.
- West ML. 1994. *Patterns of relating – an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press, 63.

Wiggins JS. 1982. Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In: Kendall PC, Butcher JN, Holmbeck GN. (eds). Handbook of research methods in clinical psychology. New York: Wiley.

Winnicott DW. 1960. Countertransference. *Brit J Med Psychol*, 33:17-21.

Von Zerssen D, Koeller DM. 1976. Die Befindlichkeitsskala. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft mbH.

Ziegenhain U, 2001. Sichere mentale Bindungsmodelle. In: Gloger-Tippelt G, Hrsg. 2001. Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis. Bern, Toronto: Huber.

Zimmermann P. 1995. Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Zimmermann P, Spangler G, Schieche M, Becker-Stoll F. 1995. Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In: Spangler G, Zimmermann P, Hrsg. 1995. Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

D ANHANG

D.1 Fragebögen

D.1.1 Instruktion

D.1.2 Impact Message Inventory

D.1.3 Gegenübertragungsfragebogen

D.1.4 Befindlichkeitsskala

D.1.5 Therapiezentrierter Fragebogen

D.1.6 Fragebogen zu Beziehungserfahrungen

Datum der Untersuchung:

Geschlecht: w m

Alter: Jahre

Nachfolgend hören Sie drei Abschnitte aus Interviews mit drei verschiedenen Patientinnen, welche die Beziehungen zu ihren Müttern bzw. Vätern beschreiben.

Die Ausschnitte sind von einer Person nachgesprochen, wundern Sie sich also nicht über die gleichbleibende Stimme. Es kommt uns primär auf den Inhalt und dessen Wirkung an.

Bitte konzentrieren Sie sich auf die Ausschnitte und füllen Sie nach jedem Ausschnitt die verteilten Fragebögen aus. Diese Fragebögen sollen Ihre subjektive Reaktion auf den Interviewausschnitt erfassen und Ihnen dabei helfen, zu beschreiben, wie Sie auf das Interview bzw. die im Interview dargestellte Person reagieren, welche Stimmung das Interview in Ihnen auslöst und wie Sie die Person beurteilen.

Wir danken Ihnen ganz herzlich dafür, dass Sie sich Zeit für diese Untersuchung nehmen!

Fragebogen für interpersonale Eindrücke (IMI-R)

Dieser Fragebogen enthält Aussagen über Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen, die eine andere Person bei Ihnen auslöst. Bestimmen Sie bei jeder Aussage, wie genau sie Ihre Reaktion auf die Patientin beschreibt, die sie eben gehört haben.

Jede Aussage beginnt mit den Worten: *“Wenn ich mit dieser Person zusammen bin, habe ich das Gefühl ...“* Dieser Satz steht oben auf jeder Seite. Er soll Ihnen helfen, sich die Gegenwart dieser Person besser vorstellen zu können.

Als Antwortmöglichkeit ist Ihnen eine vierstufige Skala vorgegeben: Dabei bedeutet 1 - *stimmt gar nicht* und 4 - *stimmt genau*. Wenn Sie sich unsicher sind, überlegen Sie, ob Sie eher zustimmen oder ablehnen. Dann bedeutet 2- *stimmt eher nicht* und 3 - *stimmt eher*. Kreuzen Sie die für Sie am ehesten zutreffende Zahl an.

Beispiel: Sie sind der Meinung, diese Aussage stimmt genau, dann füllen Sie die Skala folgendermaßen aus:

stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1	2	3	4

Beantworten Sie alle Fragen. Überlegen Sie dabei nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort, die Ihnen zuerst einfällt. Es kann vorkommen, dass diese Person nicht immer gleich auf Sie wirkt. In solchen Fällen entscheiden Sie sich für jene Antwort, die Ihrem allgemeinen Eindruck von dieser Person am ehesten entspricht.

Es kommt bei diesem Fragebogen auf Ihren persönlichen Eindruck an. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Sie sollten jedoch versuchen, von der Person, die Sie beschreiben ein möglichst realistisches Bild zu zeichnen. Bedenken Sie, dass jeder Mensch **positive und negative Eigenschaften** hat, die Persönlichkeit erst ausmachen. Scheuen Sie sich nicht davor, die gesamte Breite der Skala auszunutzen (also auch 1 oder 4 anzukreuzen, wo dies zutrifft).

Wenn ich mit ihr zusammen bin, habe ich das Gefühl...

	stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
1. ich möchte Distanz zu ihr wahren	1	2	3	4
2. sie gibt häufig den Ton an	1	2	3	4
3. dass sie sich vor Verantwortung drückt	1	2	3	4
4. dass sie mich braucht	1	2	3	4
5. sie sagt mir öfters etwas freundliches	1	2	3	4
6. sie macht mich häufig ärgerlich	1	2	3	4
7. sie gibt lieber nach, als ihren eigenen Standpunkt zu vertreten	1	2	3	4
8. dass sie mich gerne mag	1	2	3	4
9. sie versucht manchmal, mich zu bevormunden	1	2	3	4
10. sie wirkt sehr selbstsicher auf mich	1	2	3	4
11. dass ich dominiere	1	2	3	4
12. ihr sagen zu wollen, dass ich mich in ihrer Gesellschaft wohl fühle	1	2	3	4
13. mir ist etwas unbehaglich zumute	1	2	3	4
14. sie sollte manche ihrer Angelegenheiten eher selbst regeln	1	2	3	4
15. ich kann auf ihre Unterstützung zählen	1	2	3	4
16. keinen Zugang zu ihr zu bekommen	1	2	3	4
17. ich möchte ihr nahelegen, für sich selbst einzustehen	1	2	3	4
18. sie trifft nicht gerne Entscheidungen	1	2	3	4
19. ich kann mich darauf verlassen, dass sie, wenn nötig, die Initiative ergreift	1	2	3	4
20. mein Urteil ist ihr wichtig	1	2	3	4
21. ich sollte darauf achten, dass sie nicht zu bestimmend ist	1	2	3	4
22. ich würde sie gerne dazu bringen, sich selbst etwas positiver zu sehen	1	2	3	4
23. ich kann ohne weiteres mit einem Anliegen zu ihr kommen	1	2	3	4
24. ich kann mich darauf verlassen, dass sie die Zügel in die Hand nimmt	1	2	3	4
25. sie bräuchte nicht so schüchtern sein	1	2	3	4
26. ich könnte sie jederzeit um Hilfe bitten	1	2	3	4
27. sie scharft gerne andere Menschen um sich herum	1	2	3	4
28. dass ich sehen muss, wie ich auch mal zum Zuge komme	1	2	3	4
29. ich sollte sie zu mehr Selbstständigkeit ermutigen	1	2	3	4
30. man muss sie einfach gern haben	1	2	3	4
31. ich möchte mit ihr nicht allzu viel zu tun haben	1	2	3	4
32. sie übernimmt gerne Verantwortung	1	2	3	4

Wenn ich mit ihr zusammen bin, habe ich das Gefühl...

		stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt genau
33.	sie wünscht sich, man solle zu ihr aufsehen	1	2	3	4
34.	ich ergreife öfters die Initiative als sie	1	2	3	4
35.	sie ist für mich da, wenn ich sie brauche	1	2	3	4
36.	sie schließt sich schnell meinem Urteil an	1	2	3	4
37.	sie wird unsicher, wenn sie sich anderen gegenüber behauptet	1	2	3	4
38.	sie ist häufig bereit, mir zuzustimmen	1	2	3	4
39.	dass sie gerne im Mittelpunkt des Interesses steht	1	2	3	4
40.	sie hat häufig etwas auszusetzen	1	2	3	4
41.	sie ist schlagfertig und unterhaltsam	1	2	3	4
42.	sie scheut keine Konfrontation	1	2	3	4
43.	sie hat klare Vorstellungen von dem, was sie will	1	2	3	4
44.	sie hat die Sache im Griff	1	2	3	4
45.	sie bittet mich öfters um Rat	1	2	3	4
46.	dass sie mich als störend empfindet	1	2	3	4
47.	sie steht gerne im Rampenlicht	1	2	3	4
48.	dass ich mich manchmal wehren muss	1	2	3	4
49.	ich wünsche mir manchmal, sie wäre etwas weniger autoritätsgläubig	1	2	3	4
50.	ich sollte sie manchmal aus der Reserve locken	1	2	3	4
51.	sie lässt sich leicht entmutigen	1	2	3	4
52.	sie interessiert sich für mich nur wenig	1	2	3	4
53.	dass sie allen Situationen gewachsen ist	1	2	3	4
54.	sie hat wenig Selbstvertrauen	1	2	3	4
55.	sie hat eine starke Persönlichkeit	1	2	3	4
56.	sie ist risikofreudig	1	2	3	4
57.	ich sollte ihr etwas Gutes tun	1	2	3	4
58.	sie möchte sich hinter mir verstecken	1	2	3	4
59.	dass ich Rücksicht nehme	1	2	3	4
60.	sie kommt sich minderwertig vor	1	2	3	4
61.	sie kann sich gut durchsetzen	1	2	3	4
62.	sie bestimmt die Situation in angemessener Weise	1	2	3	4
63.	sie glaubt, etwas bewirken zu können	1	2	3	4
64.	sie beschützen zu wollen	1	2	3	4

Hier finden Sie noch eine Reihe von Feststellungen, die Sie bezogen auf die soeben gehörte Patientin vollständig ausfüllen sollten.

	eher ja	eher nein	weder noch
1. Würden Sie gern mehr über die Patientin erfahren?			
2. Ist Ihnen die Patientin sympathisch?			
3. Können Sie sich gut vorstellen, wie sich die Patientin fühlt?			
4. Könnten Sie sich vorstellen, mit der Patientin auszugehen?			
5. Spüren Sie den Impuls, die Patientin tadeln zu wollen?			
6. Könnten Sie sich vorstellen, eine Vorbildposition für die Patientin einzunehmen?			
7. Wenn Sie der Therapeut wären, würden Sie gern wissen, was die Patientin über Sie denkt?			
8. Würden Sie der Patientin gern widersprechen?			
9. Spüren Sie den Impuls, der Patientin einen Rat geben zu wollen?			
10. Könnten Sie sich vorstellen, mit der Patientin über Ihre Probleme zu reden?			
11. Spüren Sie unerklärliche Abneigung gegen die Patientin?			
12. Würden Sie gern ein Freund für die Patientin sein?			
13. Würden Sie sich freuen, wenn die Patientin Sie für die Therapie auswählt?			
14. Würden Sie mit der Patientin gern ausgiebig diskutieren?			
15. Würden Sie die Patientin gern betreuen?			
16. Würden Sie die Patientin gern berühren?			
17. Haben Sie das Gefühl, die Patientin kommt Ihnen emotional nahe?			
18. Würden Sie der Patientin gern „unter die Arme greifen“?			
19. Spüren Sie den Impuls, der Patientin widersprechen zu wollen?			
20. Haben Sie das Gefühl, Sie müssten besonders freundlich zu der Patientin sein?			
21. Würden Sie der Patientin gern ermutigend auf die Schulter klopfen?			
22. Fühlen Sie sich von der Patientin vereinnahmt?			
23. Spüren Sie den Impuls, der Patientin zu vermitteln, dass sie ok. ist, wie sie ist?			

Korrigierte Version des Gegenübertragungsfragebogens für nur einen Faktor

Hier finden Sie noch eine Reihe von Feststellungen, die Sie bezogen auf die soeben gehörte Patientin vollständig ausfüllen sollten.

	eher ja	eher nein	weder noch
1. Würden Sie gern mehr über die Patientin erfahren?			
2. Ist Ihnen die Patientin sympathisch?			
3. Können Sie sich gut vorstellen, wie sich die Patientin fühlt?			
4. Könnten Sie sich vorstellen, mit der Patientin auszugehen?			
10. Könnten Sie sich vorstellen, mit der Patientin über Ihre Probleme zu reden?			
11. Spüren Sie unerklärliche Abneigung gegen die Patientin?			
12. Würden Sie gern ein Freund für die Patientin sein?			
13. Würden Sie sich freuen, wenn die Patientin Sie für die Therapie auswählt?			
14. Würden Sie mit der Patientin gern ausgiebig diskutieren?			
15. Würden Sie die Patientin gern betreuen?			
16. Würden Sie die Patientin gern berühren?			
17. Haben Sie das Gefühl, die Patientin kommt Ihnen emotional nahe?			
18. Würden Sie der Patientin gern „unter die Arme greifen“?			
23. Spüren Sie den Impuls, der Patientin zu vermitteln, dass sie ok. ist, wie sie ist?			

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte, entscheiden Sie ohne lange zu überlegen - welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand - nach der soeben gehörten Patientin - am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in der Spalte "weder noch". Lassen Sie keine Zeile aus.

Ich fühle mich jetzt:

	eher		eher		weder-noch
1		aufgeschlossen		gehemmt	
2		guter Dinge		trübsinnig	
3		antriebslos		betriebsam	
4		anfällig		robust	
5		zielstrebig		ziellos	
6		ernst		heiter	
7		einfallsarm		einfallsreich	
8		empfindlich		unempfindlich	
9		pessimistisch		optimistisch	
10		sorglos		grüblerisch	
11		zerschlagen		munter	
12		liebesfähig		liebesunfähig	
13		schuldig		unschuldig	
14		erschöpft		erholt	
15		lebensmüde		lebenslustig	
16		gut		böse	
17		fröhlich		traurig	
18		geliebt		ungeliebt	
19		träge		aktiv	
20		verschlossen		zugewandt	
21		lebendig		lebloß	
22		temperamentvoll		lahm	
23		aufmerksam		zerstreut	
24		verzweifelt		hoffnungsvoll	
25		zufrieden		unzufrieden	
26		ängstlich		draufgängerisch	
27		kraftvoll		kraftlos	
28		ausgeglichen		rastlos	

Hier finden Sie noch einige Fragen, die die Wirkung der eben gehörten Patientin auf Ihre Therapiearbeit explorieren sollen. Stellen Sie sich vor, die Patientin würde zu Ihnen kommen und beantworten Sie die Fragen im Bezug auf diese Situation stichpunktartig und vollständig. Auch diese Angaben bleiben selbstverständlich anonym.

1. Würden Sie die Patientin selbst in Behandlung nehmen? ja nein

2. Wenn nein: warum nicht?

3. Wenn ja: wie gut würden Sie mit der Patientin zurecht kommen?

4. Wie/Wo würden Sie den Fokus für die Therapie setzen?

5. Wie würden Sie mit der Patientin umgehen?

6. Welche Therapieziele würden Sie verfolgen?

7. Welche Art von Therapie würden Sie empfehlen?

- Einzeltherapie Gruppentherapie
 Ambulant Stationär
 psychodynamisch klientenzentriert verhaltenstherapeutisch sonstige: ->

->welche:

Bindungsfragebogen

Um Ihre Eindrücke angemessen deuten zu können, würden wir gern Bezug zu Ihren eigenen Erfahrungen herstellen. Dazu finden Sie hier noch einige Fragen die Ihre Person betreffen. Sie beziehen sich auf Erfahrungen mit anderen Menschen. Hier ist die Partnerbeziehung als Beispiel herausgegriffen. Falls Sie im Moment nicht in einer Partnerschaft leben, beantworten Sie die Fragen dahingehend, was auf Sie am ehesten in einer Partnerschaft zutreffen würde. Selbstverständlich bleiben Ihre Aussagen anonym.

Schätzen Sie bitte ein, wie sehr die folgenden Aussagen Ihr Erleben mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin wiedergeben. Für die Antwort haben Sie eine 7-stufige Skala zur Verfügung. Ist eine Aussage überhaupt nicht zutreffend, kreuzen Sie die 1 an, ist sie voll zutreffend, kreuzen Sie die 7 an. Mit den übrigen Ziffern können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.

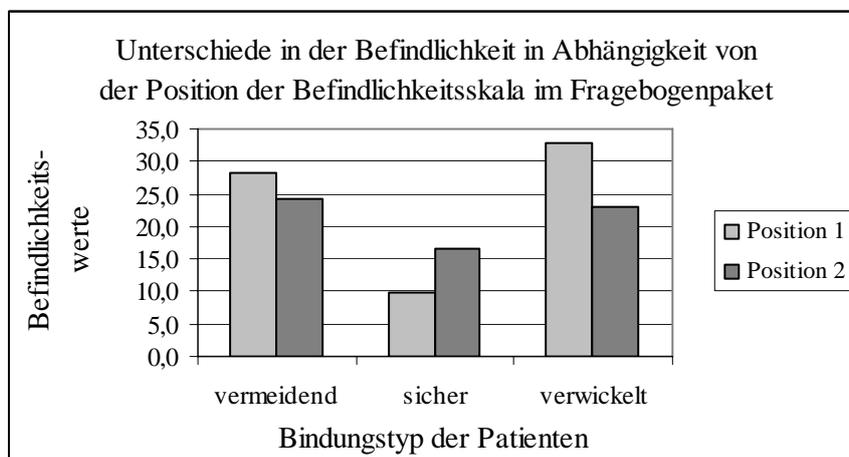
	stimmt nicht	stimmt
1. Ich finde es schön, mich an meine/n Partner/in zu binden.	1 2 3 4 5 6 7	
2. Ich habe leicht das Gefühl, dass mein/e Partner/in mich vereinnahmen will.	1 2 3 4 5 6 7	
3. Mein/e Partner/in zögert oft, mir so nahe zu kommen, wie ich es gerne hätte.	1 2 3 4 5 6 7	
4. Ich mache mir oft Sorgen, dass mein/e Partner/in mich nicht genug mag.	1 2 3 4 5 6 7	
5. Ich möchte meinem/r Partner/in gefühlsmäßig so nahe wie möglich sein.	1 2 3 4 5 6 7	
6. Ich fühle mich durch eine intensive Beziehung schnell eingeengt.	1 2 3 4 5 6 7	
7. Ich habe Angst, dass mein/e Partner/in die Beziehung zu mir abbricht.	1 2 3 4 5 6 7	
8. Ich frage mich manchmal, ob mein/e Partner/in mich genauso intensiv liebt, wie ich ihn/sie liebe.	1 2 3 4 5 6 7	
9. Wenn mein/e Partner/in mir zu nahe kommt, gehe ich auf Distanz.	1 2 3 4 5 6 7	
10. Ich bin gewöhnlich lieber allein, als mit meinem/r Partner/in zusammen.	1 2 3 4 5 6 7	
11. Meine Partner/in ist wichtiger für mich als ich für ihn/sie.	1 2 3 4 5 6 7	
12. Ich versuche meine/n Partner/in dazu zu bewegen, dass er/sie mehr Zeit mit mir verbringt.	1 2 3 4 5 6 7	
13. Meine allerintimsten Gefühle gehen meinem/r Partner/in nichts an.	1 2 3 4 5 6 7	
14. Mein/e Partner/in will oft, dass ich vertraulicher bin, als es mir angenehm ist.	1 2 3 4 5 6 7	
15. Ich bin besorgt, für meine/n Partner/in nicht genügend wichtig zu sein.	1 2 3 4 5 6 7	
16. Mein großes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit wird von meinem/r Partner/in nicht erfüllt.	1 2 3 4 5 6 7	
17. Meinem/r Partner/in erzähle ich durchaus nicht alles über mich.	1 2 3 4 5 6 7	
18. Wenn ich Ärger habe oder krank bin, möchte ich meine/n Partner/in lieber nicht sehen.	1 2 3 4 5 6 7	
19. Ich mache mir Sorgen darüber, dass meinem/r Partner/in an meiner Freundschaft nichts liegt.	1 2 3 4 5 6 7	
20. Es frustriert mich manchmal, dass mein/e Partner/in mir nicht die Liebe gibt, die ich brauche.	1 2 3 4 5 6 7	
21. Wie lange sind Sie mit Ihrer/Ihrem Partner/in zusammen?	Seit _____ Jahren und _____ Monaten	

D.2 Rechnungen

D.2.1 Korrigierte zweifaktorielle Varianzanalyse als Sequenzanalyse im Vergleich zur nicht korrigierten im SPSS gerechneten Variante

Sequenzanalyse - Ergebnisvergleich			
	F-Werte	SPSS	Excel (korr.)
Faktor Bdg	<i>IMI 1</i>	70,4	59,4
	<i>IMI 5</i>	46,4	47,2
	<i>Gü1fak</i>	48,3	40,6
	<i>Bf</i>	100,5	85,4
Faktor Rhf	<i>IMI 1</i>	1,3	1,3
	<i>IMI 5</i>	1,1	1,1
	<i>Gü1fak</i>	6,1	6,1
	<i>Bf</i>	3,8	3,8
Interaktion	<i>IMI 1</i>	8,3	9,0
Bdg + Rhf	<i>IMI 5</i>	10,1	10,3
	<i>Gü1fak</i>	16,7	20,7
	<i>Bf</i>	8,2	8,4

D.2.2 Varianzanalyse zur Position der Befindlichkeitsskala im Fragebogenpaket



	F-Wert	Signifikanz
vermeidend	2,98	0,087
sicher	13,17	0,000
verwickelt	24,50	0,000

D.2.3 Einfaktorielle Varianzanalyse und Scheffe-Tests zu Unterschieden zwischen Bindungstypen der Versuchspersonen

Anova mit Faktor: Bindung der Versuchspersonen unter den einzelnen Faktorstufen des Faktors Bindung der Patienten

	F-Wert	Signifikanz
IMI1 verm.	0,00	0,997
IMI1 sicher	2,46	0,089
IMI1 verw.	0,42	0,657
IMI5 verm.	0,14	0,868
IMI5 sicher	2,15	0,120
IMI5 verw.	0,63	0,532
Gü1fak verm.	0,16	0,851
Gü1fak sicher	2,12	0,123
Gü1fak verw.	1,47	0,234
Bf verm.	0,10	0,905
Bf sicher	0,59	0,557
Bf verw.	2,87	0,059

Mehrfachvergleiche

IMI1	BDG der Vp	BDG der Vp	Signifikanz
Scheffé	1	2	0,96
		3	0,98
	2	1	0,96
		3	0,93
	3	1	0,98
		2	0,93

IMI5	BDG der Vp	BDG der Vp	Signifikanz
Scheffé	1	2	0,50
		3	0,80
	2	1	0,50
		3	0,83
	3	1	0,80
		2	0,83

Gü1fak	BDG der Vp	BDG der Vp	Signifikanz
Scheffé	1	2	0,73
		3	0,98
	2	1	0,73
		3	0,84
	3	1	0,98
		2	0,84

Bf	BDG der Vp	BDG der Vp	Signifikanz
Scheffé	1	2	0,98
		3	0,59
	2	1	0,98
		3	0,65
	3	1	0,59
		2	0,65

D.2.4 Vergleich Therapeuten – Studenten – Anova

Anova: Unterschiede unter den einzelnen Stufen des Messwiederholungsfaktors (Bdg der Patienten)

	F-Wert	Signifikanz
IMI1 verm.	2,15	0,147
IMI1 sicher	0,08	0,773
IMI1 verw.	0,71	0,403
IMI5 verm.	2,68	0,106
IMI5 sicher	0,68	0,412
IMI5 verw.	0,76	0,385
Gü1fak verm.	2,05	0,157
Gü1fak sicher	0,92	0,341
Gü1fak verw.	2,40	0,126
Bf verm.	6,88	0,011
Bf sicher	0,02	0,886
Bf verw.	8,69	0,004

D.2.5 Kontrolle des Alters

Korrelation mit dem Alter der Versuchspersonen

	Korrelation	Signifikanz
IMI1 verm.	-0,06	0,407
IMI1 sicher	0,01	0,919
IMI1 verw.	-0,03	0,679
IMI5 verm.	0,00	0,956
IMI5 sicher	-0,11	0,168
IMI5 verw.	-0,04	0,570
Gü1fak verm.	-0,02	0,750
Gü1fak sicher	0,17	0,025
Gü1fak verw.	-0,04	0,632
Bf verm.	0,04	0,583
Bf sicher	-0,16	0,034
Bf verw.	-0,03	0,687

D.2.6 Kontrolle des Geschlechts

Anova: Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht der Versuchspersonen

	F-Wert	Signifikanz
IMI1 verm.	0,14	0,708
IMI1 sicher	0,10	0,756
IMI1 verw.	2,60	0,108
IMI5 verm.	0,65	0,423
IMI5 sicher	0,08	0,773
IMI5 verw.	1,07	0,303
Gü1fak verm.	0,08	0,776
Gü1fak sicher	0,67	0,413
Gü1fak verw.	0,56	0,457
Bf verm.	1,00	0,319
Bf sicher	0,06	0,803
Bf verw.	0,59	0,444

D.2.7 Levene-Test auf Varianzgleichheit zwischen Studenten- und Therapeutengruppe

	Levene-Stat.	Signifikanz
IMI1 verm.	0,30	0,589
IMI1 sicher	0,48	0,490
IMI1 verw.	0,00	0,948
IMI5 verm.	0,60	0,442
IMI5 sicher	0,05	0,829
IMI5 verw.	1,54	0,218
Gü1fak verm.	1,72	0,194
Gü1fak sicher	0,15	0,703
Gü1fak verw.	1,89	0,173
Bf verm.	2,27	0,136
Bf sicher	2,10	0,152
Bf verw.	0,00	0,953

D.2.8 Faktorenanalyse für den Gegenübertragungsfragebogen

(nicht auf Komponente 1 ladende Fragen grau hinterlegt)

Komponentenmatrix (nach Präsentation vermeidender Patientin)

Komponente	1	2	3
Frage 1	0,67	-0,19	-0,13
Frage 4	0,57	0,03	-0,29
Frage 7	0,39	-0,10	-0,35
Frage 10	0,53	-0,12	-0,22
Frage 13	0,76	-0,08	-0,17
Frage 16	0,49	-0,16	-0,08
Frage 19	0,33	0,75	0,19
Frage 2	0,81	0,09	-0,13
Frage 5	0,57	0,44	0,09
Frage 8	0,29	0,72	0,20
Frage 11	0,73	0,18	-0,19
Frage 14	0,65	-0,27	-0,14
Frage 17	0,56	0,01	0,46
Frage 20	0,47	-0,04	0,57
Frage 22	0,21	0,23	-0,27
Frage 3	0,47	0,03	0,10
Frage 6	0,29	-0,30	0,08
Frage 9	0,26	-0,58	0,30
Frage 12	0,75	0,01	0,04
Frage 15	0,79	-0,05	-0,21
Frage 18	0,56	-0,30	0,19
Frage 21	0,56	-0,20	0,48
Frage 23	0,67	0,19	-0,02

Komponentenmatrix (nach Präsentation sicherer Patientin)

Komponente	1	2	3
Frage 1	0,64	0,15	-0,03
Frage 4	0,68	0,02	-0,30
Frage 7	0,31	0,08	-0,58
Frage 10	0,52	-0,07	-0,21
Frage 13	0,73	0,12	0,04
Frage 16	0,43	0,09	-0,41
Frage 19	0,45	-0,49	0,26
Frage 2	0,81	0,04	0,05
Frage 5	0,56	-0,32	0,30
Frage 8	0,44	-0,43	0,33
Frage 11	0,75	-0,03	0,12
Frage 14	0,70	0,08	-0,02
Frage 17	0,66	0,04	-0,21
Frage 20	-0,10	0,52	0,20
Frage 22	0,30	0,01	0,59
Frage 3	0,56	-0,03	0,01
Frage 6	-0,01	0,48	0,10
Frage 9	-0,32	0,72	0,01
Frage 12	0,73	0,14	-0,14
Frage 15	0,71	0,26	0,03
Frage 18	0,08	0,69	0,21
Frage 21	0,21	0,68	0,15
Frage 23	0,45	0,21	0,26

Komponentenmatrix (nach Präsentation verwickelter Patientin)

Komponente	1	2	3
Frage 1	0,71	-0,13	-0,12
Frage 4	0,46	-0,19	-0,22
Frage 7	0,32	0,13	-0,26
Frage 10	0,46	-0,11	-0,30
Frage 13	0,72	-0,11	-0,13
Frage 16	0,51	-0,07	-0,17
Frage 19	0,38	0,61	0,04
Frage 2	0,77	0,18	-0,05
Frage 5	0,47	0,50	0,09
Frage 8	0,22	0,62	-0,03
Frage 11	0,75	0,09	-0,24
Frage 14	0,54	-0,38	-0,24
Frage 17	0,51	0,31	0,19
Frage 20	0,34	0,30	0,53
Frage 22	0,33	-0,26	-0,27
Frage 3	0,51	0,13	0,20
Frage 6	0,36	-0,20	0,55
Frage 9	0,34	-0,54	0,40
Frage 12	0,65	-0,04	-0,12
Frage 15	0,75	-0,02	-0,09
Frage 18	0,64	-0,30	0,34
Frage 21	0,49	-0,18	0,42
Frage 23	0,53	0,06	-0,06
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.			
3 Komponenten extrahiert			

D.2.9 Reliabilität der Ausgangsskalen des Gegenübertragungsfragebogens

Reliabilitätskoeffizient α der einzelnen Skalen des Gegenübertragungsfragebogens nach den unterschiedlich gebundenen Patienten

Skalen	TKM	BKM	EDM
vermeidend	0,71	0,75	0,76
sicher	0,71	0,71	0,64
verwickelt	0,68	0,68	0,76

D.2.10 Korrelationen zwischen den Messwiederholungsstufen (Homogenität = Voraussetzung für Messwiederholungsanalyse)

Korrelationen zwischen den Werten der unterschiedlichen Stufen des Messwiederholungsfaktors

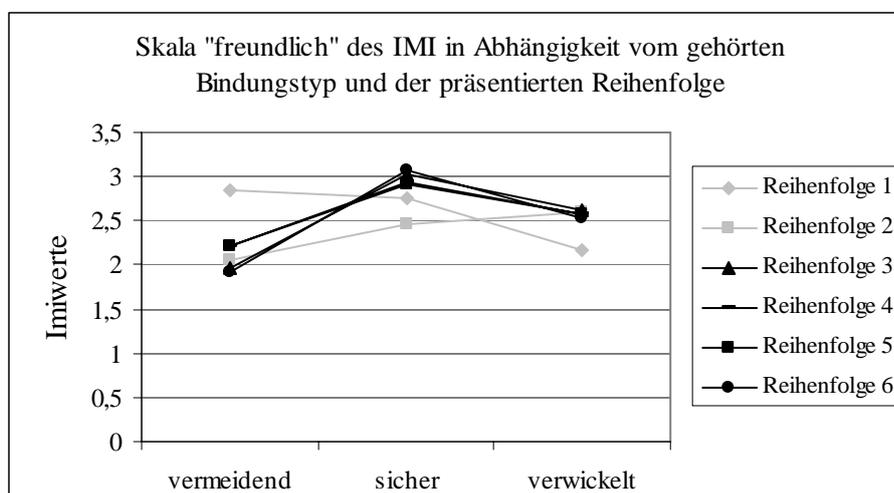
Korr.	verm. - sicher (=1)	verm. - verw. (=2)	sicher - verw. (=3)
IMI1	-0,01	0,09	0,06
IMI5	-0,20	-0,14	0,08
Gü1fak	-0,02	-0,10	0,20
Bf	0,04	0,42	0,01

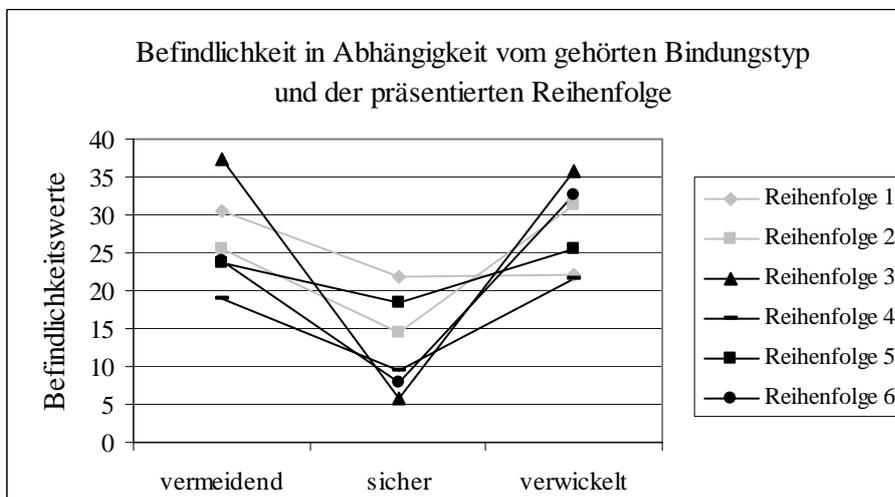
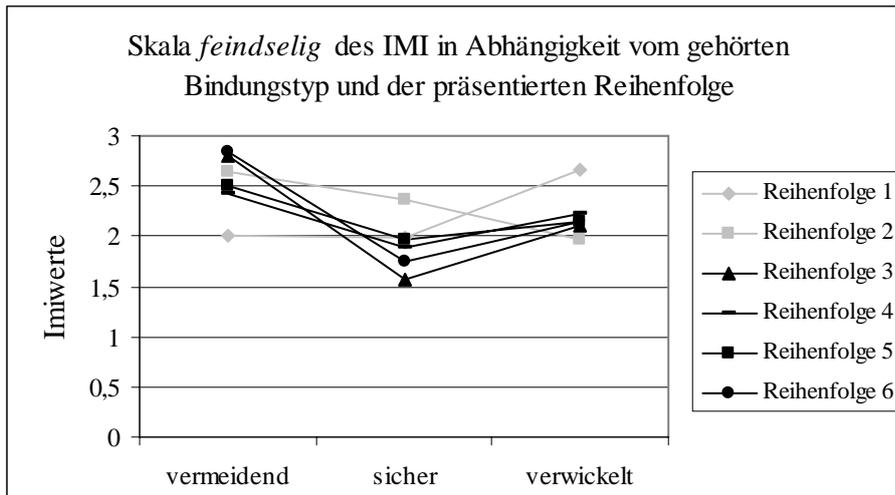
Beträge der Differenzen der Korrelationen zur Darstellung ihrer Homogenität

Diff. d. Korr.	1 - 2	1 - 3	2 - 3
IMI1	0,10	0,07	0,03
IMI5	0,07	0,28	0,21
Gü1fak	0,08	0,22	0,31
Bf	0,38	0,03	0,42

D.3 Diagramme

D.3.1 Reihenfolgeeffekt (Diagramme der übrigen Variablen)





D.3.2 Reihenfolgen der einzelnen Gruppen

Reihenfolge - Studenten:	1. Patient	2. Patient	3. Patient
1	sicher	vermeidend	verwickelt
2	sicher	verwickelt	vermeidend
3	vermeidend	verwickelt	sicher
4	vermeidend	sicher	verwickelt
5	verwickelt	sicher	vermeidend
6	verwickelt	vermeidend	sicher
Reihenfolge Therapeuten:(4)	vermeidend	sicher	verwickelt

D.4 Transkriptausschnitte

Sichere Patientin

V: Da muss ich erst mal darüber nachdenken – Eigenschaftswörter.

V: Wie soll man es beschreiben. Also sie war auf der einen Seite streng, dass wir uns halt nicht alles leisten konnten aus finanziellen Gründen und ich glaube, das war auch so in den sechziger Jahren, da hat man noch nicht so viel gehabt wie heutzutage. Wobei sie dann gelegentlich sehr, sehr großzügig war, wenn wir dann in der Stadt waren, was dann dem Vater oft verheimlicht wurde. Ich weiß nicht, wie ich es beschreiben soll. Also so...

V: Genau. Das heißt streng, aber gelegentlich dann, wie gesagt, dann schon sehr generös, muss man schon sagen. Ah war eigentlich auch also so, ja, ehrgeizig. Das war meine Mutter schon. Also sie hat schon Wert darauf gelegt, dass wir auch was lernen und für die Schule das alles ganz korrekt machen. Wobei sie auf der anderen Seite auch viel Wert darauf gelegt hat, dass wir ah uns sportlich betätigen, also dass das nicht nur rein geistiger Natur ist, sondern dass wir uns da ja auch anderweitig betätigen. Und da fällt mir gerade so ein Beispiel ein (lacht). Also es gab bei uns mal so wochenlang zum Essen Zucchini, also so zwei Wochen gebraten oder gekocht oder was weiß ich in welcher Form. Und wir waren es schon so gewöhnt, dass man eigentlich nicht darüber meckert, was auf den Tisch kommt, sondern es wurde gegessen, was es gab. Und wenn's das halt im Garten gab, gab's das halt im Garten. Und irgendwie nach zwei Wochen kam halt der Satz von meinem Bruder "Ist der Vater eigentlich arbeitslos oder können wir uns nichts anderes mehr leisten?". Und dann hat meine Mutter zugegeben, dass sie uns eigentlich mal testen wollte, wie weit wir das schlucken würden, also wie tolerant wir sind. Das also, das fällt mir noch ganz gut ein.

V: Ja zu der Strenghheit, aber auf der anderen Seite nicht ganz so ernst gemeint. Sie testete das eher an uns aus, wie, wie weit wir das einhalten würden und wann wir halt dann endlich mal meutern. Also sie wollte schon auch, dass wir dann irgendwann den Mund aufmachen und dann sagen "Also jetzt so weit, aber jetzt nicht weiter. Jetzt gib't's was anderes" (lacht). Das schon. Und, ja.

V: Also sie hat mich sehr unterstützt, was das anging, dass ich zum Beispiel unbedingt auch auf das Gymnasium wollte. Also es war nicht unbedingt das übliche auf dem Land damals, ins Gymnasium zu gehen. Also das hat sie dann wirklich also quasi so kurzerhand hat sie mich halt; ich hab gesagt "ich will das". Und sie hat gesagt "ist in Ordnung" und hat mich da angemeldet, ohne dass sie da groß mit meinem Vater auch Rücksprache gehalten hat.

V: Ja. Das auf alle Fälle. Und auch wirklich hilfsbereit. Also wenn, wenn ich irgend etwas gehabt hab und sie angerufen hab abends, sie muss mich jetzt dringend abholen (lacht), ich hab den Zug verpasst, dann ist sie dann schon gekommen, aber ohne Vorwürfe. Also ich weiß noch, da haben wir uns mal verpasst am Bahnhof, das – weil ich hab telefoniert, weil niemand halt nicht da war, als ich abgeholt werden sollte und bin dann zum Telefon gegangen, in dem Moment kam sie und dann sind wir quasi umeinander rumgelaufen und irgendwann ne viertel Stunde später haben wir uns dann getroffen. Da war sie dann etwas pikiert. Aber nachdem sich das aufgeklärt hatte, war's eigentlich auch kein Problem mehr.

V: Also streng ja, wie gesagt, wenn zum Beispiel, wenn's wirklich schönes Wetter war oder halt das gab's dann nicht, dass ich dann ins Schwimmbad durfte. Es war halt so viel Arbeit zu machen auf dem Hof, dass dann halt alle mit anpacken mussten, das gab's einfach nicht. Also die Diskussion gab's einfach gar nicht. Also und da wurde auch nicht diskutiert, da war sie wirklich sehr bestimmend und das war dann endgültig so.

V: Ja, also Gäste durfte ich jederzeit mitbringen. Also war auch kein Problem übers Wochenende. Wenn ich gesagt hab "meine Freundin möchte gerne da bleiben übers Wochenende", das war überhaupt kein Problem. Oder als ich dann schon älter war und irgendwelche Partys waren, war es wirklich so, dass da fünf, sechs Leute in meinem Zimmer übernachten durften, ohne dass (lacht) es zur Eskalation kam daheim – also dass der Haussegen schief hing, also das war dann einfach selbstverständlich.

V: Also nicht nur in materieller Hinsicht, dass sie da großzügig war, sondern...

V: Also ich hatte nicht, also so ne richtige Beziehung hatte ich nicht zu meinem Vater. Der war irgendwie auch nie vorhanden im Prinzip. Und wenn, dann hat er sich eigentlich auch nicht eingemischt. Also mir fällt eher so "abwesend" ein, ah sehr fleißig und arbeitsam, also der hat halt sehr viel gearbeitet und war dann halt einfach müde abends und das war, der war dann auch gar nicht für uns da in irgendeiner Hinsicht. Das fällt mir dazu ein.

V: Ich weiß gar nicht, wie ich das richtig beschreiben soll. Hätte ich darüber nachdenken müssen vorher (lacht).

V: (lacht) Besser nicht! Also ich weiß, er, also als Kind hat er viel mit uns noch unternommen. Also wir waren da viel zum Beispiel am Wochenende dann noch wandern, am Bodensee Fahrrad fahren, also er hat sich wirklich Mühe gegeben, dass dann auch so ah ja so was wie ne Art Urlaub oder Abwechslung entstand vom Alltag, weil, meine, also wir waren nie im Urlaub, also das kenne ich gar nicht bis ich sechzehn war und dann in so ein Kinderlandverschickungsheim nach England geschickt worden bin, aber vorher gab's einfach keinen Urlaub. Also das war so, dass dann halt so diese Wochenendausflüge, mal so tageweise für uns so eine Art Ersatz waren. In die Berge zum Wandern oder so. Das hat uns eigentlich auch großen Spaß gemacht. Also das hat er gern mit uns unternommen. Also er hat dann auch so gefragt "ja, was wollt ihr denn machen am Wochenende?" Also so eher freizeitmäßig.

V: Ja, er kam auch nie mit. Zum Beispiel Einschulung oder sonst irgendetwas, also solche Ereignisse, war mein Vater gar nicht da oder auch prinzipiell so Elternabende war dann meine Mutter zuständig, also das hat ihn alles nicht so interessiert. Und sonst sind ja, was man so mitgekriegt hat von den Klassenkameraden, immer beide Elternteile hingegangen und bei uns war es halt generell nur die Mutter eigentlich und, also zuständig für Schule war meine Mutter mehr oder weniger (lacht etwas).

V: Das ist eher so ein allgemeiner Eindruck. Also ein Erlebnis weiß ich allerdings noch sehr gut. Der hat mal so im Scherz gesagt zu mir "Wenn dir dein Zeugnis nicht passt", das war am letzten Schultag "dann gib's halt einfach zurück!" (lacht). Was zu einem großen Eklat geführt hat in der Schule, weil ich das tatsächlich gemacht hab in der zweiten Klasse. Da war ich mit einer Note nicht einverstanden. Und hab dann zum Lehrer gesagt, nee das könnte nicht sein, also da fühlte ich mich zu schlecht bewertet und hab gesagt, das würde ich so nicht mit nach Hause nehmen und hab's ihr dann einfach dagelassen und bin zur Tür rausmarschiert (lacht).

V: Ja, und dann kam ich daheim an und hab natürlich die Geschichte erzählt. Und meine Mutter hat erst mal geschluckt und wusste dann auch nicht so recht was sie machen sollte, musste dann aber doch lachen, weil ich das gemacht hab und da war mein Vater etwas überfordert, weil er das halt nie gedacht hätte (lacht). Und ich hab das halt für bare Münze genommen und hab gesagt "Also du hast das heute morgen zu mir gesagt!" und da hab ich mich jetzt darauf berufen, weil plötzlich natürlich die Lehrerin vor der Tür stand mit dem Zeugnis und ich gesagt hab, das würde mich nichts angehen.

V: Die kam dann nach Hause und hat das dann abgegeben das Zeugnis bei uns und mein Vater und ich haben dann beide in die Luft geguckt und haben so getan, als ob uns das Zeugnis nichts angeht, obwohl er eigentlich ursprünglich dafür verantwortlich war, ich es ausgeführt habe und meine Mutter musste es dann ausbaden (lacht) und hat gesagt, sie regelt das dann.

V: Nee ich hätte es nicht angenommen, aber meine Mutter hat es angenommen und hat gesagt, das wäre dann schon okay. Also er hat dann manchmal so Dinge einfach, ich weiß nicht, also eher unbewusst, er hat das halt so gesagt, einfach dahergesagt und wir haben es dann wirklich auch so gemacht. Und das, oder ich hab's dann so gemacht, und das war dann nachher nicht so erwünscht. Wobei es keine Konsequenzen hatte, also ich wurde deswegen nicht bestraft in irgendeiner Hinsicht, aber wir saßen halt dann beide so hm (guckt wahrscheinlich in die Luft). Das Thema wäre jetzt erledigt.

Vermeidender Patient

P: (holt tief Luft) Ich würde es erst mal als „nah“ und „eng“ bezeichnen.

P: Es fällt mir schwer.

P: Wütend oder beschützend halt irgendwie. Wütend, beschützend, heute würde ich eher sagen, vielleicht nicht so gluckenhaft auch.

P: Eine konkrete Szene?

P: Also ne, bestimmte Szene fällt mir da nicht ein, etwas ganz Konkretes. Ich weiß halt nur, wenn ich irgendwas hatte, bin ich immer zu der gekommen und hab mich von ihr trösten lassen. So was. Aber ich hab da kein konkretes Erlebnis jetzt. Kann ich nicht sagen...

P: So die Atmosphäre hätte ich gesagt, ja. Aber ich kann da jetzt kein spezielles Ereignis sagen, irgendwie festmachen an was.

P: Also es kommt ja so ungefähr in die gleiche Richtung. Was mir vielleicht einfallen würde, wir sind früher an den Wochenenden gern in so ein Freibad gefahren, das war wohl Mode, so Wellenbäder, ja. Und da hatte ich furchtbare Angst gehabt und hab mich total an meine Mutter geklammert. Das weiß ich noch. Also so was würde mir da eigentlich einfallen. Sonst eigentlich nichts so.

P: Das wäre das Beispiel dafür.

P: Nee, da müsste ich wahrscheinlich zwei Stunden nachdenken, im Prinzip nicht.

P: Ich kann da keine konkreten Erlebnisse anbieten. Das sind nur einfach solche atmosphärische Stimmungen. Sie hat eben immer die Familie zusammenhalten wollen oder die Kinder halt auch. Und auch später, das hat's glaube ich auch ausgemacht, dass ich nach dem Studium einen Job gefunden hab, woanders, hier in Stuttgart halt jetzt. Das hat sie eigentlich so gesagt, wahrscheinlich wollte sie ihre Kinder, dass die irgendwie halt in der Nähe bleiben. Also.

P: Nein, überhaupt nicht (lacht). Genau das Gegenteil. Keiner ist da. Meine Mutter ist, auch so, das kommt später.

P: Die ist halt vor fünf, ja vor fünf Jahren gestorben. Also. Aber da waren schon alle schon, was heißt schon, da waren halt alle aus dem Haus.

P: Was soll ich da sagen?

P: Mir fällt da im Moment überhaupt nichts ein.

P: Ich wüsste jetzt nicht, was ich da sagen soll, ganz ehrlich.

P: Schon väterlich, ja. Also nicht streng oder so was. Ich hab kein so inniges Verhältnis mit ihm gehabt. Ich konnte mit dem nicht reden wie mit meiner Mutter, nicht?

P: Was halt nicht so war, es war halt nicht so ein Vertrauensverhältnis. Kein so vertrauensvolles Verhältnis vielleicht. Er hatte Verständnis dafür, wenn's mir mal nicht so gut ging oder ich Angst hatte vor irgendetwas. Konkretes Beispiel. Gott!, Hab ich da auch keins.

Verwickelte Patientin

P: Am liebsten würde ich sagen, es gab keine Beziehung.

P: Es war enttäuschend.

P: Verletzend

P: Viel Wut war im Spiel.

P: Hmhm Liebe auch.

P: Ja. Und zwar ah, dass meine Mutter mir mal gesagt hat "du kannst froh sein, dass du auf der Welt bist. Ich habe dir das Leben geschenkt, das reicht ja wohl". Und mir eine Rechnung aufgestellt, das was ich ihr bis dahin gekostet hab und mich gefragt hat, wie ich denke, ihr das zurückzubezahlen. Ah...

P: Mit dieser Rechnung.

P: Zehn.(Jahre war ich alt)

P: Ich sehe sie vor mir, wie sie das auflistet und ich weiß, da kam ein Betrag so um die zehntausend Mark raus. Und ich war so entsetzt und dann hat sie mich ange- und gesagt "Und wie gedenkst du das zurück zu bezahlen?" Und ich war so verzweifelt, dass ich dann irgendwann gesagt hab "Ach weißt du was, ich arbeite das ja ab". Und dann hat sie gesagt "Ja, das meine ich ja wohl auch". Und ich kann mich an diese Verzweiflung erinnern, dass das erstens meine eigene Mutter mir so was sagt, ja? Mein Zwillingbruder hat auch diese Rechnung gekriegt. Der hat ganz anders reagiert. Also wie die da mit mir fertig war, dann sagte mein Zwillingbruder "Kannst mir auch mal meine Rechnung aufstellen". Und das hat die dann auch gemacht. Und dann hat der Ralf die zerrissen und hat gesagt "Weißt du Mama, ich habe dich nicht darum gebeten, mich zu kriegen. Dann sehe mal zu, wie du das Geld kriegst, nicht?" Dann ist der gegangen. Das war für ihn fertig dann. Und ich habe das pah wochenlang mit mir rumgeschleppt. Die- dieses Schuldgefühl, ja, meiner Mutter was wegzunehmen. Auch wenn's nur Geld war. Ah, und sie signalisierte mir ja dann damit auch ah, pff, "ich wollte dich eigentlich nicht" und "du bist eine Belastung" und...

P: Ich hab, ah, in dem Alter zwischen drei und fünf Jahren natürlich versucht, meine Mutter in den Arm zu nehmen, ein bisschen Liebe zu erhalten, Streicheleinheiten. Und meine Mutter hatte wahnsinnig lange Fingernägel. Das heißt, wenn, wenn die mich dann angefasst hat, das tat richtig weh. Die war also nicht vorsichtig mit mir, die tat mir richtig weh, wenn sie mich gewaschen hat, wenn sie mir die Haare ausgekämmt hat. Das war immer so mit Wut verbunden, ah, dass jede Berührung, die ich von meiner Mutter erhielt, mir wehgetan hat. Richtig wehtat. Und ich dann natürlich irgendwann auch mal aufgehört hab, ah, das zu wollen.

P: Meine Mutter kriegte immer cholerische Anfälle, sobald sie genug getrunken hatte. Den Zusammenhang hatte ich schnell raus. Sehr schnell raus. Und hab dann natürlich erst mal versucht, sie vom Trinken abzuhalten, das war okay, eigentlich utopisch, aber ich hatte ja damals die Vorstellung, wenn sie nicht trinkt, dann ist sie lieb. Ah, war nicht möglich. Und dann hat die direkt einen Rundumschlag gemacht, habe ich immer gesagt. Die hat also sich nicht nur mit mir gezankt, sondern mit allen drei gezankt. Das war Krieg pur bei uns. Das heißt besonders bei den Mahlzeiten. Ob Mittagessen, Frühstück, Abendbrot, das war immer mit wahnsinnig viel Ärger verbunden und Aggression. Ich, ich, lieb habe ich meine Mutter höchst selten erlebt.

P: Liebe in dem Sinne, dass, ja nicht auf mich bezogen, muss ich dabei sagen, sondern auf meinen Bruder bezogen. Der Älteste. Der Klaus wurde verhätschelt, getätschelt, der kriegte alles, was er haben

wollte. Ah dass ich nachher wirklich meine Mutter gefragt habe "Hör mal, bin ich eigentlich dein Kind oder bin ich adoptiert worden?". Weil ich diesen Unterschied sah, diesen krassen Unterschied. Und ich habe nicht eher Ruhe gegeben, bis meine Mutter mir meine Geburtsurkunde gezeigt hat. Ich war also fest davon überzeugt, ich bin gar nicht ihr Kind.

P: Sauer: wie immer (hat sie reagiert). Das war klar, aber das war mir so wichtig. Ich hab dann die Oma auch noch mal gefragt "Sag Oma bist du sicher, dass ich von der Mama bin?" Und die hat gesagt "Ja, ich war bei der Geburt dabei, das ist schon richtig". Hab ich gesagt "Kann ich mir gar nicht vorstellen".

P: Mein Vater. Ahm, Er hat mich geliebt, ah, er hat mich wahnsinnig enttäuscht, allein gelassen, er hat mir nicht geholfen, er hat mich hilflos da stehen lassen. Viel versprochen, nichts gehalten. Und an der Situation nichts geändert, so dass mich das wahnsinnig wütend gemacht hat.

P: Ha, da fällt mir viel dazu ein (lacht). Da ich das einzigste Mädchen war und er sich immer ein Mädchen gewünscht hat, war er derjenige, der mich bis ja bis zum zwölften Lebensjahr, ja mal in den Arm genommen hat, ah, mir dann auch Streicheleinheiten gegeben hat, das war aber immer damit verbunden, dass meine Mutter also total eifersüchtig war und von, von meines Vaters Seite her war das sehr angenehm, aber ich wusste, dass ich auf der anderen Seite dann wieder von meiner Mutter wahnsinnigen Druck erhalte. Also habe ich das so ziemlich heimlich entweder gemacht oder, ah, halt wenn's gar nicht mehr ging, mir's geholt. Aber halt mit dem Aspekt "du kriegst wieder Ärger". Ah, ab dem zwölften Lebensjahr hat sich das schlagartig geändert. Er hat versucht, mich zu vergewaltigen während einem Spaziergang. Und von dem Tag an hat mein Vater kein Wort mehr mit mir gesprochen. Es gab keine Umarmung mehr, es gab nichts mehr. Also mein Vater ist dann mit mir eigentlich genau so umgegangen, ja, wie meine Mutter (holt tief Luft). Ich wurde wie Luft behandelt. Ahm, durfte den Haushalt führen, durfte funktionieren, aber das war halt alles! Das war natürlich sehr enttäuschend für mich.

P: Zwölf.(Jahre war ich alt)

P: Mit "nichts ändern an der Situation" war zum Beispiel, dass ich mal die Flaschen gesammelt habe, die meine Mutter so über den Tag getrunken hatte, aus der Not heraus, weil ich wusste, diese, dieser Missbrauch von dem Alkohol und ihre Aggression hängen zusammen. Dann habe ich die abends, wo mein Vater von der Schicht kam, auf den Tisch gestellt und am Tag nachher "Das alles trinkt deine Frau. Wann gedenkst du endlich einmal was dagegen zu unternehmen? Das kann man hier nicht mehr aushalten". Und er nimmt die Flaschen, schmeißt sie in den Mülleimer und sagt "Das ist nicht dein Problem". Und so hat er uns immer hängen gelassen. Mich hängen lassen, die andern hängen lassen. War sehr enttäuschend natürlich auch. Weil er der einzigste war, den ich um Hilfe bitten konnte in der Situation.

P: Ja. nichts geändert, richtig.

P: Ah, Ich konnte von meinem Vater keine Unterstützung erwarten. Ich weiß, er hat einmal, ich kam ja nicht zum Spielen raus, weil ich den Haushalt machen musste. Meine Mutter war nicht mehr in der Lage dazu, also musste ich einspringen. Und ich habe einmal wohl mit ner Freundin oder irgendwann mit ner Schulkameradin gesprochen darüber, dass ich so gerne spielen wollte, endlich mal spielen wollte. Ich habe also viel vor dem Fenster gestanden und habe den Kindern beim Spielen zugeguckt, wenn ich am Putzen war. Wollte natürlich auch raus. Und das ist bis zum Lehrer vorgedrungen und der hat ihn dann kommen lassen, meinen Vater und hat ihm das wohl gesagt, und ich kam von der Schule und bah der war so wütend und hat nur gesagt "Du willst spielen? Du kannst spielen". Und treibt mich aus dem Haus raus und hat gesagt "Du kommst erst rein, wenn's dunkel wird" und macht die Tür zu. Und pah, ich wusste überhaupt nicht was ich machen sollte, weil ich kannte mich in diesem Dorf nicht aus. Ich war bis dahin so gut wie gar nicht draußen. Und war am Weinen und da kommt mein Zwillingbruder und sagt "Was machst du denn hier draußen?" und ich hab gesagt "Papa hat gesagt, ich soll spielen gehen und ich weiß nicht wohin. Was macht man denn da?" Und dann hat er gesagt "Ach komm mal mit". Und ist mit mir bis zur Kirche gegangen und abgehauen. Der war weg, ich stand an der Kirche und wusste nicht mehr nach Hause zu kommen und hatte Panik. Hab dann aber eine Frau getroffen, die mich wohl kannte, die hat mich dann bis nach Hause gebracht. Ich hab dann geklingelt und war fix und alle und mein Vater kommt an die Tür und ich habe gesagt "Ich will nicht mehr spielen, lass mich rein". Und er macht mir die Tür vor der Nase zu und hat gesagt "Du kommst erst rein, wenn es dunkel wird. Du sollst spielen". Und macht mir die Tür vor der Nase zu. Ergebnis war, dass ich dann halt, ja, auf der Treppe gesessen hab, und hab gewartet bis es dunkel wurde, dass ich endlich rein kam. Und hab ihn nie wieder gefragt.

D.5 Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Name: Annegret Martin
 Geburtsort: Saalfeld/Saale
 Geburtsdatum: 18. 11. 1978

SCHULAUSBILDUNG:

- 1985 – 1987 Grundschule: Julius-Fucik-Schule / Saalfeld
- 1987 – 1991 Grundschule: Geschwister-Scholl-Schule / Saalfeld
 - *Russischklasse* -
- 1991 – 1992 Heinrich-Böll-Gymnasium / Saalfeld
- 1992 – 1997 Kaspar-Zeuss-Gymnasium / Kronach
 - *neusprachlicher Zweig* -
- 1997 – 1999 Frankenwald-Gymnasium / Kronach
 - *Abitur (Leistungskurse: Biologie, Französisch)* -

STUDIUM

- 1999 – 2004 Medizinstudium / Friedrich-Schiller-Universität Jena
 - *Sommer 2001: Physikum* -
 - *Sommer 2002: 1. Staatsexamen* -
 - *Herbst 2002 –Herbst 2003: zwei Urlaubssemester zur Fertigung der
 Doktorarbeit* -
 - *seit Herbst 2003 Fortführen des Studiums* -
- Seit Herbst 2000 Studium der Psychologie im Zertifikatsstudiengang / FSU Jena

Jena, den

D.6 Danksagung

Für ihr mittel- oder unmittelbares Beitragen zum Gelingen dieser Arbeit gilt folgenden Personen mein HERZLICHER DANK! :

Prof. Dr. B. Strauß, für die unkomplizierte, freundliche und fachkundige Unterstützung.

Dipl. Psych. H. Kirchmann und v. a. Dr. phil. U. Berger für die kritische und geduldige Beratung bei Fragen zu den zahlreichen Hürden bei der Auswertung der Statistik.

Dr. phil. A. Buchheim für die Bereitstellung der Transkripte des Adult Attachment Interviews sowie die Auswahl und das Nachsprechen der prototypischen Ausschnitte.

Der Akademie für Psychotherapie in Erfurt, namentlich Prof. Dr. Michael Geyer und Dipl.-Bw. Christian Geyer, für die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Lehrveranstaltungen die Versuche durchzuführen.

Allen TherapeutInnen und TherapeutInnen in Ausbildung, die die ihre knappe Zeit geopfert haben, und bereit waren, an dem Versuch teilzunehmen.

Dr. phil. K. Leppert, Dr. phil. S. Philipp, Dipl. Psych. C. Beyer und Prof. Dr. B. Strauß für die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Psychologieseminare die Versuche durchzuführen.

Allen Medizinstudenten, die diesen Versuch interessiert mitgemacht haben.

Meinem Freund und sehr guten Menschen: Michael, für die wunderbare Zeit, die ich mit ihm verbringen durfte und darf und sein verständnisvolles und unterstützendes Mit-Mir-Durchstehen der vielen Rückschläge beim Erstellen dieser Arbeit.

Meinen lieben Freunden: Maike, Ute, Markus, Elisabeth, Attila, Gert, Manu, Viola, Bartold und Wickleins dafür, dass sie immer für mich da sind, und mir während der schwierigen Phasen bei der Erstellung dieser Arbeit Mut, Zuversicht und auch Anerkennung zugesprochen haben.

Meiner Familie: Helga, Willy, Antje und Julia für ihr Vertrauen in mich und fleißiges Korrekturlesen.

Meinem Vater Robert Martin für die finanzielle Versorgung trotz der für ihn schwierigen gesundheitlichen und beruflichen Situation.

Meiner „Lieblings-WG“: Frank, Anja und Dipl. Psych. Sven für die ruhige, freundschaftliche Atmosphäre und Letzterem auch für praktische Tipps und Offenheit für Fragen, die sich im Zuge dieser Arbeit ergaben.

D.7 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,
- mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. B. Strauß, Dr. phil. A. Buchheim, Dipl. Psych. H. Kirchmann, Dr. phil. U. Berger.
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und
- dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, den