

**Bindungscharakteristika und Therapieerfolg nach stationärer
Gruppenpsychotherapie**

**Dissertation
Zur Erlangung des akademischen Grades doctor medicinae
(Dr. med.)**

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

von
Juliane Sachse
geb. am 30.11.1975 in Zwickau

Gutachter 1: Prof. Dr. phil. B. Strauß

Gutachter 2: Prof. Dr. med. Sauer

Gutachter 3: Prof. Dr. Brähler

Tag der öffentlichen Verteidigung: 21.01.2003

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
A Verzeichnis der Abkürzungen	4
1. <u>Bedeutung der vorliegenden Arbeit</u>	5
2. <u>Theoretischer Hintergrund</u>	6
2.1. <u>Die Bindungstheorie</u>	6
2.1.1. Grundlagen der Bindungstheorie	6
- Bindung im Kindes- und Erwachsenenalter	7
- Transgenerationale Übertragung von Bindung	9
2.1.2. Klinische Anwendung	9
- Bindungsmuster in verschiedenen diagnostischen Gruppen	9
- Bindungsforschung und Indikationsstellung zur Psychotherapie	10
- Prognostische Bedeutung von Bindungsmustern für den Therapieerfolg	10
2.2. <u>Die Interpersonale Theorie</u>	11
2.2.1. Grundlagen	11
2.2.2. Anwendung des Interpersonalen Modells	12
- Interpersonale Probleme in der Psychotherapie	12
- Bindungsstil und Interpersonale Probleme	13
2.3. <u>Psychotherapieforschung</u>	14
2.3.1. Überblick über die Gruppentherapieforschung	14
- Indikationsforschung	14
- Ergebnisforschung	14
- Prozess- und Wirkfaktorenforschung	15
2.3.2. Die „Kieler Studie“ zur Langzeitgruppentherapie	16
- Therapiekonzept	16
- Konzept der Studie	17
3. <u>Problemstellung</u>	18

3.1. <u>Zielstellung</u>	18
3.2. <u>Hypothesen</u>	19
3.2.1. Anteil der Sicherheit am Bindungsstil	19
3.2.2. Verteilung der Bindungsmuster	19
3.2.3. Beeinflussung des Behandlungsergebnisses durch den Bindungsstil	19
3.2.4. Veränderung der Interpersonalen Probleme	19
3.2.5. Bewertung der Gruppe	20
3.2.6. Geschlechterverteilung der Bindungsmuster	20
3.2.7. Veränderung der Symptome	20
4. <u>Methoden und Stichprobe</u>	21
4.1. <u>Stichprobe</u>	21
4.1.1. Beschreibung der Stichprobe	21
4.2. <u>Methoden</u>	24
4.2.1. Erwachsenen – Bindungsprototypen – Rating (EBPR)	24
4.2.2. Gießen – Test	25
4.2.3. SCL90R	25
4.2.4. IIP	25
4.2.5. State – Trait – Angst – Inventar	26
4.2.6. Narzißmusinventar	27
4.2.7. Fragebogen zur Konfliktbewältigung	27
4.3. <u>Erfolgskriterien</u>	27
4.4. <u>Bewertung der Gruppe</u>	28
4.4.1. Wirkfaktorenbogen nach Yalom	28
4.4.2. Behandlungseinschätzung nach Froese	29
4.4.3. Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen nach Davies- Osterkamp	29
5. <u>Ergebnisse</u>	30
5.1. <u>Anteil der Sicherheit am Bindungsstil</u>	30
5.2. <u>Verteilung der Bindungsmuster</u>	30

5.3.	<u>Beeinflussung des Behandlungsergebnisses durch den Bindungsstil</u>	31
5.4.	<u>Veränderung der Interpersonalen Probleme</u>	32
5.5.	<u>Bewertung der Gruppe</u>	34
5.6.	<u>Geschlechterverteilung der Bindungsmuster</u>	36
5.7.	<u>Veränderung der Symptome</u>	37
6.	<u>Diskussion</u>	43
6.1.	<u>Diskussion im Zusammenhang</u>	43
6.2.	<u>Diskussion und Ausblick</u>	48
7.	<u>Zusammenfassung</u>	51
8.	<u>Literatur</u>	52
9.	<u>Anhang</u>	59

A Verzeichnis der Abkürzungen

Abb.	Abbildung
d.h.	das heißt
div.	divers
EBPR	Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating
et al.	et alii
FKS	Fragebogen zur Konfliktbewältigung
IIP	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme
NI	Narzissmus-Inventar
o.g.	oben genannt
s.	siehe
SCL-90-R	Symptom-Check-List-90-R
sog.	sogenannt
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
Tab.	Tabelle
UEBADO	Überregionale Basisdokumentation
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

1. Bedeutung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur Psychotherapieforschung, die sich in den letzten Jahren enorm weiter entwickelt hat. Eine wichtige Richtung ist die Indikationsforschung, die dabei helfen soll, die richtige Therapie für jeden Patienten festzulegen. Auf dem Gebiet der Gruppentherapie entwickelte sich die Wirkfaktorenforschung weiter, die sich mit der Bedeutung spezifischer Therapiebestandteile beschäftigt. Auch die Bindungstheorie, die von Bowlby entwickelt wurde, erwies sich in jüngster Zeit für die Psychotherapie zunehmend als wichtig. In diesem Kontext wurden Studien durchgeführt, die zur Entwicklung einer spezifischen Bindungstherapie beitragen sollen (z.B. Brisch, 1999). Andere Untersuchungen gingen auf die Prognose von Patienten mit unterschiedlichen Bindungsmustern ein und kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In diese Untersuchungen ist die vorliegende Arbeit einzuordnen. Es ist das Ziel der Arbeit, einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung in der Psychotherapie zu leisten und zu untersuchen, ob eine spezielle Untersuchungsmethode (Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating) auch für einen Routineeinsatz in der Psychotherapie geeignet ist.

Dieser Arbeit liegt die sogenannte „Kieler Gruppenpsychotherapiestudie“ zugrunde, die Patienten in einer psychodynamisch orientierten Langzeitgruppentherapie untersuchte. Es wird die Frage analysiert, ob Patienten mit bestimmten Bindungsmustern besonders dieser Therapie profitieren und ob es Patienten gibt, die für diese Therapieform eher ungeeignet sind. Weiterhin beschäftigt sich die Studie mit der subjektiven Bedeutung unterschiedlicher Wirkfaktoren für Patienten der mit unterschiedlichen Bindungsmustern.

Mit der vorliegenden Untersuchung soll eine Verbindung zwischen Wirkfaktorenforschung, Bindungsforschung sowie Indikationsforschung hergestellt werden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Die Bindungstheorie

2.1.1. Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungsforschung entwickelte sich aus der Entwicklungspsychologie, deren bedeutende Vertreter, Sigmund Freud und Adolf Mayer, die Meinung vertraten, dass in der Kindheit die Ursachen für psychische Gesundheit und Krankheit liegen. Während Freud jedoch von fantasierten Konflikten ausging, beschäftigte sich Mayer mit dem Einfluss von tatsächlichen Begebenheiten, die erst wieder von John Bowlby aufgegriffen wurden (Bowlby, 1996).

Die Bindungstheorie wurde durch den Psychoanalytiker und Psychiater John Bowlby (1907-1990) entwickelt. Er verfasste 1948 im Auftrag der WHO einen Bericht über heimatlose Kinder in Europa nach dem II. Weltkrieg und untersuchte die Auswirkung von Mutter- Kind-Trennungen. Der Bericht wurde unter dem Titel "Maternal Care and Mental Health" veröffentlicht (Bowlby, 1951).

Die ersten Formulierungen seiner Bindungstheorie waren Gegenstand von drei Vorträgen vor der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft, die jeweils ein Jahr später veröffentlicht wurden (Bowlby, 1958, 1960a, 1960b). Darin brachte er auch ethologische Begriffe ein, beeinflusst durch Tierexperimente zum Kontaktverhalten von Harlow und Lorenz (Bowlby, 1984). Bowlby stellte dabei fest, dass Bindung ein natürlicher Prozess sei, der weder von Sexualität noch von dem Bedürfnis nach Nahrung beeinflusst würde (Bretherton, 1997). Als bedeutend für die emotionale Entwicklung stellte er weniger fantasierte Konflikte in den Vordergrund, sondern die realen Begebenheiten, die das Kind tatsächlich erlebt hatte. Dies brachte ihm zunächst Unverständnis von Seiten seiner psychoanalytischen Kollegen ein, da er damit wesentliche Dogmen der Psychoanalyse in Frage stellte.

In der Trilogie „Bindung“, „Trennung“, „Verlust, Trauer und Depression“, die in englischer Sprache zwischen 1969 und 1980 erschien, formulierte er seine Theorie. Daraus lassen sich folgende Grundannahmen ableiten:

1. Die Erfahrung der Präsenz einer primären Bindungsperson schützt vor Angstentwicklung.
2. Die Beziehung zur Bindungsperson ist durch die Suche nach Nähe gekennzeichnet, die durch Trennung, Bedrohung, Krankheit oder auch Erschöpfung aktiviert wird. Dabei steht das Bindungsverhaltenssystem im Antagonismus zum Explorationsverhaltenssystem, d.h. wenn ein System aktiv ist, ist das andere deaktiviert.

3. Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit oder Verfügbarkeit der Bezugsperson entwickelt sich im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und prägt die Bildung eines inneren Arbeitsmodells (inner working model).
4. Die Erfahrungen bezüglich der Zuverlässigkeit und Empfänglichkeit der Bindungsperson sind Spiegelungen der tatsächlichen Erfahrungen (vgl. Strauß, im Druck).

Empirisch unterlegt wurde die Theorie zunächst durch die Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth, einer Schülerin Bowlbys. Später entwickelte sich die Bindungsforschung in zwei Richtungen. Die eine Richtung beschäftigt sich mit der Kleinkindforschung, die andere mit der Erwachsenenbindungsforschung.

Die Trilogie über die Bindung war von Bowlby für Kliniker gedacht, die damit einen besseren Zugang zu den Beziehungen ihrer Patienten bekommen sollten. Diese nutzten seine Theorien jedoch am Anfang nicht. Es dauerte einige Jahre, bis Bowlbys Konzepte im klinischen Kontext wieder aufgegriffen wurden (Bretherton, 1997).

Bindung im Kindes- und Erwachsenenalter

Zur Untersuchung des Bindungsverhaltens im Kindesalter wird die sogenannte Fremde Situation eingesetzt, die von Ainsworth und Mitarbeitern Ende der 60er Jahre entwickelt wurde (Ainsworth und Wittig, 1969). Dabei werden Mutter und Kind in einer standardisierten Laborsituation mehrfach getrennt und wiedervereinigt. Das Verhalten der Kinder im Alter zwischen 12 und 18 Monaten bei der Trennung und Wiedervereinigung mit der Mutter wurde beobachtet. Es gelang, vier unterschiedliche Bindungsmuster zu differenzieren: die sichere Bindung, die unsicher vermeidende, die unsicher ambivalente und als Zusatzkategorie die unsicher desorganisierte Bindung (Ainsworth und Eichberg, 1991; Bretherton, 1997).

Ausgehend von den Untersuchungen Ainsworth's beschäftigte sich die Arbeitsgruppe um Grossmann mit Unterschieden der kindlichen Bindungsqualität im Neugeborenenalter. Dabei gab es Hinweise auf die Abhängigkeit vom kindlichen Temperament (Grossmann et al., 1985). Weitere Studien zeigten die ausgeprägtere soziale Kompetenz sicher gebundener Kinder schon im Kleinkindesalter (Fremmer- Bombik und Grossmann, 1991; Suess et al., 1992). In Anforderungssituationen zeigten diese Kinder eine höhere Konzentrationsfähigkeit (Schildbach et al., 1997). Eine Bindungsstabilität konnte bisher bis zum Alter von 10 Jahren nachgewiesen werden (Wartner et al., 1994).

Befunde zur Stabilität im späteren Lebensalter sind noch widersprüchlich. Die Stabilität der Bindungsmuster nahm schon Bowlby im ersten Teil seiner Trilogie an (Bowlby, 1984). In weiteren Studien wurde diese empirisch untersucht. Main et al. (1985) fanden heraus, dass die

Bindungsmuster vom Alter von 12 Monaten bis zum Alter von 6 Jahren zu 80% stabil blieben (Main et al., 1985). Cassidy konnte zeigen, dass das Bindungsmuster von Kindern alleinstehender Mütter, die später eine Beziehung eingingen, sich von unsicher zu sicher änderte (Cassidy, 1988). Auch Rothbard und Shaver (1994) sind der Meinung, dass sich Bindungsmuster unter Stresseinwirkung zumindest temporär verändern können. Die Kontroverse diesbezüglich hält weiterhin an (Schmidt und Strauß, 1996).

Zur Bindung im Erwachsenenalter gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die auf die Studien von Mary Main und Mitarbeitern aus den 80er Jahren zurückgehen. Diese entwickelte dazu das Erwachsenenbindungsinterview (AAI = Adult Attachment Interview), das einen Zugang zum inneren Arbeitsmodell (inner working model) Bowlbys ermöglichen soll. Dabei ist vor allem die Art und Weise wichtig, wie über Beziehungserfahrungen berichtet wird, weniger der Inhalt des Gesagten (Strauß, im Druck). Main konnte - ähnlich wie Ainsworth im Kindesalter - verschiedene Bindungsmuster klassifizieren: Sicher-autonom, unsicher-verwickelt und unsicher-distanziert (Bretherton, 1997). Zusätzlich beschrieb sie eine vierte Bindungskategorie, die desorganisierte Bindung, die sich nicht in die anderen drei Gruppen einordnen ließ und meist durch unverarbeitete Traumata oder Misshandlung gekennzeichnet ist (Main und Hesse, 1990, 1992).

Inzwischen gibt es neben dem AAI weitere Klassifikationen von Erwachsenenbindung, z.B. das Vier-Felder-Schema von Bartholomew und Horowitz (1991), das die Bindungsmuster sicher, anklammernd, abweisend (gegenabhängig) und ängstlich (Angst vor Nähe) unterscheidet. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Prototypeneinteilung nach Pilkonis benutzt. Diese Klassifikation differenziert die Bindungsmuster ängstlich ambivalent und ängstlich vermeidend noch einmal. Zum ängstlich ambivalenten Bindungsstil gehören die Prototypen Übersteigert abhängig, Instabil beziehungsgestaltend und Zwanghafte Fürsorge; zum ängstlich vermeidendem Bindungsstil die Typen Zwanghaft selbstgenügsam, Übersteigertes Autonomiestreben und Antisoziale Züge (Pilkonis, 1988). Einen Überblick über weitere Zugänge zur Erwachsenenbindung geben die Arbeiten von Schmidt und Strauß (1996), sowie Buchheim und Strauß (im Druck).

Die Bindungsforschung im Erwachsenenalter beinhaltet inzwischen verschiedene Schwerpunkte: Ein Beispiel ist die Untersuchung des Zusammenhangs von Bindung und Erfahrungen in Partnerschaftsbeziehungen durch Hazan und Shaver (1987). Dasselbe Thema bearbeiteten Kirkpatrick und Davis (1994), die zusätzlich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beziehungsstabilität herausfanden. Weitere Themen der Erwachsenenbindungsforschung sind z.B. die Bindung in Gruppen, z.B. Studentenschaften (Smith et al., 1999) und Bindungsstile und ihre Bedeutung für die Psychotherapie (siehe Abschnitt 2.1.2.).

Transgenerationale Übertragung von Bindung

In einer Studie von Benoit und Parker (1994) konnte gezeigt werden, dass Bindungsstile von Kindern in 81% der Fälle durch den mütterlichen Bindungsstil vorhergesagt werden konnten, in 75% der Fälle auch durch den Bindungsstil der Großmutter (Benoit und Parker, 1994). Die transgenerationale Weitergabe des Bindungsmusters zeigte sich in einer weiteren Untersuchung von Fonagy et al. (1991), die dabei die Vorhersagbarkeit des kindlichen Bindungsstils durch das AAI bei der Mutter am Ende der Schwangerschaft überprüften. Einen Überblick über verschiedene Arbeiten zur transgenerationalen Übertragung von Bindung geben von Steele und Steele (1997).

2.1.2. Klinische Anwendung

Bindungsmuster in verschiedenen diagnostischen Gruppen

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit psychischen Störungen und Bindungsmustern beschäftigen. Pilkonis entwickelte das oben erwähnte Prototypenrating, das er zuerst bei depressiven Patienten anwandte (Pilkonis, 1988). In einer weiteren Studie untersuchte er mit seinen Mitarbeitern depressive Patienten, deren Bindungsmuster mit der Achse- II- Pathologie in Beziehung gesetzt, den Therapieerfolg voraussagen sollte. Dabei erwies sich die Achse- II- Pathologie als besserer Prädiktor für den Therapieerfolg (Pilkonis et al., 1991). Eine weitere Arbeit von Pilkonis (1998) beschäftigte sich mit Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, die ebenfalls mit Hilfe des Prototypenratings untersucht wurden. Dabei unterschieden sich die verschiedenen Subgruppen von Persönlichkeitsstörungen (vgl. Strauß, im Druck) .

Ebenfalls depressive Patienten untersuchten Carnelley et al. (1994) und kamen zu dem Schluss, dass das Bindungsmuster die spätere Beziehungsfähigkeit besser vorhersagt als die Schwere der Depression. Kobak und Cole (1994) fanden heraus, dass Patienten mit Essstörungen vornehmlich vermeidende Bindungsstrategien aufwiesen, während depressive Patienten eher ambivalent gebunden waren. Patienten, die unter Symptomen beider Krankheiten litten, wiesen beide Bindungsstrategien auf. Mehrere Studien untersuchten Bindungsmuster bei Borderlinepersönlichkeiten und kamen zu dem Schluss, dass diese Patienten sowohl Zeichen einer ambivalenten Bindung als auch für ein unaufgelöstes Trauma aufwiesen (z.B. Sperling et al., 1991; Patrick et al., 1994). Eine Übersicht über die Verteilung von Bindungsmustern in psychiatrischen Populationen findet sich bei Strauß und Schmidt (1997), sowie bei Buchheim et al. (1998).

Mit dem Zusammenhang zwischen Symptombelastung und Bindungsstil von Psychotherapiepatienten beschäftigt sich eine Untersuchung von Kasten und Schauenburg (1999). Diese stellten fest, dass ambivalent gebundene Patienten über eine signifikant höhere Belastung berichteten als vermeidend gebundene Patienten.

Dozier et al. (1999) haben in einer Zusammenstellung die Studien, die sich mit der Verteilung von Bindungsmustern in klinischen Populationen beschäftigen, zusammengefasst. Der Anteil autonom gebundener Patienten ist dabei gering, verstrickt gebundene Patienten bilden meist den größten Anteil. Ausnahmen sind dabei Patienten mit schizophrenen Störungen und antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Zusammenhänge von desorganisierter Bindung und der Entstehung von Psychopathologie finden sich in der Arbeit von Lyons-Ruth und Jacobvitz (1999). Insgesamt erscheinen die Verteilungen der Bindungsmuster in den verschiedenen diagnostischen Gruppen noch relativ unspezifisch (Strauß, im Druck).

Bindungsforschung und Indikationsstellung zur Psychotherapie

Eine wichtige Frage in der Psychotherapie bezieht sich auf die Indikationsstellung, d.h. die Entscheidung, welche Art von Psychotherapie für welchen Patienten am geeignetsten erscheint. Die Forschungen von Fonagy und Target (1997) und Fonagy (1998) können in der Zukunft möglicherweise diagnostische Hinweise liefern, die für die Indikation zu bestimmten therapeutischen Techniken wichtig sind. Die Bedeutung der Bindungsforschung für die Indikationsstellung betont Strauß (im Druck). Er hebt hervor, dass die Merkmale einer guten Mutter- Kind- Beziehung ein plausibles Modell für die Gestaltung von Psychotherapien darstellen. In einer Untersuchung von Hardy et al. (1999) wurde in diesem Zusammenhang festgestellt, dass der Therapeut mit unterschiedlichen Interventionen auf Patienten mit verschiedenen Bindungsmustern eingeht.

Prognostische Bedeutung von Bindungsmustern für den Therapieerfolg

Im Zusammenhang mit der Indikationsstellung ist die Frage relevant, ob der Bindungsstil eines Patienten aussagekräftig ist im Hinblick auf den Therapieerfolg. Bislang liegen dazu noch wenige Studien vor. In einer Arbeit von Dozier (1990) wurde festgestellt, dass Patienten mit vermeidendem Bindungsstil ein schlechteres Behandlungsergebnis aufwiesen, da sie sich der Therapie weniger öffnen konnten. Fonagy et al. (1994) fanden hingegen heraus, dass Patienten mit unsicher- vermeidendem Bindungsstil im Vergleich zu denjenigen mit unsicher- ambivalentem Bindungsstil eine bessere Prognose hatten. Die Studie von Horowitz et al. (1996) deutete hin, dass vermeidend gebundene Patienten in Kurzzeitpsychotherapien ein

ungünstigeres Ergebnis hatten. Die ersten Arbeiten zu dieser Frage sind also äußerst widersprüchlich und wahrscheinlich abhängig von der untersuchten Therapie.

Weitere Untersuchungen beschäftigten sich mit der prädiktiven Bedeutung von Merkmalen, wie sie mit dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating erfasst werden können. Die Arbeiten von Strauß et al. (1999) und Mosheim et al. (2000) ergaben, dass das Ausmaß an Bindungssicherheit den Behandlungserfolg gut vorhersagen konnte und zwar diagnoseunabhängig. Es konnten jedoch keine spezifischen Bindungsmuster auf den Therapieerfolg bezogen werden. Ein Grund dafür ist möglicherweise die geringe Patientenzahl. Bisher wurde das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating in Zusammenhang mit einem standardisierten Bindungsinterview verwendet. Ob diese Methode auch auf das klinische Anfangsgespräch anwendbar ist und in Abhängigkeit vom Bindungsstil den Behandlungserfolg eines Patienten vorhersagen kann, ist zentraler Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

2.2. Die Interpersonale Theorie

2.2.1. Grundlagen

An dieser Stelle wird auf die Interpersonale Theorie eingegangen, da Interpersonale Probleme in der Psychotherapie behandelt werden und das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating, mit dem die vorliegende Untersuchung erfolgte, auch auf Interpersonale Probleme fokussiert.

Das Interpersonale Modell geht auf die Theorien von Sullivan (1953) und Leary (1957) zurück. Sie beschäftigten sich mit der interpersonalen Dynamik, die Personen immer wieder dazu bewegt, unangepasste Beziehungsmuster zu wiederholen. Diese Muster werden meist schmerzhaft erlebt. Die Personen haben jedoch Abwehrmechanismen entwickelt, um die daraus resultierende Angst zu vermeiden. Deshalb kommt es immer wieder zur Wiederholung der Beziehungsmuster. Nach den neueren Entwicklungen der Theorie sind interpersonale Verhaltensweisen in einem zweidimensionalen Raum beschreibbar (Horowitz und Vitkus, 1986). Die erste Dimension beschreibt Zuneigung und Fürsorge. Sie reicht von feindseligem bis zu freundlichem Verhalten. Die zweite Dimension umfasst Macht, Kontrolle und Dominanz und reicht von unterwürfigem bis zu dominantem Verhalten. Dabei gehört z.B. „Tadeln“ in den Bereich der feindseligen Dominanz und „Beraten“ in den Bereich der freundlichen Dominanz. Inzwischen ist das Modell in vielen Untersuchungen bestätigt worden (vgl. Abb. 1; Horowitz et al., 1993).

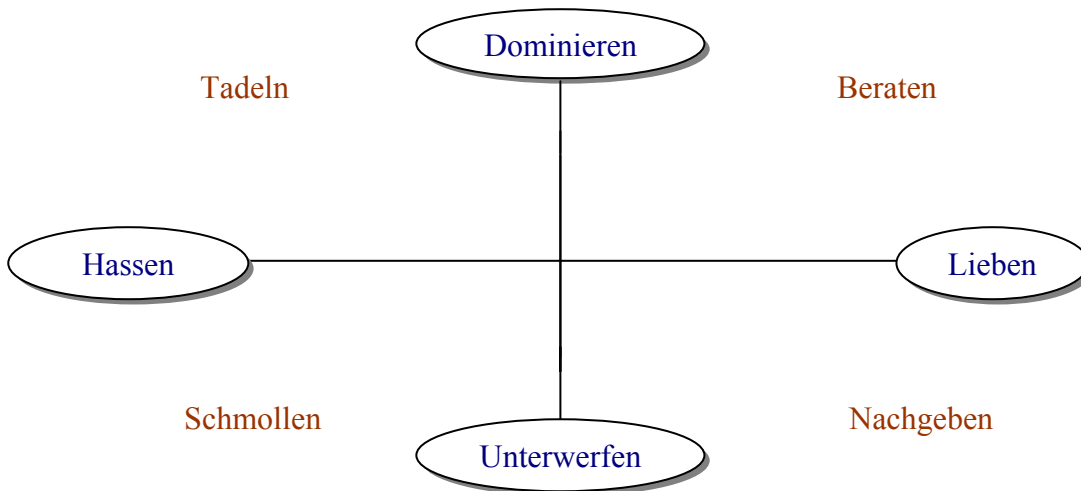


Abb. 1 Zweidimensionaler Raum (nach Horowitz et al, 1993)

Der zweite Bestandteil der Theorie sagt aus, dass zwei miteinander in Beziehung tretende Personen sich gegenseitig beeinflussen (Horowitz und Vitkus, 1986). Dabei man an, dass Verhalten komplementär ist. So wird z. B. eine Person, die getadelt wird, am ehesten mit schmollen oder mit Rechtfertigungen reagieren. Fällt hingegen die Reaktion nicht komplementär aus, entsteht Spannung. Dann muss sich entweder eine Person anpassen oder sie wird gezwungen, das Feld zu räumen. Meist sind die Verhaltensweisen jedoch komplementär. So wird beispielsweise eine Person mit freundlich-unterwürfigem Verhalten eher Unterstützung von anderen provozieren, die dann die Unterwürfigkeit aufrechterhält. Damit kommt es bei vielen Psychotherapiepatienten zu einem Circulus vitiosus, der vom Therapeuten durchbrochen werden muss (Horowitz et al., 1993). Das Komplementaritätsprinzip wurde in einigen Untersuchungen zur Erklärung der Aufrechterhaltung der Depressivität genutzt, so z.B. bei Schauenburg et al. (1995).

2.2.2. Anwendung des Interpersonalen Modells

Interpersonale Probleme in der Psychotherapie

In einigen Untersuchungen wurden die Interpersonalen Probleme der Patienten, die einen Psychotherapeuten aufsuchten, herausgestellt.

Horowitz et al. (1993) untersuchten die Interpersonalen Probleme von Patienten in der dynamischen Kurztherapie mit dem dafür entwickelten Inventar zur Erfassung Interpersonaler

Probleme (IIP). Dabei stellte sich heraus, dass häufiger Probleme aus den Bereichen „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“ diskutiert wurden. Probleme aus den Bereichen „Kälte“, „Streitsucht“ und „Dominanz“ traten dagegen seltener auf. Am ehesten besserten sich die Probleme mit „Ausnutzbarkeit“ und am wenigsten Besserung gab es im Bereich „Kälte“, „Streitsucht“ und „Dominanz“ (Horowitz et al., 1993).

Bei Strauß und Hess (1993) stellte sich beim Vergleich 2er Kliniken heraus, dass in der Klinik mit der kürzeren Behandlungsdauer ein positiver Zusammenhang zwischen Behandlungsausgang und Ausgangswert im IIP bestand. In der Klinik mit der längeren Behandlungsdauer kam man zum gegenteiligen Ergebnis. Es zeigte sich ferner, dass Therapieabbrecher weniger unter Interpersonalen Problemen litten, als Patienten, welche die Therapie regulär beendeten. Diese Studie kam ebenfalls zum Ergebnis, dass Patienten mit Problemen im Bereich feindseliger Dominanz eine schlechtere Prognose hatten (Strauß und Hesse, 1993).

In einer Studie von Strauß und Burgmeier-Lohse (1994) zeigte sich, dass im Vergleich zu anderen Indikatoren Veränderungen im IIP gering ausfielen. Eckert et al. (1997) untersuchten den Einfluss von Interpersonalen Problemen auf die Indikationsstellung und die Wahl des Setting zur Psychotherapie. Dabei stellten sie fest, dass Psychotherapie dann für indiziert gehalten wurde, wenn Interviewer und Patient in der Einschätzung von Art und Ausmaß der Interpersonalen Probleme in einem gewissen Maß übereinstimmten. Bei Problemen im Bereich „Kälte“ und „Streitsucht“ wurde den Patienten eher zur Gruppenbehandlung geraten. Bei Patienten mit sehr ausgeprägten Problemen im Bereich „Streitsucht“, „Kälte“, „Introvertiertheit“ und „Unterwürfigkeit“ wurde eher zur stationären Gruppentherapie geraten (Eckert et al., 1997).

Bindungsstil und Interpersonale Probleme

Horowitz et al. (1993) untersuchten in ihrer Studie über Interpersonale Probleme in der Psychotherapie auch den Zusammenhang mit dem Bindungsstil. Dabei benutzten sie das o.g. Vier-Felder-Schema. Sie untersuchten 77 Probanden, die gebeten wurden, einen Freund gleichen Geschlechts mitzubringen. Dadurch wurde es möglich, Selbstbeschreibung und Fremdbeschreibung zu vergleichen. Die Gruppe mit sicherer Bindung zeigte nur wenig Abweichung von der Normalbevölkerung. Die Gruppe mit abweisendem Bindungsstil zeigte gehäuft Probleme mit „übermäßiger Kälte“. Patienten mit anklammerndem Bindungsstil berichteten über eher Probleme mit „Aufdringlichkeit“. Die Fremdbeschreibung zeigte zusätzlich noch Probleme in den Bereichen „Konkurrenz“ und „Streitsucht“. Die Probanden mit ängstlich-vermeidender Bindung klagten über Schwierigkeiten im Bereich „Unsicherheit“ und

„Introversion“. Die Probanden mit abweisendem Bindungsstil schließlich berichteten über Interpersonale Probleme, die besonders schwer zu behandeln sind, nämlich „übermäßiger Kälte“, „Konkurrenz“ und „Streitsucht“ (Horowitz et al., 1993).

In der vorliegenden Untersuchung soll eine Verbindung zwischen Interpersonalen Problemen und dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating hergestellt werden mit dem Ziel, Unterschiede in der Prognose zu untersuchen.

2.3. Gruppentherapieforschung

2.3.1. Überblick über die Gruppentherapieforschung

Indikationsforschung

Die richtige Indikationsstellung hat sich als besonders wichtig für die Gruppentherapie erwiesen, da die Anzahl der Therapieabbrecher im Vergleich zur Einzeltherapie wahrscheinlich höher ist (Eckert, 1996). Dazu sollte die Prognose einbezogen werden, um zu verhindern, dass Patienten Schaden durch die Therapie nehmen bzw. keine Besserung des Befindens eintritt (Eckert, 1996). Bis jetzt gibt es noch wenige Studien, die sich mit der Frage der Indikationsstellung beschäftigten. Einen Überblick über verschiedene Untersuchungen gibt das Handbook of Group Psychotherapy (Fuhrman und Burlingame, 1994). In einer neueren Arbeit von Eckert et al. (1997) wurde der Einfluss der Interpersonalen Probleme auf die Indikationsstellung untersucht (vgl. Abschnitt „Interpersonale Probleme in der Psychotherapie“). Bisher konnten bestimmte indikativ-prognostische Merkmale herausgestellt werden, die sich als günstig bzw. ungünstig für eine Behandlung in Gruppen erweisen (Eckert, 2001). An dieser Stelle setzt die vorliegende Studie an, die die Zugehörigkeit zu bestimmten Bindungsmustern als prognostisches Merkmal untersucht.

Ergebnisforschung

Zur Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie gibt es bereits eine Fülle an Untersuchungen. Sie kamen überwiegend zu dem Schluss, dass Gruppentherapie im Vergleich zu Kontrollbedingungen ohne Behandlung effektiv und im Vergleich zur Einzeltherapie ebenbürtig bzw. sogar überlegen ist (Strauß, 1996). Fuhrman und Burlingame (1994) fassten im Handbook of Group Psychotherapy bis dahin erschienene Metaanalysen zusammen. Dabei ergaben vier Metaanalysen keine bedeutenden Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppentherapie. Es handelte sich um die Untersuchungen von Smith et al. (1980), Miller und Berman (1983), Robinson et al. (1990) und Tillitski (1990). Auch aus dem deutschsprachigen

Raum liegen viele Studien zur Wirksamkeit vor. Ein Beispiel ist die „Kieler Studie“ zur Langzeitgruppentherapie von Strauß und Burgmeier-Lohse (1994), die der vorliegenden Arbeit als Basis diente. Darin stellte sich auch die Wirksamkeit der stationären Gruppentherapie heraus. Auf die „Kieler Studie“ wird im Punkt 2.3.2. noch ausführlich eingegangen. Vor dieser Arbeit wurden schon mehrere Untersuchungen von Eckert und Biermann-Ratjen (1985) und in der DDR von Hess (1986, 1991) durchgeführt, die zu ähnlichen Ergebnissen kamen. Diese Arbeiten beschäftigten sich ebenfalls mit stationärer Gruppentherapie. Die Wirkung ambulanter Gruppentherapie wird beispielsweise derzeit in einer großen bundesweiten Studie überprüft. Erste Ergebnisse zeigten eine hohe Wirksamkeit von Langzeitgruppenbehandlung (Tschuschke und Anbeh, 2000). Einen deutlichen Vorteil in der Ökonomie der Gruppenbehandlung stellte Tschuschke (2001) in einer neuen Veröffentlichung heraus.

Trotz der Fülle an Untersuchungen gibt es noch einige Lücken auf diesem Gebiet, die sich vor allem auf spezifische Formen der Gruppentherapie beziehen (Strauß, 1996).

Prozess- und Wirkfaktorenforschung

Die Prozess- und Wirkfaktorenforschung beschäftigt sich mit der Frage, warum Psychotherapie wirkt und welche Bestandteile der Therapie für die Besserung des Befindens verantwortlich sind (Tschuschke, 1996).

Zur Untersuchung dieses Problems wurden eine Reihe von Methoden entwickelt, so z.B. der Wirkfaktorenbogen bzw. Q-Sort-Test nach Yalom, der Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen, sowie der Gruppenerfahrungsbogen und die Behandlungseinschätzung nach Froese (s. Strauß et al., 1996). Diese Instrumente dienten der Unterscheidung von besonders wichtigen Therapiebestandteilen von denjenigen Faktoren, die von den Patienten als weniger bedeutend für die Besserung des Befindens erachtet wurden. Mit Hilfe dieser Fragebögen wurden bisher einige Studien bezüglich des Gruppenprozesses durchgeführt. Dabei stellte sich z.B. heraus, dass der Faktor „Einsicht“ von erfolgreichen Patienten als hilfreich beurteilt wurde, ebenso wie der Faktor „Kohäsion“. Als nicht hilfreich gaben Patienten in fast allen Studien den Wirkfaktor „Rekapitulation der Primärfamilie“ an. Eine Ausnahme bildete die Untersuchung von Strauß und Burgmeier-Lohse (1994), in der dieser Faktor besser bewertet wurde. Einen Überblick über den Stand in der Wirkfaktorenforschung gibt Tschuschke (1996).

In der vorliegenden Arbeit soll unter anderem die Frage beantwortet werden, ob es Unterschiede zwischen Patientengruppen mit verschiedenen Bindungsmustern bezüglich der Bedeutung der einzelnen Wirkfaktoren gibt.

2.3.2. Die „Kieler Studie“ zur Langzeitgruppentherapie

Therapiekonzept

Die „Kieler Studie“ wurde zur Evaluierung der stationären analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie der Psychotherapeutischen Klinik in Kiel durchgeführt.

Die Psychotherapiestation der Universität Kiel verfügte über 8 Betten. Die Behandlung erfolgte als integrative stationäre analytisch orientierte Psychotherapie, bei der alle Aktivitäten in der Gruppe stattfinden. Fünfmal wöchentlich nahmen die Patienten an einer 90-minütigen Gruppentherapie teil. Ergänzt wurde die Gruppentherapie durch Krankengymnastik, Mal- oder Spieltherapie, Tanztherapie und Gestaltungstherapie. Einzelgespräche fanden nur vor Aufnahme und am Entlassungstag statt. Für die vorliegende Untersuchung dienten Einzelgespräche vor Aufnahme – Indikationsgespräche – als Basis.

Die Patienten bildeten eine „Slow open group“, das heißt ein entlassener Patient wurde möglichst sofort durch einen neuen ersetzt. Die Patienten litten vorwiegend unter neurotischen Störungen, Essstörungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder leichteren psychosomatischen Erkrankungen. Akut suizidale und schwerer psychosomatisch erkrankte Patienten wurden nicht aufgenommen, da deren medizinische Versorgung nicht gewährleistet werden konnte. Es wurde in der Studie auf ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis geachtet.

Die Hauptziele der Therapie entsprachen denjenigen von Janssen (1988):

- einer *„Reinszenierung im „Hier und Jetzt“ der neurotischen Konflikte und pathologischen Objektbeziehungen im multipersonalen Beziehungsfeld der Gruppensituation“*,
- der *„Einsicht in die unbewussten Konflikte und Objektbeziehungen“*,
- der Ermöglichung neuer *„Erfahrungen in den therapeutischen Beziehungen, zunehmender Toleranz für Infantiles und zunehmende Selbststärke“*,
- der *„Entwicklung neuer Handlungs- und Beziehungsmöglichkeiten im extraklinischen Feld, z.B. bei Wochenendbeziehungen“* etc.

Das Personal der Station bestand aus einem Gruppentherapeuten, einem Arzt und 3 – 4 Schwestern/Pflegern, die extravertale Therapien durchführten. Diese extravertalen Therapien beinhalteten die Anfangsfigurbesprechung, in der ein neuer Patient die Gelegenheit hatte, eine zuvor selbst gefertigte Tonfigur, die seinem momentanen Zustand entsprach, der Gruppe zu erklären. In der Mitte der Therapie konnten die Patienten eine Zwischenbilanz ziehen (Bergfest)

und am Ende formten sie erneut eine Tonfigur, mit der sie eine Bilanz der Therapie zogen. Die extraverbale Therapien wurden durch das Pflegepersonal, das über entsprechende Zusatzausbildungen verfügte, betreut. Nach jeder Gruppentherapie und extraverbale Therapie tauschten Gruppentherapeut und Pflegepersonal Informationen aus, zweimal wöchentlich erfolgten ausführlichere Stationskonferenzen. Alle an der Therapie beteiligten Personen nahmen zusätzlich an externen Supervisionen teil (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994).

Konzept der Studie

Das Ziel war es, das Setting der Kieler Psychotherapiestation im Rahmen einer „naturalistischen Psychotherapiestudie“ über einen vorher festgelegten Zeitraum begleitend zu untersuchen. Dabei wurden folgende Fragen bearbeitet:

1. Evaluation und Wirkfaktoren
2. Fragen zu Indikation und Prognose
3. Fragen zum Zusammenhang von Prozess und Ergebnis
4. Fragen zur Gruppenentwicklung
5. Fragen zur therapeutischen Technik bzw. zum Therapeutenverhalten
6. Fragen zum Zustandekommen attribulierter Wirkfaktoren
7. Entwicklung von Fallkonzeptionen unter Berücksichtigung empirischer und klinischer Befunde
8. Erprobung von Instrumenten, Basis für vergleichende Untersuchungen in verschiedenen Behandlungseinrichtungen

Eine Übersicht über die verschiedenen verwendeten Untersuchungsmethoden gibt Tab. 2 im Abschnitt „Stichprobe und Methoden“ (Punkt 4.1.1).

Für die vorliegende Studie wurden die Daten von 34 Patienten benutzt, die in einem Zeitraum von ca. 2 Jahren stationär behandelt wurden. Die meisten Patienten hatten einen langen Leidensweg hinter sich und vielfältige Erfahrungen mit Psychotherapie.

Es wurden bestimmte Erfolgskriterien für die Therapie festgelegt. Einen Überblick darüber gibt Tab. 3 im Abschnitt „Stichprobe und Methoden“ (Punkt 4.3.). Die meisten Patienten erreichten eine Besserung der psychischen Symptome (gemessen mit State-Trait-Angst-Inventar und Symptom-Check-List-90R), sowie eine Stabilisierung des Selbst (untersucht mit Narzissmus-Inventar). Weniger als die Hälfte erreichten das Erfolgskriterium im Fragebogen zur Konfliktbewältigung und im Gießen-Test. Nur ein Fünftel berichtete über eine deutliche Reduktion der Interpersonalen Probleme; in der Katamneseuntersuchung wurde aber eine

weitere Reduktion deutlich. Weiterhin gaben bei Entlassung 55% in Übereinstimmung mit dem Therapeuten an, dass die Therapie ziemlich oder sehr hilfreich war. Für individuumsorientierte Erfolgskriterien konnten folgende „Erfolgsraten“ herausgestellt werden: Therapieziele/Patient – 35%; Therapieziele/Therapeut – 42%; Individuelle Beschwerden – 55%, dabei in 35% deutliche Diskrepanzen zwischen Therapeut und Patient (Strauß, 1996).

Es erfolgte eine Einteilung nach Therapieerfolg in drei Gruppen: Patienten, die maximal 3 von 10 Erfolgskriterien erreichten (n=8; kein bzw. geringer Erfolg), Patienten, die 4-6 Kriterien erreichten (n=11; mittlerer Behandlungserfolg) und Patienten, die mehr als 6 Kriterien erfüllten (n=9; deutlicher Behandlungserfolg) (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994).

Als Konsequenz aus der Evaluation der Langzeitgruppentherapie wurde das Behandlungssetting der Kieler Psychotherapiestation etwas verändert, z.B. die Behandlungsdauer gekürzt. Die Studie leistete einen Beitrag zur Ergebnisforschung und Wirkfaktorenforschung. Sie bildete die Basis für vergleichende Untersuchungen zwischen den einzelnen Therapieformen. Weiterhin wurde das festgelegte Inventar zur Bestimmung des Therapieerfolges bei folgenden Untersuchungen beibehalten (Strauß, 1996).

Für die vorliegende Arbeit dienten die Daten der in Kiel untersuchten Patienten einschließlich der Erfolgskriterien als Basis für eine Verknüpfung mit der Bindungstheorie.

3. Problemstellung

3.1.Zielstellung

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisten. Um jedem Patienten die optimale Therapie zu ermöglichen, ist es notwendig, die Eignung des Patienten für eine bestimmte Therapieform festzustellen. Das Ziel dieser Arbeit ist die Klärung der Frage, ob Patienten eines bestimmten Bindungstyps besonders von einer psychodynamischen stationären Gruppenpsychotherapie profitieren und damit eine gute Prognose aufweisen. Weiterhin soll die Frage beantwortet werden, ob es Patienten gibt, die anhand ihres Bindungstyps für diese Therapie ungeeignet sind. Das Erwachsenen- Bindungsprototypenrating (EBPR), die Untersuchungsmethode, die in dieser Arbeit benutzt wird, ist leicht erlernbar und in der Durchführung ökonomisch. In dieser Untersuchung wird es auf das Indikationsgespräch angewandt und nicht auf das Bindungsinterview. Dabei soll festgestellt werden, ob ein Indikationsgespräch für die Zuordnung zu den Bindungsmustern geeignet ist.

Ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeit besteht in der Untersuchung, welche Wirkfaktoren der psychodynamischen Gruppentherapie für Patienten der unterschiedlichen Bindungsmuster bedeutend waren. Diese Fragen sollen anhand der nachfolgenden Hypothesen geprüft werden.

3.2.Hypothesen

3.2.1. Anteil der Sicherheit am Bindungsstil

Hypothese 1: In einer klinischen Population finden sich mehr unsicher gebundene Patienten als sicher gebundene Patienten.

Begründung: Sicher gebundene Patienten verfügen über adäquate Bewältigungsstrategien. Patienten mit einem geringen Teil an sicherer Bindung besitzen diese nicht. Deshalb leiden sie eher unter psychosomatischen und psychischen Erkrankungen und suchen eine Psychotherapie auf. In bisher erschienen Arbeiten fanden sich nur wenige Patienten mit einem hohem Anteil an Bindungssicherheit (Lobo-Drost, 1997; Strauß et al., 1999; Mosheim et al., 2000).

3.2.2. Verteilung der Bindungsmuster

Hypothese 2: Patienten mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster sind weniger vertreten als Patienten der anderen unsicheren Bindungsmuster.

Begründung: Ängstlich vermeidend gebundene Patienten nehmen seltener Hilfe in Anspruch. Sie sind gewöhnt, bei Problemen keine Hilfe, sondern Ablehnung zu erhalten (Bowlby, 1997).

3.2.3. Beeinflussung des Behandlungsergebnisses durch den Bindungsstil

Hypothese 3: Das Behandlungsergebnis von vermeidend gebundenen Patienten ist schlechter als das von ambivalent gebundenen Patienten.

Begründung: Vermeidend gebundene Patienten öffnen sich in der Therapie weniger als die Patienten mit anderen Bindungsmustern. Damit profitieren sie von dem therapeutischen Prozess weniger (Dozier, 1990; Strauß und Schmidt, 1997).

3.2.4. Veränderung der interpersonalen Probleme

Hypothese 4: Die Veränderung bezieht sich vor allem auf interpersonale Probleme in den Bereichen „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“. Probleme in den Bereichen „Kälte“, „Streitsucht“ und „Dominanz“ dagegen bleiben weitgehend unbeeinflusst.

Begründung: Beschwerden in diesen Bereichen sind besonders schwer therapierbar, da Patienten mit diesen Problemen sich schlecht auf andere einlassen können und auf Interventionen besonders negativ reagieren. Deshalb sind diese Beschwerden vor allem bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten anzutreffen (Horowitz et al., 1993).

3.2.5. Bewertung der Gruppe

Hypothese 5: Die Bewertung der Gruppe fällt bei vermeidend gebundenen Patienten negativer aus als bei Patienten mit anderen Bindungsmustern.

Begründung: Diese Patienten können sich nur schwer anderen Personen gegenüber öffnen und Hilfe annehmen (Bowlby, 1984; Strauß und Schmidt, 1997). Die erlernten Verhaltensmuster wiederholen sie auch in der Gruppentherapie, vermeidend gebundene bewerten die Gruppe damit schlechter als die Patienten mit anderen Bindungsmustern.

3.2.6. Geschlechterverteilung der Bindungsmuster

Hypothese 6: Frauen sind eher ängstlich ambivalent gebunden und Männer eher ängstlich vermeidend.

Begründung: Unsicher gebundene Jungen erhalten weniger Anleitung und Hilfe als unsicher gebundene Mädchen. Sie sind deshalb eher ängstlich vermeidend gebunden. Die Erziehung von Mädchen führt eher zum ängstlich ambivalenten Bindungsmuster, da unsicher gebundenen Mädchen häufig Problemlösungen abgenommen werden und sie sich deshalb auf andere verlassen. In Verlustsituationen und bei Trauer wird Mädchen eher erlaubt, Trost bei der Mutter zu suchen, als dies bei Jungen der Fall ist (Kirkpatrick und Davis, 1994; Kindler, 1997).

3.2.7. Veränderung der Symptome

Hypothese 7: Das Therapieziel wird in den einzelnen Fragebögen am häufigsten von ängstlich ambivalent gebundenen Patienten erreicht.

Begründung: Diese Patientengruppe nimmt Interventionen von anderen besser als die anderen Patientengruppen an und profitiert somit am meisten (Dozier, 1990; Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994). Dazu soll eine Differenzierung nach persönlichkeitsbezogenen und symptombezogenen Fragebögen durchgeführt werden.

4. Stichprobe und Methoden

4.1. Stichprobe

4.1.1. Beschreibung der Stichprobe

Die „Kieler Gruppentherapiestudie“ umfasste insgesamt 43 Patienten. Am Ende der Studie befanden sich noch 8 Patienten in der Therapie, die aber vollständig untersucht wurden. Für die vorliegende Untersuchung konnte nur das Material von 34 Patienten herangezogen werden.

Tab. 1 : Wichtigste Charakteristika der Stichprobe

<u>Wichtigste Charakteristika der Studie</u>	
1. Alter	Größter Teil zwischen 20 und 30 Jahren
2. Geschlecht	männlich 15 (44 %) weiblich 19 (56 %)
3. Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme	Im Durchschnitt ca. 23 Wochen
4. Diagnosen	Angstneurose 5 (15%) Hysterische Neurose 1 (3%) Zwangsneurose 4 (12%) Neurotische Depression 12 (35%) Hysterische Persönlichkeitsstörung 1 (3 %) Asthenische Persönlichkeitsstörung 1 (3%) Borderline Persönlichkeitsstörung 1 (3%) Essstörung 7 (20%) Anorexie 1 (3%)
5. Behandlungsdauer	Im Durchschnitt ca. 190 Tage
6. Gruppentherapiesitzungen	Im Durchschnitt ca. 130 Sitzungen
7. Gestaltungstherapiesitzungen	Im Durchschnitt ca. 119 Sitzungen
8. Tanztherapie	Im Durchschnitt ca. 20 Therapieeinheiten
9. Spiel- oder Malthherapie	Im Durchschnitt ca. 13 Therapieeinheiten
10. Arbeitsfähig entlassen	Ca. 74 %

Einzelgespräche fanden nur am Beginn und am Ende der Therapie statt. Diese Gespräche wurden auf Video aufgezeichnet und transkribiert. Die Anfangsinterviews zur Indikationsstellung dienen als Material für die vorliegende Untersuchung.

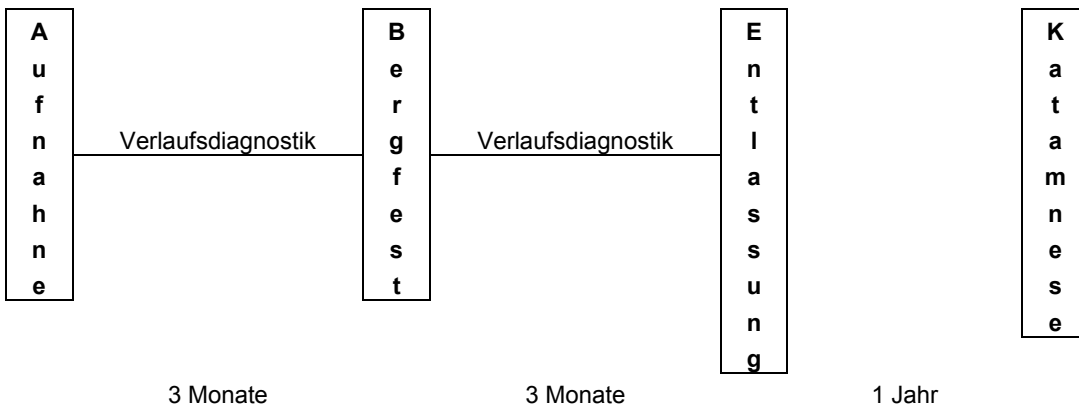


Abb. 2: Studiendesign (aus Strauß und Burgmeier- Lohse, 1994)

Einen Überblick über die eingesetzten Methoden, sowie den Zeitpunkt der Untersuchungen, gibt Tabelle 2.

Tab. 2: Überblick über die Untersuchungsmethoden (entnommen aus Strauß und Burgmeier- Lohse, 1994)

Aufnahme- diagnostik	"Bergfest"- diagnostik	Entlassungs- diagnostik	Katamnese- diagnostik
Patient:	Patient:	Patient:	Patient:
Gießentest		Gießentest	Gießentest
Narzißmus-Inventar		Narzißmus-Inventar	Narzißmus-Inventar
IIP	IIP	IIP	IIP
SCL 90R	SCL 90R	SCL 90R	SCL 90R
State-Trait-Angst-Invent.		State-Trait-Angst-Invent.	State-Trait-Angst-Invent.
Fragebogen zur Konflikt- bewältigung		Fragebogen zur Konflikt- bewältigung	Fragebogen zur Konflikt- bewältigung
Fragebogen zur Messung Psychotherapiemotivation			
Sozialfragebogen PRÄ			Sozialfragebogen POST
Goal Attainment Scaling	Goal Attainment Scaling	Goal Attainment Scaling	Goal Attainment Scaling
Individualspezifische Be- schwerden (target complaints)	Individualspezifische Be- schwerden (target complaints)	Individualspezifische Be- schwerden (target complaints)	Individualspezifische Be- schwerden (target complaints)
Basisdokumentation (UEBADO)		Basisdokumentation (UEBADO)	
		Behandlungsbeurteilungen	Behandlungsbeurteilungen
		Wirkfaktorenbögen	Wirkfaktorenbögen
	Bewertung einzelner Therapiekomponenten	Bewertung einzelner Therapiekomponenten	Bewertung einzelner Therapiekomponenten
Therapeut:		Therapeut:	
Klinische Beurteilung von Abwehrmechanismen		Klinische Beurteilung von Abwehrmechanismen	
Goal Attainment Scaling		Goal Attainment Scaling	
Individualspezif. Beschwerden		Individualspezif. Beschwerden	
Div. Klinische Ratings		Div. Klinische Ratings	

4.2. Methoden

4.2.1. Das Erwachsenen- Bindungsprototypen- Rating (EBPR)

Das Erwachsenen- Bindungsprototypen- Rating wurde von Pilkonis (1998) entwickelt und von Strauß und Lobo- Drost übersetzt und weiterentwickelt. Bei dieser Methode wird davon ausgegangen, dass Bindungsstile mit einem spezifischen Patientenverhalten zusammenhängen, aus dem man therapeutische Strategien ableiten kann. Das Verfahren besteht aus drei Teilen:

1. dem Beziehungsinterview
2. Bindungsprototypenrating zur Fremdbeurteilung
3. Selbstbeurteilungsbogen

In dieser Untersuchung wurde das Bindungsprototypenrating auf das Anfangsgespräch zur Indikationsstellung angewandt. Dabei wurde das videoaufgezeichnete Interview anhand von Items zu den Prototypen zugeordnet. Neben der Zuordnung zu den Prototypen mit Entwicklung eines Bindungsprofils erfolgte die Erstellung einer Rangreihe (Ranking). Abschließend wurden die Prototypen anhand eines Entscheidungsbaumes zu den Bindungskategorien sicher, unsicher-ambivalent, unsicher- vermeidend und gemischt unsicher zugeordnet. Der Anteil an sicherer Bindung wurde ergänzend dazu erhoben. In dieser Untersuchung wurde mit der Version 0.0 gearbeitet. Inzwischen liegt die Version 1.1 vor, bei der zuerst eine Einteilung der Bindungsmuster in Grobkatgorien erfolgt (Strauß und Lobo- Drost, 1999; Strauß et al., 1999). Die Auswertungsmaterialien finden sich im Anhang.

Die klinische Validität und Reliabilität wurden schon in einigen Studien überprüft. Dabei hatte sich die Methode als sehr reliabel und valide erwiesen. Bei einigen Untersuchungen stellte sich heraus, dass die Bindungsstile eine prädiktive Bedeutung für den Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie haben (Strauß et al., 1999; Mosheim et al., 2000; Strauß, im Druck). In einer neuen Studie von Albani et al. (2001) wurde die Interraterreliabilität bestimmt, die eine hohe Beurteilerübereinstimmung ergab. Weiterhin wurde die Validität des Erwachsenen- Bindungsprototypen- Ratings überprüft. Dabei fanden sich Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bindungsprototypen und Beziehungsmustern, die anhand des Zentralen Beziehungskonflikt Themas (ZBKT) bestimmt wurden. Eine große multizentrische Untersuchung wird zur Zeit ebenfalls mit Hinblick auf die Validierung des EBPR durchgeführt. Ergebnisse liegen bis jetzt noch nicht vor.

4.2.2. Gießen – Test

Der Gießen- Test ist ein auf der Basis psychoanalytischer Theorie entwickeltes Persönlichkeitsinventar. Der Test umfasst sechs Skalen mit den Bezeichnungen : *Soziale Resonanz* (negativ vs. positiv), *Dominanz* (dominant vs. gefügig), *Kontrolle* (zwanghaft vs. unterkontrolliert), *Grundstimmung* (depressiv vs. hypomanisch), *Durchlässigkeit* (durchlässig vs. retentiv) und *soziale Potenz* (sozial potent vs. impotent). Der Fragebogen wurde den Patienten am Therapiebeginn und –ende, sowie zum Katamnesezeitpunkt zur Beantwortung vorgegeben. Er besteht aus 40 bipolar formulierten 7stufigen Items, deren Beantwortung ca. 40 Minuten in Anspruch nimmt. Die Mehrzahl der Items bezieht sich auf Verhalten und Erleben in sozialen Beziehungen, z.B. „Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark 3 2 1 0 1 2 3 kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.“

Der Test erfasst Persönlichkeitseigenschaften, jedoch keine klinischen Symptome. Er ermöglicht die Einschätzung von Fremd- und Selbstbildern und wird zur Therapieevaluation eingesetzt (Becker, 1996).

4.2.3. Die Symptom – Check – Liste SCL – 90 – R

Die SCL – 90 – R ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der 90 Items umfasst und die subjektive körperliche und psychische Belastung innerhalb der letzten sieben Tage erfragt. Die SCL – 90 – R gibt Auskunft über die psychische Belastung eines Patienten in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte. Skala 1 erfasst die „Somatisierung“ . Skala 2 beinhaltet die „Zwanghaftigkeit“. Skala 3 beschreibt die „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Skala 4 beschäftigt sich mit der „Depressivität“. Skala 5 umfasst die „Ängstlichkeit“. Skala 6 beinhaltet „Aggressivität / Feindseligkeit“. Skala 7 erfasst die „Phobische Angst“. Skala 8 beschreibt „Paranoides Denken“. Skala 9 beschäftigt sich mit „Psychotizismus“. Drei globale Kennwerte geben zusätzlich Auskunft über das Antwortverhalten des Patienten. Dabei misst der GSI (global severity index) die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive symptom distress index) die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorhanden ist. Mit Hilfe dieses Tests ist es möglich, neben der somatischen Belastung die psychische Belastung zu messen (Franke und Stäcker, 1995).

4.2.4. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP

Der IIP ist ein 64 Items umfassender Fragebogen, der dem Patienten die Beschreibung der spezifischen Probleme im Umgang mit anderen Menschen ermöglicht. Dabei werden sowohl

Themen genannt, die im Umgang mit anderen Personen schwierig sein können (z.B. Es fällt mir schwer, mit anderen Menschen zurecht zu kommen), als auch solche, die man zuviel tun kann (z.B. Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch). Die Items werden in acht Skalen eingeteilt, die im Circumplexmodell in Abb. 3 wiedergegeben sind (Strauß und Kordy, 1996).

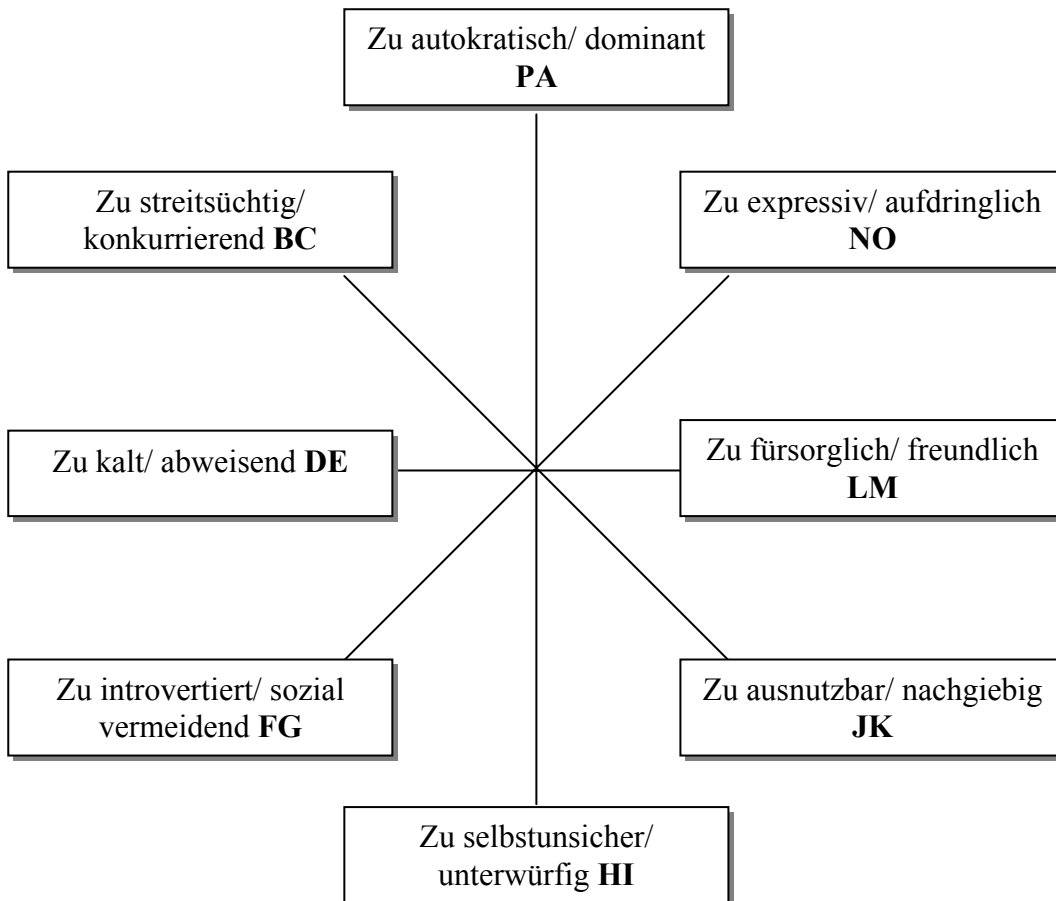


Abb. 2 Circumplexmodell des IIP (aus Strauß und Kordy, 1996)

Der Patient beschreibt anhand der Items des Fragebogens, wie sehr er unter den verschiedenen Problemen im Umgang mit anderen Menschen leidet. Bei der Auswertung werden Skalenrohwerte gebildet und ipsative Werte berechnet. Es wird damit ein Profil der Ausprägung der Probleme gebildet. Das IIP liegt seit 1994 in der deutschen Fassung vor (Horowitz et al., 1994). Diese Methode wurde schon mehrfach in Untersuchungen von stationärer und ambulanter Gruppenpsychotherapie angewandt (vgl. Strauß et al., 1993).

4.2.5. State – Trait – Angst – Inventar (STAI)

Der STAI besteht aus zwei Skalen, die jeweils 20 Items enthalten. In der ersten Skala wird Angst als Zustand erfasst -> State - Angst. In der zweiten Skala wird die Angst als Eigenschaft beschrieben -> Trate – Angst. Jeweils 10 Items zielen in Richtung Angst und 10 Items in

Richtung Angstfreiheit. Dieser Test beschreibt die Angst als Teil der Persönlichkeit sowie die momentane Ängstlichkeit des Patienten (Laux et al., 1981).

4.2.6. Narzissmusinventar (NI)

Das NI ist ein 163 Items umfassender Fragebogen, der die verschiedenen Aspekte der Organisation und Regulation des Selbstsystems zu erfassen versucht. Er enthält 18 Skalen, die sich zu vier übergeordneten Dimensionen zusammenfassen lassen. 1. Dimension ist „Das bedrohte Selbst“, 2. Dimension ist „Das klassisch narzisstische Selbst“, die 3. Dimension ist „Das idealistische Selbst“ und die 4. Dimension ist „Das hypochondrische Selbst“. Für die vorliegende Untersuchung war die erste Dimension von besonderer Bedeutung. Damit sollte die erreichte Stabilität des Patienten erfasst werden (Rauchfleisch et al.; 1995).

4.2.7. Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKS)

Dem Patienten werden zehn verschiedene Kurzgeschichten vorgegeben, die frustrierende soziale Alltagssituationen darstellen. Der Patient wählt aus jeweils fünf Alternativen eine gefühlsmäßige und verhaltensmäßige Reaktion aus, die am ehesten der eigenen Position entspricht. Die Antworten werden fünf Kategorien zugeordnet: 1. Projektion, 2. Prinzipalisierung, 3. Wendung gegen das eigene Selbst, 4. Wendung gegen das Objekt und 5. Reaktionsbildung. Die Ausprägung dieser Kategorien stellen das Ergebnis der Diagnostik dar (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994).

4.3. Erfolgskriterien

Um herauszufinden, wie sehr die Patienten von der Therapie profitierten, mussten Erfolgskriterien festgelegt werden. Dafür wurde bestimmt, welche Instrumente für die Therapie besonders wichtig waren und für diese Untersuchungsmethoden wurde ein Erfolgskriterium festgesetzt. Eine Übersicht gibt Tabelle 3.

Tab. 3: Erfolgskriterien (nach Strauß und Burgmeier- Lohse, 1994)

Skala	Ausgangswert	Erfolgskriterium
<i>SCL 90R</i>	von Normalbevölkerung deutlich verschieden	Kritische Differenz: 0.57
<i>State-Trait-Angst-Inventar</i>	von Normalbevölkerung deutlich verschieden	Kritische Differenz: 8
<i>IIP</i>	von Normalbevölkerung deutlich verschieden	Kritische Differenz: 0.59
<i>Gießentest</i>	am Rande bis außerhalb des Normbereichs	In Einzelskalen 5 Rohwertpunkte --> in mind. 3 Skalen
<i>Narzissmusinventar</i>	Skala "Bedrohtes Selbst"	Kritische Differenz: zw. 7 und 13 Rohwertpunkten in mindestens 3 Skalen
<i>Fragebogen zur Konfliktbewältigung</i>	außerhalb Normbereich	Kritische Differenz: 6 Punkte pro Skala in mindestens 3 Skalen
<i>Globale Beurteilung Behandlungserfolg</i>		Patient <u>und</u> Therapeut sind der Auffassung, dass die Therapie Ziemlich oder sehr hilfreich war (Ausprägung 4 oder 5 auf 5-Punkte-Skala)
<i>Individuumsorientierte Erfolgskriterien</i>		Therapieziele zu mindestens 66% erreicht
<i>Individuelle Symptome</i>	ziemlich/ sehr ausgeprägt	in mindestens 2/3 auf geringeres Ausmaß(wenig/ mittelmäßig) reduziert

4.4. Bewertung der Gruppe

4.4.1. Wirkfaktoren- Fragebogen nach Yalom

Der Wirkfaktoren- Fragebogen bzw. Q- Sort nach Yalom wurde den Patienten am Ende der Behandlung vorgegeben, damit sie eine Einschätzung abgeben konnten, welche Komponenten des Gruppenprozesses für sie am entscheidendsten war. Dabei gibt es eine Einteilung in 12 verschiedene Wirkfaktoren, die teilweise auch überlappen können:

1. Interpersonales Lernen – Input
2. Interpersonales Lernen – Output
3. Universalität des Leidens
4. Katharsis

5. Kohäsion
6. Einsicht
7. Existentielle Faktoren
8. Einflößen von Hoffnung
9. Altruismus
10. Rekapitulation der Primärfamilie
11. Anleitung
12. Identifikation

Der Patient muss beim Q – Sort – Verfahren eine Rangfolge festlegen, wie wichtig die einzelnen Faktoren beim Therapieprozess für ihn waren. Der Fragebogen besteht aus 60 Items. Jeder Erfahrung wurden 5 Items zugeordnet. Auf einer 5 – Punkte – Skala muss der Patient einschätzen, wie hilfreich die jeweilige Erfahrung erlebt wurde.

4.4.2. Behandlungseinschätzung nach Froese

Der Fragebogen zur Behandlungseinschätzung nach Froese besteht aus drei Teilen. Der erste Teil enthält 6 Fragen als individuelle Behandlungseinschätzung. Der dritte Teil enthält 7 Fragen zum Gruppenerleben. Im mittleren Teil soll der Patient eine freie Selbsteinschätzung abgeben. Die Punktwerte werden zur Auswertung addiert (für obere und untere Testhälfte getrennt) und dann summiert. Der errechnete Wert wird auf einer Normierungstabelle abgelesen. Ein hoher Punktwert entspricht einem guten Erfolg, wird aber als niedriger Punktwert auf der Normierungsskala abgebildet.(Hess, 1996)

4.4.3. Wirkfaktorenbogen zur Gruppenpsychotherapie nach Davies- Osterkamp

Der Wirkfaktorenbogen zur Gruppenpsychotherapie orientiert sich an der Wirkfaktorentheorie von Yalom. Die Erfahrungen in der Gruppentherapie sind jeweils doppelt skaliert, nämlich 1. Ob die betreffende Erfahrung generell gemacht wurde, und 2. Wie hilfreich diese Erfahrung erlebt wurde. Die 18 therapeutenbezogenen Items bilden die drei Skalen „Klarifikation/ Konfrontation/ Deutung“, „Emotionale Präsenz“ und „Akzeptanz“. Die 25 gruppenbezogenen Items lassen sich den Skalen „Interpersonale Einsicht“, „Interpersonales Lernen“ und „Akzeptanz/ Kohäsion“ zuordnen. Die Auswertung erfolgt mittels Bildung der Skalenwerte (Strauß und Burgmeier- Lohse, 1994; Davies- Osterkamp, 1996).

5. Ergebnisse

5.1. Anteil der Sicherheit am Bindungsstil

In Hypothese 1 wurde das Vorliegen von deutlich mehr unsicher gebundenen Patienten postuliert. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass der Anteil an Bindungssicherheit gering ausgeprägt ist. Nur eine Patientin (2,9 %) konnte als wahrscheinlich sicher klassifiziert werden. Kein Patient war eindeutig sicher gebunden. Ein marginaler Anteil an sicherer Bindung fand sich bei 5 Patienten (14,7 %). Der überwiegende Anteil der Patienten besaß keinen Anteil an sicherer Bindung. Dies betraf insgesamt 28 Personen (82,4 %) (vgl. Abb.4). Damit konnte Hypothese 1 bestätigt werden.

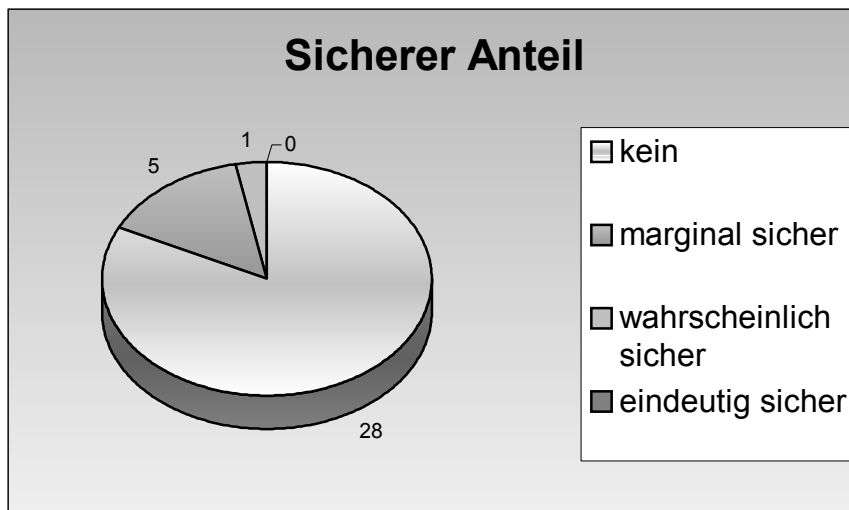


Abb.4 Anteil an sicherer Bindung

5.2. Verteilung der Bindungsmuster

Hypothese 2 geht aus von einem geringeren Anteil von ängstlich vermeidend gebundenen Patienten in einer klinischen Population. In dieser Stichprobe waren mehr Patienten mit ängstlich ambivalentem Bindungsstil und gemischt- unsicher gebundene Patienten vorhanden als Patienten mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster. Dies entspricht ebenfalls den Erwartungen.

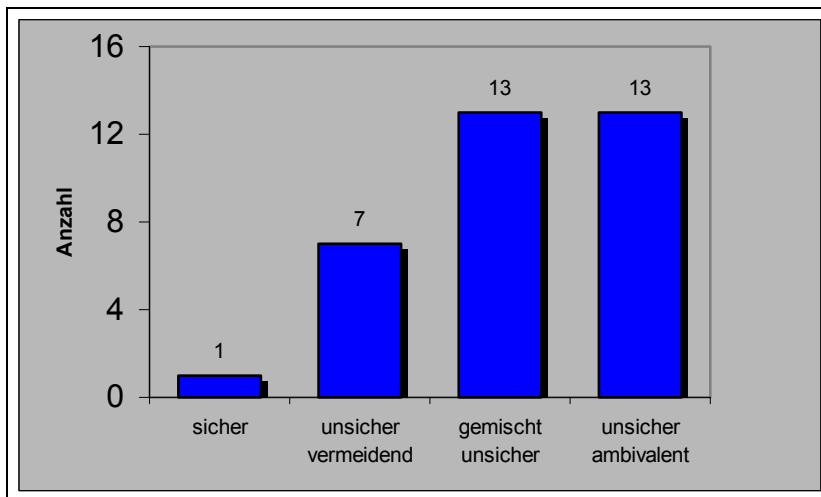


Abb. 5 Verteilung der Bindungsmuster

Lediglich eine Patientin (2,9 %) war sicher gebunden. Sieben Patienten (20,6 %) wiesen ein ängstlich vermeidendes Bindungsmuster auf. Jeweils 13 Patienten (38,2 %) waren gemischt unsicher oder ängstlich ambivalent gebunden (vgl. Abb.5). Hypothese 2 konnte damit bestätigt werden.

5.3. Beeinflussung des Behandlungsergebnisses durch den Bindungsstil

In Hypothese 3 wurde formuliert, dass das Behandlungsergebnis von ängstlich vermeidend gebundenen Patienten schlechter als das von ängstlich ambivalent gebundenen Patienten sei. Dafür wurde zunächst die Korrelation des Anteils an Sicherheit mit den Erfolgskriterien überprüft.

Spearman`s rho als Maß für diesen Zusammenhang betrug 0.08 und war statistisch nicht signifikant.

Des Weiteren wurde zur Prüfung der Hypothese der Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Bindungsstil überprüft. Die sicher gebundene Patientin erfüllte alle Erfolgskriterien. Ihr Behandlungsergebnis wurde bei der nachfolgenden statistischen Auswertung nicht berücksichtigt.

Tab. 4 Gruppenvergleich der mittleren Rangplätze

Kruskal- Wallis- Test			$\chi^2 = 5,39$ p < .07
Bindungsstil	N	Mittlerer Rangplatz	
Ängstlich vermeidend	6	11,75	
Gemischt unsicher	11	12,55	
Ängstlich ambivalent	13	19,73	
Total	30		

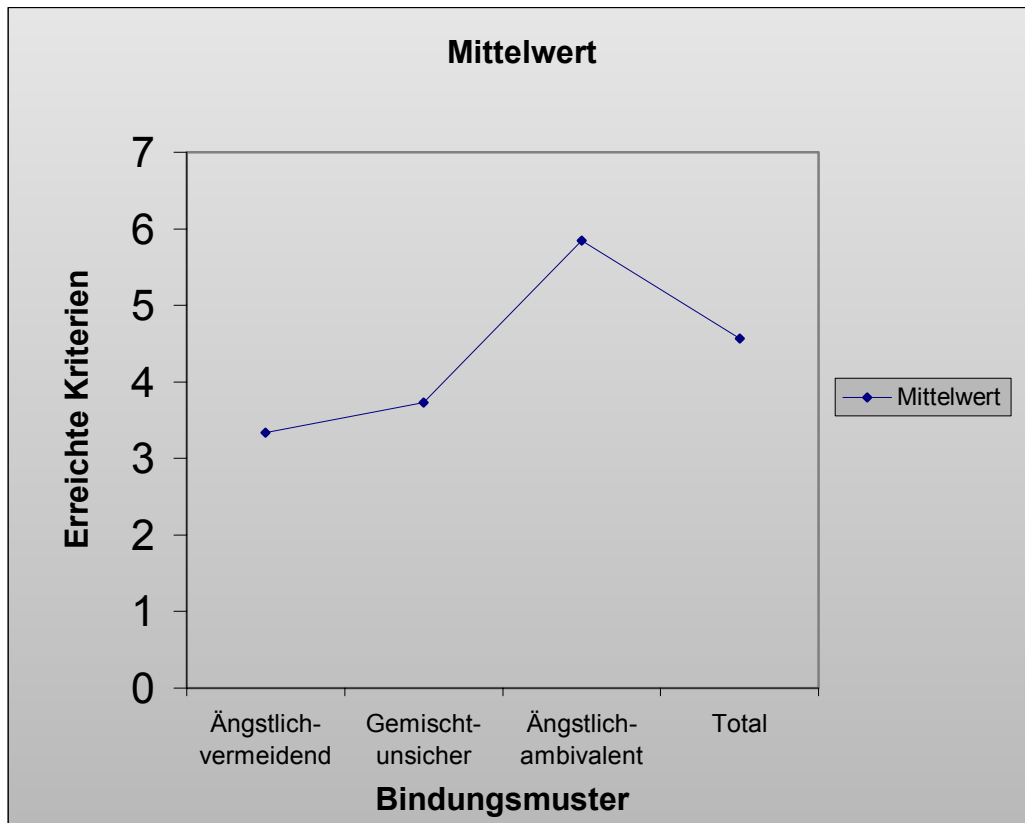


Abb. 6 Mittelwert der erreichten Erfolgskriterien

Die meisten Erfolgskriterien erreichten Patienten mit ängstlich ambivalentem Bindungsmuster. Personen mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster hatten den geringsten Erfolg (vgl. Abb.6, Tab. 5). Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ergibt sich im Kruskal- Wallis-Test eine Signifikanz von .067. Dies deutet auf einen marginal signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Bindungsmustern hin. Damit konnte Hypothese 3 prinzipiell bestätigt werden.

5.4. Veränderung der Interpersonalen Probleme

In Hypothese 4 wurde eine Veränderung der Interpersonalen Probleme vor allem in den Bereichen „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“ vermutet. Probleme in den Bereichen „Kälte“, „Dominanz“ und „Streitsucht“ sollten weitgehend unbeeinflusst bleiben. Diese Probleme seien vor allem bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten zu finden. Zuerst wurde die Korrelation der verschiedenen Prototypen mit den Skalen des IIP am Anfang der Therapie überprüft. Dabei fanden sich einige statistisch signifikante Zusammenhänge (vgl. Tab.5).

Tab. 5 Korrelationen zwischen Prototyp und IIP- Skala

Pearson Correlation EBPR- Prototypen	IIP - Skalen		
	BC (Streitsucht)	DE (Kälte)	JK (Ausnutzbarkeit)
übersteigert abhängig	-,378 *	-,250	,438 *
instabil beziehungsgestaltend	,128	-,084	-,139
zwanghaft fürsorglich	-,247	-,375 *	,416 *
zwanghaft selbstgenügsam	-,101	,242	,126
übersteigert autonomiestrebend	,348 *	,280	-,430 *
emotional ungebunden	,401 *	,202	-,258
Sicher	-,006	-,039	,069

* statistisch signifikante Korrelationen

Statistisch signifikante Zusammenhänge fanden sich zwischen den Prototypen „übersteigert abhängig“ und „Zwanghaft fürsorglich“ und Interpersonalen Problemen im Bereich „Ausnutzbarkeit“ (vgl. Tab. 5). Diese Prototypen waren überwiegend bei ängstlich ambivalent gebundenen Patienten vorhanden.

Die Prototypen „Übersteigertes Autonomiestreben“ und „Emotional ungebunden“ zeigten einen Zusammenhang mit Interpersonalen Problemen im Bereich der „Streitsucht“ (vgl. Tab. 5). Der Prototyp „Übersteigertes Autonomiestreben“ fand sich vorwiegend bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten.

Weiterhin wurde am Ende der Therapie untersucht, ob eine Veränderung der Interpersonalen Probleme eingetreten ist (vgl. Tab. 6).

Tab. 6 Veränderung der Interpersonalen Probleme

Bindungsstil	Kein Erfolg	Erfolgreich	Total
ängstlich- vermeidend	4	1	5
gemischt- unsicher	9	1	10
ängstlich- ambivalent	9	3	12
Total	22	5	27

Die statistische Überprüfung erfolgte mittels χ^2 - Test (p = .663)

Die Auswertung ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit verschiedenen Bindungsmustern im Bereich Interpersonale Probleme (vgl. Tab.7).

Die Aussage aus Hypothese 4, wonach Probleme in den Bereichen „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“ häufiger als Probleme in den Bereichen „Kälte“, „Dominanz“ und „Streitsucht“ gebessert wurden, konnte nicht bestätigt werden.

5.5. Bewertung der Gruppe/ Wirkfaktoren

In Hypothese 5 wurde vermutet, dass die Bewertung der Gruppe bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten negativer als bei Patienten der anderen unsicheren Bindungsmustern ausfällt. Zur Bewertung der Gruppe wurden den Patienten der „Wirkfaktorenbogen“ nach Yalom, die „Behandlungseinschätzung“ nach Froese und der „Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen“ nach Davies- Osterkamp vorgegeben. Dabei zeigte sich, dass bestimmte Wirkfaktoren je nach Bindungsmuster unterschiedlich hilfreich erlebt wurden.

Tab. 7 Mittelwerte der Skalen in den gruppenbezogenen Fragebögen

Fragebogen	Skala	Gruppe des Bindungsstils			Signifikanz
		ängstl.-vermeidend	gemischt- unsicher	ängst.-ambivalent	
Yalom	Altruismus	2,40	3,27	3,10	$F_{(3,17)}=1,6; p>.05$
	Kohaesion	3,30	4,17	3,82	$F_{(3,17)}=1,1; p>.05$
	Univers. Leiden	2,60	3,40	3,12	$F_{(3,17)}=1,2; p>.05$
	Input	2,90	3,30	3,48	$F_{(3,17)}=1,1; p>.05$
	Output	3,00	3,33	3,78	$F_{(3,17)}=1,6; p>.05$
	Anleitung	2,45	3,13	3,18	$F_{(3,17)}=0,9; p>.05$
	Katharsis	3,10	3,43	4,02	$F_{(3,17)}=2,5; p>.05^*$
	Identifikation	2,05	2,60	2,42	$F_{(3,17)}=0,6; p>.05$
	Familie	3,25	2,63	3,38	$F_{(3,17)}=1,3; p>.05$
	Einsicht	3,55	3,03	3,82	$F_{(3,17)}=2,7; p>.05^*$
	Hope	2,70	3,13	3,13	$F_{(3,17)}=0,2; p>.05$
	Exist. Faktoren	3,00	3,33	3,44	$F_{(3,17)}=1,2; p>.05$
Froese	Fr 1	20,75	18,17	22,60	$F_{(3,17)}=1,1; p>.05$
	Fr 2	22,50	23,17	24,90	$F_{(3,17)}=0,3; p>.05$
Düsseldorfer Wirkfakt.- Therapeut	Klarifikation	1,76	1,93	2,00	$F_{(3,17)}=0,2; p>.05$
	Emotion	0,10	1,14	0,91	$F_{(3,17)}=0,3; p>.05$
	Akzeptanz	1,55	2,04	1,48	$F_{(3,17)}=3,1; p=.05^*$
Düsseldorfer Wirkfakt.- Gruppe	Einsicht	1,78	1,95	1,92	$F_{(3,17)}=0,7; p>.05$
	Lernen	1,58	1,97	1,89	$F_{(3,17)}=0,6; p>.05$
	Akzeptanz	1,63	1,95	2,05	$F_{(3,17)}=1,4; p>.05$

*marginal signifikant

Dabei ergaben sich einige marginal signifikante Unterschiede in der Mittelwertverteilung (vgl. Tab.7). Dies betraf die Wirkfaktoren „Katharsis“, „Einsicht“ und „Akzeptanz durch den Therapeuten“.

Es wurden als nächstes die mittleren Rangplätze bestimmt. Dabei ergaben sich für einige Faktoren Unterschiede (vgl. Tab.8), die mit dem Test von Kruskal- Wallis geprüft wurden.

Tab. 8 Mittlere Rangplätze ausgewählter Wirkfaktoren

Fragebogen	Skala	Bindungsstil			Signifikanz χ^2 -Test (p<.05)
		ängstlich- vermeidend	gemischt- unsicher	ängstlich-ambivalent	
Düsseldorfer Wirkfakt. Yalom	Akzeptanz	10,10	16,00	9,68	.127*
	Altruismus	5,88	12,42	11,20	.194*
	Kohaesion	5,75	13,08	10,85	.150*
	Output	6,25	8,92	12,39	.157*
	Einsicht	9,63	6,92	13,00	.128*
Froese	Froese A	10,38	8,17	11,95	.462
	Froese G	10,00	9,00	11,60	.681

* marginal signifikant

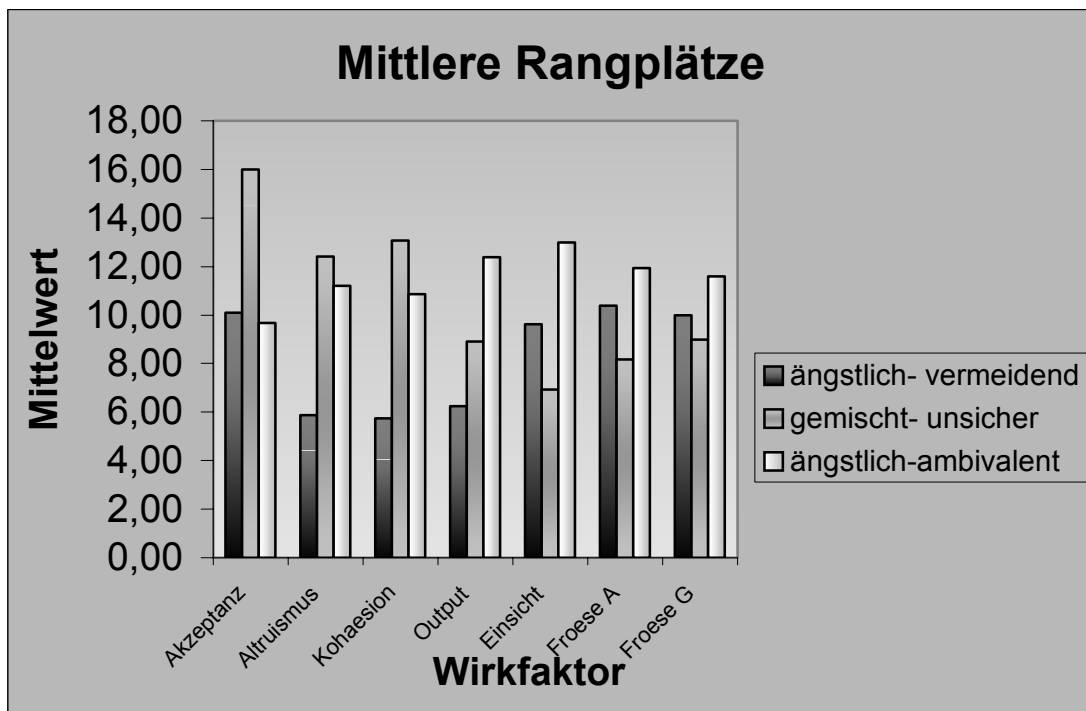


Abb. 7 Überblick über die mittleren Rangplätze der Wirkfaktoren

Im „Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen“ nach Davies- Osterkamp gaben gemischt unsicher gebundene Patienten an, den Faktor „Akzeptanz durch den Therapeuten“ als besonders hilfreich erlebt zu haben (vgl. Abb.7). Der Kruskal- Wallis- Test ergab einen marginal signifikanten Unterschied des Ergebnisses. Die anderen Skalen dieses Fragebogens weisen keine Besonderheiten auf.

Der „Wirkfaktorenbogen“ nach Yalom ergab in den mittleren Rangplätzen einige Unterschiede zwischen den Bindungsmustern (vgl. Abb.7). So wurden die Faktoren „Altruismus“ und „Kohäsion“ von ängstlich vermeidend gebundenen Patienten als am wenigsten hilfreich erlebt. Für ängstlich ambivalent gebundene Personen war die Erfahrung „Interpersonales Lernen-Output“ sehr hilfreich. Gemischt unsicher gebundene Patienten lagen in der Mittelwertrangfolge meist zwischen den beiden anderen Bindungsmustern. Dabei machte der Faktor „Einsicht“ eine Ausnahme. Dieser war für gemischt unsicher gebundene Patienten am wenigsten hilfreich. Am wichtigsten war diese Erfahrung für ängstlich ambivalent gebundene Personen. Patienten mit ängstlich vermeidendem Bindungsstil lagen zwischen den beiden anderen. Die Ergebnisse erwiesen sich als marginal signifikant (vgl. Tab. 8).

Die „Behandlungseinschätzung“ nach Froese ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Bindungsmustern. Die „Individuelle Behandlungseinschätzung“ (Froese A) fiel bei gemischt unsicher gebundenen Patienten am schlechtesten aus und bei ängstlich ambivalent gebundenen Personen am besten. Das „Gruppenerleben“ (Froese G) war ebenso bei gemischt unsicher gebundene Patienten schlechter bewertet als bei Personen der anderen Bindungsmuster (vgl. Abb.7).

Hypothese 5, die besagte, dass ängstlich vermeidend gebundene Patienten die Gruppe und die einzelnen Wirkfaktoren der Gruppentherapie negativer als Patienten der anderen unsicheren Bindungsmuster bewerteten, konnte ansatzweise bestätigt werden.

5.6. Geschlechterverteilung der Bindungsmuster

Hypothese 6 postulierte, dass Frauen eher ängstlich ambivalent und Männer eher ängstlich vermeidend gebunden sind. In der stationären Therapie befinden sich meist mehr Frauen als Männer. Bei der vorliegenden Arbeit wurde allerdings auf Ausgeglichenheit der Geschlechter geachtet. Es wurde mittels χ^2 -Test überprüft, ob eine Geschlechtspräferenz der Bindungsmuster vorliegt (Tab. 9, Abb.8).

Tab. 9 Geschlechterverteilung der verschiedenen Bindungsstile

Geschlecht	Bindungsstil		
	ängstl.-vermeidend	gemischt-unsicher	ängstl.-ambivalent
weiblich	2 (5,8%)	5 (14,7%)	11 (32,4%)
männlich	5 (14,7%)	8 (23,5)	2 (5,8%)
total	7 (20,1%)	13 (38,2%)	13 (38,2%)

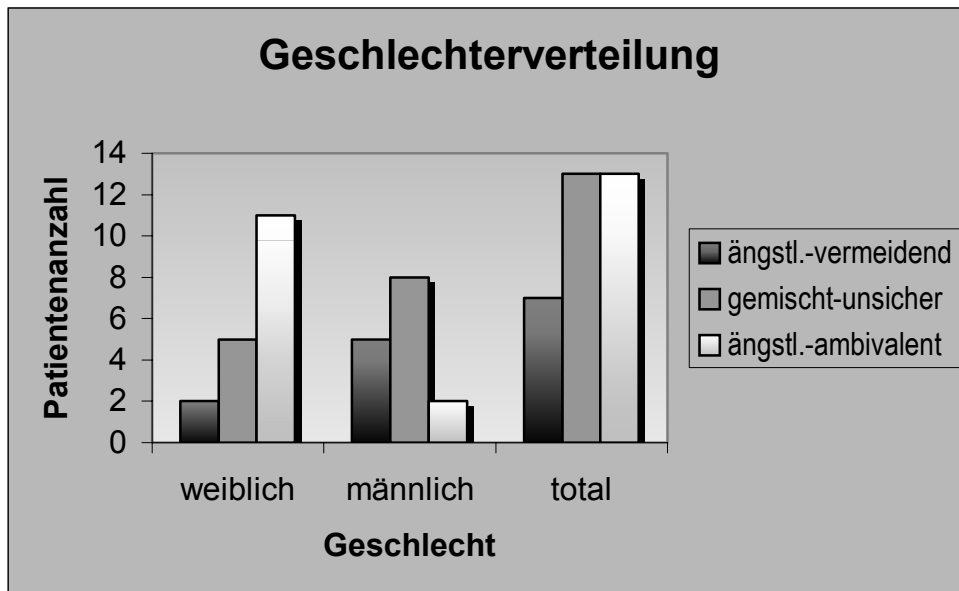


Abb. 8 Überblick über die Geschlechterverteilung der Bindungsstile

Die weiblichen Patienten erwiesen sich überwiegend als ängstlich ambivalent gebunden. Bei männlichen Patienten lag am häufigsten der gemischt unsichere Bindungsstil vor (vgl. Abb.8, Tab. 9). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind im χ^2 - Test statistisch signifikant ($p = .018$).

Zusätzlich wurde die Verteilung der Prototypen getrennt für Männer und Frauen untersucht. Den ersten Rang im Ranking nahm bei Frauen am häufigsten der Prototyp „Übersteigert abhängig“ ein, bei Männern gleich häufig mit dem Prototyp „Übersteigertes Autonomiestreben“. Den letzten Rang im Ranking belegte bei beiden Geschlechtern der Prototyp „Emotionale Ungebundenheit“. Der Prototyp „Sicher“ war bei beiden Geschlechtern am häufigsten an vierter Stelle. Diesbezüglich ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Hypothese 6, in der ein häufigeres Vorkommen des ängstlich ambivalenten Bindungsstils bei Frauen und des ängstlich vermeidenden Bindungsmusters bei Männern vermutet wurde, konnte nur bezüglich der weiblichen Patienten bestätigt werden.

5.7. Spezifische Veränderungen

In Hypothese 7 wurde formuliert, dass das Erfolgskriterium in den einzelnen Instrumenten am häufigsten von ängstlich ambivalent gebundenen Patienten erreicht wird. Es erfolgte eine statistische Prüfung, deren Ergebnis in Tab. 10 wiedergegeben ist.

Tab. 10 Spezifische Veränderungen

Instrument	Erfolg	Bindungsstil			total	Signifikanz χ^2 (df)
		ängstl. vermeidend	gemischt unsicher	ängstl. ambivalent		
SCL-90-R	+	1	5	10	16	$p = .040^*$
	-	4	5	2	11	$\chi^2(2) = 6,43$
STAI	+	2	3	12	17	$p = .002^*$
	-	3	7	0	10	$\chi^2(2) = 12,85$
Gießen-Test	+	2	6	9	17	$p = .384$
	-	3	4	3	10	$\chi^2(2) = 1,91$
NI	+	1	3	10	14	$p = .013^*$
	-	4	7	2	13	$\chi^2(2) = 8,71$
FKS	+	1	5	5	11	$p = .475$
	-	5	6	7	18	$\chi^2(2) = 1,49$
Globale Beurteilung Behandlungserfolg	+	2	5	9	16	$p = .278$
	-	4	6	4	14	$\chi^2(2) = 2,56$
Indiv. Therapieziele (Patient)	+	3	3	7	13	$p = .397$
	-	3	8	6	17	$\chi^2(2) = 1,85$
Indiv. Therapieziele (Therapeut)	+	3	4	5	12	$p = .851$
	-	3	7	8	18	$\chi^2(2) = 0,32$
Individuelle Symptome	+	3	6	6	15	$p = .920$
	-	3	5	7	15	$\chi^2(2) = 0,17$

Die Symptom-Check-List-90-R ist eine symptombezogene Skala. Es wurde überprüft, ob abhängig vom Bindungsstil eine signifikante Besserung der Symptome auftrat. Es stellte sich heraus, dass Patienten mit ängstlich ambivalentem Bindungsstil das Erfolgskriterium signifikant häufiger ($p = .040$) erreichten (vgl. Tab.10, Abb. 9). Sie erzielten eine deutliche Besserung der Symptome. Patienten mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster erreichten am seltensten das Therapieziel.

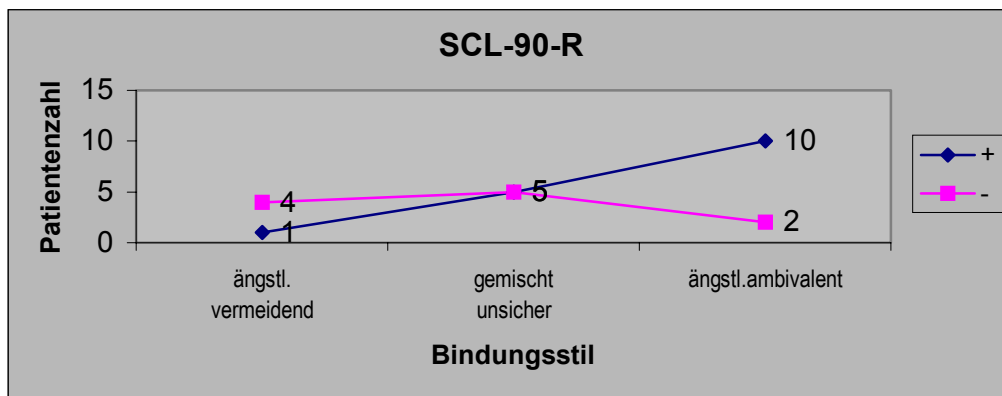


Abb. 9 Das Erfolgskriterium SCL-90-R

Als nächstes erfolgte die Untersuchung des Erfolges bezüglich des STAI. Es wurde überprüft, ob in Abhängigkeit vom Bindungsstil eine Verbesserung im Bereich des Symptoms Angst eintrat. Dabei erreichten alle 12 ängstlich ambivalent gebundenen Patienten, von denen die vollständig ausgefüllten Fragebögen vorlagen, eine deutliche Reduktion des Symptoms Angst

(vgl. Tab.10, Abb. 10). Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ergab der χ^2 - Test einen statistisch signifikanten Unterschied zu den anderen Bindungsmustern ($p = .002$).

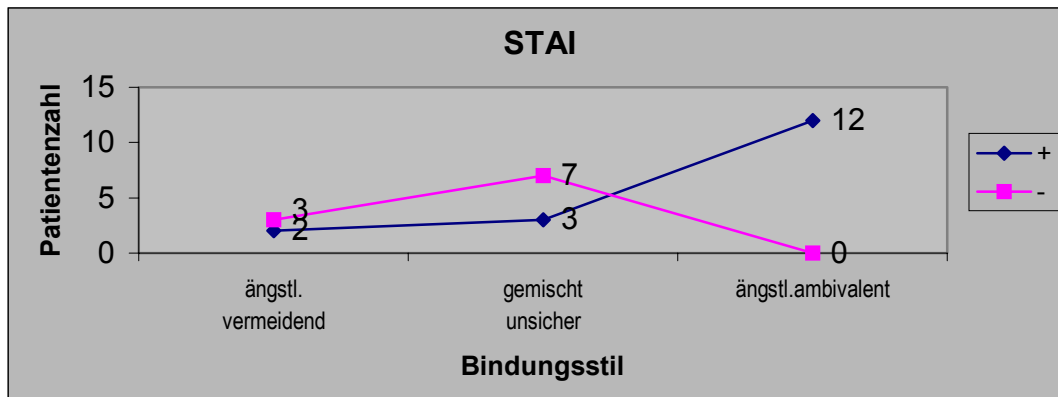


Abb. 10 Das Erfolgskriterium STAI

Nachfolgend erfolgte die Untersuchung des Gießen-Tests. Es wurde überprüft, ob das Therapieziel- eine Änderung der persönlichkeitsbezogener Merkmale- von einem Bindungstyp besonders häufig erreicht wurde. Die statistische Prüfung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bindungsmustern ($p = .38$). Der Anteil der Patienten, die das Therapieziel erreichten, war bei allen Bindungsstilen annähernd gleich ausgeprägt (vgl. Tab.10, Abb. 11).

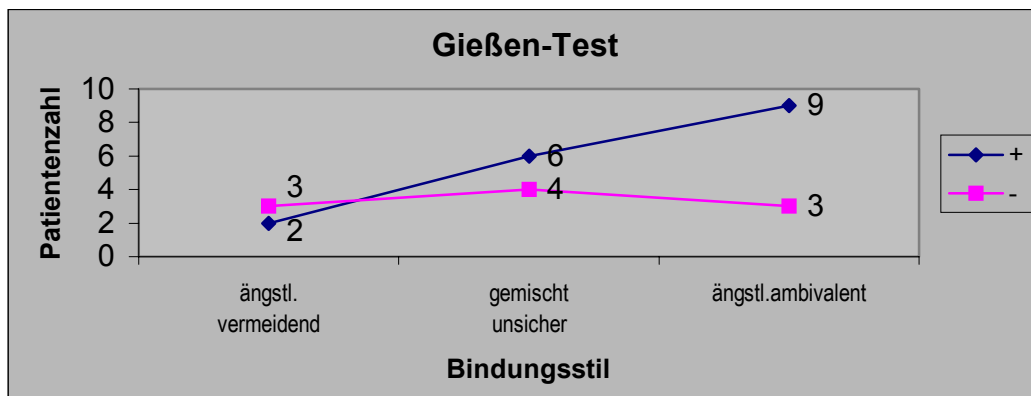


Abb. 11 Das Erfolgskriterium Gießen-Test

Weiterhin wurde die statistische Untersuchung des Ergebnisses bezüglich des Narzissmus-Inventars durchgeführt. Es wurde überprüft, ob eine deutliche Besserung in der Dimension „Das bedrohte Selbst“ in Abhängigkeit vom Bindungsmuster auftrat. Das Therapieziel wurde bei ängstlich ambivalent gebundenen Patienten am häufigsten und bei gemischt unsicher gebundenen Patienten am seltensten erreicht (vgl. Tab.10, Abb.12). Der χ^2 - Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Bindungsmustern ($p = .013$).

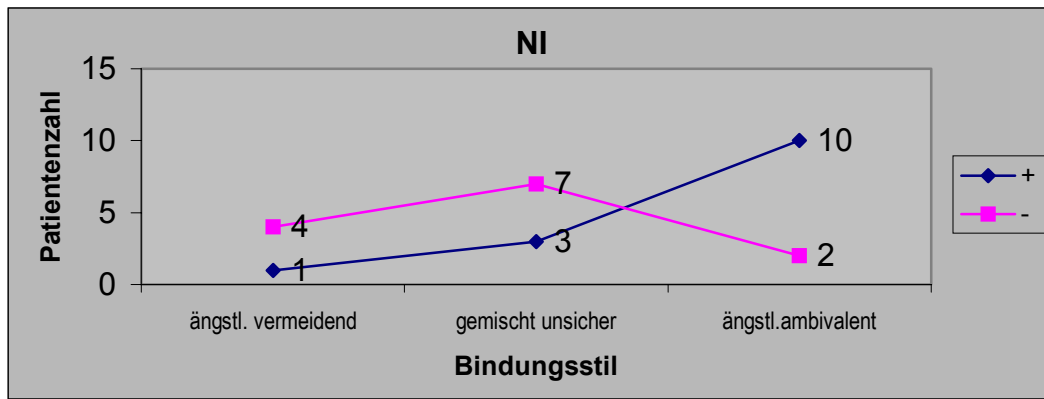


Abb. 12 Das Erfolgskriterium Narzissmus-Inventar

Nachfolgend wurde überprüft, ob eine deutliche Veränderung im Fragebogen zur Konfliktbewältigung im Sinne einer Verbesserung auftrat. Das Therapieziel wurde bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten am seltensten erreicht. Gemischt unsicher gebundene und ängstlich ambivalent gebundene Patienten erreichten das Therapieziel annähernd gleich häufig (vgl. Tab.10, Abb. 13). Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Bindungsmustern fand sich nicht ($p = .48$).

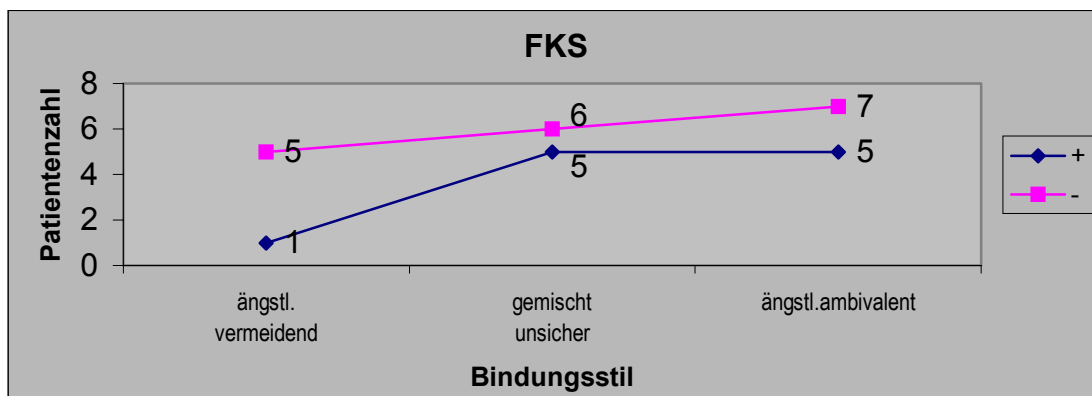


Abb. 13 Das Erfolgskriterium FKS

Des Weiteren wurde die Globale Beurteilung des Behandlungserfolgs untersucht, ob zwischen den Bindungsmustern ein Unterschied hinsichtlich der Effektivität der Behandlung, die sowohl vom Patient als auch vom Therapeut beurteilt wurde, bestand. In der Gruppe der ängstlich ambivalent gebundenen Patienten bezeichneten die meisten Patienten die Therapie als ziemlich oder sehr hilfreich in Übereinstimmung mit dem Therapeuten. Die Patienten der beiden anderen Bindungsmuster vertraten in geringerem Umfang die Meinung, dass die Therapie hilfreich war (vgl. Tab.10, Abb. 14). Im χ^2 - Test fand sich zwischen den Bindungsmustern kein statistisch signifikanter Unterschied ($p = .28$).

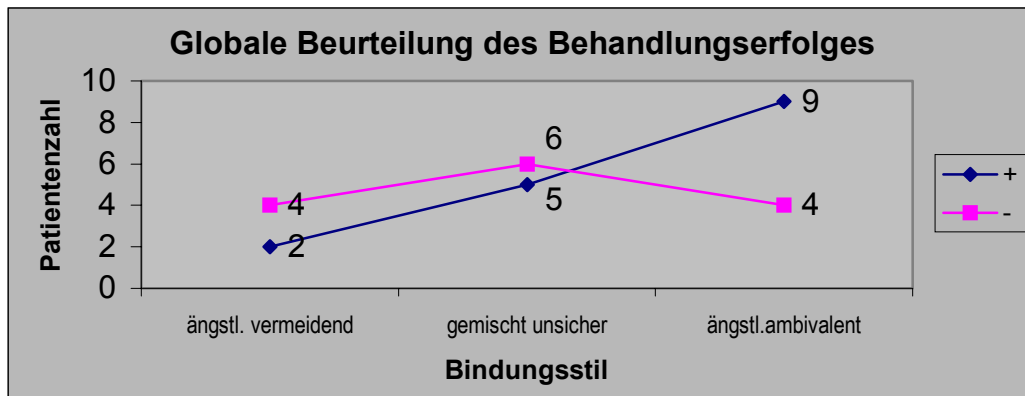


Abb. 14 Das Erfolgskriterium Globale Beurteilung des Behandlungserfolgs

Nachfolgend erfolgte die statistische Prüfung des Erfolgskriteriums Individuelle Therapieziele in der Patientenbeurteilung. Dabei wurde untersucht, ob Patienten mit einem bestimmten Bindungsmuster häufiger das Erreichen der vor der Therapie formulierten Therapieziele angaben. Das Ergebnis war im Vergleich zwischen den Bindungsmustern relativ ausgeglichen. Am häufigsten gaben Patienten mit ängstlich ambivalentem Bindungsstil das Erreichen der Individuellen Therapieziele an. Am seltensten war dies bei gemischt unsicher gebundenen Patienten zu beobachten (vgl. Tab.10, Abb. 15). Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Bindungsmustern fand sich nicht ($p = .39$).

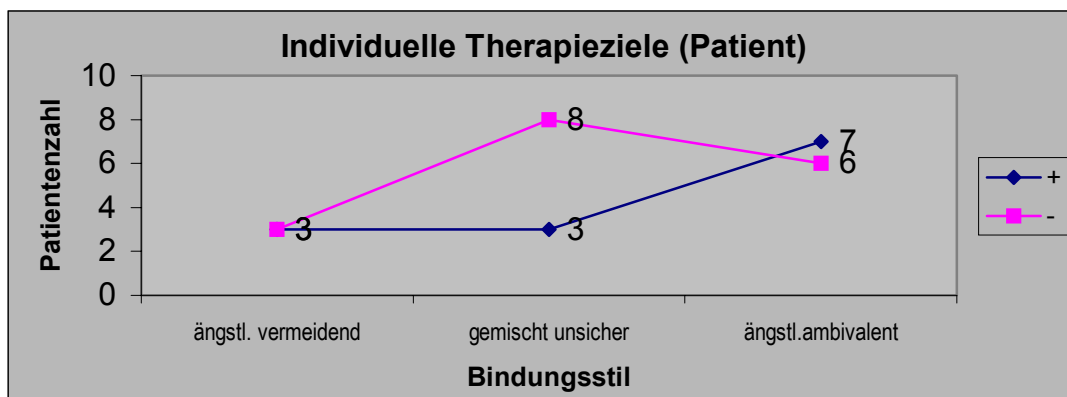


Abb. 15 Das Erfolgskriterium Individuelle Therapieziele (Patient)

Weiterhin sollte einen Zusammenhang zwischen dem Erreichen der Individuellen Therapieziele (Therapeutenbeurteilung) und Bindungsmustern dargestellt werden. Es wurde untersucht, ob der Therapeut bei Patienten mit einem bestimmten Bindungsmuster häufiger das Erreichen der Individuellen Therapieziele angab als bei Patienten der anderen Bindungsmuster. Auffällig war, dass die Therapeuten seltener als die Patienten das Erreichen der Therapieziele angaben. Weiterhin war zu beobachten, dass in der Gruppe der ängstlich ambivalent gebundenen Patienten annähernd gleich häufig wie in der Gruppe der gemischt unsicher gebundenen Patienten das Therapieziel erreicht wurde. Am seltensten war dies bei ängstlich vermeidend

gebundenen Patienten der Fall (vgl. Tab.10, Abb. 16). Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Bindungsmustern war nicht zu beobachten ($p = .85$).

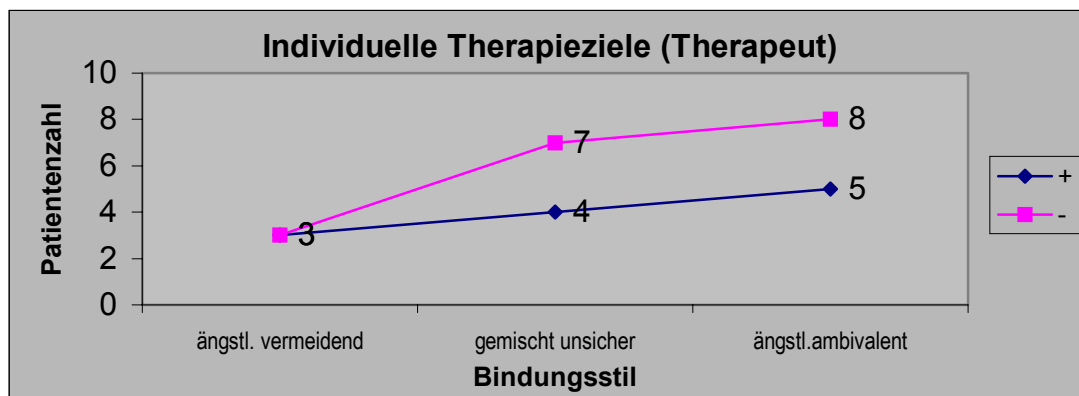


Abb. 16 Das Erfolgskriterium Individuelle Therapieziele (Therapeut)

Zuletzt erfolgte die Untersuchung des Erfolgskriteriums Individuelle Symptome (Target Complaints), ob in einer Gruppe mit einem bestimmten Bindungsmuster das Therapieziel häufiger nachgewiesen werden konnte. Das Ziel bestand darin, die individuellen Symptome, die bei Beginn der Behandlung ausgeprägt vorhanden waren, in mindestens 2/3 auf ein geringeres Ausmaß zu reduzieren. Das Ergebnis war zwischen den einzelnen Bindungsmustern sehr ausgeglichen (vgl. Tab.10, Abb. 17). Es fand sich daher auch kein statistisch signifikanter Unterschied im Erreichen des Therapieziels Reduktion der Individuellen Symptome ($p = .92$).

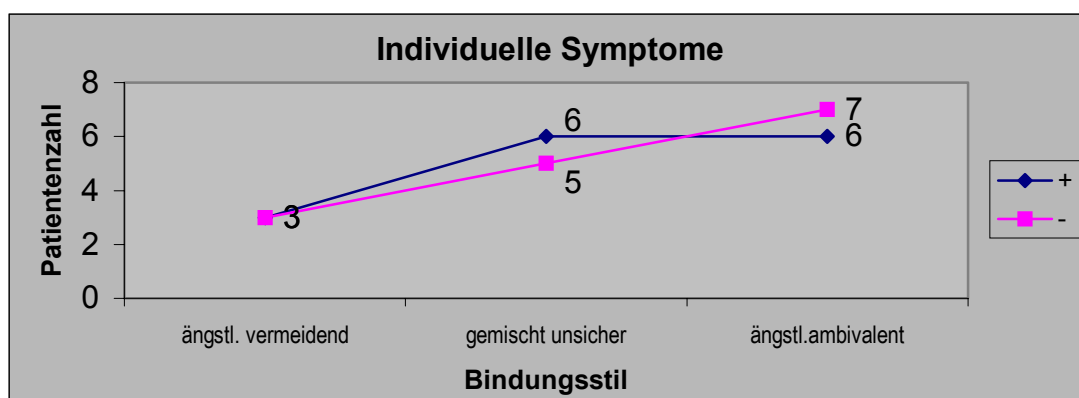


Abb. 17 Das Erfolgskriterium Individuelle Symptome (Target Complaints)

Ein statistisch signifikanter Unterschied im Erreichen des Erfolgskriteriums fand sich in der Symptom-Check-List-90-R, in der State-Trait-Angst-Skala und im Narzissmus-Inventar. In diesen drei Fragebögen konnte Hypothese 7 belegt werden, wonach ängstlich ambivalent gebundene Patienten das Therapieziel häufiger erreichen.

Die anderen Fragebögen wiesen keinen statistisch signifikanten Unterschied im Erreichen des Therapieergebnisses auf. Es handelte sich dabei um den Gießen-Test, den Fragebogen zur Konfliktbewältigung, die Globale Beurteilung des Behandlungserfolges, die Individuellen

Therapieziele als Therapeuten- und Patientenbeurteilung, sowie die Reduktion der Individuellen Symptome. Für diese Fragebögen konnte Hypothese 7, in der das häufigere Erreichen des Erfolgskriteriums von ängstlich ambivalent gebundenen Patienten vermutet wurde, nicht bestätigt werden.

6. Diskussion

6.1. Diskussion im Zusammenhang

Die vorliegende Arbeit wurde konzipiert, um die Prognose von Patienten mit unterschiedlichen Bindungsmustern im Hinblick auf eine stationäre psychodynamische Gruppenpsychotherapie, sowie die differentielle Bedeutung psychotherapeutischer Wirkfaktoren der Therapie zu untersuchen. Weiterhin sollte die Frage bearbeitet werden, ob sich ein Indikationsgespräch für die Auswertung mit dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating eignet. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden sieben Hypothesen formuliert.

Zunächst wurde vermutet, dass in einer klinischen Population unsicher gebundene Patienten häufiger als sicher gebundene Patienten vorkommen.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. In der Stichprobe von insgesamt 34 Patienten fand sich nur eine sicher gebundene Patientin. Von den übrigen 33 Patienten wiesen 5 einen marginal sicheren Anteil an Bindungssicherheit auf. 28 Patienten besaßen keinen sicheren Anteil (vgl. Abb. 4). Dieses Ergebnis ist im Einklang mit bisherigen Untersuchungen. In der Stichprobe von Mosheim et al. (2000) waren 2 von insgesamt 65 Patienten sicher gebunden. Auch bei Lobo-Drost (1997), Pilkonis (1998) und Strauß et al. (1999) überwogen unsicher gebundene Patienten. In einer Metaanalyse von van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996) wurde festgestellt, dass in klinischen Stichproben unsicher gebundene Patienten eindeutig überrepräsentiert waren im Vergleich zu nicht klinischen Populationen.

Bezüglich der Gesamtstichprobe wurde angenommen, dass weniger Patienten mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster vertreten sind als Patienten mit anderen unsicheren Bindungsmustern.

Tatsächlich wurden sieben (20,6%) ängstlich vermeidend gebundene Patienten identifiziert. Ein gemischt unsicherer Bindungsstil war ebenso wie der ängstlich ambivalente Bindungsstil mit jeweils 13 (38,2%) Personen vertreten (vgl. Abb. 5). Damit konnte diese Hypothese bestätigt werden. Auch in der Studie von Mosheim et al. (2000) fanden sich überwiegend gemischt

unsicher (50 %) und ängstlich ambivalent (37,1 %) gebundene Patienten. Über eine ähnliche Verteilung berichtete Pilkonis (1998) mit 17 % ängstlich vermeidend gebundenen, 43 % ängstlich ambivalent gebundenen und 65 % gemischt unsicher gebundenen Patienten in einer Stichprobe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Dies bestätigte die Vermutung, dass ängstlich vermeidend gebundene Patienten seltener Hilfe in Anspruch nehmen, wie es schon Bowlby (1997) angenommen hatte.

In einer weiteren Hypothese wurde vermutet, dass das Behandlungsergebnis von ängstlich vermeidend gebundenen Patienten ungünstiger ist als das ambivalent gebundener Personen.

Es zeigte sich, dass Patienten mit ängstlich ambivalentem Bindungsmuster die meisten (von insgesamt 10) Erfolgskriterien erreichten. Personen mit ängstlich vermeidendem Bindungsmuster wiesen den ungünstigsten Behandlungserfolg auf (vgl. Tab. 4). Die statistische Prüfung des Ergebnisses ergab eine grenzwertige Signifikanz, was an der kleinen Stichprobe (34 Patienten) liegen könnte. Es gab also Hinweise, dass ängstlich ambivalent gebundene Patienten für eine psychodynamische Gruppentherapie besser geeignet sind.

In einigen bisher erschienen Arbeiten konnte ein Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Behandlungserfolg nicht nachgewiesen werden, so bei Lobo-Drost (1997) und Mosheim et al. (2000). In diesen Untersuchungen stellte sich aber ein Zusammenhang zwischen Behandlungsergebnis und Anteil an Bindungssicherheit heraus. Eine solche Abhängigkeit konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. In weiteren Untersuchungen, die sich anderer Methoden bedienen, ließen sich Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern und Behandlungserfolg nachweisen. Dozier (1990) stellte fest, dass das Ergebnis von vermeidend gebundenen Patienten am ungünstigsten war, da sich diese in einer Therapie am wenigsten öffnen konnten. Ähnliches konnte auch in der vorliegenden Arbeit nachgewiesen werden. Horowitz et al. (1996) fand ebenfalls, dass vermeidend gebundene Patienten einen ungünstigeren Behandlungserfolg aufwiesen. Diese Studie untersuchte jedoch den Zusammenhang von Bindungsmustern und Behandlungserfolg in Kurzzeitpsychotherapien (Einzeltherapie), so dass das Ergebnis nicht unbedingt vergleichbar ist. Die bisher ausführlichste Arbeit stammte von Fonagy et al. (1996), die im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit einen größeren Behandlungserfolg bei vermeidend gebundenen Patienten beschrieben.

Um den in der vorliegenden Untersuchung dargestellten Zusammenhang zwischen gutem Behandlungserfolg und Bindungsmuster weiter zu prüfen, wäre eine prospektive Untersuchung mit einer deutlich größeren Stichprobe nötig. Eine Auswertung der einzelnen Prototypen in Hinblick auf den Behandlungserfolg erwies sich aufgrund der Stichprobengröße als nicht sinnvoll.

In der Annahme, dass Bindungsmuster eng mit Interpersonalen Problemen verbunden sind, wurde überprüft, ob sich die Veränderung der Interpersonalen Probleme besonders auf die Bereiche „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“ bezieht, während Probleme in den Skalen „Kälte“, „Streitsucht“ und „Dominanz“ weitgehend unbeeinflusst bleiben sollten. Diese Probleme dürften besonders bei vermeidend gebundenen Patienten festzustellen sein.

Zur Prüfung dieser Hypothese wurde zunächst die Korrelation zwischen den einzelnen Prototypen und den Skalen der Interpersonalen Probleme bestimmt (vgl. Tab.5). Statistisch signifikante Zusammenhänge fanden sich zwischen den Prototypen „übersteigert abhängig“ und „Zwanghaft fürsorglich“ und Interpersonalen Problemen im Bereich „Ausnutzbarkeit“. Diese Prototypen waren überwiegend bei ängstlich ambivalent gebundenen Patienten vorhanden. Die Prototypen „Übersteigertes Autonomiestreben“ und „Emotional ungebunden“ zeigten einen Zusammenhang mit Interpersonalen Problemen im Bereich der „Streitsucht“. Der Prototyp „Übersteigertes Autonomiestreben“ fand sich vorwiegend bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten, wie auch in der Hypothese vermutet wurde. Dieses Resultat ist beispielsweise bei Horowitz et al. (1993) beschrieben.

Am Ende der Therapie wurde untersucht, ob eine Besserung der Interpersonalen Probleme eintrat. Es ergab sich keine signifikante Veränderung der Interpersonalen Probleme (vgl. Tab. 6). Dieses Resultat lag auch bei Strauß und Burgmeier-Lohse (1994) vor. Eine mögliche Begründung wäre, dass Interpersonale Probleme längere Zeit zur Änderung benötigen. Damit läge der Zeitpunkt der Besserung erst nach Ende der Therapie, was in dieser Untersuchung nicht erfasst wurde. Es konnte nicht gezeigt werden, dass Probleme in den Bereichen „Streitsucht“, „Kälte“ und „Dominanz“ weniger gebessert werden als Probleme in den Bereichen „Ausnutzbarkeit“ und „Unsicherheit“, wie es bei Horowitz et al. (1993) und Strauß und Hess (1993) beschrieben ist.

In einer folgenden Hypothese wurde vermutet, dass die Bewertung der Gruppe bei ängstlich vermeidend gebundenen Patienten schlechter ausfällt als bei Patienten der anderen Bindungsmuster.

Eine generelle Abwertung der Gruppe durch ängstlich vermeidend gebundene Patienten konnte nicht beobachtet werden. Es fanden sich jedoch marginal signifikante Unterschiede in der Bewertung einzelner Wirkfaktoren (vgl. Tab. 7, 8). Gemischt unsicher gebundene Patienten gaben die „Akzeptanz durch den Therapeuten“ als besonders hilfreich an, was in der „Kieler Studie“ vor allem Patienten mit geringem Behandlungserfolg mitteilten (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994). Der Faktor „Einsicht“ war für diese Patienten am unbedeutendsten. Ängstlich

vermeidend gebundene Patienten erachteten die Wirkfaktoren „Altruismus“ und „Gruppenkohäsion“, die engen Kontakt beinhalten, als am wenigsten hilfreich. Für ängstlich ambivalent gebundene Patienten war das „Interpersonale Lernen-Output“, das Beziehungsaufnahme und Konfliktlösung bezeichnet, sehr hilfreich.

Zusammenfassend konnte die Vermutung aus Hypothese fünf – eine negativere Bewertung der Gruppe durch vermeidend gebundene Patienten – nicht bestätigt werden. Es gab jedoch Hinweise auf die unterschiedliche Bedeutung einzelner Wirkfaktoren für Patienten der verschiedenen Bindungsmuster. Insgesamt war das Ergebnis marginal signifikant. Das könnte jedoch an der kleinen Stichprobe von nur 34 Patienten liegen, sodass sich in einer größeren Stichprobe möglicherweise ein statistisch eindeutig signifikanter Befund ergeben könnte. Bisher gibt es kaum Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang von Bindungsmuster und Wirkfaktoren in einer Gruppenpsychotherapie beschäftigen. In einer Studie von Hardy et al. (1999) wurde der Einfluss des Bindungsstils eines Patienten auf das Interaktionsverhalten des Therapeuten untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass der Therapeut anklammernden Patienten mit Reflektion begegnete, während er das Verhalten von abweisenden Patienten interpretierte. Diese Studie wurde mit dem Vier-Felder-Schema von Horowitz et al. (1993) durchgeführt und nicht mit dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating. Zur Bedeutung der Wirkfaktoren wurden keine Untersuchungen gefunden, sodass das Ergebnis dieser Arbeit noch nicht verglichen werden kann.

In einer weiteren Hypothese wurde formuliert, dass unsicher gebundene Frauen eher ängstlich ambivalent und Männer eher ängstlich vermeidend gebunden seien. Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern erwies sich als sinnvoll, da bei der „Kieler Studie“ auf Ausgeglichenheit der Geschlechter geachtet wurde.

Es stellte sich heraus, dass Frauen vorwiegend ängstlich ambivalent gebunden waren. Bei den Männern überwog das gemischt unsichere Bindungsmuster (vgl. Abb.8). Das Ergebnis war statistisch signifikant. In bisher erschienenen Untersuchungen fanden sich Hinweise, dass unsicher gebundenen Jungen weniger Hilfe und Unterstützung zuteil wird als dies bei unsicher gebundenen Mädchen der Fall ist (Kindler, 1997). Damit wären Männer eher ängstlich vermeidend gebunden. In der vorliegenden Studie überwog bei männlichen Patienten im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen das gemischt unsichere Bindungsmuster. Eine Erklärung könnte die Tatsache sein, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelte, in der von vornherein weniger vermeidend gebundene Patienten zu finden waren. Wahrscheinlicher wäre die Annahme, dass im gemischt unsicheren Bindungsmuster auch vermeidende Anteile vorliegen. Damit ließe sich die Entstehung des Bindungsmusters durch die fehlende mütterliche

Unterstützung in der Kindheit erklären, wie bei Kindler (1997) beschrieben. Dieses Ergebnis stand im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen und konnte die Hypothese für männliche Patienten nicht bestätigen. Unsicher gebundene Frauen wiesen, wie angenommen, am häufigsten das ängstlich ambivalente Bindungsmuster auf. Dies könnte durch die vermehrte Hilfe und Anleitung, die unsicher gebundene Mädchen erhalten, begründet werden (Kindler, 1997).

Die Aufschlüsselung nach Prototypen erwies sich nicht als statistisch signifikant, was am geringen Stichprobenumfang der vorliegenden Untersuchung liegen könnte. Es ließen sich aber Tendenzen erkennen. Bei Frauen erhielt der Prototyp „Übersteigert abhängig“ am häufigsten den ersten Platz im Ranking. Derselbe Prototyp nahm bei männlichen Patienten in der gleichen Häufigkeit wie der Prototyp „Übersteigertes Autonomiestreben“ die erste Stelle im Ranking ein. Diese Konstellation könnte ebenfalls auf das Überwiegen des gemischt unsicheren Bindungsmusters bei Männern hinweisen. Um eine eventuelle Häufung von bestimmten Prototypen in den beiden Geschlechtern zu überprüfen, sollte in einer folgenden Untersuchung eine deutlich größere Stichprobe gewählt werden.

Da Frauen häufiger ängstlich ambivalent gebunden waren und Patienten mit diesem Bindungsmuster den größeren Behandlungserfolg aufwiesen, könnte man den Schluss ziehen, dass Frauen von der stationären Gruppentherapie mehr profitieren als Männer. Dieser mögliche Zusammenhang wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht weitergehend untersucht. Dieses Thema könnte jedoch in einer weiteren Studie bearbeitet werden.

In der folgenden Hypothese wurde postuliert, dass in den einzelnen Fragebögen ängstlich ambivalent gebundene Patienten das Erfolgskriterium häufiger erreichen als Patienten der anderen Bindungsmuster. Dies wurde anhand der verschiedenen Untersuchungsmethoden überprüft.

Nur in drei Fragebögen konnte die These statistisch signifikant bestätigt werden. Dabei handelte es sich um die Symptom-Check-List-90-R, das State-Trait-Angst-Inventar und das Narzissmus-Inventar (vgl. Tab.10). Dies könnte im Fall der Symptom-Check-List-90-R und des State-Trait-Angst-Inventars an der Tatsache liegen, dass es sich bei diesen Fragebögen um symptombezogene Skalen handelt und eine Symptomreduktion schneller eintreten würde als eine Veränderung von Persönlichkeitseigenschaften. Im Narzissmus-Inventar wurde die Stabilisierung des Selbstsystems untersucht, die bei ängstlich ambivalenten Patienten am deutlichsten ausfiel. Auch in der zugrunde liegenden „Kieler Studie“ erreichten die meisten Patienten das Erfolgskriterium in diesen Fragebögen (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994).

In den anderen Skalen zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten der verschiedenen Bindungsmuster. Es handelte sich dabei um den Gießen-Test, den Fragebogen zur Konfliktbewältigung, das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, die Globale Beurteilung des Behandlungserfolges, die Individuellen Therapieziele als Therapeuten- und Patientenbeurteilung, sowie die Reduktion der Individuellen Symptome (vgl. Tab.10). Auch in der „Kieler Studie“ wurden die Erfolgskriterien in diesen Fragebögen seltener erreicht (Strauß und Burgmeier-Lohse, 1994). Eine mögliche Ursache wäre der Zeitpunkt der zweiten Untersuchung, die schon am Ende der stationären Therapie erfolgte. Da es sich bei den oben genannten Skalen vorwiegend um Persönlichkeitseigenschaften und individuelle Ziele und Beschwerden handelte, könnte der Zeitraum für eine Verbesserung der Probleme noch zu kurz sein. Er läge somit erst nach Therapieende und würde erst bei einer Katamneseuntersuchung erfasst werden, die in der vorliegenden Arbeit nicht erfolgte. Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Eckert und Biermann-Ratjen (1985). Es sollte weitere Untersuchungen erfolgen, die eine Katamneseuntersuchung miteinbeziehen, um festzustellen, ob auch in diesen Fragebögen ambivalent gebundenen Patienten eine stärkere Besserung als Patienten der anderen Bindungsmuster zeigen.

6.2. Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit sollte der Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Behandlungserfolg in einer psychodynamischen Langzeitgruppentherapie überprüft werden.

In der vorliegenden Studie befanden sich, wie in einer Hypothese angenommen, vorwiegend unsicher gebundene Patienten in der Therapie. Dies stand im Kontext zur bisher erschienenen Literatur.

Ebenso konnte die Hypothese bestätigt werden, dass ängstlich vermeidend gebundene Patienten seltener als Patienten der beiden übrigen unsicheren Bindungsmuster vertreten waren. Auch dieses Ergebnis unterstrich Befunde aus früheren Studien.

Es ergaben sich Hinweise auf einen größeren Behandlungserfolg bei ängstlich ambivalent gebundenen Patienten. Das Ergebnis war nicht ganz signifikant, was an der Stichprobengröße von 34 Patienten liegen könnte. Es sollte an einer größeren Stichprobe überprüft werden, da auch in der Literatur unterschiedliche Befunde bezüglich des Therapieerfolges in Abhängigkeit vom Bindungsstil vorliegen. Ein Zusammenhang zwischen Anteil an sicherer Bindung und Behandlungserfolg, wie in der Literatur beschrieben, ließ sich in der vorliegenden Arbeit nicht nachweisen.

Bei der Überprüfung einer weiteren Hypothese fanden sich statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den Interpersonalen Problemen und den unterschiedlichen Prototypen, die darauf hinwiesen, dass die Interpersonalen Probleme von ängstlich vermeidend gebundenen Patienten vor allem im Bereich der feindseligen Dominanz lagen. Eine Veränderung der verschiedenen Interpersonalen Probleme konnte nicht bestätigt werden, was möglicherweise am kurzen Zeitraum bis zur zweiten Untersuchung lag. Es sollte daher eine größere Untersuchung mit Katamnese erfolgen, die eventuell eine Besserung in den verschiedenen Bereichen belegen könnte.

Eine generell negativere Bewertung der Gruppe durch ängstlich vermeidende Patienten konnte nicht nachgewiesen werden. Es fanden sich aber Hinweise auf die unterschiedliche Bedeutung der Wirkfaktoren für Patienten der verschiedenen Bindungsmuster. Diese Ergebnisse erwiesen sich als marginal signifikant und sollten daher an einer größeren Stichprobe überprüft werden. Es könnten sich daraus Möglichkeiten ergeben, die Gruppentherapie an Patientengruppen mit unterschiedlichen Bindungsmustern anzupassen.

Die geschlechtsgebundene Einteilung der Bindungsmuster ergab, dass Frauen in der vorliegenden Stichprobe vorwiegend ängstlich ambivalent und Männer überwiegend gemischt unsicher gebunden waren. Dies stand im Gegensatz zur rubrizierten Vermutung, dass männliche Patienten eher ängstlich vermeidend gebunden seien. Da in der vorliegenden Arbeit ängstlich ambivalent gebundene Patienten den größeren Behandlungserfolg aufwiesen und Frauen überwiegend diesen Bindungsstil besaßen, könnte man schließen, dass Frauen von der stationären Gruppentherapie mehr profitierten. Dieser Umstand sollte in nachfolgenden Untersuchungen aufgegriffen werden. Eine Einteilung der Prototypen erwies sich aufgrund des geringen Stichprobenumfangs als nicht sinnvoll.

Die Vermutung, dass ängstlich ambivalent gebundene Patienten in den einzelnen Fragebögen eine deutlichere Besserung erzielen würden, konnte für die Symptom-Check-List-90-R, für das State-Trait-Angst-Inventar und das Narzissmus-Inventar statistisch signifikant bestätigt werden. Für die übrigen Fragebögen war dies nicht der Fall. Aufgrund der kleinen Stichprobe sollte auch dieses Thema in einer größeren Untersuchung aufgegriffen werden.

Zusammenfassend konnte das Ziel der Untersuchung, die Eignung von Patienten der verschiedenen Bindungsmuster für eine psychodynamische stationäre Gruppentherapie festzustellen, erreicht werden. Die Hinweise auf Unterschiede im Therapieerfolg und der Bedeutung der Wirkfaktoren, die nicht statistisch signifikant nachgewiesen werden konnten, sollten in nachfolgenden Studien aufgegriffen werden. Auch hat sich das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating nach Pilkonis als geeignet für eine Anwendung auf das Indikationsgespräch erwiesen. Da diese Methode leicht erlernbar und in der Praxis anwendbar

ist, könnte sie im Routineeinsatz bei der Indikationsstellung zur stationären Gruppenpsychotherapie eingesetzt werden.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit leistete einen Beitrag zur Indikationsstellung in der stationären Psychotherapie. Es wurde untersucht, ob Patienten in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster von einer psychodynamischen stationären Gruppentherapie unterschiedlich profitieren. Die Untersuchung umfasste 34 Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, die sich in Kiel einer stationären Langzeitgruppentherapie unterzogen. Grundlage war die sog. „Kieler Gruppentherapiestudie“, die in Form einer naturalistischen Psychotherapiestudie ein spezielles Setting untersuchte. In der vorliegenden Arbeit erfolgte eine Auswertung von Indikationsgesprächen mit Hilfe des Erwachsenen-Bindungsprototypen-Ratings (EBPR) nach Pilkonis. Dabei sollte festgestellt werden, ob sich das EBPR auch für die Auswertung von Indikationsgesprächen eignet.

In der vorliegenden Stichprobe waren überwiegend unsicher gebundene Patienten vertreten, dabei stellten ängstlich vermeidend gebundene Patienten den kleineren Anteil. Es ergaben sich Hinweise auf einen besseren Behandlungserfolg bei ängstlich ambivalenten Patienten. Ein Zusammenhang zwischen dem Anteil an sicherer Bindung und der Prognose ließ sich nicht nachweisen. Zwischen den einzelnen Prototypen und verschiedenen Skalen des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme fanden sich Korrelationen, die den Schluss nahe legten, dass Interpersonale Probleme vermeidend gebundener Patienten vor allem im Bereich der feindseligen Dominanz liegen. Ein Zusammenhang zwischen Bindungsmustern und Veränderungen der Interpersonalen Probleme konnte nicht belegt werden. Weiterhin ließ sich die These, dass ängstlich vermeidend gebundene Patienten die Gruppe schlechter bewerteten, nicht durchgängig bestätigen. Es fanden sich jedoch Hinweise auf eine unterschiedliche Bedeutung der subjektiv erlebten Wirkfaktoren der Gruppentherapie bei Patienten mit verschiedenen Bindungsmustern. Ein Geschlechtervergleich ergab ein Überwiegen des ambivalenten Bindungsmusters bei Frauen und des gemischt unsicheren Bindungsmusters bei Männern. Die Überprüfung von Erfolgskriterien in den einzelnen Fragebögen der Studie ergab für die symptombezogene Skala SCL-90-R, die angstbezogene Skala STAI und das auf das Selbstsystem bezogene Narzissmus-Inventar einen statistisch signifikanten Zusammenhang des Behandlungsergebnisses mit dem Bindungsstil.

Das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating nach Pilkonis hat sich als gut anwendbar für Indikationsgespräche erwiesen. Mit Hilfe dieses Instruments konnte gezeigt werden, dass ängstlich ambivalent gebundene Patienten von der psychodynamischen stationären Gruppentherapie am meisten profitierten.

8. Literatur

1. Ainsworth, M. und Eichberg, C.G. (1991): Effects on infant- mother attachment of mother`s unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In: C.M. Parkes, J. Stevenson- Hinde und P. Marris (Hrsg.): Attachment across the life cycle. S. 160 – 183. Travistock/ Routledge, London/ New York
2. Ainsworth, M. und Wittig, B.A.(1969): Attachment and the exploratory behavior of one- year- olds in a strange situation. In B.M. Foss (Hrsg.): Determinants of infant behavior, Bd. 4, S. 113- 136. Methuen, London
3. Albani, C., Blaser, G., Pokorny, D., Körner, A., König, S., Marschke, F., Brenk, K., Buchheim, A., Geyer, M., Kächele, H., Strauß, B. (2001): Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapie-patientinnen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49, 345-360
4. Alden, L.E., Wiggins, J.S. und Pincus, A.L. (1990): Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Journal of Personality Assessment, 55, S. 521 - 536
5. Bartholomew, K. und Horowitz, L.M. (1991): Attachment Styles among young adults : A test of a Four – Category – Model. Journal of Personality and Social Psychology ,61 (2) , S. 226 – 244
6. Becker, P. (1996): Der Gießen- Test (GT) und ein Sechs- Faktoren- Modell der Persönlichkeit. Trierer Psychologische Berichte, 23 (3), Universität Trier, Fachbereich I- Psychologie, Trier.
7. Benoit, D. und Parker, K.(1994): Stability and transmission of attachment across three generations. Child Development, 65, S. 1444 – 1456
8. Bowlby, J. (1984) : Bindung. Eine Analyse der Mutter – Kind – Beziehung. Fischer, Frankfurt am Main
9. Bowlby, J.(1951): Maternal Care and Mental Health. WHO, Genf ; HMSO, London. Dt.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit, Kindler, Geist und Psyche; München 1973
10. Bowlby, J. (1958): The nature of the child`s tie to his mother. International Journal of Psycho- Analysis 39, S. 350 – 373. Dt.: Über das Wesen der Mutter- Kind- Bindung, Psyche 13, 1959/ 60, S. 415 ff.
11. Bowlby, J. (1960a): Separation anxiety. International Journal of Psycho- Analysis 41, S. 89 – 113. Dt.: Die Trennungsangst, Psyche 15, 1961, S. 411 ff.
12. Bowlby, J. (1960b): Grief and mourning in infancy and childhood. Psychoanal. Study Child 15, S. 9- 52
13. Bowlby, J. (1986): Trennung. Fischer, Frankfurt am Main
14. Bowlby, J. (1994): Verlust , Trauer , Depression. Fischer, Frankfurt am Main
15. Bowlby, J. (1997): Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart, S.17 – 26

16. Bretherton, I. (1997): Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 27 - 49
17. Buchheim, A., Strauß, B. (im Druck, erscheint 2002): Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: B. Strauß, A. Buchheim, H. Kächele (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart, Schattauer
18. Buchheim, A., Brisch, K.-H. und Kächele, H. (1998): Einführung in die Bindungstheorie und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48, S.128 – 138
19. Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R. und Jaffe, K. (1994): Depression, working models of others, and relationship functioning. Journal of Personality and Social Psychology, 66, S. 127 - 140
20. Cassidy, J. (1988): Child-mother attachment and the self in six-year-olds. Child Development, 59, S. 121 – 134
21. Cassidy, J. und Shaver, P.R. (1999): Handbook of Attachment. Guilford Press, New York
22. Davies- Osterkamp, S. (1996): Der Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen – ein Instrument zur differentiellen Beschreibung von Gruppenpsychotherapien. In: Strauß, B., Eckert, J. und Tschuschke, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 116 - 127
23. Dozier, M. (1990): Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Development and Psychopathology 2, S. 47 – 60
24. Dozier, M., Stovall, K.C. und Albus, K.E. (1999): Attachment and Psychopathology in Adulthood. In: Cassidy, J. und Shaver, P.R. (eds.): Handbook of Attachment. Guilford Press, New York, S. 497 - 519
25. Eckert, J. (1996): Indikation und Prognose. In: Strauß, B., Eckert, J. und Tschuschke, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 16 – 24
26. Eckert, J. (2001): Indikation und Prognose in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V. (Hrsg.): Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme, Stuttgart, S. 56 - 64
27. Eckert, J. und Biermann- Ratjen, E.-M. (1985): Stationäre Gruppenpsychotherapie. Springer, Heidelberg.
28. Eckert, J., Biermann- Ratjen, E.-M., Brodbeck, D., Burgmeier-Lohse, M., Keller, W., Schulz, E., Schuricht, C. und 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
29. Franke, G. und Stäcker, K.-H. (1995): Reliabilität und Validität der Symptom- Check- Liste (SCL- 90- R; Derogatis, 1986) bei Standardreihenfolge versus inhaltshomogener Itemblockbildung. Diagnostica, 41 (4), S. 349 – 373
30. Fonagy, P. (1998): Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche 1998, 52, S. 331 – 368
31. Fonagy, P. und Target, M. (1997): Attachment and reflective function. Developmental Psychopathology 9, S 679 - 700

32. Fonagy, P., Steele, H. und Steele, M. (1991): Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year age. *Child Development*, 62, S. 891 – 905.
33. Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Leigh, K., Kennedy, R., Mattoon, G. und Target, M. (1994) : Attachment, the reflective self, and borderline states. The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In: Goldberg, S., Muir, R. und Kerr, J. (eds): *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives*. Lawrence Erlbaum, New Jersey
34. Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. und Gerber, A. (1996): The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, S. 549 - 560
35. Fremmer- Bombik, E. (1987): *Beobachtungen zur Beziehungsqualität im zweiten Lebensjahr und ihre Bedeutung im Lichte mütterlicher Kindheitserinnerungen*. Dissertation, Universität Regensburg
36. Fremmer- Bombik, E. und Grossmann, K.E. (1991): Frühe Formen empathischen Verhaltens. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 23, S. 299 – 317
37. Fuhrman, A. und Burlingame, G.M. (1994) (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis*. Wiley & Sons, New York.
38. Grossmann, K., Grossmann, K.E., Sprangler, G., Suess, G. und Unzue, L. (1985): Maternal sensitivity and newborn orientation responded as related to quality of attachment in Northern Germany. In: Bretherton, I. und Waters, E.: *Growing points in attachment theory and research*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, S. 233 – 278
39. Hardy, G.E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S. und Shapiro, D.A. (1999): Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, S. 36 - 53
40. Hazan, C. und Shaver, P.R. (1987): Romantic Love Conceptualized as Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), S. 511 – 524
41. Hess, H. (1986): *Untersuchungen zur Abbildung des Prozessgeschehens und der Effektivität in der intendiert dynamischen Gruppenpsychotherapie*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Berlin
42. Hess, H. (1991): *Beziehungsdiagnostik im therapeutischen Prozess*. In: Hess, H. (Hrsg.): *Soziale Beziehung am Krankenbett*. Barth, Leipzig
43. Hess, H. (1996): *zwei Verfahren zur Einschätzung der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie: Die Behandlungseinschätzung nach Froese und die Bewertungsskala nach Böttcher und Ott*. In: Strauß, B., Eckert, J. und Tschuschke, V. (Hrsg.): *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 142 - 158
44. Horowitz, L.M. und Vitkus, J. (1986): The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*, 6, S. 443 - 469
45. Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. und Bartholomew, K. (Ü. v. B. Strauß) (1993): *Interpersonale Probleme in der Psychotherapie*. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29 , 170 – 197

46. Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. und Bartholomew, K. (1996): Interpersonal Problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, S. 549 – 560
47. Horowitz, L.M., Strauß, B. und Kordy, H. (1994): Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version). Beltz- Testgesellschaft, Weinheim
48. Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bauer, B.A., Ureno, G. und Villasenor, V.S. (1988): Inventory of interpersonal problems. Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 56, S. 885 – 892
49. Kasten, C. und Schauenburg, H. (1999): Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47 (2), S. 155 - 171
50. Kindler, H. (1997): Geschlechtsbezogene Aspekte der Bindungsentwicklung. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 281 – 296
51. Kirkpatrick, L.A. und Davis, K.E (1994): Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, S. 502 – 512
52. Kobak, R. und Cole, H. (1994): Attachment and meta- monitoring. Implications for adolescent autonomy and psychopathology. In: Cicchetti, D. und Toth, S.L. (eds) (1994): *Disorders and dysfunctions of the self. The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. University of Rochester Press, New York
53. Laux, L. et al. (1979): *Das State – Trait – Angst – Inventar*. Beltz, Weinheim.
54. Leary, T.F. (1957): *Interpersonal diagnosis of personality*. Ronald Press, New York
55. Lobo, A.J. (1997): *Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur Erfassung von Erwachsenenbindungsprototypen*. Psychologische Diplomarbeit, Universität Bielefeld
56. Lyons-Ruth, K. und Jacobvitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J. Und Shaver, P.R. (1999): *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York, S. 520 - 554
57. Main, M. und Hesse, E. (1990): Parent`s unresolved traumatic experiences are related to disorganized attachment status: Is frightened and/ or frightening behavior the linking mechanism? In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti und E.M. Cummings (Hrsg.): *Attachment in the preschool years*. University of Chicago Press, S. 161 – 184, Chicago
58. Main, M. und Hesse, E. (1992): Disorganized/ disoriented infant behavior in the strange situation, lapses in the monitoring of reasoning and discourse during the parent`s Adult Attachment Interview, and dissociative states. In: M. Ammanitit und D. Stern (Hrsg.): *Attachment and Psychoanalysis*. Gius, Laterza and Figli (Italienische Übersetzung), Rom
59. Main, M., Kaplan, N. und Cassidy, J. (1985) : Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: I. Bretherton und E. Waters (Hrsg.): *Growing points in attachment theory and research*. Monographie of the Society for Research in Child Development 50, S.66 – 106
60. Miller, R. und Berman, J. (1983): The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, S. 39 – 53

61. Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., Kinze, J., Biebl, W. und Richter, R. (2000): Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 45, S. 223 - 229
62. Orlinsky, D.E. und Howard, K.J. (1986): Process and Outcome in Psychotherapy. In: Garfield, S.L. und Bergin, A.E. (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S. 311 - 384
63. Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., Howard, R. und Maughan, B. (1994): Personality disorders and the mental representation of early social experience. *Dev Psychopathol* 6, S. 375 - 388
64. Pilkonis, P.A. (1988): Personality Prototypes among Depressives : Themes of Dependency and Autonomy. *Journal of Personality Disorders* 2 (2) , S. 144 – 152
65. Pilkonis, P.A. (1998): Attachment characteristics and personality disorders. Paper presented at the Annual Meeting of the SPR, Snowbird, Utah
66. Pilkonis, P.A., Heape, C.J., Ruddy, J. und Serrano, P.S. (1991): Validity in the diagnosis of personality disorders. *Psychological Assessment*, 3, S. 46 – 54
67. Rauchfleisch, U., Nil, R. und Perini, Ch. (1995): Zur Validität des Narzißmusinventars (Denecke und Hilgenstock). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 41, S. 268 – 278
68. Robinson, F., Berman, J. und Neimeyer, R. (1990): Psychotherapy for the treatment of depression. *Psychological Bulletin*, 108, S. 30 – 49
69. Rothbard, J.C. und Shaver, P.R. (1994): Continuity of attachment across the life span. In: Sperling, M.B., Berman, W.H. (eds): *Attachment in adults*. Guilford Press, New York London
70. Schauenburg, H., Pekrun, G. und Leibing, E. (1995): Diagnostik interpersonaler Probleme bei depressiven Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie*, 43, S. 200 - 213
71. Schildbach, B., Loher, I. und Riedinger, N. (1997): Die Bedeutung emotionaler Unterstützung bei der Bewältigung von intellektuellen Anforderungen. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.) (1997): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett- Cotta, Stuttgart 1997, S. 249 - 264
72. Schmidt, S. und Strauß, B. (1996): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut* 41 , 139 – 150
73. Smith, W.B., Glass, G.V. und Miller, T.J. (1980): *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press, Baltimore
74. Smith, E.R., Murphy, J. und Coats, S. (1999): Attachment to groups : Theory and Measurement. *Journal of Personality and Social Psychology* , vol. 77 , no. 1 , 94 – 110
75. Spangler, G. und Grossmann, K.E. (1993): Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, S. 1439 – 1450
76. Spangler, G. und Grossman, K. (1997): Zwanzig Jahre Bindungsforschung in Bielefeld und Regensburg. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.) (1997): *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Klett- Cotta, Stuttgart, S. 50 – 63

77. Spangler, G. und Zimmermann, P.(Hrsg.) (1997): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Klett – Cotta, Stuttgart 1997
78. Sperling, M.B., Sharp, J.L. und Fisher, P. (1991) : On the nature of attachment in a borderline population: a preliminary investigation. Psychological Report, 68, S. 543 – 546
79. Steele, H. und Steele, M. (1994): Intergenerational patterns of attachment. In: Bartholomew, K. und Pearlman, D (Hrsg.): Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationship series, Bd. 5, Kingsley, London, S. 93 – 120
80. Strauß, B. (im Druck, erscheint 2002) : Die Bedeutung der Bindungstheorie und –forschung für die Psychotherapie. In: St. Ahrens, W. Schneider (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer
81. Strauß, B. und Burgmeier- Lohse, M. (1994): Stationäre Langzeitgruppentherapie. Roland Asanger Verlag , Heidelberg
82. Strauß, B. und Hess, H. (1993): Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppentherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 43, S. 82 – 92
83. Strauß, B. und Kordy, H. (1996): Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). In: Strauß, B., Eckert, J. und Tschuschke, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen
84. Strauß, B. und Lobo- Drost, A. (1999): Erwachsenen – Bindungsprototypen – Rating (EBPR) Version 1.0 Manual
85. Strauß, B. und Schmidt, S. (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. Psychotherapeut 42, S. 1 – 16, Springer Verlag
86. Strauß, B., Eckert, J. und Tschuschke, V. (1996): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Westdeutscher Verlag GmbH , Opladen
87. Strauß, B., Eckert, J. und Hess, H. (1993): Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppenpsychotherapie: 3. Integration und Diskussion der Ergebnisse. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29, S. 286 – 294
88. Strauß , B., Lobo- Drost, A. und Pilkonis, P.A. (1999) : Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen - erste Erfahrungen mit der deutschen Version einer Prototypenbeurteilung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie , Vol. 47, Nr. 4, S. 347
89. Suess, G., Grossmann, K.E. und Sruofe, L.A. (1992): Effects on infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. International Journal of Behavioral Development, 15, S. 43 – 65
90. Sullivan, H.S. (1953): The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York
91. Tschuschke, V. (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
92. Tschuschke, V. (2001): Gruppenpsychotherapie – Entwicklungslinien, Diversifikationen, Praxis und Möglichkeiten. Psychotherapie im Dialog, 1, S. 3 - 15

93. Tschuschke, V. und Anbeh, T. (2000): Wirkungen ambulanter analytischer Gruppenpsychotherapie in Deutschland. Erste Ergebnisse der PAGE-Studie. Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft 7, S. 5 - 12
94. Tillitski, L. (1990): A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. International Journal of Group Psychotherapy, 40, S. 215 – 224
95. Van Ijzendoorn, M.H. und Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996): Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A metaanalytic search for normativ data. Journal of Consulting and Clinical Psychology 64, S. 8 - 21
96. Wartner, U.G., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E. und Suess, G. (1994): Attachment patterns at age of six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. Child Development, 65, S. 1014 – 1027
97. Yalom, I.D. (1985): The Theory and Practice of Group Psychotherapy (3rd. Ed.). Basic Books, New York
98. Yalom, I.D. (1994): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (3. Aufl.). Pfeiffer, München.
99. Zimmermann, P. (1997): Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen. In: Sprangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.) (1997): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung Anwendung. Klett- Cotta, Stuttgart, S. 203 - 231

9. Anhang

Im Anhang werden die Fragebögen wiedergegeben, die nicht überall zur Verfügung stehen. Auf gängige Instrumente, wie Gießen-Test, SCL-90-R, Narzissmus-Inventar, Fragebogen zu Konfliktbewältigung, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, sowie State-Trait-Angst-Inventar soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Es wird auf die dazu vorliegende Fachliteratur verwiesen.

Im Anhang werden das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating in der verwendeten Version 0.0, die Behandlungseinschätzung nach Froese, der Wirkfaktorenbogen nach Yalom und der Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen nach Davies-Osterkamp wiedergegeben.

Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating

Prototyp 1 : Übersteigerte Abhängigkeit

1) Neigt dazu, sich zu sehr von anderen Menschen abhängig zu machen, wird „anklammernd“ in Beziehungen.

ja etwas nein

2) Überlässt Kontrolle tendenziell anderen; unterschätzt ihre/seine Fähigkeiten und eigenes Bewältigungspotential.

ja etwas nein

3) Hat viele „passiv rezeptive“ Wünsche: möchte von anderen geliebt, unterstützt, verstanden und geführt werden.

ja etwas nein

4) Neigt dazu, auf selbständige Entfaltungsmöglichkeiten zu verzichten (z.B. berufliche Herausforderungen, eigenständige freundschaftliche Beziehungen), um sich der Zuwendung und Unterstützung einer wichtigen Bezugsperson sicher zu bleiben.

ja etwas nein

5) Sieht sich eher in Gefahr und Unsicherheit, eine wichtige Beziehung oder eine wichtige Person zu verlieren. Befürchtet den Verlust an Billigung und Anerkennung anderer.

ja **etwas** **nein**

6) Hat große Angst, zurückgewiesen und verlassen zu werden, reagiert empfindlich bei realer und erlebter Entbehrung von Fürsorge, Zuneigung, Liebe und bei Zerbrechen von zwischenmenschlichen Beziehungen.

ja **etwas** **nein**

7) Außerhalb ihrer/seiner zwischenmenschlichen Beziehungen hat sie/er nur ein geringes Bewusstsein für das Selbst; die Entwicklung eines stärkeren „Selbstbewusstseins“ wird beeinträchtigt durch die ständige Beschäftigung, zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen.

ja **etwas** **nein**

8) Vermeidet Risiken, welche eine Beziehung gefährden könnten (scheut sich z.B. davor, sich gegenüber bedeutsamen Bezugspersonen zu behaupten, hat große Hemmungen, Ärger und Wut auszudrücken).

ja **etwas** **nein**

9) Hat große Schwierigkeiten, innere Befriedigung ihres/seines Erfolges zu erleben; braucht eine „dritte“ Person, die ihr/ihm „Feedback“ zukommen lässt.

ja **etwas** **nein**

10) Vertraut bei Überzeugungen, Meinungen und Verhaltensweisen auf das Urteil anderer.

ja **etwas** **nein**

11) Verlässt sich auf eine geschätzte Person, um sich so Ziele und Bedeutungen zu verschaffen und ihre/seine eigene Wertschätzung zu regulieren.

ja **etwas** **nein**

13) Zurückweisung von Anderen führt zu einem Verlust an Vertrauen und Selbstwertschätzung; angesichts des Verlustes kann sie/er sich nicht vorstellen, so wie sie/er ist, anderen Menschen zu gefallen.

ja **etwas** **nein**

14) Gefühle von Hilflosigkeit sind bei ihr/ihm üblich.

ja **etwas** **nein**

15) Vermeidet sexuelle Gefühle, Konkurrenzgefühle oder beides, da sie/er diese als bedrohlich für eigene zwischenmenschliche Beziehungen auffasst.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 2 : Instabil beziehungsgestaltend

1) Hat extreme Gefühle, die plötzlich zwischen positiven und negativen Emotionen wechseln können. Neigt dazu, in schwarz-weiß- bzw. in alles-oder-nichts-Schemata zu denken.

ja **etwas** **nein**

2) Intensive Suizidgedanken kommen gelegentlich vor.

ja **etwas** **nein**

3) Zwischenmenschliche Beziehungen sind ambivalent; ist mehr oder weniger unfähig, einander widersprechende Gefühle einer Person gegenüber in Einklang zu bringen (warme liebevolle vs. feindselige ärgerliche Gefühle)

ja **etwas** **nein**

4) Hat Sehnsucht nach Liebe und Unterstützung, die auch durch indirektes oder „unangemessenes“, bei anderen Fürsorglichkeit hervorruftendes Verhalten ausgedrückt wird (suizidale Andeutungen; Hypochondrie)

ja **etwas** **nein**

5) Kann nur wenig Aufschub von Befriedigung ertragen und hat wenig Affektkontrolle; erlebt heftige Wünsche, direkt und unmittelbar getröstet und beruhigt zu werden.

ja **etwas** **nein**

6) Neigt dazu, in Beziehungen subtil oder offen zu manipulieren.

ja **etwas** **nein**

7) Erlebt Ärger (u.U. sogar Wutanfälle) bei realer (oder erlebter) Abweisung.

ja **etwas** **nein**

8) Erscheint unfähig, zwischenmenschliche Beziehungen aufrechtzuerhalten; beginnt und beendet Beziehungen, ohne die Konsequenzen zu bedenken.

ja **etwas** **nein**

9) Wenn sie/er sich abgewiesen fühlt, kann sie/er „hypomanisch“ nach Ersatzobjekten und nach Trost suchen.

ja **etwas** **nein**

10) Hat Angst vor dem Verlassenwerden.

ja **etwas** **nein**

11) Hat ein instabiles Selbstwertgefühl, das zwischen tendenzieller Idealisierung und Selbstentwertung variiert.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 3 : Zwanghaft fürsorglich

1) Hat enge Beziehungen, nimmt aber möglichst die Rolle des Fürsorge-Gebenden und nicht des Empfangenden ein.

ja **etwas** **nein**

2) Sucht sich eher „Versager“ zum Partner oder Freund (wendet sich z.B. Personen zu, die entweder körperlich oder emotional bedürftig und verwundbar sind).

ja **etwas** **nein**

3) Fühlt sich empfindlich berührt, wenn seine Hilfe nicht gewünscht ist oder gar entschieden zurückgewiesen wird.

ja **etwas** **nein**

4) Empfindet es leichter zu helfen, als Hilfe zu empfangen.

ja **etwas** **nein**

5) Ist gelegentlich ärgerlich darüber, wie viel sie/er für andere tut und wie wenig sie/er dafür zurückbekommt. Spielt im Extremfall den Märtyrer, um Anerkennung oder Dankbarkeit von anderen zu erhalten (z.B. „Ich arbeite mir die Finger wund, und was kriege ich dafür?“).

ja **etwas** **nein**

7) Hat ihre/seine berufliche Tätigkeit im sozial-helferischen Bereich ausgerichtet.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 4 : Zwanghaft selbstgenügsam

1) Denkt analytisch, kritisch und präzise; richtet ihre/seine Aufmerksamkeit auf Details, Unterschiede und Widersprüche.

ja **etwas** **nein**

2) Der Intellekt wird überbewertet (übertriebene Kontrolle).

ja **etwas** **nein**

3) Ist sehr auf Leistung und Produktivität bezogen; meint häufig, andere würden sie/ihn vor allem wegen ihrer/seiner Leistungen anerkennen, kaum für andere Tätigkeiten.

ja **etwas** **nein**

4) Neigt dazu, in all ihren/seinen Lebensbereichen sehr rigide zu sein.

ja **etwas** **nein**

5) Erscheint oft moralistisch; hängt starr an von außen kommenden Forderungen und Regeln.

ja **etwas** **nein**

6) Neigt zum Perfektionismus.

ja **etwas** **nein**

7) Fühlt sich zur Leistung gedrängt, hat aber am Erreichten wenig Freude oder Befriedigung.

ja **etwas** **nein**

8) Ist beharrlich beim Verfolgen ihrer/seiner Ziele; neigt dazu, alles aus sich herauszuholen (neigt dazu, ein „Workaholic“ zu sein).

ja **etwas** **nein**

9) Angesichts von Belastungen und Problemen neigt sie/er dazu, sich nichts anmerken zu lassen; mag mit anderen nicht über Probleme und Gefühle sprechen.

ja **etwas** **nein**

10) Zeigt wenig Spontanität; drückt Gefühle oder emotionale Reaktionen nur wenig aus.

ja **etwas** **nein**

11) Betont die Wichtigkeit von Selbstbeherrschung (psychisch wie körperlich), Redlichkeit und Zuverlässigkeit.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 5 : Übersteigert autonomiestrebend

1) Möchte lieber sämtliche Möglichkeiten für sich offen halten, als überdauernde Verpflichtungen einzugehen; bemüht sich, Unabhängigkeit, persönliche Wahlfreiheit und Beweglichkeit zu bewahren und zu vergrößern.

ja **etwas** **nein**

2) Grenzt sich betont ab; legt großen Wert darauf, von anderen unabhängig und im Vergleich zu ihnen andersartig zu sein.

ja **etwas** **nein**

3) Ihre/Seine Zufriedenheit hängt von dem Wunsch ab, eigene Autonomie zu bewahren; wünscht ihr/sein Handeln selbst zu bestimmen und vom Einfluss andere frei zu sein; legt Wert darauf, sich als außergewöhnlich, abgegrenzt und unabhängig zu empfinden.

ja **etwas** **nein**

4) Meint, dass die einzige Hilfe , auf die sie/er sich verlassen kann, von ihr/ihm selbst kommt; kann sich nicht vorstellen, dass sich andere um sie/ihn wirklich kümmern werden.

ja **etwas** **nein**

5) Besteht ungeachtet der Umstände darauf, unabhängig zu sein; verlässt sich zu wenig auf andere Menschen und vermeidet es, um Hilfe zu bitten.

ja **etwas** **nein**

6) Lehnt jegliches Bedürfnis nach einer engen Beziehung zu einem Menschen ab, der sie/ihn lieben und sich um sie/ihn kümmern würde(macht es sogar lächerlich).

ja **etwas** **nein**

7) Vermeidet eher enge zwischenmenschliche Beziehungen, wegen der Verpflichtung, die sie mit sich bringen (d.h. möchte nicht in die Lage kommen, sich um einen anderen kümmern zu müssen).

ja **etwas** **nein**

8) Ein häufiger Grund für den Abbruch von zwischenmenschlichen Beziehungen ist ihre/sein Überzeugung ,“in eine Falle zu geraten“ oder gegen ihren/seinen Willen zu etwas gezwungen zu werden.

ja **etwas** **nein**

9) Das übertriebene Bemühen, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zu erlangen, beeinträchtigt das Aufbauen befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen.

ja **etwas** **nein**

10) Fühlt sich in nahen Beziehungen eingeengt.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 6 : Emotional ungebunden

1) Ist von den Rückmeldungen anderer (Lob oder Kritik) relativ unbeeindruckt.

ja **etwas** **nein**

2) Ist ziemlich „blind“ für die Wirkungen ihres/seines Verhaltens auf andere; ist weitgehend unsensibel für deren Bedürfnisse und Wünsche.

ja **etwas** **nein**

3) Beim Streben nach Erfolg blendet sie/er weitgehend eventuelle negative Folgen eigenen Handelns aus.

ja **etwas** **nein**

4) Kümmert sich weniger als andere Menschen um körperliche Krankheiten und Tod.

ja **etwas** **nein**

5) Neigt zu antisozialem bzw. delinquentem Verhalten; zeigt gewöhnlich keine Reue oder Schuldgefühle, wenn dieses angemessen wäre.

ja **etwas** **nein**

6) Mag es nicht, von dem, was sie/er tun möchte, zurückgehalten, blockiert oder abgeschreckt zu werden; mag keine von außen kommenden Anweisungen, Terminvorgaben, Forderungen oder Druck.

ja **etwas** **nein**

7) Es ist ihr /ihm nicht möglich, dauerhafte nahe Beziehungen aufrechtzuerhalten.

ja **etwas** **nein**

Prototyp 7 : Sicher

1) Fühlt sich sowohl in Gesellschaft als auch allein wohl.

ja **etwas** **nein**

2) Ist zu beidem in der Lage: sowohl sich auf andere zu verlassen, wenn dies angebracht ist, als auch andere zu haben, die sich auf sie/ihn verlassen, wenn sie dies brauchen.

ja **etwas** **nein**

3) Hat einen ausgeprägten Sinn für sich selbst als eigenständige Person, schätzt aber auch die Persönlichkeit andere und tritt gern mit ihnen in Kontakt.

ja **etwas** **nein**

4) Lebt in Beziehungen, die bedeutungsvoll und befriedigend sind, ohne das Gefühl zu haben, die Autonomie oder Integrität der Beteiligten zu gefährden; derartige Interaktionen werden als gegenseitig bereichernd erlebt und nicht einengend oder ausbeutend.

ja **etwas** **nein**

5) Sieht Beziehungen relativ unkompliziert; erlebt in diesem Bereich ihres/seines Lebens keine übermäßig belastenden Gefühle (z.B. Schuldgefühle, Ambivalenz, Trennungsangst).

ja **etwas** **nein**

6) Neigt dazu, Beziehungen aus einer optimistischen Grundhaltung heraus zu beschreiben und verbindet damit echte Befriedigung.

ja etwas nein

7) Ist zuversichtlich, dass jemand für sie/ihn „da sein wird“, wenn sie/er nach Hilfe, Unterstützung oder Verständnis sucht.

ja etwas nein

8) Kann enge zwischenmenschliche Beziehungen initiieren und aufrechterhalten.

ja etwas nein

Zusatzdimensionen:

Klarheit : (gar nicht) 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 (sehr)

Konkretheit : (gar nicht) 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 (sehr)

Spezifität : (gar nicht) 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 (sehr)

Behandlungseinschätzung nach Froese

Fr 1

1. Die Behandlung wird von mir als wertlos 1 2 3 4 5 wertvoll angesehen.
2. Ich fühle mich wenig 1 2 3 4 5 viel gebessert.
3. Ich habe z. Zt. wenig 5 4 3 2 1 viel körperliche Symptome.
4. Ich fühle mich psychisch freier 5 4 3 2 1 psychisch gehemmter.
5. Ich schätze den Betrag neu gewonnener Erfahrungen für meine Situation zu Hause groß 5 4 3 2 1 gering ein.
6. Ich schätze den Betrag neu gewonnener Erfahrungen für meine berufliche Situation groß 5 4 3 2 1 gering ein.

Welches sind Ihre wichtigsten Erfahrungen im Bereich der Selbsterkenntnis?

Welches sind Ihre wichtigsten Erfahrungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen?

Fr 2

7. In der Gruppe habe ich mich sehr wohl 5 4 3 2 1 unwohl gefühlt.
8. Ich wurde in der Gruppe labiler 1 2 3 4 5 stabiler.
9. Ich konnte den anderen meine Probleme und Schwierigkeiten leicht 5 4 3 2 1 schwer darlegen.
10. Es gelang mir, mit Hilfe der anderen eigene Probleme gut 5 4 3 2 1 schwer zu bearbeiten
11. Ich fühlte mich in der Gruppe verstanden 5 4 3 2 1 unverstanden.
12. Ich fühlte mich in der Gruppe abhängig 1 2 3 4 5 selbständig.
13. Ich fühlte mich in der Gruppe verantwortlich 5 4 3 2 1 nicht verantwortlich.

Wirkfaktorenbogen nach Yalom

„Für mich war die Gruppentherapie hilfreich durch ...“

Altruismus

1. dass ich anderen helfen konnte, habe ich mehr an Selbstachtung gewonnen
2. dass ich meine Wünsche hinter die der anderen zurückstellen konnte
3. dass ich mich selbst vergessen konnte und daran dachte, anderen zu helfen
4. dass andere von mir profitieren können
5. dadurch, dass ich anderen half und für ihre Lebensfragen wichtig war

Gruppenkohäsion

6. dass ich zu einer Gruppe gehörte und von ihr angenommen wurde
7. dass ich anhaltenden engen Kontakt zu anderen Menschen hatte
8. dass ich unangenehme und peinliche Dinge von mir preisgab
9. dass ich mich nicht länger allein fühlte
10. dass ich zu einer Gruppe von Menschen gehörte, die mich verstand und akzeptierte

Universalität

11. dass mir klargeworden ist, nicht nur ich habe solche Probleme- wir „Sitzen alle in einem Boot“
12. dass ich gesehen habe, es ging mir nicht besser oder schlechter als anderen
13. zu sehen, dass auch andere „böse“ Gedanken und Gefühle haben wie ich
14. zu sehen, dass andere mit ihren Familien so unglücklich und durcheinandergebracht waren wie ich
15. zu sehen, dass ich nicht so anders bin als andere, hat mich den anderen näher gebracht

Interpersonales Lernen „Input“

16. dass die Gruppe mir gezeigt hat, wie ich auf andere wirke
17. dass ich gelernt habe, wie ich auf andere zugehe
18. dass die anderen mir ganz ehrlich gesagt haben, was sie von mir halten
19. dass die Gruppenmitglieder mir einige meiner Angewohnheiten und Eigenwilligkeiten gezeigt haben, die andere Leute stören

20. zu lernen, dass ich Leute manchmal dadurch irritiere, dass ich nicht sage, was ich wirklich denke

Interpersonales Lernen „Output“

21. dass ich gelernt habe, mit anderen Menschen besser auszukommen

22. dass ich mich anderen Menschen besser anvertrauen kann

23. dass ich etwas darüber erfahren habe, wie ich Beziehungen zu anderen Menschen aufnehme

24. dass mir die Gruppe Gelegenheit gegeben hat zu lernen, zu anderen Kontakt aufzunehmen

25. dass ich meine Konflikte, die ich mit einem bestimmten Gruppenmitglied hatte, ausgetragen habe

Anleitung

26. dass der Therapeut mir manchen Rat und Hinweis gegeben hat

27. dass die Gruppenmitglieder mir manchen Rat und Hinweis gegeben haben

28. dass die Gruppenmitglieder mir gesagt haben, was ich tun soll

29. dass mir jemand in der Gruppe einen ganz bestimmten Vorschlag zur Lösung eines Problems gemacht hat

30. dass die Gruppenmitglieder mir den Rat gegeben haben, mein Verhalten gegenüber einer mir wichtigen Person zu ändern

Katharsis

31. dass ich mir die Dinge von der Seele geredet habe

32. dass ich positive oder negative Gefühle gegenüber einem anderen Gruppenmitglied äußern konnte

33. dass ich negative oder positive Gefühle dem Therapeuten gegenüber äußern konnte

34. dass ich lernte, meinen Gefühlen Ausdruck zu geben

35. dass ich sagen konnte, was mich stört, anstatt es für mich zu behalten

Identifikation

36. zu versuchen, wie jemand in der Gruppe zu sein, der besser zurecht kam als ich

37. zu sehen, wie andere unangenehme Gedanken äußerten und dadurch weiterkamen, hat mir geholfen, das auch zu tun

38. dass ich bestimmte Eigenarten und Verhaltensweisen eines anderen Gruppenmitgliedes übernehmen konnte
39. dass ich meinen Therapeuten bewundern konnte und so sein konnte wie er
40. dass ich jemanden in der Gruppe fand, der für mich beispielhaft war

Wiedererleben der Familie

41. dass ich in der Gruppe irgendwie die Familie wiedererlebte, in der ich aufwuchs
42. dass ich in der Gruppe Spannungen, die ich in der Vergangenheit mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Personen hatte, besser verstehen konnte
43. dass ich mich in der Gruppe wie in einer Familie verstanden und akzeptiert fühlte
44. dass ich durch meine Erfahrung in der Gruppe besser verstand, wie ich in meiner Familie aufgewachsen bin
45. dass die Gruppe Ähnlichkeit mit meiner Familie hatte, z.B. waren einige Mitglieder oder Therapeuten wie meine Eltern oder andere Angehörige. Durch die Gruppenerfahrungen verstand ich meine früheren Beziehungen besser

Einsicht

46. dass ich eingesehen habe, dass ich Menschen aus Gründen mag oder ablehne, die wenig mit diesen Menschen zu tun haben, sondern mehr mit Schwierigkeiten und Erfahrungen, die ich früher mit Menschen hatte
47. dass ich sehen kann, warum ich so und nicht anders denke und fühle, und ich einige Gründe und Ursachen meiner Probleme sehe
48. früher unbekannte und unannehmbare Teile von mir zu entdecken und zu akzeptieren
49. es hat mir geholfen einzusehen, dass ich mich Menschen oder Situationen gegenüber verhalte mit Gefühlen, die irgendwie zu früheren Lebensabschnitten gehören
50. zu sehen, dass mein heutiges Fühlen und Verhalten mit meiner Kindheit und meiner Entwicklung zusammenhängen

Einflößen von Hoffnung

51. dass andere sich verändert haben, hat auch mir Hoffnung gemacht
52. zu wissen, dass andere in der Lage waren, Probleme zu lösen, die meinen ähnlich waren
53. dass ich mitbekam, wie andere mit Schwierigkeiten fertig wurden, die meinen ähnlich waren
54. zu beobachten, dass bei anderen Gruppenmitgliedern Veränderungen im Verhalten auftraten

55. zu wissen, dass die Gruppe anderen mit ähnlichen Problemen wie meinen geholfen hat

Existenzielle Faktoren

56. zu erkennen, dass das Leben einem oft hart mitspielt

57. zu erkennen, dass man letztlich Schmerz und Tod nicht umgehen kann

58. zu erkennen, dass ich letztlich auf mich gestellt bin, auch wenn ich mich anderen ganz nahe fühle

59. dass mir so richtig klar wurde, worauf es mir in meinem Leben ankommt und dass ich dadurch lernte, zwischen wesentlichen oder eher nebensächlichen Gefühlen in meinem Leben zu unterscheiden

60. dass ich gelernt habe, dass die Verantwortung für mein Handeln in meinen Händen liegt, gleichgültig wie viel Hilfe und Unterstützung ich von anderen bekomme

Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen nach Davies-Osterkamp

Sie haben an einer Gruppentherapie teilgenommen bzw. nehmen an der Gruppentherapie teil. In diesem Fragebogen geht es darum, welche der aufgeführten Situationen Sie in der Gruppe erlebt haben bzw. nicht erlebt haben.

Sollten Sie die angeführte Situation erlebt haben, machen Sie bitte ein Kreuz in die Spalte „stimmt“. Sollten Sie die angeführte Situation nicht erlebt haben, machen Sie bitte ein Kreuz in der Spalte „stimmt nicht“.

Wenn Sie die angeführte Situation erlebt haben, kreuzen Sie bitte zusätzlich in der entsprechenden Spalte an, ob diese Erfahrung für Sie persönlich „nicht hilfreich“, „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ war.

Sehr hilfreich	→
Hilfreich	→
Nicht hilfreich	→
Stimmt nicht	→
Stimmt	→

1. Ich habe in anderen Gruppenmitgliedern Verhaltensweisen
Gefühle oder Einstellungen von mir selbst entdeckt.

→

2. Der Therapeut machte deutlich, wie sich Verhaltensweisen und Gefühls-
Äußerungen eines Mitgliedes auf die jeweils anderen auswirken.

→

3. Ich habe bei anderen beobachtet, wie sich deren Verhalten in der
Beziehung zu anderen auswirkt.

→

4. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich manchmal an anderen
Verhaltensweisen und Einstellungen bekämpft habe, die ich bei mir selbst
nicht mag.

→

5. In der Gruppe hat man sich verstellt

→

6. Der Therapeut hatte Humor

→

7. Der Therapeut wies auf die inneren Zusammenhänge von Verhalten und Erleben einzelner Gruppenmitglieder hin.

→

8. In der Gruppe wurden peinliche und unangenehme Dinge geäußert.

→

9. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass andere angenehme und unangenehme Seiten haben.

→

10. In der Gruppe habe ich erneut Erfahrungen gemacht, die ich aus meiner Beziehung zu Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Personen kenne.

→

11. Der Therapeut war ermutigend.

→

12. Ich habe das Gefühl von Gemeinsamkeit erlebt.

→

13. Der Therapeut zeigte, dass er den Gruppenmitgliedern gegenüber Gefühle hatte.

→

14. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich andere häufig nur einseitig wahrgenommen habe.

→

15. Ich bin durch die Gruppenmitglieder auf mir früher unbekannte oder unerträgliche Seiten meiner eigenen Person aufmerksam gemacht wurde.

→

16. Ich wurde von den Gruppenmitgliedern verstanden und angenommen.

→

17. Ich habe durch die Gruppenmitglieder erfahren, warum ich so denke und fühle, wie ich es tue.

→

18. Der Therapeut war zurückhaltend.

→

19. In der Gruppe wurden negative und positive Gefühle gegenüber anderen Gruppenmitgliedern geäußert.

→

20. Der Therapeut machte auf Verhaltensweisen und Gefühlsreaktionen von Gruppenmitgliedern aufmerksam.

→

21. Der Therapeut hat sich als Mensch an den Gruppenmitgliedern interessiert gezeigt.

→

22. Durch andere Gruppenmitglieder und deren Verhalten habe ich für mich neue Möglichkeiten entdeckt.

→

23. Der Therapeut war gefühlsmäßig berührt.

→

24. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass andere ähnliche Schwierigkeiten haben wie ich.

→

25. Durch die Rolle des Therapeuten und sein Verhalten habe ich neue Möglichkeiten für mich entdeckt.

→

26. Der Therapeut hat Vorschläge gemacht, wie man sich verhalten kann.

→

27. Ich habe in der Gruppe die Erfahrung gemacht, dass meine Wünsche und Vorstellungen ernstgenommen werden.

→

28. Der Therapeut teilte mir mit, wie er sich selbst in bestimmten Lebenssituationen fühlt und verhält.

→

29. Der Therapeut hat den schmerzenden Punkt erfasst.

→

30. Der Therapeut machte deutlich, dass bestimmte Erlebnis- und Verhaltensweisen aus der Kindheit stammen.

→

31. Ich habe von anderen Gruppenmitgliedern Ratschläge bekommen.

→

32. Der Therapeut hat Fragen gestellt.

→

33. Ich habe durch andere erfahren, wie ich auf sie wirke.

→

34. Der Therapeut war in seinen Äußerungen behutsam.

→

35. Der Therapeut machte auf Gefühle und Vorstellungen aufmerksam, die von den Gruppenmitgliedern selbst nicht, oder nur unklar ausgedrückt werden konnten.

→

36. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich häufig gleichsam „automatisch“ auf andere Gruppenmitglieder reagiert habe.

→

37. Ich konnte Dinge sagen und tun, auch wenn die anderen nicht damit einverstanden waren.

→

38. Der Therapeut war akzeptierend.

→

39. Ich hatte das Gefühl, den anderen trauen zu können.

→

40. Ich konnte mir die Dinge, die mich belasten, von der Seele reden.

→

41. Ich habe mich Unterschieden in Meinung und Standpunkten gestellt.

→

42. Konflikte der Gruppenmitglieder untereinander wurden in der Gruppe besprochen.

→

43. Ich konnte mich in der Gruppe auf andere Gruppenmitglieder, deren Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse einlassen.

→

Danksagung

An dieser Stelle danke ich allen, die unmittelbar und mittelbar an dieser Arbeit beteiligt waren, sehr herzlich.

Das Thema wurde angeregt durch Herrn Prof. Dr. phil. habil. Strauß. Ihm danke ich für die hervorragende Betreuung der Arbeit und die grenzenlose Geduld, die er während der Durchführung aufbrachte. Für meine Fragen und Probleme hatte er immer Zeit und unterstützte mich in zahlreichen Diskussionen. Mit seinem fachkundigen Rat half er mir über diese und jene Klippe hinweg.

Ich danke Frau Dipl.-Psychologin Lobo-Drost für die schnelle Einarbeitung in das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating und für die Möglichkeit zur Teilnahme an ihren Seminaren.

Den Mitgliedern des Arbeitskreises „Stationäre Gruppentherapie“ möchte ich für die mir ermöglichte Teilnahme an einem Treffen und der anschließenden Raterschulung danken.

Ich danke sämtlichen Teilnehmern des Forschungskolloquiums im Institut für Medizinische Psychologie und den Mitarbeitern des Instituts für die konstruktive Kritik an meiner Arbeit, die mich veranlasste, einige Fragen zu überdenken und zu vertiefen.

Den beiden Sekretärinnen Frau Marcu und Frau Bargfleth danke ich für die vielen aufmunternden Worte, wenn die Arbeit an der Dissertation mal wieder nicht vorwärts ging.

Ich danke meinen Eltern, Herrn Dipl.-Ing. Jürgen Oetzel und Frau Dipl. Lehrerin Ingrid Oetzel für das wiederholte Korrekturlesen der Manuskripte und natürlich für die finanzielle Unterstützung während meines Studiums. Dafür danke ich auch meiner Oma, Frau Erna Oetzel, die die Fertigstellung meiner Arbeit leider nicht mehr erleben durfte. Meinem Bruder, Herrn Björn Oetzel, danke ich für die vielfältigen Tipps zum Umgang mit Grafikprogrammen.

Schließlich danke ich den drei wichtigsten Menschen in meinem Leben. Meinem Mann, Herrn Dipl.- Betriebswirt Michael Sachse, danke ich für die unendliche Geduld beim Lesen meiner Manuskripte, für die Verschönerung der Grafiken, für die vielen Tipps bei der Arbeit mit verschiedenen Programmen, für die Suche nach verlorengegangenen Dateien und für das überaus geduldige Ertragen meiner schlechten Laune, wenn mal wieder etwas schief gegangen war. Unseren Kindern Melanie und Jan-Erik danke ich dafür, dass sie da und gesund sind und mir die Zeit ließen, meine Arbeit zu schreiben.

Lebenslauf

	Sachse, Juliane verheiratet mit Michael Sachse, zwei Kinder
30.11.1975	Zwickau
1982 – 1990	POS Johann-Heinrich-Pestalozzi in Zwickau
1990 – 1994	Gymnasium Fridericianum in Rudolstadt
1994	Abitur
1994 – 1998	Studium der Humanmedizin an der FSU Jena
1998 – 1999	Erziehungsjahr
1999 – 2000	Fortführung des Studiums der Humanmedizin an der FSU Jena
2000	2. Staatsexamen
2000 – 2001	Praktisches Jahr (2 Tertiale) an der FSU Jena
2001 – zur Zeit	Erziehungsjahr

Jena, 20.03.2002

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die geltende Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena 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 Manuskriptes unterstützt haben: Herr Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Frau Dipl.-Psychologin Audrey Lobo-Drost, Herr Dipl.-Ing. Jürgen Oetzel, Frau Dipl.-Lehrerin Ingrid Oetzel, Herr Michael Sachse,

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, 20.03.2002