

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Professor Dr. med. D. Naber

**Bindungsstile als Determinanten von Behandlungserfolg auf einer
Psychotherapiestation für Patienten mit Persönlichkeits- und
Belastungsstörungen.**

Eine prospektiv-naturalistische Studie.

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von
Angela Waldmann
aus Hamburg

Hamburg 2006

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 17.07.2007

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg:

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. R. Thomasius

Prüfungsausschuss, 2. Gutachterin: PD Dr. B. Gerisch

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

1 EINLEITUNG	1
2 GRUNDLAGEN DER BINDUNGSFORSCHUNG UND WISSENSCHAFTLICHES UMFELD	3
2.1 GRUNDLAGEN DER BINDUNGSFORSCHUNG	3
2.1.1 <i>Die Bindungstheorie</i>	3
2.1.2 <i>Anfänge der Bindungsforschung – Ainsworth und Bindungsstile bei Kindern</i>	5
2.2 BINDUNGSSTILE ERWACHSENER	7
2.3 BEDEUTUNG DER BINDUNGSTHEORIE FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE	12
2.4 BINDUNGSFORSCHUNG BEI ERWACHSENEN	14
2.4.1 <i>Ausgewählte Aspekte</i>	14
2.4.2 <i>Psychotherapieforschung: Bindung als Prädiktor von Behandlungserfolg</i>	16
3 FRAGESTELLUNGEN DIESER UNTERSUCHUNG	21
4 MATERIAL UND METHODEN	22
4.1 STATIONSBESCHREIBUNG	22
4.1.1 <i>Behandlungsspektrum</i>	22
4.1.2 <i>Aufnahmeindikationen</i>	23
4.1.3 <i>Diagnostik</i>	23
4.1.4 <i>Behandlungsteam und Konzeptorientierung</i>	23
4.1.5 <i>Behandlungsschwerpunkte</i>	24
4.1.6 <i>Behandlungselemente</i>	25
4.2 BESCHREIBUNG DER MESSINSTRUMENTE	29
4.2.1 <i>Die Bestimmung der Bindungsstilmerkmale</i>	29
4.2.1.1 <i>Das Bartholomew Attachment Interview Coding System (BAIC)</i>	29
4.2.1.2 <i>Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)</i>	31
4.2.1.3 <i>Zur Bildung der vier verwendeten Bindungsdimensionen</i>	32
4.2.2 <i>Die Bestimmung des Behandlungs-Outcomes</i>	35
4.2.2.1 <i>SCL-K-9</i>	36
4.2.2.2 <i>BDI</i>	37
4.2.2.3 <i>IIP-D</i>	37
4.2.2.4 <i>Durch die Outcome-Maße erfasste Veränderungen</i>	38
4.2.2.5 <i>Psychometrische Eigenschaften des globalen Behandlungs-Outcomes</i>	39
4.3 DIE VORLIEGENDE UNTERSUCHUNGSGRUPPE (AUFGESCHLÜSSELT NACH BEHANDLUNGS-GRUPPEN)	40
4.3.1 <i>Behandlungsgruppen, Geschlecht, Lebensalter und Familienstand</i>	41
4.3.2 <i>Schulabschluss und beruflicher Status</i>	42
4.3.3 <i>Erwerbssituation</i>	44

4.3.4 Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassung	44
4.3.5 Einweisungsarten	45
4.3.6 Behandlungsdauern, ambulante und (teil-)stationäre psychiatrische Vorbehandlungen und mehrere Behandlungsepisoden	45
4.3.7 Suizidalität	46
4.3.8 ICD-10-Diagnosen	47
4.4 ZUM AUSWERTUNGS-RATIONALE	50
4.4.1 Design und eingesetzte Auswertungsverfahren	50
4.4.1.1 Profilanalysen	50
4.4.1.2 MANOVAs	51
4.4.2 Signifikanzniveau, power und Effektstärken	51
4.4.3 Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen	52
5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	53
5.1 DIFFERENZIERTE ERGEBNISSE DES BEHANDLUNGS-OUTCOMES	54
5.1.1 Ergebnisse zur Skala GSI-9	54
5.1.2 Ergebnisse des BDI	57
5.1.3 Ergebnisse zu den Subskalen des IIP-D	60
Skala „zu autokratisch/dominant“ (IIP-D-PA)	60
Skala „zu streitsüchtig/konkurrierend“ (IIP-D-BC)	62
Skala „zu abweisend/kalt“ (IIP-D-DE)	65
Skala „zu introvertiert/sozial vermeidend“ (IIP-D-FG)	67
Skala „zu unterwürfig/selbstunsicher“ (IIP-D-HI)	70
Skala „zu ausnutzbar/nachgiebig“ (IIP-D-JK)	72
Skala „zu fürsorglich/freundlich“ (IIP-D-LM)	74
Skala „zu expressiv/aufdringlich“ (IIP-D-NO)	76
Zusammenfassung der IIP-D-Ergebnisse	78
5.2 ERGEBNISSE DER T-TESTS FÜR DAS GESAMT-OUTCOME	80
6 DISKUSSION	81
6.1 HAUPTBEFUNDE	81
6.2 INTERPRETATIONEN UND ERKLÄRUNGSHYPOTHESEN DER HAUPTBEFUNDE	85
6.2.1 Zum BAIC	85
6.2.2 Zum BFKE	87
6.3 LIMITATIONEN	91
6.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN	92
7 ZUSAMMENFASSUNG	94
8 LITERATURVERZEICHNIS	96

ANHANG	104
TABELLENVERZEICHNIS	104
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	108
BADO ALS FAKSIMILE	109
DANKSAGUNG	115
LEBENSLAUF	116
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	118

1 EINLEITUNG

Im Rahmen einer Qualitätssicherung auf der Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde u.a. auch nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg geforscht. Die Identifikation von Prädiktoren für den Behandlungserfolg bietet eine Möglichkeit zur zukünftigen weiteren Steigerung der Qualität, indem man auf die betroffenen Merkmale/Parameter/Aspekte behandlungstechnisch gezielter eingehen und somit den Behandlungserfolg weiter steigern kann. In der vorliegenden Studie soll insbesondere untersucht werden inwieweit sich die unterschiedlichen Bindungsqualitäten/-stile der PS1 Patienten als Prädiktoren für den Behandlungserfolg des komplexen Behandlungssettings der PS1 eignen¹.

Das Forschungsfeld der klinischen Erwachsenenbindungsforschung ist noch ein sehr junger Bereich, so dass das ideale Instrument zur Erfassung von Bindungsstilen von Erwachsenen noch nicht gefunden ist. Gleichzeitig existieren im deutschsprachigen Raum erst wenige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Bindung und Behandlungserfolg von stationärer Psychotherapie beschäftigen. Deshalb bedarf es weiterer Forschung, die auch neue Ansätze/Möglichkeiten berücksichtigt. So werden in dieser Studie die Bindungsmerkmale der Patienten erstmalig im Forschungsbereich Bindung und Behandlungserfolg, anhand eines Fremdbeurteilungsverfahrens, dem *Bartholomew Attachment Interview Coding System* (BAIC; Bartholomew & Horowitz 1991; deutsch: Doll et al. 1995) und eines Selbstbeurteilungsverfahrens, dem *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen* (BFKE; Höger 2000), erhoben. Als weiteres Novum werden die Patienten nicht kategorial einem bestimmten Bindungsstil zugeordnet, sondern den Bindungsdimensionen des BAIC und des BFKE. Hierbei werden die Patienten für jede einzelne Bindungsdimension entweder einer Gruppe mit „eher höherer“ oder einer mit „eher niedriger“ Ausprägung zugeordnet. Somit wird untersucht wie sich die einzelnen Bindungsdimensionen eignen um zwischen „relativ besserem“ und „relativ schlechterem“ Behandlungserfolg zu differenzieren.

Die Einschätzung des Behandlungserfolges wird einmal auf Ebene von Einzelkriterien, anhand der GSI-9 aus der *SCL-K-9* (Kurzform der SCL-90-R; Klaghofer & Brähler 2001), dem *Beck-Depressions-Inventar* (BDI; Hautzinger et al. 1995), den Subskalen aus dem

¹ Anmerkung: Die vorliegende Untersuchung ist somit keine Therapie-Evaluationsstudie, welche die Effektivität einer möglichst genau zu umschreibenden Behandlungsmaßnahme an einem möglichst genau zu umschreibenden Störungsbild prüft. Stattdessen wird hier untersucht, ob anhand eines Bindungsstils ein Behandlungsergebnis prognostiziert werden kann. Dieses Behandlungsergebnis resultiert dabei aus den Elementen eines globalen Settings im Sinne einer „Standardbehandlung“ bzw. „treatment as usual“.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al. 1994) und zum anderen auf globaler Ebene, anhand des Gesamt-Outcome zum Ende, getroffen.

Zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es zum einen zu überprüfen wie sich die unterschiedlichen Bindungsstilmerkmale der PS1-Patienten als Prädiktoren für einen relativ besseren Behandlungserfolg eignen, um ggf. den Behandlungserfolg noch steigern zu können, und zum anderen durch einen neuen Ansatz, einen Beitrag zu liefern, auf dem Weg allgemeingültige Aussagen zum Zusammenhang von Bindung und Behandlungserfolg in der stationären Psychotherapie zu finden.

2 GRUNDLAGEN DER BINDUNGSFORSCHUNG UND WISSENSCHAFTLICHES UMFELD

2.1 Grundlagen der Bindungsforschung

Zum besseren Verständnis der heutigen Bindungsforschung sollen deren Grundlagen im Folgenden dargestellt werden. Als „Eltern“ der heutigen Bindungsforschung gelten hierbei John Bowlby und Mary Ainsworth. Bowlby im Sinne eines „Vaters“ für das Theoretische und Ainsworth als eine „Mutter“ für das Empirische (vgl. Grossmann & Grossmann 2003a). In den folgenden Abschnitten 2.1.1. und 2.1.2. sollen deshalb zum einen die für die heutige Bindungsforschung relevanten Aspekte der Bindungstheorie von Bowlby (2.1.1.) und zum anderen die Anfänge der Bindungsforschung von Ainsworth (2.1.2) aufgezeigt werden.

Die Darstellung beruht im Wesentlichen auf dem 2003 von Grossmann & Grossmann (Hrsg.) erschienenen Buch „Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie“, welches vor allem Originalberichte von Bowlby und Ainsworth in deutscher Übersetzung beinhaltet.

2.1.1 Die Bindungstheorie

Der britische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) gilt als Begründer der von psychoanalytischen und ethologischen Konzepten beeinflussten Bindungstheorie. Als Kliniker beschäftigte er sich vor allem mit der Erforschung der nachteiligen Auswirkungen fehlerhafter und/oder unterbrochener Eltern-Kind-Beziehungen auf die Persönlichkeitsentwicklung. Die Suche nach einem umfassenden Erklärungsmodell um „...die Probleme der Persönlichkeitsentwicklung und Pathologie zu verstehen.“ (Bowlby 2003a, S. 42; im Original: 1980) führten ihn, basierend auf der Annahme eines eigenständigen engen Bandes zwischen Mutter und Kind, dessen Entwicklung nicht alleine aus kindlicher Fütterung oder der kindlichen Sexualität erklärbar war, zur Bindungstheorie.

Die besondere Beziehung, die ein Kind zu seiner primären Bezugsperson (in aller Regel der Mutter) entwickelt, verstand er als ein affektives („gefühlsgetragenes“) Band. Dieses affektive Band bezeichnete er als *Bindung* („attachment“). Bindung stellt laut Bowlby ein menschliches Grundbedürfnis dar, deren biologische Funktion es ist Schutz durch Nähe zu gewährleisten (vgl. Bowlby 2003b; im Original: 1987). *Bindungen* sind mit tiefgreifenden Emotionen assoziiert. So ist die Entstehung und Aufrechterhaltung einer stabilen *Bindung* eine Quelle der Freude und Sicherheit, während der Verlust bzw. der drohende Verlust

dieser *Bindung* von Angst, Ärger, Wut oder Trauer begleitet wird (vgl. Bowlby 2003b, S.22; im Original: 1987).

Im Bestreben die notwendige *Bindung* aufzubauen, entwickelt der Säugling innerhalb des ersten Lebensjahres bestimmte Verhaltensweisen mit Signalcharakter, deren Ziel es ist die notwendige Nähe, sowie Kontakt zur Mutter aufzubauen und zu erhalten. Diese Verhaltensweisen werden *Bindungsverhalten* genannt. Sie werden von einem übergeordneten, mentalen Steuerungssystem geregelt. Dieses *Bindungs(verhaltens-)system* wird durch belastende Situationen wie z.B. Not, Krankheit oder Stress aktiviert, so dass *Bindungsverhalten* gezeigt wird. Die angemessene Befriedigung des Bindungsbedürfnisses deaktiviert dieses System, somit wird auch kein *Bindungsverhalten* mehr gezeigt.

Ein Kind dessen *Bindungssystem* aktiviert ist wird versuchen die nötige Nähe zur Mutter wieder herzustellen, in dem es z.B. weint, schreit, der Mutter aktiv folgt und damit *Bindungsverhalten* zeigt. Dies entsteht in dem Bestreben die nötige Sicherheit und Schutz zu erhalten. Wenn die Mutter dies erkennt und „feinfühlig“ darauf eingeht, wird das *Bindungssystem* deaktiviert, das Kind fühlt sich also sicher und kann sich so wieder der Erkundung der Umwelt zuwenden. Das Kind nutzt die Mutter also im Sinne einer „sicheren Basis“ (secure base) von der aus es die Umwelt erkunden (explorieren) und somit Autonomie erlangen kann und zu der es bei „Gefahr“ zurückkehren kann.

Im Laufe des Lebens (schon ab dem 1. Lebensjahr) wird das Steuerungssystem des *Bindungsverhaltens* aufgrund der Bindungserfahrungen, die das Kind mit der Bindungsperson macht, zunehmend komplexer organisiert. So werden in Form von „inneren Arbeitsmodellen“ (inner working models) Modelle des Selbst und Modelle der Bindungsperson organisiert, deren Funktion es ist das Verhalten der Bindungsperson vorauszusehen und das eigene Verhalten vorausschauend planen zu können (vgl. Becker-Stoll & Grossmann 2002 unter Bezug auf Bowlby 1969). Diese „inneren Arbeitsmodelle“ regulieren dabei in engen Beziehungen die Wahrnehmungen und die damit einhergehenden Gefühle und Gedanken, sowie die Erwartungen und Handlungsbereitschaften (vgl. Höger 1999) auch in späteren Bindungsbeziehungen. Dieses Steuerungsinstrument besteht das ganze Leben und dessen Einfluss auf Gedanken, Gefühle und Verhalten wird durch den regelmäßigen Gebrauch weitgehend unbewusst (Bowlby 2003c, S.63; im Original: 1991), wobei beim Heranwachsen vom Kind zum Jugendlichen und zum Erwachsenen die Bindungen zu Gleichaltrigen bzw. zu romantischen Partnern immer mehr in den Vordergrund rücken. Die Erwartungen und Verhaltensweisen stellen sich hierbei, dem Entwicklungsstand entsprechend, verändert dar. So wird beispielsweise ein Kleinkind aktiv die Nähe der Mutter suchen und ggf. schreien, während ein Jugendlicher z.B. durch ein

Telefonat die benötigte Zuwendung erfahren kann. Für die „inneren Arbeitsmodelle“ wird eine relativ hohe Stabilität postuliert (vgl. Schmidt et al. 2004).

Die sich individuell entwickelnden *Bindungsmuster/-stile* sind somit als „...Verhaltensstrategien, die sich nach den ihnen zugrunde liegenden inneren Modellen von Bindungserfahrung richten.“ (Grossmann & Grossmann 2003b, S. 100) aufzufassen.

2.1.2 Anfänge der Bindungsforschung – Ainsworth und Bindungsstile bei Kindern

Mary Ainsworth (1913-1999) und ihre Mitarbeiter waren die Ersten, denen es gelang einen empirischen Nachweis für unterschiedliche Bindungsqualitäten/Bindungsstile zu erbringen. Mit Hilfe der „Fremden Situation“ (strange situation) schufen sie eine standardisierte Laborsituation zur Beobachtung der Bindungsqualität einjähriger Kinder (Ainsworth et al. 1978). Im Vordergrund stand hierbei vor allem die Balance zwischen gezeigtem Bindungs- und Explorationsverhalten.

In der „Fremden Situation“ wird das Kind gemeinsam mit seiner Mutter (die im allgemeinen der primären Bindungsperson entspricht) in einen mit Spielzeug eingerichteten Raum gebracht. Während zweier kurzer Episoden, in denen die Mutter den Raum verlässt und das Kind alleine, bzw. mit einer fremden Person im Zimmer ist, wird das interaktive Verhalten des Kindes beobachtet. Im Mittelpunkt der Beobachtungen stehen hierbei „...in welchem Ausmaß das Kind seine Mutter als sichere Basis nutzen konnte, von der aus es eine fremde Umgebung erkunden und durch deren Gegenwart es die Angst vor dem in der Schwebe halten konnte“ sowie das Ausmaß „...in dem unter bedrohlichen Bedingungen (z.B. wenn ein Fremder eintritt) oder im Falle der Trennung von der Mutter bzw. der Wiedervereinigung mit ihr das Bindungsverhalten Übergewicht gegenüber dem Explorationsverhalten gewinnt.“ (Ainsworth & Bell 2003, S.150; im Original: Ainsworth & Bell 1970). Es konnten drei unterschiedliche Hauptverhaltensmuster unterschieden werden, die später als Bindungsstile bei Kindern bezeichnet wurden:

A „unsicher-vermeidend“: Überwiegen des Explorationsverhaltens auf Kosten des Bindungsverhaltens

Kinder mit diesem Bindungsmuster zeigten kaum Zeichen der Beunruhigung während der Trennung von der Mutter. Bei der Rückkehr der Mutter mieden sie deren Nähe, der fremden Person gegenüber verhielten sie sich äquivalent zur eigenen Mutter.

Diese Kinder hatten die Erfahrung gemacht, dass ihre Mütter selten empfänglich für ihre Signale nach Bindung waren und auf den Wunsch nach Nähe zumeist mit Zurückweisung reagierten. Ainsworth geht davon aus, dass sich bei den Kindern so ein Arbeitsmodell von der Mutter entwickelte in dem die Mutter als zurückweisend gesehen wird und wahrscheinlich jedes weitere Bitten nach Nähe ablehnen wird (vgl.

Ainsworth 2003; im Original: Ainsworth 1985). Das unsicher-vermeidende Bindungsmuster stellt also ein defensives Manöver dar, zum Schutz vor weiteren leidvollen Zurückweisungen des Bindungswunsches.

B „sicher“: Ausgewogene Balance zwischen Explorations- und Bindungsverhalten
(Nutzung der Mutter als „sichere Basis“)

Kinder mit diesem Bindungsmuster erkundeten während der Anwesenheit der Mutter ihre Umgebung/spielten. Während der Trennung von der Mutter zeigten sie Bindungsverhalten und suchten bei der Rückkehr der Mutter rasch ihre Nähe auf. Durch ihre feinfühligke Mutter erfuhren sie umgehende Beruhigung und konnten sich alsbald wieder dem Spielen/Erkunden der Umgebung zuwenden.

Diese Kinder hatten die Erfahrung gemacht, dass ihre Mutter einen hohen Grad an „Feinfühligkeit“ besitzt. „Feinfühligkeit“ steht hierbei für die Fähigkeit der Mutter die Signale ihres Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt und in angemessener Weise (dem Entwicklungsstand des Kindes und der Situation angemessen) darauf zu reagieren. Feinfühliges Verhalten beinhaltet des weiteren die Bedürfnisse des Kindes nach Selbstregulation und -bestimmung zu respektieren. So hat das Kind, laut Ainsworth, ein Arbeitsmodell von seiner Mutter als eine ansprechbare und zugängliche Person, auf die man sich verlassen kann, entwickelt. Das Kind hat also Vertrauen in die Verfügbarkeit der Mutter entwickelt (vgl. Ainsworth 2003; im Original: Ainsworth 1985).

C „unsicher-ambivalent“: Überwiegen des Bindungsverhaltens auf Kosten des Explorationsverhaltens

Kinder mit diesem Bindungsmuster waren bei der Trennung von der Mutter stark verängstigt und misstrauisch gegenüber der fremden Person und Umgebung. Bei der Rückkehr der Mutter verhielten sie sich ambivalent indem sie einerseits die Nähe ihrer Mutter suchten und andererseits den Kontakt zu ihr zornig zurückwiesen.

Diese Kinder hatten die Erfahrung gemacht, dass ihre Mutter in ihrer Ansprechbarkeit unbeständig war, mal reagierte die Mutter feinfühlig, mal zurückweisend und mal bot sie dem Kind Nähe an, wenn dieses vom Kind nicht gewünscht wurde. Das Verhalten der Mutter ist also für das Kind unvorhersehbar, so dass sich beim Kind ein Arbeitsmodell von der Mutter als inkonsistent zugängliche und ansprechbare Bindungsperson entwickelte (vgl. Ainsworth 2003; im Original: Ainsworth 1985).

Später wurden diese drei Bindungsstilen noch durch einen vierten ergänzt:

D „*unsicher-desorganisiert/desorientiert*“:

Kinder mit diesem Bindungsstil zeigten keine klaren Verhaltensstrategien sondern Zeichen von Desorientierung und Desorganisation, wie z.B. plötzliches Erstarren aller Bewegungen, Verhaltensstereotypen (z.B. hin und her schaukeln) oder zielloses Umherirren in Gegenwart der Eltern (vgl. Becker-Stoll & Grossmann 2002).

2.2 Bindungsstile Erwachsener

Die Ergebnisse der Forschungsgruppe um Ainsworth, die erstmalig ein Verfahren zum Nachweis verschiedener kindlicher Bindungsstile lieferten, war der Ausgangspunkt für eine Vielzahl weiterer Forschungsarbeiten. Als bald rückte auch die Untersuchung und Beschreibung von Bindungsstilen Jugendlicher und Erwachsener ins Interesse der wissenschaftlichen Forschung. Diese neue Herausforderung hat zu vielen unterschiedlichen Verfahren geführt. Auf die Schwierigkeit Bindungsmerkmale bei Erwachsenen zu erheben verweisen u. a. Schmidt und Strauß (1996). So betonen sie, dass Bindung sich im Erwachsenenalter anders äußert als bei Kindern, da in partnerschaftlichen Beziehungen die Systeme Bindung, Sexualität und Fürsorge eng miteinander verknüpft sind. So könnte beispielsweise das Suchen nach Nähe auch auf einem Bedürfnis nach Sexualität beruhen. Des weiteren heben sie hervor, dass sich das Bedürfnis nach Nähe bei Kindern in erster Linie in Form von körperlichen Kontakt äußert, während Jugendlichen und Erwachsenen hingegen häufig das alleinige Wissen um die Verfügbarkeit und Empfänglichkeit des Partners genügt. Diese Problematik macht verständlich, warum Bindungsstile bei Erwachsenen nicht analog zu denen im Kleinkindesalter durch beobachtbares Verhalten erhoben werden. So werden Bindungsstile bei Erwachsenen anhand von Interviews und Fragebögen erhoben, die Bindungsmerkmale v.a. der inneren Repräsentation von Bindungserfahrungen erfassen. Uneinigkeit besteht darüber, welche Bindungsstile bei Erwachsenen existieren und über den Grad an Konvergenz der einzelnen Verfahren untereinander (vgl. z.B. Schmidt & Strauß 1996; Schmidt et al. 2004). Übersichten über die heutzutage existierende Vielzahl an Fragebögen und Interviewmethoden zur Erfassung von Bindungsstilen bei Erwachsenen finden sich z.B. bei Strauß und Mitarbeitern (2002) oder Schmidt und Strauß (1996). Diese Verfahren unterscheiden sich erheblich in der Anzahl und inhaltlichen Bestimmung der Bindungsstile, inwieweit Bindung durch eine kategoriale Zuordnung zu einem Bindungsstil oder aber durch Ausprägungen auf mehreren Dimensionen beschrieben wird, und unter Bezug auf welche Person der Bindungsstil erhoben wird. Eine ausführliche Darstellung dieser Verfahren würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, so umfasst alleine die Darstellung einiger wesentlicher Verfahren 29 Seiten in der Dissertation von

Schützmann (2004). Im Folgenden wird deshalb zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Herangehensweisen auf die Konzepte von Main und Bartholomew eingegangen. So geht Main in ihrem Ansatz davon aus die adulte Repräsentation von den drei kindlichen Bindungsstilen von Ainsworth zu erfassen. Bartholomew hingegen wählt einen, in der Bowlbyschen Theorie der „inneren Arbeitsmodelle“ verwurzelten Ansatz, der sie aufgrund theoretischer Überlegungen zu vier Bindungsstilen im Erwachsenenalter führt.

Eine ausführliche Beschreibung der in dieser Untersuchung verwendeten Instrumente zur Erhebung der Bindungsstile (Bartholomew Attachment Interview Coding System und Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen) befindet sich im Abschnitt 4.2.1.

Das Modell von Main

Die Arbeitsgruppe um Mary Main war eine der Ersten, wenn nicht sogar die Erste, die in den 80er Jahren ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen Erwachsener konzipierte – das Adult Attachment Interview (George et al. 1985), welches seitdem kontinuierlich weiter entwickelt wurde. Den theoretischen Hintergrund bildet der Ansatz, Entsprechungen der drei kindlichen Bindungsstile von Ainsworth (Ainsworth et al. 1978) für Erwachsene zu erfassen. Das Adult Attachment Interview (AAI) ist zugleich das bislang am Häufigsten verwendete Instrument in diesem Bereich und wird deshalb im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt. Die Darstellung beruht dabei größtenteils auf einem Artikel von Buchheim und Strauß (2002), der sich auf den Stand des Auswertungsmanuals zum AAI von 1994 bezieht.

Das AAI ist ein semistrukturiertes Interview und fokussiert auf bindungsrelevante Erinnerungen, den Zugang zu bindungsrelevanten Gefühlen und Gedanken und der Bewertung des Einflusses von Bindungserfahrungen wie z.B. Trennungen auf die eigene weitere Entwicklung. Es erfasst die *aktuelle Bindungsrepräsentation* – „current state of mind with respect to attachment“ (Buchheim & Strauß 2002, S.29), also die aktuelle Verarbeitungsstrategie von vergangenen und gegenwärtigen Bindungserfahrungen. Basierend auf diesem Interview erfolgt eine kategoriale Fremdeinschätzung. Im Vordergrund der Auswertung steht hierbei nicht der eigentliche Inhalt sondern vielmehr die sprachliche Kohärenz. Eine Beispiel für eine inkohärente Darstellung wäre, wenn der Proband die Beziehung zur Mutter als sehr liebevoll beschreiben würde, hierfür jedoch keine konkreten Begebenheiten schildern könnte. Außerdem erfolgt eine Einschätzung der kognitiven und emotionalen Integrationsfähigkeit der geschilderten Bindungserfahrungen. Am Ende der Auswertung wird der Proband einem der drei Bindungsstile *secure (autonomous)*, *dismissing* oder *preoccupied* zugeordnet. Diese Bindungsstile sind wie folgt charakterisiert:

- *Secure/autonomous* („sicher“): Offene, kohärente, in sich konsistente und detaillierte Darstellung und Bewertung von Bindungserfahrungen. So können unterschiedliche Erfahrungen, sowohl positiver wie auch negativer Art, in sich schlüssig dargestellt und in ein insgesamt wertschätzendes Gesamtbild integriert werden.
- *Dismissing* (übliche deutsche Übersetzung: „abweisend“; teilweise auch als distanziert/vermeidend beschrieben): Geringe, unvollständige und inkohärente Darstellung von Bindungserfahrungen mit Erinnerungslücken. Bindungspersonen werden v.a. positiv beschrieben, wenngleich hierfür keine konkreten Beispiele genannt werden können. Verleugnung von möglichen negativen Einflüssen, sowie Minimierung von Bindungsbedeutungen zum Schutz vor schmerzlichen Erinnerungen. Bestehen auf Normalität und Unabhängigkeit von anderen. Deaktivierung von Bindungsbedürfnissen.
- *Preoccupied* (übliche deutsche Übersetzung: „anklammernd“; teilweise auch als bindungs-verstrickt oder ambivalent beschrieben): Übermäßige starke emotionale und unklare Schilderungen von Bindungserfahrungen, oft verwirrte, ärgerlich-ausufernde Beschäftigung mit Bindungspersonen, dabei deutlich verstrickt. Organisation von Gedanken, bei denen, auf Kosten einer kohärenten Darstellung, bindungsrelevante Ereignisse maximale Aufmerksamkeit erhalten. Hyperaktivierung von Bindungsbedürfnissen.

Nachträglich wurden diese drei Bindungsstile, analog zum „desorganisierten“ Bindungsstil bei Kindern, noch durch den vierten Bindungsstil „*unresolved/disorganized*“ („unbewältigt/traumatisiert“) ergänzt. Diese Kategorie ist gekennzeichnet durch ein bindungsrelevantes, bisher emotional noch nicht verarbeitetes Trauma (z.B. Verlusterfahrung), welches sprachlich desorganisiert und inkohärent, zum Teil sogar irrational dargestellt wird.

Des weiteren wurde später noch eine Kategorie „*nicht-klassifizierbarer*“ („cannot classify“) Personen ergänzend hinzugefügt. Diesem Bindungsstil wird zugeordnet, wer in ein und dem selben Interview zwei kontrastierende „states of mind“ („abweisend“ und „anklammernd“) zeigt oder „wenn ein Transkript auf einer globalen Ebene im Diskurs zerfällt und keine Kohärenz mehr zu erkennen ist“ (Buchheim & Strauß 2002, S.32).

Wenngleich das AAI eine gute prädiktive Validität im Bezug auf „...die Weitergabe elterlicher Bindungserfahrungen auf die nächste Generation“ (vgl. Buchheim 2002, S.217) aufweist, ist seine Anwendbarkeit im klinischen Bereich umstritten, da es gerade bei schwer gestörten Patienten einen hohen Anteil an „*nicht-klassifizierbarer*“ Fälle geben

wird, die sowohl deaktivierende, als auch hyperaktivierende Anteile im gleichen Maße zeigen (vgl. Buchheim et al. 2002).

Das Modell von Bartholomew

Bartholomew's vierkategoriales Modell von Bindungsstilen (Bartholomew 1990; Bartholomew & Horowitz 1991; Horowitz et al. 1993; deutsch: Doll et al. 1995) basiert auf einem Ansatz, der direkt auf das Konzept der, in der Kindheit gebildeten, „inneren Arbeitsmodelle“ von Bowlby zurückgeht. „Innere Arbeitsmodelle“ steuern die Wahrnehmungen, Erwartungen und Handlungsbereitschaften, sowie Verhaltensstrategien in engen Beziehungen. Sie sind somit für die Entwicklung von Bindungsstilen verantwortlich (vgl. Abschnitt 2.1.1 Bindungstheorie). Zentrale Bestandteile bilden hierbei das, basierend auf Bindungserfahrungen, gebildete Selbstmodell: „whether or not the self is judged to be the sort of person towards whom anyone, and the attachment figure in particular, is likely to respond in a helpful way“ und das Modell von der Bindungsfigur/anderen Menschen: „whether or not the attachment figure is judged to be the sort of person who in general responds to calls for support and protection“ (Bowlby 1973, S. 204; zitiert nach Bartholomew & Horowitz 1991).

Bartholomew unterscheidet in ihrem Ansatz jeweils eine positive und eine negative Ausprägung des von Bowlby beschriebenen Selbstmodells und des Modells von Anderen. Durch Kombination dieser dichotomen Ausprägungen gelangt man zu vier Bindungsstilen, wie in der folgenden Abbildung 1 veranschaulichend dargestellt.

Abbildung 1: Modell der vier Bindungsstile nach Bartholomew und Horowitz (1991, S.227)

		Selbstmodell	
		positiv	negativ
Modell von Anderen	positiv	Sicher (secure) Sich wohlfühlen mit Intimität und Autonomie	Anklammernd (preoccupied) Völlig von Beziehungen in Anspruch genommen
	negativ	Abweisend (dismissing) Ablehnen/abweisen von Intimität und Abhängigkeit	Ängstlich-vermeidend (fearful) Angst vor Intimität, sozial vermeidend

Die vier Bindungsstile sind somit nach Bartholomew wie folgt charakterisiert (Bartholomew & Horowitz 1991; deutsch: Doll et al. 1995):

- „Sicherer“ Bindungsstil: Positives Selbstwertgefühl als liebenswerte Person und eine Erwartung, dass andere Menschen im allgemeinen akzeptierend und zuverlässig sind; wohlfühlen mit Intimität und Autonomie.
- „Anklammernder (besitznehmender)“ Bindungsstil: Gefühl der eigenen Wertlosigkeit (als nicht liebenswert) verbunden mit einer positiven Bewertung anderer. Diese Personen können ihr Selbstwertgefühl durch die Akzeptanz positiv bewerteter Menschen steigern.
- „Abweisender (ablehnend-vermeidender)“ Bindungsstil: Positives Selbstwertgefühl als liebenswerte Person verbunden mit einer negativen Bewertung anderer. „Abweisend“ gebundene Personen schützen sich selbst vor Enttäuschungen indem sie enge Beziehungen vermeiden und eine Überzeugung von eigener Unabhängigkeit und Unverletzbarkeit aufrechterhalten.
- „Ängstlich-vermeidender“ Bindungsstil: Gefühl der eigenen Wertlosigkeit (als nicht liebenswert) verbunden mit einer negativen Bewertung anderer als nicht zuverlässig/vertrauenswürdig und zurückweisend. Um sich vor der antizipierten Zurückweisung durch andere Menschen zu schützen, neigen „ängstlich-vermeidende“ Personen dazu enge Beziehungen zu anderen Menschen zu vermeiden.

Die Bindungsstile „sicher“, „anklammernd“ und „abweisend“ entsprechen hierbei weitgehend den im AAI definierten Stilen (vgl. Bartholomew & Horowitz 1991).

Für die Erfassung dieser Bindungsstile, in Form von Annäherungen an Bindungsprototypen, konzipierte Bartholomew sowohl Fremdbeurteilungsverfahren mit verschiedenen Interviewformen als auch Selbstbeurteilungsverfahren, wie z.B. den *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ; Griffin & Bartholomew 1994).

Das „ideale“ Verfahren zur Erhebung von Bindungsstilen bei Erwachsenen ist noch nicht gefunden worden. So vermuten Schmidt und seine Mitarbeiter, dass die unterschiedlichen Verfahren unterschiedliche Aspekte des „inneren Arbeitsmodelles“ von Bindung erfassen (vgl. Schmidt et al. 2004). Somit kann man als potentielle Anwenderin, nach Buchheim und Strauß, bei der Auswahl eines geeigneten Verfahrens im Moment wohl nur folgendes abwägen:

- „Welche Methode entspricht am ehesten ihrer Konzeption von Erwachsenenbindung?
- Welche Methode eignet sich am ehesten für die Untersuchung spezifischer Bindungsbeziehungen?
- Welche Gütekriterien sind für die Methoden berichtet?

- Wie ökonomisch ist der Einsatz der Methoden im Verhältnis zu dem angestrebten Nutzen?
- Unter welchen Bedingungen sind die Methoden zugänglich?“ (Buchheim & Strauss 2002, S.29)

2.3 Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie

Ein sicherer Bindungsstil im Sinne einer sicheren Bindungsorganisation gewährleistet das Vertrauen auf angemessene Hilfe in belastenden Situationen. Gleichzeitig fördert er die Entwicklung von Autonomie und dem damit verbundenen Kompetenzgefühl (vgl. Abschnitt 2.1.1 Bindungstheorie). Somit kann ein sicherer Bindungsstil helfen belastende Situationen besser zu meistern. Diese bessere Bewältigung wiederum kann nach Spangler und Zimmermann einen „Risikopuffer“ zur Vermeidung möglicher Verhaltensabweichungen darstellen (Spangler & Zimmermann 1999). Sicher gebundene Personen sollten somit in belastenden Situationen weniger anfällig für psychische Erkrankungen sein als unsicher gebundene. Dementsprechend sollte der Anteil an sicher gebundenen Personen in der Normalbevölkerung höher sein als der bei psychiatrischen Patienten. Diese Annahme belegen zahlreiche Studien (eine Überblicksdarstellung findet sich z.B. bei Strauß & Schmidt 1997). So fanden Van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (1996), in einer Metaanalyse von 33 mit dem Adult-Attachment-Interview durchgeführten Studien, eine deutliche Verschiebung des Verhältnisses sicherer/unsicherer Bindungsstil zwischen Psychotherapiepatienten und der Normalbevölkerung. In der Normalbevölkerung (N=870) waren 59% sicher gebunden und dementsprechend 41% unsicher gebunden. Von den Patienten (N=439) hingegen waren gerade einmal 13% sicher gebunden und dementsprechend 87% unsicher gebunden.

Ziel einer Behandlung müsste es demnach sein, den „Risikopuffer“, im Sinne eines sichereren Bindungsstiles, als eine Art intrapsychischen Protektivfaktor, zu vergrößern, wenngleich es hierbei zu beachten gilt, dass sich die beiden unsicheren Bindungsstile „abweisend“ (dismissing) und „anklammernd“ (preoccupied) grundlegend in ihren Verhaltensstrategien der Bindungsorganisation unterscheiden. So geht Main davon aus, dass der „vermeidende“ Bindungsstil mit einer „deaktivierenden“ und der „anklammernde“ Bindungsstil mit einer „hyperaktivierenden“ Strategie einhergeht (Main 1990). Dementsprechend ergeben sich ganz unterschiedliche Herausforderungen für den Therapeuten und die Behandlungsansätze (vgl. Slade 1999):

- „Abweisend“ (dismissing) gebundene Patienten haben die Erfahrung gemacht, dass auf ihr Bindungsbedürfnis gar nicht oder nur dann eingegangen wurde, wenn sie dieses möglichst zurückhaltend signalisierten. Die aus diesen Erfahrungen

entwickelte „deaktivierende“ Strategie, unterdrückt deshalb Bindungsverhalten und die damit verbundenen Bedürfnisse, Gefühle, Erinnerungen und Wahrnehmungen. So erscheinen diese Patienten häufig kühl, distanziert und zeigen nur geringgradig Emotionen (v.a. im Bezug auf negative Emotionen). Sie neigen dazu die Wichtigkeit von Beziehungen und Gefühlen abzulehnen. Bei emotionalen Problemen verneinen sie zumeist ein Bedürfnis nach Hilfe, bzw. lehnen Hilfsangebote ab. Dies kann man als unbewussten Schutzmechanismus verstehen, basierend auf den leidvollen Erfahrungen der Vergangenheit in denen die Bindungsperson, trotz gezeigten Bindungsbedürfnisses, nicht adäquat verfügbar war. Ansatz einer psychotherapeutischen Behandlung müsste es laut Slade daher sein, Wege zu den gefühlsmäßigen Erfahrungen und Erinnerungen aufzudecken und diese bewusst werden zu lassen.

- „Anklammernd“ (preoccupied) gebundene Patienten haben die Erfahrung gemacht, dass auf ihr Bindungsbedürfnis nur unzuverlässig oder nur bei forcierter Signalisierung eingegangen wurde. Die aus diesen Erfahrungen entwickelte „hyperaktivierende“ Strategie, lässt sie deshalb ihre Bindungsbedürfnisse und Gefühle in übersteigerter Weise zum Ausdruck bringen um so die Verfügbarkeit und Fürsorge der Bindungsperson sicher zu stellen. Bindungsrelevante Gefühle, Erinnerungen und Wahrnehmungen werden hierbei zu wenig reguliert, so dass diese Patienten häufig von ihren Gefühlen überwältigt und geleitet werden. Ansatz einer psychotherapeutischen Behandlung müsste es laut Slade demnach sein, Wege zu finden diese Gefühle zu beherrschen und zu organisieren.

Obgleich unterschiedliche Bindungsstile somit unterschiedliche Herausforderungen für den therapeutischen Prozess zeigen, zeigt sich nach Slade die Bedeutung der Bindungstheorie nicht in einer spezifischen Form einer psychologischen Behandlung (vgl. Slade 1999). Slade geht vielmehr davon aus, dass sie dem Therapeuten ein Verständnis für die Natur, Entwicklung und Auswirkung von Bindungsbeziehungen im allgemeinen ermöglicht und ihm somit als ein Führer (guide) zum Verständnis der konkreten Erfahrungen des Patienten dient. Insofern beeinflusst sie das klinische Denken des Therapeuten und hilft ihm auf diese Weise therapeutische Konzepte zu erarbeiten.

Anhand der o.g. Überlegungen von Slade zum „abweisenden“ und „anklammernden“ Bindungsstil, lässt sich für die vorliegende Studie die Hypothese aufstellen, dass „eher anklammernd“ gebundene Patienten sich als belasteter beschreiben, v.a. im Vergleich zu „eher abweisend“ gebundenen, da sie durch übersteigerte Darstellung ihrer Bedürfnisse und Probleme die Verfügbarkeit und Fürsorge der Bindungsperson bzw. des Therapeuten sicherstellen wollen.

2.4 Bindungsforschung bei Erwachsenen

2.4.1 Ausgewählte Aspekte

Die Anfänge der klinischen Bindungsforschung bei Erwachsenen liegen in den 80er Jahren. Heutzutage hat sich hieraus ein weitverzweigtes Forschungsgebiet mit einer schier unüberblickbaren Fülle an Ergebnissen entwickelt. Es existieren beispielsweise Forschungsergebnisse aus dem forensischen Bereich, der Psychosomatik oder der Entwicklungspsychologie. In diesem Abschnitt sollen aus jenem großen Bereich nur kurz die Aspekte zum Zusammenhang mit Partnerschaftsbeziehungen und der Psychopathologie aufgezeigt werden, da aufgrund der Vielzahl an Ergebnissen im Bereich der Partnerschaftsbeziehungen schon mindestens eine „Meta-Inhaltsanalyse“ (Sydow & Ullmeyer 2001; gemeint ist ein systematischer Review) vorliegt und somit schon relativ verlässliche Aussagen getroffen werden können, und da der Bereich der Psychopathologie für die Psychotherapie grundlegend ist. Eine ausführlichere Darstellung der im direkten Zusammenhang zur vorliegenden Untersuchung stehenden Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Bindung und Behandlungserfolg in der Psychotherapie folgt im Abschnitt 2.4.2.

Einen Schwerpunkt in der Bindungsforschung bei Erwachsenen bildete zunächst die Erforschung der Auswirkung von Bindungsmerkmalen auf Partnerschaftsbeziehungen. Die Annahme, dass die in der Kindheit, auf Erfahrungen mit den primären Bindungspersonen, den Eltern, entwickelten Bindungsstile auch Auswirkungen auf die romantischen Beziehungen zwischen Erwachsenen habe, bildete hierbei den theoretischen Ansatzpunkt (vgl. Sydow 2002). In der oben genannten Meta-Inhaltsanalyse von 63 Studien über Paarbeziehung und Bindung (Sydow & Ullmeyer 2001) zeigte sich in der Mehrzahl der Studien, dass sich Partner bevorzugt in bestimmten Bindungsstilkombinationen zusammenfinden. Sydow folgerte, dass sich oft Partner mit einem relativ ähnlichen Grad an Bindungssicherheit zusammenfinden, bzw. die bindungsunsicheren sich eher einen Partner mit einem komplementären Bindungsverhalten suchen, was sowohl zur Ergänzung als auch zu Konflikten beitragen kann (Sydow 2002). So waren vor allem die Paarungen „sicher“ und „sicher“, „ambivalent“ und „vermeidend“ sowie „traumatisiert“ und „traumatisiert“ überzufällig häufig vertreten. Des weiteren kommt Sydow zu dem Schluss, dass ein sicherer Bindungsstil zwar mit einem eher freundlich-konstruktiven Interaktionsstil in partnerschaftlichen Beziehungen einhergeht, jedoch nicht notwendigerweise mit einer höheren subjektiven Beziehungsqualität oder Beziehungsstabilität einhergehen muss. Tatsächlich erwiesen sich gerade die Beziehungen zwischen „ambivalenten“ und „vermeidenden“ Partnern als sehr stabil (vgl. Sydow 2002).

Ein weiteres großes Forschungsfeld beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Bindungsstilen und Psychopathologie. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt 2.3 erwähnt kann ein unsicherer Bindungsstil als Risikofaktor für mögliche psychopathologische Störungen angesehen werden. Hinweise hierfür liefern z.B. Studien zum Substanzmissbrauch, Angststörungen, Borderlinestörungen, Depressionen und Essstörungen, so dass diese Ansicht von verschiedenen klinischen Forschern geteilt wird (vgl. Buchheim 2002). Übersichten über Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Bindungsstilen und Psychopathologie finden sich z.B. bei Buchheim (2002), Dozier und Mitarbeitern (1999), sowie Strauß und Schmidt (1997). Des weiteren geben Schindler und Mitarbeiter (2005) einen speziellen Überblick über den Forschungsstand bezüglich dem Zusammenhang von Bindungsstil und Substanzmissbrauch.

Buchheim beispielsweise stellt in ihrem Artikel zur „Bindung und Psychopathologie“ (Buchheim 2002) u.a. verschiedene Studien zum Zusammenhang von affektiven Störungen und mit dem AAI erhobenen Bindungsstilen vor. Hierbei führt sie Studien von Raskin et al. (1971) und Fonagy et al. (1996) an, die belegen, dass Eltern von depressiven Patienten als weniger hilfreich und abweisender beschrieben werden als die von gesunden Personen. Insofern sollten, aus bindungstheoretischer Sicht, die depressiven Patienten aufgrund ihrer Bindungserfahrungen mit den Eltern eher einen unsichereren Bindungsstil entwickelt haben als die gesunden Personen, was die Annahme, dass ein unsicherer Bindungsstil ein Risikofaktor für depressive Störungen sei, stützen würde. Tatsächlich zeigt sich in den fünf von Buchheim, unter Bezug auf Dozier und Mitarbeiter (1999) vorgestellten Studien ein Verhältnis sicherer zu unsicherer Bindungsstil von ca. 1:4 (vgl. Buchheim 2002, Tabelle 4.6-1, S.222). Ein klar dominierender Bindungsstil bei affektiven Störungen konnte bei den fünf von Dozier und Buchheim vorgestellten Studien jedoch nicht gefunden werden. Buchheim führt dies u.a. auf die Heterogenität innerhalb der Gruppe affektiver Störungen zurück. So unterscheiden sich schon definitionsgemäß die bipolaren und unipolaren affektiven Störungen wesentlich in Symptomen, Verlauf und genetischer Prädisposition. Allerdings zeigte sich innerhalb der unipolaren Gruppen, dass im Vergleich zur Dysthymie die Major Depression weniger häufig mit einem desorganisierten Bindungsstil und deutlich häufiger mit einem sicheren Bindungsstil assoziiert war. Indes gilt es zu beachten, dass diese Ergebnisse nur auf 2 Studien beruhen und somit noch mit Vorbehalt zu betrachten sind.

Insgesamt lässt sich im Bereich der Forschung zum Zusammenhang von Bindungsstil und Psychopathologie feststellen, dass unsichere Bindungsstile in klinischen Gruppen wesentlich häufiger vertreten sind als in der Normalbevölkerung (so auch die bereits erwähnte Meta-Analyse von Van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg 1996), eine spezifische Zuordnung der einzelnen unsicheren Bindungsstile zu einem bestimmten Krankheitsbild sich jedoch schwierig gestaltet. So sind die Ergebnisse dies bezüglich zum

einen uneinheitlich, was zum Teil auch auf den unterschiedlichen Verfahren zur Erfassung der Bindungsstile beruhen könnte, zum anderen unterscheidet sich die Verteilung der unsicheren Bindungsstile bei einer Reihe von Krankheitsbildern nur geringfügig.

2.4.2 Psychotherapieforschung: Bindung als Prädiktor von Behandlungserfolg

Die Suche nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg ist ein grundlegendes Anliegen der medizinischen Forschung und somit auch der Psychotherapieforschung. Denn wenn man solche Prädiktoren identifiziert, so kann man auf die betroffenen Merkmale/Parameter/Aspekte behandlungstechnisch gezielter eingehen und somit den Behandlungserfolg steigern. Die vorliegenden Studien, die sich mit der Thematik von Bindung als einem Prädiktor von Behandlungserfolg befassen, sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Dies beruht zum einen auf Unterschieden in den Behandlungskonzepten, der Patientenklientel (v.a. im Hinblick auf das Diagnosespektrum), den Behandlungsdauern, den Behandlungsarten (ambulant vs. stationär), den Stichprobengrößen sowie zum anderen auf den jeweils verwendeten unterschiedlichen Kriterien für Behandlungserfolg. Dazu im Folgenden.

Das Interesse der Psychotherapieforschung, Bindungsstile als Prädiktoren zu untersuchen wird verständlich, wenn man sich z.B. die aktuellen Ergebnisse der Forschungsgruppe um Beutel anschaut (Beutel et al. 2005). In ihrer Studie zur „stationären Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren“ untersuchten sie 166 Patienten (83 Kurzzeittherapie, 83 Langzeittherapie) der Gießener Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Den Behandlungserfolg bestimmten sie u.a. anhand des „Psychischen Beschwerdedrucks“ (erfasst über den Gesamtwert (GSI) der deutschen Version der *Symptom-Check-Liste* (SCL-90-R; Franke 2002) und der Kurzversion des *Gießener Beschwerdeboogens* (GBB 24; Brähler et al. 2000) zur Erfassung körperlicher Allgemeinbeschwerden. Als positiven Prädiktor für Behandlungserfolg konnten sie sowohl bei den Patienten des Kurzzeit- als auch des Langzeittherapiesettings das „Verfügen über eine vertraute Person“ (gemessen/operationalisiert über den Fragebogen zum *Inventar der Persönlichkeitsorganisation* (IPO; Clarkin et al. 1998) ermitteln. Gleichzeitig zeigten v.a. Patienten mit „Schwierigkeiten in der Gestaltung sozialer Kontakte“ (gemessen über den Fragebogen zum *Inventar Interpersonaler Probleme* in der deutschen Version (IIP-D; Horowitz et al. 2000) einen schlechteren Behandlungserfolg. In dieser Studie wurden zwar keine Bindungsstile im eigentlichen Sinne erhoben, die gefundenen Prädiktoren können aber zumindest als „verwandt“ mit dem Konstrukt „Bindungsstil“ gelten.

Im Anschluss an die eben berichteten Befunde von Beutel et al. (2005) lassen sich folgende hypothetische Behauptungen aufstellen: Wenn man im Sinne der Bindungstheorie davon ausgehen kann, dass Patienten mit „sicherem“ Bindungsstil mindestens eine

Bindungsperson vorweisen können, an die sie sich in Belastungssituationen wenden können und von der sie das benötigte Maß an Sicherheit und Schutz erhalten können, so könnte man diese Bindungsperson auch als „vertraute“ Person auffassen. Ein sicherer Bindungsstil (bzw. eine „vertraute“ Person) könnte somit ein Prädiktor von relativ günstigerem Behandlungserfolg sein und — nach Studienergebnissen von Kobak & Sceery sowie Mikulincer & Florian (vgl. Übersicht bei Strauß & Schmidt 1997) — ein „vermeidender“ Bindungsstil ein Prädiktor von relativ schlechterem Behandlungserfolg. Die bisher wenigen Ergebnisse der Bindungsforschung diesbezüglich sind widersprüchlich und lassen sich auch aufgrund der Unterschiede in den verwendeten Messinstrumenten zur Erfassung der Bindungsstile nur schwer miteinander vergleichen. Einen indirekten Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Behandlungserfolg beschrieben Horowitz und Rosenberg in einer Serie von Studien (Horowitz & Rosenberg 1993). So zeigte Studie 1 mit ambulanten Psychotherapiepatienten (N=36) mit dynamischer individueller Kurzzeittherapie (brief dynamic psychotherapy), dass Patienten mit Problemen im Bereich „feindseliger Dominanz“ (hostile dominance; erfasst über das *Inventorty of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz et al. 1988)) einen schlechteren Behandlungserfolg aufwiesen. Studie 2 zum Zusammenhang zwischen interpersonellen Problemen (wieder erfasst über das IIP) und Bindungsstilen (erfasst über das *Bartholomew Attachment Interview Coding* (Bartholomew & Horowitz 1991)) bei Studenten (N=77) zeigte, dass Personen mit abweisendem (dismissing) Bindungsstil v.a. Probleme im Bereich „feindseliger Dominanz“ aufwiesen. Sie kamen zu dem Schluss, dass ein abweisender Bindungsstil ein Prädiktor von eher ungünstigem Behandlungserfolg im Rahmen einer ambulanten Kurzzeittherapie darstellt.

Die Ergebnisse der Gruppe um Fonagy zum direkten Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Behandlungserfolg (Fonagy et al. 1996) scheinen hierzu im Widerspruch zu stehen. So zeigte sich in ihrer Untersuchung von nicht-psychotischen stationären Patienten (N=82; führende Diagnosen: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen) mit v.a. Langzeitpsychotherapie (durchschnittliche Behandlungsdauer 9,4 Monate) mit psychoanalytischer Einzel- und Gruppentherapie, dass Patienten mit abweisendem (dismissing) Bindungsstil (erhoben anhand des *Adult Attachment Interview* (AAI; George et al. 1985)) einen günstigeren Behandlungserfolg aufwiesen. Der anscheinende Widerspruch zu den Ergebnissen zur Studie 1 von Horowitz et al. (1993) lässt sich jedoch auflösen. Schon Horowitz und Mitarbeiter stellten in ihrer Studie die Hypothese auf, dass Patienten mit abweisendem Bindungsstil u.a. gerade von Gruppenpsychotherapie (welche in ihrer Studie nicht durchgeführt wurde) in hohem Maße profitieren müssten. Das therapeutische Konzept in

der Studie von Fonagy et al. (1996) beruhte aber mindestens teilweise auf Gruppenpsychotherapie, so dass beide Befunde vereinbar erscheinen.

Andere Studien zeigten gleichfalls einen Zusammenhang zwischen Bindungsstilen erfasst mit dem *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating* (EBPR; Strauß et al. 1999) und dem Behandlungserfolg. So stellten Sachse und Strauß in einer Reanalyse von Daten der „Kieler Gruppenpsychotherapiestudie“ zur stationären Langzeitpsychotherapie fest, dass Patienten (N=34) mit ambivalenten Bindungsstil einen günstigeren Behandlungserfolg aufwiesen (Sachse & Strauß 2002). In der Studie von Lobo-Drost zur stationären Gruppenpsychotherapie (Behandlungsdauer zwischen 2 und 4 Monaten) waren es hingegen die sicher gebundenen Patienten im Vergleich zu den unsicher gebundenen (anhand EBPR), die häufiger von der Therapie profitierten (Lobo-Drost 2003). Mosheim und Mitarbeiter indessen konnten in ihrer Studie von 65 stationären Patienten (die mit individualtherapeutischen Konzepten behandelt wurden) keinen Unterschied in der Therapiezielerreichung der unterschiedlichen Bindungsstile (anhand EBPR) feststellen (Mosheim et al. 2000). Allerdings ließ sich das Ausmaß, mit dem das individuelle Therapieziel erreicht wurde, anhand der Bindungssicherheit voraussagen. Je größer der Grad an Bindungssicherheit war, desto höher fiel der Prozentsatz der individuellen Therapiezielerreichung aus. In der Untersuchung von der Forschungsgruppe um Meyer mit 149 stationären und ambulanten Psychotherapiepatienten zeigte sich, dass der anhand der „Attachment Prototypes“ von Pilkonis (Pilkonis 1988) erhobene Bindungsprototyp „sichere Bindung“ (secure attachment) einen Prädiktor für Behandlungserfolg darstellte; allerdings traf dies nicht auf alle Behandlungserfolgskriterien zu (Meyer et al. 2001).

Man darf bei diesen Ergebnissen nicht vergessen, dass sich die Zusammenhänge zwischen Bindungsstil und Behandlungserfolg auf die jeweiligen Behandlungserfolgskriterien der einzelnen Studien beziehen. So vermuteten Sachse und Strauß, dass die prädiktive Validität eines bestimmten Bindungsstiles je nach Therapiezielkriterium variieren könnte (Sachse & Strauß 2002).

Auf den ersten Blick scheinen die dargestellten Ergebnisse noch keine allgemein gültigen Aussagen über Bindungsstile als Prädiktoren von Behandlungserfolg zuzulassen. Sieht man jedoch von den unterschiedlichen Erfolgskriterien ab, so lassen sich für den stationären Bereich dieser Studie mit Gruppenpsychotherapie Tendenzen erkennen. Zum besseren Erhalt der Übersicht sind deshalb die Ergebnisse der vorgestellten Studien noch einmal in der nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt. Die Studien im stationären Sektor mit Gruppenpsychotherapie sind dabei fett hervorgehoben.

Abbildung 2: Überblick über die Studien zum Zusammenhang von Bindungsstil und Behandlungs-Outcome

Studie	Setting	Gruppentherapie	Bindungsstil	Bewertung ¹	Outcome ²
Horowitz & Rosenberg (1993) 1	Ambulant (N=36)	Nein	Feindseilig ³	–	–
Horowitz & Rosenberg (1993) 2	Nicht klinisch (N=77)	Nein	Abweisend	–	–
Fonagy et al. (1996)	Stationär (N=82)	Ja	Abweisend	–	+
Sachse & Strauß (2002)	Stationär (N=34)	Ja	Ambivalent	–	+
Lobo-Drost (2003)	Stationär (N=131)	Ja	Sicher	+	+
Mosheim et al. (2000)	Stationär (N=65)	Nein	Diverse	±	±
Meyer et al. (2001)	Stationär (N=31) und ambulant (N=118)	k.A.	Sicher	+	+

Anmerkungen:

- ¹Bewertung: –: unsicherer Bindungsstil, +: sicherer Bindungsstil, ±: keine eindeutige Zuordnung
- ²Outcome: : –: schlechteres Outcome, +: besseres Outcome, ±: keine eindeutige Zuordnung
- ³nicht über eigentliches Bindungstilmessinstrument sondern über das *Inventorty of Interpersonal Problems* (IIP) erhoben – kann aber als verwandt mit dem Konstrukt „Bindungsstil“ angesehen werden

Anhand der Ergebnisse lässt sich die Hypothese aufstellen, dass Patienten mit unsicherem Bindungsstil im stationären Sektor mit Gruppenpsychotherapie eher von der Behandlung profitieren sollten, wenngleich die Lobo-Drost – Untersuchung andere Befunde erbringt. Falls die vorliegende Studie diese Hypothese stützen kann, so wird in der Diskussion (vgl. Abschnitt 6) näher auf das Abweichen der Lobo-Drost-Untersuchung eingegangen und Erklärungsansätze hierfür werden aufgezeigt. Zu beachten gilt es hierbei, dass das „ideale“ Instrument zur Erfassung von Bindungsstilen bei Erwachsenen noch nicht gefunden wurde. Der Grad an Konvergenz der existierenden unterschiedlichen Verfahren ist noch unklar (vgl. Meyer et al. 2001 unter Bezug auf Stein et al. 1998) und die unterschiedlichen Verfahren werden „...bis heute kritisch diskutiert...“ (Schmidt et al. 2004, S.376). Diese Problematik kann auch in der vorliegenden Studie nicht gelöst werden. So erfolgte die Auswahl der Messinstrumente für den Bindungsstil unter dem Gesichtspunkt welche Verfahren besonders geeignet für Patienten des stationären, komplexen Behandlungssettings der PS1 erschienen. Als Novum kommen hierbei sowohl ein Verfahren zur Fremdbeurteilung, nämlich das *Bartholomew Attachment Interview Coding System* (BAIC; Bartholomew & Horowitz 1991; deutsch: Doll et al. 1995) als auch ein Selbstbeurteilungsverfahren, der *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen* (BFKE;

Höger 2000) zum Einsatz. Beide Verfahren sind in der stationären Psychotherapie erprobte Verfahren (z.B. Schindler et al. 2005; Schindler 2001; Kasten & Schauenburg 1999) und vor allem der BFKE, der speziell für die Projektion von Bindungsstilen von Psychotherapiepatienten auf die Erwartungen an die therapeutische Beziehung entwickelt wurde, erscheint hierfür sehr geeignet. In der vorliegenden Untersuchung werden die Patienten jedoch nicht kategorial einem bestimmten Bindungsstil zugeordnet, sondern es werden Bindungsstildimensionen miteinander verglichen. So lässt sich die o.g. Hypothese für den stationären Sektor mit Gruppentherapie dahin gehend übersetzen, dass in dieser Untersuchung Patienten mit Merkmalen eines unsicheren Bindungsstiles eher von der Behandlung profitieren sollten.

Die vorliegende Studie soll also einen weiteren Beitrag liefern, auf dem Weg der Prädiktorenforschung allgemeingültige Aussagen über Bindungsstile als Prädiktoren von Behandlungserfolg zu finden; ihr vorrangiges Ziel ist es aufzudecken, ob bestimmte Bindungsstilmerkmale Prädiktoren für das besondere komplexe therapeutische Setting der PS1 darstellen. Falls ja, so könnte man gegebenenfalls therapeutisch gezielter auf die Belange der betroffenen Patientengruppen eingehen und den individuellen Grad an Behandlungserfolg steigern. Entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und zu überprüfen ist allerdings nicht mehr Bestandteil der vorliegenden Untersuchung.

3 FRAGESTELLUNGEN DIESER UNTERSUCHUNG

Die folgenden Fragestellungen dieser Untersuchung sind nicht nach ihrer Wichtigkeit geordnet und dienen beim Erarbeiten der Befunde als eine Art Gliederung. Diese Gliederung bildet den Analyse- und Interpretationshintergrund, wenngleich die hier listenartig aufgeführten Fragestellungen in der Diskussion nicht schematisch sondern zusammenschauend abgearbeitet werden.

- 1) Zeigen sich in den jeweils zwei Bindungsstilgruppen, der über das BAIC und BFKE gewonnenen Bindungsstildimensionen, Unterschiede in den selbstgeschilderten Werten und deren Verlauf während der Behandlung
 - auf der Skala GSI-9 („Psychischer Beschwerdedruck“)
 - im BDI („depressive Symptomatik“) und
 - auf den Subskalen des IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme)und im globalen Gesamt-Outcome zum Behandlungsende?
- 2) Inwieweit eignen sich die über die jeweils zwei Bindungsdimensionen des BAIC wie auch des BFKE gewonnenen Bindungsstilgruppen als Prädiktoren für den Erfolg der Behandlung auf der PS1 bezogen
 - auf die differenzierten Selbsteinschätzungen im SCL-K-9, BDI und den Subskalen des IIP-D und zum anderen
 - auf das globale Gesamt-Outcome?und sind es gerade Bindungsstilgruppen mit Merkmalen eines unsicheren Bindungsstiles, die sich hierfür eignen?
Obwohl diese Untersuchung keine Therapieevaluationsstudie ist, wird der Outcome nicht in einer einzelnen Endpunktmessung sondern im Verlauf betrachtet. Deshalb:
- 3) Verbessern sich die selbstgeschilderten Probleme der Patienten im Verlauf der Behandlung und zwar zu den Messzeitpunkten: Behandlungs-Anfang, -Mitte und –Ende gemessen mit der SCL-K-9 (anhand der GSI-9) und dem BDI, bzw. zu den Messzeitpunkten Behandlungs-Anfang und –Ende gemessen auf den Subskalen des IIP-D? Und wenn ja, in welchem Maße und wie sind diese Besserungen im Vergleich zu Referenzwerten einzuordnen?

4 MATERIAL UND METHODEN

Die Datenerhebung erfolgt im Zeitraum April 2003 bis April 2004 im Rahmen eines Projektes zur Qualitätssicherung auf der Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychosoziale Medizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Die Projektleitung oblag Dr. med. Christian Kraus, die Leitung des Arbeitsbereiches und die Projektsupervision erfolgte durch Prof. Dr. med. Rainer Thomasius.

4.1 Stationsbeschreibung

Die Station PS1 umfasst 21 Betten und ist im Regelfall eine offene (fakultativ geschlossene) gemischt-geschlechtliche Station mit psychodynamisch psychotherapeutischer Ausrichtung im Rahmen einer psychiatrischen Universitätsklinik. Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf das Manuskript von Kraus (2003).

4.1.1 Behandlungsspektrum

Behandelt werden Patienten aus dem Gesamtspektrum psychiatrischer Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt hierbei im Bereich der:

- dekompenzierten, meist komplexen Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-, dependente, narzisstische Persönlichkeitsstörungen; ICD-10 F60.xx und F61.0)
- dekompenzierten schweren neurotischen und Belastungsstörungen (generalisierte Angststörungen, akute Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, komplexe posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen; ICD-10 F41.1, 41.2, F43.xx, F44.xx).

Oft liegen komorbide affektive Störungen aus dem depressiven Spektrum vor (mittelgradige und schwere depressive Episode, Dysthymia; ICD-10 F32.xx, F33.xx und F34.xx).

Die Station arbeitet eng mit einer Spezialambulanz für die Behandlung Jugendlicher und junger Erwachsener mit Drogenproblematik zusammen und nimmt Patienten der Ambulanz im Rahmen von Kriseninterventionen und zur Qualifizierten Entzugsbehandlung auf (zumeist schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis, Kokain, Ecstasy, Amphetaminen und Alkohol, oft besteht eine Mehrfachabhängigkeit; ICD-10 F12.x, F14.x, F15.x, F10.x, F19.x). Bei diesen Patienten bestehen häufig komorbide weitere psychiatrischen Erkrankungen (zumeist Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen oder affektive Störungen).

4.1.2 Aufnahmeindikationen

Zumeist führen depressive (verzweifelte/hilflose/dysphorische/unruhige) Syndrome mittelgradiger und schwerer Ausprägung, ängstlich-angespannte Syndrome, schwere dissoziative bzw. prä- oder pseudopsychotische Syndrome, akute und subakute suizidale Syndrome mit Suizidgedanken, -impulsen oder -handlungen, emotional-instabile Syndrome mit stark schwankendem, rasch wechselndem Affekt und/oder mangelnder Impulskontrolle und/oder selbstverletzendem/selbstschädigendem Verhalten und/oder einzeln oder in Kombination zur akuten oder subakuten stationären Aufnahme.

Da die psychiatrische Klinik des UKE in die psychiatrische Regelversorgung in Hamburg eingebunden ist, wird ein Teil der Patienten der Station direkt über die Poliklinik bzw. den Bereitschaftsdienst aufgenommen, ein weiterer Teil der Patienten wird akut oder subakut über einzelne Spezialambulanzen der Klinik (z.B. das „Therapiezentrum für Suizidgefährdete“, die „Psychodynamisch-Psychiatrische Ambulanz“ und die „Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene“) an die Station vermittelt. In Ausnahmefällen, z.B. bei Überbelegung anderer Stationen, werden auch Patienten mit psychotischen Störungen (schizophrene oder affektive Psychosen) oder hirnorganischen Erkrankungen auf der Station behandelt.

4.1.3 Diagnostik

Neben der kriterienorientierten psychiatrischen Diagnostik nach ICD-10 (Dilling et al. 1993) erfolgt eine differentielle psychodynamische Einschätzung der vorherrschenden Konflikte und möglicher Ich-struktureller Defizite in Anlehnung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998)), sowie die diagnostischen Konzepte Kernbergs zur Persönlichkeitsorganisation (z.B. Kernberg 1985; Kernberg 1996) und Mentzos zur mehrdimensionalen psychodynamischen Diagnostik (Mentzos 1984). Der klinisch- diagnostische Prozess wird ergänzt durch die Anwendung operationalisierter persönlichkeitsdiagnostischer Verfahren (SKID-I und SKID-II; Wittchen et al. 1997). Auf Grundlage der psychodynamisch-diagnostischen Einschätzung und in Absprache mit dem Patienten erfolgt innerhalb der ersten Behandlungswoche eine Entscheidung über den Behandlungsschwerpunkt.

4.1.4 Behandlungsteam und Konzeptorientierung

Das therapeutische Team umfasst neben dem ärztlich-psychologischen Personal das Pflegepersonal und eine Sozialarbeiterin. Durch regelmäßige Übergaben, multiprofessionelle Visiten, Fallbesprechungen und eine 14tägige externe Supervision ist eine intensive Absprache und Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen gewährleistet.

Eine enge Kooperation besteht mit den stationsübergreifenden therapeutischen Behandlungseinrichtungen (körpertherapeutische Angebote, Ergo- und Arbeitstherapie).

Das stationäre Behandlungskonzept ist psychodynamisch orientiert integrativ (nach Jansen 1987, Übersicht bei König 1995). Dies bedeutet, dass das gesamte Stationsgeschehen unter Einbeziehung der Kontakte der Patienten untereinander, der Kontakte zum Pflegepersonal und zu den Mitarbeitern weiterer Berufsgruppen als therapeutischer Raum aufgefasst und verstanden wird, in dem sich die individuellen Konfliktmuster und Ich-strukturellen Defizite der Patienten manifestieren und inszenieren und einer therapeutischen Behandlung zugänglich gemacht werden sollen. In Abhängigkeit des Patienten werden vom therapeutischen Team auch mehr oder weniger Aspekte und Funktionen des Realraums vertreten und dem Patienten vermittelt. Individuell werden für jeden Patienten Behandlungsschwerpunkte bzw. Foki formuliert (z.B. bestimmte vorherrschende intrapsychische Konflikte, spezifische Ich-Defizite, interaktionelle Verhaltensmuster), die als wesentlich für die aktuelle psychische Problematik des Patienten verstanden werden und die fortan im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen stehen (König 1995; Streeck 1991).

4.1.5 Behandlungsschwerpunkte

Auf der Station wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwei Behandlungsschwerpunkte verfolgt:

- 1) *Krisenintervention* von ca. 2-4 Wochen Dauer (in Einzelfällen länger) mit einem stützenden und stabilisierenden Therapieansatz. Das heißt, dass vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses vor allem stützende therapeutische Elemente (vorübergehende Herausnahme aus der aktuell überfordernden Lebenssituation, Unterstützung bei der konkreten Bewältigung aktueller, zur Krise beitragender psychosozialer Belastungsfaktoren, sicherer haltender Rahmen, konstante Zuwendung, Aufmerksamkeit und Interesse des Therapeuten) und nur sehr begrenzt explorative, aufdeckende und deutende Techniken zum Tragen kommen, um dem Patienten eine psychische Rekompensation mit Wiedererstarken der zuvor funktionierenden Abwehrstruktur zu ermöglichen. Eine Behandlung im Sinne einer Krisenintervention ist indiziert bei Patienten, die wenig Krankheitseinsicht, eine geringe Introspektionsfähigkeit und Therapiemotivation aufweisen sowie bei psychisch schwerst und nachhaltig dekompenzierten Patienten, deren Ich-strukturelle Schwäche und floride schwere Symptomatik eine aufdeckende psychotherapeutische Arbeit zunächst nicht zulässt. Patienten mit Drogenproblematik führen in dieser Zeit innerhalb eines gesonderten Settings (mit Urlaubssperre, Ausgangsbeschränkung, verbindlichem Therapieprogramm,

spezifischer Motivationsgruppe, Sanktionskatalog) unter strukturierten Bedingungen eine *Qualifizierte Entgiftungsbehandlung* durch mit dem Ziel, die Motivation für eine zukünftige Abstinenz und eine weitergehende ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zu fördern.

- 2) *Stationäre Kurzzeitpsychotherapie* von ca. 6-8 Wochen Dauer (in Einzelfällen länger) mit eher explorativem, aufdeckendem und konfrontativerem Ansatz, insbesondere im Rahmen einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie und begleitenden Einzelgesprächen. Eine stationäre Kurzzeitpsychotherapie ist indiziert bei Patienten mit ausreichender Ich-Stärke, Reflektionsfähigkeit und Therapiemotivation. Die Behandlung bietet die Möglichkeit, aktuelle Konflikte und Ich-strukturelle Defizite in ihren interaktionellen und bisher unbewussten Dimensionen besser zu verstehen und zu bearbeiten, also einen primär psychotherapeutischen Prozess zu initiieren, der im Rahmen einer sich anschließenden neu begonnenen oder wieder aufgenommenen ambulanten Psychotherapie fortgesetzt werden sollte.

4.1.6 Behandlungselemente

Das stationäre Behandlungskonzept umfasst im Einzelnen folgende Elemente:

Ärztlich-psychologische Einzelgespräche

Die ärztlich-psychologischen therapeutischen Einzelgespräche finden ein- bis zweimal wöchentlich statt und dauern jeweils zwischen 30 und 60 Minuten. Sie orientieren sich inhaltlich in Abhängigkeit vom Behandlungskonzept (Krisenintervention vs. stationäre Kurzzeitpsychotherapie), dem strukturellen Niveau des Patienten und der vorherrschenden Übertragungskonstellation sowie der Qualifikation und dem Ausbildungsstand des Behandlers an den Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Methode nach Heigl-Evers und Ott (1994), der Transference-Focused Psychotherapy (TFP; Clarkin et al. 2001), der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie (Heigl-Evers & Heigl 1982; Loch 1979), der Fokaltherapie (z.B. Balint 1972; Streeck 1991) und psychodynamisch-supportiven Ansätzen (z.B. Rockland 1992).

Allgemeine Kontakte zum Pflegepersonal und Bezugspflege

Die Arbeit des Pflorgeteams basiert insbesondere auf den unterschiedlichen, sich jedoch gegenseitig ergänzenden theoretischen Grundlagen von Roper (1980), Peplau (1988) und Orem (1985). In Anlehnung an Ropers „Modell des Lebens“ (Roper 1980) orientiert sich die Arbeit des Pflegepersonals an den „Aktivitäten des alltäglichen Lebens“, die objektiv beobachtet und dokumentiert werden sollen, um die Patienten bei dem Ziel, „die

größtmögliche Unabhängigkeit des Patienten zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen und die damit verbundenen Probleme zu lösen oder mit bleibenden Abhängigkeiten zurechtzukommen“, zu unterstützen. Das Modell der Selbstfürsorge nach Orem (1985) stellt die Fähigkeit des Menschen nach Selbstfürsorge in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Die Patienten werden darin unterstützt, Defizite in diesem Bereich zu erkennen und entsprechende Fertigkeiten gezielt und geplant (wieder) zu erlangen. Peplau (1988) beschreibt ein psychodynamisch-orientiertes Pflegemodell, in dem der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Pflegendem und Patienten als wichtige Grundvoraussetzung betont wird, um den Patienten erzieherisch und therapeutisch zu unterstützen. Peplau beschreibt vier verschiedene Phasen der Beziehungsentwicklung (Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung), innerhalb derer der Patient vor allem über identifikatorische Prozesse, Selbstakzeptanz sowie einem besseren Verstehen und Erkennen der Beziehungsdynamik Bedürfnisse zu befriedigen lernt, profitiert und wächst, wobei von Seiten der Pflegeperson bewusst verschiedene therapeutische Rollen übernommen und ausgefüllt werden (z.B. Rolle des Fremden, als Lehrer, Führungsperson etc.).

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Anschauungen und dem psychodynamisch integrierten Gesamtbehandlungskonzept der Station ist das Pflege team in der alltäglichen Arbeit intensiv in den therapeutischen Prozess integriert. Insbesondere bei den Psychotherapiepatienten rückt im Rahmen einer individuellen Bezugspflege die Beziehungsarbeit in den Vordergrund. In Abhängigkeit von der psychischen und sozialen Situation des Patienten sowie dem Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund des Pflegenden finden im Rahmen der Bezugspflegegespräche spezifischere therapeutische Interventionen statt, die durch die regelmäßigen Teambesprechungen in den therapeutischen Gesamtprozess integriert werden.

Gruppentherapie

Die Gruppentherapie orientiert sich an Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie nach Heigl-Evers und Mitarbeitern (Übersicht bei Heigl-Evers & Ott (Hrsg.) 1994). Gruppentherapie fördert die Einsicht in störungsspezifische Abwehrhaltungen (Verleugnung, Bagatellisierung, Rückfallgefährdung), wirkt sich auf Differenzierungs- und Verbalisierungsfähigkeit von Affekten günstig aus, verbessert Introspektionsfähigkeit sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen und korrigiert eine verzerrte Realitätsorientierung und –prüfung. Wenig strukturierte Formen der Gruppentherapie setzen auf Seiten des Patienten eine hinreichende psychische Stabilität voraus, um die aus dem gruppendynamischen Prozess resultierenden Frustrationen, Ängste und Kränkungen zu tolerieren (Heigl-Evers et al. 1998). Die

Gruppentherapie wird von zwei therapeutisch erfahrenen ärztlich-psychologischen Mitarbeitern der Station durchgeführt, sie findet dreimal wöchentlich statt und dauert jeweils 75 Minuten. Die spezifische Indikation wird in einem gesonderten Vorgespräch mit einem der Gruppentherapeuten gestellt, die Teilnahme ist Psychotherapiepatienten vorbehalten, die sich auf eine längere Behandlungsdauer einlassen (6-8 Wochen).

Stabilisierungsgruppe

Für Patienten mit vor allem dissoziativen und/oder posttraumatischen Störungen steht eine spezielle Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Sachsse (1997) zur Verfügung, in der mit Hilfe von Imaginationsübungen die Fähigkeiten der Patienten zur Selbstkontrolle und Selbstberuhigung gefördert werden.

Diese Gruppe findet dreimal wöchentlich statt und dauert zwischen 20 und 40 Minuten.

Sozialtherapeutische Beratung und Betreuung, Soziales Kompetenztraining

Die Sozialarbeiterin der Station führt im Bedarfsfall eine individuelle Beratung und Betreuung durch und unterstützt die Patienten konkret bei der Regelung sozialer Belange (Finanzen, Versicherung, Arbeit, Wohnen). Einmal wöchentlich wird ein für alle Patienten zugängliches interaktives Soziales Kompetenztraining nach Konzepten von Hinsch und Pfingsten (2002) angeboten, in der z.B. im Rahmen von Rollenspielen spezifische Problemsituation durchgespielt und besprochen werden.

Konzentrativen Bewegungstherapie

Die Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) findet einmal pro Woche statt. Die KBT kann als körperorientierte, psychotherapeutische Methode sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie eingesetzt werden. Wahrnehmung und Bewegung werden dabei als Grundlage von Erfahrung und Handeln des Menschen für den therapeutischen Prozess genutzt. Erinnerungen, die im Laufe des Lebens Haltung und Verhalten geprägt haben, werden durch konzentratives Sich-Bewegen und Sich-Wahrnehmen reaktiviert. Im Umgang mit Materialien und Menschen können sowohl die konkrete Erfahrung als auch ein symbolischer Bedeutungsgehalt erlebbar gemacht werden. Im anschließenden Gespräch werden vor dem Hintergrund entwicklungs- und tiefen- psychologischer Denkmodelle Erfahrungen ausgetauscht und die körperliche Erfahrung reflektiert (Becker 1997; Stolze 1988).

Orientierungsgruppe für Patienten mit Drogenproblematik

In Kooperation mit einer speziellen Ambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene mit Drogenproblematik (die für eine Qualifizierte Entzugsbehandlung stationär aufgenommen werden) wird eine für ambulante Patienten offene, einmal wöchentlich stattfindende

Gruppentherapie angeboten, die sich an Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Methode nach Heigl-Evers und Ott orientiert (Heigl-Evers & Ott (Hrsg.) 1994). Die Teilnahme an der Gruppe ist für Patienten der Station, bei denen eine erhebliche Drogenproblematik vorliegt, verbindlich.

Pharmakotherapie

Da bei den Patienten der Station zumeist schwere, dekompenzierte psychische Störungen vorliegen, ist im Regelfall eine psychopharmakologische Behandlung indiziert. Diese ist symptom- bzw. syndromspezifisch und orientiert sich an den aktuellen empirischen Untersuchungen (Soloff 1998; Kapfhammer 1999; Tress et al. 2002). Es werden bevorzugt Pharmaka der jüngeren Generation (moderne Antidepressiva, atypische Neuroleptika) eingesetzt, wobei die besondere interaktionelle Bedeutung einer psychopharmakologischen Behandlung im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtsettings sowie speziell bei Patienten mit (Borderline-)Persönlichkeitsstörung berücksichtigt wird (Dulz & Makowski 1999).

Die Medikation der vorliegenden Stichprobe umfasste vor allem:

1. Antidepressiva (vor allem Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren: SSRI): wurden am häufigsten verwendet, vor allem bei Patienten der Behandlungsgruppen *Krisenintervention* und *Gruppenpsychotherapie*. Zumeist als alleinige Medikation, bei Kombinationsgabe zumeist mit Neuroleptika.
2. Neuroleptika/Antipsychotika (vor allem niedropotente typische und atypische Antipsychotika): wurden am zweithäufigsten verwendet, hierbei keine Unterschiede innerhalb der drei Behandlungsgruppen. Entweder als alleinige Medikation oder in Kombination mit zumeist Antidepressiva.
3. Antiepileptika/Mood Stabilizer: wurden am dritthäufigsten verwendet, vor allem bei Patienten der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie*. Entweder als alleinige Medikation oder in Kombination mit Antidepressiva oder Neuroleptika.

Weitere therapeutische Angebote

Speziell für die Patienten der Station wird eine Gitarrengruppe angeboten. Stationsübergreifend steht ein breites ergotherapeutisches Angebot (eine Gruppe für bildnerische Gestaltung z.B. mit Ton, Kochgruppe und Lesekreis), ein Sportprogramm (mit Jogging- und Bewegungsgruppe, Zirkeltraining, Rücken- und Entspannungstraining) sowie eine therapeutische Arbeitsstätte zur Verfügung.

4.2 Beschreibung der Messinstrumente

4.2.1 Die Bestimmung der Bindungsstilmerkmale

4.2.1.1 Das Bartholomew Attachment Interview Coding System (BAIC)

Die folgende Darstellung bezieht sich weitgehend auf eine Studie von Schindler (2001) sowie auf eine Studie von Doll et al. (1995).

Das „Bartholomew Attachment Interview Coding System (BAIC)“ ist ein von Bartholomew und Horowitz (1991) konzipiertes Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Bindungsstilen. Es beruht auf der Bartholomew'schen Theorie der vier Bindungsstile „sicher“, „anklammernd (besitznehmend)“, „ängstlich-vermeidend“ und „abweisend (ablehnend-vermeidend)“. Diese vier Bindungsstile werden anhand von kurzen Vignetten als Bindungsprototypen beschrieben, die von Bartholomew formuliert und von Doll et al. ins Deutsche übersetzt wurden (Doll et al. 1995):

- I „Sicher“: Positives Selbstmodell, positives Modell der Bindungsfigur, Sicherheit bei Intimität und Autonomie.
Dem Klienten fällt es leicht, anderen gefühlsmäßig nahe zu sein. Es geht ihm gut, wenn er sich auf andere verlassen kann und wenn andere sich auf ihn verlassen. Er macht sich keine Gedanken darüber, dass er allein sein könnte oder dass andere ihn nicht akzeptieren könnten.
- II „Anklammernd (besitznehmend)“: Negatives Selbstmodell, positives Modell der Bindungsfigur.
Der Klient möchte anderen gefühlsmäßig sehr nahe sein, merkt aber oft, dass andere Widerstände dagegen errichten, ihm so nahe zu sein, wie er ihnen nahe sein möchte. Es geht ihm nicht gut, wenn er ohne enge Beziehung ist, aber er denkt manchmal, dass andere ihn nicht so sehr schätzen, wie er sie.
- III „Ängstlich-vermeidend“: Negatives Selbstmodell, negatives Modell der Bindungsfigur, Furcht vor Intimität, sozial vermeidend, dadurch Schutz vor erwarteter Zurückweisung.
Der Klient empfindet es manchmal als ziemlich unangenehm, anderen nahe zu sein. Er möchte Beziehungen, in denen er anderen nahe ist, findet es aber schwierig, ihnen vollständig zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein. Er fürchtet manchmal, dass er verletzt wird, wenn er sich erlaubt, anderen zu nahe zu kommen.
- IV „Abweisend (ablehnend-vermeidend)“: Positives Selbstmodell, negatives Modell der Bindungsfigur, durch Vermeidung enger Beziehungen wird ein Unverwundbarkeits- und Unabhängigkeitsgefühl aufrecht erhalten.

Der Klient fühlt sich auch ohne enge gefühlsmäßige Bindung wohl. Es ist sehr wichtig für ihn, sich unabhängig und selbständig zu fühlen. Er zieht es vor, wenn er nicht von anderen und andere nicht von ihm abhängig sind.

Anhand eines strukturierten Interviews, in dem sich die Probanden zum eigenen Bindungsverhalten äußern, erfolgt eine Einschätzung durch Experten. Basis der Einschätzung der Bindungsstile in dieser Untersuchung ist nicht das von Bartholomew entwickelte Interview (Bartholomew 1990), da im Rahmen der umfangreichen Eingangsdiagnostik auf der Station PS1 (vgl. Abschnitt 4.1.3) mit dem *Interview zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (Arbeitskreis OPD (Hrsg.) 1998) bindungstheoretisch relevante Bereiche miterfragt werden. Vor allem Inhalt und Qualität der Schilderungen von Beziehungsepisoden, -erfahrungen und -erwartungen als auch des Selbst- und Objekterlebens stellen das benötigte Material zur Verfügung (vgl. Schindler 2001). Hierbei werden sowohl die Qualität aktueller wie auch die Repräsentation vergangener Bindungsbeziehungen berücksichtigt. Basierend auf diesem Interview wird die Annäherung des Probanden an jeden einzelnen Bindungsprototyp jeweils mit Hilfe einer fünfstufigen Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft ganz genau zu“) beurteilt. Anhand der so gewonnenen Skalenwerten erfolgt in dieser Untersuchung, einem Vorschlag von Schindler (2001) zur Operationalisierung des BAIC folgend, eine Zuweisung auf die zwei Dimensionen „Bindungssicherheit (ängstlich versus sicher)“ und „Bewältigungsstil (abweisend versus anklammernd)“.

Von einer Überprüfung der Interraterreliabilität wurde in dieser Studie abgesehen, da bereits Schindler (2001) in einer Vorstudie (die im Rahmen der OPD-Arbeitsgruppe am Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde) zu seiner Studie ausreichende Übereinstimmungen mitteilte und zudem die Rater in dieser Studie direkt von Dr. Schindler geschult wurden.

Als Gütekriterium für die deutsche Version von Doll et al. (1995) geben Schindler et al. (2005) u.a. Asendorpf et al. (1997), die über ausreichende Reliabilität und Validität berichten, sowie Grau (1999), der eine hohe innere Konsistenz (.86 bis .91) und 6-monatige Retest-Reliabilität von .57 bis .74 fand, an.

Näheres zur Anwendbarkeit der Schindlerschen BAIC-Version auf die vorliegende Stichprobe folgt im Abschnitt 4.2.1.3.

4.2.1.2 Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)

Die folgende Darstellung bezieht sich weitgehend auf einen Artikel von Höger (2003) sowie dem Manual zum BFKE von Höger (2000).

Der „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)“ ist ein von Höger konzipiertes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Bindungsmustern/-stilen. Er wird in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu Beginn der Therapie eingesetzt. Er basiert auf der Annahme, dass Patienten, die psychotherapeutische Hilfe suchen, sich mehr oder weniger bewusst in einem Zustand von Kummer und Not befinden und somit die psychotherapeutische Situation eine bindungsrelevante Situation im Sinne der Bindungstheorie von Bowlby darstellt, wobei die Patienten einen wesentlichen Teil ihrer Bindungsmuster/inneren Arbeitsmodelle von Bindung auf den künftigen Therapeuten projizieren. Erfragt werden hierbei die Erwartungen von Patienten an ihre Beziehung zu ihrem künftigen Therapeuten vor Beginn der Behandlung, unter der Annahme, dass sich das „innere Arbeitsmodell“ vor der Therapie direkter erfassen lässt, da die Erwartungen noch nicht durch reale Erfahrungen beeinflusst wurden. Ziel des Autors war es ein möglichst ökonomisches Instrument für die Erfassung von Bindungsstilen von Psychotherapiepatienten, anhand der Operationalisierung spezifischer Merkmalskonfigurationen, zu entwickeln. Dazu wurden Beschreibungen der v.a. von Ainsworth und Main dargestellten drei Bindungsstile „sicher“, „vermeidend“ und „ambivalent“ „...übersetzt in Selbstbeschreibungen von Klienten zu Beginn einer therapeutischen Beziehung“ (Höger 1999, S.159). Ausgehend von einer von Böldcker entworfenen und von Löw überarbeiteten Vorform des BFKE, erhielt Höger folgende drei Dimensionen bzw. Skalen: „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“. Die Reliabilitäten dieser Skalen liegen zwischen .79 und .84, sie werden aus 32 Items mit fünf-stufiger Antwortskala von 0 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 4 („trifft genau zu“) gebildet.

Basierend auf den gebildeten Skalenwerten konnten anhand mehrerer Clusteranalysen fünf stabile Cluster ermittelt werden, die für Höger (Höger 2000; Höger 2003) die Operationalisierung der Bowlbyschen Bindungsmuster darstellen. Die folgenden fünf Cluster/Bindungsmuster werden unterschieden:

- „Sicher“: viel Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis, eher wenig Akzeptanzprobleme
- „Vermeidend-verschlossen“: wenig Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis, mittlere Akzeptanzprobleme
- „Bedingt sicher (alte Bezeichnung: vermeidend-kooperativ)“: hohe Öffnungsbereitschaft, wenig Zuwendungsbedürfnis und Akzeptanzprobleme

- „Ambivalent-anklammernd“: viel Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis, mittlere Öffnungsbereitschaft
- „Ambivalent-verschlossen“: viel Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis, extrem niedrige Öffnungsbereitschaft.

Die Basis für Konstruktion und Auswertung der Fragebögen bildet eine Referenzstichprobe von N=370, insbesondere auch für die diskriminanzanalytisch begründete Zuweisung auf die oben beschriebenen fünf Bindungsmuster (vgl. Höger 2003). Sie kann über zwei computergestützte Verfahren (MS-Excel, SPSS) erleichtert werden. Die Auswertung ist standardisiert und insoweit objektiv.

In verschiedenen vergleichenden Untersuchungen (z.B. Studien bei Patienten mit Angststörungen, Studien zur erlebten Partnerschaftsqualität) fand Höger (Höger 2000; Höger 2003) seine Clusterbildung bestätigt.

In der vorliegenden Untersuchung wurden jedoch aufgrund eigener psychometrischer Befunde nicht die von Höger vorgeschlagenen fünf Cluster verwendet (Höger 2000), stattdessen erfolgte eine Zuweisung auf die zwei Dimensionen „Bewältigungsstil (anklammernd-ambivalent versus abweisend)“ und „Bindungssicherheit (bedingt un-/sicher versus anklammernd). Dadurch werden beide Messinstrumente besser vergleichbar. Eine ausführliche Darstellung hierzu folgt im folgendem Abschnitt 4.2.1.3.

4.2.1.3 Zur Bildung der vier verwendeten Bindungsdimensionen

In der vorliegenden Untersuchung werden Patienten-Verlaufsdaten abhängig von 4 Bindungsdimensionen untersucht. Bezüglich der Verwendung des „Bartholomew Attachment Interview Coding (BAIC)“ wird ein Vorschlag von Schindler (2001) zu 2 Bindungsdimensionen übernommen, weil er an der vorliegenden Stichprobe repliziert werden konnte. Für die Skalen des „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)“ wurden aufgrund psychometrischer Befunde, d.h. wegen der hohen Interkorrelationen der Distanzwerte der von Höger (2000) vorgeschlagenen Cluster in der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung, nur 2 Dimensionen statt 5 verwendet: diese Lösung scheint für die Untersuchungszwecke ökonomischer und ist inhaltlich eindeutiger zu interpretieren.

Die Daten zur Ermittlung der Bindungsdimensionen beruhen auf 85 Patienten, d.h. inkludiert sind hier ausnahmsweise auch solche Patienten, die in der später berichteten Verlaufsuntersuchung nicht dabei sind; der Grund liegt darin, dass so maximal stabile PCA-Lösungen erreicht werden konnten.

Bindung im Expertenurteil

Die über das BAIC gewonnenen Kategorien lassen sich nach dem Vorschlag von Schindler (2001) auf zwei Dimensionen abbilden, nämlich auf:

- Bindungssicherheit: „ängstlich versus sicher“ und
- Bewältigungsstil: „abweisend versus anklammernd“.

Die „sichere“ Bindung ist die reife bzw. normalgesunde. Der normale Bewältigungsstil liegt in der Mitte zwischen „anklammernd“ und „abweisend“ (vergleichbar der bipolaren Persönlichkeitsdimension Extraversion vs. Introversion, auf welcher die meisten Menschen Werte zwischen den beiden Polen haben); demnach sind beide Bewältigungsstile Extremformen von Bewältigung.

Nach Tabelle 1 (Interkorrelationen der BAIC-Kategorien) und Tabelle 2 (Faktorlösung der Codings nach dem Hauptkomponentenmodell, PCA) lässt sich Schindlers Vorschlag von 2001 für die vorliegende Stichprobe übernehmen, weil die PCA genau die Schindlerschen Dimensionen repliziert.

Tabelle 1: Interkorrelationen der BAIC-Kategorien aus Daten von $N=85$ weiblichen und männlichen Psychiatriepatienten.

BAIC-Kategorie	Sicher	Anklammernd	Ängstlich-vermeidend	Abweisend
Sicher	1.00			
Anklammernd	.12	1.00		
Ängstlich-vermeidend	-.07	-.27	1.00	
Abweisend	-.03	-.41	-.06	1.00

Anmerkung: Korrelationen $r \geq |.27|$ signifikant bei $p \leq .01$.

Tabelle 2: Darstellung der BAIC-Kategorien in zwei Dimensionen aus Daten von $N=85$ weiblichen und männlichen Psychiatriepatienten.

	Bewältigungsstil	Bindungssicherheit
Sicher	-.05	.51
Anklammernd	-.77	.41
Ängstlich-vermeidend	.01	-.85
Abweisend	.89	.18

Anmerkung: Die Eigenwerte und Varianzaufklärungen sind: $\lambda_1=1.5$ (38%), $\lambda_2=1.1$ (27%). Orthogonale, varimaxrotierte Lösung nach dem Hauptkomponentenmodell.

Die letztlich in dieser Untersuchung verwendeten BAIC-Bindungsmaße beruhen auf den Faktorwerten, welche die Patienten aufgrund der Hauptkomponentenanalyse (Tabelle 2) aufwiesen. Die Faktorwerte, welche die Information aus allen BAIC-Kategorien berücksichtigen, wurden hierzu Median-halbiert und die Patienten entsprechend in die Gruppen von „ängstlicher — sicherer“ Bindungssicherheit und „vermeidendem — anklammerndem“ Bewältigungsstil eingeordnet.

Bindung im Selbstbericht

Die über die Patienten-Selbstschilderung erhobenen BFKE-Rohdaten wurden nach den Algorithmen von Höger (2000) weiterverrechnet: zuerst in die 3 Skalen „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“, dann wurden die resultierenden Skalenwerte in individuelle Distanzwerte zu den gleichfalls bei Höger (2000) angegebenen 5 Clusterzentroiden transformiert. In Tabelle 3 sind die Interkorrelationen der Cluster im BFKE aufgeführt und folgendermaßen abgekürzt:

vermeidend-verschlossen	BFKE_VV
vermeidend-kooperativ (neue Bezeichnung: bedingt sicher)	BFKE_VK
sicher	BFKE_SI
ambivalent-anklammernd	BFKE_AA
ambivalent-verschlossen	BFKE_AV.

Tabelle 3: Interkorrelationen der Distanzwerte im BFKE aus Daten von $N=85$ weiblichen und männlichen Psychiatriepatienten.

BFKE-Cluster	BFKE_VV	BFKE_VK	BFKE_SI	BFKE_AA	BFKE_AV
BFKE_VV	1.00				
BFKE_VK	.90	1.00			
BFKE_SI	.49	.70	1.00		
BFKE_AA	-.37	-.54	.05	1.00	
BFKE_AV	-.00	-.40	-.28	.74	1.00

Anmerkung: Korrelationen $r \geq |.28|$ signifikant bei $p \leq .01$.

Diese Distanzwerte interkorrelieren allerdings z.T. sehr hoch (Tabelle 3), sie sind also nicht linear-unabhängig bzw. sie sind miteinander inhaltlich konfundiert, was ihre Interpretation erschwert. Forschungsökonomischer und eindeutiger interpretierbar ist eine Reduktion auf 2 Dimensionen, die sich wiederum durch eine PCA ergibt (Tabelle 4). Nach dem Resultat von Tabelle 4 werden in der vorliegenden Untersuchung nur mehr 2 BFKE-Dimensionen verwendet, nämlich „Bindungssicherheit“ nach Dimension 1 und „Bewältigungsstil“ nach Dimension 2.

Tabelle 4: Faktorendarstellung der Distanzwerte im BFKE aus Daten von $N=85$ weiblichen und männlichen Psychiatriepatienten.

	Bindungssicherheit	Bewältigungsstil
BFKE_VV	.90	-.11
BFKE_VK	.92	-.39
BFKE_SI	.82	.01
BFKE_AA	-.16	.94
BFKE_AV	-.08	.91

Anmerkung: Die Eigenwerte und Varianzaufklärungen sind: $\lambda_1=2.8$ (56%), $\lambda_2=1.4$ (28%). Orthogonale, varimaxrotierte Lösung nach dem Hauptkomponentenmodell.

Analog zu den BAIC-Maßen wurden mit den BFKE-Maßen vorgegangen: Die Faktorwerte auf diesen beiden ermittelten Dimensionen wurden ebenfalls Median-halbiert und dementsprechende Gruppen von „bedingt un-/sicherer—anklammernder“ Bindungssicherheit (Dimension 1) und „anklammernd-ambivalentem—unflexiblem“ Bewältigungsstil (Dimension 2) gebildet.

Alter und Geschlecht der Patienten als mögliche intervenierende Variablen

Sollte es der Fall sein, dass die Bindungswerte der Patienten mit deren Alter und deren Geschlecht kovariieren, lägen intervenierende Variablen (Moderatorvariablen bzw. Störfaktoren) im Sinne von Campbell und Stanley (1970) vor. Dann müssten diese potenziell intervenierenden Variablen zusätzlich (z.B. durch statistische Auswertung von entsprechenden Untergruppen) in ihrem Einfluss kontrolliert werden. Eine Multiple Regression der Faktorwerte der hier verwendeten 4 Bindungsdimensionen auf „Alter der Patienten“ bzw. eine Logistische Regression auf „Geschlecht der Patienten“ ergaben keine signifikanten Beta-Koeffizienten, so dass Alter und Geschlecht in den folgenden Untersuchungen als intervenierende Variablen nicht näher untersucht werden müssen.

Zusammenfassend werden also jeweils 2 Bindungsdimensionen für sich als Determinante von Behandlungserfolg untersucht werden: 2 auf Expertenurteilen beruhende und 2 auf Selbstberichten beruhende.

Durch jeweils getrennte Medianisierungen der Faktorwerte der Patienten auf den 4 Bindungsdimensionen wurden folgende Untersuchungsgruppen gebildet:

- Bindungssicherheit BAIC: „ängstlich-vermeidend“ versus „sicher“
- (Extremer) Bewältigungsstil BAIC: „abweisend“ versus „anklammernd“
- Bewältigungsstil BFKE: „anklammernd-ambivalent“ versus „abweisend“
- Bindungssicherheit BFKE: „bedingt un-/sicher“ versus „anklammernd“.

4.2.2 Die Bestimmung des Behandlungs-Outcomes

In der vorliegenden Untersuchung soll geprüft werden, inwiefern der Bindungsstil das Behandlungsergebnis eines komplexen stationären Settings einer Psychotherapiestation vorhersagt, wobei der Outcome einmal differenziert über die standardisierten klinischen Fragebögen SCL-K-9, BDI, IIP-D und zum anderen über ein globales Outcome-Maß operationalisiert wird. SCL-K-9, BDI, IIP-D und das globale Outcome-Maß werden im Folgenden inhaltlich charakterisiert. Dann wird aufgezeigt, dass die Outcome-Maße auf Gruppenebene auch tatsächlich unter dem Behandlungsprozess stattgehabte intendierte Veränderungen („Besserungen“ im Sinne von mehr „Interpersonaler Kompetenz“) abbilden.

Als Kriterien für die Operationalisierung des Behandlungs-Outcome wurden die Daten der 54 Patienten vom Zeitpunkt "Behandlungsende" herangezogen. Als in Bezug auf die Patientenpopulation eher unspezifische Maße wurden hierzu der GSI-9 aus der SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler 2001), die eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R ist (Franke 1995), und der Gesamtwert aus dem Beck-Depressions-Inventar-Skala (BDI; Hautzinger et al. 1995), verwendet. Als eher spezifische Maße wurden die 8 Subskalen des IIP-D („Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme“; Horowitz et al. 1994) verwendet. Das hier verwendete Outcome-Maß reflektiert also allgemeine wie spezifische subjektive Aspekte der Symptomatik zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung. Es ist eher ein konservatives Maß, weil etwaige ungünstige Skalenwerte die vorhandenen sonstigen günstigen Werte nivellieren können.

Das hier vorgestellte Outcome-Maß wird im Übrigen standardmäßig in den Qualitätssicherungsstudien der PS1 eingesetzt und aus Gründen der Vergleichbarkeit auch hier verwendet.

4.2.2.1 SCL-K-9

Die in dieser Untersuchung verwendete *Symptomcheckliste-Kurzversion* (SCL-K-9, Klaghofer & Brähler 2001) ist eine eindimensionale Kurzfassung der von Derogatis (1977) entwickelten und von Franke (1995) als deutsche Version veröffentlichten Symptomcheckliste SCL-90-R. Die SCL-K-9 misst den subjektiv empfundenen Psychischen Beschwerdedruck (Global Severity Index (GSI-9)). Für insgesamt 9 Items bewerten die Probanden ihre Belastung innerhalb der letzten sieben Tage auf einer fünfstufigen Ratingskala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Die 9 Items erfragen hierbei die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Zur Auswertung wird der Durchschnitt der 9 Items herangezogen, der Werte von 0 bis 4 annehmen kann.

Im Vergleich GSI-9 zur GSI-90 (Global Severity Index der SCL-90-R) anhand der Daten einer Repräsentativbefragung von 1996 (vgl. Klaghofer & Brähler 2001) zeigte sich eine Korrelation von $r=.93$. Insofern ist die GSI-9 der SCL-K-9 gut geeignet den Psychischen Beschwerdedruck zu messen. Ihre innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei .87, die Trennschärfe der Items zwischen .53 und .68 (Klaghofer & Brähler 2001). Für die GSI-9 liegen Werte einer repräsentativen Stichprobe vor (vgl. Klaghofer & Brähler 2001, Tabelle 7, S. 123).

Da die Kurzform eine gute Reliabilität aufweist, ihr Gesamtwert mit dem der Originalskala hoch korreliert und ein übersichtlicher Fragebogen die Patientencompliance fördert, wird in dieser Studie die SCL-K-9 als Selbstbeurteilungsinstrument verwandt.

4.2.2.2 BDI

Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI) ist ein seit über 30 Jahren international weit verbreitetes und allgemein anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptomatik. Das BDI entstand unabhängig von einer spezifischen Depressionstheorie aufgrund klinischer Beobachtungen der Beschwerden und Klagen depressiver Patienten. Von depressiven Patienten häufig und von nichtdepressiven Patienten selten berichtete Symptome wurden zu 21 Gruppen von Aussagen komprimiert. Depression wird dabei als komplexe Störung aufgefasst, die affektive, kognitive, motivationale, somatische und behaviorale Komponenten umfasst. Der hier vorliegenden deutschen Version (Hautzinger et al. 1995) liegt die Ausgabe des BDI von Beck und Steer (1987) zugrunde. Die Items des BDI beziehen sich im Einzelnen auf folgende Symptome: (A) Traurige Stimmung (B) Pessimismus (C) Versagen (D) Unzufriedenheit (E) Schuldgefühle (F) Strafbedürfnis (G) Selbsthass (H) Selbstanklagen (I) Selbstmordimpulse (J) Weinen (K) Reizbarkeit (L) Sozialer Rückzug und Isolierung (M) Entschlussfähigkeit (N) negatives Körperbild (O) Arbeitsunfähigkeit (P) Schlafstörungen (Q) Ermüdbarkeit (R) Appetitverlust (S) Gewichtsverlust (T) Hypochondrie (U) Libidoverlust. Jede der 21 Symptomgruppen enthält vier Aussagen. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigendem Schweregrad und zunehmender Beeinträchtigung von 0=nicht vorhanden, über 1=leichte Ausprägung, 2=mäßige Ausprägung bis 3=starke Ausprägung beschrieben. Der Proband soll nun aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die seine gegenwärtige (letzte Woche einschließlich heute) Lage am besten beschreibt. Zur Auswertung wird ein Summenwert gebildet, der zwischen 0 und 63 Punkten liegt. Werte unter 11 Punkten können grundsätzlich als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber. Dieser Grenzwert liegt zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der gesunden Probandengruppe (Mittelwert 6.45; Standardabweichung 5.2) und eine Standardabweichung über den Mittelwerten der psychosomatischen Patientengruppen (Mittelwert 11.4; Standardabweichung 7.6) sowie nahe (minus 1/2 Standardabweichung) beim Mittelwert der depressiven Patienten (Mittelwert 23.7; Standardabweichung 9.8). Insgesamt erweist sich das BDI als zuverlässiges, konsistentes, valides, sensibles und damit gut brauchbares Instrument zur Messung des Schweregrades depressiver Symptomatik und deren Veränderung durch Behandlungsmaßnahmen.

4.2.2.3 IIP-D

Das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* (IIP-D), das nun in der 2., überarbeiteten und neu normierten Auflage vorliegt (Horowitz et al. 2000), ist ein

Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. In der vorliegenden Arbeit wird dabei auf die erste deutsche Version von 1994 zurückgegriffen (Horowitz et al. 1994). Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, (a) die dem Probanden schwer fallen und (b) die ein Proband im Übermaß zeigt. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme primär im klinischen Kontext. Er liegt in einer Lang- und einer Kurzform vor, wobei in dieser Arbeit die Kurzversion mit 64 Items zum Einsatz kommt. Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) bewertet werden. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Subskalen erfolgen (jeweils 8 Items), die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen („zu autokratisch/dominant“ (PA), „zu streitsüchtig/konkurrierend“ (BC), „zu abweisend/kalt“ (DE), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ (FG), „zu unterwürfig/selbstunsicher“ (HI), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ (JK), „zu fürsorglich/freundlich“ (LM), „zu expressiv/aufdringlich“ (NO)). Zur Auswertung wird der Summenwert der einzelnen Subskalen berechnet, der jeweils Werte von 0 bis 32 annehmen kann. Hierfür liegen unter anderem Referenzdaten für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und Psychosen vor (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29).

4.2.2.4 Durch die Outcome-Maße erfasste Veränderungen

Um zu prüfen, inwiefern die Patienten auf Gruppenebene überhaupt Veränderungen bzw. sogar Besserungen wahrnahmen, wurden mit den oben genannten Skalen Kovarianzanalysen mit Messwiederholung (*MANCOVA* im prä-post-Design) durchgeführt, wobei das Alter der Patienten als Kovariate mit einging. Das *MANCOVA*-Resultat ist in Tabelle 5 dargestellt, wobei die Werte für die IIP-D-Subskalen nach Bonferroni-Korrektur adjustiert aufgeführt sind. Zur Vermeidung der Probleme ipsativer Messungen wurden untransformierte Werte verwendet (vgl. auch Becker & Mohr 2005)².

Nach den η^2 -Effektstärken zu urteilen, ergeben sich die ausgeprägtesten Besserungen in den Skalen BDI (Depressive Symptomatik), GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck) und der IIP-D-FG („zu introvertiert, zu sozial-vermeidend“). Die post-Werte der Patienten sind im Gruppenmittel im BDI gleichwohl noch im „klinisch relevanten“ Bereich (Hautzinger et al. 1995), im GSI-9 ebenfalls hochauffällig (der Mittelwert einer repräsentativen

² Es geht hierbei um sehr spezielle messtheoretische Probleme, die nicht näher erörtert werden sollen: nach Stelzl (1982) korrelieren die Messfehler ipsativer Items, womit solche Berechnungsmodi innerhalb der sogenannten „Klassischen Testtheorie“ betroffen sind, welche eine Unabhängigkeit der Messfehler voraussetzen (P.M. Sack; persönliche Mitteilung vom 27. 09. 2006).

Bevölkerungsstichprobe liegt bei $M=0.41$ mit einer Streuung von $SD=0.51$; Klaghofer & Brähler 2001). Der post-Wert im IIP-D-FG entspricht (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S. 29) dem prä-Wert von Neurosepatienten ($M=15.52$; $SD=7.2$), er erscheint leicht niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=17.52$; $SD=7.1$) und höher als der von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ($M=12.32$; $SD=6.9$). — Das Patientenalter kovarierte in keinem Fall mit Skalenwerten aus Tabelle 5.

Tabelle 5: Ergebnisse einer MANCOVA im prä-post-Design an $N=54$ Patienten einer Psychiatriestation für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen mit dem Patientenalter als Kovariate.

Skala	prä		post		Df	F	Power	P	eta ²
	M	SD	M	SD					
BDI	29.12	(10.57)	17.58	(11.96)	2	55.35	1.0	.00	.51
GSI-9	2.22	(0.69)	1.36	(0.81)	2	65.66	1.0	.00	.55
IIP-D-PA	10.38	(5.57)	8.83	(5.43)	2	6.61	.71	.05	.11
IIP-D-BC	13.47	(6.04)	11.78	(5.73)	2	8.42	.81	.05	.14
IIP-D-DE	15.33	(6.46)	13.90	(7.28)	–	–	–	n.s.	–
IIP-D-FG	18.24	(7.11)	15.59	(7.23)	2	15.35	.97	.00	.22
IIP-D-HI	18.96	(6.38)	17.58	(7.29)	–	–	–	n.s.	–
IIP-D-JK	18.53	(5.68)	16.77	(6.19)	2	6.97	.73	.05	.12
IIP-D-LM	19.27	(6.07)	17.01	(5.79)	2	9.01	.84	.00	.15
IIP-D-NO	13.38	(5.60)	11.83	(5.92)	2	8.76	.83	.05	.14

Anmerkung: Genannt werden die Mittelwerte M und in Klammern die Standardabweichungen SD . Das Patientenalter kovarierte stets *n.s.* mit den Skalenwerten.

Anmerkung:

Kovarianzanalysen (MANCOVAs) des Behandlungs-Outcomes über (a) die drei Patientengruppen „Qualifizierte Entzugsbehandlung, Krisenintervention, Gruppenpsychotherapie“ mit der Kovariate „Behandlungsdauer in Tagen“ sowie über (b) die beiden Patientengruppen „männlich, weiblich“ mit der Kovariate „Behandlungsdauer in Tagen“ ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen. Die Kovariate wurde ebenfalls weder in (a) noch in (b) signifikant.

4.2.2.5 Psychometrische Eigenschaften des globalen Behandlungs-Outcomes

Technisch wurde das globale Outcome-Maß über folgende Schritte bestimmt: Die oben genannten Skalen mit ihren Werten zum Messzeitpunkt "Behandlungsende" wurden gemeinsam einer Hauptkomponentenanalyse (PCA) unterzogen und eine Ein-Komponentenlösung gewählt. Die aus dieser Lösung resultierenden Faktorwerte der Patienten, welche die Information aus allen verwendeten Skalen integrieren, wurden als

"Outcome" definiert. Durch eine Medianhalbierung wurde eine Gruppe von Patienten mit „relativ höherem“ und eine mit „relativ niedrigerem Behandlungserfolg“ gebildet.

Zur Psychometrie: Die Daten erfüllten die Voraussetzungen für die PCA gut, denn der Adäquatheitskoeffizient (*MSA*) nach Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser & Rice 1974) war .86. Die auf eine Komponente beschränkte PCA zeigte einen Eigenwerteverlauf von $\lambda_1=5.92$ und für $\lambda_2=1.13$ einen deutlichen Eigenwertsprung bei einer Varianzaufklärung von 59% für die erste Komponente. Die Skalen wiesen Kommunalitäten von $.49 \leq h \leq .72$ auf ($MD=.61$) und Ladungen von $.70 \leq a \leq .85$ ($MD=.78$). Die Markieritems mit $a \geq .80$ waren die IIP-D-Subskalen LM (zu fürsorglich/freundlich), HI (zu unterwürfig/selbstunsicher), BC (zu rachsüchtig/konkurrierend) und FG (zu introvertiert/sozial-vermeidend) sowie mit jeweils $a=.78$ die Skalen BDI und GSI-9. Das Outcome-Maß mit seinen 10 Skalen ist mit einem α -Cronbach von .92 hoch konsistent.

Inhaltlich wird vor allem der Status der „Interpersonalen Kompetenz“ zum Zeitpunkt des Behandlungsendes erfasst. Wie in Tabelle 5 gezeigt, bildet das globale Outcome-Maß tatsächliche „Besserungen“ ab.

4.3 Die vorliegende Untersuchungsgruppe (aufgeschlüsselt nach Behandlungsgruppen)

Die Daten für die Beschreibung der Stichprobe beruhen bis auf die ICD-10-Diagnosen auf der Basisdokumentation (BADO; Anonymus 1998) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (eine Kopie der BADO ist im Anhang als Faksimile wiedergegeben). Die Ursprungsstichprobe umfasste hierbei 85 Patienten, die sich im Zeitraum April 2003 bis April 2004 in stationärer Behandlung auf der PS1 befanden. Bei einer Abbrecherquote von ca. 37 % konnten in der vorliegenden Studie als Stichprobe die Daten von $N=54$ der insgesamt $N=85$ Teilnehmer der Studie verwendet werden. Eine Dropout-Analyse erfolgte nicht, da das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie nicht das einer Therapieevaluation ist.

Die 54 Patienten dieser Studie wurden anhand der Behandlungsschwerpunkte folgenden drei Behandlungsgruppen zugewiesen :

- *Qualifizierte Entzugsbehandlung*: Patienten mit Drogenproblematik, die zur Qualifizierten Entzugsbehandlung kamen
- *Krisenintervention*: Krisenintervention von ca. 2-4 Wochen Dauer mit einem stützenden und stabilisierenden Behandlungsansatz

- *Gruppenpsychotherapie*: Stationäre Kurzzeittherapie von ca. 6-8 Wochen Dauer mit eher explorativem, aufdeckendem und konfrontativem Ansatz.

Die prozentualen Werte wurden hierbei auf ganze Zahlen gerundet, so dass sich, rundungsbedingt, nicht alle Werte zu genau 100 % addieren.

4.3.1 Behandlungsgruppen, Geschlecht, Lebensalter und Familienstand

Die Anteile der einzelnen Behandlungsgruppen an der Stichprobe weisen erhebliche Unterschiede auf. So bildet, wie in Tabelle 6 ersichtlich, die Behandlungsgruppe *Krisenintervention* mit 55% den deutlich größten Anteil der Stichprobe. Den kleinsten Anteil zeigt die Behandlungsgruppe *Qualifizierte Entzugsbehandlung* mit 11% (n=6).

Die Geschlechterverteilung ist sowohl in der Stichprobe insgesamt, als auch in den einzelnen Behandlungsgruppen für sich, inhomogen (vgl. Tabelle 6). Hierbei überwiegt der Anteil weiblicher Patienten (59% der Stichprobe, 60% der Behandlungsgruppe *Krisenintervention*, 67% der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie*). Lediglich die Behandlungsgruppe *Qualifizierte Entzugsbehandlung* scheint mit 67% männlichen Patienten hier eine Ausnahme zu bilden. Allerdings ist diese Ausnahme, in Anbetracht der geringen Patientenzahl von nur 6 Personen, relativ zu sehen.

Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt im Mittel bei ~35 Jahren. Hierbei wird in Tabelle 7 ersichtlich, dass die Behandlungsgruppe *Qualifizierte Entzugsbehandlung* mit durchschnittlich 25 Jahren die jüngste Gruppe stellt. Sie ist zugleich die einzig altershomogene Behandlungsgruppe. In den beiden anderen Behandlungsgruppen ist die Streuung weitaus höher, weswegen der jeweilige Mittelwert irreführend ist.

In Tabelle 8 wird ersichtlich, dass in allen drei Behandlungsgruppen der deutlich überwiegende Teil der Patienten (sowohl männlich als auch weiblich) angibt ledig zu sein. Hierbei sind sogar alle Patienten der *Qualifizierten Entzugsbehandlung*, sowie alle männlichen Patienten der *Gruppenpsychotherapie* ledig. Bei den weiblichen Patienten der *Gruppenpsychotherapie* stellt die Gruppe der geschiedenen mit einem Anteil von 25% den zweithäufigsten Familienstand (gegenüber ledig=58%) dar.

Alle Behandlungsgruppen haben typischerweise 0–1 Geschwister ($MD=1$ innerhalb einer Spanne von 0–7 Geschwistern), ausgenommen die weiblichen Patienten der *Qualifizierten Entzugsbehandlung* mit durchschnittlich 3 Geschwistern.

Die Kinderzahl liegt bei $MD=1$ Kind innerhalb einer Spanne von 0–3 Kindern.

Tabelle 6: Behandlungsgruppen und Geschlecht.

Geschlecht			Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisen- intervention		Gruppen- psychotherapie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Männlich	22	41	4	7	12	22	6	11
Weiblich	32	59	2	4	18	33	12	22
Alle	54	100	6	11	30	55	18	33

Anmerkung: Es werden deskriptiv die absoluten Häufigkeiten und die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Ursprungsstichprobe von $N=85$ mitgeteilt.

Tabelle 7: Behandlungsgruppen, Geschlecht und Lebensalter (in Jahren)

Geschlecht	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppen- psychotherapie	
Männlich	25.5	(5.1)	37.3	(12.9)	30.4	(8.9)
Weiblich	24.2	(4.3)	39.5	(14.6)	31.5	(9.9)
Alle	25.0	(6.2)	38.6	(13.6)	31.1	(9.3)

Anmerkung: Es werden deskriptiv die Mittelwerte M und (in Klammern) die Streuungen SD in Jahren mitgeteilt.

Tabelle 8: Behandlungsgruppen, Geschlecht und Familienstand (in Prozent).

Familienstand	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisen- intervention		Gruppen- psychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ledig	100	100	75	56	100	58
verheiratet	–	–	17	22	–	8
verh.-getrennt	–	–	–	6	–	8
geschieden	–	–	8	6	–	25
verwitwet	–	–	–	11	–	–

Anmerkung: Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

4.3.2 Schulabschluss und beruflicher Status

Die Mehrheit der Patienten besitzt einen Schulabschluss (~95%), im Durchschnitt die „Mittlere Reife“. In Tabelle 9 wird jedoch ersichtlich, dass die Art des Schulabschlusses über eine große Bandbreite stark variiert mit teilweise deutlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Die homogenste Behandlungsgruppe ist hierbei die der *Krisenintervention*. Allerdings haben die Männer hier im Mittel einen geringeren Schulabschluss als die Frauen. Noch deutlicher ausgeprägt ist diese Diskrepanz zwischen den Geschlechtern in der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie*. Hier stellt die „Mittlere Reife“ den höchsten Schulabschluss der männlichen Patienten dar, wohingegen 25% der weiblichen Patienten einen gymnasialen oder höheren Schulabschluss aufweisen.

Im beruflichen Status spiegelt sich diese Diskrepanz der Geschlechter wieder. So haben, wie in Tabelle 10 ersichtlich, männliche Patienten in allen 3 Behandlungsgruppen schwerpunktmäßig einen niedrigeren beruflichen Status als die weiblichen. Eine Ausnahme bildet hierbei der relativ hohe männliche Anteil von 17% „Akademiker/Freiberufler“ in der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie*.

Tabelle 9: Behandlungsgruppen, Geschlecht und höchst-erreichte Schulabschlüsse (in Prozent).

Schulabschluss	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisen-intervention		Gruppen-psychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ohne Abschluss	–	50	–	–	17	8
Sonderschule	–	–	8	–	17	–
Hauptschule	75	50	33	11	17	–
Mittlere Reife	–	–	17	56	50	67
Abitur/Fachabitur	25	–	33	28	–	8
Hochschule	–	–	8	6	–	17

Anmerkung: Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

Tabelle 10: Behandlungsgruppen, Geschlecht und beruflicher Status bei Aufnahme (in Prozent).

Beruflicher Status	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisen-intervention		Gruppen-psychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
war nie berufstätig	25	–	8	6	17	17
ungelernt	25	100	25	11	17	–
angelern	25	–	8	–	–	25
einfacher Dienst ^a	–	–	33	6	–	–
mittlerer Dienst ^a	–	–	8	61	–	33
Facharbeiter, Handwerker	25	–	–	6	17	8
Meister	–	–	–	–	17	–
gehobener Dienst ^a	–	–	17	6	–	8
Akademiker, Freiberufler	–	–	–	–	17	8
derzeit in Ausbildung bzw. Umschulung	–	–	–	6	17	–

Anmerkung: Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

^a=angestellt oder beamtet

4.3.3 Erwerbssituation

Insgesamt waren bei der Aufnahme ~30% der Patienten arbeitslos bzw. ohne Beschäftigung. Wie in Tabelle 11 ersichtlich betrifft dies schwerpunktmäßig wieder mehr die männlichen als die weiblichen Patienten. Gleichzeitig waren nur etwa 11% der Patienten der Stichprobe in Vollzeit erwerbstätig. Auch hierbei zeigt sich wieder die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern. So gibt es lediglich in der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* überhaupt in Vollzeit beschäftigte Männer, allerdings gerade mal mit einem Anteil von 8% gegenüber einem Anteil von 17% der Frauen (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Behandlungsgruppen, Geschlecht und aktuelle Erwerbssituation bei Aufnahme (in Prozent).

Erwerbssituation	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppenpsychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
in Vollzeit	–	–	8	17	–	17
in Teilzeit	25	–	8	6	–	–
Hausfrau/-mann	–	–	8	–	–	–
Ausbildung/Umschulung	25	–	8	6	17	33
Student/-in	–	–	8	28	–	–
Wehr-/Zivildienst/ Soziales Jahr	25	–	8	11	–	8
Ohne Beschäftigung	25	50	17	–	50	8
arbeitslos gemeldet	–	50	25	6	17	17
Erwerbsunfähigkeits- Rente	–	–	8	11	17	17
Altersrente	–	–	–	11	–	–
beurlaubt	–	–	–	6	–	–

Anmerkung: Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

4.3.4 Wohnsituation bei Aufnahme und Entlassung

Bei Aufnahme wohnten mit Abstand die meisten Patienten der Stichprobe in einer Mietwohnung. Nur ein geringer Anteil besaß Eigentum, lebte ohne festen Wohnsitz oder in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Insgesamt war das Verhältnis zwischen alleinlebenden und nicht-alleinlebenden Patienten relativ ausgeglichen. Die weiblichen Patienten lebten dabei häufiger alleine als die männlichen Patienten. Die jeweiligen Anteile alleinlebender männlicher und weiblicher Patienten lagen dabei in der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* (56% der Frauen, 41% der Männer) am höchsten.

Bei Entlassung war die Wohnsituation bei 89% der Stichprobe unverändert. Bei jeweils 6% der insgesamt 54 Patienten hatte sie sich dahingehend geändert, dass diese nun mit

einer anderen Person/Gruppe den Wohnsitz teilten bzw. alleine lebten. Diese Veränderungen der Wohnsituation waren mit dem Behandlungserfolg nicht assoziiert.

4.3.5 Einweisungsarten

Die 54 Patienten der Stichprobe sind vor allem über die interne Ambulanz der Klinik gekommen:

Qualifizierte Entzugsbehandlung: 100% der männlichen, 60% der weiblichen Patienten

Krisenintervention: 46% der männlichen, 30% der weiblichen Patienten

Gruppenpsychotherapie: 29% der männlichen, 26% der weiblichen Patienten.

In der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie* kommt eine annähernd gleich große Zahl an Patienten hinzu, die ohne ärztliche Einweisung aufgenommen wurden (29% der männlichen, 21% der weiblichen Patienten). In der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* sind dies 19% der weiblichen Patienten.

Die Überweisung über Niedergelassene Ärzte variiert von 20–38% je nach Behandlungsgruppe.

4.3.6 Behandlungsdauern, ambulante und (teil-)stationäre psychiatrische Vorbehandlungen und mehrere Behandlungsepisoden

Die Behandlungsdauern variieren je nach Behandlungskonzept zwischen 3 und 9 Wochen, wobei, wie in Tabelle 12 ersichtlich, keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Die *Qualifizierte Entzugsbehandlung* dauerte im Durchschnitt ca. 3 Wochen (M=21.8 Tage), die *Krisenintervention* im Mittel ca. 4 ½ Wochen (M=31.8 Tage) und die *Gruppenpsychotherapie* als längste der drei Behandlungsgruppen ca. 9 Wochen (M=61.4 Tage). Hierbei bestehen jedoch erhebliche Streuungen der Mittelwerte, was auf eine große Heterogenität innerhalb der Behandlungsgruppen hinweist. Am deutlichsten wird dies in der Behandlungsgruppe *Krisenintervention*, die die größte Streuung aufweist (mit 38% des Mittelwertes). Es sind hierbei vor allem die weiblichen Patienten mit Streuungen von ca. 2 Wochen (SD=14.3 Tage) bei einer mittleren Behandlungsdauer von ca. 4 ½ Wochen (M=32.4 Tage) (vgl. Tabelle 12).

Alle 54 Patienten hatten eine teilstationäre Vorbehandlung (vgl. Tabelle 13), welcher Form diese war ließ sich anhand der BADO-Daten leider nicht eruieren. Von Vergleichen zwischen den Patienten mit und ohne zusätzliche ambulante Vorbehandlung ist hierbei, in Anbetracht der teilweise doch sehr geringen Anzahl (n) an Patienten in den jeweiligen Vergleichsgruppen, abzusehen.

20 % der Patienten der Stichprobe wiesen im Erhebungszeitraum mehr als eine Behandlungsepisode auf. Vorrangig ist hier die Behandlungsgruppe *Krisenintervention* zu

nennen, in der 28% der weiblichen und 17% der männlichen Patienten eine zweite Episode aufwiesen. Jeweils 9% der Stichprobe wiesen eine zweite beziehungsweise eine dritte Behandlungsepisode auf. Ein Patient (2%) wies sogar 6 Behandlungsepisoden auf. Der Regelfall ($MD=1$ in jeder Behandlungsgruppe) ist jedoch *eine* Behandlungsepisode.

Tabelle 12: Behandlungsgruppen, Geschlecht und Behandlungsdauern in Tagen.

Geschlecht	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppenpsychotherapie	
Männlich	22.5	(7.3)	30.9	(8.6)	62.4	(20.9)
Weiblich	20.5	(0.7)	32.4	(14.3)	60.9	(22.6)
Alle	21.8	(5.8)	31.8	(12.2)	61.4	(21.5)

Anmerkung: Es werden deskriptiv die Mittelwerte M und in Klammern die Streuungen SD mitgeteilt.

Tabelle 13: Behandlungsgruppen, Geschlecht und psychiatrische Vorbehandlungen (in Prozent).

		Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppenpsychotherapie	
Geschlecht	Vorbehandlungen	ambulant	(teil-) stationär	ambulant	(teil-) stationär	ambulant	(teil-) stationär
Männlich	Nein	25	–	25	–	33	–
	Ja	75	100	75	100	67	100
Weiblich	Nein	100	–	33	–	67	–
	Ja	–	100	67	100	33	100

Anmerkung: Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

4.3.7 Suizidalität

Schon bei der stationären Aufnahme wurde ein Großteil der Patienten als suizidal eingestuft. Dies gilt für 89% der Patienten der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie* sowie 63% der Patienten der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* (kein Patient der *Qualifizierten Entzugsbehandlung* wurde bei Aufnahme als suizidal eingestuft). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern fielen hierbei vergleichsweise gering aus. Es zeigte sich für alle Patienten, mit Ausnahme der weiblichen *Gruppenpsychotherapie*-Patienten (gleichbleibende Werte), eine Besserung dieser Einschätzung während des Aufenthaltes.

Anamnestisch gab ein großer Teil der Patienten der Behandlungsgruppen *Krisenintervention* und *Gruppenpsychotherapie* an, schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. Hervorzuheben ist hier die *Krisenintervention* bei der dies 73% der Patienten äußerten (72% der weiblichen und 75% der männlichen Patienten). Bei der Behandlungsgruppe *Gruppenpsychotherapie* waren es hingegen 61% (67% der weiblichen

und 50% der männlichen Patienten dieser Behandlungsgruppe), während dies in der *Qualifizierten Entzugsbehandlung* nur eine Patientin (17%) äußerte.

Während des stationären Aufenthaltes unternahmen eine Frau aus der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* und ein Mann der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* einen Suizidversuch. Diese beiden Patienten wirkten bereits bei der Aufnahme und im Verlauf des stationären Aufenthaltes suizidal.

4.3.8 ICD-10-Diagnosen

Die auf der nächsten Seite folgende Tabelle 14 zeigt die Verteilung der Erstdiagnosen nach den ICD-10-Kriterien für psychische und Verhaltensstörungen, wie sie in den sog. „Arztbriefen“ bei Entlassung gestellt wurden, für die Stichprobe ($N=54$), der stationär behandelten Patienten der Station PS1 getrennt nach Geschlecht und Behandlungsgruppe.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb der einzelnen Behandlungsgruppen fallen hierbei vernachlässigbar gering aus. Sie sind am ehesten noch in der Behandlungsgruppe *Krisenintervention* (KIV) erkennbar, wo die weiblichen Patienten prozentual häufiger Diagnosen aus den ICD-10-Abschnitten „Affektive Störungen“ aufweisen; allerdings ist die absolute Fallzahl hier zu gering, als dass man diesen Unterschied inhaltlich interpretieren sollte. Die Behandlungsgruppen *Qualifizierte Entzugsbehandlung* (QEB) und *Krisenintervention* (KIV) erscheinen relativ heterogen, was eine Relativierung der jeweiligen Diagnosen-Zahl über die jeweilige Behandlungsgruppen-Fallzahl zeigt: Es ergibt sich eine Heterogenitätsrangreihe von .50 (QEB), .40 (KIV) und .21 (GPT).

Die im Anschluss folgende Tabelle 15 zeigt die Verteilung aller überhaupt vergebenen ICD-10-F-Diagnosen über alle behandelten männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten hinweg, wiederum getrennt nach den drei Behandlungsgruppen. Hier wurde nach dem Prinzip der Mehrfachnennungen ausgewertet, welches alle Diagnosen „gleichwertig“ behandelt. Der Median aller vergebenen F-Diagnosen liegt für alle drei Behandlungsgruppen bei $MD=2-3$, d.h. meist wurden 2–3 Diagnosen pro Patient vergeben. Qua Inspektion erscheint die Behandlungsgruppe *Krisenintervention* (KIV) wiederum heterogener im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungsgruppen. Es wurden hier 24 verschiedene F-Diagnosen vergeben im Vergleich zu 17 bei *Gruppenpsychotherapie* (GPT) und 8 bei *Qualifizierte Entzugsbehandlung* (QEB). Die Relativierung über die Zahl aller vergebenen Diagnosen (nämlich 30) ergibt .80 (KIV), .57 (GPT) und .27 (QEB), d.h. die Rangreihe der absoluten Diagnosen-Heterogenität spiegelt sich in den Quotienten wider. Gleichwohl gibt es Gemeinsamkeiten zwischen den drei Behandlungsgruppen: Der Schwerpunkt der F-Diagnosen liegt bei den Behandlungsgruppen *Krisenintervention* (KIV) und *Gruppenpsychotherapie* (GPT) im ICD-10-Abschnitt der Persönlichkeitsstörungen

sowie in F32 „Depressive Episode“, und eben diese F32-Diagnose ist auch bei den Patienten der *Qualifizierten Entzugsbehandlung (QEB)* bei zwei Dritteln gegeben.

Tabelle 14: Verteilung der Erstdiagnosen laut Entlassungsbrief (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei N=54 stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten je nach Behandlungsgruppe.

Behandlungsgruppe und vergebene F-Diagnosen ^a	männlich		weiblich	
	%	n	%	n
Qualifizierte Entzugsbehandlung QEB		4		2
10 Störungen durch Alkohol	17	1	17	1
12 Störungen durch Cannabinoide	17	1	17	1
32 Depressive Episode	33	2	0	0
Krisenintervention KIV		12		18
11 Störungen durch Opioide	3	1	0	0
15 Störungen sonst. Substanzen/Koffein	0	0	3	1
20 Schizophrenie	3	1	0	0
23 akute vorüberg. psychotische Störungen	0	0	3	1
31 Bipolare affektive Störung	0	0	3	1
32 Depressive Episode	13	4	20	6
33 Rezidiv. depressive Episode	3	1	13	4
42 Zwangsstörung	0	1	0	0
43 Anpassungsstörung	0	0	3	1
60 Persönlichkeitsstörung	7	2	10	3
61 Kombinierte Pers.Störung	3	1	3	1
64 Störungen der Geschlechtsidentität	3	1	0	0
Gruppenpsychotherapie GPT		6		12
32 Depressive Episode	17	3	17	3
33 Rezidiv. depressive Episode	0	0	17	3
34 Anhalt. affektive Störungen	0	0	5	1
41 Sonst. Angststörungen	5	1	5	1
48 Sonst. neurotische Störungen	0	0	5	1
60 Persönlichkeitsstörung	11	2	17	3

Anmerkung: ^aDie Bezeichnungen sind abgekürzt. Die Prozentzahlen sind auf die jeweilige Behandlungsgruppen bezogen, alle Prozentangaben gerundet.

Tabelle 15: Verteilung aller F-Diagnosen (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei N=54 stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychatriepatienten je nach Behandlungsgruppe (n=Anzahl der Nennungen bei Mehrfachnennungen).

F-Diagnose ^a		QEB		KIV		GPT	
		%	n	%	n	%	n
10	Störungen durch Alkohol	33	2	7	2	11	2
11	Störungen durch Opioide	0	0	3	1	0	0
12	Störungen durch Cannabinoide	100	6	10	3	6	1
13	Störungen durch Sedativa/Hypnotika	0	0	7	2	6	1
15	Störungen sonst. Substanzen/Koffein	0	0	3	1	0	0
17	Störungen durch Tabak	17	1	0	0	0	0
19	Störungen durch multiple Substanzen	17	1	10	3	11	2
20	Schizophrenie	0	0	3	1	0	0
23	Akute vorüberg. psychot. Störungen	0	0	3	1	0	0
31	Bipolare affektive Störung	0	0	3	1	0	0
32	Depressive Episode	67	4	43	13	50	9
33	Rezidiv. depressive Episode	0	0	23	7	22	4
34	Anhalt. affektive Störungen	0	0	3	1	6	1
41	Sonst. Angststörungen	0	0	3	1	17	3
42	Zwangsstörung	0	0	3	1	0	0
43	Anpassungsstörung	0	0	3	1	6	1
44	Dissoziative Störung	0	0	0	0	6	1
45	Somatoforme Störungen	0	0	3	1	6	1
48	Sonst. neurotische Störungen	0	0	0	0	6	1
50	Essstörungen	17	1	10	3	17	3
52	Sexuelle Funktionsstörungen	0	0	3	1	0	0
60	Persönlichkeitsstörung	17	1	40	12	61	11
61	Kombinierte Pers.Störung	0	0	23	7	11	2
62	Andauernde Pers.Änderung	0	0	3	1	0	0
63	Störungen der Impulskontrolle	0	0	3	1	0	0
64	Störungen der Geschlechtsidentität	0	0	3	1	0	0
65	Störungen der Sexualpräferenz	0	0	3	1	0	0
66	Sexuelle Entwicklung/Orientierung	0	0	0	0	6	1
70	Leichte Intelligenzminderung	17	1	0	0	0	0
95	Ticstörungen	0	0	0	0	6	1

Anmerkung: ^aDie Bezeichnungen sind abgekürzt. QEB=Qualifizierte Entzugsbehandlung, KIV=Krisenintervention, GPT=Gruppenpsychotherapie. Die Prozentzahlen sind auf die jeweilige Behandlungsgruppe bezogen. Wegen Mehrfachnennungen addieren sich die Prozentwerte nicht notwendigerweise zu 100%, alle Prozentangaben gerundet.

Fazit:

Insgesamt besteht die vorliegende Stichprobe aus insgesamt 3 Behandlungsgruppen, die sich soziodemografisch wie klinisch unterscheiden lassen. Diese Behandlungsgruppen sind auch „in sich“ klinisch relativ heterogen, vor allem die Behandlungsgruppe *Krisenintervention (KIV)*. Methodisch ist diese relative Heterogenität jedoch von Vorteil, weil sie die Variation in den Daten erhöht. Inhaltlich ist sie irrelevant, da die vorliegende

Untersuchung keine Therapiestudie ist, welche die Effektivität einer Behandlungsmaßnahme an einem möglichst genau zu umschreibenden Störungsbild evaluiert, sondern vielmehr am Beispiel einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung untersucht, inwiefern anhand der unterschiedlichen Bindungsstilmerkmale eines typischen Patientengutes einer Psychiatriestation zwischen relativ besserem und relativ schlechterem Behandlungserfolg unterschieden werden kann. Und das Patientengut der untersuchten Psychiatriestation ist eben typischerweise heterogen.

4.4 Zum Auswertungs-Rationale

4.4.1 Design und eingesetzte Auswertungsverfahren

Insgesamt liegt ein prospektiv-naturalistisches Beobachtungs-Design vor. Der Prozessverlauf unter dem komplexen stationären Behandlungssetting wird im Sinne eines sog. „isolierten Vergleichs“ auf unterschiedliche Effekte zwischen einzelnen Bindungsstilgruppen geprüft (Hager 1998). Es werden validierte, zumeist klinische Fragebögen eingesetzt. Die Auswertung wird über Varianzanalysen mit Messwiederholung (MANOVAs) vorgenommen mit dem Gruppenfaktor „Bindungsstil“ und dem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt der Behandlung“, zum Teil im Sinne von Profilanalysen (Stevens 2002).

Der Gruppenfaktor *Bindungsstil* ist jeweils zweifach gestuft in eine Gruppe mit „hoher versus niedriger“ Ausprägung. Der Messwiederholungsfaktor „Zeit“ ist entweder dreifach gestuft als:

- *Behandlungs-Anfang*=spätestens drei Tage nach Aufnahme auf die Station PS1
- *Behandlungs-Mitte*=Median aller Behandlungswochen
- *Behandlungs-Ende*=frühestens drei Tage vor Entlassung von der Station PS1

oder zweifach in Behandlungs-Anfang und Behandlungs-Ende.

4.4.1.1 Profilanalysen

Stevens (2002) stellt Profilanalysen als eine ökonomische varianzanalytische Auswertungstechnik vor, die im Prinzip lediglich terminologische Besonderheiten und keine inhaltlichen aufweist. Als „Profile“ werden in dieser Arbeit die Messwiederholungen aufgefasst. Es wird nach Folgendem gefragt:

- Sind die Profile parallel? Liegt gegenüber dem Augenschein kein überzufälliger Unterschied in den Verlaufswerten der Gruppen vor? - Bei Nicht-Signifikanz ist (in

ansonsten gebräuchlicher Terminologie) kein Wechselwirkungseffekt „Gruppe $\times$ Zeit“ gegeben.

- Sind die Profile koinzident? Haben die Gruppen gegenüber dem Augenschein nur zufällig verschiedene Werte? Bei Nicht-Signifikanz liegt kein Haupteffekt „Gruppe“ vor, wie es in vertrauterer Terminologie hieße.
- Sind die Profile nivelliert (engl. *level*; Frage der Elevation)? Liegen zu allen Zeitpunkten gleiche, also nur zufällig schwankende Werte vor? Bei Nicht-Signifikanz ist kein Haupteffekt „Zeit“ gegeben, wie man ansonsten sagen würde.

Nähere Hypothesen wurden univariat getestet, wie jeweils in den Tabellen im Ergebnisteil zu erkennen ist.

4.4.1.2 MANOVAs

Für die Auswertung der Daten zum IIP-D, die lediglich zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende erhoben wurden, würde durch eine profilanalytische Methode keine zusätzliche Ökonomie erreicht, weswegen sie als „2 $\times$ 2“-MANOVA mit Messwiederholung ausgewertet wurden.

4.4.2 Signifikanzniveau, power und Effektstärken

Insgesamt liegt entweder ein „2 $\times$ 3“-Messwiederholungsdesign mit 6 Untersuchungszellen vor, über welches Unterschiedshypothesen zwischen Gruppen und über die Zeit getestet wurden (Profilanalysen) oder ein „2 $\times$ 2“-Messwiederholungsdesign mit 4 Untersuchungszellen. Das Signifikanzniveau wurde für zu interpretierende Befunde auf ein $\alpha=.05$ festgesetzt. Die Tabellen listen neben den Prüfstatistiken, Freiheitsgraden, Signifikanzniveaus, Mittelwerten und Standardabweichungen ebenfalls die Effektstärken auf (gemessen über das Maß η^2 , i.e. der Prozentsatz erklärter Varianz, vgl. Cohen, 1988). Ein η^2 von 0.02 bedeutet einen kleinen Effekt, eines von 0.07 einen mittleren, eines von 0.16 einen großen Effekt. Im Falle des t-Tests bezeichnet das Maß $|d|$ mit 0.20, 0.50 und 0.80 entsprechende kleine, mittlere und große Effektstärken. Die Effektstärken werden zur Interpretation der signifikanten Befunde herangezogen.

Die Teststärke (die theoretische *power*) richtet sich an den Wechselwirkungen aus, denn diese sind hier inhaltlich relevant. Sie ist jeweils ausreichend für mittlere Effekte: Im „2 $\times$ 3“-Untersuchungsdesign können bei einem $n \geq 14$ pro Zelle mittlere Wechselwirkungseffekte entdeckt werden (vgl. Bortz & Döring, 2002) für $\alpha=.05$ (für die Wahrscheinlichkeit, fälschlich einen Unterschied zu interpretieren) und $1-\beta=.80$ (für die Wahrscheinlichkeit, einen tatsächlichen Unterschied zu übersehen). Für die Entdeckung kleiner Wechselwirkungseffekte wäre allerdings mindestens $n=82$ erforderlich.

Im „ 2×2 “-Untersuchungsdesign gilt entsprechend, dass bei einem $n \geq 17$ pro Zelle mittlere und ab $n=99$ kleine Wechselwirkungs-Effekte entdeckt werden können.

4.4.3 Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen

Progressive Fehlentscheidungen beruhen auf einer fälschlichen Annahme der Alternativhypothese, d.h. auf einem zu gering angesetzten α -Niveau. Das Risiko progressiver Fehlentscheidungen wird erhöht, wenn eine Reihe von Voraussetzungen an die Untersuchungsdaten nicht erfüllt ist. Diesen wurde wie folgt vorgebeugt:

(Multi-) Normalverteilttheit sowie Gleichheit und Homogenität der Kovarianzen

ANOVAs gelten als recht „robust“ gegenüber der Nichterfüllung der Normalverteilttheit und der Varianzhomogenität (Bortz 1995; Glaser 1978). Schwerwiegend dagegen sind Verletzungen der Kovarianzhomogenitäts-Voraussetzung, weswegen Epsilon-Korrekturen nach Greenhouse und Geisser vorgenommen wurden (Stevens 2002). — Korrigierte und unkorrigierte Werte wichen jedoch (auf zwei Nachkomma-Stellen berechnet) so selten voneinander ab, dass diese Fälle empirisch vernachlässigbar erscheinen.

Zu α -Adjustierung bei mehrfachen Einzelvergleichen

Multiple Einzelvergleiche bzw. multiple Signifikanzprüfungen sind eine weitere Quelle für progressive Fehlentscheidungen. So liegt bei z.B. 5 Einzelvergleichen, die jeweils für $\alpha=.05$ vorgenommen wurden, das „wahre“ Signifikanzniveau nach der sog. Bonferroni-Schätzung bei $\alpha=.19$ (vgl. Bortz 1995), und für Testungen auf $\alpha=.01$ liegt dieser Wert bei $\alpha=.04$. Um dem zu begegnen, werden die Signifikanzen wie folgt *adjustiert* berichtet:

$p=.000$	$p_{adj}=.00$
$p > .01$	$p_{adj}=.05$

Die Korrektur richtet sich nach $i=4$ untersuchten Bindungsstilen, nämlich den beiden nach dem „Bartholomew Attachment Interview Coding (BAIC)“ und den beiden nach dem „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE)“ operationalisierten (vgl. Abschnitt „4.2 Beschreibung der Messinstrumente“). Für exakte Werte vgl. Jacobs (1976).

5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Im Abschnitt 5.1 werden die differenzierten Ergebnisse des Behandlungs-Outcomes der jeweils zwei Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und des BFKE für

- die Skala GSI-9 („Psychischer Beschwerdedruck“) des SCL-K-9
- dem BDI („Depressive Symptomatik“) und
- den acht Subskalen des IIP-D

dargestellt. Folgende Leitfragen sollen dabei beantwortet werden:

- In welchem Maße verändern sich die Einschätzungen der Patienten der PS1 im Verlaufe der Behandlung und zwar zu den Messzeitpunkten: Behandlungs-Anfang, -Mitte und –Ende gemessen mit der GSI-9 und dem BDI, bzw. zu den Messzeitpunkten Behandlungs-Anfang und –Ende gemessen auf den Subskalen des IIP-D?
- Wie sind diese Änderungen/Verbesserungen im Vergleich mit Referenzwerten einzuordnen?
- Gibt es hierbei Unterschiede zwischen den einzelnen Bindungsstilgruppen, der jeweils zwei über den BAIC und BFKE erhobenen Bindungsstildimensionen?

Die Resultate sowie die jeweilige varianzanalytische Überprüfung werden dabei sowohl tabellarisch dargestellt als auch beschrieben. Die Leitfragen werden hierbei nicht systematisch abgearbeitet, sondern vielmehr zusammenschauend betrachtet, wobei v. a. auf signifikante Effekte eingegangen wird. Deren Prägnanz wird anhand der Effektstärken η^2 verdeutlicht.

Am Ende des Abschnittes über die Ergebnisse im IIP-D (Abschnitt 5.1.3) folgt eine Zusammenfassung aller wesentlichen Befunde der einzelnen acht Subskalen.

Im Abschnitt 5.2. werden die Ergebnisse des t-Tests der einzelnen Bindungsstilgruppen der jeweils zwei operationalisierten Bindungsdimensionen des BAIC und BFKE für das Gesamt-Outcome dargestellt. Es soll dabei der Frage nachgegangen werden, ob die einzelnen Bindungsstildimensionen zwischen relativ besserem und schlechterem Gesamt-Outcome differenzieren können und wenn ja, mit welcher Deutlichkeit, gemessen über das Maß $|d|$.

5.1 Differenzierte Ergebnisse des Behandlungs-Outcomes

5.1.1 Ergebnisse zur Skala GSI-9

Die Skala GSI-9 misst anhand von 9 fünf-stufigen Items den Psychischen Beschwerdedruck. Ein Mittelwert von 0 entspricht hierbei „keinem“, von 1 „ein wenig“, von 2 einem „ziemlichen“, von 3 einem „starken“ und von 4 einem „sehr starken“ Psychischen Beschwerdedruck.

Für die Resultate der jeweils zwei Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und des BFKE ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt (vgl. Tabelle 16 bis 19). So hat sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung der Psychische Beschwerdedruck der PS1-Patienten im Gesamtdurchschnitt von „ziemlich“ ($M=2.24$) auf „ein wenig“ ($M=1.36$) deutlich gelindert (mit einer hohen Effektstärke von η^2 stets ≥ 0.49). Er liegt hiermit aber offensichtlich höher als der Mittelwert der repräsentativen Stichprobe bei Klaghofer und Brähler (2001, Tabelle 7, S. 123), der bei $M=0.41$ liegt.

In den differenziert untersuchten Zeitabschnitten Behandlungsanfang – Mitte und Behandlungsmitte – Ende fallen diese Verbesserungen im Mittel so gering aus, dass sie sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern lassen, denn weder der Haupteffekt Zeit Anfang – Mitte noch der Haupteffekt Zeit Mitte – Ende werden auf dem festgesetzten Niveau signifikant. Trotzdem, über den gesamten Behandlungszeitraum bessern sich die Werte im Gesamtdurchschnitt deutlich. Dies ist der hauptsächliche Befund.

Signifikante Unterschiede der Werte der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigten sich nur in den beiden Bindungsdimensionen des BFKE. So wurde für die Bindungsdimension „Bewältigungsstil“ der Haupteffekt Bindungsstil bei $P=0.06$ marginal signifikant mit einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.07$ (vgl. Tabelle 18). Die Patienten mit „eher abweisendem Bindungsstil“ geben zu allen drei Messzeitpunkten einen höheren Psychischen Beschwerdedruck im Gruppenmittel an als die Patienten mit „eher anklammernd-ambivalentem Bindungsstil“, schildern sich also als belasteter. Da diese Unterschiede nur marginal signifikant ($P=0.06$) wurden und die Effektstärke von $\eta^2=0.07$ als so ungewöhnlich niedrig im Vergleich zu den anderen Effektstärken anzusehen ist, sollen sie in der späteren Diskussion jedoch nicht interpretiert werden. Unabhängig von der geschilderten unterschiedlichen Belastung, bessern sich die Werte beider Bindungsstilgruppen in gleichem Maße, denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant.

Die BFKE-Bindungsdimension „Bindungssicherheit“ hingegen zeigte stark signifikante Unterschiede zwischen den Werten ihrer beiden Bindungsstilgruppen „bedingt un-/sicher

versus anklammernd“, denn der Haupteffekt „Bindungsstil“ wurde bei $P=0.05$ mit einer fast großen Effektstärke von $\eta^2=0.14$ signifikant (vgl. Tabelle 19). Die Patienten mit „eher anklammernden“ Bindungsstil äußerten zu allen drei Messzeitpunkten einen im Mittel höheren Psychischen Beschwerdedruck als die Patienten mit „eher vermeidend-pseudosicheren“ Bindungsstil, schilderten sich also durchweg als belasteter. Auch zum Behandlungsende schilderten diese Patienten im Gruppenmittel noch einen „ziemlichen“ Beschwerdedruck ($M=1.61$). Trotzdem bessern sich die Werte beider Bindungsstilgruppen in gleichem Maße, denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant.

Tabelle 16: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ ($n=32$) sind versus Patienten, die „eher sicher“ ($n=22$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck).

Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
GSI-9	Anfang	2.15	(0.65)	2.36	(0.76)	2.24	(0.69)
	Mitte	1.79	(0.87)	1.87	(0.90)	1.82	(0.88)
	Ende	1.35	(0.72)	1.39	(0.96)	1.36	(0.82)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	η^2	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		--	1	n.s.	--	--
Zeit	Anfang – Ende	54.93	1	0.00	0.51	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 17: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ ($n=19$) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ ($n=35$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck).

Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
GSI-9	Anfang	2.19	(0.62)	2.26	(0.74)	2.24	(0.69)
	Mitte	1.76	(0.83)	1.86	(0.91)	1.82	(0.88)
	Ende	1.33	(0.81)	1.39	(0.83)	1.36	(0.82)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	η^2	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		--	1	n.s.	--	--
Zeit	Anfang – Ende	49.43	1	0.00	0.49	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 18: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck).

Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
GSI-9	Anfang	2.16	(0.69)	2.32	(0.70)	2.24	(0.69)
	Mitte	1.55	(0.83)	2.11	(0.84)	1.82	(0.88)
	Ende	1.22	(0.75)	1.52	(0.88)	1.36	(0.82)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		4.22	1	0.06*	0.07	0.52
Zeit	Anfang – Ende	54.50	1	0.00	0.51	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*. *P ist marginal signifikant.

Tabelle 19: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck).

Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
GSI-9	Anfang	2.08	(0.73)	2.42	(0.61)	2.24	(0.69)
	Mitte	1.54	(0.91)	2.15	(0.73)	1.82	(0.88)
	Ende	1.16	(0.74)	1.61	(0.85)	1.36	(0.82)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		8.65	1	0.05	0.14	0.82
Zeit	Anfang – Ende	53.92	1	0.00	0.51	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

5.1.2 Ergebnisse des BDI

Das BDI (Beck-Depressions-Inventar) misst anhand von 21 Items den Schweregrad der „Depressiven Symptomatik“, bezogen auf die letzte Woche. Jedes Item enthält 4 Aussagen, die den Schweregrad sowie die Beeinträchtigung beschreiben und mit Punkten von 0=nicht vorhanden bis 3=starke Ausprägung gewertet werden. Der so gebildete Summenwert kann also Werte von 0 bis 63 Punkten annehmen. Ein Summenwert von weniger als 11 Punkten kann hierbei als unauffällig/im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin und Werte ab 18 Punkten gelten als klinisch relevant (vgl. Hautzinger et al. 1995).

Für die Resultate der jeweils zwei Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und des BFKE ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt (vgl. Tabelle 20 bis 24). So hat sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung der Summenwert der „Depressiven Symptomatik“ der PS1-Patienten von durchschnittlich 29 ($M=29.11$) auf 18 ($M=17.74$) gebessert (mit einer großen Effektstärke von η^2 stets ≥ 0.47). Er liegt hierbei jedoch noch im klinisch relevanten Bereich (der bei 18 beginnt), ist aber zugleich deutlich geringer als der Mittelwert der repräsentativen Stichprobe depressiver Patienten bei Hautzinger et al. (1995, Abb. 1, S.15), der bei $M=23.7$ liegt.

Die scheinbaren Verbesserungen in den differenziert untersuchten Zeitabschnitten Behandlungsanfang – Mitte und Behandlungsmitte – Ende fallen indes im Mittel so gering aus, dass sie sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern lassen. Dennoch bessern sich im Gesamtdurchschnitt die Werte über den gesamten Behandlungszeitraum deutlich. Dies ist der Hauptbefund.

Signifikante Unterschiede der Werte der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigten sich nur in der BFKE-Bindungsdimension „Bindungssicherheit“. In Tabelle 23 wird ersichtlich, dass sich die Summenwerte der beiden BFKE-Bindungsstilgruppen „bedingt un-/sicher versus anklammernd“ grundsätzlich unterscheiden, denn der Haupteffekt Bindungsstil wird bei $P=0.05$ mit einer großen Effektstärke von $\eta^2=0.14$ signifikant. Ebenso wie beim GSI-9 sind es die Patienten mit „eher anklammernden“ Bindungsstil, die sich im Gruppenmittel durchweg als belasteter schildern: Zu allen drei Messzeitpunkten geben sie einen höheren Schweregrad „Depressiver Symptomatik“ an als die Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil. Während sich die durchschnittlichen Werte der Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil von anfangs „klinisch relevanter Ausprägung depressiver Symptome“ ($M=25.72$) auf nur noch „milde bis mäßige Ausprägungen depressiver Symptome“ (Behandlungsende: $M=15.00$) bessern, liegen die durchschnittlichen Werte der Patienten mit „eher anklammernden“ Bindungsstil zu allen

Zeitpunkten im klinisch relevanten Bereich von ≥ 18 Punkten. Dennoch bessern sich während des Behandlungszeitraumes die Werte der beiden Bindungsstilgruppen in gleichem Maße, denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant.

Tabelle 20: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ (n=32) sind versus Patienten, die „eher sicher“ (n=22) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala BDI (Depressive Symptomatik).

Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
BDI	Anfang	30.21	(11.03)	27.50	(10.16)	29.11	(10.67)
	Mitte	22.16	(11.40)	21.67	(13.03)	21.96	(11.97)
	Ende	18.22	(12.06)	17.05	(12.21)	17.74	(12.02)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		--	1	n.s.	--	--
Zeit	Anfang – Ende	46.76	1	0.00	0.47	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 21: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala BDI (Depressive Symptomatik).

Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
BDI	Anfang	28.84	(10.88)	29.25	(10.71)	29.11	(10.67)
	Mitte	20.89	(12.67)	22.55	(11.72)	21.96	(11.97)
	Ende	17.32	(12.69)	17.97	(11.82)	17.74	(12.02)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		--	1	n.s.	--	--
Zeit	Anfang – Ende	45.40	1	0.00	0.47	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 22: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala BDI (Depressive Symptomatik).

Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
BDI	Anfang	25.71	(10.89)	32.77	(9.29)	29.11	(10.67)
	Mitte	19.38	(11.86)	24.74	(11.67)	21.96	(11.97)
	Ende	17.18	(10.95)	18.35	(13.27)	17.74	(12.02)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		--	1	n.s.	--	--
Zeit	Anfang – Ende	53.77	1	0.00	0.51	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 23: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang, -mitte und -ende (MANOVA mit Messwiederholungen) auf der Skala BDI (Depressive Symptomatik).

Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
BDI	Anfang	25.72	(10.63)	33.04	(9.46)	29.11	(10.67)
	Mitte	17.57	(10.77)	27.05	(11.44)	21.96	(11.97)
	Ende	15.00	(10.59)	20.92	(12.98)	17.74	(12.02)

Prüfstatistiken.

Effekte		F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit		--	2	n.s.	--	--
Bindungsstil		8.77	1	0.05	0.14	0.83
Zeit	Anfang – Ende	49.81	1	0.00	0.49	1.00
	Anfang – Mitte	--	1	n.s.	--	--
	Mitte – Ende	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

5.1.3 Ergebnisse zu den Subskalen des IIP-D

Skala „zu autokratisch/dominant“ (IIP-D-PA)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-PA berichten über Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr zu ändern oder beeinflussen zu wollen, andere zu sehr zu kontrollieren oder zu oft im Streit mit anderen zu sein; sie betonen ihre Unabhängigkeit zu sehr und berichten über Schwierigkeiten sich unterzuordnen (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 24-27 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Es ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt. So schildern sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung ($M=8.81$) die PS1-Patienten im Mittel als gebessert verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang ($M=10.37$) (mit einer mittleren Effektstärke von η^2 stets ≥ 0.10). Die Streuungen sind hierbei stets recht hoch, was für eine relative Heterogenität innerhalb der Patientenklientel spricht.

Der post-Wert im IIP-D-PA erscheint (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) niedriger als der prä-Wert von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=10.88$; $SD=5.8$) und Psychosepatienten ($M=9.36$; $SD=4.9$) und nur leicht höher als der von Neurosepatienten ($M=8.48$; $SD=5.4$). Dies ist der Hauptbefund.

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich lediglich in der BFKE-Dimension „Bindungssicherheit“ (vgl. Tabelle 27). So wird der Haupteffekt Bindungsstil mit einer fast großen Effektstärke von $\eta^2=0.14$ signifikant. Die Patienten mit „eher anklammerndem“ Bindungsstil haben dabei, sowohl zum Zeitpunkt Behandlungsanfang wie –ende, im Gruppenmittel höhere Werte als die Patienten mit „eher bedingt un-/sicheren“ Bindungsstil. Ihr durchschnittlicher post-Wert von $M=11.35$ liegt hierbei höher als der prä-Wert von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, zugleich liegt der durchschnittliche post-Wert von „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten im Bereich des prä-Wertes von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen ($M=6.64$; $SD=4.4$). Inhaltlich bedeutet dies, dass die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten sich im Mittel „dominanter“ schildern als die „eher bedingt un-/sicheren“. Trotzdem bestehen hierbei keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg, denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant.

Tabelle 24: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ (n=32) sind versus Patienten, die „eher sicher“ (n=22) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-PA („zu autokratisch“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu autokratisch (PA)	Anfang	9.56	(5.61)	11.54	(5.56)	10.37	(5.62)
	Ende	7.88	(4.37)	10.17	(6.66)	8.81	(5.48)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	5.69	1	0.05	0.10	0.65

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 25: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-PA („zu autokratisch“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu autokratisch (PA)	Anfang	10.26	(6.31)	10.43	(5.30)	10.37	(5.62)
	Ende	8.24	(4.85)	9.12	(5.83)	8.81	(5.48)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	6.39	1	0.05	0.11	0.70

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 26: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-PA („zu autokratisch“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu autokratisch (PA)	Anfang	10.79	(5.78)	9.92	(5.52)	10.37	(5.62)
	Ende	8.75	(5.05)	8.88	(6.00)	8.81	(5.48)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	6.03	1	0.05	0.10	0.67

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 27: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-PA („zu autokratisch“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu autokratisch (PA)	Anfang	9.03	(5.59)	11.92	(5.35)	10.37	(5.62)
	Ende	6.62	(5.05)	11.35	(4.91)	8.81	(5.48)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	8.73	1	0.05	0.14	0.82
Zeit (Anfang-Ende)	5.80	1	0.05	0.10	0.65

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu streitsüchtig/konkurrierend“ (IIP-D-BC)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-BC berichten über Probleme, anderen zu vertrauen bzw. anderen gegenüber zu misstrauisch zu sein; es fällt ihnen schwer, andere zu unterstützen, sich wirklich um die Probleme oder Bedürfnisse anderer zu kümmern; sie beschreiben sich als missgünstig, als Personen, die zuviel streiten und zu sehr auf Rache aus sind (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 28-31 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Im Durchschnitt schildern sich alle Patienten zum Behandlungsende ($M=11.76$) als gebessert, verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang ($M=13.35$). Der post-Wert im IIP-D-BC entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) am ehesten dem prä-Wert von Psychosepatienten ($M=11.44$; $SD=4.7$), er erscheint niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=13.84$; $SD=5.7$) und höher als der von Neurosepatienten ($M=10.16$; $SD=5.5$). Während diese Verbesserungen in der BAIC-Dimension Bewältigungsstil (vgl. Tabelle 29) und den beiden BFKE-Dimensionen Bewältigungsstil (vgl. Tabelle 30) und Bindungssicherheit (vgl. Tabelle 31) mit einer mittleren Effektstärke (von η^2 stets ≥ 0.10) auf dem festgesetzten Niveau signifikant werden, lassen sie sich in der BAIC-Dimension Bindungssicherheit (vgl. Tabelle 28) nicht gegen den Zufall absichern. Dies liegt daran, dass der Mittelwert der Gruppe „eher sicherer“ Bindungsstil nur geringfügig sinkt und außerdem die Streuungen zunehmen. Inhaltlich bedeutet dies, dass sich im Gruppenmittel die „eher sicher“ gebundenen Patienten in ihrer „Streitsüchtigkeit“ kaum verbessern, wobei einige sogar noch „streitsüchtiger“ werden als vorher. Allerdings werden diese Unterschiede zwischen den Bindungsstilgruppen nicht signifikant (denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant).

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich lediglich in der BFKE-Dimension „Bindungssicherheit“ (vgl. Tabelle 31). So wird der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit mit einer großen Effektstärke von $\eta^2=0.16$ signifikant. Die Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil schildern sich zum Behandlungsende im Gruppenmittel ($M=9.46$) als deutlich gebessert, verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang ($M=12.79$) während die „eher anklammernd“ gebundenen sich im Gruppenmittel sogar noch leicht verschlechtern. Der post-Wert der „eher anklammernd“ gebundenen Patienten von $M=14.42$ liegt hierbei höher als der prä-Wert von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, zugleich liegt der post-Wert von „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten unterhalb des prä-Wertes von Psychosepatienten. Inhaltlich bedeutet dies, das sich im Gruppenmittel die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten als deutlich weniger „streitsüchtig“ am Behandlungsende im Vergleich zum Behandlungsanfang schildern während die „eher anklammernd“ gebundenen eher noch „streitsüchtiger“ werden. Die „eher bedingt un-/sicheren“ gebundenen Patienten profitieren also im Gruppenmittel, bezogen auf die selbstgeschilderte „Streitsüchtigkeit“, mehr von der Behandlung als die „eher anklammernden“.

Wenngleich sich im Gruppendurchschnitt die „eher bedingt un-/sicheren“ Patienten zu jedem Zeitpunkt als weniger „streitsüchtig“ als die „eher anklammernden“ Patienten schildern, lässt sich dies statistisch nicht gegen den Zufall absichern.

Tabelle 28: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ ($n=32$) sind versus Patienten, die „eher sicher“ ($n=22$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-BC („zu streitsüchtig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend	Sicher	Alle
zu streitsüchtig (BC)	Anfang	13.19 (5.40)	13.59 (6.97)	13.35 (6.03)
	Ende	11.36 (4.48)	12.35 (7.36)	11.76 (5.79)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	η^2	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 29: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-BC („zu streitsüchtig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu streitsüchtig (BC)	Anfang	13.11	(6.39)	13.49	(5.92)	13.35	(6.03)
	Ende	10.74	(5.66)	12.32	(5.86)	11.76	(5.79)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	6.76	1	0.05	0.12	0.72

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 30: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-BC („zu streitsüchtig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu streitsüchtig (BC)	Anfang	12.75	(6.39)	14.00	(5.68)	13.35	(6.03)
	Ende	10.73	(6.03)	12.87	(5.41)	11.76	(5.79)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	5.83	1	0.05	0.10	0.66

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 31: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-BC („zu streitsüchtig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu streitsüchtig (BC)	Anfang	12.79	(6.67)	14.00	(5.25)	13.35	(6.03)
	Ende	9.46	(5.97)	14.42	(4.31)	11.76	(5.79)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	9.69	1	0.00	0.16	0.86
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	5.81	1	0.05	0.10	0.65

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu abweisend/kalt“ (IIP-D-DE)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-DE berichten über Schwierigkeiten, Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen; es fällt ihnen schwer, Liebe zu anderen zu empfinden oder langfristige Verpflichtungen gegenüber Personen einzugehen; sie geben an, andere zu sehr auf Distanz zu halten oder Schwierigkeiten zu haben sich zu versöhnen, nachdem sie ärgerlich waren (vgl. Horowitz et al.1994).

Die Tabellen 32-35 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Im jeweiligen Gruppendurchschnitt ergeben sich hierbei keine signifikanten Verbesserungen über den Behandlungszeitraum, wenngleich sich der Gesamtmittelwert aller Patienten scheinbar von $M=15.15$ zum Behandlungsanfang auf $M=13.77$ zum Behandlungsende geringfügig gebessert hat. Der post-Wert im IIP-D-DE entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) am ehesten dem prä-Wert von Psychosepatienten ($M=13.04$; $SD=6.6$), er erscheint niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=15.52$; $SD=6.6$) und höher als der von Neurosepatienten ($M=11.76$; $SD=6.3$). Trotzdem, diese scheinbare Verbesserung der Mittelwerte lassen sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern, denn für keine der vier Bindungsstildimensionen wird der Effekt Zeit Anfang – Ende auf dem festgesetztem Niveau signifikant. Dies liegt vor allem an den hohen und zudem noch über den Behandlungszeitraum zunehmenden Streuungen.

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich lediglich in der BFKE-Dimension „Bindungssicherheit“ (vgl. Tabelle 35). So wird der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit mit einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.12$ signifikant. Die Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil schildern sich zum Behandlungsende im Gruppenmittel ($M=11.23$) als deutlich gebessert, verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang ($M=14.35$) während die „eher anklammernd“ gebundenen sich im Gruppenmittel sogar noch leicht verschlechtern. Der post-Wert der „eher anklammernd“ gebundenen Patienten von $M=16.71$ liegt hierbei höher als der prä-Wert von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, zugleich liegt der post-Wert von „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten im Bereich des prä-Wertes von Neurosepatienten.

Inhaltlich bedeutet dies, das sich im Gruppenmittel die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten als deutlich weniger „abweisend“ am Behandlungsende im Vergleich zum Behandlungsanfang schildern während die „eher anklammernd“ gebundenen eher noch „abweisender“ werden. Die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten profitieren also im Gruppenmittel, bezogen auf die selbstgeschilderte „Distanziertheit“, mehr von der Behandlung als die „eher anklammernden“. Trotzdem, im

Gesamtdurchschnitt aller Patienten zeigen sich keine signifikanten Besserungen der Werte. Dies beruht zum einen auf den erwähnten geringgradigen Änderungen im Gruppenmittel der „eher anklammernden“ Patienten verglichen mit den deutlichen Besserungen der „eher bedingt un-/sicheren“ und zum anderen auf den deutlichen Streuungen in beiden Bindungsstilgruppen.

Tabelle 32: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ (n=32) sind versus Patienten, die „eher sicher“ (n=22) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-DE („zu abweisend“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu abweisend (DE)	Anfang	16.06	(6.65)	13.82	(5.88)	15.15	(6.38)
	Ende	14.99	(6.94)	11.99	(7.56)	13.77	(7.28)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 33: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-DE („zu abweisend“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu abweisend (DE)	Anfang	13.89	(5.53)	15.83	(6.78)	15.15	(6.38)
	Ende	13.48	(7.77)	13.92	(7.12)	13.77	(7.28)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 34: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-DE („zu abweisend“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu abweisend (DE)	Anfang	15.25	(7.25)	15.04	(5.44)	15.15	(6.38)
	Ende	12.81	(8.53)	14.80	(5.63)	13.77	(7.28)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 35: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-DE („zu abweisend“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu abweisend (DE)	Anfang	14.35	(5.91)	16.08	(6.90)	15.15	(6.38)
	Ende	11.23	(6.95)	16.71	(6.62)	13.77	(7.28)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	7.45	1	0.05	0.12	0.76
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu introvertiert/sozial vermeidend“ (IIP-D-FG)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-FG berichten über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen; sie beschreiben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu zeigen (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 36-39 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Es ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt. So schildern sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung (*M*=15.51) die PS1-Patienten im Mittel als deutlich gebessert verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang (*M*=18.07), denn der Haupteffekt Zeit Anfang – Ende wird auf dem festgesetzten Niveau mit einer großen Effektstärke (von eta² stets ≥ 0.18) signifikant. Der post-Wert im IIP-D-FG entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) dem prä-Wert von Neurosepatienten (*M*=15.52; *SD*=7.2), er erscheint

leicht niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=17.52$; $SD=7.1$) und höher als der von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ($M=12.32$; $SD=6.9$). Dies ist der Hauptbefund.

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich lediglich in der BAIC-Dimension „Bewältigungsstil“ (vgl. Tabelle 37). So wird der Haupteffekt Bindungsstil mit einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.11$ signifikant. Die Patienten mit „eher anklammernden“ Bindungsstil haben dabei, sowohl zum Zeitpunkt Behandlungsanfang wie –ende, im Gruppenmittel höhere Werte als die Patienten mit „eher abweisendem“ Bindungsstil. Ihr durchschnittlicher post-Wert von $M=17.06$ liegt hierbei höher als der prä-Wert von Neurosepatienten und nur geringfügig niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Auf der anderen Seite liegt der durchschnittliche post-Wert von „eher abweisend“ gebundenen Patienten mit $M=12.66$ unter dem Durchschnittswert der Gesamtstichprobe und etwa im Bereich der Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen ($M=12.72$; $SD=7.3$). Inhaltlich bedeutet dies, dass die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten sich im Mittel „introvertierter“ schildern als die „eher abweisenden“. Trotzdem bessern sich die Werte beider Bindungsstilgruppen in gleichem Maße deutlich, denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant.

Tabelle 36: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ ($n=32$) sind versus Patienten, die „eher sicher“ ($n=22$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-FG („zu introvertiert“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu introvertiert (FG)	Anfang	18.94	(7.39)	16.82	(6.54)	18.07	(7.07)
	Ende	16.60	(7.61)	13.93	(6.58)	15.51	(7.27)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	η^2	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	13.38	1	0.00	0.20	0.95

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 37: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-FG („zu introvertiert“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu introvertiert (FG)	Anfang	15.05	(6.31)	19.71	(7.00)	18.07	(7.07)
	Ende	12.66	(6.55)	17.06	(7.25)	15.51	(7.27)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	6.19	1	0.05	0.11	0.68
Zeit (Anfang-Ende)	11.76	1	0.00	0.18	0.92

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 38: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-FG („zu introvertiert“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu introvertiert (FG)	Anfang	18.50	(7.85)	17.61	(6.25)	18.07	(7.07)
	Ende	14.82	(8.25)	16.25	(6.11)	15.51	(7.27)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	13.53	1	0.00	0.21	0.95

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 39: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-FG („zu introvertiert“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu introvertiert (FG)	Anfang	16.66	(7.46)	19.72	(6.35)	18.07	(7.07)
	Ende	13.24	(7.63)	18.14	(5.94)	15.51	(7.27)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	12.94	1	0.00	0.20	0.94

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu unterwürfig/selbstunsicher“ (IIP-D-HI)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-HI berichten über Probleme, anderen mitzuteilen, was sie wollen und nicht wollen; es fällt ihnen schwer, sich gegenüber anderen zu behaupten, standfest zu sein, andere auch mit Problemen zu konfrontieren oder aggressiv zu sein; sie sehen sich als wenig selbstbewusst im Beisein anderer und tun sich schwer, eine Chef-Rolle zu übernehmen (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 40-43 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Im jeweiligen Gruppendurchschnitt ergeben sich hierbei keine signifikanten Verbesserungen über den Behandlungszeitraum, wenngleich sich der Gesamtmittelwert aller Patienten scheinbar von $M=19.00$ zum Behandlungsanfang auf $M=17.59$ zum Behandlungsende geringfügig gebessert hat. Der post-Wert im IIP-D-HI erscheint hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) niedriger als der prä-Wert von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=18.48$; $SD=6.9$) und von Neurosepatienten ($M=18.56$; $SD=7.0$) und deutlich höher als der von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ($M=14.96$; $SD=7.6$). Trotzdem, diese scheinbare Verbesserung der Mittelwerte sind so gering, das sie sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern lassen, denn für keine der vier Bindungsstildimensionen wird der Effekt Zeit Anfang – Ende auf dem festgesetztem Niveau signifikant. Dies liegt v.a. daran, das sich in jeder der vier Bindungsstildimensionen jeweils in einer der verglichenen Bindungsstilgruppen die Mittelwerte, verglichen mit der anderen nicht genügend verändert haben.

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich lediglich in der BAIC-Dimension „Bewältigungsstil“ (vgl. Tabelle 41). So wird der Haupteffekt Bindungsstil mit einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.10$ signifikant. Die Patienten mit „eher anklammernden“ Bindungsstil haben dabei, sowohl zum Zeitpunkt Behandlungsanfang wie –ende, im Gruppenmittel höhere Werte als die Patienten mit „eher abweisendem“ Bindungsstil. Ihr durchschnittlicher post-Wert von $M=18.83$ liegt hierbei höher als die prä-Werte von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Neurosepatienten. Auf der anderen Seite liegt der durchschnittliche post-Wert von „eher abweisend“ gebundenen Patienten mit $M=15.30$ unter dem Durchschnittswert der Gesamtstichprobe. Inhaltlich bedeutet dies, das die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten sich im Mittel „unterwürfiger“ schildern als die „eher abweisenden“. Die Werte beider Bindungsstilgruppen bessern sich jedoch nicht, denn weder der Haupteffekt Zeit Anfang – Ende noch der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit werden signifikant.

Tabelle 40: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ (n=32) sind versus Patienten, die „eher sicher“ (n=22) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-HI („zu unterwürfig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu unterwürfig (HI)	Anfang	18.97	(7.06)	19.05	(5.55)	19.00	(6.43)
	Ende	17.65	(7.34)	17.50	(7.55)	17.59	(7.36)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 41: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-HI („zu unterwürfig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu unterwürfig (HI)	Anfang	16.00	(6.72)	20.63	(5.72)	19.00	(6.43)
	Ende	15.30	(6.84)	18.83	(7.42)	17.59	(7.36)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	5.83	1	0.05	0.10	0.66
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 42: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-HI („zu unterwürfig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu unterwürfig (HI)	Anfang	19.11	(6.83)	18.89	(6.11)	19.00	(6.43)
	Ende	16.14	(7.74)	19.15	(6.71)	17.59	(7.36)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 43: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-HI („zu unterwürfig“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu unterwürfig (HI)	Anfang	18.28	(7.26)	19.84	(5.34)	19.00	(6.43)
	Ende	15.37	(8.06)	20.16	(5.55)	17.59	(7.36)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu ausnutzbar/nachgiebig“ (IIP-D-JK)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-JK berichten über Schwierigkeiten, sich von anderen abzugrenzen, „Nein“ zu sagen oder zu zeigen, dass sie wütend sind; sie beschreiben sich als leichtgläubig bzw. als Personen, die sich leicht überreden lassen; es fällt ihnen schwer, mit anderen zu streiten oder fest zu bleiben bzw. sich nicht zu sehr ausnutzen zu lassen (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 44-47 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Es ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt. So schildern sich zum Behandlungsende (*M*=16.86) die PS1-Patienten im Mittel als gebessert, verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang (*M*=18.61). Der post-Wert im IIP-D-JK entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) am ehesten dem prä-Wert von Neurosepatienten (*M*=16.72; *SD*=6.1) und erscheint geringgradig höher als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (*M*=16.48; *SD*=6.2).

Während diese Verbesserung in der BAIC-Dimension Bindungssicherheit (vgl. Tabelle 44) und der BFKE-Dimension Bewältigungsstil (vgl. Tabelle 46) mit einer mittleren Effektstärke (von $\eta^2=0.10$) auf dem festgesetzten Niveau signifikant werden, lassen sie sich weder in der BAIC-Dimension Bewältigungsstil (vgl. Tabelle 45) noch in der BFKE-Dimension Bindungssicherheit (vgl. Tabelle 47) gegen den Zufall absichern.

Dies beruht in der BAIC-Dimension Bewältigungsstil darauf, dass sich der Mittelwert der „eher abweisenden“ Patienten über den Behandlungszeitraum kaum ändert und außerdem noch die Streuung zunimmt (vgl. Tabelle 45). Die „eher abweisenden“ Patienten schildern sich also zum Behandlungsende im Gruppenmittel als fast genauso stark „ausnutzbar“ wie am Anfang wobei einige sich sogar noch „ausnutzbarer“ als zuvor schildern. Allerdings

werden diese Unterschiede zwischen den Bindungsstilgruppen nicht signifikant (denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant).

In der BFKE-Dimension Bindungssicherheit sind es hingegen die „anklammernd“ gebundenen Patienten deren Mittelwerte sich über den Behandlungszeitraum kaum ändern (vgl. Tabelle 47). Auch die „anklammernden“ Patienten schildern sich also zum Behandlungsende als im Gruppenmittel fast genauso stark „ausnutzbar“ wie am Anfang wobei einige sich sogar noch „ausnutzbarer“ als zuvor schildern. Ebenso wie in der BAIC-Dimension Bewältigungsstil werden diese Unterschiede zwischen den Bindungsstilgruppen jedoch nicht signifikant (denn der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird nicht signifikant).

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich in keiner der vier Bindungsstildimensionen, denn weder der Haupteffekt Bindung noch der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit werden auf dem festgesetzten Niveau signifikant. Die Werte der einzelnen Bindungsstilgruppen variieren also nur zufällig.

Tabelle 44: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ (n=32) sind versus Patienten, die „eher sicher“ (n=22) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-JK („zu ausnutzbar“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu ausnutzbar (JK)	Anfang	17.78	(5.45)	19.82	(5.96)	18.61	(5.70)
	Ende	16.28	(6.12)	17.69	(6.40)	16.86	(6.21)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	5.71	1	0.05	0.10	0.65

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 45: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ (n=19) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=35) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-JK („zu ausnutzbar“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu ausnutzbar (JK)	Anfang	16.37	(6.00)	19.83	(5.22)	18.61	(5.70)
	Ende	15.32	(6.64)	17.69	(5.90)	16.86	(6.21)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 46: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-JK („zu ausnutzbar“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu ausnutzbar (JK)	Anfang	18.11	(5.58)	19.15	(5.88)	18.61	(5.70)
	Ende	16.07	(6.18)	17.70	(6.26)	16.86	(6.21)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	5.46	1	0.05	0.10	0.63

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 47: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-JK („zu ausnutzbar“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu ausnutzbar (JK)	Anfang	18.14	(6.79)	19.16	(4.17)	18.61	(5.70)
	Ende	15.62	(6.93)	18.29	(5.03)	16.86	(6.21)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	--	1	n.s.	--	--

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu fürsorglich/freundlich“ (IIP-D-LM)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-LM berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu leicht durch die Not anderer anrühren lassen; es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen (vgl. Horowitz et al.1994).

Die Tabellen 48-51 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Es ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt. So schildern sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung (*M*=17.14) die PS1-Patienten im Mittel als gebessert verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang (*M*=19.39) (mit einer mittleren Effektstärke von eta² stets ≥ 0.11). Der post-Wert im IIP-D-LM entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al.1994, Tabelle 4.1, S.29) am ehesten dem prä-Wert von Neurosepatienten (*M*=16.56; *SD*=5.5), er

erscheint leicht höher als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=16.40$; $SD=5.8$) und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ($M=13.60$; $SD=5.2$). Dies ist der Hauptbefund.

Die Werte zwischen den einzelnen Bindungsstilgruppen des BAIC (Tabelle 48 und 49) sowie des BFKE (Tabelle 50 und 51) variieren nur zufällig, da „außer dem Haupteffekt „Zeit Anfang – Ende“, keinerlei Effekte der MANOVA auf dem festgesetzten Niveau signifikant werden. Inhaltlich bedeutet dies, dass sich im Mittel der Leidensdruck „zu fürsorglich“ zu sein bei allen Patienten, unabhängig vom Bindungsstil im gleichen Maße gelindert hat.

Tabelle 48: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ ($n=32$) sind versus Patienten, die „eher sicher“ ($n=22$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-LM („zu fürsorglich“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu fürsorglich (LM)	Anfang	18.69	(6.03)	20.41	(6.10)	19.39	(6.06)
	Ende	17.06	(5.70)	17.26	(6.00)	17.14	(5.77)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	8.64	1	0.05	0.14	0.82

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 49: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ ($n=19$) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ ($n=35$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-LM („zu fürsorglich“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu fürsorglich (LM)	Anfang	18.05	(5.87)	20.11	(6.12)	19.39	(6.06)
	Ende	16.10	(5.47)	17.71	(5.92)	17.14	(5.77)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	6.70	1	0.05	0.11	0.72

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 50: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-LM („zu fürsorglich“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu fürsorglich (LM)	Anfang	20.61	(6.24)	18.08	(5.68)	19.39	(6.06)
	Ende	16.71	(6.33)	17.61	(5.17)	17.14	(5.77)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	8.05	1	0.05	0.13	0.79

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 51: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-LM („zu fürsorglich“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu fürsorglich (LM)	Anfang	18.17	(5.68)	20.80	(6.29)	19.39	(6.06)
	Ende	15.51	(5.55)	19.03	(5.53)	17.14	(5.77)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	7.57	1	0.05	0.13	0.77

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Skala „zu expressiv/aufdringlich“ (IIP-D-NO)

Patienten mit hohen Werten auf der Skala IIP-D-NO berichten über Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten, sie erzählen oft Persönliches von sich, öffnen sich zu sehr; sie beschreiben sich als Personen, die zuviel Wert auf Beachtung durch andere legen, zu oft den Clown spielen oder Schwierigkeiten haben, allein zu sein; sie fühlen sich zu sehr für andere verantwortlich, haben Schwierigkeiten, sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten (vgl. Horowitz et al. 1994).

Die Tabellen 52-55 zeigen die Resultate für diese Skala je nach den beiden Bindungsstil-Dimensionen des BAIC und BFKE. Es ergeben sich jeweils deutliche Verbesserungen im Gruppendurchschnitt. So schildern sich zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung (*M*=11.81) die PS1-Patienten im Mittel als gebessert verglichen mit ihren Werten vom Behandlungsanfang (*M*=13.33) (mit einer mittleren Effektstärke von eta²

stets ≥ 0.11). Der post-Wert im IIP-D-NO entspricht hierbei (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29) dem prä-Wert von Psychosepatienten ($M=11.84$; $SD=4.3$), er erscheint niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M=13.20$; $SD=6.4$) und leicht höher als der von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ($M=10.24$; $SD=4.5$). Dies ist der Hauptbefund.

Bei keiner der vier Bindungsstildimensionen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen, denn weder der Haupteffekt Bindungsstil noch der Wechselwirkungseffekt Bindungsstil $\times$ Zeit werden auf dem festgesetzten Niveau signifikant. Der Leidensdruck „zu aufdringlich“ zu sein bessert sich somit im Mittel bei allen Patienten in gleichem Maße, unabhängig vom Bindungsstil.

Tabelle 52: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher ängstlich-vermeidend“ ($n=32$) sind versus Patienten, die „eher sicher“ ($n=22$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-NO („zu expressiv“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Ängstlich-vermeidend		Sicher		Alle	
zu expressiv (NO)	Anfang	12.28	(5.35)	14.86	(5.82)	13.33	(5.64)
	Ende	11.51	(5.56)	12.26	(6.64)	11.81	(5.98)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	9.49	1	0.00	0.15	0.85

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 53: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BAIC in ihrem Bindungsstil „eher abweisend“ ($n=19$) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ ($n=35$) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-NO („zu expressiv“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Abweisend		Anklammernd		Alle	
zu expressiv (NO)	Anfang	11.32	(5.00)	14.43	(5.73)	13.33	(5.64)
	Ende	10.05	(4.74)	12.77	(6.41)	11.81	(5.98)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil $\times$ Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	6.39	1	0.05	0.11	0.70

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte M und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen SD .

Tabelle 54: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher anklammernd-ambivalent“ (n=28) sind versus Patienten, die „eher abweisend“ (n=26) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-NO („zu expressiv“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Anklammernd-ambivalent		Abweisend		Alle	
zu expressiv (NO)	Anfang	13.00	(5.92)	13.69	(5.42)	13.33	(5.64)
	Ende	11.69	(6.47)	11.95	(5.53)	11.81	(5.98)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	7.64	1	0.05	0.13	0.77

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Tabelle 55: Unterschiede zwischen Patienten, die laut BFKE in ihrem Bindungsstil „eher bedingt un-/sicher“ (n=29) sind versus Patienten, die „eher anklammernd“ (n=25) sind. Zeitpunkte Behandlungsanfang und Behandlungsende (MANOVA mit Messwiederholung) auf der Skala IIP-D-NO („zu expressiv“).

IIP-D-Skala	Zeitpunkt	Bedingt un-/sicher		Anklammernd		Alle	
zu expressiv (NO)	Anfang	11.86	(5.99)	15.04	(4.76)	13.33	(5.64)
	Ende	10.52	(6.18)	13.31	(5.48)	11.81	(5.98)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta ²	Power
Bindungsstil × Zeit	--	1	n.s.	--	--
Bindungsstil	--	1	n.s.	--	--
Zeit (Anfang-Ende)	7.68	1	0.05	0.13	0.77

Anmerkungen: Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

Zusammenfassung der IIP-D-Ergebnisse

Auf den meisten Subskalen des IIP-D bessern sich im Gesamtdurchschnitt die Werte der Patienten während des Behandlungszeitraumes deutlich mit einer mittleren Effektstärke. Am prägnantesten fällt diese Besserung auf der Subskala IIP-D-FG „zu introvertiert/sozial vermeidend“ aus, wo sich im Gesamtdurchschnitt die Patienten von einem initial höheren Wert als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf einen Wert im Bereich von Neurosepatienten zum Behandlungsende verbessern (vgl. Horowitz et al. 1994, Tabelle 4.1, S.29), sogar mit einer großen Effektstärke von η^2 stets ≥ 0.18 .

Lediglich auf den Subskalen DE „zu abweisend“ und HI „zu unterwürfig“ zeigen sich über den Behandlungszeitraum keine signifikanten Besserungen im Gesamtdurchschnitt. Dies liegt v.a. daran, dass sich in jeder der vier Bindungsstildimensionen jeweils in einer der verglichenen Bindungsstilgruppen die Mittelwerte, verglichen mit der Anderen, nicht genügend verändert haben.

Signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen zeigen sich für die BAIC-Dimension Bewältigungsstil und die BFKE-Dimension Bindungssicherheit:

- Die BAIC-Dimension Bewältigungsstil differenziert auf den Subskalen FG „zu introvertiert“ und HI „zu unterwürfig“ zwischen zwei Patientengruppen, wobei eine Gruppe im Mittel durchweg höhere Werte zeigt, da der Effekt Bindungsstil signifikant wird. So geben auf beiden Subskalen die „eher anklammernd“ gebunden Patienten im Gruppenmittel höher Werte an als die „eher abweisenden“, schildern sich im Mittel also als „introvertierter“ und „unterwürfiger“. Allerdings zeigen sich keine Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen den beiden Bindungsstilgruppen, da der Effekt Bindungsstil $\times$ Zeit nicht signifikant wird. So bessern sich im Gruppenmittel auf der Subskala FG „zu introvertiert“ die Werte der „eher anklammernden“ und der „eher abweisenden“ Patienten in gleichem Maße über den Behandlungszeitraum, während auf der Subskala HI „zu unterwürfig“ beide Bindungsstilgruppen im Durchschnitt keine signifikanten Besserungen aufweisen.
- Die BFKE-Dimension Bindungssicherheit differenziert auf der Subskala PA „zu dominant“ ebenfalls zwischen zwei Patientengruppen, wobei wiederum eine Gruppe im Mittel durchweg höhere Werte zeigt, da der Effekt Bindungsstil signifikant wird. So geben die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten im Gruppenmittel höhere Werte an als die „eher bedingt un-/sicheren“, schildern sich also als „dominanter“. Allerdings zeigen sich auch hierbei keine Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen den beiden Bindungsstilgruppen, da der Effekt Bindungsstil $\times$ Zeit nicht signifikant wird.

Auf den Subskalen BC „zu streitsüchtig“ und DE „zu abweisend“ differenziert die BFKE-Dimension Bindungssicherheit zwischen Patientengruppen mit besserem und weniger guten Verlauf, denn der Effekt Bindungsstil $\times$ Zeit wird signifikant mit einer großen Effektstärke von $\eta^2=0.16$ auf der Subskala BC bzw. einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.12$ auf der Subskala DE. So verbessern sich auf beiden Subskalen die Werte der „eher bedingt un-/sicher“ gebunden Patienten im Gruppenmittel deutlich während der stationären Behandlung. Die Werte im Gruppenmittel der „eher anklammernd“ gebundenen Patienten hingegen bleiben über den Behandlungszeitraum auf beiden Subskalen relativ konstant, verschlechtern sich sogar noch geringfügig. Die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten profitieren also im Gruppenmittel, bezogen auf die selbstgeschilderte „Streitsüchtigkeit“ und „Distanziertheit“, mehr von der Behandlung als die „eher anklammernden“.

5.2 Ergebnisse der t-Tests für das Gesamt-Outcome

Tabelle 56 zeigt die Ergebnisse des t-Tests für das Gesamt-Outcome der einzelnen Bindungsstilgruppen; die Bildung des Gesamt-Outcome wurde bereits in Abschnitt 4.2.2 erläutert. Es zeigt sich, dass lediglich die BFKE-Dimension „Bindungssicherheit“ auf dem festgesetzten Niveau mit einem fast großen Effekt (der bei $|d|=0.80$ beginnen würde) signifikant wurde. Inhaltlich bedeutet dies, dass nur anhand der Ausprägung der „Bindungssicherheit“ zwischen relativ besserem und relativ schlechterem Gesamt-Outcome unterschieden werden kann. So zeigt die Gruppe der Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil ein deutlich besseres Gesamt-Outcome ($M=-0.37$) im Gruppenmittel als die Gruppe mit „eher anklammerndem“ Bindungsstil ($M=0.45$).

Auffällig sind außerdem die stets sehr hohen Streuungen in allen Gruppen (größer als die Mittelwerte!), was auf relative Heterogenität innerhalb der einzelnen Bindungsstilgruppen hindeutet.

Tabelle 56: Resultate der t-Tests für unabhängige Stichproben und beobachtete Effektstärken über das Maß $|d|$ zwischen den vier Bindungsstil-Dimensionen (mit ihren jeweiligen 2 Bindungsstilgruppen) und dem Gesamt-Outcome.

Bindungsstilgruppen		Gesamt-Outcome	Df	t	P	$ d $
B	Eher abweisend	-0.23 (0.90)	–	–	n.s.	–
A	Eher anklammernd	0.13 (1.04)	–	–	n.s.	–
I	Eher ängstlich-vermeidend	-0.00 (0.93)	–	–	n.s.	–
C	Eher sicher	0.00 (1.11)	–	–	n.s.	–
B	Eher anklammernd-ambivalent	-0.14 (1.13)	–	–	n.s.	–
F	Eher abweisend	0.14 (0.84)	–	–	n.s.	–
K	Eher bedingt un-/sicher	-0.37 (1.04)	52	- 3.30	0.00	0.70
E	Eher anklammernd	0.45 (0.76)	–	–	n.s.	–

Anmerkungen: Neben den Mittelwerten sind (in Klammern) die Streuungen aufgeführt. Niedrigere Werte bedeuten ein relativ besseres Outcome. Testung einseitig.

6 DISKUSSION

Die wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Studie werden zum besseren Erhalt der Übersicht im folgenden Abschnitt 6.1 noch einmal kurz wiedergegeben. Anschließend werden diese Ergebnisse interpretiert (Abschnitt 6.2) und Erklärungshypothesen aufgestellt sowie Limitationen der vorliegenden Untersuchung (Abschnitt 6.3) angeführt. Abschließend werden im Abschnitt 6.4 Schlussfolgerungen dargelegt.

6.1 Hauptbefunde

Im Gesamtdurchschnitt aller Patienten (N=54) zeigten sich während des Behandlungszeitraumes in den Selbstschilderungen deutliche Verbesserungen des „Psychischen Beschwerdedruckes“ erfasst über die GSI-9, der „Depressiven Symptomatik“ erfasst über den BDI und den meisten „interpersonalen Problemen“ erfasst über die acht Subskalen des IIP-D. Mit einer großen Effektstärke zeigten sich hierbei die ausgeprägtesten Besserungen im Bereich des „Psychischen Beschwerdedruckes“ (η^2 stets ≥ 0.49), der „Depressiven Symptomatik“ (η^2 stets ≥ 0.47) und der selbstgeschilderten „Introvertiertheit/sozialen Vermeidung“ (IIP-D-FG, η^2 stets ≥ 0.18). Allerdings war der im Gruppenmittel der Patienten zum Behandlungsende geschilderte „Psychische Beschwerdedruck“ auffällig höher als der einer repräsentativen Stichprobe von Klaghofer und Brähler (2001, Tabelle 7, S. 123) und auch die „Depressive Symptomatik“ lag zum Behandlungsende noch im „klinisch relevanten“ Bereich. Im Bereich der durch das IIP-D-FG erfassten „Introvertiertheit/sozialen Vermeidung“ besserten sich während des Behandlungsverlaufes die Patienten im Gruppenmittel vom Niveau von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf das Niveau von Neurosepatienten der Referenzstichproben von Horowitz et al. (1994, Tabelle 4.1, S.29).

Lediglich auf den IIP-D Subskalen DE „zu abweisend“ und HI „zu unterwürfig“ zeigten sich über den Behandlungszeitraum keine signifikanten Besserungen im Gesamtdurchschnitt.

Wenngleich sich die Patienten im Gesamtdurchschnitt bei keinem der differenziert betrachteten Outcome-Kriterien (Psychischer Beschwerdedruck, Depressive Symptomatik, interpersonale Probleme) auf klinisch unauffällige Werte besserten, sind die Besserungen doch so deutlich, dass sie auf jeden Fall als Behandlungserfolg verstanden werden können. Somit erfasst auch das Gesamt-Outcome, welches die Werte aller einzelnen Outcome-Kriterien zum Behandlungsende beinhaltet, tatsächliche Verbesserungen (vgl. Abschnitt 4.2.2). Zusammenschauend zeigt sich somit im Gesamtdurchschnitt der Patienten ein Behandlungsergebnis, im Sinne einer Besserung der selbstgeschilderten „Depressiven Symptome“, des „Psychischen Beschwerdedruckes“ und der meisten „interpersonalen Probleme“, insgesamt also eine Abnahme der subjektiven Symptombelastung.

Für den Zusammenhang von Bindungsstil und Behandlungserfolg zeigte sich, dass die modifizierte **BFKE-Dimension Bindungssicherheit** deutlich zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg differenzieren konnte. Wenngleich sich in den einzelnen Outcome-Kriterien kaum signifikante Unterschiede im Verlauf beider Bindungsstilgruppen zeigten, ergaben sich doch deutlich Unterschiede im Gesamt-Outcome. So zeigte die Gruppe der Patienten mit „eher bedingt un-/sicherem“ Bindungsstil mit einer fast großen Effektstärke von $|d|=0.70$ ein deutlich besseres Gesamt-Outcome ($M=-0.37$) im Gruppenmittel als die Gruppe mit „eher anklammerndem“ Bindungsstil ($M=0.45$). Bei der differenzierten Betrachtung der einzelnen Outcome-Kriterien konnte dieser Effekt jedoch nur auf den IIP-D Subskalen BC „zu streitsüchtig“ und DE „zu abweisend“ mit einer großen Effektstärke von $\eta^2=0.16$ auf der Subskala BC bzw. einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.12$ auf der Subskala DE signifikant werden. Die „eher bedingt un-/sicheren“ Patienten zeigten hierbei einen im Gruppenmittel günstigeren Verlauf mit Verbesserungen ihrer Werte, während sich die Werte der „eher anklammernden“ nicht besserten, sogar noch leicht verschlechterten. Die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten zeigten also im Gruppenmittel eine größere subjektive „Interpersonale Kompetenz“ zum Behandlungsende, erfasst über das Gesamt-Outcome (vgl. Abschnitt 4.2.2) als die „eher anklammernden“. Sie profitieren im Gruppenmittel, bezogen auf die selbstgeschilderte „Streitsüchtigkeit“ und „Distanziertheit“, mehr von der Behandlung als die „eher anklammernden“.

Außerdem kann die BFKE-Dimension Bindungssicherheit zwischen zwei unterschiedlich stark belasteten Patientengruppen auf der Skala GSI-9, dem BDI und der IIP-D Subskala PA „zu dominant“ unterscheiden. Die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten schildern sich hierbei im Gruppenmittel als stärker psychisch belastet, depressiver und dominanter als die „eher bedingt un-/sicher“ gebundenen Patienten. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Behandlungserfolges besteht hierbei jedoch nicht.

Des weiteren konnte die **BAIC-Dimension Bewältigungsstil** zwischen zwei Patientengruppen auf den IIP-D Subskalen FG „zu introvertiert“ und HI „zu unterwürfig“ differenzieren, wobei auf beiden Subskalen die „eher anklammernd“ gebundenen Patienten im Gruppenmittel durchweg höhere Werte angaben als die „eher abweisenden“. Die „eher anklammernden“ Patienten schildern sich im Mittel also als „introvertierter“ und „unterwürfiger“. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Bindungsstilgruppen hinsichtlich des Behandlungserfolges zeigte sich jedoch für keines der untersuchten Behandlungs-Outcome-Maße (GSI-9, BDI, Subskalen IIP-D, Gesamt-Outcome).

Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Werten der einzelnen Bindungsstilgruppen wurden nicht beobachtet.

Die im Anschluss folgende Tabelle 57 gibt abschließend einen Überblick über die signifikanten Effekte der Bindungsdimensionen des BFKE und BAIC.

Tabelle 57: Überblick über die signifikanten Effekte der beiden BAIC-Bindungsdimensionen [Bindungssicherheit (ängstlich vermeidend vs. sicher) und Bewältigungsstil (abweisend vs. anklammernd)] sowie der beiden BFKE-Bindungsdimensionen [Bindungssicherheit (bedingt un-/sicher vs. anklammernd) und Bewältigungsstil (anklammernd-ambivalent vs. abweisend)] für die verschiedenen Outcomekriterien. Dargestellt sind die Effektstärken η^2 bzw. für das Gesamt-Outcome die Effektstärke $|d|$.

Bindungsdimension	Effekte	Outcomekriterium										
		GSI-9	BDI	IIP-D-PA	IIP-D-BC	IIP-D-DE	IIP-D-FG	IIP-D-HI	IIP-D-JK	IIP-D-LM	IIP-D-NO	Gesamt-Outcome
BAIC-Bindungssicherheit (ängstlich-vermeidend sicher)	Zeit (A-E)	0.51*	0.47*	0.10**	--	--	0.20*	--	0.10**	0.14**	0.15*	--
	Bindungsstil	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Bindungsstil × Zeit	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
BAIC-Bewältigungsstil (abweisend anklammernd)	Zeit (A-E)	0.49*	0.47*	0.11**	0.12**	--	0.18*	--	--	0.11**	0.11**	--
	Bindungsstil	--	--	--	--	--	0.11**	0.10**	--	--	--	--
	Bindungsstil × Zeit	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
BFKE-Bindungssicherheit (bedingt un-/sicher anklammernd)	Zeit (A-E)	0.51*	0.49*	0.10**	0.10**	--	0.20*	--	--	0.13**	0.13**	--
	Bindungsstil	0.14**	0.14**	0.14**	--	--	--	--	--	--	--	$ d = 0.70^*$
	Bindungsstil × Zeit	--	--	--	0.16*	0.12**	--	--	--	--	--	--
BFKE-Bewältigungsstil (anklammernd-ambivalent abweisend)	Zeit (A-E)	0.51*	0.51*	0.10**	0.10**	--	0.21*	--	0.10**	0.13**	0.13**	--
	Bindungsstil	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Bindungsstil × Zeit	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anmerkungen: *P=0.00, **P=0.05; ein η^2 von 0.02 bedeutet einen kleinen Effekt, eines von 0.07 einen mittleren, eines von 0.16 einen großen Effekt; das Maß $|d|$ mit 0.20, 0.50 und 0.80 entsprechende kleine, mittlere und große Effektstärken.

6.2 Interpretationen und Erklärungshypothesen der Hauptbefunde

6.2.1 Zum BAIC

Warum konnte keine der beiden operationalisierten BAIC-Bindungsdimensionen zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg in der vorliegenden Untersuchung differenzieren?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Denkbar wäre, dass es an der Art der in dieser Untersuchung verwendeten Outcomemaße liegen könnte. So handelt es sich sowohl bei den verwendeten Outcomemaßen wie auch beim BFKE, der zwischen unterschiedlich gutem Behandlungserfolg differenzieren konnte, um Selbstbeurteilungsinstrumente, wohingegen der BAIC ein Fremdbeurteilungsverfahren darstellt. Es wäre daher durchaus möglich, dass die operationalisierten BAIC-Bindungsdimensionen bei Outcomemaßen, die auf Fremdbeurteilungsverfahren basieren, durchaus in der Lage wäre zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg zu differenzieren. Zur Überprüfung dieser Hypothese wäre weitere Forschung nötig, die auch Fremdbeurteilungsverfahren, wie beispielsweise Einschätzungen des Behandlungserfolges durch den/die Therapeut/in, berücksichtigt.

Des weiteren können anhand der dimensionalen Einschätzung im BAIC keine Aussagen über Patienten getroffen werden, die in der Mitte der beiden Pole „eher ängstlich-vermeidend“ versus „eher sicher“ bzw. „eher abweisend“ versus „eher anklammernd“ liegen. Es wäre möglich, dass gerade diese Patienten einen besseren Behandlungserfolg aufweisen.

Wenngleich keine der beiden operationalisierten BAIC-Bindungsdimensionen zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg differenzieren konnte, so konnte die BAIC-Bindungsdimension Bewältigungsstil doch zwischen unterschiedlich stark belasteten Patientengruppen unterscheiden. Um der Frage nachzugehen warum sich die beiden Bindungsstilgruppen („eher abweisend“ versus „eher anklammernd“) signifikant in ihrer selbstgeschilderten „Introvertiertheit“ (IIP-D-FG) und „Unterwürfigkeit“ (IIP-D-HI) unterscheiden, könnte das Modell der Bartholomew'schen Bindungsstile Erklärungsansätze bieten. So sind *anklammernd* gebundene Personen durch ein negatives Selbstmodell der eigenen Wertlosigkeit als nicht lebenswerte Person in Verbindung mit einem positiven Modell von Anderen charakterisiert (vgl. Abschnitt 2.2 Bindungsstile Erwachsener). Sie brauchen enge Beziehungen und suchen die Akzeptanz durch andere, damit es ihnen gut geht, bemerken aber zugleich, dass andere Widerstände dagegen errichten, ihnen so nahe zu sein, wie die „anklammernden“ es wünschen.

Abweisend gebundene Personen hingegen sind durch ein positives Selbstmodell als lebenswerte Person in Verbindung mit einem negativen Modell von Anderen im

Bartholomewschen Modell charakterisiert (vgl. Abschnitt 2.2). Für diese Personen ist es sehr wichtig sich unabhängig und selbstständig zu fühlen. Sie lehnen es ab abhängig von anderen Personen zu sein und wollen auch nicht, dass andere von ihnen abhängig sind. So erscheint es nicht verwunderlich, dass sich „eher abweisende“ als weniger „unterwürfig/selbstunsicher“ als die „eher anklammernden“ beschreiben. Sie sind selbstbewusster und da ihnen enge Beziehungen nicht so wichtig sind und sie nicht abhängig sein wollen, fällt es ihnen leichter anderen gegenüber ihren Standpunkt zu vertreten. Da für sie die Akzeptanz durch andere nicht so wichtig scheint wie für die „eher anklammernden“, sind sie nicht so sehr bemüht anderen zu gefallen. Durch ihren starken Wunsch nach Unabhängigkeit werden sie sicherlich vermeiden sich unterzuordnen.

Auf den ersten Blick mag es erstaunlich sein, dass die „eher abweisenden“ sich als weniger „introvertiert/sozial vermeidend“ beschreiben als die „eher anklammernden“, scheinen sie doch nach der Bartholomewschen Theorie engen Beziehungen aus dem Weg zu gehen, sich zu distanzieren. Man darf hierbei jedoch nicht außer Acht lassen, dass es sich beim IIP-D um Selbstbeschreibungen handelt. Die „eher abweisenden“ mögen objektiv betrachtet durchaus „sozial vermeidend“ erscheinen, ihre Distanz anderen Menschen gegenüber ist aber gewollt um ihre Unabhängigkeit aufrechtzuerhalten. Sie selbst sehen dies als weniger problematisch, ist es doch das was sie wollen: enge Beziehungen vermeiden und die Überzeugung von Unabhängigkeit und Unverletzbarkeit aufrecht erhalten. Für „eher anklammernde“ hingegen ist es sehr wichtig enge Beziehungen zu anderen Menschen zu haben, weshalb sie dazu tendieren die Probleme, die sie mit anderen Menschen haben, eher überzubewerten. So zeigt sich auf allen IIP-D Subskalen die Tendenz, dass die „eher anklammernden“ im Gruppenmittel höhere Werte angeben als die „eher abweisenden“, wenngleich diese Unterschiede nur auf den eingangs erwähnten Subskalen FG und HI signifikant wurden. Dies würde die im Abschnitt 2.3. aufgestellte Hypothese, dass sie „eher anklammernde“ als stärker belastet, v.a. im Vergleich zu „eher abweisend“ gebundenen, schildern, stützen. Somit könnten die Probleme Kontakt zu anderen zu knüpfen objektiv betrachtet eventuell gar nicht so groß erscheinen wie in der Selbstbeschreibung. Es wäre jedoch auch denkbar, dass sie aufgrund ihres negativen Selbstbildes und mangelnden Selbstvertrauens sich nicht so sehr trauen auf andere Menschen zuzugehen, wenngleich es ihnen so wichtig ist.

Letztlich bleibt die Frage aber offen, ob die „eher anklammernden“ auch objektiv betrachtet „unterwürfiger/selbstunsicherer“ und „introvertierter/sozial vermeidender“ sind als die „eher abweisenden“ oder sich nur subjektiv so sehen. Die Bartholomewsche Theorie mag jedoch nahe legen, dass die „eher anklammernden“ wohl auch objektiv betrachtet „unterwürfiger/selbstunsicherer“ sein sollten als die „eher abweisenden“. Hinsichtlich der „sozialen Vermeidung“ ist indes eher davon auszugehen, dass die „eher abweisenden“ dies als nicht so belastend, bzw. sogar als erwünscht ansehen. Zur

Überprüfung dieser Annahmen wäre weitere Forschung notwendig, die auch objektive Verfahren, also beispielsweise Einschätzung durch Therapeuten im Bereich der interpersonalen Probleme, umfasst. Unabhängig davon ob sich die „eher anklammernden“ nun als subjektiv introvertierter und unterwürfiger schildern oder auch objektiv so erscheinen mögen, profitieren im Mittel beide Gruppen im gleichen Maße von der Behandlung auf der PS1.

Die in dieser Untersuchung verwendete operationalisierte BAIC-Auswertung nach Schindler (2001) befindet sich noch in der Erprobung, eine Validierungsstudie ist in Vorbereitung.

6.2.2 Zum BFKE

In Anbetracht der Ergebnisse der BFKE-Bindungsdimension Bindungssicherheit stellt sich die Frage warum sich die Patientengruppen der „eher anklammernden“ und der „eher bedingt un-/sicheren“ in der vorliegenden Untersuchung in ihrem Behandlungserfolg unterscheiden.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Erklärung dieser Unterschiede bildet die Diskrepanz der beiden Bindungsstilgruppen hinsichtlich ihrer Öffnungsbereitschaft und der Bereitschaft sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Während die „eher anklammernden“ sich hierauf nicht einlassen wollen, sind die „eher bedingt un-/sicheren“ relativ eher dazu bereit.

Elemente des komplexen Behandlungssettings der PS1, wie beispielsweise das soziale Kompetenztraining, die Sportgruppe oder die Gruppentherapie, stellen die Patienten auch immer wieder vor Herausforderungen, deren Bewältigung sie sich vor der Behandlung nicht zugetraut hätten und denen sie deshalb wahrscheinlich eher aus dem Weg gegangen sind. Durch die Bereitschaft sich auf neue Erfahrungen einzulassen, werden sich die „eher bedingt un-/sicheren“ während der Behandlung eher diesen Herausforderungen stellen als die „eher anklammernden“. Durch neue positive Bewältigungserfahrungen könnte sich somit ihre Erwartungshaltung derart positiv verändern, dass sie sich zum Behandlungsende eher zutrauen selbst neue Herausforderungen zu bewältigen und sich ihnen zu stellen. Ihre „Selbstwirksamkeitserwartung“ hätte sich also gesteigert.

Das Konzept der Selbstwirksamkeit ist ein wichtiges Konzept in der Psychotherapieforschung und geht auf den US-Amerikaner Bandura zurück. „Selbstwirksamkeitserwartung wird definiert als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ (Schwarzer 2004, S.12). Die Begriffe Selbstwirksamkeitserwartung und subjektive Kompetenzerwartung sind hierbei nach Schwarzer gleichzusetzen (vgl. Schwarzer 2004). Wenngleich eine gesteigerte „Selbstwirksamkeitserwartung“ nicht mit intrapsychischen Veränderungen einhergehen muss, so könnte sie doch die deutlich besseren Ergebnisse im

Gesamt-Outcome der „*eher bedingt un-/sicheren*“ im Gruppenmittel erklären. Durch ein gesteigertes Vertrauen in sich selbst, aufgrund neuer positiver Bewältigungserfahrungen neue Herausforderungen bewältigen zu können, könnten die bei Aufnahme selbstgeschilderten Probleme als weniger belastend empfunden werden. Obgleich in dieser Studie die Selbstwirksamkeit nicht erhoben wurde, so sprechen doch die Ergebnisse von Sammet und Mitarbeitern für einen Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und subjektiver Symptombelastung (Sammet et al. 2003). So zeigte sich in ihrer Studie an stationären Patienten (N=190) der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen, dass der Verlauf der Symptombelastung, erhoben über das *Brief Symptom Inventory* (Franke 1995), mit der Selbstwirksamkeit, erhoben über den *Stationserfahrungsbogen* (SEB; Schauenburg & Sammet 1999), korrelierte. Je größer die Selbstwirksamkeitserwartung war, desto geringer fiel die subjektive Symptombelastung aus.

Die Annahme, dass die „*eher bedingt un-/sicheren*“, durch ihre größere Bereitschaft sich auf neue Erfahrungen einzulassen, ihre Selbstwirksamkeitserwartung während der Behandlung eher steigern können als die „*eher anklammernden*“, könnte somit den besseren Behandlungserfolg im Gruppenmittel, im Sinne von größerer subjektiver „*interpersonaler Kompetenz*“ erfasst über das Gesamt-Outcome, erklären. So würden durch die gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung Probleme als weniger belastend angesehen, da das Vertrauen in die eigene Kompetenz, diese Probleme bewältigen zu können, gestiegen wäre. Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass die „*eher bedingt un-/sicheren*“ einen im Gruppenmittel günstigeren Verlauf ihrer selbstgeschilderten „*Streitsüchtigkeit*“ und ihrer „*Distanziertheit*“ aufweisen, als die „*eher anklammernden*“. Die im IIP-D-BC erfasste selbstgeschilderte „*Streitsüchtigkeit*“ erfragt Probleme anderen zu vertrauen bzw. zu misstrauisch gegenüber diesen zu sein, die im IIP-D-DE selbstgeschilderte „*Distanziertheit*“ bezieht sich auf Schwierigkeiten Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen. Somit können Verbesserungen auf diesen Skalen für eine gesteigerte, selbstgeschilderte Öffnungsbereitschaft gelten. Folglich hätte sich die selbstgeschilderte Öffnungsbereitschaft der „*eher bedingt un-/sicheren*“ im Gruppenmittel während der Behandlung verbessert während dies bei den „*eher anklammernden*“ nicht der Fall war. Die zum Behandlungsanfang anhand des BFKE erhobene geringere, selbstgeschilderte Öffnungsbereitschaft der „*anklammernden*“ hat sich somit während der Behandlung nicht verbessert. Auch zum Behandlungsende sind die „*eher anklammernden*“ weniger bereit sich auf neue Erfahrungen einzulassen als die „*eher bedingt un-/sicheren*“ und somit weniger in der Lage neue positive Bewältigungserfahrungen zu sammeln, die zu einer gesteigerten Selbstwirksamkeitserwartung führen können.

Inwieweit lassen sich die Ergebnisse dieser Studie nun ins Forschungsumfeld zu Bindung als Prädiktor von Behandlungserfolg integrieren?

Der relativ bessere Behandlungserfolg der „*bedingt un-/sicheren*“ Patienten stützt die im Abschnitt 2.4.2 aufgestellte Hypothese, dass Patienten mit Merkmalen eines unsicheren Bindungsstiles einen besseren Behandlungserfolg im stationären Sektor mit Gruppentherapie aufweisen sollten. Allerdings beziehen sich die anhand der BFKE-Dimension gebildeten Bindungsstilgruppen beide auf Merkmale von unsicheren Bindungsstilen. Indes gilt es nun Erklärungsansätze für den scheinbar hierzu nicht passenden Befund von Lobo-Drost (2003) zu finden. Lobo-Drost hatte in ihrer Untersuchung einen „sicheren“ Bindungsstil anhand des *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating* (EBPR; Strauß et al. 1999) als Prädiktor von Behandlungserfolg aufzeigen können. Im EBPR werden basierend auf einem Beziehungsinterview durch Experten Einschätzungen zu sieben (übersteigert abhängig, instabil beziehungsgestaltend, übersteigert fürsorglich, zwanghaft selbstgenügsam, übersteigert autonomiestrebend, emotional ungebunden, sichere Züge) fünfstufigen Bindungsprototypenbeschreibungen getroffen. Anhand dieser Einschätzungen werden die Probanden mit Hilfe eines komplexen Entscheidungsbaumes den vier Bindungsstilen sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend und unsicher-gemischt zugeordnet und zusätzlich eine fünfstufige Einschätzung der Bindungssicherheit vorgenommen. Zu welchem Bindungsstil würden die in dieser Untersuchung anhand des BFKE als „*eher bedingt un-/sicheren*“ eingestuften Patienten im EBPR zugeordnet? Hierüber lassen sich nur Vermutungen anstellen, da nach Kenntnisstand der Autorin keine Ergebnisse von Untersuchungen vorliegen, die den EBPR und BFKE parallel verwendet und die Probanden anhand beider Verfahren eingestuft haben. Höger fand aber in Vergleichen mit anderen Fragebögen wie z.B. der *Adult Attachment Scale* (AAS; Collins & Read 1990, in der Übersetzung von Schwerdt 1994) oder dem *Bindungsfragebogen* (BinFB; Grau 1999) heraus, dass die beiden BFKE-Bindungsstile „sicher“ und „vermeidend-kooperativ“ bzw. „bedingt sicher“ von den anderen Fragebögen einheitlich als „sicher“ klassifiziert wurden (vgl. Höger 2003). Da die in dieser Untersuchung als „*bedingt un-/sicheren*“ klassifizierten Patienten im Vergleich zu den „*anklammernden*“, die den gegenteiligen Pol auf der Bindungsdimension Bindungssicherheit bilden, v.a. Merkmale des „bedingt sicheren“ Bindungsstil in der Originalversion des BFKE zeigen, könnten auch sie in anderen Fragebögen als „sicher“ klassifiziert werden. So könnte man weiterhin vermuten, dass die „*bedingt un-/sicheren*“ auch im EBPR als „sicher“ eingestuft würden. Dies wiederum würde die scheinbar im Widerspruch zur o.g. Hypothese stehenden Befunde erklären können, da „sicher“ im EBPR nicht unbedingt sicher im BFKE bedeutet. Dies sind jedoch nur hypothetische Überlegungen. Letztendlich kann diese Frage nur durch

parallele Anwendung beider Verfahren geklärt werden, was der zukünftigen Forschung obliegt.

Neben der Differenzierung zwischen unterschiedlich guten Behandlungserfolgen konnte die BFKE-Bindungsdimension Bindungssicherheit auch zwischen subjektiv unterschiedlich stark belasteten Patientengruppen unterscheiden. Hierbei stellt sich die Frage, warum die „*eher anklammernden*“ einen im Gruppenmittel signifikant höheren „Psychischen Beschwerdedruck“ und „Depressive Symptomatik“ als die „*eher bedingt un-/sicheren*“ schildern.

Dies könnte sich v.a. durch das höhere, problematischere Zuwendungsbedürfnis der „*eher anklammernden*“ erklären lassen. So wäre es durchaus vorstellbar, dass sie dazu tendieren ihre Belastungen/Probleme eher etwas über zu betonen um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen, bzw. als hilfsbedürftiger angesehen zu werden, damit andere sie umsorgen. Diese Tendenz zeigt sich auch auf den IIP-D Subskalen. So geben die „*eher anklammernden*“ in allen Bereichen im jeweiligen Gruppenmittel höhere Werte an als die „*eher bedingt un-/sicheren*“, wenngleich diese Unterschiede nur im Bereich „zu dominant“ auf der IIP-D Subskala PA signifikant wurden. Dies würde die im Abschnitt 2.3 aufgestellte Hypothese, dass sich „*eher anklammernde*“ als belasteter beschreiben, stützen. Ob sie auch objektiv betrachtet wirklich belasteter sind bleibt indes unklar. Die Forschungsergebnisse von Kasten und Schauenburg an stationären Psychotherapiepatienten (N=67) sprechen wie in der vorliegenden Untersuchung dafür, dass sie dazu tendieren sich subjektiv als belasteter zu beschreiben (Kasten & Schauenburg, 1999). So unterschieden sich in ihrer Studie, die über den BFKE erhobenen Bindungsstilgruppen deutlich in ihrer subjektiven Beeinträchtigungsschwere gemessen über das *Global Severity Index* (GSI) der *Symptom-Checkliste* von Derogatis (SCL-90-R; Franke 1995; Schauenburg & Strack 1998), jedoch nicht signifikant in der durch den Therapeuten/die Therapeutin eingeschätzten, objektiven Beeinträchtigungsschwere, bestimmt durch den *Beeinträchtigungsschwerescore* (BSS; Schepank 1995). Die subjektiv größte Beeinträchtigungsschwere schilderten hierbei die ambivalent-anklammernd gebundenen Patienten, die geringste die vermeidend-kooperativen (neue Bezeichnung: bedingt un-/sicher). Verifizieren lässt sich diese Hypothese indes nur durch parallele Anwendung von Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren zur Beurteilung von psychischer Belastung, depressiver Symptomatik und interpersonalem Problemen, die in dieser Studie nicht zur Anwendung kamen und zukünftigen Forschungsarbeiten obliegen.

6.3 Limitationen

Einschränkend für die vorliegende Untersuchung sollten folgende Ausführungen beachtet werden:

Die in dieser Untersuchung getroffenen Aussagen über den Behandlungserfolg der Patienten beziehen sich auf den Durchschnitt und mögen im Einzelfall nicht zutreffen. So waren beispielsweise die Streuungen SD im Gesamt-Outcome der beiden Bindungsstilgruppen der BFKE-Bindungsdimension Bindungssicherheit sehr hoch, so dass im Einzelfall Patienten mit einem „*eher anklammernden*“ Bindungsstil durchaus ein besseres Gesamt-Outcome erreicht haben mögen als einige Patienten mit einem „*eher bedingt un-/sicheren*“ Bindungsstil. Es lässt sich jedoch festhalten, dass basierend auf den statistisch deutlich signifikanten Unterschieden der Mittelwerte, ein „*eher bedingt un-/sicherer*“ Bindungsstil eine bessere Ausgangslage für einen Behandlungserfolg bietet.

Des weiteren können keine Aussagen über den längerfristigen Behandlungserfolg getroffen werden. Hierfür wäre weitere Forschung notwendig, die auch objektive Verfahren und Katamnese-Untersuchungen berücksichtigt.

Die Untersuchung der Selbstwirksamkeitserwartung und Bewertung der einzelnen Behandlungselemente durch die Patienten war nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Daher können keine Aussagen darüber getroffen werden, welches Behandlungselement zu der angenommenen Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung bei den „*eher bedingt un-/sicheren*“ führte oder ob es eher das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Behandlungselemente war.

Der Bedeutungsgehalt aller Bindungsskalen ist bis jetzt nur mäßig erforscht, so dass auch bei ähnlichen Bezeichnungen unklar ist, ob auch etwas Ähnliches gemessen wird.

Weitere Limitationen der Ergebnisse ergeben sich aufgrund des komplexen Behandlungsansatzes der PS1 sowie den verwendeten Kriterien für den Behandlungserfolg. So lassen sich die vorliegenden Ergebnisse zur Vorhersagbarkeit des Behandlungserfolges anhand der operationalisierten BFKE-Bindungsdimension Bindungssicherheit nicht generalisieren, noch ist unklar inwieweit sie sich bei anderen Outcomekriterien wie beispielsweise Fremdbeurteilungsverfahren oder bei anders gestalteten Behandlungsansätzen/-elementen wiederholen lassen.

6.4 Schlussfolgerungen

Für den Gesamtdurchschnitt der Patienten kann die Behandlung als erfolgreich angesehen werden, denn die deutlichen Reduzierungen der selbstgeschilderten psychischen Belastung, depressiven Symptomatik und der meisten interpersonalen Probleme können als Behandlungserfolg aufgefasst werden. Um zu sagen, inwieweit die Verbesserungen von Dauer sind wäre weitere Forschung notwendig, die auch objektive Verfahren im Rahmen einer Katamnese-Untersuchung berücksichtigt.

Die anhand der BFKE-Daten ermittelte Bindungsdimension Bindungssicherheit erwies sich in der Stichprobe dieser Untersuchung als fähiges Instrument, um zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg auf der Ebene des Gesamt-Outcomes zu differenzieren. Ein „eher bedingt un-/sicherer“ Bindungsstil erwies sich hierbei mit einer fast großen Effektstärke von $|d|=0.70$ als guter Prädiktor für einen „relativ besseren“ (=besser im Vergleich zu den „eher anklammernden“) Behandlungserfolg auf der globalen Ebene des Gesamt-Outcomes, hingegen nicht auf Ebene aller Einzelkriterien. Dort konnte er auf Ebene der selbstgeschilderten „Streitsüchtigkeit“ im IIP-D-BC und der selbstgeschilderten „Distanziertheit“ im IIP-D-DE einen „relativ günstigeren“ Verlauf deutlich, mit einer großen Effektstärke von $\eta^2=0.16$ auf der Subskala BC bzw. einer mittleren Effektstärke von $\eta^2=0.12$ auf der Subskala DE, vorhersagen. Wenngleich diese Ergebnisse die aus dem Forschungsumfeld abgeleitete Hypothese, dass Patienten mit Merkmalen eines unsicheren Bindungsstiles einen besseren Behandlungserfolg im stationären Sektor mit Gruppentherapie aufweisen, bekräftigen, bedarf es noch weiterer Forschung. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Patienten nicht kategorial einem bestimmten Bindungsstil zugeordnet, sondern anhand der je zwei operationalisierten Bindungsdimensionen des BFKE und BAIC in jeweils zwei Patientengruppen mit Merkmalen unterschiedlicher Bindungsstile unterteilt und miteinander verglichen. Dieser Ansatz, Patienten nicht einem bestimmten Bindungsstil zuzuweisen, stellt ein Novum in der Erforschung des Zusammenhanges von Bindung und Behandlungserfolg dar. Wenngleich anhand dieser nicht kategorialen Zuordnung zwischen eher besserem und eher schlechterem Outcome in dieser Stichprobe differenziert werden konnte, können erst zukünftige Forschungsergebnisse zeigen wie diese Ergebnisse wirklich einzuschätzen sind. Sicherlich liefern die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen Beitrag auf dem Weg allgemeingültige Aussagen über den Zusammenhang von Bindungsstil und Behandlungserfolg zu finden. Ihr Stellenwert diesbezüglich wird sich rückwirkend beurteilen lassen, wenn die Fragen, welche Bindungsstile es bei Erwachsenen gibt, ob man sie eher kategorial oder dimensional erfassen soll, welches hierfür das ideale Instrument

darstellt und inwieweit die bisherigen Verfahren wie z.B. der BFKE und das *Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating* konvergieren, geklärt sind.

Unabhängig von ihrem Stellenwert zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass bestimmte Bindungsstilmerkmale als Prädiktoren für den Behandlungserfolg genutzt werden können.

Bedeutend sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie für die Qualitätssicherung auf der Station PS1. So scheinen die durchschnittlichen Besserungen als gute Behandlungsergebnisse verstanden werden zu können, was auf die Qualität des komplexen therapeutischen Settings hindeutet. (Im Rahmen der vorliegenden Fragestellung stellt dies allerdings nur einen Nebenaspekt dar, welcher in einer tatsächlichen Evaluationsstudie näher zu untersuchen wäre.)

Des weiteren offerieren die Ergebnisse der BFKE-Dimension Bindungssicherheit noch eine Möglichkeit zur Steigerung dieser Qualität. So können Maßnahmen entwickelt werden um auch den „eher anklammernden“ Patienten einen besseren Behandlungserfolg zu ermöglichen. Hierbei scheint es v.a. wichtig die Öffnungsbereitschaft der „eher anklammernden“ Patienten zu fördern. Entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und zu überprüfen ist allerdings nicht mehr Bestandteil der vorliegenden Studie.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Im Rahmen einer Qualitätssicherung auf der Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) wird als Teilaspekt in der vorliegenden, prospektiv-naturalistischen, Studie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie und entsprechender empirischer Befunde untersucht inwiefern die unterschiedlichen Bindungsstilmerkmale der PS1-Patienten (N=54) das Behandlungsergebnis vorhersagen können.

Methoden: Die Bindungsmerkmale wurden über den BFKE (Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen; Selbstbeurteilungsverfahren) und das BAIC (Bartholomew Attachment Interview Coding System; Expertenbeurteilungsverfahren) erhoben und jeweils zwei Bindungsdimensionen für den BFKE und BAIC gebildet. Jede Bindungsdimension wurde für sich als Determinante von Behandlungserfolg untersucht. Hierzu wurden die Patienten jeweils in die Gruppen „bedingt un-/sicher versus anklammernd“ und „anklammernd-ambivalent versus abweisend“ nach dem BFKE sowie in die Gruppen „ängstlich versus sicher“ und „abweisend versus anklammernd“ nach dem BAIC unterteilt und miteinander verglichen. Der Behandlungs-Outcome wurde, zum einen differenziert über die standardisierten klinischen Fragebögen SCL-K-9, BDI, IIP-D und zum anderen über ein daraus gebildetes globales Outcome-Maß, operationalisiert. Die Auswertung erfolgte über Varianzanalysen mit Messwiederholung (MANOVA) bzw. beim globalen Outcome über t-Tests. Zur Interpretation wurden Effektstärken (η^2 , $|d|$) verwendet.

Ergebnisse: Für den Gesamtdurchschnitt der PS1-Patienten kann die Behandlung als erfolgreich angesehen werden. Entsprechend der Prognose konnte die BFKE-Dimension Bindungssicherheit zwischen eher besserem und eher schlechterem Behandlungserfolg differenzieren. Ein „eher bedingt un-/sicherer“ Bindungsstil erwies sich hierbei als guter Prädiktor für einen „relativ besseren“ (=besser im Vergleich zu „eher anklammernden“ Bindungsstil) Behandlungserfolg auf der Ebene des globalen Gesamt-Outcome, der selbstgeschilderten „Distanziertheit“ (IIP-D-DE) und der selbstgeschilderten „Streitsüchtigkeit“ (IIP-D-BC).

Limitationen: Der Bedeutungsgehalt aller Bindungsskalen ist bis jetzt nur mäßig erforscht, so dass auch bei ähnlichen Bezeichnungen unklar ist, ob auch etwas Ähnliches gemessen wird. Aussagen über längerfristige Veränderungen können nicht getroffen werden.

Schlussfolgerungen: Bestimmte Bindungsstilmerkmale können als Prädiktor für den Behandlungserfolg genutzt werden. Die guten Ergebnisse im Gesamtdurchschnitt dieser Untersuchung sprechen für die Qualität der Behandlung auf der PS1; die Ergebnisse der BFKE-Dimension Bindungssicherheit offerieren eine Möglichkeit zur Steigerung der

Qualität, sofern zukünftig noch stärker auf die Belange der „eher anklammernden“ Patienten eingegangen werden kann. Weitere Forschung ist notwendig um hierfür Maßnahmen zu entwickeln und zu überprüfen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Ainsworth MDS (2003) Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung (im Original 1985). In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 317-341)
- Ainsworth MDS, Bell S (2003) Bindung, Exploration und Trennung am Beispiel des Verhaltens einjähriger Kinder in einer "Fremden Situation" (im Original 1970). In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 146-169)
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale NJ
- Anonymus (1998) *BADO. Basisdokumentation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie*. Universität Hamburg, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. 2. korr. Auflage*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Asendorpf JB, Banse R, Wilpers S, Neyer FJ (1997) Beziehungsspezifische Bindungsskalen für Erwachsene und ihre Validierung durch Netzwerk- und Tagebuchverfahren. *Diagnostica* 43:289-313
- Balint M, Ornstein P, Balint E (1972) Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Baron RM, Kenny DA (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51:1173–1182
- Bartholomew K (1990) Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship* 7:147-178
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 61:226–244
- Becker H (1997) *Konzentrativer Bewegungstherapie*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Becker-Stoll F, Grossmann KE (2002) Bindungstheorie und Bindungsforschung. In: Frey D, Irle M (Hrsg.) *Theorien der Sozialpsychologie, Band II: Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle (S. 247-274)
- Becker P, Mohr A (2005) Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 34:205–214

- Beutel ME, Höflich A, Kurth R, Brosig B, Gieler U, Leweke F, Milch WE, Reimer C (2005) Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Zeitschrift für Psychosomatische und Medizinische Psychotherapie* 51:145-162.
- Bortz J, Döring N (2003) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, 3. Auflage. Springer, Berlin
- Bortz J (1999) *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 5., vollständig überarbeitete Auflage. Springer, Berlin
- Bowlby J (1973) *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. Basic Books, New York
- Bowlby J (2003a) Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzungsexperiment (im Original 1980). In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 38-55)
- Bowlby J (2003b) Bindung (im Original 1987). In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 22-29)
- Bowlby J (2003c) Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme (im Original 1991). In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung - John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 55-70)
- Brähler E, Schumacher J, Brähler C (2000) Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens GBB-24. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 50:14-21
- Buchheim A (2002) Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung – Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart New-York (S. 214-230)
- Buchheim A, Strauß B (2002) Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung – Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, New-York (S. 27-53)
- Buchheim A, Strauß B, Kächele H (2002) Die differenzielle Relevanz der Bindungsklassifikation für psychische Störungen – Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52:128-133
- Campbell DT, Stanley JC (1970) *Experimental and quasi-experimental designs for research*, 6th printing. Rand McNally, Chicago IL
- Clarkin JF, Martius P, Dammann G, Smole S, Buchheim P (1998) IPO – “Inventory of Personality Organization”: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der

- Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie* 2:169-172
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF, Buchheim P, Dammann G (2001) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*. Schattauer, Stuttgart New-York
- Cohen J (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Erlbaum, Hillsdale NY
- Collins NL, Read SJ (1990) Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 58:644-663
- Derogatis LR (1977) *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. John Hopkins University school of Medicine
- Diehl JM (1978) *Varianzanalyse, 2., korrigierte Auflage*. Fachbuchhandlung für Psychologie VA, Frankfurt am Main
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel V (F). *Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Doll J, Mentz M, Witte EH (1995) Zur Theorie der vier Bindungsstile: Meßprobleme und Korrelate dreier integrierter Verhaltenssysteme. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 26:148–159
- Dozier M, Stovall KC, Albus KE (1999) Attachment and Psychopathology in Adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford, New-York (pp.497-519)
- Dulz B, Makowski C (1999) Zur Pharmakotherapie und Pharmakoforschung bei Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 3:98-110
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:22-31
- Franke GH (1995) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R)*. Beltz, Weinheim
- Franke GH (2002) *SCL-90-R Symptom Checkliste von L.R. Derogatis – Manual der deutschen Version*. Beltz Test, Göttingen
- George C, Kaplan N, Main M (1985) The Adult Attachment Interview. In: Solomon J, George C (eds.) *Attachment Disorganization*. University of California, Berkley
- Glaser W (1978) *Varianzanalyse*. G Fischer, Stuttgart
- Grau I (1999) Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 20:142-152

- Griffin D, Bartholomew K (1994) Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology* 67:430-445
- Grossmann KE, Grossmann K (2003a) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Grossmann KE, Grossmann K (2003b). Die Verhaltensorganisation sicherer und unsicherer Bindungserfahrungen in einer kontrollierten Situation. In: Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart (S. 97-102)
- Hager W (1998) Therapieevaluation: Begriffsbildung, Kontrolle, Randomisierung und statistische Auswertung. [online serial]. *Methods of Psychological Research Online* 3:69-81
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) *Beck-Depression-Inventar (BDI)*, 2., überarbeitete Auflage, Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Huber, Bern [Original erschienen: Beck AT, Steer RA (1987) Beck Depression Inventory. Psychological Corporation, San Antonio TX]
- Heigl-Evers A., Heigl F (1982) Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie - Eigenart und Interventionsstil. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 28:160-175
- Heigl-Evers A., Ott J (Hrsg.) (1994) *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Heigl-Evers A, Heigl FS, Ott J (1998) *Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Hinsch R, Pfingsten U (2002) *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*, 4. völlig neu bearbeitete Auflage. Beltz, Weinheim
- Höger D (1999) Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Psychotherapeut* 44:159-166
- Höger D (2000) *Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen BFKE. Form A, dritte revidierte Fassung 1996*. Unveröffentlichte Forschungsversion, Universität Bielefeld, Bielefeld
- Höger D (2003) BFKE – Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, 2., unveränderte Auflage. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle (S. 38-42)

- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS (1988) Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56:885-892
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K (1993) Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:549-560
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1994) *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D): Deutsche Version*. Beltz, Weinheim
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2000) *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D): Manual, 2.Auflage*. Beltz Test, Weinheim
- Jacobs KW (1976) A table for the determination of experimentwise error rate (alpha) from independent comparisons. *Educational and Psychological Measurement* 36:899–903
- Jansen PL (1987) *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kaiser HF, Rice J (1974) Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement* 34:11-117
- Kapfhammer HP (1999) Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 3:16-24
- Kasten C, Schauenburg H (1999) Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 47:155-171
- Kernberg OF (1985) *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien*. Klett-Cotta, Stuttgart:
- Kernberg OF (1996) Ein psychoanalytisches Modell zur Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 41:288-296
- Klaghofer R, Brähler E (2001) Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 49:115–124
- König K (1995) *Einführung in die stationäre Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Kraus C (2003) *Der Arbeitsansatz der Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1), unveröffentlichtes Manuskript*. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Lobo-Drost A (2003) *Bindung in der Psychotherapie: Die Relevanz von Bindungsmerkmalen für Patient(inn)en mit stationärer Gruppenpsychotherapie*. Verlag Dr. Kovač, Hamburg

- Loch W (1979) Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie- Analytische Psychotherapie. *Ziele, Methoden, Grenzen. Wege zum Menschen* 31:177-193
- Main M (1990) Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development* 33:48-61
- Main M (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In: Parkes C, Stevenson-Hinde J, Marris E (Hrsg.) *Attachment across the life cycle*. Routledge, London
- Mentzos S (1984) *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Fischer, Frankfurt am Main
- Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M (2001) Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders* 15:371-389
- Mosheim R, Zachhuber U, Scharf L, Hofmann A, Kemmler G, Danzl C, Kinze J, Biebl W, Richter R (2000) Bindung und Psychotherapie. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 45:223-229
- Orem DE (1985) *Nursing: Concepts of practice*. McGraw-Hill
- Peplau HE (1988) *Interpersonal Relations in Nursing*. Palgrave Macmillan
- Pilkonis PA (1988) Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders* 2:144-152
- Raskin A, Boothe HH, Reating NA, Schulterbrandt J, Odel D (1971) Factor analysis of normal and depressed patients' memories of parental behavior. *Psychological Reports* 29:871-879
- Reddemann L, Sachsse U (1997) Traumazentrierte Psychotherapie I (Stabilisierungsphase). *Persönlichkeitsstörungen* 1:97-140
- Rockland L (1992) *Supportive Therapy for Borderline-Patients: A Psychodynamic Approach*. Guilford Press, New York
- Roper N (1980) *The elements of nursing*. Churchill livingstone
- Sachse J, Strauß B (2002) Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52:134-140
- Sammet I, Lüneburg T, Schauenburg H (2003) Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit während stationärer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 53:133-134
- Schauenburg H, Sammet I (1999) SEB – Ein Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49:476-483

- Schauenburg H, Strack M (1998) Die Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 48:257-264
- Schauenburg H, Strauß B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung – Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, New-York (S. 281-292)
- Schepank H (1995) *Der Beeinträchtigungsschwere Score, Handbuch*. Beltz, Weinheim
- Schindler A (2001) *Bindungsstile in den Familien Drogenabhängiger*. Verlag Dr. Kovač, Hamburg
- Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U & Eckert J (2005) Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development* 7:207-228
- Schmidt S, Strauß B (1996) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie – Teil 1: Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut* 41:139-150
- Schmidt S, Strauß B, Höger D, Brähler E (2004) Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 54:375-382
- Schützmann K (2004) *Zur Erfassung des Bindungsverhaltens mit Fragebögen: Die Prüfung der Konvergenz deutschsprachiger Bindungsinventare bei Frauen ohne und mit bulimischer Essstörung*. Dissertation, Universität Hamburg (Fachbereich Philosophie)
- Schwarzer R (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie, 3., überarbeitete Auflage*. Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen Bern Toronto Seattle Oxford Prag
- Schwerdt E (1994) *Ausgewählte Aspekte der Beziehungen erwachsener Kinder von Alkoholikern, unveröffentlichte Diplomarbeit*. Universität Osnabrück
- Slade A (1999) Attachment Theory and Research: Implications for the Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adults. In: Cassidy J, Shaver PR (eds.) *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford, New-York (pp. 575-594)
- Soloff P.H. (1998) Treatment of personality disorders: symptom-specific treatment for cognitive-perceptual, affective, and impulse-behavioral dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic* 62:195-214
- Spangler G, Zimmermann P (1999) Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter R, Röper G, von Hagen C (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie*. Beltz, Weinheim (S. 170-194)

- Stein H, Jacobs NJ, Ferguson KS, Allen JG, Fonagy P (1998) What do adult attachment scales measure? *Bulletin of the Menninger Clinic* 62:33-82.
- Stelzl I (1982) *Fehler und Fallen der Statistik*. Huber, Bern
- Stevens JP (2002) *Applied multivariate statistics for the social sciences*, 4th edition. Erlbaum, Mahwah NJ
- Stolze H (1988) *Die Konzentrierte Bewegungstherapie*. Springer-Verlag, Berlin
- Strauß B, Buchheim A, Kächele H (2002) *Klinische Bindungsforschung – Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart New-York
- Strauß B, Lobo-Drost A, Pilkonis PA (1999) Einschätzung von Bindungsstilen bei Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 47:347-364
- Strauß B, Schmidt S (1997) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie – Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut* 42:1–16
- Streeck U (1991) Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 37:3-13
- Sydow K v. (2002) Bindung und gestörte Paarbeziehung. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung – Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart New-York (S.231-241)
- Sydow K v., Ullmeyer M (2001) Paarbeziehung und Bindung: Eine Meta-Inhaltsanalyse von 63 Studien, publiziert zwischen 1987 und 1997. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51:186-188
- Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (2002) Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Teil der: Rudolf G., Eich W. (Hrsg.): *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften AÄGP, DGPM, DGPT und DKPM. Schattauer, Stuttgart New York
- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (1996) Attachment Representation in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:8-21
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II): Manual*. Hogrefe, Göttingen

ANHANG

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: INTERKORRELATIONEN DER BAIC-KATEGORIEN AUS DATEN VON N=85 WEIBLICHEN UND MÄNNLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN.	33
TABELLE 2: DARSTELLUNG DER BAIC-KATEGORIEN IN ZWEI DIMENSIONEN AUS DATEN VON N=85 WEIBLICHEN UND MÄNNLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN.	33
TABELLE 3: INTERKORRELATIONEN DER DISTANZWERTE IM BFKE AUS DATEN VON N=85 WEIBLICHEN UND MÄNNLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN.	34
TABELLE 4: FAKTORENDARSTELLUNG DER DISTANZWERTE IM BFKE AUS DATEN VON N=85 WEIBLICHEN UND MÄNNLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN.	34
TABELLE 5: ERGEBNISSE EINER MANCOVA IM PRÄ-POST-DESIGN AN N=54 PATIENTEN EINER PSYCHIATRIESTATION FÜR PERSÖNLICHKEITS- UND BELASTUNGSSTÖRUNGEN MIT DEM PATIENTENALTER ALS KOVARIATE.	39
TABELLE 6: BEHANDLUNGSGRUPPEN UND GESCHLECHT.	42
TABELLE 7: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND LEBENSALTER (IN JAHREN)	42
TABELLE 8: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND FAMILIENSTAND (IN PROZENT).	42
TABELLE 9: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND HÖCHST-ERREICHTE SCHULABSCHLÜSSE (IN PROZENT).	43
TABELLE 10: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND BERUFLICHER STATUS BEI AUFNAHME (IN PROZENT).	43
TABELLE 11: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND AKTUELLE ERWERBSSITUATION BEI AUFNAHME (IN PROZENT).	44
TABELLE 12: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND BEHANDLUNGSDAUERN IN TAGEN.	46
TABELLE 13: BEHANDLUNGSGRUPPEN, GESCHLECHT UND PSYCHIATRISCHE VORBEHANDLUNGEN (IN PROZENT).	46
TABELLE 14: VERTEILUNG DER ERSTDIAGNOSEN LAUT ENTLASSUNGSBRIEF (PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN NACH ICD-10) BEI N=54 STATIONÄR BEHANDELTEN MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN JE NACH BEHANDLUNGSGRUPPE.	48
TABELLE 15: VERTEILUNG ALLER F-DIAGNOSEN (PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN NACH ICD-10) BEI N=54 STATIONÄR BEHANDELTEN MÄNNLICHEN UND WEIBLICHEN PSYCHIATRIEPATIENTEN JE NACH BEHANDLUNGSGRUPPE (N=ANZAHL DER NENNUNGEN BEI MEHRFACHNENNUNGEN).	49
TABELLE 16: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA GSI-9 (PSYCHISCHER BESCHWERDEDRUCK).	55
TABELLE 17: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA GSI-9 (PSYCHISCHER BESCHWERDEDRUCK).	55
TABELLE 18: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA GSI-9 (PSYCHISCHER BESCHWERDEDRUCK).	56

TABELLE 19: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA GSI-9 (PSYCHISCHER BESCHWERDEDRUCK).....	56
TABELLE 20: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA BDI (DEPRESSIVE SYMPTOMATIK).	58
TABELLE 21: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA BDI (DEPRESSIVE SYMPTOMATIK).	58
TABELLE 22: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA BDI (DEPRESSIVE SYMPTOMATIK).	59
TABELLE 23: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG, -MITTE UND -ENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNGEN) AUF DER SKALA BDI (DEPRESSIVE SYMPTOMATIK).	59
TABELLE 24: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-PA („ZU AUTOKRATISCH“).	61
TABELLE 25: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-PA („ZU AUTOKRATISCH“).	61
TABELLE 26: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-PA („ZU AUTOKRATISCH“).	61
TABELLE 27: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-PA („ZU AUTOKRATISCH“).	62
TABELLE 28: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-BC („ZU STREITSÜCHTIG“).	63
TABELLE 29: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-BC („ZU STREITSÜCHTIG“).	64
TABELLE 30: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-BC („ZU STREITSÜCHTIG“).	64

TABELLE 31: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-BC („ZU STREITSÜCHTIG“).	64
TABELLE 32: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-DE („ZU ABWEISEND“).	66
TABELLE 33: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-DE („ZU ABWEISEND“).	66
TABELLE 34: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-DE („ZU ABWEISEND“).	67
TABELLE 35: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-DE („ZU ABWEISEND“).	67
TABELLE 36: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-FG („ZU INTROVERTIERT“).	68
TABELLE 37: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-FG („ZU INTROVERTIERT“).	69
TABELLE 38: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-FG („ZU INTROVERTIERT“).	69
TABELLE 39: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-FG („ZU INTROVERTIERT“).	69
TABELLE 40: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-HI („ZU UNTERWÜRFIG“).	71
TABELLE 41: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-HI („ZU UNTERWÜRFIG“).	71
TABELLE 42: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-HI („ZU UNTERWÜRFIG“).	71

TABELLE 43: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-HI („ZU UNTERWÜRFIG“).	72
TABELLE 44: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-JK („ZU AUSNUTZBAR“).	73
TABELLE 45: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-JK („ZU AUSNUTZBAR“).	73
TABELLE 46: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-JK („ZU AUSNUTZBAR“).	74
TABELLE 47: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-JK („ZU AUSNUTZBAR“).	74
TABELLE 48: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-LM („ZU FÜRSORGLICH“).	75
TABELLE 49: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-LM („ZU FÜRSORGLICH“).	75
TABELLE 50: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-LM („ZU FÜRSORGLICH“).	76
TABELLE 51: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-LM („ZU FÜRSORGLICH“).	76
TABELLE 52: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ÄNGSTLICH-VERMEIDEND“ (N=32) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER SICHER“ (N=22) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-NO („ZU EXPRESSIV“).	77
TABELLE 53: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BAIC IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ABWEISEND“ (N=19) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=35) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-NO („ZU EXPRESSIV“).	77
TABELLE 54: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER ANKLAMMERND-AMBIVALENT“ (N=28) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ABWEISEND“ (N=26) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-NO („ZU EXPRESSIV“).	78

TABELLE 55: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PATIENTEN, DIE LAUT BFKE IN IHREM BINDUNGSSTIL „EHER BEDINGT UN-/SICHER“ (N=29) SIND VERSUS PATIENTEN, DIE „EHER ANKLAMMERND“ (N=25) SIND. ZEITPUNKTE BEHANDLUNGSANFANG UND BEHANDLUNGSENDE (MANOVA MIT MESSWIEDERHOLUNG) AUF DER SKALA IIP-D-NO („ZU EXPRESSIV“).	78
TABELLE 56: RESULTATE DER T-TESTS FÜR UNABHÄNGIGE STICHPROBEN UND BEOBACHTETE EFFEKTSTÄRKEN ÜBER DAS MAß $ d $ ZWISCHEN DEN VIER BINDUNGSSTIL-DIMENSIONEN (MIT IHREN JEWEILIGEN 2 BINDUNGSSTILGRUPPEN) UND DEM GESAMT-OUTCOME.....	80
TABELLE 57: ÜBERBLICK ÜBER DIE SIGNIFIKANTEN EFFEKTE DER BEIDEN BAIC-BINDUNGSDIMENSIONEN [BINDUNGSSICHERHEIT (ÄNGSTLICH VERMEIDEND VS. SICHER) UND BEWÄLTIGUNGSSTIL (ABWEISEND VS. ANKLAMMERND)] SOWIE DER BEIDEN BFKE-BINDUNGSDIMENSIONEN [BINDUNGSSICHERHEIT (BEDINGT UN-/SICHER VS. ANKLAMMERND) UND BEWÄLTIGUNGSSTIL (ANKLAMMERND-AMBIVALENT VS. ABWEISEND)] FÜR DIE VERSCHIEDENEN OUTCOMEKRITERIEN. DARGESTELLT SIND DIE EFFEKTSTÄRKEN η^2 BZW. FÜR DAS GESAMT-OUTCOME DIE EFFEKTSTÄRKE $ d $	84

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: MODELL DER VIER BINDUNGSSTILE NACH BARTHOLOMEW UND HOROWITZ (1991, S.227)	10
ABBILDUNG 2: ÜBERBLICK ÜBER DIE STUDIEN ZUM ZUSAMMENHANG VON BINDUNGSSTIL UND BEHANDLUNGS-OUTCOME.....	19

BADO als Faksimile



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

1

Patientenaufkleber

Basisdokumentation

Aufnahmedatum:

aufnehmender Arzt:

behandelnder Oberarzt:



☐ Geschlecht

- ☐ weiblich
☐ männlich

1 Kostenträger

- ☐ RVO-Kassen, Knappschaften
☐ Ersatzkassen
☐ Privatkassen, Beihilfe
☐ Selbstzahler
☐ Sozialhilfe, örtl. Träger
☐ Sozialhilfe, überörtl. Träger
☐ Rentenversicherungen (LVA, BfA)
☐ Berufsgenossenschaften

2 Aufnahmeart

- ☐ freiwillig (einschl. Minderjährige mit Zustimmung der Eltern. Geschäftsführung ohne Auftrag)
☐ Unterbringungsgesetz
☐ Pflegschaft (Aufenthaltsbestimmungen)
☐ Entmündigung (einschl. Minderjährige mit Beschluß gemäß § 163 I b BGB)
☐ Begutachtung im Strafverfahren
☐ sonstige Begutachtung
☐ gerichtliche Einweisung (§§ 63, 64 StGB o.ä.)

Sektor: ☐ ja ☐ nein

Aufnahmestation:

behandelnder Arzt:

3 Ärztliche Einweisung:

- ☐ ohne ärztliche Einweisung
☐ eigene Klinik
☐ eigene psych. Ambulanz/Poliklinik
☐ andere psych. Ambulanz/Poliklinik
☐ niedergel. Nervenarzt/ärtl. Psychotherap.
☐ prakt. Arzt/Arzt für Allgemeinmedizin
☐ sonst. Facharzt od. Ambulanz/Poliklinik
☐ anderes psychiatr./psychosom. Krhs./Abteilung
☐ andere psychiatr. Tages-/Nachtklinik
☐ andere stat. Einrichtung f. Suchtkranke
☐ nichtpsychiatrisches Krhs./Abteilung
☐ sozialpsychiatrischer Dienst/ Gesundheitsamt
☐ ärztlicher Notdienst
☐ psychiatrischen Notdienst
☐ Arzt anderer öffentlicher Stellen

4 Zugang durch

- ☐ niedergel. Psychologe/nichtärztlicher Psychotherapeut
☐ psychosoz. Dienst (z.B. Kontaktstelle, psych. Beratungsst., Tagesstätte, psychosoziale Beratungsstelle, u.ä.)
☐ Suchtberatungsstelle
☐ sonstige Beratungsstelle
☐ Selbsthilfegruppe, Laienhelfer
☐ allg. soz. Dienst (Gemeindeschwester Sozialstation o.ä.)
☐ Werkstatt für Behinderte
☐ Heim
☐ Polizei, Ordnungsamt
☐ Patient selbst, Angehörige, Bekannte
☐ Zugang ausschl. aufgrund ärztl. Einweisung
☐ sonstige

BADO '98

2

5 Besteht eine Betreuung?

- ☐ nein
☐ ja
 ⇒ *Wirkungskreis:*
 ☐ Finanzen
 ☐ Aufenthaltsbestimmung
 ☐ Gesundheitsfürsorge
 ☐ Sonstiges:

6 Frühere Behandlung/en psychiatrisch stationär/ teilstationär:

- ☐ Erstaufnahme
☐ ein bis zwei Aufnahmen
☐ drei bis fünf Aufnahmen
☐ mehr als fünf Aufnahmen
☐ davon im eigenen Hause

☐ erste stat. psychiatrische Behandlung überhaupt im Jahr:

7 psychiatrisch ambulant:

- ☐ nein
☐ ja,

☐ von bis

8 Medikation bei Aufnahme:

- ☐ keine
☐ ja ⇒ welche:
 ⇒ Typ ⇒ Präparatnahme/Dosis
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____

9 Besonderheiten während der Behandlung:

- ⇒ Zwangsmaßnahmen
☐ ja
☐ nein
 ⇒ Zwangsmedikation
☐ ja
☐ nein

10 Medikation während der Behandlung:

- ☐ keine
☐ ja ⇒ welche:
 ⇒ Typ Präparatnahme/Dosis
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____

11 Suizidversuche in der Anamnese:

- ☐ nein
☐ ja ⇒ Anzahl:

12 Suizidalität bei Aufnahme:

- ☐ nein
☐ ja

13 Suizidalität während der Behandlung:

- ☐ nein
☐ ja

14 Suizidversuche während der Behandlung:

- ☐ nein
☐ ja

15 Psychiatrische Diagnose (ICD-10)

- ⇒ Diagnose 1:
 ⇒ Diagnose 2:
 ⇒ weitere Diagnosen:

16 Somatische Erkrankung/Behinderung/Notfälle

- ☐ nein
☐ ja ⇒ welche:

3

17 Allergie und Unverträglichkeiten

- ☐ nicht bekannt
☐ ja, $\Rightarrow$ welche:

18 Epilepsie/ Anfälle

- ☐ nicht bekannt
☐ ja

19 Entlassungsstation

 _____

20 Name des/der ausfüllenden Arztes/Ärztin:

 _____

21 Beendigung der Behandlung:

- ☐ Entlassung
☐ Entlassung gegen Rat
☐ verstorben
☐ verstorben nach Suizid

22 Medikation bei Entlassung

- ☐ keine
☐ ja $\Rightarrow$ welche:

$\Rightarrow$ Typ $\Rightarrow$ Präparatnahme/Dosis

 _____	 _____
 _____	 _____
 _____	 _____
 _____	 _____

23 Entlassungsdatum:

 _____

24 Klinische Studie

- ☐ nein
☐ ja $\Rightarrow$ welche:

Titel:  _____

Substanz:  _____

25 Stationäre/teilstationäre Weiterbehandlung durch:

- ☐ keine stationäre/teilstationäre Weiterbehandlung
☐ psychiatrische Tages-/Nachtklinik
☐ anderes psychiatrisches Krankenhaus/ Abteilung
☐ psychosomatische/ psychotherapeutische Klinik
☐ stationäre Einrichtung für Suchtkranke
☐ sonstige Klinik

26 Ambulante und/oder komplementäre Weiterbehandlung/Nachbehandlung durch (bis zu 3 Nennungen):

- ☐ keine
☐ niedergelassener Nervenarzt/ärztlicher Psychotherapeut
☐ niedergelassener Psychologe, nichtärztlicher Psychotherapeut
☐ UKE Poliklinik/ Ambulanz
☐ praktischer Arzt
☐ anderer Facharzt
☐ sozialpsych. Dienst/Gesundheitsamt
☐ Arzt anderer öffentlicher Stellen
☐ psychosoz. Dienst (z.B. Kontaktstelle, Patientenclub, Tagesstätte, psych. Beratungsstelle)
☐ allgemeiner sozialer Dienst, (Gemeindeschwestern, Familienfürsorge, Sozialstation o.ä.)
☐ Suchtberatungsstelle
☐ sonstige Beratungsstelle
☐ Selbsthilfegruppe, Laienhelfer
☐ Werkstatt für Behinderte
☐ Heim
☐ sonstige

27 Arztbrief an:

 _____

 _____

4

1 Staatsangehörigkeit:

⇒ _____

2 Asylverfahren:

- ☐ nein
☐ ja

3 Zwillings/Mehrling

- ☐ nein
☐ ja

4 Geschwister:

- ☐ keine Geschwister
☐ Anzahl Geschwister: / _____

☐ Anzahl Schwestern / _____
 ⇒ Alter: /

☐ Anzahl Brüder / _____
 ⇒ Alter: /

5 Familienstand

- ☐ ledig
☐ verheiratet
☐ verheiratet und getrennt lebend
☐ geschieden
☐ verwitwet

6 Vorhandene Kinder:

- ☐ keine
☐ ja

⇒ Anzahl: / _____

⇒ Alter des Jüngsten /

⇒ Alter des Ältesten /

7 Wohnsituation bei Aufnahme

- ☐ therapeutische Wohngemeinschaft
☐ psychiatrisches Übergangs-/ Wohnheim/ Nachtambulanz
☐ psychiatrisches Krankenhaus
☐ Altenwohnheim/ Altenpflegeheim
☐ anderes Heim (z.B. Lehrlingsheim)
☐ ohne festen Wohnsitz
☐ Mietwohnung, nicht alleinlebend
☐ Mietwohnung, alleinlebend
☐ Wohngemeinschaft
☐ Eigentumswohnung/ Haus, alleinlebend
☐ Eigentumswohnung/ Haus, nicht alleinlebend
☐ Untermiete
☐ Pension/ Hotel
☐ sonstiges: / _____

8 Lebt zusammen mit, bei Aufnahme:

- ☐ lebt allein (auch in Institutionen)
☐ (Ehe-)Partner/in
☐ Eltern(teil)
☐ Kind(ern)
☐ Schwester / Bruder
☐ anderen Verwandten
☐ anderen nicht verwandten Personen

9 Wohnsituation bei Entlassung:

- ☐ wie bei Aufnahme
☐ nicht wie bei Aufnahme

sondern

- ☐ therapeutische Wohngemeinschaft
☐ psychiatrische/s Übergangs-/ Wohnheim/ Nachtambulanz
☐ psychiatrisches Krankenhaus
☐ Altenwohnheim/ Altenpflegeheim
☐ anderes Heim (z.B. Lehrlingsheim)
☐ ohne festen Wohnsitz
☐ Mietwohnung, nicht alleinlebend
☐ Mietwohnung, alleinlebend
☐ Wohngemeinschaft
☐ Eigentumswohnung/ Haus, alleinlebend
☐ Eigentumswohnung/ Haus, nicht alleinlebend
☐ Untermiete
☐ sonstiges: / _____

5

10 Lebt zusammen mit, bei Entlassung:

- ☐ wie bei Aufnahme
- ☐ **nicht wie bei Aufnahme**

sondern

- ☐ lebt allein (auch in Institution)
- ☐ (Ehe-) Partner/in
- ☐ Eltern(teil)
- ☐ Kind(ern)
- ☐ Schwester/Bruder
- ☐ anderen Verwandten
- ☐ anderen nichtverwandten Personen

11 Höchster Abschluss

- ☐ kein Abschluss
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Mittlere reife
- ☐ Abitur
- ☐ Fachabitur
- ☐ Hochschulabschluss

12 Berufsausbildung

- ☐ nein
- ☐ ja,

⇒ welche: **13 Jetzige berufliche Situation**

- ☐ berufstätig (Vollzeit)
- ☐ berufstätig (Teilzeit)
- ☐ mithelfender Familienangehöriger
- ☐ Hausfrau bzw. Hausmann
- ☐ in der Schul-/Berufsausbildung oder Umschulung
- ☐ Studentin/Student
- ☐ Wehrdienst oder Zivildienst
- ☐ geschützt beschäftigt
- ☐ ohne berufliche Beschäftigung
- ☐ arbeitslos gemeldet
- ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente
- ☐ Altersrente, Pension, Witwenrente

14 Berufsstand Unselbständige

- ☐ nie berufstätig gewesen
- ☐ ungelernt
- ☐ angelernt
- ☐ Angestellte u. Beamte im einfachen Dienst
- ☐ mittlere Angestellte, Beamte im mittl. Dienst
- ☐ Facharbeiter, Handwerker
- ☐ höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst
- ☐ Meister
- ☐ leitende Angestellte, Beamte

15 Berufsstand Selbstständige

- ☐ Einzelunternehmer, ambulante Gewerbe etc.
- ☐ kleinere Betriebe, selbstständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende
- ☐ Akademiker, frei Berufe
- ☐ größere Unternehmer

16 Berufe der Eltern

⇒ der Mutter

- ☐ kein
- ☐ Beruf:

⇒ des Vaters

- ☐ kein
- ☐ Beruf:

Clinical Global Impressions ►

BADO '98

6

Clinical Global Impressions (CGI)

Teil 1:

Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme bzw. Entlassung

<u>Codierung</u>	<u>bei Aufnahme</u>	<u>bei Entlassung</u>
Nicht beurteilbar	☐	☐
Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal	☐	☐
Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	☐	☐
Patient ist nur leicht krank	☐	☐
Patient ist mäßig krank	☐	☐
Patient ist deutlich krank	☐	☐
Patient ist schwer krank	☐	☐
Patient gehört zu den extrem schwer Kranken	☐	☐

Teil 2:

Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit der Aufnahme

<u>Codierung</u>	
Nicht beurteilbar	☐
Zustand ist sehr viel besser	☐
Zustand ist viel besser	☐
Zustand ist nur wenig besser	☐
Zustand ist unverändert	☐
Zustand ist etwas schlechter	☐
Zustand ist viel schlechter	☐
Zustand ist sehr viel schlechter	☐

Danksagung

Zuallererst danke ich meiner Familie für ihre Geduld und Unterstützung und ihren unerschütterlichen Glauben daran, dass diese Arbeit zu einem guten Abschluss kommt.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. med. C. Kraus für die Anregung zu dieser Dissertation, sowie der ausführlichen Betreuung, vor allem während der Anfangsphase.

Herrn Dr. phil. P.-M. Sack möchte ich ganz besonders für die geduldige und konstruktive Betreuung in der Endphase dieser Dissertation und insbesondere für die statistische Beratung danken.

Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) danke ich herzlich für die Überlassung des Dissertationsthemas und für die Hilfe bei der Durchführung dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. D. Naber, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE, danke ich für die Möglichkeit der Promotion an seiner Klinik.

Für die Unterstützung bei der Datenerhebung gilt mein besonderer Dank dem gesamten Team der Station PS1.

Für die Zusammenarbeit bei der Anfertigung unserer Dissertationen, vor allem während der Datenerhebung und –eingabe, danke ich herzlich Julia Koch und Till Flügel.

Für die unermüdliche Hilfe bei der Korrektur und die liebevolle Unterstützung möchte ich mich von ganzem Herzen bei Florian Zimmer bedanken.

Zuletzt danke ich noch allen 54 (ehemaligen) PatientenInnen, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Lebenslauf

ANGABEN ZUR PERSON

Name:	Angela Maria Waldmann
Geburtsdatum und -ort:	30.05.1978 in Hamburg
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Familienstand:	ledig; keine Kinder

SCHULISCHE LAUFBAHN

08/1984 – 06/1988	Kath. Grundschule Böhmestraße in Hamburg
08/1988 – 06/1997	Kath. Gymnasium St. Ansgar in Hamburg
13.06.1997	Allgemeine Hochschulreife

STUDIUM

11/1997	Immatrikulation an der Universität Hamburg für den Fachbereich Medizin
20.09.2000	Ärztliche Vorprüfung
21.03.2002	Erstes Staatsexamen
07.09.2004	Zweites Staatsexamen
02.11.2005	Drittes Staatsexamen
17.11.2005	Ärztliche Approbation

PRAKTISCHES JAHR

Chirurgie:	Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Hamburg
Anästhesie:	Allgemeines Krankenhaus Wandsbek, Hamburg
Innere Medizin:	Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Hamburg

FAMULATUREN

Pädiatrie:	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg (2001)
Innere Medizin:	Praxis Dr. med. E. Haeberle, Hamburg (2001)
Interdisziplinäre Ambulanz:	Remote Clinic, Elliott Aboriginal Bush Community, Northern Territory, Australien (2002)
Innere Medizin:	Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Hamburg (2003)

DISSERTATION

2002-2003:	Konzeption
2003-2004:	Datenerhebung
2004-2005:	Auswertung
2006:	Niederschrift

Hamburg, 15. 10. 2006

(Angela Waldmann)

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, 15. 10. 2006

(Angela Waldmann)