Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
Institut für Psychologie

BINDUNG, DEPRESSION UND ANGST IM KLINISCH STATIONÄREN KONTEXT

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Bindungsangst, der Bindungsvermeidung und dem Therapieerfolg von Patienten mit Depressionen oder Angststörungen?

Masterthesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science (M.Sc.)
im Fach Psychologie

eingereicht von
Camilla Sophia Roggenkamp, B.Sc.
Matrikelnummer: 01121711
camilla.roggenkamp@student.uibk.ac.at

Betreuer:
Ass.-Prof. Dr. Maria Hildegard Walter
Dr. biol. hum. Robert Mestel

Innsbruck, Oktober 2020

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Herrn Dr. biol. hum. Robert Mestel bedanken, der mir sowohl durch die Zurverfügungstellung des Datensatzes als auch weiteren Informationen, die Bearbeitung dieses interessanten Themas ermöglicht hat.

Des Weiteren danke ich ganz herzlich meiner Betreuerin Fr. Ass.-Prof. Dr. Maria Hildegard Walter für ihre freundliche, konstruktive und fachliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Masterarbeit. Auch bei Frau Mag. Dr. Christine Unterrainer möchte ich mich für ihre Unterstützung bei der Statistik ganz herzlich bedanken.

Darüber hinaus gebührt mein besonderer und größter Dank meinen Eltern sowie meinen beiden Schwestern, die mich stets unterstützt und ermutigt haben. Danke, dass ihr immer bedingungslos an mich glaubt, mit mir geduldig seid und immer an meiner Seite steht.

Herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis V

II. Abbildungsverzeichnis V

III. Tabellenverzeichnis VI

IV. Abstract VIII

1. Einleitung 10

2. Bindung 12

2.1 Die Bindungstheorie 13

2.2 Bindung im Erwachsenenalter 22

3. Depressionen 33

4. Angststörungen 39

5. Bindung und Psychopathologie 46

5.1 Bindung und Depression 48

5.2 Bindung und Angststörungen 54

6. Fragestellung und Hypothesen 61

6.1 Bindungsorganisation und Psychopathologie bei der stationären Aufnahme 61

6.2 Zusammenhänge der Bindungsorganisation, der Behandlungsdauer und der Symptomreduktion 63

7. Methode 67

7.1 Durchführung der Untersuchung und die Stichprobe 67

7.2 Eingesetzte Instrumente 70

7.3 Auswertungsmethode 75

8. Ergebnisse 77

8.1 Deskriptive Ergebnisse 77

8.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfungen 85

9. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse 97

9.1 Theoretische Implikationen 98

9.2 Praktische Implikationen 111

9.3 Limitationen und Forschungsbedarf 115

10 Konklusion 118

Literaturverzeichnis 119

Anhang 143

I. Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective Picture System
BaDo	Basisdokumentation
ECR-RD 12	deutsche Kurzform des Experience in Close Relationships Revised
ECR-RD	deutsche Version des Experience in Close Relationships Revised
et al.	et alia
GAD-7	General Anxiety Scale 7
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-9	Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire
WHO	World Health Organization

II. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Antagonismus zwischen dem Bindungs- und dem Explorationsverhalten eines Kindes nach Bolten (2009). 16

Abb. 2. Wirkung von Bindungserfahrungen auf die Bewältigungsfähigkeit nach Zimmermann 2002. 22

Abb. 3. Die Bindungsstile Erwachsener nach Bartholomew (1990). 29

Abb. 4. Integrative Darstellung der Bindungsklassifikation, mod. nach Dinkel (2006). 30

Abb. 5. 12-Monats-Prävalenzen von Affektiven Störungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung nach Jacobi et al. (2014). 36

Abb. 6. Verlaufsformen der depressiven Störungsbilder, mod. nach Härter & Schneider (2012). 37

Abb. 7. Differentielle Beurteilung der Angst nach Kasper et al., 2018. 39

Abb. 8. 12-Monats-Prävalenzen von Angststörungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung nach Jacobi et al. (2014). 43

Abb. 9. Verteilung der depressiven Hauptdiagnosen nach dem ICD-10 in der Kategorie der Depressionen (n = 3175). 69

Abb. 10. Verteilung der Angststörungs-Diagnosen nach dem ICD-10 in der Kategorie der Angststörungen (n = 165). 70

Abb. 11. Mittelwert der depressiven Symptomreduktion (T0-T1) über die vier Bindungsstile hinweg. 92

Abb. 12. Mittelwert der ängstlichen Symptomreduktion (T0-T1) über die vier Bindungsstile hinweg. 93

Abb. 13. Übersicht über die Mittelwerte des PHQ-9 der depressiven Probanden zu T0, T1 und die Differenzwerte (T0-T1) über die vier Bindungsstile zu T0 hinweg. 103

Abb. 14. Übersicht über die Mittelwerte des GAD-7 der Angststörungsprobanden zu T0, T1 und die Differenzwerte (T0-T1) über die vier Bindungsstile zu T0 hinweg. 109

III. Tabellenverzeichnis

Tab. 1. Bindungsmuster und mütterliches Verhalten (Main, 2000, mod. nach Seiffge-Krenke, 2007). 17

Tab. 2. Die dreigeteilte Feststellung zur Erfassung des Bindungsstils Erwachsener (Hazan & Shaver, 1987, dt. Übers. n. Bierhoff & Grau, 1999, S. 32). 28

Tab. 3. Beispielitems der Angst- und Vermeidungsdimension nach Bierhoff und Grau (1999, S. 35 ff.). 30

Tab. 4. Verteilung des Geschlechts, des Familienstandes und des Schulabschlusses in der Stichprobe in absoluten und relativen Häufigkeiten. 68

Tab. 5. Bindungsstile zu T0 in den Gruppen der Depressionen und den Angststörungen in absoluten und relativen Häufigkeiten. 78

Tab. 6. Interkorrelationsmatrix des ersten Erhebungszeitpunktes T0. 79

Tab. 7. Bindungsstile zu T1 in den Gruppen der Depressionen und den Angststörungen in absoluten und relativen Häufigkeiten. 81

Tab. 8. Interkorrelationsmatrix des zweiten Erhebungszeitpunktes T1. 83

Tab. 9. Bindungsangst und Bindungsvermeidung der zwei Gruppen zu T0. 85

Tab. 10. Symptomschwere, Bindungsangst und Bindungsvermeidung der zwei Gruppen zu T0. 86

Tab. 11. Bindungsstil, psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit zu T0. 87

Tab. 12. Depressionsschwere zu den zwei Messzeitpunkten. 88

Tab. 13. Angstsymptomatik zu den zwei Messzeitpunkten. 88

Tab. 14. Psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit der Depressionsgruppe zu T0 & T1. 89

Tab. 15. Psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit der Angststörungsgruppe zu T0 & T1. 89

Tab. 16. Einfaktorielle Varianzanalyse der vier Bindungsstile für die depressive Symptomreduktion (T0-T1). 90

Tab. 17. Games-Howell post-hoc Test der einfaktoriellen Varianzanalyse für die vier Bindungsstile hinsichtlich der depressiven Symptomreduktion (T0-T1). 90

Tab. 18. Einfaktorielle Varianzanalyse der vier Bindungsstile für die ängstliche Symptomreduktion (T0-T1). 92

Tab. 19. Scheffé post-hoc Test der einfaktoriellen Varianzanalyse für die vier Bindungsstile hinsichtlich der ängstlichen Symptomreduktion (T0-T1). 92

Tab. 20. Bindungsangst und Bindungsvermeidung zu den zwei Messzeitpunkten. 94

Tab. 21. Korrelationen zwischen den Differenzwerten der Bindungsangst, der Bindungsvermeidung und der Symptomatik. (T0-T1). 95

Tab. 22. Bindungsangst, Bindungsvermeidung und stationäre Aufenthaltsdauer. 96

IV. Abstract

Hintergrund: Die Bindungstheorie Bowlbys bietet einen umfassenden Rahmen zur Verknüpfung der Bindungsorganisation und der psychischen Gesundheit. Da besonders Trauer, Angst und Hoffnungslosigkeit Emotionen darstellen, die eng mit dem Bindungsgefüge gekoppelt sind, werden in dieser vorliegenden Arbeit die Zusammenhänge der Bindungsorganisation, gemessen anhand der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung, von depressiven und Angststörungs-Patienten im klinisch stationären Kontext untersucht und beleuchtet. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob der Therapieerfolg im Sinne der Symptomreduktion mit dem Bindungsstil in Verbindung gebracht werden kann. **Methode**: Hierfür wurden Daten herangezogen, welche in den Jahren 2014 – 2018 in der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach zu zwei Messzeitpunkten im Rahmen der klinischen Eingangs- und Ausgangsdiagnostik von Patienten mit Depressionen oder Angststörungen erhoben wurden. Die Erwachsenenbindung wurde mit dem ECR-RD 12 erfasst, die Depressionsschwere mit dem PHQ-9 und die Angstsymptomatik mit der GAD-7. Die jeweiligen Module des HEALTH-49 wurden verwendet, um das psychische Wohlbefinden und das Selbstwirksamkeitsgefühl zu erfassen. Die Stichprobe setzt sich aus 3175 depressiven und 165 Angststörungs-Probanden zusammen. **Ergebnisse:** Unsicher gebundene Probanden wiesen zu T0 signifikant stärkere klinische Beeinträchtigungen auf als sicher gebundene. Besonders eine starke Bindungsangst ging mit einer stärkeren Symptombelastung einher. Ein therapeutischer Erfolg ließ sich für alle Bindungsstile nachweisen. Die größte Symptomdifferenz fand sich unter den Depressionen bei Patienten mit starker Bindungsangst (ängstlich-vermeidend & ängstlich-ambivalent), während diese unter den Angststörungen bei den ängstlich-ambivalenten gebundenen zu finden war. Die Bindungsangst nahm für beide Störungsbilder im klinisch relevanten Ausmaß ab und für die depressiven Probanden bestand ein positiver Zusammenhang zwischen der Reduktion der Bindungsangst und der -vermeidung mit der Symptomreduktion. Für die Angststörungen fand sich dieser nur mit der Reduktion der Bindungsangst. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse lassen sich teilweise mit dem bisherigen Forschungsstand vereinen und verweisen auf eine stärkere Relevanz der Bindungsangst als der -vermeidung für die Symptomatik und den therapeutischen Erfolg. Hieraus lassen sich wichtige Implikationen für die Praxis ableiten. Die zukünftige weitere Erforschung der gegenwärtigen als auch prognostischen Bedeutung von Bindungsaspekten sowie deren Interaktionen mit weiteren Faktoren für Depressionen und Angststörungen stellt einen vielversprechenden Ansatz mit praktischer Relevanz dar.

Background: Bowlby's attachment theory offers a broad framework for the linkage between attachment and psychological and mental health. Many studies could show that insecure attachment styles are linked with various forms of psychopathologies but they are somehow rather inconsistent regarding their results. Especially grief, anxiety and desperateness represent emotions closely related to attachment structure. Thus, the aim of this study was to examine the relation between attachment styles -measured by attachment anxiety and attachment avoidance- and depression as well as anxiety disorders in the clinical context. Furthermore, a potential association of the therapeutic outcome, measured by symptom reduction, and attachment style was investigated. **Method:** Data was collected within the initial diagnostic (entrance and exit) during inpatient treatment with depression and anxiety disorders in the Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach between 2014-2018. The total patient cohort comprised 3175 depressive patients and 165 patients with anxiety disorder. To assess adult attachment, the German short form of the Experience in Close Relationships – Revised was used. Depression severity was measured with the PHQ-9 and anxiety severity with the GAD-7 questionnaire. The respective modules of the HEALTH-49 were used to analyze mental well-being and feeling of self-efficacy. **Results:** Patients with insecure attachment exhibited significant greater clinical impairments at T0 than securely attached patients. Of note, stronger attachment anxiety was associated with greater symptom severity. Therapeutic success was related to all four attachment styles. Depressive patients with high attachment anxiety (preoccupied & fearful) demonstrated the highest symptom difference from T0 to T1, whereas in anxiety disorders this could be seen in fearful attached patients. Attachment anxiety reduced significantly with a clinically relevant effect for both groups. In depressive patients a positive link between the reduction of attachment anxiety and avoidance with symptom reduction could be observed. For the anxiety disorder group, the positive link was only found for attachment anxiety reduction, not for avoidance. **Discussion:** The results on this study are partly consistent with previous findings and highlight a greater relevance of attachment anxiety than avoidance for symptom severity and therapeutic outcome in patients with depression or anxiety disorders These findings can deduce important implications for clinical practice. Future research in the area of the actual and prognostic importance of attachment aspects as well as their interactions with various factors for depression and anxiety disorders is needed and provides a promising approach in this field.

1. Einleitung

„Da musst du jetzt durch“, „Wovor hast du denn Angst? Es passiert doch nix“, „Reiß dich jetzt mal zusammen“ – Menschen mit Depressionen oder Angststörungen bekommen von ihren Mitmenschen oft derartige Ratschläge zu hören. Auch wenn diese gut gemeint sein mögen, bewirken sie häufig das Gegenteil. Aufgrund ihrer Erkrankung können die Betroffenen diesen nicht nachkommen und sind meist auf ärztliche sowie therapeutische Hilfe und Unterstützung angewiesen. Depressionen und Angststörungen stellen ernstzunehmende Erkrankungen dar, deren Symptomatiken massive emotionale Belastungen sowie subjektives Leid nach sich ziehen und schwerwiegende Beeinträchtigungen auf die gesamte Lebensorientierung und die Lebenssituation der Betroffenen ausüben können (vgl. Küchenhoff, 2017; Benecke, 2014, Kasper et al., 2018). Während nach Schätzungen der *World Health Organization* (WHO; 2017) im Jahr 2015 4.4 % der Weltbevölkerung von einer depressiven Störung betroffen war, waren es weitere 3.6 % von einer Angststörung. Hinsichtlich der Ätiologie der depressiven Erkrankungen und der Angststörungserkrankungen geht die heutige Wissenschaft von einem komplexen Zusammenspiel von bio-psycho-soziodynamischen Faktoren aus (vgl. Schauenburg, 2008; Angenendt, Frommberger & Berger, 2015). Neben den bisher identifizierten Risikofaktoren, wie z.B. stressreiche Beanspruchungen/Belastungen, traumatische Ereignisse und ein geringer sozioökonomischer Status (vgl. Benecke, 2014), reihen sich auch bindungsrelevante Erfahrungen oder Thematiken in diese Faktoren mit ein. So gehören unteranderem auch ein zerrüttetes familiäres Umfeld, Trennung, Verlust sowie der elterliche Erziehungsstil (lieblos, beschützend, autoritär) und partnerschaftliche Probleme zu den Faktoren, die das Risiko für eine Depression oder eine Angststörung erhöhen oder mit deren Auftreten in Verbindung stehen (vgl. Alloy, Abramson, Smith, Gibb & Neeren, 2006; Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson & Weissman, 2002; Lieb et al., 2000; Khan, Jacobson, Gardner, Prescott & Kendler, 2005; Küchenhoff, 2017; Benecke, 2014). Da besonders die Emotionen der Angst, der Trauer und der Hoffnungslosigkeit affektive Zustände darstellen, die eng mit unserem Bindungsgefüge gekoppelt sind, liegt es nahe, dass bindungstheoretische Überlegungen und bindungsbezogene Erfahrungen über die Manifestation der inneren Arbeitsmodelle von Bindung eine hohe Integrationskraft für Depressions- sowie Angststörungskonzepte bieten.

Geschaffen um einen klinischen Zugang zu den vielen Formen von affektiven und Persönlichkeitsstörungen zu schaffen, befasst sich die Bindungstheorie Bowlbys damit, wie

sichere Bindung entstehen kann, wie sie dem Menschen in seiner persönlichen Entwicklung und Entfaltung unterstützen kann und wie unsere Bindungen und Beziehungen sowohl mit unserem psychosozialen Erleben als auch vielen weiteren Faktoren in Verbindung stehen (vgl. Bowlby, 1969/2006; Gloger-Tippelt, 2012). Soziale Beziehungen und enge emotionale Bindungen sind fest in unserem Alltag integriert und verwurzelt. Emotional nahestehende Personen bieten uns Halt, Unterstützung und Sicherheit und können uns bei der Bewältigung vieler Probleme helfen. Jedoch können auch gerade diese Beziehungen, die verschiedenen Formen der Beziehungsgestaltung und die bisher gemachten bindungsbezogenen Erfahrungen Probleme schaffen und zu Leid und Kummer führen. Gerade im 21. Jahrhundert, der Zeit der Technologie in der viel Zwischenmenschliches nicht mehr von Angesicht zu Angesicht, sondern über Social Media und Internetkommunikation geschieht, in der ein indirekter Drang zur Freiheit und zum Offenhalten der Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung und Erfolg besteht, nimmt die Bindungstheorie mit ihren Erklärungsmodellen, Annahmen und Theorien für das psychische Erleben einen zentralen Platz ein.

Der heutige Forschungsstand liefert neben den bindungsbezogenen Risikofaktoren auch vielschichtige weitere empirische Belege für den Zusammenhang von unsicherer Bindung und Psychopathologien (z.B. Leveridge, Stoltenberg & Beesley, 2005; Lee & Hankin, 2009; Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Palitsky, Mota, Afifi, Downs & Sareen, 2013). Viele Studien beschäftigten sich bereits hierbei speziell mit dem Zusammenhang der Bindungsorganisation und den Depressionen sowie den Angststörungen. Diese berichten zwar vermehrt von unsicheren Bindungsstilen in diesen Störungsgruppen, jedoch sind sie in ihren Befunden oft inhomogen (z.B. Conradi & de Jonge, 2009; Ivarsson, Granqvist, Gillberg & Broberg, 2010; Schauenburg, 2017; Palitsky et al., 2013; Brumariu & Kerns, 2010; Read, Clark, Rock & Coventry, 2018). Die Relevanz der Bindungstheorie für psychische Störungen zeigt sich auch darin, dass sie in die therapeutischen Behandlungskonzepte Einzug gefunden hat (vgl. Schauenburg, 2017) und auch die therapeutische Beziehung in der Psychotherapieforschung als wesentlicher Wirkfaktor für die Veränderungen im therapeutischen Prozess identifiziert wurde (Norcross, 2011, zit. n. Ehrlich & Lutz, 2016).

Um einen Beitrag zur Klärung dieses inhomogenen Forschungsstandes hinsichtlich der Zusammenhänge von Bindung, Depression und Angst zu leisten, wird in dieser vorliegenden Arbeit die Bindungsorganisation von klinisch stationären depressiven und Angststörungs-

Patienten[1] untersucht. Gemessen anhand der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung, werden Zusammenhänge und Unterschiede der Bindung hinsichtlich der Schwere der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik untersucht und beleuchtet. Darüber hinaus liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Frage, ob der Therapieerfolg im Sinne der Symptomreduktion mit der Bindungsorganisation in Zusammenhang gebracht werden kann, da sich hieraus wichtige Implikationen für die Praxis ableiten lassen können. Hierfür werden die in der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach erhobenen Daten zu zwei Messzeitpunkten (Eingangs- und Ausgangsdiagnostik) untersucht und verglichen.

2. Bindung

In unserem Alltag und dem gesellschaftlichen Zusammenleben ist die Bindung allseits präsent. Sei es die Beziehung, die wir mit unseren Eltern, Geschwistern oder anderweitigen Familienangehörigen eingehen, unsere Freundschaften oder unsere romantischen Beziehungen. All diese Beziehungen basieren auf Bindungen, die wir an diese Personen entwickeln und mit denen sowohl gewisse Emotionen, Denkstrukturen, sprachliche Ausdruckstile, als auch Abwehr- und Verarbeitungsprozesse einhergehen (vgl. Gloger-Tippelt, 2012). Natürlich unterscheiden sich diese Beziehungen im Hinblick auf die damit verbundenen Gefühle, die individuelle Gestaltung sowie die Bewertung der Wichtigkeit dieser, jedoch sind all diese Formen von Bindung bedeutungsvoll. Der Mensch ist ein soziales Lebewesen, das zwischenmenschliche Kontakte und enge emotionale Beziehungen braucht. Geht es uns schlecht, sind wir krank oder fühlen wir uns überfordert, so hilft uns oft einfach schon die Nähe einer uns nahestehender Person, ein Gespräch oder eine Umarmung. Enge emotionale Bindungen sind ab dem Kleinkind-, über das Jugend-, bis in das hohe Erwachsenenalter nicht nur wichtig und förderlich für die kognitive, soziale und auch emotionale Entwicklung und Entfaltung des Selbst (vgl. Gloger-Tippelt, 2012), sondern sie haben neben vielen weiteren positiven Effekten auch einen Einfluss auf die Lebenserwartung. So zeigt z.B. eine Meta-Analyse von Holt-Lunstad, Smith und Layton aus dem Jahr 2010, dass gute soziale Beziehungen die Sterberate, unabhängig von Alter, Geschlecht, anfänglichem Gesundheitsstatus und Todesursache, um bis zu 50 % verringern können.

[1] Die ausschließliche Verwendung der männlichen Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen wurde in dieser Arbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit gewählt. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

Nachfolgend werden in diesem Kapitel zunächst sowohl die Grundzüge der Bindungstheorie als auch die Entstehung von Bindung, die Bindungsmuster im Kindesalter und die Verinnerlichung der Bindungserfahrungen in Form von internalen Arbeitsmodellen erläutert. Anschließend wird auf die Bindung im Erwachsenenalter, in romantischen Partnerschaftsbeziehungen und auf die Stabilität der Bindungsstile eingegangen.

2.1 Die Bindungstheorie

Der britische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Bowlby gilt als Begründer der Bindungstheorie, welche ihren Ursprung in den 40er und 50er Jahren des letzten Jahrhunderts hat (vgl. Grossmann & Grossmann, 2009, 2012). Seine Arbeit mit kriminell auffälligen, verwaisten, oder lange von der Mutter getrennten Kindern während und nach dem zweiten Weltkrieg führten ihn zu den ersten Formulierungen seiner Theorie (vgl. Bowlby 1944; Bretherton, 2009). Die Bindungstheorie vereint sowohl evolutionsbiologisches, als auch klinisch-psychoanalytisches Denken und verweist auf die Bedeutung der frühkindlichen Erfahrungen in den Interaktionen zwischen Kind und der primären Bezugsperson sowie deren Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes und seiner Persönlichkeit (vgl. Grossmann & Grossmann, 2009, 2012; Spangler & Zimmermann, 2009). Während Bowlby seine Theorie zunächst mit der Intention einen klinischen Ansatz zur Erklärung der vielen Formen von Persönlichkeits- und emotionalen Störungen, die durch Verlust oder Trennung entstehen können entwickelte (Bowlby, 1969/2006; Grossmann & Grossmann, 2012), gelang es Ainsworth diese theoretischen Annahmen der Empirie zugänglich zu machen (Grossmann & Grossmann, 2009). Zunächst konzentrierte sich die Bindungsforschung auf die Beobachtungen von Kleinkindern und deren Bindungen zu ihren Eltern/primären Bezugspersonen, erweiterte jedoch ab Mitte der 80er Jahre ihren Forschungsschwerpunkt durch neue theoretische Konzeptionen und Erhebungsmethoden. Mithilfe von Erinnerungen und wiedergegebenen Lebensgeschichten wurde die Ebene der mentalen Verarbeitungen von Bindungserfahrungen zugänglich und die Erfassung der Bindungsklassifikation im Jugend- und Erwachsenenalter ermöglicht (vgl. Gloger-Tippelt, 2012). Es kam zu einem regelrechten Aufschwung der Bindungsforschung, in der „… die Art individueller Verinnerlichung unterschiedlicher Bindungserfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation der Gefühle, des Verhaltens und der Ziele einer Person“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 31, ff.) seitdem erforscht wird. Mittlerweile haben sich das Konzept der Bindung und die damit in Verbindung stehenden Annahmen sowohl in der Wissenschaft, in Fachkongressen, als auch in

der klinischen Praxis etabliert und bewiesen (vgl. Spangler & Zimmermann, 2009; Grossmann & Grossmann, 2012).

Definition der Bindung

Die Bereitschaft des Menschen zur Bindung und auch deren Notwendigkeit ist evolutionsbiologisch angeboren. Genauso wie Hunger, Durst, Schlaf oder Wärme, gehört das Bedürfnis nach der Entwicklung einer emotionalen Bindung zu den Grundbedürfnissen des Menschen (vgl. Bowlby, 1969/2006; 1980; Bowlby, Ainsworth, Boston, & Rosenbluth, 1956; Grossmann & Grossmann, 2012; Bierhoff & Grau, 1999). Bindungen sind zwar nur eine Komponente des Beziehungsgefüges eines kleinen Kindes, stellen jedoch mitunter die wichtigste dar (vgl. Grossmann & Grossmann, 2012). Unter Bindung versteht Bowlby die besondere Natur der Beziehung zwischen dem Kind und seiner Betreuungsperson, welche sich vorrangig in den ersten Lebensjahren entwickelt (Bowlby, 1969/82). Die Bindungstheorie definiert Bindung als ein imaginäres, in den Emotionen fixiertes und über Zeit und Raum verknüpfendes Band zwischen zwei Personen (Ainsworth, 1979, zit. n. Grossmann & Grossmann, 2012).

Eine Bindung entwickelt sich innerhalb des ersten Lebensjahres zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson (Ainsworth, 1985). Von Beginn an haben Bindungen für eine lange Zeit den stärksten Einfluss auf die Ausformung des Selbst- und Fremdverständnisses des Kindes sowie auch auf die emotionale und soziale Entwicklung (vgl. Thompson, 2000, 2005). Bindungen sind spezifisch und selektiv und werden abhängig vom jeweiligen Kontext eingegangen (Strauß, Kirchmann, Schwark & Thomas, 2010). Sie können zu mehreren Personen bestehen, jedoch nicht zu vielen, wobei die Mehrzahl der Kleinkinder über eine klare Hierarchie ihrer Bindungspersonen verfügt: Die Nähe der primären Bindungsperson wird umso mehr eingefordert, desto schlechter es dem Kind geht (z.B. bei Krankheit oder Stress). Ist die primäre Bindungsperson nicht verfügbar, so können die sekundären Bindungspersonen zwar das Kind zeitweilig beruhigen, jedoch wird das Kind die primäre Bindungsperson dennoch bevorzugen (Grossmann & Grossmann, 2012).

Bindungs- und Explorationsverhalten

In unterschiedlichen Situationen „ruft“ unser Bindungssystem bestimmte Verhaltensweisen hervor, welche es zum Erreichen des übergeordneten Zieles organisiert (Bowlby, 1969/2006). Hierzu gehören das sogenannte Bindungsverhalten und das Explorationsverhalten, welche sich

antagonistisch zueinander verhalten und in Abhängigkeit des Empfindens des Kindes gezeigt werden (Grossmann & Grossmann, 2012).

Bei dem Bindungsverhalten handelt es sich um ein angeborenes Verhaltensmuster, das durch die Instandhaltung der Nähe zur Bezugsperson, das Kind vor (externer) Gefahr schützt (Bowlby, 1969/2006). Bowlby definiert dies wie folgt: „Attachment behavior is conceived as any form of behavior that results in a person attaining or retaining proximity to some other differentiated and preferred individual" (Bowbly, 1980, S. 39). Die Verhaltensweisen zur Herstellung von Nähe zu Bindungspersonen bleiben über die gesamte Lebensspanne bestehen. Auch ältere Kinder und erwachsene Menschen zeigen sie gegenüber ihren Bindungspersonen, allerdings vermehrt in symbolischer oder kulturell etablierter Form (z.B. Klagen statt Weinen, telefonische Kontaktaufnahme, sachliche Argumentationen für einen Elternbesuch, etc.; Grossmann & Grossmann, 2012).

> Während der Jugend und des Erwachsenenlebens richtet sich nicht nur gewöhnlich ein Teil des Bindungsverhaltens auf Personen außerhalb der Familie, sondern auch auf Gruppen und Institutionen ganz außerhalb des familiären Bereiches. Die Schule oder die Universität, eine Arbeitsgruppe oder ein religiöser oder politischer Verband kann für viele Menschen zu einer untergeordneten Bindungs-„Figur" werden, für manchen auch zur zentralen Bindungs-„Figur". (Bowlby, 1969/2006, S. 203)

Eine Bindung zu einer Person existiert über Raum und Zeit, wohingegen Bindungsverhalten nur bei dem Wunsch oder dem Bedürfnis nach Nähe und Schutz durch die Bindungsperson gezeigt wird. Ist die Aufrechterhaltung der Bindung nicht gefährdet, so besteht kein Grund für Bindungsverhalten. Unter sicheren und positiven Umständen darf ein Fehlen der Bindungsverhaltensweisen nicht als ein Fehlen von Bindung gedeutet werden. Zeigt ein Kind in Belastungssituationen kein Bindungsverhalten, so ist die Person entweder keine Bindungsperson für das Kind oder es hat bereits zu oft schmerzlich erfahren müssen, dass diese ihre Sicherheits- und Schutzfunktion nicht oder nur selten ausübt und keinen Trost spendet (Grossmann & Grossmann, 2012).

Ist das Nähe- und Schutzbedürfnis des Kindes befriedigt und das Bindungsverhaltenssystem reguliert, so kann sich das Kind dem Explorieren zuwenden. Angetrieben von dem Reiz des Unbekannten und Neuem, beschäftigt sich das Kind von seinem sicheren Hafen aus mit neuen Lernerfahrungen, erkundet seine Umwelt, behauptet sich Selbst und wendet sich dem Spiel zu

(vgl. Grossmann & Grossmann, 2012; Strauß et al., 2010). Grossmann und Grossmann charakterisieren eine „sichere“ Exploration als „... eine zuversichtliche, aufmerksame, beständige, eifrige und reichhaltige Exploration von Materialien oder Aufgaben, besonders dann, wenn Enttäuschung möglich ist“ (2012, S. 205). Der Antagonismus des Bindungsverhaltens- und des Explorationsverhaltenssystems lässt sich am Bild der Wippe veranschaulichen (s. Abbildung 1). Je nach Gefühls- und Bedürfniszustand des Kindes ist entweder das eine oder das andere Verhaltenssystem aktiv.

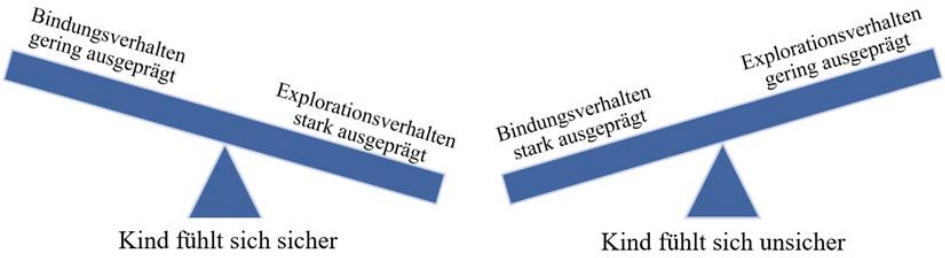


Abb. 1. Antagonismus zwischen dem Bindungs- und dem Explorationsverhalten eines Kindes nach Bolten (2009).

Die Entwicklung und die Qualität der Bindungsbeziehung werden durch die Art der Interaktion, die das Kind mit seiner primären Bezugsperson während seines ersten Lebensjahres erlebt, wesentlich und signifikant beeinflusst. Dem Bindungssystem des Kindes steht das sogenannte Pflegeverhaltenssystem oder auch die Fürsorge auf Seiten der Bezugsperson gegenüber, dessen Ziel es ist, den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden (vgl. Grossmann & Grossmann, 2012; Brenk, 2005). Zeigt das Kind Bindungsverhaltensweisen, so ist die Reaktion der primären Bezugsperson hierauf entscheidend dafür, welches Bindungsmuster das Kind entwickelt (vgl. Ainsworth, Bell & Stayton, 1974/2009; Spangler & Grossmann, 2009). Eine feinfühlige Bezugsperson richtet ihre Wahrnehmung auf den Säugling und interpretiert dessen Signale richtig, ohne diese durch ihre eigenen Bedürfnisse zu überlagern. Ihre Reaktionen sind prompt und angemessen und erfolgen erst dann, wenn das Kind seine Bedürfnisse äußert (Ainsworth et al., 1974/2009). Ist das Verhalten der primären Bezugsperson in der Interaktion mit dem Kind harmonisch (i.S.v. feinfühlig, empathisch, annehmend und kooperativ), so ermöglicht dies sowohl die Entwicklung einer sicheren Bindung (vgl. Ainsworth et al., 1974/2009; Grossmann & Grossmann, 2012), als auch weitere positive Aspekte. Hierdurch wird nicht nur die Kompetenz- und Werteentwicklung von kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, wie z.B. Vertrauen, Mitgefühl und Empathie des Kindes gefördert, sondern auch eine gesunde Entwicklung des zentralen Nervensystems (Brazelton & Greenspaan, 2002).

Während die vier Bindungsmuster im Kindesalter erst im folgenden Teil des Kapitels erläutert werden, wird an dieser Stelle das mit den unterschiedlichen Bindungsmustern des Kindes assoziierte „mütterliche“ Verhalten in Tabelle 1 nach Main (2000), modifiziert nach Seiffge-Krenke (2007) dargestellt.

Tab. 1. Bindungsmuster und mütterliches Verhalten (Main, 2000, mod. nach Seiffge-Krenke, 2007).

	SICHER	UNSICHER-VERMEIDEND.	UNSICHER-AMBIVALENT	DESORGANISIERT
MÜTTERLICHES VERHALTEN	• Feinfühlige Reaktionen auf kindliche Signale: →Wahrnehmung →Richtige Interpretation →Prompte & angemessene Reaktion	• Zurückweisung des Kindes bei Bindungsverhaltensweisen • Körperliche Kontaktabneigung • Rückzug bei Trauer des Kindes	• Unsensible Reaktion auf kindliche Signale • Sprunghafte Ermutigung/Unterdrückung der Autonomie des Kindes • Inkohärentes Verhalten	• Bedrohung geht von der/n Bindungsperson/en aus

Mary Ainsworth entwickelte zusammen mit ihrer Arbeitsgruppe ein zentrales Inventar der Bindungsforschung. Es handelt sich hierbei um die sogenannte *Fremde-Situation*, die eine Erfassung der Bindungsmuster im Kleinkindalter (ca. +/- 12 Monate) ermöglicht (Ainsworth & Wittig, 1969/2009; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Durch zwei kurze Trennungen von der Bindungsperson und einer fremden Person wird eine Stresssituation initiiert, die das Bindungsverhaltenssystem des Kindes aktiviert. Sowohl das Verhalten des Kindes bei Anwesenheit seiner Bindungsperson, der belastenden Trennungssituation, bei Kontakt mit einer fremden Person, als auch bei der Rückkehr der Bindungsperson stellen das diagnostische Material dar, aus dem auf das Bindungsmuster des Kleinkindes geschlossen werden kann (vgl. Ainsworth et al., 1978; Julius, Gasteiger-Klipcera & Kißgen, 2009).

Ainsworth und Kollegen (1978) identifizierten drei Bindungsmuster, in die sich das beobachtete, kindliche Verhalten einteilen lässt: *sicher*, *unsicher-vermeidend* und *unsicher-ambivalent*. Später wurde diese Klassifizierung noch um ein viertes, das sogenannte *desorganisierte* Bindungsmuster erweitert (Main & Solomon, 1986). Die ersten drei Bindungsmuster stellen im Sinne der organisierten Bindung noch Normvarianten dar, während die Bindungsdesorganisation einen psychopathologischen Entwicklungsrisikofaktor darstellt (Kißgen, 2009). Nachfolgend werden diese Bindungsmuster kurz erläutert.

Sicher gebundene Kinder besitzen die Zuversicht, dass in bedrohlichen oder belastenden Situationen ihre Bindungsperson verfügbar, hilfsbereit und feinfühlig ist. Von ihrer sicheren

Basis aus, können sie ihre Umwelt explorieren und sich ihren Anforderungen gewachsen fühlen, wohlwissend, dass sie auf Unterstützung zählen können (Bowlby, 1989/2009).

Ein Kind mit einer *unsicher-vermeidenden* Bindung besitzt in hilfsbedürftigen Situationen kein Vertrauen auf Unterstützung durch seine Bindungsperson, sondern erwartet aufgrund der bisher gesammelten Erfahrungen, Zurückweisung durch Diese. Die Bindungsperson hat die Bindungsverhaltensweisen des Kindes mehrheitlich falsch interpretiert und zu spät, unangemessen oder nicht darauf reagiert. Dies führt zu einem Vermeidungsverhalten und resultiert darin, dass das Kind versucht, ein Leben ohne Unterstützung, Hilfe und der Liebe anderer Personen zu führen (Bowlby, 1989/2009; Kißgen, 2009).

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder besitzen keine Sicherheit darüber, ob sie in schutz- und hilfebedürftigen Situationen auf die Unterstützung ihrer Bindungsperson zählen können. Die bisher erhaltenen feinfühligen und angemessenen Reaktionen ihrer Bindungsperson auf ihre Bindungsverhalten waren inkonsistent und sporadisch, weswegen sie keine eindeutige Erwartungshaltung hierfür entwickeln können und gleichzeitig Kontaktwunsch und -widerstand zeigen (Bowlby, 1989/2009). In der Ambivalenz des Verhaltens und Erlebens des Kindes kann das Bindungsverhaltenssystem nicht reguliert werden, womit auch eine freie Exploration nicht möglich ist (Kißgen, 2009).

Eine *desorganisierte* Bindung entsteht, wenn das Kind von seiner Bindungsperson vernachlässigt, (sexuell) missbraucht, misshandelt oder anderweitig[2] traumatisiert wurde. Charakteristisch für dieses Bindungsmuster ist, dass die Bindungsperson, die Schutz bieten sollte, auch zeitgleich die Person ist, die Angst und Traumatisierung hervorruft. Die Kinder zeigen trotz dessen gegenüber ihren Bindungspersonen Anzeichen der zuvor beschriebenen unsicher-ambivalenten und unsicher-vermeidenden Bindungsmuster, jedoch ist es ihnen aufgrund der Traumatisierung nicht möglich, eine dieser Verhaltensstrategien konsistent zu entwickeln (Kißgen, 2009; vgl. Bierhoff & Grau, 1999).

Bezüglich der Verteilung der Bindungsmuster zeigen sich schwankende Zahlen. In der Literatur finden sich für das sichere Bindungsmuster Angaben von ca. 50 – 80 %, für das unsicher-vermeidende 20 – 40 %, für das unsicher-ambivalente 3 – 15 % und für die desorganisierte Bindung 15 – 20 % (Gloger-Tippelt, 1999).

[2] Z.B. ein plötzlicher Abbruch der feinfühligen Zuwendung durch die Bindungsperson, aufgrund einer psychischen Erkrankung dieser.

Internale Arbeitsmodelle und Bindungsrepräsentationen

Inspiriert von der kognitiven Psychologie, die zur damaligen Zeit ihre Erklärungsmodelle vorwiegend auf mentalen Schemata gründete, wählte Bowlby den Begriff der internalisierten Arbeitsmodelle um den Bindungserfahrungen eines jeden Menschen einen „intrapsychischen Wirkungsort“ (Ahnert & Spangler, 2014, S.406) zuzuweisen. Mittels dieser Modelle werden sowohl die bindungsrelevanten Handlungsweisen organisiert und mental repräsentiert als auch nachhaltig Einfluss auf die sozial-emotionale Entwicklung ausgeübt (Ahnert & Spangler, 2014). Die Begriffe *internale Arbeitsmodelle, internale Repräsentationen* und *mentaler Zustand in Bezug auf Bindung* werden in der Literatur der Bindungstheorie oftmals äquivalent verwendet und beziehen sich allesamt auf die Grundlage der Verhaltensmuster in beziehungs-/bindungsrelevanten Situationen (vgl. Crowell, Fraley & Shaver, 2008).

Nach Grossmann und Grossmann (2000) stellen der Respekt und die Unterstützung der Bindungswünsche des Kindes durch die Bindungsperson einerseits, und die der Wünsche nach einer unabhängigen Exploration und der Bekanntschaft mit potentiellen Sozialpartnern andererseits, die beiden Grundpfeiler dieser inneren Arbeitsmodelle von Bindung dar. Sie beinhalten sowohl Modelle über das Selbst als auch über die Bindungspersonen und dienen der Simulation von Ereignissen. Mit diesen Modellvorstellungen werden die Handlungen der Interaktionspartner, als auch das, was einem selbst widerfahren wird, abgeschätzt und das eigene Verhalten kann entsprechend und vorausschauend geplant werden (Bowlby, 1989/2009). Die Reaktion, bzw. das Verhalten eines Kindes bei der Wiedervereinigung mit seiner Bindungsperson in der Fremden-Situation kann z.B. als Ausdruck eines frühen Arbeitsmodelles gesehen werden, da es sich nicht auf das aktuelle Verhalten der Bindungsperson bezieht, sondern auf die eigenen Erwartungen darüber (Grossmann & Grossmann, 2012). Die Bindungstheorie geht davon aus, dass der Ausdruck des Bindungsbedürfnisses in dem konkreten Verhalten einer Person durch diese internalisierten Arbeitsmodelle gesteuert wird (vgl. Jungmann & Reichenbach, 2009). Die internalen Arbeitsmodelle setzen sich aus vier Komponenten zusammen:

1. Erinnerungen an bindungsbezogene Erfahrungen,
2. Überzeugungen, Einstellungen und Erwartungen über das Selbst und die Anderen,
3. Bindungsbedürfnisse und Ziele und
4. Pläne und Verhaltensstrategien, um diese Bindungsziele zu erreichen (Collins und Read, 1994, zit. n. Cobb & Davila, 2009).

Bis zum Erwachsenenalter stehen den frühen Arbeitsmodellen der Bindungsbeziehungen noch weitere und auch individuelle Entwicklungen bevor. Die Bedeutung des Einflusses der primären Bindungspersonen auf die Entwicklung dieser inneren Arbeitsmodelle lässt sich vor dem Hintergrund der Interaktion der sprachlichen, kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung nachvollziehen: Bei der Darlegung oder der Vertretung von Erfahrungen oder Ereignissen übernimmt das Kind bis zum ca. vierten Lebensjahr hierfür die Bewertung seiner primären Bindungspersonen. Hiermit lässt sich auch die enge Verbindung der Entwicklung des Selbstwertes und des Selbstkonzeptes mit der Würdigung und Wertschätzung bzw. Abwertung und Kritik durch die Bindungsperson erklären (Jungmann & Reichenbach, 2009). Das Erlernen des Umgangs mit den Gefühlen sowie die Integration dieser mit Hilfe der Bindungspersonen und auch die daraus entstehende Organisation der Emotionen, stellen die Basis eines verinnerlichten Modells von Bindung dar. Einen besonderen Stellenwert haben in diesem Kontext die negativen Gefühle (z.B. Wut, Angst, Trauer, Verlust (vgl. Grossmann & Grossmann, 2000; Ahnert, 2010). Gelingt die Integration dieser, so entsteht eine innere Abbildung der Realität, die kohärent und anpassungsfähig ist und einen guten Emotionsumgang begünstigt. Gelingt sie nicht, so wird keine realitätsnahe Einschätzung ermöglicht und es kommt zu eingeschränkten Wahrnehmungen und Inklusionen der Emotionen, was eine realitätsbezogene Kommunikation und ein realitätsbezogenes Handeln erschwert (vgl. Grossmann et al., 1989). Die Verknüpfungen der bisher gesammelten Erfahrungen mit der Antizipation der zukünftig eintretenden, beeinflussen auch das Selbstbild, das Selbstwertgefühl sowie die Selbstwirksamkeit (i.S.v. liebenswert – nicht liebenswert, Zweifel oder Zuversicht im Hinblick auf Fähig- und Fertigkeiten; vgl. Ahnert, 2010) des Kindes, weswegen sie das zukünftige Erleben und Handeln in sozialen Interaktionen und auch die Entwicklung der Persönlichkeit stark beeinflussen (Grossmann & Grossmann, 2012).

Bezüglich der Strategien dieser Arbeitsmodelle wird zwischen den primären und den sekundären Bindungsstrategien unterschieden (vgl. Main, 1990). Bei Stress stellt die primäre Bindungsstrategie das Aufsuchen der Nähe zur Bezugsperson dar. Ist die Bezugsperson verfügbar und bietet Schutz und Trost, so besteht ein Gefühl der Sicherheit und ein stärkeres Vertrauen in die effektive Stressregulation bei Nähe. Dieses Arbeitsmodell der sicheren Basis beinhaltet sogenannte „wenn – dann“ Annahmen: Wenn ich verängstigt/bekümmert/in Not bin, dann kann ich mich für Unterstützung und Hilfe an meine Bezugsperson wenden. Ist dies jedoch nicht der Fall und die primäre Stressregulationsstrategie des Nähe-Suchens ist mit Zweifeln an der Verfügbarkeit der Bezugsperson und deren Unterstützung verbunden, so ist sie nicht

zielführend und alternative (sekundäre) Strategien müssen entwickelt werden (vgl. Shaver & Mikulincer, 2009). Die sekundären Strategien lassen sich in die der Hyperaktivierung und der Deaktivierung gruppieren (vgl. Main, 1990). Bowlby (1969/82) bezeichnete die Strategie der Hyperaktivierung als Protestreaktionen bei Frustration der Bindungsbedürfnisse. Diese tritt häufig bei einer unzuverlässigen Bezugsperson auf und bezieht sich auf eine intensive Forderung nach Nähe und Zuwendung. Klammerndes Verhalten wird gezeigt, die Nähe der Bindungsperson wird konsistent und energisch eingefordert. Dem gegenüber steht die Strategie der Deaktivierung. Hierbei stehen die Bemühungen der Flucht, der Vermeidung oder der Minimierung von Schmerz und Frustration bei einer nicht responsiven Bindungsperson im Vordergrund. Sowohl die Bindungsbedürfnisse als auch die Intimität und die Interdependenz werden verleugnet und es wird eine alleinige Stressbewältigung angestrebt (Shaver & Mikulincer, 2009).

Die internalen Arbeitsmodelle eines Individuums neigen zur Stabilität, sind jedoch nicht unveränderbar. Durch die stetige Anwendung entsteht ein Automatismus, weswegen sie unbewussten Einfluss auf die Interpretation, Wahrnehmung und Antizipation von Situationen, auf die Emotionen, die Kognition und das Handeln ausüben (Bowlby, 1989/2009; Buchheim, 2002; Grossmann & Grossmann, 2012). Theoretisch können diese verinnerlichten Modelle von Bindung durch neuartige Erfahrungen verändert werden, jedoch scheint dies mit zunehmendem Alter und abhängig von der Art und der Menge der gesammelten Erfahrungen, immer schwerer zu werden (Grossmann & Grossmann, 2000). „Das Internale Arbeitsmodell ist ein theoretisches Konstrukt. Innere Arbeitsmodelle sind nicht nur innere Bilder oder passiv übernommene Konzepte vergangener Erfahrungen, sondern sie sind aktive Regelsysteme, die – im Prinzip – unter bestimmten Bedingungen rekonstruiert oder reorganisiert werden können“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 446).

Zusammenfassend handelt es sich bei den internalen Arbeitsmodellen um Modelle der Verhaltens- und Emotionsregulation, welche sich aus den früh gesammelten Bindungserfahrungen bilden (Jungmann & Reichenbach, 2009). Sie beinhalten Selbst- und Fremdrepräsentationen und beeinflussen die Beziehungsgestaltung (auch im Erwachsenenalter; vgl. Bierhoff & Grau, 1999), den Umgang mit anderen Personen, die Ausformung des Selbstwertes sowie die Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit, auch in emotional belastenden Situationen persönliche Ziele anstreben und sich dabei kompetent erleben zu können (Zimmermann, 2002; Jungmann & Reichenbach, 2009). In Abbildung 2 findet sich eine

schematische Darstellung der Wirkung von Bindungserfahrungen auf die Bewältigungsfähigkeit eines Individuums.

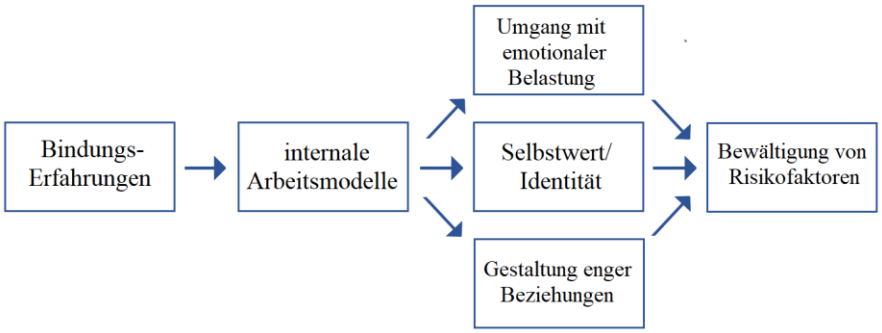


Abb. 2. Wirkung von Bindungserfahrungen auf die Bewältigungsfähigkeit nach Zimmermann 2002.

2.2 Bindung im Erwachsenenalter

Bowlby distanzierte sich von der klassischen Psychoanalyse nicht nur dadurch, dass er die biologische Funktion der Bindung in seine Theorie integrierte, sondern auch indem er deren These ablehnte, dass sich die psychische Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren annähernd vollende. Indes ging er von der Annahme aus, dass die Erfahrungen in den ersten Lebensjahren zwar prägend und schwer veränderbar sind, jedoch neuere Einflüsse im Jugend- oder Erwachsenenalter diese modifizieren können. Auch sah er im Gegensatz zu der Psychoanalyse das Bindungsverhalten bei Jugendlichen oder Erwachsenen nicht als regressiv an, sondern verwies in seiner Bindungstheorie darauf, dass auch diese in Stresssituationen Bindungsverhalten zeigen, indem sie z.B. beim Partner Zuspruch und Sicherheit suchen (Bierhoff & Grau, 1999). Bindung ist somit nicht als ein einmal entstandener und anschließend vollendeter Zustand zu sehen, sondern als ein Prozess, der sich stetig über die gesamte Lebensspanne weiterentwickelt (Bowlby, 1989/2009).

Das Interesse an der Erforschung der Bindungsprozesse und -unterschiede im Erwachsenenalter und dem damit assoziierten psychischen Funktionsniveau entwickelte sich unmittelbar aus dem Interesse an bindungsbezogenen Unterschieden im Kindesalter (vgl. Behringer, 2017). Da sich im Jugend- bis Erwachsenenalter die Fähigkeiten zum formal-operationalen Denken, inklusive logischem und abstraktem Schlussfolgern rasant entfalten (Keating, 1990, zit. n. Allen, 2008) und diese wiederum die Entwicklung einer generalisierten und integrierten Haltung aus den früheren Bindungserfahrungen ermöglichen, kann nach Allen (2008) erst in diesem Altersabschnitt dieser mentale Zustand gegenüber Bindung erfasst werden.

> Adolescence not only demonstrate a capacity to think about attachment in a general way, which extends beyond any single relationship; they also have the capacity to operate metacognitively on this thinking – to begin to reconstruct (or at least tinker with) their own states of mind. (Allen, 2008, S. 420)

Im nachfolgenden Teil dieses Kapitels wird zunächst auf die Erfassung der Bindung im Erwachsenenalter eingegangen und anschließend eine Darstellung der Kategorisierungen der erwachsenen Bindungsstile gegeben. Darauf folgen die romantische Beziehung als Bindungsbeziehung sowie Studienergebnisse zur Stabilität der Bindungsstile.

Erfassung der Bindung im Erwachsenenalter

Anders als im Kindesalter, gestaltet es sich bei Erwachsenen schwieriger das Bindungssystem zur Erhebung des Bindungsstils zu aktivieren, da sowohl die Bestimmung der primären Bindungsperson, als auch die Erzeugung von bindungsrelevantem Stress durch eine experimentelle Situation (wie z.B. die Fremde-Situation im Kindesalter) in der klinischen Forschung nicht mehr ohne weiteres möglich ist. Während in der Kindheit die Bindungsmuster und die damit einhergehenden internalen Arbeitsmodelle über das beobachtbare Verhalten erfasst werden, so findet dies im Erwachsenenalter über eine bereits verallgemeinerte Repräsentationsebene statt. Der Zugang zu den mentalen, bzw. inneren bindungsbezogenen Prozessen geschieht über die Sprache und ist in Form von verbalen Beschreibungen, Vorstellungen und erzählten Lebensgeschichten möglich (vgl. Behringer, 2017). In diesem Kontext ist es jedoch wichtig nicht davon auszugehen, dass die Arbeitsmodelle hinsichtlich wichtiger Beziehungsthemen einfach und eindeutig sind. Die mentale Repräsentation einer Beziehung kann, je nach Umständen, von der einer anderen abweichen und bei einem spezifischen Thema können ähnliche, früher gemachte Erfahrungen mental präsenter und psychisch beeinflussender sein, als es sonst der Fall wäre (Shaver & Mikulincer, 2009). Die Vorstellung der multiplen Arbeitsmodelle eines Menschen, die in einem hierarchischen Gedächtnisnetzwerk organisiert sind, lässt die Frage aufkommen, in welcher Situation welches Arbeitsmodell verfügbar ist und unser Verhalten, unsere Vorstellungen und Erwartungen steuert. Auf der spezifischen Beziehungsebene ist nach Shaver und Mikulincer (2009) das Modell aktiv, das auf Erfahrungen innerhalb dieser Beziehung basiert, die typische Interaktion innerhalb der Beziehung darstellt und die nachfolgenden Interaktionen mit der Beziehungsperson leitet. Auf der generischen Ebene wird das Modell, das die Interaktionen mit den Hauptbindungsfiguren (z.B. Eltern, Partner) abbildet, typischerweise die am häufigsten

verfügbare Repräsentation. Diese hat den stärksten Einfluss auf bindungsbezogene Erwartungen, Gefühle sowie auf das Verhalten über die Zeit und die Beziehungen hinweg.

Mitte der 1980er Jahre kam es durch die Entwicklung von Interviewverfahren und Fragebögen zu einem Durchbruch der Bindungsforschung (vgl. Gloger-Tippelt, 2012; Main, 2000), wobei sich Main, Kaplan und Cassidy (1985) mit den Auswirkungen der mütterlichen Bindungsrepräsentationen auf die Bindungsentwicklung ihrer Kinder befassten, während Hazan und Shaver (1987) sich der Liebesbeziehung als Bindungsbeziehung widmeten. Die mittlerweile mannigfach bestehenden Methoden zur Erfassung der mentalen Arbeitsmodelle der Bindung bei Erwachsenen entstammen aus den Bereichen der Entwicklungs-, der Sozial-, der klinischen und der Persönlichkeitspsychologie (vgl. Shaver & Mikulincer, 2009). Sie lassen sich in sogenannte Fremd- und Selbsteinschätzungsverfahren einteilen (vgl. Kirchmann, Singh & Strauß, 2017). Strukturierte Interviews werden vorwiegend von Forschern der Entwicklungspsychologie konstruiert und gehören zu den Fremdeinschätzungsverfahren (z.B. das am häufigsten verwendete Adult Attachment Interview [AAI], Main et al., 1985). Auch der projektive Test, das Adult Attachment Projective Picture System von George, West und Pettem (1999; AAP) lässt sich hier einordnen. In der Kategorie der Selbsteinschätzung, welche vorwiegend in der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie vertreten ist, findet sich eine beträchtliche Fülle an Fragebögen, die von 1-Item-Prototypen Erfassungen, bis hin zu komplexen Multi-Items reichen. Die bestehenden Verfahren unterscheiden sich nicht nur inhaltlich und in ihren psychometrischen Gütekriterien (Kirchmann et al., 2017), sondern auch im Hinblick auf ihre theoretische Konzeption und somit darauf, welche Bindungsbeziehungen sie erheben. Einige fokussieren sich auf die Eltern/primäre Bezugsperson Bindung, andere auf die Partnerschaft als Bindungsbeziehung und wiederum andere, auf das allgemeine Bindungsgefüge eines Menschen auf der mentalen Ebene (vgl. von Sydow, 2012). Während bei den Fremdeinschätzungsverfahren die Bindungsklassifikation des unverarbeiteten Status oder des Bindungstraumata besteht, so hat sich dies in der Selbsteinschätzung nicht etabliert. Die unbewusste Verarbeitungsstruktur traumatischer Erlebnisse ist durch eine subjektive Einschätzung nur schwer zu erfassen (Buchheim, 2017).

Analog zu den Bindungsmustern im Kindesalter, lässt sich auch auf der repräsentativen Ebene der Arbeitsmodelle von Bindung eine Klassifikation dieser vornehmen. Sowohl „… die Wertschätzung von Bindungen als Quelle von Sicherheit, ... ihre relativ ‚objektive‘ Bewertung, einschließlich der negativen Aspekte, [der offene] … Umgang mit den Bindungsgefühlen

Angst, Ärger und Trauer [als auch] … das Erkennen von Bedingungen und Situationen, in denen diese Gefühle auftreten“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 582) stellen die Kriterien der Klassifikation von Bindungsqualität im Erwachsenenalter dar. Je nachdem welches Verfahren und welche theoretische Konzeption (i.S.v. generische vs. spezifische Beziehungsebene) der Klassifikation zugrunde liegt, finden sich unterschiedliche Bezeichnungen der Bindungsrepräsentationen. Main und Kollegen (1985) z.B. differenzieren im AAI (Eltern-Kind-Bindung) zwischen den Bindungsstilen *sicher-autonom, unsicher-verstrickt, unsicher-distanziert* und *unverarbeiteter Status*, während Bartholomew (1990; Partnerschaftsbindung) den s*icheren* und den *ängstlich-ambivalenten* Bindungsstil anführt und den *unsicher-distanzierten* Bindungsstil auf Grund des Verzichts auf Intimität in zwei Gruppen unterteilt: Die *ängstlich-vermeidende* (Bindungsvermeidung aufgrund Angst vor Enttäuschung*)* und die *gleichgültig-vermeidende* (Bindungsvermeidung aufgrund fehlendem Interesse) Bindung (s. Kap. 2.2.3). Nachstehend werden jeweils die Arbeitsmodelle der *sicheren, unsicher-ambivalenten, unsicher-vermeidenden* Bindung und dem *unverarbeiteten Bindungsstatus* kurz dargestellt.

Ein inneres, realitätsnahes Arbeitsmodell, dass die Integration negativer Gefühle in eine insgesamt positive Grundhaltung zulässt, wird als *sicher* bezeichnet. Erwachsene mit diesem Arbeitsmodell haben einen guten Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und können flexibel auf neue Herausforderungen reagieren (Fremmer-Bombik, 2009). Entscheidend für die Entstehung eines sicheren Arbeitsmodells ist nicht zwangsläufig eine frühe sichere Bindung, sondern auch eine intensive Verarbeitung von negativen Kindheitserlebnissen und Bindungserfahrungen kann bei einer gelingenden Integration dieser in eine positive Grundhaltung, zu einem sicheren Arbeitsmodell führen (vgl. Fremmer-Bombik, 2009; Bretherton & Munholland, 2008). Dieses innere Arbeitsmodell der Bindung wird nicht nur als eine gute Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung der Persönlichkeit gesehen, sondern auch als protektiver Faktor für emotionale Belastungen (vgl. Grossmann & Grossmann, 2012).

Dadurch, dass die primäre Bezugsperson in der Kindheit als unberechenbar erlebt wurde, stellt die Strategie zur Herstellung von Nähe an Bindungspersonen bei einem *unsicher-ambivalenten* Arbeitsmodell die Unterdrückung des Bedürfnisses nach Exploration und Freiheit dar (vgl. Fremmer-Bombik, 2009). Durch das geringe Vertrauen in die Verlässlichkeit und auch Verfügbarkeit der wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit, ist im Zusammenhang damit ein negatives Selbstbild entstanden, das sich besonders darauf bezieht, die Unterstützung nicht wert

zu sein, das Verhalten anderer nicht vorhersagen zu können und eine geringe Wirksamkeit zu besitzen (vgl. Gomille, 2012). Aufgrund des fehlenden Aufbaus einer positiven Erwartungshaltung, in die auch negative Emotionen in Richtung eines positiven Zieles hin integriert werden können, ist das Arbeitsmodell nicht im Einklang mit den wirklichen Gefühlen (vgl. Fremmer-Bombik, 2009). Personen dieser Bindungsklassifikation sind in ihren alten Beziehungen und Problemen verstrickt. Berichten sie über ihre Beziehungen und deren Einflüsse, zeichnen sie sich durch Verwirrung, Widersprüchlichkeit oder mangelnde Objektivität aus. Bei fehlendem Bewusstsein ihrer Inkohärenz sind sie zur Integration unterschiedlicher Emotionen besonders schlecht in der Lage (Fremmer-Bombik, 2009).

Personen mit einem *unsicher-vermeidenden* Arbeitsmodell, messen Beziehungen und Verbundenheit mit anderen allgemein eher wenig Bedeutung bei und betonen demgegenüber ihre eigene Stärke, ihre Unabhängigkeit und ihre Leistung (vgl. Gloger-Tippelt, 2012a). Eine Integration der negativen Gefühle in ein positives Gesamtbild ist nicht erfolgt, weswegen das internale Arbeitsmodell nicht die Realität abbildet und negative Emotionen gemieden werden (vgl. Fremmer-Bombik, 2009). Die Aufmerksamkeit ist vorwiegend auf die sachliche Umwelt gerichtet, unangenehme Erfahrungen, Erinnerungen und negative Gefühle, welche die eigene Person oder den Selbstwert bedrohen, werden systematisch umgedeutet oder dem Bewusstsein ferngehalten. Personen mit einem unsicher-vermeidenden Arbeitsmodell können zwar keine konkret positiven Ereignisse anführen, idealisieren jedoch häufig ihre Kindheit (Gloger-Tippelt, 2012a) und wirken gegenüber Beziehungsthemen distanziert (Fremmer-Bombik, 2009).

Wie im Kindesalter, gibt es auch Erwachsene mit einem unverarbeiteten Bindungstrauma, die in die sogenannte Bindungsklassifikation *unverarbeiteter Status (unresolved)* fallen. Personen dieser Klassifikation zeichnen sich dadurch aus, dass gewisse Bindungserfahrungen nicht in ihrem internalen Arbeitsmodell organisiert sind. Unverarbeitete traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit bindungsrelevanten Faktoren, wie z.B. der Verlust nahestehender Personen, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch führten zu einer Desorganisation des inneren Arbeitsmodells. Diese Desorganisation zeigt sich sowohl in gedanklichen als auch verbalen Inkohärenzen und Absurditäten bei der Beschreibung von Bindungsthematiken wie Trennung, Tod oder Missbrauch (Fremmer-Bombik, 2009) und steht eng mit Störungen des psychosozialen Funktionsniveaus und der Psychopathologie in Verbindung (Hauser, 2012).

Romantische Beziehungen als Bindungsbeziehungen

Die Eltern-Kind/primäre Bezugspersonen-Beziehung stellt in der Kindheit die bedeutsamste Bindung dar, verliert jedoch ab dem Jugendalter zunehmend an Bedeutung und die Liebesbeziehungen rücken zur Bedürfnisbefriedigung von Zuwendung und Geborgenheit immer mehr in den Vordergrund (Zeifman & Hazan, 2008). Im Gegensatz zu der Eltern-Kind-Bindung stellen in dieser Art von Beziehung die Sexualität sowie auch intellektuelle und andere Interessen zentrale Themen dar (vgl. Ahnert & Spangler, 2014; von Sydow & Seiferth, 2015). Zu Beginn weist die Empfänglichkeit für die erotische Attraktivität des Anderen keine Elemente von Bindung auf, jedoch können sich diese unter gewissen Umständen entwickeln und die Liebesbeziehung zu einer Bindungsbeziehung werden lassen (Grossmann & Grossmann, 2012). Die Kriterien für eine Bindung innerhalb einer Liebesbeziehung erstrecken sich nach Ainsworth (1985/2003) über eine längere Dauer der Beziehung, Trennungstrauer, Wunsch nach Beistand und Nähe, das Erleben von Sicherheit bei der Person und auch die Wertschätzung dieser in ihrer Vielfalt. Wie bei der Eltern-/primären Bezugsperson-Bindung, so stellt auch der Partner als Bindungsperson einen „sicheren Hafen“ dar, an den in subjektiv bedrohlichen Situationen Bindungsverhaltensweisen zum Schutz und Trost gerichtet werden. Ein wesentlicher Unterschied dieser zwei Beziehungsformen findet sich jedoch in ihrer Reziprozität, denn in der Liebesbeziehung können beide Partner sowohl die Rolle des fürsorgenden als auch des umsorgten Parts einnehmen (vgl. Matyjas, 2015; Ahnert & Spangler, 2014). Nach Bierhoff und Grau (1999) scheinen gleichermaßen die Bindung an den Partner und auch die Fürsorge für die Aufrechterhaltung einer Partnerschaft wichtig zu sein, während die sexuelle Anziehung eher für den Aufbau dieser wichtig zu sein scheint.

Hazan und Shaver (1987) vertraten die These, dass romantische Liebesbeziehungen auch Bindungsbeziehungen darstellen und postulierten die Anwendung der kindlichen Bindungsmuster der sicheren, der ängstlich-ambivalenten und der vermeidenden Bindung auf Erwachsene in Partnerschaften. In ihrer Studie, die sie als Quiz in einer Zeitung veröffentlichten, sollten sich die Teilnehmer für eine Beschreibung entscheiden, die am besten auf sie zuträfe und sich somit einem Bindungsstil zuordnen (s. Tabelle 2). Trotz bestehender methodischer und konzeptioneller Limitationen, betraten Hazan und Shaver (1987) hiermit ein neues Forschungsfeld und lösten eine Forschungswelle in diesem Bereich aus.

Tab. 2. Die dreigeteilte Feststellung zur Erfassung des Bindungsstils Erwachsener (Hazan & Shaver, 1987, dt. Übers. n. Bierhoff & Grau, 1999, S. 32).

Bindungsstil	**Beschreibung**
Sicherer Bindungsstil	Ich finde es relativ leicht, anderen nahe zu sein. Ich mag es, wenn ich von anderen abhänge und sie von mir. Ich mache mir keine Sorgen darüber, von anderen verlassen zu werden oder daß mir andere zu nahe kommen.
Vermeidender Bindungsstil	Ich mag es nicht, anderen sehr nahe zu sein, Ich finde es schwierig, anderen vollkommen zu vertrauen und abhängig von anderen zu sein. Ich werde nervös, wenn jemand mir zu nahe kommt, und oft wollen Partner intimere Beziehungen mit mir, als mir lieb ist.
Ängstlich-ambivalenter Bindungsstil	Ich finde, daß andere zögern, mir so nahe zu kommen, wie ich es möchte. Ich mache mir oft Sorgen, daß mein Partner mich nicht wirklich liebt oder nicht bei mir bleiben will. Ich möchte mit einer anderen Person vollkommen verschmelzen, und dieser Wunsch verscheucht Leute manchmal.

Da Erwachsene gewissermaßen selbst entscheiden können, inwieweit sie sich auf Bindungen einlassen und dies unterschiedliche Gründe haben kann, erweiterte Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz, 1991) die Kategorien der Erwachsenenbindung um einen vierten, den ängstlich-vermeidenden Bindungsstil. Ein Verzicht auf Intimität in zwischenmenschlichen Kontakten kann auf die Angst enttäuscht zu werden, oder auch auf fehlendes Interesse an dieser zurückgehen, wobei letzteren dennoch unbewusste Bindungsbedürfnisse zugeschrieben werden (Bierhoff & Grau, 1999). Nach Bartholomew (1990) ist es somit wichtig, zwischen zwei verschiedenen Gruppen des vermeidenden Bindungsstils zu unterscheiden, deren Gemeinsamkeit es ist, intimen Beziehungen auszuweichen: Personen der *ängstlich-vermeidenden* Kategorie verzichten auf intime Beziehungen obwohl sie es sich wünschen, während Personen der *gleichgültig-vermeidenden* dies tun, weil sie sich diese nicht wünschen.

Basierend auf Bowlbys Theorie der inneren Arbeitsmodelle, welche sich durch Interaktionen entwickeln und sowohl Annahmen über das Selbst als auch über die Anderen beinhalten, konzipierte Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz, 1991) ein dimensionales Modell der Erwachsenen Paarbindung, in das sich die vier Bindungsstile kategorial einordnen lassen. Die Repräsentation des Selbst und der Anderen in den inneren Arbeitsmodellen kann jeweils entweder positiv oder negativ sein. Ein positives Selbstbild bedeutet hierbei ein positives Selbstkonzept und eine Wahrnehmung des Selbst als liebens- und beachtenswert. Ein negatives Selbstbild setzt sich durch die Eigenwahrnehmung als nicht liebens- und beachtenswert und einem negativen Selbstkonzept zusammen. Bei einem positiven Fremdbild werden die Anderen als vertrauenswürdig, liebevoll und verfügbar eingeschätzt, bei einem negativen als ablehnend, distanziert und lieblos (Bartholomew, 1990). Abbildung 3 zeigt, wie die Kombinationen des

jeweiligen Selbst- und Fremdbildes der Bindungsarbeitsmodelle einen Bindungsstil repräsentieren.

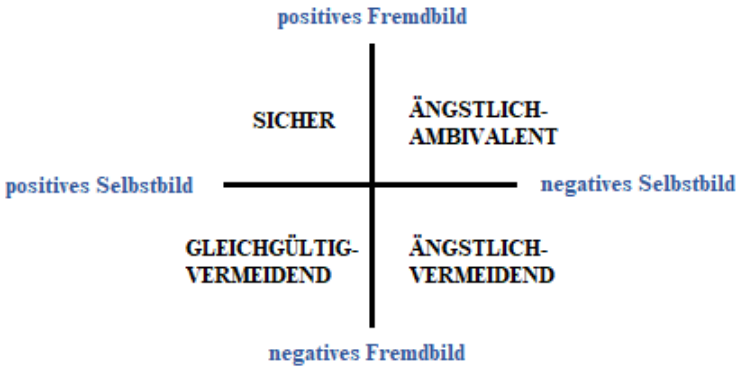


Abb. 3. Die Bindungsstile Erwachsener nach Bartholomew (1990).

Obwohl in der Forschung sowohl das Kategorien-Konzept von Hazan & Shaver (1978), als auch das von Bartholomew (1990) mittels „forced-choice“ Antworten in Fragebögen ein verbreiteter Standard zur Erfassung von Bindungsstilen bei Erwachsenen wurde, begannen einige Forscher diese Kategorien in individuelle, separat einstufbare Items aufzusplitten und somit eine dimensionale Erfassung des Bindungsstils zu etablieren (vgl. Fraley, Hudson, Heffernan & Segal, 2015). Die Kritik an der kategorialen Erfassung bestand darin, dass individuelle Unterschiede in der Bindungsorganisation Erwachsener nicht erfasst werden würden (Fraley & Shaver, 2000; Fraley et al., 2015). Aus der nahezu nicht endenden Fülle an bestehenden verschiedenen Modellen und Erhebungsmethoden, wählten Brennan, Clark und Shaver (1998, zit, n. Fraley & Shaver 2000) über 320 Selbstbeurteilungsitems aus und legten diese einer großen Stichprobe mit dem Ziel vor, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren. Ihre Analysen führten sie zu dem Ergebnis, dass sich die individuellen Unterschiede der Bindung in einem dimensionalen Raum abbilden lassen, der sich aus den zwei Dimensionen *Angst vor Verlust* (nf. Bindungsangst) und *Vermeidung von Nähe* (nf. Bindungsvermeidung) zusammensetzt. Auch viele weitere Faktorenanalysen kamen zu dem gleichen Befund der zwei Dimensionen, auf denen sich die Bindungscharakteristika Erwachsener abbilden lassen (vgl. Bierhoff & Grau, 1999; Kirchmann et al., 2017; Fraley, Waller & Brennan, 2000; Stein et al., 2002). In Tabelle 3 finden sich Beispielitems dieser beiden Dimensionen nach Bierhoff und Grau (1999).

Tab. 3. Beispielitems der Angst- und Vermeidungsdimension nach Bierhoff und Grau (1999, S. 35 ff.).

Bindungsangst	Bindungsvermeidung
„Ich mache mir oft Sorgen, daß mein Partner mich nicht genug mag.“	„Ich fühle mich durch eine intensive Beziehung schnell eingeengt.“
„Ich habe Angst, daß mein Partner die Beziehung zu mir abbricht.“	„Meine allerintimsten Gefühle gehen meinen Partner nichts an.“
„Ich versuche meinen Partner dazu zu bewegen, daß er mehr Zeit mit mir verbringt.“	„Wenn ich Ärger habe oder krank bin, möchte ich meinen Partner lieber nicht sehen.“

Zu der Dimension der Bindungsangst zählt das Bedürfnis nach Nähe und Schutz, Sorgen über die Responsivität und Verfügbarkeit der Bindungsperson sowie die Angst vor Zurückweisung oder dem Verlassen werden (Shaver & Mikulincer, 2009). Prototypisch bindungsängstliche Personen erleben sich selbst als wenig kompetent darin, Anforderungen alleine zu bewältigen. Aufgrund dessen tendieren sie dazu, viel in den Erhalt der Aufmerksamkeit und der Nähe anderer zu investieren, was oftmals mit starken Emotionen und einem Verhalten einhergeht, das als klammernd und abhängig empfunden werden kann (Ehrenthal, 2016). Die Dimension der Bindungsvermeidung bezieht sich auf das Gefühl des Unbehagens bei Nähe und Abhängigkeit. Prototypisch bindungsvermeidende Personen tendieren dazu, ihre Nähebedürfnisse zu verleugnen und Intimität abzulehnen. Sie bevorzugen emotionale Distanz und Eigenständigkeit (Shaver & Mikulincer, 2009; Ehrenthal, 2016).

Die dimensionale Erfassung der partnerschaftlichen Bindung hat sich mittlerweile in der Bindungsforschung im Erwachsenenalter etabliert und sowohl die meisten deutsch-, als auch englischsprachigen Verfahren basieren auf diesem Konzept (von Sydow, 2012). Nach Stein und Kollegen (2002) repräsentiert ein sicherer Bindungsstil niedrigere Werte auf beiden Dimensionen, während ein ängstlich-vermeidender hohe Werte auf beiden verzeichnet. Der gleichgültig-vermeidende Bindungsstil setzt sich aus einem hohen Vermeidungs- und einem niedrigen Angstwert zusammen, während der ängstlich-ambivalente einen hohen Angst- und einen niedrigen Vermeidungswert aufweist. In Abbildung 4 findet sich eine integrative Darstellung der Bindungsklassifikationen, modifiziert nach Dinkel (2006).

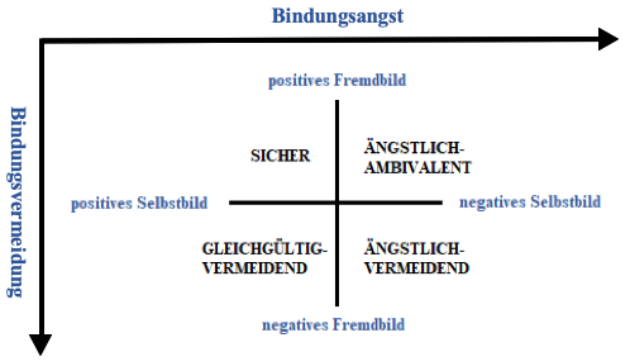


Abb. 4. Integrative Darstellung der Bindungsklassifikation, mod. nach Dinkel (2006).

Zur Stabilität der Bindungsstile

Um der Frage nach einem Zusammenhang der im Kindesalter klassifizierten Bindungsmuster über die weitere Entwicklung hinweg und somit der Stabilität der Bindungsmuster nachzugehen, wurden verschiedene Studien durchgeführt. Die Untersuchung von Main und Cassidy aus dem Jahr 1988 konnte eine Übereinstimmung zwischen einer sicheren und unsicheren Bindungsklassifikation im Säuglingsalter und im Alter von sechs Jahren nachweisen. Auch die Längsschnittstudie von Wartner, Grossmann, Fremmer-Bombik & Suess (1994) kam hierbei zu einer Übereinstimmung von 82 %. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass sich die internalen Arbeitsmodelle der Kindheit in den unterschiedlichen Arbeitsmodellen im Erwachsenenalter widerspiegeln und insofern eine altersübergreifende Stabilität der Bindungsklassifikation gefunden werden kann. In Längsschnittstudien, die größere Zeiträume vom Säuglings- über das Kindes-, bis in das Erwachsenenalter untersuchten, zeigten sich jedoch heterogene Ergebnisse. Während einige Studien eine Stabilität der sicheren und unsicheren Bindungsklassifikation vom Säuglings- bis in das Jungendalter nachweisen konnten (77 % Stabilität bei Hamilton, 2000; 72 % Stabilität bei Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000), ließ sich diese in anderen Studien wiederum nicht belegen. Zimmermann, Fremmer-Bombik, Spangler und Grossmann (1997) fanden keine Hinweise auf eine Übereinstimmung der Bindungsklassifikation im Säuglings- oder Kindesalter und des Jungendalters und auch Becker-Stoll, Fremmer-Bombik, Wartner, Zimmermann und Grossmann (2008) kamen zu gleichen Ergebnissen. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bindungsklassifikation im Kindesalter und der im Alter von 16 Jahren (Zimmerman et al., 1997; Becker-Stoll et al., 2008). Übereinstimmend zeigte sich jedoch in den Studien der Einfluss der Risikofaktoren auf das Bestehen von unsicheren Bindungsstilen (Hamilton, 2000) oder auf die Veränderung der Bindungsstile (sichere in unsichere; Waters et al., 2000; Becker-Stoll et al., 2008). Kritische Lebensereignisse, wie z.B. eine Scheidung der Eltern, der Verlust nahestehender Verwandter, schwere Unfälle sowie psychische und lebensbedrohliche Erkrankungen der Eltern beeinflussen die Entwicklung der internalen Bindungsarbeitsmodelle, besonders in Richtung einer unsicheren Bindungsrepräsentation, da sich in diesem die realen Erfahrungen mit den Bindungspersonen widerspiegeln (Zimmermann et al., 1997). In ihre Meta-Analyse inkludierten Pinquart, Feußner und Ahnert (2013) 127 Studien, welche mehr als 21.000 Bindungsbeziehungen über mehrere Zeiträume erhoben hatten. Die Abstände zwischen den Erhebungen schwankten hierbei von einem halben Jahr bis zu 29 Jahren. Insgesamt ließ sich eine mittlere Bindungsstabilität erkennen, wobei diese bei

kürzeren Zeitabständen (< 3 Jahre) höher und bei längeren Zeitabständen (> 5 Jahre) erheblich niedriger war. Lagen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten 15 Jahre oder mehr, so fand sich keine statistisch signifikante Stabilität. Des Weiteren deuten die Befunde darauf hin, dass eine sichere Bindung im Vergleich zu einer unsicheren eher zur Stabilität neigt, wenn keine Risikofaktoren bestehen und dass höhere Stabilitätskoeffizienten gefunden werden, wenn die inneren Arbeitsmodelle jenseits des Kleinkindalters mit repräsentativen und nicht verhaltensorientierten Verfahren erhoben werden (Pinquart et al., 2013). Neben den bereits genannten Risikofaktoren (vgl. Waters et al., 2000; Becker-Stoll et al., 2008), merkt Allen (2008) hinsichtlich der mangelnden oder gar fehlenden Kontinuität von Bindung an, dass die Erfassung der Bindung (z.B. mittels des AAI) im Erwachsenenalter nicht einfach nur eine weiterentwickelte Version dessen ist, was in der Fremde Situation ersichtlich ist, sondern dass diese beiden Konstrukte vielmehr auf einer komplett unterschiedlichen Analyseebene – der intrapsychischen und der dyadisch-relationalen – bestehen und sich somit in ihrer Natur fundamental unterscheiden. Zudem werden mit zunehmender Entwicklung die Bindungsfacetten eines Menschen schlichtweg vielschichtiger. In der Kindheit stellen ausgewählte Bezugspersonen die Hauptbindungspersonen dar, auf die sich die Bindungsqualität bezieht, während sich mit steigendem Alter und zunehmenden Bindungserfahrungen, wie z.B. auch Liebesbeziehungen, die internalen Arbeitsmodelle zu einer übergreifenden Organisation und einer generalisierten Haltung gegenüber Bindung und Beziehungen transformieren (Allen, 2008; vgl. Pinquart et al., 2013; Ahnert & Spangler, 2014). Dies lässt sich auch mit den Befunden von Pinquart und Kollegen (2013) vereinen, dass eine höhere Stabilität dann gefunden werden kann, wenn die internalen Arbeitsmodelle jenseits des Kindesalters auf der repräsentativen Ebene mit ebendiesen Verfahren erfasst werden.

3. Depressionen

Die affektiven Erkrankungen bilden eine Störungsgruppe, deren Hauptcharakteristika eine meist phasenhafte Veränderung der Stimmungslage in Richtung des depressiven oder manischen Pols und eine Änderung der Antriebslage darstellen (Härter & Schneider, 2012). Neben diesen Veränderungen in Affekt und Stimmung, manifestieren sich auch Veränderungen des Denkens und der Wahrnehmung, wobei zusätzlich auch die gesamte Lebensorientierung und Lebenssituation des Patienten über diese Symptome hinaus betroffen ist. Erkrankt eine Person an einer affektiven Störung, so lässt sich dies nicht auf eine Veränderung des Hirnstoffwechsels eingrenzen. Es ist vielmehr die psychophysische Einheit der Person, in Resonanz mit der individuellen Lebenssituation und den sozialen Beziehungen (Fuchs & Berger, 2013). Da sich in dieser Untersuchung die Stichprobe auf Störungsbilder in Richtung des depressiven Pols bezieht, werden nachfolgend nur die unipolaren Depressionen beschrieben und es wird nicht weiter auf die bipolaren Störungen sowie die manischen Erkrankungen eingegangen.

Klassifikation/Definition

Der Begriff *Depression* lässt sich von dem lateinischen Begriff *deprimere* ableiten, was mit *herab*- oder *niedergedrückt* übersetzt werden kann (vgl. Benecke, 2014). Im *Internationalen Klassifikationssystems psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling & Freyberger, 2016) lassen sich die Störungen des depressiven Formenkreises unter den Diagnosen F32 - F39 finden. Die Hauptsymptome liegen hierbei in einer Veränderung der Stimmungslage oder der Affektivität, deren Beginn häufig mit belastenden Situationen oder Geschehnissen in Verbindung zu bringen ist. Hierzu gehören die depressive Episode, die rezidivierende depressive Störung und die anhaltenden affektiven Störungen, zu denen die Dysthymie zählt. Ferner gibt es noch die Kategorien andere affektive Störungen und nicht näher bezeichnete affektive Störungen. Die Klassifizierung innerhalb dieser affektiven Störungen geschieht hierbei auf Grundlage des Verlaufes, der Schwere, der Häufigkeit und der Symptomausprägung (Dilling & Freyberger, 2016).

Depressive Episoden, unter F32 codiert, sind gemäß des ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2016) durch folgende zentrale Merkmale gekennzeichnet:

- Gedrückte Stimmung
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Antriebsverminderung
- Erhöhte Ermüdbarkeit

Damit eine depressive Episode diagnostiziert werden kann, müssen diese Symptome mindestens zwei Wochen lang anhalten. Neben den bereits genannten Hauptsymptomen weisen die meisten Betroffenen zusätzlich Schlafstörungen, eine ausgeprägte Müdigkeit, welche bereits nach kleinsten Anstrengungen auftreten kann und einen verminderten Appetit auf. Des Weiteren sind Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens sowie Schuldgefühle und Gedanken der eigenen Wertlosigkeit Teil der Symptomatik. Die gedrückte Stimmung ist größtenteils konstant und spricht nicht auf (veränderte oder positive) Lebensumstände an. Auch kommt es zu einem Verlust des Gewichts und der Libido, einem Morgentief und einer deutlichen psychomotorischen Hemmung (Dilling & Freyberger, 2016). Abhängig von der Anzahl, der Ausprägung und der Schwere der Symptome, wird zwischen den leichten (F32.0), den mittelgradigen (F32.1) und den schweren Episoden der Depression (Major Depression) ohne psychotische Symptome (F32.2) und mit psychotischen Symptomen (F32.3) unterschieden. Unter F32.8 werden sonstige depressive Episoden und unter F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episoden angeführt. Bei der leichten depressiven Episode kommt es zu einer generellen Beeinträchtigung durch die beschriebenen Symptome, jedoch sind die Betroffenen noch zu der Ausführung der meisten alltäglichen Aktivitäten imstande. Demgegenüber steht die mittelgradige depressive Episode, da es hierbei zu überwiegend großen Schwierigkeiten in der Fortsetzung dieser alltäglichen Aktivitäten kommt. Bei der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sind Suizidgedanken und -handlungen sehr häufig, während die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen vorrangig mit Wahnideen, Halluzinationen oder einem Stupor einhergeht. Diese Wahninhalte können, aber müssen nicht synthym[3] sein. Neben der Gefahr des Todes durch Suizid, kann es auch zur Lebensgefahr mangels zu geringer Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme kommen (Dilling & Freyberger, 2016).

[3] Im Einklang mit der depressiven Stimmung.

Weist ein Betroffener stets wiederkehrende depressive Episoden auf, so handelt es sich um die rezidivierende depressive Störung (F33). Die Dauer dieser Episoden kann zwischen wenigen Wochen, bis hin zu mehreren Monaten schwanken und das schleichende oder akute Auftreten der ersten Episode in jedem Lebensalter geschehen. Unter den rezidivierenden depressiven Störungen wird ebenfalls, wieder auf Grundlage der Schwere, der Ausprägung und der Anzahl der aktuellen Symptome, zwischen einer gegenwärtigen leichten Episode (F33.0), einer gegenwärtigen mittelgradigen Episode (F33.1), einer gegenwärtigen schweren Episode ohne (F33.2) und mit psychotischen Symptomen (F.33.3) unterschieden. Des Weiteren gibt es die gegenwärtig remittierte depressive Störung (F33.4), bei der die Symptome zwar in der Anamnese vorzufinden sind, jedoch in den letzten Monaten nicht auftraten und aktuell nicht präsent sind. Darüber hinaus wird im ICD-10 auch noch eine nicht näher angeführte sonstige rezidivierende (F33.8) und einer nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung (F33.9) angeführt (Dilling & Freyberger, 2016).

Die Dysthymie (F34.1) findet sich unter den anhaltenden affektiven Störungen, wobei die Mehrheit der Episoden nicht hinlänglich schwer genug sind, um als eine Störung in Richtung des depressiven Pols angesehen zu werden (i.S. der depressiven Diagnosen). Dieses Störungsbild hält mit der Symptomatik der depressiven Verstimmung oft jahrelang, mitunter größere Abschnitte des Erwachsenenlebens an, weswegen es erhebliche Beeinträchtigungen und großes subjektives Leid mit sich zieht (Dilling & Freyberger, 2016).

Epidemiologie, Verlauf, Komorbiditäten und Risikofaktoren

Depressionen stellen eine ernstzunehmende Erkrankung dar, die das Leben der Betroffenen drastisch verändern und beeinträchtigen können. Während 50 % aller Betroffenen erstmals schon vor ihrem 31. Lebensjahr an einer Depression erkranken, kann eine Depression in jedem Lebensalter auftreten. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Inzidenz der Depressionen. Da sie jedoch auch in jungen Jahren auftreten, können sie somit nicht als Störungen des höheren Lebensalters gelten (Küchenhoff, 2017).

Nach Schätzungen der WHO (2017) lebten im Jahr 2015 weltweit rund 322 Millionen Menschen jeder Altersklasse und somit 4.4 % der Weltbevölkerung mit einer depressiven Erkrankung. Frauen sind mit 5.1 % häufiger betroffen als Männer, deren Wert bei 3.6 % liegt (WHO, 2017). Nach Lim und Kollegen (2018), welche in ihrer Meta-Analyse 13 Studien im Zeitraum von 1994 – 2014 inkludierten, liegt das Risiko für die Entwicklung einer Depression

im Laufe des Lebens (Lebenszeitprävalenz) bei 10.8 %. Für die unipolaren Depressionen wird in der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung eine 12-Monats-Prävalenz von 7.7 % angenommen, während die der Major Depression auf 6 % und die der Dysthymie auf 2 % geschätzt wird (s. Abbildung 5). In einem Zeitraum von 12 Monaten sind ca. 4.9 Millionen Menschen in Deutschland von einer unipolaren Depression betroffen (Jacobi et al., 2014).

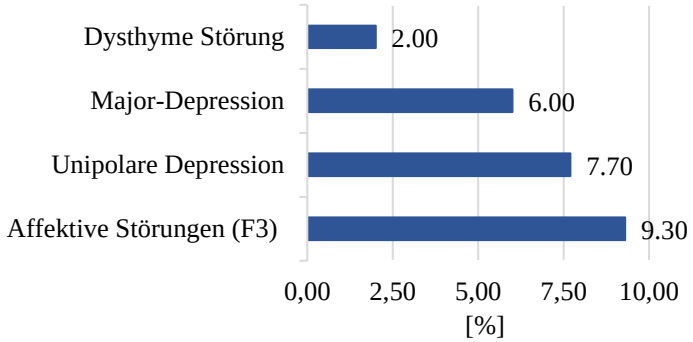


Abb. 5. 12-Monats-Prävalenzen von Affektiven Störungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung nach Jacobi et al. (2014).

Zudem zeigt sich in der *Global Burden of Disease* Studie aus dem Jahr 2017, dass depressive Störungen auf dem dritten Platz der führenden Erkrankungen für den Verlust an unbeeinträchtigten und gesunden Lebensjahren liegen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018). Daneben findet sich die unipolare Depression unter den zehn weltweit führenden Erkrankungen (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006).

Der Verlauf einer Depression stellt ein sehr interindividuelles, heterogenes Bild dar und ist von dem Störungsbild abhängig. In Abbildung 6 finden sich die Verlaufsformen der depressiven Störungsbilder (mod. nach Härter & Schneider, 2012). Während einige Betroffene nur vereinzelt depressive Episoden, mit teilweise jahrelangen symptomfreien Zeitabständen erleben, treten diese Episoden bei anderen gehäuft auf. Wiederum andere entwickeln mit steigendem Lebensalter häufiger depressive Episoden (Benecke, 2014). Die Depression ist eine im hohen Maße wiederkehrende Erkrankung, wobei mit jeder nachfolgenden Episode das Risiko der erneuten Wiederkehr steigt (Solomon et al., 2000). Typischerweise sind depressive Episoden zeitlich begrenzt. Die mittlere Dauer einer Episode wird auf schätzungsweise 20 Wochen gelegt. Hält die depressive Symptomatik über zwei Jahre oder länger an, so wird von einer chronifizierten Depression gesprochen (Arnow & Constantino, 2003).

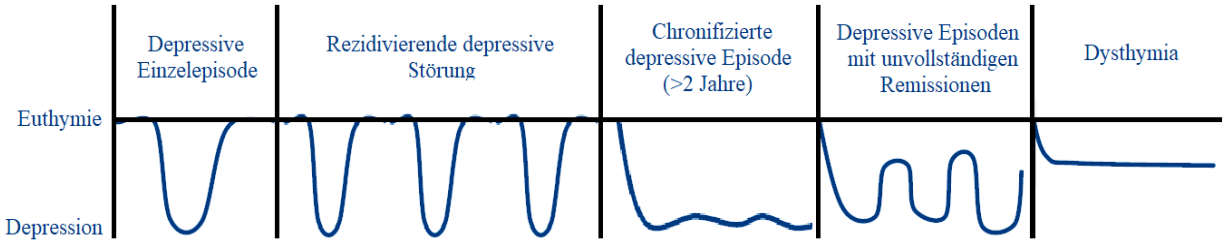


Abb. 6. Verlaufsformen der depressiven Störungsbilder, mod. nach Härter & Schneider (2012).

Nach Hautzinger (2010) scheinen chronifizierte Verläufe zuzunehmen, wobei immer mehr jüngere Altersgruppen davon betroffen sind. Rubio und Kollegen (2011) fanden in ihrer Studie an unipolar depressiven Patienten eine 12-Monats-Prävalenz der Chronifizierung von 26.5 %, bzw. eine Lebenszeitprävalenz von 24 %. Im Vergleich mit nicht chronisch depressiven Patienten, weisen chronisch Depressive sowohl ein schlechteres subjektives psychisches Wohlbefinden als auch eine eingeschränktere soziale und berufliche Funktionsweise auf (Arnow & Constantino, 2003).

Neben den vielfältigen und individuellen Symptomen, welche im Rahmen einer Depression auftreten können, kommt es auffallend häufig zu Komorbiditäten mit anderweitigen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Paykel, Brugha & Fryers, 2005). Eine höhere Symptomschwere, geringeres Ansprechen auf medikamentöse oder therapeutische Behandlungen, Chronifizierung und eine stärkere funktionelle Beeinträchtigung werden mit Komorbiditäten assoziiert (Härter & Schneider, 2012). Nach Kessler und Kollegen (2003) liegt die Lebenszeitprävalenz für die Komorbidität der Depression mit mindestens einer weiteren psychiatrischen Diagnose bei 72.1 %. In ihrer bevölkerungsrepräsentativen Studie in den USA fielen hierunter 59.2 % auf Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Phobien, posttraumatische Belastungsstörung und Zwangsstörungen), 30 % auf eine Impulskontroll-Störung und 24 % auf Substanzmissbrauch. Hinsichtlich der körperlichen und neurologischen Erkrankungen treten z.B. bei Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfällen und auch Diabetes häufig komorbide Depressionen auf (vgl. Deuschle & Lederbogen, 2002; Caeiro, Ferro, Santos & Figueira, 2006; Hermanns, Kulzer & Krichbaum, 2014). Sowohl die Kausalität und die Größenordnung als auch die psychologischen und psychopathologischen Zusammenhänge hinsichtlich dieser gesteigerten Depressionsprävalenz bei vielen physischen Erkrankungen scheinen jedoch noch ungeklärt zu sein (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Als gesichert gilt jedoch, dass die Anzahl der komorbiden Erkrankungen positiv mit der Verlaufsschwere und auch der Komplexität, der sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten, korreliert (Gastpar, 2006).

Der heutige Stand der Forschung hat bereits einige Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung identifiziert, welche sich über den elterlichen Erziehungsstil, stressreiche Beanspruchung oder Belastung, sowie auch sozioökonomische und genetische Faktoren erstrecken (vgl. Benecke, 2014; Küchenhoff, 2017). In ihrem Review Artikel kommen Alloy und Kollegen (2006) zu dem Schluss, dass der Forschungsstand auf ein erhöhtes Depressionsrisiko bei einer entweder zu niedrigen oder einer überhöhten elterlichen Fürsorge hinweist. Auch scheint eine Mischung aus einer überbehüteten Erziehung und einem stark kontrollierenden, jedoch wenig liebevollen Verhalten das Risiko für eine depressive Erkrankung zu steigern. Eine prospektive Längsschnittstudie über zehn Jahre von Nomura und Kollegen (2002) ermittelte, dass Kinder, deren Eltern selbst eine Depression hatten, geschieden waren oder in deren Familie es einen geringen Zusammenhalt gab, ein signifikant höheres Depressionsrisiko aufweisen. Da depressive Episoden häufig nach stressreichen Belastungen auftreten, lassen sich sowohl der Tod einer nahestehenden Person, Mobbingerfahrungen, traumatische Ereignisse, stressvolle soziale Konflikte, als auch weitere psychosoziale kritische Lebensereignisse ebenfalls als Risikofaktoren einstufen (vgl. Benecke, 2014; Falkai & Schmitt, 2015). Ein niedriges Ausbildungsniveau, Arbeitslosigkeit, sowie ein geringer sozioökonomischer Status, ein Leben als geschiedene Person und das Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung reihen sich in diese Risikofaktoren mit ein (vgl. Benecke, 2014). Im Hinblick auf die genetische Komponente lässt sich sagen, dass eine familiäre Belastung mit affektiven Störungen die wichtigste Risikovariable darstellt (vgl. Hautzinger, 2010). Trifft eine genetische Vulnerabilität auf kritische Lebensereignisse, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Depressionserkrankung. Ohne belastende Lebensereignisse entwickelt sich bei bestehender Vulnerabilität jedoch keine Erkrankung (vgl. Kendler, Kuhn, Vittum, Prescott, & Riley, 2005).

4. Angststörungen

Die Angst stellt eine biologisch verwurzelte Warnreaktion dar. Sie ist eine Primäremotion, ein normaler Gefühlszustand, der uns in der kurzfristigen, oder auch langfristigen Vermeidung und Bewältigung der zugrundeliegenden Bedrohungen hilft. Obwohl sie als unangenehm erlebt wird, ist die Angst ein grundlegender Bestandteil des Lebens, der durch seine Schutzfunktion überlebensnotwendig ist (vgl. Benecke, 2014; Morschitzky, 2009). Weicht indes die Angst von der normalen Angst, im Sinne der Primäremotion und dem Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit ab, so kann sie zur pathologischen Angst werden. Der Unterschied liegt hierbei nicht in der Qualität der Angst. Pathologische Angst kennzeichnet sich z.B. durch konsistente und überdauernde Angstreaktionen aus, welche auch in unangemessenen oder nicht bedrohlichen Situationen auftreten, einem Kontrollverlust über die Angst und einer eintretenden Erwartungsangst (die „Angst vor der Angst“), welche eine massive emotionale Belastung darstellt. Auch kommt es zu einem ungewöhnlich intensiven und häufigen Erleben dieser Angstreaktionen und einem starken Leidensdruck der Betroffenen, wodurch die Lebensqualität stark beeinträchtigt wird (vgl. Benecke, 2014, Kasper et al., 2018). Hinsichtlich der differentiellen pathologischen Angstbeurteilung ist eine Unterscheidung der psychisch bedingten Angstsymptome und der „organischen“ Angst sinnvoll (s. Abbildung 7). Organisch bedeutet in diesem Kontext jene Angstzustände, welche anlässlich einer somatischen Erkrankung, wie z.B. einer Gehirnverletzung oder einer Stoffwechselstörung auftreten können. Psychisch bedingte Angstzustände werden in objekt-/situationsabhängig und -unabhängig untergliedert. Bei den objekt-/situationsabhängigen Ängsten handelt es sich um die phobische Angst, während sich die unabhängigen Ängste wiederum in anfallsartige oder chronisch Zustände unterteilen (Kasper et al., 2018).

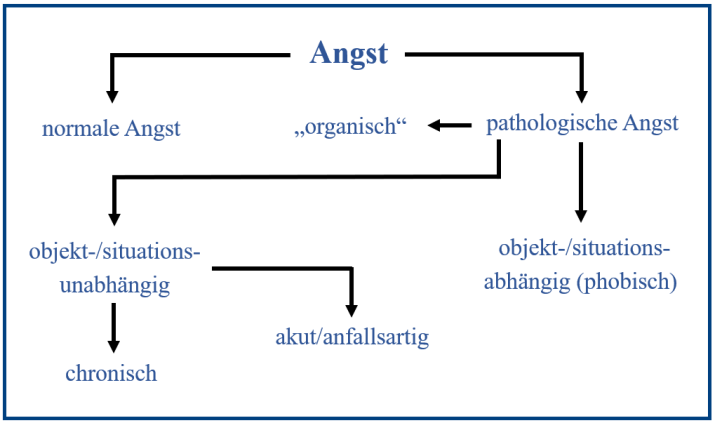


Abb. 7. Differentielle Beurteilung der Angst nach Kasper et al., 2018.

Klassifikation/Definition

Das ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2016) codiert die Angststörungen unter den neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen (Diagnosegruppe F40-48). Dieses Kapitel ist wiederum in phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative, somatoforme und andere neurotische Störungen gegliedert. Da sich in dieser Untersuchung die Stichprobe auf die Erkrankungen der phobischen Störungen, der Panikstörung sowie der generalisierten Angststörung bezieht, wird nachfolgend nur auf diese eingegangen.

Wichtige Merkmale der Angststörungen bilden die typischen Angstsymptome und auch die Panikattacken. Gefühle intensivster Angst und Furcht, begleitet von kognitiven, vegetativen und somatischen Symptomen stellen hierbei die Hauptmerkmale dar. Es kommt zu Schweißausbrüchen, Herzrasen, Atemproblemen und Beklemmungsgefühlen, Benommenheit, Schwindel, Todesangst, Derealisation und Depersonalisation. Der Beginn einer Panikattacke ist abrupt. Innerhalb von wenigen Minuten erreicht sie ihren Höhepunkt und dauert zwischen einigen bis ca. 30 Minuten an. Vorwiegend sind solche Attacken mit einem Gefühl drohender Gefahr und einem Fluchtdrang assoziiert (vgl. Dilling & Freyberger, 2016; Benecke, 2014).

Die phobischen Störungen (F40) stellen eine Form der Angststörung dar, bei der irrationale Befürchtungen vor gewissen Situationen oder Objekten, welche jedoch überwiegend ungefährlich sind, im Vordergrund stehen. Die Symptome treten vornehmlich nur bei Konfrontation mit den befürchteten Situationen/Objekten oder auch bei Gedanken an diese auf. Aufgrund der großen Furcht während der Konfrontation, kommt es typischerweise zu einem starken Vermeidungsverhalten und einer emotionalen Belastung (Dilling & Freyberger, 2016).

Bei der Agoraphobie (F40.0; Agoraphobie ohne Panikstörung) beziehen sich die Befürchtungen auf das Betreten von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen oder Geschäften, das Verlassen des Hauses oder auch allein mit Bahn, Bus oder Auto zu reisen. Allgemeine Symptome sind Kälteschauer oder Hitzewallungen, sowie Kribbelgefühle oder Gefühlstaubheit. Auch kommt es zu den typischen kognitiven, vegetativen und somatischen Symptomen, bis hin zu Panikattacken (F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung) und der Angst zu sterben. Oft treten zwanghafte und depressive Symptome sowie soziale Phobien bei der Agoraphobie auf (Dilling & Freyberger, 2016).

Die Angst einer interpersonalen Bewertung oder einer prüfenden Betrachtung durch andere Menschen ausgesetzt zu sein, wird als soziale Phobie (F40.1) bezeichnet. In sozialen Situationen kommt es zu der Angst vor leistungsbezogenem Versagen, Demütigung oder auch Erniedrigung. Die Symptome erstrecken sich unteranderem über Zittern, Erröten, Übelkeit, Drang zum Stuhlgang oder Wasserlassen und können sich bis hin zu einer Panikattacke steigern. Diese sozialphobischen Ängste können generalisiert, oder auch spezifisch sein. Typischerweise kommt es bei bevorstehenden Konfrontationen zu einer übermäßigen Erwartungsangst (Dilling & Freyberger, 2016).

Die spezifischen (isolierten) Phobien finden sich im ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2016) unter F40.2 und lassen sich anhand ihrer Typologie einteilen. So wird zwischen dem

1. Tier-Typus,
2. dem Umwelt-Typus (z.B. Wasser, Stürme, etc.)
3. dem Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus,
4. dem situativen Typus (z.B. Flugzeug, Aufzüge, etc.) und
5. dem anderen Typus (z.B. Erkrankung, Ersticken, etc.) unterschieden (Falkai & Wittchen, 2015).

Die Konfrontation mit den phobischen besetzten Objekten oder Situationen kann hierbei die gleichen Symptome wie bei der Agoraphobie und der sozialen Phobie auslösen (Dilling & Freyberger, 2016).

Die Angstmanifestationen stellen bei den sogenannten anderen Angststörungen (F41) die Hauptsymptome dar, ohne dass diese auf eine spezifische Umgebungssituation bezogen sind. Auch hier zeigen die Betroffenen das typische Vermeidungsverhalten und es kommt zur Erwartungsangst. Schwerwiegende Angstattacken, welche durch ihr plötzliches Auftreten unvorhersehbar sind, treten im Rahmen der Panikstörung (F41.0) auf. Wichtig ist, dass diese Panikattacken nicht im Rahmen von besonderen Anstrengungen, bedrohlichen oder gar lebensbedrohlichen Situationen auftreten. Treten mindestens vier Attacken in einem Zeitraum von vier Wochen auf, so wird eine mittelgradige Panikstörung (F41.00) diagnostiziert. Kommt es vier Wochen lang zu mindestens vier Attacken pro Woche, handelt es sich um die schwere Panikstörung (F41.01; Dilling & Freyberger, 2016).

Charakterisiert durch eine stetige, frei flottierende Angst, welche nicht an bestimmte Situationen oder Objekte gebunden ist, findet sich unter F41.1 die generalisierte Angststörung.

Die Betroffenen weisen Beschwerden wie permanente Nervosität, Muskelanspannungen, Beklemmungsgefühle, Schwitzen, Herzklopfen oder auch Schwindel auf. Für die Diagnosestellung müssen in einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten übertriebene Katastrophenerwartungen und unrealistische Besorgnis über alltägliche Ereignisse sowie Angstsymptome auftreten (Dilling & Freyberger, 2016).

Unter F41.3 (andere gemischte Angststörungen) werden Symptome der Angst, gemischt mit Symptomen anderer Störungsbilder der Diagnosen F42 - 48[4] codiert. Des Weiteren finden sich unter F41.8 die sonstigen spezifischen, und unter F41.9 die nicht näher bezeichneten Angststörungen (Dilling & Freyberger, 2016).

Epidemiologie, Verlauf, Komorbiditäten und Risikofaktoren

de Lijster und Kollegen (2017) führen in ihrer Meta-Analyse ein durchschnittliches Alter von 21.3 Jahren bei Manifestation der Angststörungen an. Die soziale Phobie und die spezifischen Phobien stellen hierbei Formen der Angststörungen dar, welche relativ früh augenscheinlich werden, da sie im Durchschnitt vor dem 15. Lebensjahr auftreten. Die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und die Agoraphobie hingegen manifestieren sich durchschnittlich zwischen dem 21.1 und dem 34.9 Lebensjahr. In den bisherigen Forschungsergebnissen zeigt sich konsistent, dass Frauen im Gegensatz zu Männern etwa doppelt so häufig von Angststörungen betroffen sind (vgl. Kessler et al., 2005; Bandelow & Michaelis, 2015). Somers, Goldner, Waraich und Hsu (2006) inkludierten in ihren systematischen Review-Artikel 41 Prävalenz- und fünf Inzidenz-Studien zu den Angststörungen, welche zwischen 1980 bis 2004 publiziert wurden. Nach ihnen liegt das Risiko im Laufe des Lebens an einer Angststörung zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) bei 16.6 % (Somers et al., 2006). Im Jahr 2015 lebten nach Schätzungen der WHO (2017) weltweit 3.6 % der Menschen mit einer Angststörung. In Europa (zzgl. der Schweiz, Island, und Norwegen) stellen die Angststörungen mit einer Ein-Jahres-Prävalenz von 14 % die am häufigsten auftretende Gruppe der psychischen Erkrankungen dar (Wittchen et al., 2011). In der deutschen Erwachsenenbevölkerung ist die 12-Monats-Prävalenz der spezifischen Phobie mit 10.3 % am höchsten. Darauf folgen die Agoraphobie mit 4.0 %, die Soziale Phobie mit 2.7 %, die generalisierte Angststörung mit 2.2 % und die Panikstörungen

[4] F42: Zwangsstörung, F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, F44: Dissoziative Störungen, F45: Somatoforme Störungen, F48: Andere neurotische Störungen.

(mit und ohne Agoraphobie) mit 2.0 % (s. Abbildung 8). In einem Zeitraum von 12 Monaten leiden in Deutschland ca. 9.8 Millionen Menschen an einer Angststörung (Jacobi et al., 2014).

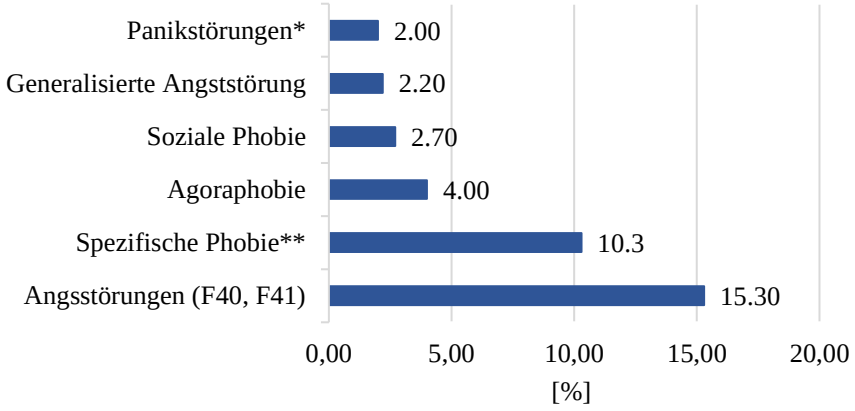


Abb. 8. 12-Monats-Prävalenzen von Angststörungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung nach Jacobi et al. (2014); *mit und ohne Agoraphobie; **Blut-, Spritzen-, Verletzungsphobien, situationale Phobien, Tierphobien, Phobien vor Naturereignissen.

Die klinische Relevanz der verschiedenen Formen der Angststörung ergibt sich aus dem Leidensdruck der Betroffenen sowie der Beeinträchtigung der Lebensgestaltung und auch den Vermeidungsmöglichkeiten. Eine spezifische Phobie beeinträchtigt das Leben der Betroffenen generell weniger, da große Bereiche des Lebens meist durch die selektive Vermeidung der Angstauslöser unbeeinflusst bleiben. Eine ausgeprägte Sozialphobie, eine generalisierte Angststörung, eine Agoraphobie oder auch eine Panikstörung hingegen können durch ihre Symptommerkmale massive (funktionelle) Beeinträchtigungen nach sich ziehen, welche die Lebensführung der Betroffenen stark einschränken (vgl. Kinzl, 2012; Angenendt et al., 2015; Zwanzger & Schneider, 2012). Kommt es zu einer Generalisierung und Ausweitung des für Angststörungen typischen Vermeidungsverhalten, so ist dies auch oft mit einer Arbeitsunfähigkeit sowie anderweitigen Einschränkungen verbunden (Kinzl, 2012). Sowohl die Lebensqualität der Betroffenen, das psychosoziale Funktionsniveau, der soziale Status und die finanzielle Situation können durch die verschiedenen Formen der Angsterkrankungen in Abhängigkeit ihrer klinischen Relevanz erheblich beeinträchtigt werden (Mendlowicz & Stein, 2000). Generell lässt sich sagen, dass Angststörungen zu chronifizierten Verläufen neigen und es selten zu Spontanremissionen kommt (Geiser, Kleiman, Albus & Conrad, 2012; Morschitzky, 2009). Der durchaus schwankende Verlauf, mit teilweise monate- oder auch jahrelangen symptomarmen Episoden, endet häufig in einer persistierenden, mild-chronischen Form (Angenendt et al., 2015) Bei der generalisierten Angststörung steigen mit der Erkrankungsdauer, die Anzahl und die Ausprägungen der Symptome. Treten zusätzlich auch

noch belastende Situationen oder Ereignisse auf, so verschlechtert sich die Symptomatik oftmals (Morschitzky, 2009).

Natürlich können Angststörungen als alleinige Störung vorkommen, jedoch weisen die Betroffenen weitaus häufiger Komorbiditäten mit sowohl anderen Formen der Angststörungen als auch anderen psychischen und/oder somatischen Erkrankungen auf. Diese Komorbiditäten gehen mit einem etwaig therapieresistenteren und schwereren Verlauf sowie einer erhöhten Suizidalität einher (vgl. Kasper et al., 2018). Im Laufe ihres Lebens bekommen 60 % und mehr der Betroffenen mindestens eine weitere Angststörung oder eine Depression diagnostiziert (Goldstein-Piekarski, Williams & Humphreys, 2016). Angstpatienten versuchen häufig ihre Symptomatik mit Alkohol oder Beruhigungsmitteln zu lindern, was in Sucht-/Abhängigkeitserkrankung resultieren kann. Das Risiko der Betroffenen im Laufe ihres Lebens eine komorbide Suchterkrankung zu entwickeln, ist für Frauen (15 %) ca. halb so groß wie für Männer (33.2 %; McLean, Asnaani, Litz & Hogmann, 2011). Jacobi und Kollegen (2004) berichten von komorbiden psychischen Störungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung, welche für die generalisierte Angststörung insgesamt bei 93.5 % liegen. Ganze 53.3 % der Betroffenen hiervon haben zusätzlich drei oder mehrere psychische Erkrankungen diagnostiziert bekommen. Für die Phobien liegt die Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen bei 60.3 % und für die Panikstörung bei 88.3 %. Angesichts dieser bereits sehr hohen Komorbiditäten ist es wichtig anzumerken, dass es sich hierbei um eine Querschnittsstudie handelt, deren Zahlen sich auf einen Zeitraum von 12 Monaten beziehen. Die Lebenszeitprävalenz dieser Komorbiditäten ist somit noch höher (Jacobi et al., 2004). Friborg, Martinussen, Kaiser, Øvergard und Rosenvinge (2013) führten eine umfassende Meta-Analyse zur Komorbidität der Angststörungen mit Persönlichkeitsstörungen durch und berichten von 41 % bei Panikstörungen ohne Agoraphobie, 47 % bei Panikstörungen mit Agoraphobie und der generalisierten Angststörung, sowie von 48 % bei der sozialen Phobie. Auch weisen ca. 80 % der Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Angststörung auf (Silverman, Frankenburg, Reich, Fitzmaurice & Zanarini, 2013).

Im Rahmen der bisherigen Forschungen wurden für die Angststörungen bereits verschiedene Faktoren identifiziert, welche das Risiko für eine Erkrankung erhöhen oder mit dem Auftreten dieser Störungsbilder in Verbindung stehen. Wie bereits erwähnt, manifestieren sich die verschiedenen Formen der Angststörung vermehrt in unterschiedlichen Altersabschnitten (vgl. de Lijster et al., 2017), weswegen die unterschiedliche lebenszeitliche Entwicklungsphase als

ein Risikofaktor angesehen werden kann. Neben der Tatsache, dass Frauen häufiger als Männer von Angststörungen betroffen sind, werden kontroverse Diskussionen über die Ursachen hierfür geführt. Diskussionspunkte stellen hierbei z.B. soziokulturelle Faktoren, Lerneinflüssen oder auch eine biologische Vulnerabilität (z.B. durch hormonelle Einflüsse) dar (Angenendt et al., 2015). Auch gibt es hinsichtlich des elterlichen Erziehungsstils bereits Studien, die nahelegen, dass dieser mit dem Auftreten von Angststörung in Verbindung steht. Kendler; Myers und Prescott (2000) fanden in ihrer Untersuchung Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Verhalten (lieblos, beschützend und autoritär) und den Angsterkrankungen (generalisierte Angststörung, Panikstörung und Phobien) ihrer erwachsenen Kinder und auch Lieb und Kollegen (2000) kommen zu dem Schluss, dass sowohl elterliche Überbehütung, als auch Zurückweisung mit der Entwicklung einer sozialen Phobie im Jugendalter in Verbindung steht. Des Weiteren wurde die Persönlichkeitsdimension des Neurotizismus, welche sich durch eine emotionale Labilität, einer Gehemmtheit und Schüchternheit kennzeichnet, in einer Untersuchung von Khan und Kollegen im Jahr 2005 als Vulnerabilitätsfaktor für Angststörungen identifiziert. Demnach haben Menschen mit hohen Ausprägungen auf dieser Persönlichkeitsdimension ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Angststörung. Weitere Risikofaktoren stellen ein niedriges Ausbildungsniveau, Arbeitslosigkeit, ein geringer sozioökonomischer Status sowie Verwitwung, Scheidung oder ein Leben in Trennung dar (vgl. Jacobi et al., 2004; Benecke, 2014; Beesdo, Knappe & Pine, 2009). Überdies lassen sich ein niedriger Selbstwert, ein zerrüttetes familiäres Umfeld, psychisch erkrankte Eltern, kritische Lebensereignisse, sowie traumatische Erfahrungen und sexueller Missbrauch im Kindesalter als Risikofaktoren in der bestehenden Literatur finden (vgl. Benecke, 2014; Blanco et al., 2014). Dass Angststörungen eine familiäre Häufung aufweisen, gilt in dem heutigen Forschungsstand als gut gesichert (vgl. Schneider, 1995). Die Ursachen hierfür können entweder auf die Risikofaktoren der genetischen Prädispositionen, das familiäre Umfeld oder auf das Zusammenwirken beider zurückgeführt werden (vgl. Merikangas, Avenevoli, Dierker & Grillon, 1999).

5. Bindung und Psychopathologie

Bereits in den Titeln seines zweiten und dritten Werkes zur Bindungstheorie - *Separation: Anxiety and Anger* (Bowlby, 1973) und *Loss: Sadness and Depression* (Bowlby, 1980) spiegelt sich der Stellenwert der Bindungserfahrungen und der Emotionen in dem Kontext der Beziehungserfahrungen wider. Die Bindungstheorie beschäftigt sich damit, wie sichere Bindung entstehen kann, wie sie dem Menschen helfen kann vorübergehende Phasen des Kummers, des Leids und der Sorgen zu überstehen und wie sich hieraus Hoffnung, Optimismus und emotionale Gelassenheit entwickeln können. Überdies liefert sie Modelle und Theorien zur Entstehung der unsicheren Bindungsorganisation und deren Wechselwirkung mit der Emotionsregulation, der sozialen Anpassung und der psychischen Gesundheit eines Individuums (Mikulincer & Shaver, 2008).

> A Feature of Attachment behavior of the greatest importance clinically, and present irrespective of the age of the individual concerned, is the intensity of the emotion that accompanies it, the kind of emotion aroused depending on how the relationship between the individual attached and the attachment figure is faring. If it goes well, there is joy and a sense of security. If it is threatened, there is jealousy, anxiety and anger. If broken, there is grief and depression. (Bowlby, 1988/2003, S.4)

Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass nach der Bindungstheorie ein unsicheres Bindungsmuster und das damit einhergehende Arbeitsmodell nicht an sich als psychopathologisch zu werten ist, sondern als die jeweils weitgehendst beste Strategie hinsichtlich des Umgangs mit den Bindungsbedürfnissen (Strauß, 2014). Auch in nicht-klinischen Stichproben lassen sich zwischen 40-50 % der untersuchten Personen einem der unsicheren Bindungsstile zuordnen (Cassidy & Shaver, 2008). In Bezug auf die vorhandenen interpersonalen Umgebungsbedingungen, wird die Konstituierung der unsicheren Bindungsmuster grundsätzlich als angemessen betrachtet (Strauß, 2014).

Sroufe (2005) entwickelte ein Modell, das besagt, dass die Repräsentanzen früherer Beziehungen auf die nächstfolgende Entwicklungsstufe jeweils ihren stärksten Einfluss ausüben. Über den Entwicklungs- und Lebensverlauf können sich somit die damit einhergehenden emotionalen, kognitiven und behavioralen Muster verfestigen (Sroufe, 2005). Da Personen mit einem unsicheren Bindungsmuster eher zu problematischen Verhaltensweisen in Beziehungen tendieren und über weniger flexible, bzw. geeignete Möglichkeiten und Mechanismen zur Regulation der Emotionen verfügen, steht heutzutage fest, dass ein

unsicherer Bindungsstil als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen zu sehen ist (vgl. Strauß, 2014). Der Forschungstand zeigt, dass unsicher gebundene Personen zu diversen pathologischen Affektausdrücken (vgl. Leveridge et al. 2005) und zu einem reduzierten alltäglichen psychischen Wohlbefinden tendieren sowie eine depressive bzw. ängstliche Stimmungslage aufweisen (vgl. Martin, Gilliath, Deboeck, Lang & Kerr, 2017). In einer Meta-Analyse von Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn (2009; Bindung mittels des AAI erfasst) zeigte sich, dass die klinischen Gruppen, im Vergleich zu den nicht-klinischen Gruppen, vermehrt unsichere Bindungsstile, als auch einen unverarbeiteten Bindungsstatus aufweisen. Sowohl Depressionen, Ess- und Persönlichkeitsstörungen, als auch Sucht-erkrankungen weisen signifikante Assoziationen mit unsicheren Bindungsrepräsentationen auf. Im Einklang mit diesen Befunden, zeigte die Studie von Bonab und Kooshar (2011), dass das Ausmaß der psychischen Symptome durch die Bindungsqualität vorhergesagt werden kann. Lee und Hankin (2009) kamen zu dem Schluss, dass die beiden Dimensionen der unsicheren Bindung (Angst und Vermeidung) mit prospektiven seelischen Belastungen in Verbindung stehen. Mittlerweile existieren viele Studien, die auf Zusammenhänge der Bindungsorganisation Erwachsener und ihrer psychischen Gesundheit verweisen (vgl. Allen, 2008), wobei besonders eine unsichere Bindungsorganisation mit der Psychopathologie assoziiert ist (vgl. Strauß, 2014; Allen, 2008).

In der Behandlung und der Therapie verschiedener Störungsbilder hat das Konzept der Bindung und die damit einhergehenden internalisierten Arbeitsmodelle einen relevanten Stellenwert (Schauenburg, 2017). Seit langem bestehen in der Psychotherapieforschung Kontroversen darüber, ob speziell auf Störungsbilder zugeschnittene Interventionen oder eher unspezifische generelle Faktoren für den therapeutischen Erfolg wesentlich sind, wobei vermutlich diese beiden Aspekte mit- und ineinander wirken (Schauenburg, 2017). Mittlerweile gibt es einen Konsens darüber, dass eine Veränderung im Rahmen eines therapeutischen Prozesses nicht nur auf kognitiven Faktoren, sondern auch auf der Beziehung, die Klient und Therapeut eingehen, basiert (vgl. Martin, Garske & Davis; 2000; Parish & Eagle, 2003). Die Forschung identifizierte hierbei die Therapiebeziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten als einen allgemeinen Wirkfaktor, auf den ca. 30 % der therapeutischen Veränderung zurückgehen (Ehrlich & Lutz, 2016; Norcross & Wampold, 2011). Während die menschliche Präsenz und die Anteilnahme an sich bereits auf unterschiedliche Art und Weise heilsam sein können, so nimmt die Möglichkeit des Erlebens korrigierender Erfahrungen im Kontakt mit dem Therapeuten eine besondere Rolle ein. Hierbei können implizit angewandte Strategien und

Muster von unsicheren internalen Arbeitsmodellen durch und mit dem Therapeuten aufgedeckt, beleuchtet und modifiziert werden (Schauenburg, 2017).

Mit den unterschiedlichen Bindungscharakteristika gehen unteranderem auch Unterschiede in der Reflexionsfähigkeit, dem Emotionszugang, sowie weiteren interpersonalen Merkmalen einher, welche auch für den therapeutischen Kontext relevant sind. Da hieraus unterschiedliche Aufnahmebereitschaften für Interventionen sowie Erwartungen an die Therapie und Engagement auf Seiten des Patienten resultieren können, widmet sich die Forschung auch der prognostischen Bedeutung von Bindungsmerkmalen (vgl. Sachse & Strauß, 2002; Strauß, 2008). Der hierfür existierende Forschungsstand ist widersprüchlich. Während Fonagy und Kollegen (1996) von Hinweisen auf einen besseren therapeutischen Fortschritt bei vermeidend gebundener Personen berichten, so ließ sich bei Mosheim und Kollegen (2000) das Erreichen des Therapieziels im Rahmen stationärer Psychotherapie durch das Ausmaß der Bindungssicherheit vorhersagen, wohingegen dies bei den unsicheren Bindungsstilen nicht der Fall war. Die Ergebnisse einer Meta-Analyse von Levy, Ellison, Scott und Bernecker aus dem Jahr 2011 weisen darauf hin, dass Personen mit einer hohen Ausprägung der bindungsbezogenen Angst die geringste Symptomreduktion aufweisen, während bindungssicherere die positivsten Ergebnisse verzeichnen. Der Zusammenhang mit der bindungsbezogenen Vermeidung war so gering, dass die Autoren ihn als unbedeutend bezeichneten.

5.1 Bindung und Depression

Für die Ätiologie depressiver Erkrankungen wird ein komplexes Zusammenspiel von bio-psycho-soziodynamischen Faktoren angenommen. Neben genetischen und biologischen Vulnerabilitätsmerkmalen, spielen auch lerngeschichtlich-konflikthafte, lebensbelastende und gesellschaftlich-soziale Prozesse, jedoch auch partnerschaftliche Probleme eine Rolle (vgl. Schauenburg, 2008; Buchheim, 2002). Nach Schauenburg (2008) zeigt sich in Bezug auf die Depressionskonzepte eine hohe Integrationskraft bindungstheoretischer Überlegungen.

Bindungs- und kognitiv-theoretische Erklärungsmodelle der Depression

Bowlby (1980) verweist auf drei wesentliche Faktoren, welche sich auf die internalen Arbeitsmodelle der Bindung auswirken und die aller Voraussicht nach mit der späteren Entwicklung einer Depression in Verbindung stehen. Hierzu gehören:

1. Der Verlust eines Elternteiles und das damit einhergehende Gefühl der mangelnden Kontrolle bezüglich darauffolgender Ereignisse, was zu einer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit führt.
2. Ist ein Kind des Weiteren nicht in der Lage, stabile und Sicherheit gebende Beziehungen zu seinen Bezugspersonen aufzubauen, dann wird es dies, wie auch jegliche darauffolgende Enttäuschung, voraussichtlich auf das eigene Versagen attribuieren.
3. Bekommt ein Kind von seinen Bezugspersonen vermittelt, nicht liebenswert zu sein, so wird sich dies in dem daraus resultierenden Selbstbild widerspiegeln, während das Fremdbild als lieblos angesehen wird. Somit wird das Kind und später der Erwachsene in Notsituationen von den Mitmenschen keine Unterstützung, sondern Feindseligkeit und Zurückweisung erwarten.

Nach Beck (1999, 2008) liegt der Entstehung einer Depression eine kognitive Triade zugrunde, welche sich aus drei Komponenten zusammensetzt: Eine kognitive Vulnerabilität i.S. negativer kognitiver Schemata, Negativität in Bezug auf das Selbst, die Umwelt und zukünftige Erwartungen und kognitive Fehler, wie z.B. dichotomes Denken, selektive Aufmerksamkeit für Negatives und Übergeneralisierung. Signifikante Verlusterfahrungen im Kindesalter stellen die Grundlage für die negativen Schemata des Selbst, der Umwelt und der Zukunft dar. Diese Schemata können durch belastende Situationen reaktiviert werden und sich wiederum durch die kognitiven Fehler und die generelle Negativität, welche das Handeln der Person beeinflussen, verstärken. Sie führen nicht nur zu einer global negativ geprägten Wahrnehmung der Realität, sondern auch zu weiteren depressiven Faktoren, wie Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Motivationsverlust und sozialem Rückzug. So entstehe ein Teufelskreis, der zu einem Anstieg der depressiven Symptome führe.

Auch Seligman (1999) vertritt ein kognitivtheoretisches Modell der Depressionsentstehung, in dem das Gefühl der Hilflosigkeit, i.S. der erlernten Hilflosigkeit, eine zentrale Rolle spielt. Dieses kann im Extremfall aus einem geringen oder mangelnden Selbstwertgefühl entstehen, in dem eine Person in gewissen Situationen erfährt, keine Handlungskompetenz oder Wirksamkeit zu haben und für die Entwicklung einer Depression relevant sein. Aus diesen Erfahrungen ergibt sich die Erwartung, auch in zukünftigen Situationen keine instrumentelle Wirksamkeit zu besitzen, hilflos zu sein und keine Kontrolle über die Bewältigung von unangenehmem Erleben zu besitzen (vgl. Seligman, 1999).

Die Komponenten der Unkontrollierbarkeit und der Hilflosigkeit, welche sich in den von Bowlby (1980) vorgeschlagenen Faktoren als auch in der Konzeption der unsicheren

Arbeitsmodelle (vgl. Jungmann & Reichenbach, 2009) widerspiegeln, decken sich mit den Theorien von Beck (1999, 2008) und Seligman (1999). Buchheim (2002) schreibt hierzu, dass Bindungsunsicherheiten in diesem Sinne „… eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von depressiogenen Erwartungen spielen“ (S. 223) können.

Kritische Lebensereignisse, kognitive Vulnerabilität und Emotionsregulation

Da Themen wie z.B. Trauer, Verlust, Ärger und niedriger Selbstwert sowie der Umgang damit, sowohl in der Bindungstheorie als auch in der Entwicklung depressiver Erkrankungen zentrale Konzepte darstellen, ist es bei der Erforschung der Zusammenhänge der Bindungsorganisation und Depressionen wichtig, mögliche Faktoren, die sich auf diese Zusammenhänge auswirken oder diese auch vermitteln können, zu beleuchten. Hierbei stellt sich die Frage, wie ungünstige Regulations-, Abwehrmechanismen oder auch Konfliktverarbeitungsstrategien, sowie Einschränkungen der Emotionsregulation und negative Lebensereignisse zur Entwicklung depressiver Störungsbilder beitragen (vgl. Schauenburg, 2017).

Der Stellenwert belastender bindungsbezogener Kindheitserlebnisse von später Depressiven konnte bereits in vielen Studien nachgewiesen werden (vgl. Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Widom, DuMont & Czaja, 2007; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002a). In einer großen amerikanischen Untersuchung zu belastenden Kindheitserlebnissen und der späteren Gesundheit zeigte sich, dass ein Zusammenhang zwischen häufig erlebten Stressoren, wie z.B. Verlust-, Verunsicherungs- oder auch Deprivationserlebnissen in der Kindheit und einer späteren Depression besteht (Felitti, 2002). Entsprechende Erfahrungen bilden die Grundlage für unsichere internale Arbeitsmodelle der Bindung, welche wiederum in Kombinationen mit anderen Vulnerabilitätsmerkmalen in einer depressiven Erkrankung münden können (Schauenburg, 2017). Um der Frage nachzugehen, inwieweit Bindungsunsicherheit bei belastenden Lebensumständen das Depressionsrisiko erhöhen kann, untersuchte eine Forschungsgruppe (Bifulco et al., 2002, 2002a) über einen längeren Zeitraum eine Hochrisiko- und eine Kontrollgruppe. In der Hochrisikogruppe befanden sich Frauen, die nachgewiesene sexuelle oder gewalttätige Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit, oder langanhaltende Partnerkonflikte erlebt hatten. Hinsichtlich der Bindungsrepräsentationen unterschieden Bifulco und Kollegen (2002, 2002a) zwischen den sicheren, sowie den verstrickten, den ängstlichen, den vermeidend-zurückgezogenen und den vermeidend-aggressiven Merkmalen. Ihre Ergebnisse zeigten, dass unsichere Bindungsrepräsentationen in der Hochrisikogruppe vermehrt vertreten und dabei mit verstrickten Partnerschaftskonflikten, negativen Kindheitserfahrungen und einem niedrigen

Selbstwert assoziiert waren. Speziell die verstrickten und aggressiv-vermeidenden Bindungsrepräsentationen bedingten hierbei ein erheblich höheres Depressionsrisiko. Des Weiteren ist die Wahrscheinlichkeit, in einem Zeitraum von 12-Monaten eine depressive Störung zu entwickeln umso höher, desto größer die Bindungsunsicherheit ist (Bifulco et al., 2002, 2002a).

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei den internalen Arbeitsmodellen der Bindung um Modelle der Verhaltens- und Emotionsregulation, welche sich aus den bisher gesammelten Bindungserfahrungen entwickeln (vgl. Jungmann & Reichenbach, 2009). Sie beeinflussen und formen sowohl den Selbstwert, das Selbstbild und die Selbstwirksamkeit als auch die Fähigkeit kompetent mit emotional belastenden Situationen und/oder Konflikten umzugehen (vgl. Zimmermann, 2000; Jungmann & Reichenbach, 2009), indem sie die kognitiven, behavioralen und auch die affektiven Reaktionen bei Stress beeinflussen (Malik, Wells & Wittkowski, 2015). Somit lässt sich dies mit den kognitivtheoretischen Modellen der Depressionsentstehung von Beck (1999, 2008) und Seligman (1999) in Verbindung bringen. Menschen mit einer sicheren Bindung haben einen guten Zugang zu ihren Emotionen und können diese meist mit nur minimalen Verzerrungen bekennen und ausdrücken, ohne von ihnen überrollt zu werden. Sie sind zu einer selbständigen Emotionsregulation imstande, können aber auch bei dem Bedürfnis nach sozialer Unterstützung diese aufsuchen (Mikulincer & Shaver, 2017). Anders ist dies bei einer ängstlichen Bindung. Hierbei kommt es bei emotionalem Stress oder Bedrohungen zu Schwierigkeiten in der mentalen Organisation. Ein ängstlicher Bindungsstil wird mit hyperaktivierenden Strategien assoziiert, welche sowohl konsistente Einforderungen nach Zuwendung und Nähe durch die Bindungsperson beinhalten als auch eine erhöhte Wachsamkeit für bindungsbezogene Reize und der Tendenz zu Grübeln und sich zu Sorgen. Im Gegensatz dazu spielen die vermeidend gebundenen die Bedrohungen oder Stressoren runter, verleugnen ihre negativen Emotionen und unterdrücken oder verdrängen ihre negativen Erinnerungen. Dieser Bindungsstil ist mit deaktivierenden Strategien assoziiert, welche jedoch nicht immer funktionieren und oft unter Belastungen zusammenbrechen (Mikulincer & Shaver, 2017). Sowohl die hyperaktivierenden als auch die deaktivierenden Strategien haben einen negativen Einfluss auf die emotionale Bewusstheit und die Mentalisierungsfähigkeit, weswegen sie die Gestaltung von sozialen Beziehungen beeinträchtigen. Sie stehen mit einem empirisch belegten Risiko für Depressionen in Verbindung (Marganska, Gallagher & Miranda, 2013; vgl. Schauenburg, 2017).

Malik und Kollegen (2015) verfassten einen Review-Artikel zur Emotionsregulation als Mediator des Zusammenhangs zwischen Bindung und Depression und kamen zu dem Schluss, dass konsistente Befunde zum Zusammenhang von unsicherer Bindung, depressiven Symptomen und hyperaktivierenden Strategien vorliegen, welche jedoch in ihrer Ausprägung schwanken. Der Forschungsstand weist überdies auf eine bestehende Mediation der hyperaktivierenden Strategien hinsichtlich des Zusammenhangs der ängstlichen Bindung und der depressiven Symptomatik hin, während die Nachweise der Mediation der deaktivierenden Strategien hinsichtlich der vermeidenden Bindung und der depressiven Symptomatik inhomogen sind. Ferner zeigte eine Studie von Dykstra, Ko und Lewis aus dem Jahr 2010, dass die emotionale Unterstützung durch den Partner die Entwicklung depressiver Symptome beeinflussen kann. Eine stärkere wahrgenommene emotionale Unterstützung durch den Partner geht mit einer niedrigeren Ausprägung depressiver Symptome einher. Konfliktreiche Beziehungen können jedoch genauso wirkungsvoll in Bezug auf die Entwicklung depressiver Symptome sein, wie mangelnde, oder gar abwesende soziale Unterstützung (vgl. Brown, Bifulco & Andrews, 1990).

„Insgesamt deutet sich an, dass Bindungsaspekte als Moderatorvariable einen bedeutsamen Anteil an der Erklärung ungünstiger Stressphysiologie, maladaptiver Krankheitsverarbeitung und entsprechenden körperlicher Folgen haben und deshalb mittelbar und unmittelbar im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen stehen“ (Schauenburg, 2008, S. 90).

Empirische Befunde

Die Übersichtsarbeit von Dozier und Kollegen (2008) zu Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter zeigt, dass sich unter depressiven Personen vermehrt ein unsicherer Bindungsstil finden lässt und auch die Meta-Analyse von Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn (2009) kam zu gleichen Schlüssen. In den Untersuchungen von Hankin, Kassel und Abela (2005) sagten sowohl hohe Werte in der Dimension der Bindungsangst, als auch der Bindungsvermeidung über einen Zeitraum von zwei Wochen, aber auch zwei Jahren einen Anstieg der depressiven Symptome vorher, und das auch, wenn für die depressiven Symptome bei Beginn der Untersuchung kontrolliert wurde. Somit deuten die Befunde darauf hin, dass unsichere Bindungsorganisationen nicht einfach nur Korrelate oder Konsequenzen depressiver Symptome sind, sondern dass sie einen kausalen Risikofaktor darstellen, der prospektiv zur Steigerung depressiver Symptome beiträgt (Hankin et al., 2005). In einer Studie von Cole-Detke und Kobak (1996) wiesen depressive Probanden vermehrt eine Tendenz zu einem ambivalenten Bindungsstil auf (43 %; klassifiziert anhand des AAI´s) und auch Fonagy und

Kollegen (1996; AAI) kamen zu diesen Ergebnissen. Demgegenüber zeigten sich bei Ivarsson, und Kollegen (2010; AAI) in einer forcierten drei-kategoriellen Unterteilung (sicher, vermeidend, ambivalent) 64 % der depressiven Probanden als vermeidend gebunden. Conradi und de Jonge (2009) widmeten sich in ihrer Untersuchung der partnerschaftlichen Bindungsrepräsentationen, gemessen anhand der Skalen Angst und Vermeidung, und der rezidivierenden Depression. Ihre Ergebnisse zeigen, dass speziell Probanden mit einer ängstlich-vermeidenden Bindungsrepräsentation eine signifikant schwerere Symptomatik, längere Behandlungen mit Antidepressiva, ein stärker beeinträchtigtes soziales Funktionsniveau und auch häufigere depressive Episoden in der Vergangenheit aufweisen, als jene mit einer sicheren Bindungsrepräsentation. Die Werte der ängstlich-ambivalent und der gleichgültig-vermeidend gebundenen Probanden hierfür lagen zwischen den Werten der sicheren und ängstlich-vermeidenden, jedoch waren die Unterschiede in den Analysen nicht immer statistisch signifikant.

Depressive Erkrankungen gehen oft mit weiteren Komorbiditäten einher (vgl. Paykel et al., 2005; Kessler et al., 2003), unter anderem auch mit Persönlichkeitsstörungen, wobei in einer depressiven Stichprobe ohne Persönlichkeitsstörungen ein höherer Anteil sicher gebundener Patienten gefunden wurde, als in einer mit (vgl. Fonagy et al., 1996). In anderen Studien finden sich neben den vielen Befunden zu unsicheren Bindungsrepräsentanzen auch Probanden, die als sicher klassifiziert werden (z.B. Conradi & de Jonge, 2009; Ivarsson et al., 2010; Fonagy et al., 1996; vgl. Buchheim, 2002; Schauenburg, 2017). Somit kann eine sichere Bindungsrepräsentanz nicht als entscheidender protektiver Faktor gegen depressive Erkrankungen gesehen werden. Bei diesen depressiven, aber als sicher klassifizierten Probanden kann es sich um jene, mit einer sogenannten „erarbeiteten Sicherheit“ (Pearson, Cohn, Cowan & Pape Cowan, 1994) handeln. Dies trifft auf Menschen zu, denen die Integration der negativen bindungsbezogenen Erfahrungen in der Kindheit im Laufe ihres Lebens in ihre psychische Entwicklung gelang, weswegen sie die Kriterien der sicheren Bindungsrepräsentanz erfüllen. Hinsichtlich der kritischen Lebensereignisse weisen die Betroffenen jedoch ein verhältnismäßig gleich hohes Depressionsrisiko auf wie jene, mit einer unsicheren Bindungsrepräsentanz (Pearson et al., 1994).

Obwohl sich in vielen verschiedenen Studien bisher herauskristallisiert hat, dass depressive Personen mehrheitlich unsichere Bindungsstile aufweisen, sind die Befunde uneinheitlich (vgl. Schauenburg, 2017). Dies mag zum einen an der Heterogenität der affektiven Störungen (unipolar, bipolar, spezifische Diagnosen) sowie deren ätiologische Wechselwirkungen mit

weiteren Faktoren liegen und zum anderen daran, dass sich die Studien hinsichtlich Klassifizierung, Schweregrad, berücksichtigten Komorbiditäten und verwendeten Verfahren zur Bindungsklassifizierung und der Symptomerfassung unterscheiden (vgl. Buchheim, 2002; Schauenburg, 2017). Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass der Bindungsstil einer Person als Prädiktor hinsichtlich der Anfälligkeit für depressive Symptome gesehen werden kann und dass der Forschungsstand eine Assoziation der unsicheren Bindungsstile mit dem depressiven Störungsbild verzeichnet.

5.2 Bindung und Angststörungen

Grundsätzlich lässt sich die heterogene Gruppe der Angststörungen durch eine Kombination von Angstgefühlen sowie der Bemühung diese zu vermeiden, beschreiben. Dominieren hierbei die Angst- und Furchtgefühle, so umfasst die Störung typischerweise internalisierende Symptome, wohingegen es sich bei einer vorherrschenden Vermeidung um externalisierende handelt (Stovall-McClough & Dozier, 2016). Auch für die Angststörungen steht fest, dass die Ursachen für eine Entwicklung sehr vielseitig sein können. Verschiedene Risikofaktoren, wie z.B. eine genetische Prädisposition, Lerneinflüsse und soziokulturelle Faktoren (vgl. Angenendt et al., 2015), die Persönlichkeitsdimension des Neurotizismus (Khan et al., 2005), aber auch der Erziehungsstil (vgl. Kendler et al., 2000; Lieb et al., 2000) und bindungsbezogene (traumatische) Erfahrungen in der Kindheit (vgl. Benecke, 2014; Blanco et al., 2014) spielen in deren Genese eine Rolle. Gegenwärtig werden für die Entstehung von Angststörungen komplexe Modelle angenommen. Diese beinhalten unter anderem einen unsicheren Bindungsstil und verstrickte Beziehungsmuster, Aspekte wie die soziale Ängstlichkeit, Stress, ein vulnerables Selbstbild, negative emotionale Schemata und weitere biografische und bio-psycho-soziale Faktoren (vgl. Petrowski & Joraschky, 2017).

Eine Gemeinsamkeit der unsicheren Bindungsmuster liegt in deren internalen Repräsentationen in denen die Mitmenschen, besonders in Zeiten der Not, als unzuverlässig und nicht verfügbar abgebildet sind. Die Erwartung, dass kein Verlass auf die Unterstützung vorhanden ist, ist mit der Anfälligkeit verknüpft, auf potenziell beunruhigende Situationen im gewöhnlichen Leben ängstlich zu reagieren und hierbei intensive oder chronische Furcht zu erleben. Da die Bindungsbeziehungen in der Regulation von Furcht und Besorgnis ausschlaggebend sind, spielt eine unsichere Bindungsvorgeschichte in der Ätiologie der Angststörungen eine Rolle (Bowlby, 1973). Somit kann sich neben einer genetischen Disposition, die Ängstlichkeit als

Persönlichkeitsmerkmal über den Weg der internalisierten Bindungs- und Beziehungserfahrungen biographisch angeeignet werden (Bassler, 2000).

Bindungstheoretische und kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle der Angststörungen

Die Bindungstheorie ist für die Angsterkrankungen nicht nur ursächlich, sondern auch bei der Bewältigung dieser relevant. Grundsätzlich kann bei Personen mit einer Angststörung das Bindungsverhaltenssystem als aktiviert gelten, da dieses durch den Affekt der Angst aktiviert wird. Vor diesem Hintergrund wird die Abhängigkeit der Betroffenen sowie auch ihre Bemühungen zur Vermeidung von Trennungen verständlich. Ist es aufgrund verschiedener Umstände einem Kind nicht möglich, eine sichere Bindung zu seiner primären Bezugsperson aufzubauen, so ist es laut der Bindungstheorie anfälliger für Fehlentwicklungen (vgl. Petrowski & Joraschky, 2017). Jegliche Formen der Angststörungen, mit Ausnahme der spezifischen Tierphobien, können laut Bowlby (1973) am besten durch die frühe Angst hinsichtlich der Verfügbarkeit der Bindungsperson erklärt werden. Besteht im familiären Umfeld eine reale oder empfundene Bedrohung hinsichtlich des Verlustes der Eltern, so wird sich das Kind über Zurückweisung, Ablehnung, Verlassenwerden, oder auch über den Erhalt der Eltern in deren Abwesenheit sorgen, was dazu führen kann, dass das Kind stets aufgrund der unsicheren Basis in der Nähe seiner Eltern bleibt. Kommt es zu Missbrauchs-, Vernachlässigungs-, Misshandlungs- oder anderweitig traumatischen Erfahrungen mit der Bindungsperson, so ist diese die Quelle der Angst und nicht die drohende Trennung ruft die Angst hervor, sondern die Nähe mit ihr. Hieraus ergibt sich das Dilemma des aktivierten Bindungsverhaltenssystems, welches im Normalfall durch Nähe und Schutz durch die Bindungsperson deaktiviert wird, jedoch in diesem Fall die Angst nur noch steigern lässt (vgl. Petrowski & Joraschky, 2017).

Die Art und Weise der Beurteilung von Situationen und Erfahrungen kann entweder angstmildernd oder -fördernd wirken, weswegen die *Macht der Gedanken* bei Angststörungen zentral ist (vgl. Morschitzky, 2009). Die Betroffenen tendieren dazu, viele Situationen, die von ihren Mitmenschen nicht als gefährlich eingeschätzt werden, als bedrohlich, wenn nicht sogar als lebensgefährlich zu bewerten und ihre eigenen Kompetenzen und Bewältigungsmöglichkeiten hierfür zu unterschätzen. Kognitive Theorien der Angststörungen sehen die Emotion der Angst als physiologischen Erregungszustand und ergründen primär die damit verbundenen Erwartungen und Bewertungen. Werden inadäquate kognitive Schemata durch Gedanken, Körperreaktionen oder gewisse Situationen aktiviert, so steuern sie einseitig die Wahrnehmung und Bewertung der Informationen sowie deren Interpretation und führen so zu der Entwicklung und der Aufrechterhaltung einer Angststörung (vgl. Bassler & Leidig, 2005;

Morschitzky, 2009). In einem Aufschaukeln der verhängnisvollen Gedanken wie negative Bewertungen, skeptische Prognosen sowie Selbstzweifel und den damit assoziierten körperlichen Empfindungen (Unruhe, Herzrasen, Schwächegefühl, etc.), kommt es zu einem Teufelskreis der Angst (Bassler & Leidig, 2005).

Silverman und Weems (1999) stellen die Annahme auf, dass die kognitiven Verarbeitungsmodelle im Rahmen unsicherer Bindungsrepräsentationen die auftretenden Angstgefühle sowie Informationen hinsichtlich der Konsequenzen des Erlebens von Angstgefühlen in einer verzerrten und selektiven Art und Weise enkodieren. Sowohl die im Bindungskontext gesammelten Erfahrungen als auch deren intrapsychische Verarbeitung, haben einen prägenden Einfluss auf die kognitiv-affektive Entfaltung von Selbst- und Objektrepräsentanzen (vgl. Grossmann et al., 1989; Grossmann & Grossmann, 2000; Ahnert, 2010). Im Umgang mit der Bindungsperson lernt das Individuum seine Emotionen zu regulieren, zu integrieren und entwickelt innere Arbeitsmodelle. Da unsichere Bindungserfahrungen zu einem unsicheren ängstlichen Selbstbild und nachfolgend zu einem unsicheren Selbstwertgefühl führen, kann die Ängstlichkeit zu einem überdauernden Persönlichkeitsmerkmal disponieren. Angesichts dessen kann es bei akuten Belastungen (z.B. drohender Trennung, Gefahr von Alleinsein) in Kombination mit weiteren Vulnerabilitätsfaktoren leicht zur Manifestation von Angststörungen kommen (vgl. Bassler & Leidig, 2005). Die größtenteils realitätsferne Bewertung der Informationen und Situationen (i.S.v. katastrophal, bedrohend und gefährlich) wie sie bei Angstpatienten vorkommt, lässt sich somit vor dem Hintergrund der unsicheren inneren Arbeitsmodelle von Bindung und den damit einhergehenden Selbst- und Objektrepräsentanzen nachvollziehen (vgl. Grossmann et al., 1989; Grossmann & Grossmann, 2000; Ahnert, 2010). Unsicher gebundene Personen sind demnach für eine Missinterpretation von normalen Angstsymptomen, wie z.B. der Wahrnehmung von Herzklopfen oder Kurzatmigkeit prädestiniert und überbewerten diese in ihrem Bedrohungsfaktor. Besonders das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und/oder das fehlende zwischenmenschliche Vertrauen und die Sicherheit, kann hierbei die befürchteten negativen Konsequenzen von auftretenden Angstgefühlen verstärken und den Teufelskreis der Angst antreiben (Silverman & Weems, 1999; vgl. Bassler & Leidig, 2005; Morschitzky, 2009).

Elterlicher Erziehungsstil, kritische Lebensereignisse und Emotionsregulation

Wie Jungmann und Reichenbach (2009) bereits anmerkten, stellen die Eltern/primären Bezugspersonen für die Kinder eine Art Vorbild oder Modell im Umgang mit Erfahrungen, Ereignissen und der Umwelt dar, was in enger Verbindung mit der Entwicklung des

Selbstkonzeptes des Kindes steht. Dies erklärt auch, wieso die Forschung eine Verknüpfung des elterlichen Erziehungsstils mit den Angststörungen festgestellt hat. So steht eine elterliche Überbehütung des Kindes sowie Zurückweisung mit der Entwicklung einer sozialen Phobie im Jugendalter in Verbindung (Lieb et al., 2000). Knappe und Kollegen (2009) konnten zeigen, dass ein Mangel an emotionaler Wärme in der Familie und dysfunktionale Familienstrukturen mit einer höheren sozialphobischen Ausprägung bei Jugendlichen einhergehen. Auch für die generalisierte Angststörung, die Panikstörung und die Phobien wurden bereits Zusammenhänge mit einem autoritären, lieblosen und beschützenden elterlichen Verhalten gefunden (Kendler et al., 2000). Des Weiteren zeigt sich ein ängstlicher Erziehungsstil der Mutter als Mediator für die Angstsymptome der Kinder (Waters, Zimmer-Gembeck &Farrell, 2012).

Im Einklang mit den Postulaten der Bindungstheorie hinsichtlich des Stellenwerts der frühen Bindungserfahrungen sowie deren Auswirkungen auf die Ausformung der Bindungsorganisation und der internalen Arbeitsmodelle, konnte die Forschung belastende Kindheitserlebnisse und problematische Familienumfelder mit psychiatrischen Störungsbildern im Erwachsenenalter verlinken (Stovall-McClough & Dozier, 2016). Auch wenn sich die meisten Untersuchungen hierbei größtenteils auf Depressionen fokussieren, so bestehen mittlerweile viele Belege für die wichtige Rolle der belastenden Kindheitserlebnisse in der Pathogenese der Angststörungen (Perna, Alciati, Prestia, Torti & Nemeroff, 2013). Bereits 1996 berichteten Fonagy und Kollegen von häufigerem physischem oder sexuellem Missbrauch bei den Betroffenen einer Angststörung. In einer jüngeren Studie von Mathews, Abrahams und Jewkes (2013) erfüllten die Hälfte der sexuell missbrauchten Kinder die Kriterien für eine Angststörung und ein Drittel die einer Depression. Li, D´Arcy und Meng (2016) verweisen in ihrer Meta-Analyse darauf, dass 12 % der weltweiten Angststörungen als Folge von emotionaler und physischer Vernachlässigung gesehen werden können. Bandelow und Kollegen (2004) verglichen Patienten mit Sozialphobie und gesunden Kontrollprobanden hinsichtlich ihrer erlebten Kindheitstraumata. Im rückblickenden Bericht hatten die Patienten mit Sozialphobie mehr traumatische Ereignisse in ihrer Kindheit erlebt als die Kontrollprobanden. Hierzu gehörten Eheprobleme oder Scheidungen der Eltern, Gewalt in der Familie, Sexueller Missbrauch, Trennungen oder Verlust eines Elternteils. Des Weiteren berichteten die Patienten mit einer Panikstörung in einer Untersuchung von Safren, Gershuny, Marzol, Otto und Pollak (2002) mehr von physischem oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit als jene, mit einer generalisierten Angststörung oder einer Sozialphobie. In der Studie von Lochner und Kollegen (2010) hingegen, berichteten Sozialphobiker im Vergleich mit Panikpatienten von mehr emotionalen Missbrauch in der Kindheit.

Cisler, Olatunji, Feldner und Forsyth (2010) fassen in ihrem Review-Artikel zur Emotionsregulation und den Angststörungen zusammen, dass maladaptive Regulationsstrategien charakteristisch für Patienten mit Angststörungen zu sein scheinen. Darüber hinaus weist der Forschungsstand darauf hin, dass diese Schwierigkeiten in der Emotionsregulation auch bei einer Kontrolle für Depressionen oder allgemeine Ängstlichkeit signifikant mit den Angststörungen verbunden bleiben. So zeigten die Untersuchungsergebnisse von Weems, Costa, Watts, Taylor und Cannon (2007), dass die Angstsensitivität und die wahrgenommene Kontrolle über externe und interne angstbezogene Ereignisse, auch bei Kontrolle für eine depressive Symptomatik Prädiktoren der Ausprägung der Angstsymptomatik blieben. Des Weiteren konnten Mennin, Heimberg, Turk und Fresco (2005) Probanden mit einer generalisierten Angststörung im Vergleich mit einer gesunden Kontrollstichprobe eine signifikant stärker erlebte Emotionsintensität sowie größere Probleme in der Identifizierung, Beschreibung als auch dem Verstehen der erlebten Emotionen zuweisen. Marganska und Kollegen (2013) widmeten sich in ihrer Studie dem Zusammenhang der Erwachsenenbindung, der Emotionsdysregulation und der Depression sowie der generalisierten Angststörung. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl ein Mangel an Akzeptanz von negativen Emotionen als auch einer effektiven Emotionsregulation den Zusammenhang zwischen der sicheren und der ängstlich-vermeidenden Bindung und den generalisierten Angstsymptomen mediiert. Der Zusammenhang zwischen der ängstlich-ambivalenten Bindung und den generalisierten Angstsymptomen hingegen wird von dem Mangel an effektiven Emotionsregulationsstrategien und der Unfähigkeit unter Stress impulsiven Verhaltensweisen nicht nachzugeben, mediiert.

„Zusammenfassend kann betont werden, dass bei Angststörungen sowohl frühkindliche Bindungserfahrungen und Bindungskonstellation als auch Verhaltensweisen unter aktiviertem Bindungssystem im Erwachsenenalter für die Entstehung und Aufrechterhaltung wichtig sind“ (Petrowski & Joraschky, 2017, S. 178).

Empirische Befunde

Palitsky und Kollegen (2013) berechneten mit den repräsentativen Daten der *National Comorbidity Survey Replication* verschiedene statistische Modelle. Hierbei zeigte sich, dass in allen Modellen ein sicherer Bindungsstil mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Angststörung (Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, generalisierte Angststörung, Sozialphobie, spezifische Phobien und posttraumatische Belastungsstörung) verbunden war, während für einen unsicheren Bindungsstil das Gegenteil zutraf. Auch in der longitudinalen Untersuchung einer Hochrisiko Stichprobe, stellte sich bei Bosquet & Egeland

(2006) heraus, dass eine unsichere Bindung im Kindesalter positiv mit Angstsymptomen im Erwachsenenalter zusammenhängt, wobei dieser Einfluss über negative Beziehungs-repräsentationen vermittelt wird. Nach den Ergebnissen der Meta-Analyse von Colonnesi und Kollegen aus dem Jahr 2011, scheint vor allem ein ambivalenter Bindungsstil mit den Angststörungen einherzugehen.

Fonagy und Kollegen (1996) fanden in ihrer Stichprobe von Probanden mit verschiedenen Angststörungen einen hohen Anteil an desorganisierter Bindung und auch bei Borelli, David, Crowley und Mayes (2010) berichteten die Eltern von desorganisiert klassifizierten Kindern, dass diese vermehrt sozialphobische Symptome aufweisen. In ihrem Review-Artikel schlussfolgern Brumariu und Kerns (2010), dass wenn die Bindungsklassifikation die Kategorien sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent beinhält, die Studienerkenntnisse darauf hinweisen, dass der unsicher-ambivalente Bindungsstil eher mit den Angsterkrankungen und internalisierten Symptomen im Kindes-/Jugendalter in Verbindung steht als ein unsicher-vermeidender. Wird jedoch auch die desorganisierte Bindungsorganisation in die Klassifikation mit einbezogen, so ist der Zusammenhang hierbei für den desorganisierten Bindungsstatus stärker, als für die unsicher-ambivalente Bindung.

Für die generalisierte Angststörung werden die vermeidende und die ängstliche Bindung als mögliche Einflussfaktoren für die Entwicklung dieser sowie deren Kernsymptom des Sorgens diskutiert. Die hierfür bestehenden Befunde stützen sich zwar alle größtenteils auf Querschnittsuntersuchungen, jedoch steht das Ausmaß der Sorgen bei Kindern und auch bei Jugendlichen mit der vermeidenden und der ängstlichen Bindung im Zusammenhang (vgl. Brown & Whiteside, 2008; Muris, Meesters, Merckelback & Hülsenbeck, 2000). Die Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bei generalisierten Angstpatienten (vgl. Newman & Llera, 2011) sowie deren vermehrte zwischenmenschliche Probleme (vgl. Newman & Erickson, 2010) können durch die höheren Ausprägungen der bindungsbezogenen Angst und der bindungsbezogenen Vermeidung zustande kommen (Newman, Castonguay, Jacobson & Moore, 2015). Die Untersuchungsergebnisse von Marganska und Kollegen (2013) zeigen, dass sowohl die ängstlich-ambivalente als auch die ängstlich-vermeidende Bindung positiv mit einer generalisierten Angststörung in Verbindung stehen. Für die sichere Bindung fand sich ein negativer Zusammenhang, während jener der gleichgültig vermeidenden nicht signifikant war. Des Weiteren lassen sich bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung im Vergleich mit gesunden Kontrollprobanden eine stärkere Beziehungsproblematik mit der Mutter sowie ein

schlechterer Zugang zu Kindheitserinnerung nachweisen (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas & Borkovec, 2009).

Auch für die Soziale Phobie konnten Read und Kollegen (2018) einen positiven Zusammenhang mit den Ausprägungen auf den bindungsbezogenen Skalen der Angst und der Vermeidung nachweisen. Eng und Kollegen (2001) untersuchten 112 erwachsene Personen mit Sozialphobie hinsichtlich ihres Bindungsmusters und kamen zu dem Schluss, dass diese sich am besten sowohl in sicher gebundene (38.1 - 42.9 %) als auch in ängstlich-ambivalent gebundene (57.1 - 61.9 %) kategorisieren ließen. Übereinstimmend mit den Annahmen der Bindungstheorie, berichteten die ängstlich-ambivalent gebundenen vermehrt Unbehagen in engen Beziehungen, weniger Bereitschaft anderen zu vertrauen oder von ihnen abhängig zu sein und mehr Angst hinsichtlich möglicher Zurückweisungen oder vor dem Verlassen werden. Außerdem wiesen sie im Vergleich mit den sicher gebundenen eine stärker ausgeprägte Angst vor sozialen Interaktionen, negativen Evaluationen, prüfenden Betrachtungen in alltäglichen Situationen, sowie mehr Stress, stärkere funktionale Beeinträchtigungen und eine niedrigere Lebensqualität auf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele Studien bisher vermehrt unsichere Bindungsmuster oder auch eine Bindungsdesorganisation bei Menschen mit Angststörungen dokumentieren (vgl. Palitsky et al., 2013; Bifulco et al., 2006; Fonagy et al., 1996). In Bezug auf die genaue Klassifikation der unsicheren Bindungsorganisation ist der Forschungsstand heterogen, jedoch lassen sich zunehmend Befunde nachweisen, die auf ein Vorherrschen der ängstlichen Bindung im Zusammenhang mit Angststörungen hinweisen. So sagte z.B. in einer zweijährigen Follow-Up Studie von Hankin und Kollegen (2005) eine ängstliche, nicht jedoch eine vermeidende Bindung prospektiv verstärkte Angstsymptome vorher. Die Ursachen für diese inhomogenen Befunde können in den unterschiedlichen untersuchten Störungsbildern der heterogenen Gruppe der Angststörungen liegen, sowie in den verschiedenen Charakteristiken der untersuchten Stichproben, aber auch in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Klassifikationen der Bindungstypen (vgl. Newman et al., 2015; Brumariu & Kerns, 2010).

6. Fragestellung und Hypothesen

In dieser Studie werden die Zusammenhänge der Bindungsorganisation, gemessen anhand der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung, und den Depressionen sowie den Angststörungen in einer klinisch stationären Stichprobe untersucht. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob der Therapieerfolg im Sinne der Symptomreduktion mit der Organisation der Bindung in Zusammenhang gebracht werden kann und wie diese mit weiteren Faktoren in Verbindung steht. Die erhobenen Daten werden hierfür zu zwei Messzeitpunkten im Rahmen der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik untersucht, um somit einen Beitrag zur Klärung des inkonsistenten Forschungsstandes zu leisten.

6.1 Bindungsorganisation und Psychopathologie bei der stationären Aufnahme

In einer forcierten drei-kategoriellen Unterteilung der Probanden in die Bindungsstile sicher, vermeidend und ambivalent fanden Ivarsson und Kollegen (2010) in ihrer Studie ein Übermaß an vermeidend gebundenen depressiven Personen, während Cole-Detke und Kobak (1996) sowie Fonagy und Kollegen (1996) eine vermehrte Tendenz depressiver Probanden zu einem ambivalenten Bindungsstil nachwiesen. Für die Angststörungen konnten Marganska und Kollegen (2013) eine ängstlich-ambivalente sowie eine ängstlich-vermeidende Bindung positiv mit einer generalisierten Angststörung in Verbindung bringen, während der Zusammenhang mit einer sicheren Bindung negativ und der mit einer gleichgültig-vermeidenden nicht signifikant war. In der Regulation von Furcht und Besorgnis sind die Bindungsbeziehungen ausschlaggebend, weswegen unsichere Bindungserfahrungen nach Bowlby (1973) besonders in der Ätiologie der Angststörungen eine Rolle spielen. Auf Basis dieser Befunde und des inhomogenen Forschungsstandes hinsichtlich spezifischer Kategorisierungen der unsicheren Bindungsstile bei Depressionen und Angststörungen soll untersucht werden, ob sich zum ersten Erhebungszeitpunkt ein Unterschied zwischen den Ausprägungen der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung zwischen den zwei Störungsbildern finden lässt.

H1: Depressive und Angststörungs-Patienten unterscheiden sich zu T0 hinsichtlich ihrer Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung.

Viele Studien wiesen bereits eine Verknüpfung zwischen der Bindungsorganisation Erwachsener und deren psychischen Gesundheit nach, wobei ein unsicherer Bindungsstil (hohe Werte der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung) hierbei mit einer

psychopathologischen Symptomatik assoziiert ist (vgl. Allen, 2008). Für die Zusammenhänge der bindungsbezogenen Erfahrungen sowie des Bindungsstils mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen, lassen sich in der bestehenden Literatur deutliche Zusammenhänge finden (vgl. Strauß, 2014; Allen, 2008). Eine sichere Bindung wird als protektiver Faktor für den Umgang mit emotionalen Belastungen gesehen (Grossmann & Grossmann, 2012; Mikulincer & Shaver, 2017) und ist mit einem guten Emotionszugang und einer flexiblen Reaktion auf Herausforderungen assoziiert, während dies für die unsichere Bindung nicht zutrifft (Fremmer-Bombik, 2009; Shaver & Mikulincer, 2009). Darüber hinaus zeigen Studien, dass das Ausmaß der psychischen Symptome durch die Bindungsqualität hervorgesagt werden kann (Bonab & Koshar, 2011; Lee & Hankin, 2009) und unsichere Bindungsorganisationen scheinen nicht nur Korrelate oder Konsequenzen depressiver Symptome zu sein, sondern einen kausalen Risikofaktor darzustellen (Hankin et al., 2005). Basierend auf diesen Befunden wird davon ausgegangen, dass die Stärke der Symptomausprägung zum Zeitpunkt der klinisch-stationären Aufnahme der Patienten mit deren Bindungsorganisation in Verbindung gebracht werden kann. Es wird angenommen, dass Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation eine niedrigere Symptomausprägung aufweisen als Patienten mit einer unsicheren.

H2a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 eine niedrigere depressive Symptomatik auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H2b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 eine niedrigere Angstsymptomatik auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

Die Entwicklung des Selbstwertes und des Selbstkonzeptes eines Menschen steht in enger Verbindung mit dessen erlebten bindungsbezogenen Erfahrungen (vgl. Ahnert, 2010). Ein internales Arbeitsmodell der sicheren Bindung wird als eine gute Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sowie als protektiver Faktor für emotionale Belastungen gesehen (Grossmann & Grossmann, 2012). Personen mit einer sicheren Bindung besitzen das Gefühl des Vertrauens und der Selbstwirksamkeit, dass sie sich in Zeiten der Not an andere Personen/ihre Bindungspersonen wenden können, hierbei Unterstützung erfahren und sowohl zu einer guten selbstständigen Regulation und Befriedigung ihre Bedürfnisse als auch Emotionen imstande sind (vgl. Fremmer-Bombik, 2009; Shaver & Mikulincer, 2009), während dies bei unsicher gebundenen Personen nicht der Fall ist (vgl. Gomille, 2012; Fremmer-Bombik, 2009; Martin et al., 2017). Unsicher gebundene Personen tendieren zu diversen pathologischen Affektausdrücken (vgl. Leveridge et al., 2005), zu einem reduzierten

alltäglichen psychischen Wohlbefinden und weisen darüber hinaus eine depressive bzw. ängstliche Stimmungslage auf (vgl. Martin et al., 2017) Darüber hinaus erleben sich Personen mit einer hohen Bindungsangst als wenig kompetent in der alleinigen Bewältigung von Aufgaben, während Personen mit einer hohen Bindungsvermeidung Eigenständigkeit bevorzugen (Ehrenthal, 2016). Basierend auf diesen Befunden wird davon ausgegangen, dass Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 sowohl ein besseres psychisches Wohlbefinden als auch ein besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit aufweisen.

H3a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres psychisches Wohlbefinden auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H3b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres psychisches Wohlbefinden auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H4a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H4b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

6.2 Zusammenhänge der Bindungsorganisation, der Behandlungsdauer und der Symptomreduktion

Ausgehend von der Wirksamkeit der stationär angewendeten, validierten medizinischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und körperorientierten Verfahren der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach, wird erwartet, dass sich die klinischen Symptome in der Dauer des Aufenthaltes der Patienten reduzieren und sich ihr psychisches Wohlbefinden sowie ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit verbessert.

H5a: Depressive Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere depressive Symptomatik auf als zum Zeitpunkt T0.

H5b: Angststörungs-Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere ängstliche Symptomatik auf als zum Zeitpunkt T0.

H6a: Depressive Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 ein verbessertes psychisches Wohlbefinden sowie ein verbessertes Gefühl der Selbstwirksamkeit auf, als zum Zeitpunkt T0.

H6b: Angststörungs-Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 ein verbessertes psychisches Wohlbefinden sowie ein verbessertes Gefühl der Selbstwirksamkeit auf, als zum Zeitpunkt T0.

Viele Studien bestätigten bereits den positiven Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und einer guten Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten (z. B. Martin et al., 2000; Norcross & Wampold, 2011). Überdies wurden ca. 30 % des therapeutischen Erfolges auf den allgemeinen Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung attribuiert (Ehrlich & Lutz, 2016). Da die internalen Arbeitsmodelle der Bindung nicht nur Repräsentationen des eigenen Selbstbildes, sondern auch des Fremdbildes beinhalten und das Verhalten sowie die Beziehungsgestaltung und weitere interpersonale Merkmale beeinflussen (vgl. Sachse & Strauß, 2002; Strauß, 2008), kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit einer unsicheren Bindung, i.S. einer stärkeren Bindungsangst und/oder Bindungsvermeidung, sich schwerer auf die sozialen und auch therapeutischen Beziehungen in dem stationären Setting einlassen, als jene mit einer sicheren Bindung. Während Personen mit einer hohen Bindungsvermeidung dieser Beziehung wohlmöglich eine geringere Bedeutung beimessen und sich weniger auf diese Beziehungen einlassen können, findet sich bei Personen mit starker Bindungsangst stets die Angst vor Zurückweisung und ein eher klammerndes Verhalten (vgl. Shaver & Mikulincer, 2009). Darüber hinaus konnten Mosheim und Kollegen (2002) das Erreichen des stationären Therapiezieles durch das Ausmaß an Bindungssicherheit vorhersagen und Levy und Kollegen (2011) berichten in ihrer Metaanalyse, dass eine hohe Ausprägung an bindungsbezogener Angst mit der geringsten Symptomreduktion assoziiert ist, während Bindungssichere die besten Ergebnisse verzeichnen. Für die Ausprägung der Bindungsvermeidung fanden die Forscher in ihrer Studie kein Zusammenhang mit der Symptomreduktion. Ausgehend von diesen Annahmen und Befunden wird davon ausgegangen, dass der Therapieerfolg der stationären Patienten im Sinne der Symptomreduktion mit der Bindungsorganisation in Verbindung steht.

H7a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 verzeichnen nach der stationären Therapie eine stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik als jene, mit einer ängstlich-ambivalenten, einer ängstlich-vermeidenden oder einer gleichgültig-vermeidenden Bindungsorganisation.

H7b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 verzeichnen nach der stationären Therapie eine stärkere Reduktion der ängstlichen Symptomatik als jene, mit einer ängstlich-ambivalenten, einer ängstlich-vermeidenden oder einer gleichgültig-vermeidenden Bindungsorganisation.

Neben dem allgemeinen Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung für positive Veränderungen im therapeutischen Prozess (vgl. Martin et al., 2000; Norcross & Wampold, 2011) besteht auch die Möglichkeit des Erlebens korrigierender Erfahrungen im therapeutischen Setting. Im Kontakt mit den Therapeuten sowie auch den weiteren stationären Patienten, besteht die Möglichkeit neue Erfahrungen zu sammeln, welche sich positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirken können. Darüber hinaus können im Rahmen der Therapie die implizit angewandten Strategien und Muster der inneren Arbeitsmodelle von Bindung, die sich auf die Beziehungsgestaltung, auf die Wahrnehmung, die Interpretation und Antizipation von Situationen auswirken (Bowlby, 1989/2009; Buchheim, 2002; Grossmann & Grossmann, 2012), aufgedeckt und modifiziert werden (Schauenburg, 2018). Dies ist insofern von Bedeutung, da sowohl hohe Werte der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung mit der Entwicklung als auch dem Anstieg einer depressiven und/oder Angststörungssymptomatik in Verbindung stehen (z.B. Hankin et al., 2005; Conradi & de Jonge, 2009; Brown & Whiteside, 2008; Muris et al, 2000; Read et al., 2018). Zwar scheint die Veränderung der internalen Arbeitsmodelle von Bindung mit steigendem Alter und abhängig von den erlebten Erfahrungen zunehmend schwieriger zu werden (Grossmann & Grossmann, 2012), dennoch ist es interessant der Frage nachzugehen, ob die Ausprägung der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung der Patienten mit Depressionen und Angststörungen im Rahmen des stationären Aufenthalts und der therapeutischen Behandlung abnimmt und wenn dies der Fall ist, ob diese positiv im Zusammenhang mit der Symptomreduktion steht.

H8a: Depressive Patienten weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere Bindungsangst und/oder eine geringere Bindungsvermeidung auf als zum Zeitpunkt T0.

H8b: Angststörungs-Patienten weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere Bindungsangst und/oder eine geringere Bindungsvermeidung auf als zum Zeitpunkt T0.

H9a: Je stärker die Reduktion der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung der depressiven Patienten, desto stärker auch die Reduktion ihrer depressiven Symptomatik.

H9b: Je stärker die Reduktion der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung der Angststörungs-Patienten, desto stärker auch die Reduktion ihrer ängstlichen Symptomatik.

Ein weiterer Punkt, der in dieser Untersuchung eine mögliche Praxisrelevanz bietet und insofern beleuchtet werden soll, ist die Frage nach dem Zusammenhang der Ausprägung der Bindungsangst, der Bindungsvermeidung und der Dauer des stationären Aufenthaltes. Die internalen Arbeitsmodelle der Bindung üben einen Einfluss darauf aus, inwiefern sich Personen auf die sozialen und therapeutischen Beziehungen im stationären Setting einlassen (vgl. Sachse & Strauß, 2002; Strauß, 2008) und somit auch von diesen profitieren können. Wie bereits erwähnt, tendieren Personen mit einer starken Ausprägung der Bindungsangst zu einem klammernden Verhalten, einer steten Angst vor Zurückweisung und geringer Selbstständigkeit, wohingegen Personen mit einer ausgeprägten Bindungsvermeidung den Beziehungen wenig Bedeutung beimessen und Eigenständigkeit bevorzugen (vgl. Shaver & Mikulincer, 2009; Ehrenthal, 2016). Somit lässt sich die Annahme formulieren, dass die Ausprägungen der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung einen Einfluss auf die Dauer des stationären Aufenthaltes der Patienten verzeichnen. Dies wird anhand folgender Hypothesen überprüft:

H10a: Die bindungsbezogene Angst und die bindungsbezogene Vermeidung zum Zeitpunkt T0 haben einen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die Dauer des stationären Aufenthaltes der depressiven Patienten.

H10b: Die bindungsbezogene Angst und die bindungsbezogene Vermeidung zum Zeitpunkt T0 haben einen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Angststörungspatienten.

7. Methode

Das Design dieser Untersuchung entspricht einer quantitativen Längsschnittuntersuchung mit zwei Erhebungszeitpunkten, welche jedoch nicht in einem festen Zeitfenster stattfanden, sondern im Rahmen der jeweiligen Eingangs- und Ausgangsdiagnostik der Probanden durch die Klinik (T0 & T1). Mit standardisierten Fragebögen, welche sowohl in Papier-Bleistift-Form als auch computergestützt vorgelegt wurden, werden die Zusammenhänge des internalisierten Bindungsstils, der depressiven und Angstsymptomatik im Hinblick auf den Therapieerfolg, als auch weitere Merkmale untersucht.

7.1 Durchführung der Untersuchung und die Stichprobe

Für diese Studie werden Daten der psychosomatischen Rehabilitationsstation der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach herangezogen. Es handelt sich hierbei um eine Einrichtung, in der in einem multiprofessionellen, interdisziplinären Team die Krankheitsbilder des gesamten Spektrums der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie behandelt und rehabilitiert werden. Hierfür werden sozialtherapeutische, psychotherapeutische, medizinische und körperorientierte Verfahren integriert. Grundsätzlich gilt jedoch, dass der gesundheitliche Zustand der Patienten die Teilnahme an den verschiedenen therapeutischen Angeboten ermöglichen muss.

Unter der Leitung von Herrn Dr. biol. hum. Robert Mestel werden in der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach pro Jahr ca. 1000 Patientendaten im Kontext der klinischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnostik erhoben. Der herangezogene Datensatz wurde in dem Zeitraum 2014 bis 2018 erhoben und umfasste zu Beginn 5587 Probanden. Um die Stichprobe auf das ausgelegte Design dieser Untersuchung einzugrenzen, wurde zunächst eine Zuordnung aufgrund der Hauptdiagnose durchgeführt. All jene Probanden, die nicht eine depressive oder Angststörungs-Diagnose als Hauptdiagnose hatten wurden ausgeschlossen (33.54 %). Zudem wurden weitere 238 Probanden aufgrund von missing Data entfernt. Die Stichprobe setzt sich somit aus N = 3340 Probanden zusammen.

Der Großteil der Probanden ist deutscher Nationalität (96.8 %). Etwas mehr als ein Drittel (36.7 %) sind männlichen Geschlechts, knapp über 60 % sind weiblich (s. Tabelle 4). Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt bei einer Spannweite von 18 – 79 Jahren, 49.48 Jahre. Während 6.5 % der Probanden in die Altersgruppe 18 – 30 Jahre fallen, befinden sich 40.1 % in der Gruppe 31 – 50 Jahre und etwas über die Hälfte (53.4 %) in der Gruppe 51 – 79 Jahre.

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, sind jeweils fast ein Fünftel der Probanden ledig oder in einer festen Partnerschaft. Etwas mehr als 40 % haben einen Ehepartner oder leben in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft, während knapp 17 % geschieden oder getrennt lebend ohne aktuellen festen Lebenspartner sind. Um die 2 % der Stichprobe sind verwitwet ohne aktuellen Lebenspartner. Bezüglich des Schulabschlusses haben ein Fünftel der Probanden einen Haupt-/Volksschulabschluss, ein Drittel einen Abschluss der Realschule oder der Polytechnischen Oberschule und etwas weniger als die Hälfte (44.5 %) Abitur. Unter 2 % liegen die weiteren Ausprägungen des höchsten Schulabschlusses (Schüler: 0.2 %; kein Schulabschluss: 0.6 %; Sonderschulabschluss: 0.1 %; sonstiger Abschluss z.B. ausländischer Abschluss: 1.1 %).

Tab. 4. Verteilung des Geschlechts, des Familienstandes und des Schulabschlusses in der Stichprobe (N = 3340) in absoluten und relativen Häufigkeiten.

		n	***%***
Geschlecht	weiblich	2114	63.3
	männlich	1226	36.7
Familienstand	Ledig	637	19.1
	In fester Partnerschaft	658	19.7
	Verheiratet, eingetragene Lebensgemeinschaft	1408	42.2
	Geschieden, getrennt lebend ohne aktuellen Lebenspartner	560	16.8
	Verwitwet ohne aktuellen Lebenspartner	77	2.3
Schulabschluss	Schüler, Schülerin	7	0.2
	Kein Schulabschluss	19	0.6
	Sonderschulabschluss	4	0.1
	Haupt-/Volksschulabschluss	646	19.3
	Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule	1143	34.2
	Abitur, Fachabitur	1485	44.5
	Sonstiger Abschluss (z.B. ausländischer Schulabschluss)	36	1.1

Bezüglich der Berufsausbildung befinden sich 60 Probanden noch in der beruflichen oder studentischen Ausbildung, während die Hälfte der Probanden (51.2 %) ihre Lehre oder ihre Fachschule abgeschlossen und ein Drittel (33.0 %) einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss haben. 5.5 % der Stichprobe haben einen beruflichen Meister, weitere 4.7 % fallen unter die Kategorie „sonstiger Abschluss“ (z.B. unklar, ob es sich um einen beruflichen Abschluss handelt). 128 Probanden haben keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Im Durchschnitt befanden sich die Probanden 43.17 Tage in Behandlung der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach, wobei das Minimum bei 7 Tagen und das Maximum bei 140 Tagen liegt. Etwas weniger als die Hälfte (44.5 %) der Probanden gaben an, vor dieser Behandlung bereits

mindestens ein Mal oder öfter wegen psychischen Problemen in stationärer Behandlung gewesen zu sein.

Von den 3340 Probanden der Stichprobe, weisen 3175 und somit 95.1 % der Probanden eine depressive Hauptdiagnose auf. Hierbei stellt die ICD-10 Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtigen mittelgradigen Episode (F33.1) mit 40.3 % die am häufigsten gestellte Diagnose dar (s. Abbildung 9). Darauf folgen die mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit 21.5 % und die rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtigen schweren Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) mit 16.0 %. Die Fallzahlverteilung der weiteren depressiven ICD-10 Diagnosen, auf die sich die restlichen 22.2 % der Probanden verteilen, lässt sich in Abbildung 9 finden.

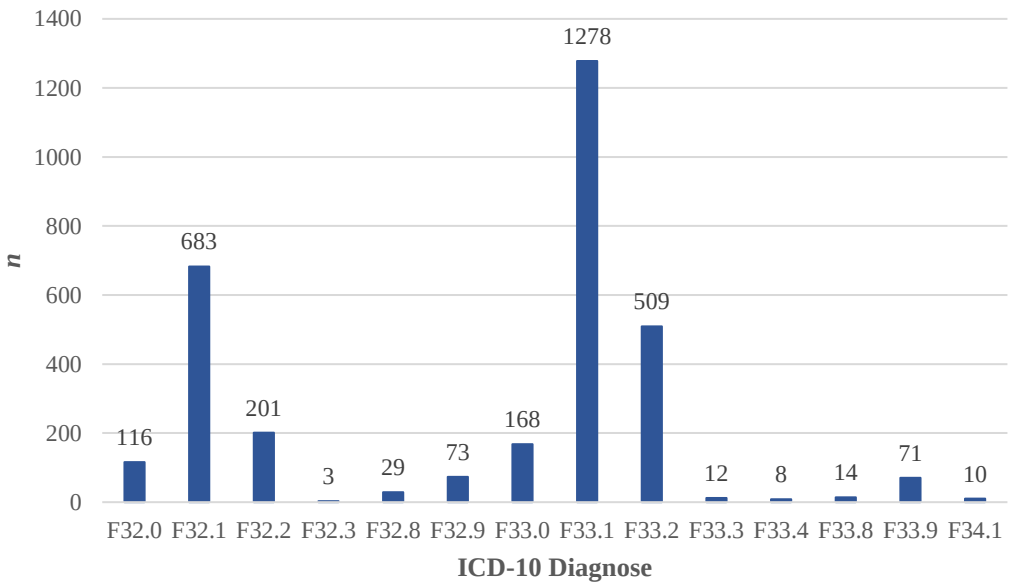


Abb. 9. Verteilung der depressiven Hauptdiagnosen nach dem ICD-10 in der Kategorie der Depressionen (*n* = 3175).

Anmerkung. *n* = 3175. **F32.0**: leichte depress. Episode; **F32.1**: mittelgradige depress. Episode; **F32.2**: schwere depress. Episode ohne psychotische Symptome; **F32.3**: schwere depress. Episode mit psychotischen Symptomen; **F32.8**: sonstige depress. Episode; **F32.9**: nicht näher bezeichnete depress. Episode; **F33.0**: rezidivierende depress. Störung, gegenwärtig leichte Episode; **F33.1**: rezidivierende depress. Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; **F33.2**: rezidivierende depress. Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome; **F33.3**: rezidivierende depress. Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen; **F33.4**: rezidivierende depress. Störung, gegenwärtig remittiert; **F33.8**: sonstige rezidivierende depress. Störungen; **F33.9**: rezidivierende depress. Störungen, nicht näher bezeichnet; **F34.1**: Dysthymia.

Lediglich 165 Probanden der gesamten Stichprobe (*N* = 3340) haben als Hauptdiagnose eine ICD-10 Diagnose der Kategorie Angststörungen. Ein Drittel (33.9 %) hiervon hat die Diagnose der generalisierten Angststörung (F41.1; s. Abbildung 10). Weitere 24.8 % die Diagnose der Panikstörung (F41.0) und ein Fünftel (19.2 %) eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Die Fallzahlenverteilung der Diagnosen der restlichen 359 Probanden lässt sich in Abbildung 10 finden.

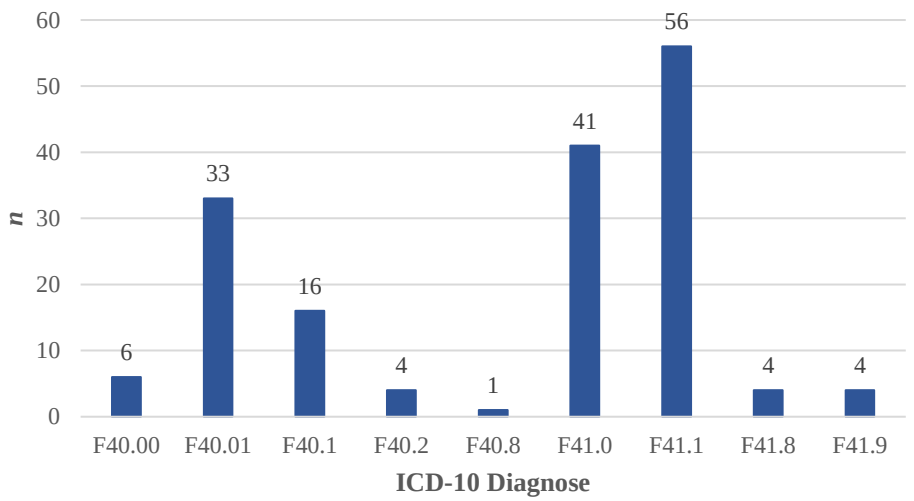


Abb. 10. Verteilung der Angststörungs-Diagnosen nach dem ICD-10 in der Kategorie der Angststörungen (*n* = 165).

Anmerkung: *n* = 165. **F40.00**: Agoraphobie, ohne Angabe einer Panikstörung; **F40.01**: Agoraphobie mit Panikstörung; **F40.1**: Soziale Phobie; **F40.2**: Spezifische Phobien; **F40.8**: sonstige phobische Störungen; **F41.0**: Panikstörung; **F41.1**: Generalisierte Angststörung; **F41.8**: sonstige spezifische Angststörungen; **F41.9**: Angststörung, nicht näher bezeichnet.

7.2 Eingesetzte Instrumente

In diesem Abschnitt werden die eingesetzten Verfahren zur Erfassung der soziodemographischen Daten, der Bindungsorganisation, der depressiven und ängstlichen Symptomatik sowie des psychischen Wohlbefindens und der Selbstwirksamkeit angeführt.

Soziodemographische und patientenspezifische Daten

Aus der Basisdokumentation für Psychotherapeutische Medizin (Psy-BaDo-PTM; von Heymann, Zaudig & Tritt, 2003) wurde ein Teil zur Erfassung der soziodemographischen sowie der patientenspezifischen Daten herangezogen. Die Items zum Geschlecht, der Nationalität, des aktuellen Familien- sowie Partnerschaftsstandes, des höchsten Bildungsgrades, des höchsten Berufsabschlusses, der Hauptdiagnose, der Behandlungsdauer und der bisherigen stationären Behandlung wurden in dieser Untersuchung genutzt.

Bindung

Die deutsche Version des *Experience in Close Relationships – Revised* (ECR-R; Fraley, Waller & Brennan, 2000) wurde in der Kurzform (ECR-RD 12; Brenk-Franz, Ehrenthal et al., 2011[5]; Brenk-Franz et al., 2018) zur Erfassung der Bindungsorganisation verwendet. Es handelt sich bei dem ECR-RD 12 (Brenk-Franz et al., 2018) um einen Fragebogen, der die

[5] Brenk-Franz, K., Ehrenthal, J. et al. (2011). Persönliche Mitteilung an Herrn Dr. biol. hum. R. Mestel. Erhalten von R. Mestel am 18.02.2019 (s. Anhang A).

Erwachsenenbindung in einer Selbstbeurteilung auf den Skalen der *Bindungsangst* und der *Bindungsvermeidung* mittels je sechs Items erfasst. Der Proband wird hierbei gebeten, die Items im Hinblick darauf zu beantworten, wie er sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften im Allgemeinen erlebt und diese nicht auf das Geschehen in einer aktuellen Partnerschaft zu beziehen. Ein Beispielitem der Skala Bindungsangst lautet: „Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will“ (S. 1, Brenk-Franz, Ehrenthal et al., 2011), eines der Skala Bindungsvermeidung: „Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will“ (S. 1, Brenk-Franz, Ehrenthal et al., 2011). Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer sieben-Punkte Likert-Skala von 1 = *stimme gar nicht zu* bis 7 = *stimme völlig zu*. Mittels Berechnung der Skalenmittelwerte ist je für die zwei Skalen der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung ein Wertebereich von 1 – 7 Punkte möglich. Niedrige Werte auf den Skalen bilden eine geringe Bindungsangst/-vermeidung, hohe Werte eine starke Bindungsangst/-vermeidung ab (Brenk-Franz et al., 2018).

Auf Basis unveröffentlichter Studiendaten (Ehrenthal et al., 2012; unveröffentlichter Bericht[6]) wurden sowohl für die Bindungsangst als auch die Bindungsvermeidung nach der Formel von Jacobson & Truax (1991; $c = (M_o + M_1) / 2$) Cut-Off Werte berechnet. Demnach sind Werte der Bindungsangst im Bereich von 1 – 3.10 Punkte als normal anzusehen, ab 3.11 Punkte erhöht. Für die Bindungsvermeidung gelten Werte von 1 – 2.72 Punkte als normal und Werte ab 2.73 Punkte erhöht (Ehrenthal et al., 2012). Mittels dieser Cut-Off Werte kann nach Mestel (n.d.[7]) die Bindungsorganisation entsprechend des Kategorienmodells den vier Bindungsstile zugeordnet werden:

- sicher: Bindungsangst ≤ 3.10 & Bindungsvermeidung ≤ 2.72
- ängstlich-vermeidend: Bindungsangst ≥ 3.10 & Bindungsvermeidung ≥ 2.72
- ängstlich-ambivalent: Bindungsangst ≥ 3.10 & Bindungsvermeidung ≤ 2.72
- gleichgültig-vermeidend: Bindungsangst ≤ 3.10 & Bindungsvermeidung ≥ 2.72

In ihrer Evaluationsstudie an einer deutschen Stichprobe fanden Brenk-Franz und Kollegen (2018) für die Skala Bindungsangst eine interne Konsistenz von $\alpha = .88$, während die der Skala Bindungsvermeidung $\alpha = .87$ betrug. Der ECR-RD 12 (Brenk-Franz et al., 2018) stellt ein

[6] Ehrenthal, J. et al., (2012). Studiendaten der Kontrollprobanden n = 1591; Patientendaten, n = 441. Unveröffentlichter Bericht: Heidelberg. Erhalten von Dr. biol. Hum. R. Mestel am 09.04.2020 (s. Anhang A).

[7] Mestel, R. (n.d.). Kategoriale Auswertung des ECR-RD 12. Persönliche Mitteilung (s. Anhang A).

ökonomisches, valides und reliables Verfahren zur Erfassung der Erwachsenenbindung dar (Brenk-Franz et al., 2018).

Depression

Zur Erfassung des Schweregrades der depressiven Symptomatik wurde das Depressionsmodul (PHQ-9) aus dem *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (PHQ-D; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) verwendet. Bei dem PHQ-D (Löwe et al., 2002) handelt es sich um die deutsche autorisierte Selbstbeurteilungsversion der Weiterentwicklung des ursprünglichen „PRIME MD Patient Health Questionnaire“ von Spitzer und Kollegen (1994). Der PHQ-D (Löwe et al., 2002) stellt ein valides und zeitökonomisches Verfahren zur Erkennung und Diagnostik psychischer Störungen dar. In der Vollversion werden mittels dieses Selbstbeurteilungs-Fragebogens in verschiedenen Modulen mögliche somatoforme, depressive, Angst- und Essstörungen sowie Alkoholmissbrauch erfasst. Diese einzelnen diagnostischen Module können, entsprechend der Fragestellung oder des diagnostischen Zieles, flexibel kombiniert und zusammengesetzt werden (Löwe et al., 2002).

Das PHQ-9 (Löwe et al., 2002) Depressionsmodul besteht aus neun Items, welche sich auf einzelne depressive Symptome beziehen (z.B. Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Selbsthass, Hoffnungslosigkeit) und die es im Hinblick auf die dadurch erlebte Beeinträchtigung im Verlauf der letzten zwei Wochen zu beantworten gilt. Ein Beispielitem lautet: „Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben“ (Löwe et al., 2002; S. 8). Hierfür stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, denen zur Berechnung des Skalensummenwertes folgende Werte zugewiesen werden: *Überhaupt nicht* = 0, *An einzelnen Tagen* = 1, *An mehr als die Hälfte der Tage* = 2 und *Beinahe jeden Tag* = 3. Durch die Addierung der einzelnen Itemscores ist ein Wertebereich von 0 – 27 Punkte möglich (Löwe et al., 2002). Nach Kroenke, Spitzer und Williams (2001) gelten Werte des Skalensummenwertes unter 5 Punkte als minimale depressive Symptomatik. Summenwerte zwischen 5 – 9 Punkte stehen für eine milde, 10 – 14 Punkte für eine mittelgradige depressive Symptomschwere. Als eine mäßig starke depressive Symptomatik gelten Werte zwischen 15-19 Punkten und Werte von ≥ 20 Punkte werden als schwere depressive Symptomatik interpretiert. In bisherigen Studien hat sich der PHQ-9 (Löwe et al., 2002) als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der Depressionsschwere erwiesen. Gräfe, Zipfel, Herzog und Löwe (2004) berichten in ihrer deutschsprachigen untersuchten Stichprobe zur Validierung des PHQ-D (Löwe et al., 2002) von einer internen Konsistenz der Depressivitätsskala PHQ-9 von α = .88. Darüber hinaus zeigte sich der PHQ-9 (Löwe et al., 2002) änderungssensitiv, weswegen

er ein reliables Verfahren zur Beurteilung von z.B. Behandlungsergebnissen in der klinischen Forschung darstellt (Löwe, Unützer, Callahan, Perkins & Kroenke, 2004).

Angst

Um die Symptomschwere der generellen Ängstlichkeit zu erheben, wurde die *Generalized Anxiety Disorder Scale 7* (GAD-7) von Spitzer, Kroenke Williams und Löwe (2006) verwendet. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein Modul aus dem *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (PHQ-D) von Löwe und Kollegen (2002). Obwohl die GAD-7 (Spitzer et al., 2006) ursprünglich zur Ermittlung einer Generalisierten Angststörung entwickelt wurde, ist sie auch auf andere häufige auftretende Angststörungen, wie z.B. Sozialphobie, Panikstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung anwendbar und zeigt dort gute Spezifität sowie Funktionalität (Kroenke et al., 2007).

In diesem ökonomischen Selbstbeurteilungsverfahren gilt es sieben Items, im Hinblick auf die dadurch erlebte Beeinträchtigung im Verlauf der letzten zwei Wochen, zu beurteilen. Ein Beispiel Item hierfür wäre: „Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren“ (Löwe, 2015). Als Antwortmöglichkeiten stehen jeweils vier Aussagen zur Auswahl, welchen zur Skalensummenwertberechnung jeweils folgende Werte zugewiesen werden: *Nie* = 0, *An manchen Tagen* = 1, *An mehr als die Hälfte der Tage* = 2 und *Beinahe jeden Tag* = 3. Durch die Addierung der einzelnen Itemscores ist ein Summenwert von 0 – 21 Punkten möglich. Ein Wert von 0 - 4 Punkte wird als minimal, 5 - 9 Punkte als mild, 10 - 14 als mittelgradig und 15 - 21 Punkte als schwer ausgeprägte Angstsymptomatik interpretiert (Spitzer et al., 2006).). In verschiedenen Studien wurden bisher interne Konsistenzen von α = .89 (Löwe et al., 2008) und α = .92 (Spitzer et al., 2006) gefunden. Die GAD-7 (Spitzer et al., 2006) stellt ein valides und effizientes Instrument zur Erfassung der Angstsymptomatik in der klinischen Praxis und Forschung dar (Spitzer et al., 2006) und hat sich darüber hinaus auch in Langzeitstudien sensitiv im Hinblick auf Veränderungen in der Verlaufserfassung gezeigt (Dear et al., 2011).

Psychisches Wohlbefinden

Zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens der Probanden wurde das jeweilige Modul aus den *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit für die therapeutische Praxis* (Health-49; Rabung et al., 2009) herangezogen. Das Selbstbeurteilungsinstrument HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) ermöglicht eine multidimensionale Erfassung der generischen psychosozialen Gesundheitsaspekte und besteht

aus sechs eigenständigen Modulen, die insgesamt neun Skalen über 49 Items zugeordnet werden. Die Skalen Depressivität, phobische Ängste und somatoforme Beschwerden bilden hierbei das Modul A „Psychische und Somatoforme Beschwerden“. Die weiteren Module, Modul B „Psychisches Wohlbefinden“, Modul C „Interaktionelle Schwierigkeiten“, Modul D „Selbstwirksamkeit“, Modul E „Aktivität und Partizipation“, werden jeweils durch eine entsprechende Skala abgebildet. Die zwei Skalen „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Belastung“ können dem Modul F „Soziale Unterstützung“ zugeordnet werden. Insgesamt hat sich das Instrument in der Praxis als praktikabel, valide und veränderungssensitiv erwiesen (Rabung et al., 2009).

Das Modul B „Psychisches Wohlbefinden“ setzt sich aus fünf Items zusammen, wobei ein Beispielitem „Ich fühle mich wohl“ (S. 1, Rabung et al., 2007) lautet. Bei der Beantwortung dieser Items sollen die letzten zwei Wochen als Bezugsraum verwendet und zwischen den Antwortmöglichkeiten *nie* = 0, *selten* = 1, *gelegentlich* = 2, *oft* = 3 und *immer* = 4 gewählt werden. Durch die Berechnung des Skalenmittelwertes ist ein Wertebereich von 0 – 4 Punkte möglich (Rabung et al., 2007), wobei höhere Werte eine stärkere Beeinträchtigung bedeuten. Für das Modul B „Psychisches Wohlbefinden“ liegen von Rabung und Kollegen (2009) auf Basis zwei verschiedener Stichproben interne Konsistenzen von α = .87 und α = .91 vor. In einer großen Stichprobe von n = 2284 gesunden Probanden und n = 1523 Patienten aus stationärer psychosomatischer Rehabilitation wurde für das Modul des psychischen Wohlbefindens ein Cut-Off Wert von 1.82 Punkte identifiziert (Rabung, Harfst, Koch & Schulz, 2011).

Selbstwirksamkeit

Ebenfalls aus den *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit für die therapeutische Praxis* (Health-49; Rabung et al., 2009) wurde zur Erfassung der Selbstwirksamkeit das Modul D „Selbstwirksamkeit“ verwendet. Aus fünf Items bestehend, bezieht sich dieses Modul darauf, inwieweit trotz der erlebten Belastung durch körperliche oder psychische Beschwerden noch ein Gefühl der Handlungskompetenz für wichtige Dinge oder Aufgaben besteht. Auch hier gilt ein Bezugsraum der letzten zwei Wochen. Ein Beispielitem lautet: „Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen“ (S. 2, Rabung et al., 2007). Die Antwortmöglichkeiten reichen hierbei von *stimmt nicht* = 0, *stimmt wenig* = 1, *stimmt mittelmäßig* = 2, *stimmt ziemlich* = 3 bis *stimmt sehr* = 4 (Rabung et al., 2007). Durch die Skalenmittelwerts-Berechnung ist ein Wertebereich von 0 – 4 Punkte möglich, wobei hohe Werte als stärkere Belastung/

Beeinträchtigung zu interpretieren sind (Rabung et al, 2009). In zwei verschiedenen Stichproben fanden Rabung und Kollegen 2009 für das Modul D interne Konsistenzen von α = .87 und α = .91. Des Weiteren wurde in einer großen Stichprobe von 2284 gesunden Probanden und 1523 Patienten aus stationärer psychosomatischer Rehabilitation für das Modul D Selbstwirksamkeit ein Cut-Off Wert von 1.364 Punkten identifiziert (Rabung et al., 2011).

7.3 Auswertungsmethode

Die erhaltenen Daten werden mit Hilfe des computergestützten Datenauswertungsverfahren IBM SPSS Statistic (Version 22) ausgewertet. Mit steigendem Stichprobenumfang streut die Verteilung einer Zufallsvariable $\bar{X}$ immer geringer und nähert sich stetig einer Normalverteilung an. Somit gilt: „Für praktische Zwecke können wir davon ausgehen, dass die Mittelwertverteilung auch für extrem von der Normalität abweichende Grundgesamtheiten hinreichend normal ist, wenn $n \geq 30$ ist“ (Döring & Bortz, 2016, S. 641). Angesichts der in dieser Untersuchung herangezogenen großen Stichprobe (N = 3340) und diesem Grenzwerttheorem, wird auf die Prüfung der Normalverteilung verzichtet, sofern die zur statistischen Berechnung gebildeten Teilstichproben $n \geq 30$ umfassen.

Für die Hypothesen H1, H2a, H2b, H3a, H3b, H4a und H4b werden *t*-Test für unverbundene Stichproben berechnet, während für die Hypothesen H5a, H5b, H6a, H6b, H8a und H8b *t*-Tests für verbundene Stichproben angewendet werden. Die Hypothesen 7a und 7b werden mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse überprüft und für die Hypothesen 9a und 9b werden Pearson Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Eine multiple lineare Regressionsanalyse wird für die Hypothesen 10a und 10b verwendet. Die Signifikanztestung erfolgt stets auf einem fünf-prozentigen Signifikanzniveau.

Aufgrund der Größe der Gesamtstichprobe (N = 3400) kann davon ausgegangen werden, dass auch geringfügige Effekte signifikant werden. Diese stellen jedoch nur statistische Artefakte dar, deren praktische sowie theoretische Relevanz gegen Null geht, weswegen zur Ermittlung der klinischen Bedeutung der Ergebnisse die jeweiligen Effektstärken berechnet werden. Zur Interpretation der Effektstärke des Korrelationskoeffizienten r wird die von Cohen (1988) vorgeschlagene Einteilung herangezogen. Demnach gelten Koeffizienten ab r = .10 als kleiner, r = .30 als mittlerer und r = .50 als großer Effekt (Cohen, 1988). Diese Klassifizierung wird für die Pearson Produkt-Moment-Korrelationen und Rangkorrelationen nach Spearman der Interkorrelationsmatrizes verwendet. Auch für den Cramer V-Test kann diese Einteilung verwendet werden, jedoch gilt es hierbei zu beachten, dass lediglich die Stärke des

Zusammenhangs, nicht jedoch die Richtung interpretiert werden kann (Cohen, 1988). Die Effektstärken der *t*-Tests für unverbundene und verbundene Stichproben werden mittels des Effektstärkenrechners von Lenhard & Lenhard (2016) berechnet und diese auf Basis der Klassifikation von Cohen (1988) interpretiert. So stellen Werte zwischen 0.2 und 0.5 einen kleinen Effekt dar, Werte zwischen 0.5 und 0.8 einen mittleren Effekt und Werte von 0.8 und größer einen starken Effekt (Cohen, 1988). Das Eta-Quadrat wird nach der Formel $\eta^2 = QS_{Zwischen}/QS_{Gesamt}$ für die Effektstärke der einfaktoriellen Varianzanalysen berechnet. Nach Cohen (1988) stellt $\eta^2 = 0.01$ einen kleinen Effekt, ab $\eta^2 = 0.06$ einen mittleren Effekt und ab $\eta^2 = 0.14$ einen großen Effekt dar. Für die multiple lineare Regressionsanalyse wird der berechnete β-Koeffizient als Effektstärkenmaß verwendet, der nach Grünwald (2019) ebenfalls auf Basis der Effektstärkeninterpretation des Pearson Korrelationskoeffizienten *r* nach Cohen (1988) interpretiert werden kann (ab .10 = kleiner Effekt, ab .30 = mittlerer Effekt, ab .50 großer Effekt). In dieser Untersuchung werden nur Koeffizienten interpretiert, die nach dem Effektstärkenmaß mindestens einen schwachen Effekt abbilden. Für die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse der Interkorrelationsmatrizes bedeutet dies, dass ausschließlich Effekte interpretiert werden, deren Koeffizienten ≥ .10 sind.

8. Ergebnisse

Nachfolgend werden die deskriptiven Ergebnisse dieser Studie dargestellt, worauf die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen folgen.

8.1 Deskriptive Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden zunächst jeweils für die beiden Erhebungszeitpunkte die deskriptiven Abbildungen der Bindungsorganisation, der depressiven und der Angstsymptomatik sowie des psychischen Wohlbefindens und der Selbstwirksamkeit der Stichprobe dargestellt. Nachfolgend werden mittels Interkorrelationsmatrizes Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen abgebildet.

Erster Erhebungszeitpunkt

Der mittlere Wert der Bindungsangst des ECR-RD 12 der depressiven Patienten beläuft sich zum ersten Erhebungszeitpunkt bei einer Standardabweichung von 1.64 auf 3.37, während der Mittelwert der Angststörungs-Patienten bei 3.19, mit einer Standardabweichung von 1.21 liegt. Auf der Skala der Bindungsvermeidung des ECR-RD 12, weisen die depressiven Patienten einen Mittelwert von 2.75 mit einer Standardabweichung von 1.21 auf, die Angststörungs-Patienten einen Mittelwert von 2.76, mit einer Standardabweichung von 1.37. Auf Basis der Cut-Off Werte für die Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung nach Mestel (n.d.), kann zum ersten Erhebungszeitpunkt (T0) 30.4 % der Gesamtstichprobe mittels des Selbstbeurteilungsfragebogens als sicher gebunden und 69.6 % als unsicher gebunden klassifiziert werden. In der Gruppe der Depressionen lassen sich jeweils knapp ein Drittel dem sicheren und dem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil zuweisen (s. Tabelle 5). Der ängstlich-ambivalente Bindungsstil ist unter den depressiven Patienten mit knapp über einem Fünftel vertreten, der gleichgültig-vermeidende zu einem Sechstel. Unter den Patienten mit einer Angststörung liegt der sichere Bindungsstil mit etwas mehr als einem Drittel am häufigsten vor. Während sich ein Fünftel der Probanden dieser Gruppe dem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil zuweisen lassen, so kann etwas weniger als ein Drittel als ängstlich-vermeidend gebunden klassifiziert werden. Der gleichgültig-vermeidende Bindungsstil ist unter den Angststörungs-Patienten mit weniger als ein Sechstel am geringsten Vertreten (s. Tabelle 5).

Tab. 5. Bindungsstile zu T0 in den Gruppen der Depressionen und den Angststörungen in absoluten und relativen Häufigkeiten.

	Depression [a]		Angststörung [b]	
Bindungsstil	*n*	%	*n*	%
sicher	959	30.2	58	35.2
ängstlich-vermeidend	967	30.5	46	27.9
ängstlich-ambivalent	723	22.8	36	21.8
gleichgültig-vermeidend	526	16.6	25	15.2

Anmerkung. [a] $n = 3175$; [b] $n = 165$

Zum ersten Erhebungszeitpunkt liegt der mittlere Wert der Depressionsschwere des PHQ-9 der depressiven Probanden bei 14.72, mit einer Standardabweichung von 5.38. Dies entspricht nach der Klassifikation von Kroenke und Kollegen (2001) dem Wert einer mittelgradigen, bis mäßig starken depressiven Symptomatik. Der durchschnittliche Wert des Moduls psychischen Wohlbefindens des HEALTH-49 der depressiven Probanden beläuft sich auf 2.88, mit einer Standardabweichung von 0.67. Da der Cut-Off-Wert von Gesunden und psychisch Erkrankten Menschen bei 1.82 liegt (Rabung et al., 2011), ist das psychische Wohlbefinden der depressiven Probanden als stark eingeschränkt zu interpretieren. Auch bei dem Modul der Selbstwirksamkeit des HEALTH-49 zeigt sich bei einem Mittelwert von 2.50 und einer Standardabweichung von 0.76 ein beeinträchtigtes Gefühl der Selbstwirksamkeit (Cut-Off-Wert 1.36; Rabung et al., 2011).

In der Gruppe der Angststörungen beläuft sich der mittlere Wert der Angstsymptomatik des GAD-7 zum ersten Erhebungszeitpunkt mit einer Standardabweichung von 5.01, auf 11.79, was nach Spitzer und Kollegen (2006) als mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik zu interpretieren ist. Ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden (Modul B des HEALTH-49) zeigt sich mit einem Mittelwert von 2.66 und einer Standardabweichung von 0.74 auch in der Gruppe der Angststörungen (Cut-Off-Wert: 1.82; Rabung et al., 2011). Der mittlere Wert des Moduls Selbstwirksamkeit des HEALTH-49 beläuft sich bei einer Standardabweichung von 0.84 auf 2.11 und ist aufgrund des Cut-Off-Wertes zwischen gesunden und psychisch Erkrankten von 1.36 (Rabung et al., 2011) auch als eingeschränkt zu interpretieren.

Tab. 6. Interkorrelationsmatrix des ersten Erhebungszeitpunktes T0.

Mittelwerte, Standardabweichungen und Pearson Produkt-Moment-Korrelationen/Rangkorrelationen nach Spearman und Cramer-V-Tests.

Variable	*M*	*SD*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BaDo													
1 Alter	49.48	10.12	-										
2 Geschlecht	1.63	0.48	-.01	-									
3 Bildungsgrad	6.18	0.94	-.05**	.10°	-								
4 Berufsabschluss	4.66	1.24	.13**	.23°	.54**	-							
5 Behandlungsdauer	43.17	13.16	-.07**	-.01	.17**	.11**	-						
Konstrukte													
6 Depression	14.61	5.43	-.01	.06**	-.02	-.01	.19**	-					
7 Angstsymptomatik	11.91	4.88	.01	.05**	-.02	.01	.18**	.72**	-				
8 Bindungsangst	3.36	1.63	-.19**	.04*	.05**	-.01	.12**	.29**	.25**	-			
9 Bindungsvermeidung	2.75	1.22	.03	.08**	-.04*	-.05**	.08**	.22**	.18**	.29**	-		
10 Wohlbefinden	2.87	0.68	-0.1	.05**	-.06**	-.04*	.18**	.66**	.60**	.21**	.20**	-	
11 Selbstwirksamkeit	2.48	0.77	.02	.07**	.00	.01	.15**	.61**	.47**	.18**	.15**	.54**	-

Anmerkung. *N* = 3400; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung. BaDo = Basisdokumentation. * $p < .05$, ** $p < .01$, ° = näherungsweise signifikant bei Cramer-V. Geschlecht: 1 = männlich, 2 = weiblich. Bildungsgrad: 1 = ohne Abschluss; 2 = Schüler; 3 = sonstiger Abschluss/unklar; 4 = Sonderschulabschluss; 5 = Hauptschul-/Volksschulabschluss, 6 = Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule, 7 = Abitur/Fachabitur. Berufsabschluss: 1 = kein Abschluss, 2 = in Ausbildung/Student, 3 = abgeschlossene Lehre/Fachhochschule, 4 = Meisterabschluss, 5 = Fachhochschul-/Universitätsabschluss.

In Tabelle 6 werden die Mittelwerte, Standardabweichungen und Pearson Produkt-Moment-Korrelationen/Rangkorrelationen nach Spearman sowie Cramer-V-Tests des ersten Erhebungszeitpunktes abgebildet. Nachfolgend wird lediglich auf jene Ergebnisse eingegangen, die gerundet mindestens eine geringe Effektstärke verzeichnen (r, $V = \geq .10$).

Wie in Tabelle 6 ersichtlich, besteht zwischen dem Geschlecht und dem höchst erreichten Bildungsgrad ($V = .23$, näherungsweise Signifikanz < .001) sowie dem Geschlecht und der höchsten abgeschlossenen Berufsausbildung ($V = .10$, näherungsweise Signifikanz < .001) ein Zusammenhang, welcher jedoch nicht weiter interpretiert werden kann. Es zeigt sich eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Alter und dem Berufsabschluss ($r = .13$, $p < .001$), sowie eine signifikant negative Korrelation zwischen dem Alter und der Bindungsangst ($r = -.19$, $p < .001$). Dies bedeutet, je älter ein Proband ist, desto höher ist sein Berufsabschluss und desto niedriger seine Bindungsangst. Ein höherer Bildungsgrad geht wie zu erwarten signifikant mit einer höheren Berufsausbildung einher ($r = .53$, $p < .001$) und zwischen der

Behandlungsdauer und dem Bildungsgrad (r = .17, p < .001) sowie der Behandlungsdauer und dem Berufsabschluss (r = .11, p < .001) besteht jeweils eine signifikant positive Korrelation. Eine längere Behandlungsdauer in der Klinik geht somit jeweils mit einem höheren Bildungsgrad und einem höheren Berufsabschluss einher. Wie erwartet korreliert darüber hinaus die Behandlungsdauer signifikant positiv mit der depressiven (r = .19, p < .001) sowie der Angstsymptomatik (r = .18, p < .001), der Bindungsangst (r = .12, p < .001), dem Wohlbefinden (r = .18, p < .001) und der Selbstwirksamkeit (r = .15, p < .001). Ein Patient bleibt somit länger stationär, desto stärker die Ausprägung seiner depressiven Symptomatik, desto stärker die Ausprägung seiner Angstsymptomatik, die Höhe der Bindungsangst und desto geringer sein Wohlbefinden sowie sein Gefühl der Selbstwirksamkeit. Zwischen der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik zeigt sich wie zu erwarten ein signifikant positiver Zusammenhang (r = .72, p < .001) und auch zwischen der depressiven Symptomatik und der Bindungsangst (r = .29, p < .001) sowie der depressiven Symptomatik und der Bindungsvermeidung (r = .22, p < .001) kommt es zu den erwarteten signifikant positiven Korrelationen. Dies bedeutet, dass Probanden mit einer stärkeren Ausprägung der depressiven Symptome eine stärkere Bindungsangst und auch eine stärkere Bindungsvermeidung aufweisen. Darüber hinaus zeigen die positiven Korrelationen zwischen der Depressionsschwere und dem Wohlbefinden (r = .66, p < .001) sowie der Depressionsschwere und der Selbstwirksamkeit (r = .61, p < .001), dass mit steigender Schwere der depressiven Symptomatik das Gefühl des Wohlbefindens und auch der Selbstwirksamkeit sinkt. Ebenfalls besteht wie erwartet ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer stärkeren Angstsymptomatik und einer stärkeren Bindungsangst (r = .25, p < .001) und auch zwischen einer stärkeren Angstsymptomatik und einer stärkere Bindungsvermeidung (r = .18, p < .001). Je stärker die Bindungsangst eines Probanden, desto stärker ist seine Bindungsvermeidung (r = .29, p < .001) und desto geringer ist auch sein Wohlbefinden (r = .21, p < .001) sowie sein Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = .18, p < .001). Auch die Bindungsvermeidung korreliert wie zu angenommen signifikant positiv mit dem Wohlbefinden (r = .20, p < .001) und der Selbstwirksamkeit (r = .15, p < .001), was in diesem Fall bedeutet, je stärker die Bindungsvermeidung, desto niedriger sind das Wohlbefinden sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Darüber hinaus geht ein geringeres Gefühl der Selbstwirksamkeit signifikant mit einem geringeren Wohlbefinden einher (r = .54, p < .001).

Zweiter Erhebungszeitpunkt

In der Gruppe der depressiven Patienten liegt der mittlere Wert der Bindungsangst des ECR-RD 12 zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T1) bei 3.03, mit einer Standardabweichung von 1.63. In der Gruppe der Angststörungs-Patienten liegt dieser, bei einer Standardabweichung von 1.47, bei 2.83. Die Bindungsvermeidung der depressiven Patienten weist einen Mittelwert von 2.67, mit einer Standardabweichung von 1.24 im ECR-RD 12 auf, während die Angststörungsgruppe einen Mittelwert von 2.57, bei einer Standardabweichung von 1.34 verzeichnet. Basierend auf den Cut-Off Werten für die Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung nach Mestel (n.d.), können zum Zeitpunkt T1 39.1 % der Gesamtstichprobe als sicher und 60.9 % als unsicher gebunden kategorisiert werden. Wie in Tabelle 7 ersichtlich, ist in der Depressionsgruppe der sichere Bindungsstil mit fast 40 % am häufigsten aufzufinden. Etwas mehr als ein Viertel dieser Gruppe lassen sich dem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil zuweisen, etwas weniger als ein Fünftel dem ängstlich-ambivalenten. Der gleichgültig-vermeidende Bindungsstil ist mit einem Sechstel in der Depressionsgruppe am geringsten vertreten. Unter den Patienten mit einer Angststörung lässt sich mit fast 50 % ebenfalls der sichere Bindungsstil am häufigsten auffinden. Ca. ein Fünftel der Probanden dieser Gruppe können als ängstlich-vermeidend gebunden klassifiziert werden und jeweils weniger als ein Achtel finden sich in den Kategorien des ängstlich-ambivalenten und des gleichgültig-vermeidenden Bindungsstil (s. Tabelle 7).

Tab. 7. Bindungsstile zu T1 in den Gruppen der Depressionen und den Angststörungen in absoluten und relativen Häufigkeiten.

	Depression [a]		Angststörung [b]	
Bindungsstil	*n*	*%*	*n*	*%*
sicher	1228	38.7	78	47.3
ängstlich-vermeidend	839	26.4	41	24.8
ängstlich-ambivalent	576	18.1	23	13.9
gleichgültig-vermeidend	532	16.8	23	13.9

Anmerkung. [a] $n = 3175$; [b] $n = 165$

Bei Entlassung der depressiven Patienten, liegt der mittlere Wert der Depressionsschwere des PHQ-9-Gesamtscores bei 8.81, mit einer Standardabweichung von 5.27. Nach Kroenke und Kollegen (2001) ist dies als minimale depressive Symptomatik zu werten. Der Mittelwert des Moduls des psychischen Wohlbefindens des HEALTH-49, liegt in dieser Gruppe bei 1.88 mit einer Standardabweichung von 0.81. Dieser Wert liegt zwar noch 0.05 Punkte über dem Cut-Off-Wert von Gesunden und psychisch Erkrankten (Wert 1.82; Rabung et al., 2011), ist jedoch

als kaum beeinträchtigt zu sehen. Bezüglich der Selbstwirksamkeit, ebenfalls erfasst mit dem HEALTH-49, lässt sich bei einer Standardabweichung von 0.91 ein mittlerer Wert von 1.73 der depressiven Probanden finden. Nach dem Cut-Off-Wert von 1.36 von Rabung und Kollegen (2011), zeigt sich hier noch eine Einschränkung des Selbstwirksamkeitsgefühls.

Die Angststörungs-Patienten weisen zum zweiten Erhebungszeitpunkt in dem GAD-7-Gesamtscore einen Mittelwert der Angstsymptomatik von 6.87, mit einer Standardabweichung von 4.64 auf. Dies entspricht nach Spitzer und Kollegen (2006) einer mild ausgeprägten Angstsymptomatik. Mit einem Mittelwert von 1.87 und einer Standardabweichung von 0.81 zeigt sich das psychische Wohlbefinden dieser Gruppe im HEALTH-49 auch bei der Entlassung in Relation zu Gesunden noch eingeschränkt, wenn auch nur kaum (Cut-Off-Wert 1.82; Rabung et al., 2011). Das Gefühl der Selbstwirksamkeit bildet sich im HEALTH-49 für dieser Gruppe mit einem Mittelwert von 1.55 und einer Standardabweichung von 0.89 ab. Nach dem Cut-Off-Wert von 1.36 von Rabung und Kollegen (2011) ist dies als Einschränkung des Selbstwirksamkeitsgefühls zu interpretieren.

Die Ergebnisse der Interkorrelationsmatrix zu T1 werden nachfolgend in Tabelle 8, anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen und Pearson Produkt-Moment-Korrelationen/ Rangkorrelationen nach Spearman sowie Cramer-V-Tests abgebildet. Es wird auch hierbei lediglich auf jene Ergebnisse eingegangen, die gerundet mindestens eine geringe Effektstärke verzeichnen (r, V = ≥ .10). Da die Variablen 1 – 5 keinen zweiten Erhebungszeitpunkt verzeichnen und die Werte somit gleichgeblieben sind, wird auf deren Korrelationen sowie Zusammenhänge untereinander an dieser Stelle nicht mehr inhaltlich eingegangen.

Wie in Tabelle 8 ersichtlich, zeigt sich auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bindungsangst (r = -.17, p < .001). Je höher das Alter, desto niedriger die Bindungsangst. Zwischen dem Bildungsgrad und der Schwere der Depression (r = -.12, p < .001) sowie dem Bildungsgrad und der Ausprägung der ängstlichen Symptomatik (r = -.12, p < .001) kommt es zu signifikant negativen Korrelationen. Dies bedeutet, dass ein höherer Bildungsgrad mit einer niedrigeren Depressionsschwere sowie einer niedrigeren Angstsymptomatik zum zweiten Erhebungspunkt einhergeht. Ein höherer Bildungsgrad hängt darüber hinaus auch mit einem signifikant besseren psychischen Wohlbefinden (r = -.12, p < .001) und einem besseren Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = -.14, p < .001) zusammen. Zwischen dem Berufsabschluss und der Depressionsschwere (r = -.10, p < .001) sowie dem Berufsabschluss und der Ausprägung der Ängstlichkeit (r = -.11, p < .001) finden sich signifikant negative Zusammenhänge. Dies bedeutetet, je höher der

Berufsabschluss, desto niedriger die Ausprägung der Depression und die der Ängstlichkeit zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Des Weiteren geht ein höherer Berufsabschluss mit einem besseren psychischen Wohlbefinden (r = -.10, p < .001) sowie einem besseren Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = -.11, p < .001) einher.

Tab. 8. Interkorrelationsmatrix des zweiten Erhebungszeitpunktes T1.

Mittelwerte, Standardabweichungen und Pearson Produkt-Moment-Korrelationen/Rangkorrelationen nach Spearman und Cramer-V-Tests.

Variable	*M*	*SD*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BaDo													
1 Alter	49.48	10.12	-										
2 Geschlecht	1.63	0.48	-.01	-									
3 Bildungsgrad	6.18	0.94	-.05**	.10°	-								
4 Berufsabschluss	4.66	1.24	.13**	.23°	.53**	-							
5 Behandlungsdauer	43.17	13.16	-.07**	-.01	.17**	.11**	-						
Konstrukte													
6 Depression	8.81	5.27	-.06**	.06**	-.12**	-.10**	.05**	-					
7 Angstsymptomatik	6.87	4.64	-.09**	.07**	-.12**	-.11**	.04*	.81**	-				
8 Bindungsangst	3.02	1.62	-.17**	.02	05**	-.02	.08**	.33**	.33**	-			
9 Bindungsvermeidung	2.66	1.25	.02	.07**	.05**	-.06**	.02	.33**	.31**	.40**	-		
10 Wohlbefinden	1.88	0.81	-.07**	.07**	-.12**	-.10**	.02	.77**	.73**	.29**	.31**	-	
11 Selbstwirksamkeit	1.73	0.91	.00	.05**	-.14**	-.11**	.05**	.70**	.62**	.24**	.26**	.65**	-

Anmerkung. N = 3400; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. BaDo = Basisdokumentation. * p < .05, ** p < .01, ° = näherungsweise signifikant bei Cramer-V. Geschlecht: 1 = männlich, 2 = weiblich. Bildungsgrad: 1 = ohne Abschluss; 2 = Schüler; 3 = sonstiger Abschluss/unklar; 4 = Sonderschulabschluss; 5 = Hauptschul-/Volksschulabschluss, 6 = Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule, 7 = Abitur/Fachabitur. Berufsabschluss: 1 = kein Abschluss, 2 = in Ausbildung/Student, 3 = abgeschlossene Lehre/Fachhochschule, 4 = Meisterabschluss, 5 = Fachhochschul-/Universitätsabschluss.

Zwischen der Ausprägung der depressiven Symptomatik und der Ausprägung der Angstsymptomatik findet sich ein signifikant positiver Zusammenhang (r = .81, p < .001) und auch zwischen der Depressionsschwere und der Bindungsangst (r = .33, p < .001), sowie der Depressionsschwere und der Bindungsvermeidung (r = .33, p < .001) kommt es zu den erwarteten signifikant positiven Korrelationen (s. Tabelle 8). Dies bedeutet, dass Probanden mit einer stärkeren Ausprägung der depressiven Symptome zum zweiten Erhebungszeitpunkt, eine stärkere Bindungsangst und auch eine stärkere Bindungsvermeidung aufweisen. Die signifikant positiven Korrelationen zwischen der Depressionsschwere und dem psychischen Wohlbefinden (r = .77, p < .001) sowie der Depressionsschwere und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit

(r = .70, p < .001) zeigen, dass eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptomatik mit einem niedrigeren psychischen Wohlbefinden sowie einem geringeren Gefühl der Selbstwirksamkeit einhergeht. Wie erwartet zeigt sich auch zu T1, dass Probanden mit einer stärkeren Ausprägung der Angstsymptomatik auch eine stärkere Bindungsangst (r = .33, p < .001) sowie eine stärkere Bindungsvermeidung aufweisen (r = .31, p < .001). Des Weiteren lassen sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Angstsymptomatik und dem psychischen Wohlbefinden (r = .73, p < .001) sowie der Angstsymptomatik und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = .62, p < .001) finden. In diesem Fall bedeutet dies, dass mit steigender Schwere der Angstsymptomatik das psychische Wohlbefinden sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit abnehmen. Eine stärkere Bindungsangst hängt signifikant mit einer stärkeren Bindungsvermeidung (r = .40, p < .001) zusammen und auch für die Zusammenhänge der Bindungsangst und dem psychischen Wohlbefinden (r = .29, p < .001), sowie der Bindungsangst und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = .24, p < .001) lassen sich positive Korrelationen finden. Dies bedeutet, je stärker die Bindungsangst, desto stärker die Bindungsvermeidung und desto geringer das psychische Wohlbefinden sowie die Selbstwirksamkeit. Für die Bindungsvermeidung und das psychische Wohlbefinden (r = .31, p < .001) sowie für die Bindungsvermeidung und das Gefühl der Selbstwirksamkeit (r = .26, p < .001) lassen sich ebenfalls diese signifikant positiven Zusammenhänge finden. Je stärker die Bindungsvermeidung, desto niedriger das psychische Wohlbefinden sowie das Selbstwirksamkeitsgefühl. Darüber hinaus findet sich auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit der Probanden (r = .65, p < .001). Ein geringeres psychisches Wohlbefinden geht somit mit einem geringeren Gefühl der Selbstwirksamkeit einher.

8.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfungen

Zur Überprüfung der Hypothesen werden je nach der zugrundeliegenden Fragestellung verschiedene Verfahren angewendet. Detailliertere Informationen hierzu lassen sich unter dem Abschnitt „7.4 Auswertungsmethode“ finden.

Bindungsorganisation und psychopathologische Symptome zu T0

Die Ergebnisse der statistischen Überprüfung der Hypothese 1 sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tab. 9. Bindungsangst und Bindungsvermeidung der zwei Gruppen zu T0.

	Depressions-Gruppe [a]		Angststörungs-Gruppe [b]				95% CI		
Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Bindungsangst	3.37	1.63	3.19	1.65	1.35	.177	-.08	0.43	0.11
Bindungs-vermeidung	2.75	1.21	2.76	1.37	-0.11	.914	-.23	0.20	-0.01

Anmerkung. M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d. [a] *n* = 3175; [b] *n* = 165.

H1: Depressive und Angststörungs-Patienten unterscheiden sich zu T0 hinsichtlich ihrer Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung.

Der *t*-Wert der Bindungsangst ist nicht signifikant (t = 1.35; p = .177) und auch für die Bindungsvermeidung zeigt sich ein nicht signifikanter *t*-Wert (t = -0.11; p = .914). Darüber hinaus verweisen die Effektstärken auf keine klinisch relevanten Effekte (Bindungsangst: d = 0.11; Bindungsvermeidung: d = -0.01). Hypothese 1 muss somit verworfen werden. Depressive Patienten und Angststörungs-Patienten unterscheiden sich zum ersten Erhebungszeitpunkt nicht signifikant hinsichtlich ihrer Ausprägungen der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung.

Zur Überprüfung der Hypothesen 2a und 2b werden zur Kategorisierung der Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung die Probanden der jeweiligen Gruppen nach den Cut-Off-Werten von Mestel (n.d.) in die Kategorien „sicher“ (geringe Bindungsangst und geringe Bindungsvermeidung) sowie „unsicher“ (hohe Bindungsangst und/oder hohe Bindungsvermeidung) eingeteilt. Die Ergebnisse sind Tabelle 10 dargestellt.

Tab.10. Symptomschwere, Bindungsangst und Bindungsvermeidung der zwei Gruppen zu T0.

		sicher [a]		unsicher [b]				95% CI		
	Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Depressions-Gruppe	Depressive Symptomatik	12.94	5.43	15.49	5.17	-12.61	<.001	-2.96	-2.16	-0.49
Angststörungs-Gruppe	Angstsymptomatik	9.81	5.22	12.87	4.58	-3.90	<.001	-4.61	-1.51	-0.64

Anmerkung. M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d. Depressionsgruppe: [a] *n* = 959; [b] *n* = 2216. Angststörungsgruppe: [a] *n* = 58; [b] *n* = 107.

H2a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 eine niedrigere depressive Symptomatik auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H2b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 eine niedrigere Angstsymptomatik auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

Sowohl für die depressiven Probanden (t = -12.61; p <.001), als auch für die Probanden mit einer Angststörung (t = -3.90; p <.001) lassen sich signifikante t-Werte mit mittleren Effektstärken finden (Depressionsgruppe: d = -0.49; Angststörungsgruppe: d = -0.64; s. Tabelle 10). Sicher gebundene depressive Patienten weisen zu T0 einen signifikant niedrigeren Wert der depressiven Symptomatik auf (M = 12.94) als unsicher gebundenen depressiven Probanden (M = 15.49). Der gleiche Befund zeigt sich hinsichtlich der Angstsymptomatik für die Angststörungspatienten (Sicher gebundene: M = 9.81, unsicher gebundene: M = 12.87). Somit können Hypothese 2a und 2b bestätigt werden. Probanden mit einer niedrigeren Bindungsangst und einer niedrigeren Bindungsvermeidung weisen zu T0 eine geringere Symptomschwere auf als jene mit einer hohen Bindungsangst und/oder einer hohen Bindungsvermeidung.

Bevor zur Prüfung der Hypothesen 3a, 3b, 4a und 4b die statistischen Berechnungen durchgeführt werden, werden auch hier wieder die Probanden der jeweiligen Gruppen auf Basis der Cut-Off-Werte nach Mestel (n.d.) in die Kategorien „sicher“ (geringe Bindungsangst und geringe Bindungsvermeidung) und „unsicher“ (hohe Bindungsangst und/oder hohe Bindungsvermeidung) eingeteilt. Die Ergebnisse der Berechnungen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tab. 11. Bindungsstil, psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit zu T0.

		sicher [a]		unsicher [b]				95% CI		
	Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
	Psychisches Wohlbefinden									
Depressions-Gruppe		2.68	0.71	2.97	0.63	-10.53	<.001	-0.33	-0.23	-0.41
Angststörungs-Gruppe		2.45	0.72	2.78	0.73	-2.80	.006	-0.57	-0.10	-0.46
	Selbstwirksamkeit									
Depressions-Gruppe		2.34	0.79	2.57	0.74	-7.70	<.001	-0.29	-0.17	-0.30
Angststörungs-Gruppe		1.82	0.82	2.27	0.82	-3.38	.001	-0.71	-0.19	-0.55

Anmerkung. M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d. Depressionsgruppe: [a] *n* = 959; [b] *n* = 2216. Angststörungsgruppe: [a] *n* = 58; [b] *n* = 107.

H3a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres psychisches Wohlbefinden auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H3b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres psychisches Wohlbefinden auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

Wie in Tabelle 11 ersichtlich, ist der *t*-Wert des psychischen Wohlbefindens der depressiven Probanden für die Gruppen „sicher“ und „unsicher“ signifikant (t = -10.53; p <.001) mit einer kleinen Effektstärke (d = -0.41). Dies bedeutet, dass depressive Probanden mit einer sicheren Bindungsorganisation bei Eingang in die Klinik ein signifikant besseres Wohlbefinden (M = 2.68) aufweisen als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation (M = 2.97). Auch für die Gruppe der Angststörungen (t = -2.80; p = .006) lässt sich dies mit einer kleinen Effektstärke (d = -0.46) bestätigen. Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen bei der Aufnahme ein signifikant besseres Wohlbefinden auf (M = 2.45) als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation (M = 2.78). Die Hypothesen 3a und 3b können bestätigt werden.

H4a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

H4b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation.

In der Depressionsgruppe findet sich für die Probanden hinsichtlich ihrer Bindungsorganisation ein signifikanter *t*-Wert für das Gefühl der Selbstwirksamkeit (t = -7.70; p <.001) mit einer kleinen Effektstärke (d = -0.30). Depressive Probanden der Gruppe „sicher“ weisen zu T0 ein signifikant besseres Selbstwirksamkeitsgefühl auf (M = 2.34) als Probanden der Gruppe „unsicher“ (M = 2.57; s. Tabelle 11). Unter den Patienten mit einer Angststörung ist bei einem mittleren Effekt (d = -0.55) der *t*-Wert für die Gruppen „sicher“ und „unsicher“ hinsichtlich der Selbstwirksamkeit ebenfalls signifikant (t = -3.38; p = .001). Die Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation weisen zu T0 ein besseres Selbstwirksamkeitsgefühl (M = 1.82) auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation (M = 2.27). Die Hypothesen 4a und 4b können bestätigt werden.

Bindungsorganisation, Behandlungsdauer und therapeutischer Erfolg

Die Ergebnisse der der Testung der Hypothese 5a sind in Tabelle 12 dargestellt, die der Hypothese 5b in Tabelle 13.

Tab. 12. Depressionsschwere zu den zwei Messzeitpunkten.

	T0 Depression		T1 Depression				95% CI		
Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Depressions-symptomatik	14.72	5.38	8.86	5.25	65.10	<.001	5.68	6.04	1.10

Anmerkung. *N* = 3175; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d.

H5a: Depressive Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere depressive Symptomatik auf als zum Zeitpunkt T0.

Der *t*-Wert ist signifikant (t = 65.10; p < .000) mit einem starken Effekt (d = 1.10), weswegen Hypothese 5a angenommen wird. Im Vergleicht mit dem Zeitpunkt T0 (M = 14.72), hat sich die depressive Symptomatik zum Zeitpunkt T1 (M = 8.86) signifikant gebessert.

Tab. 13. Angstsymptomatik zu den zwei Messzeitpunkten.

	T0 Angst		T1 Angst				95% CI		
Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Angstsymptomatik	11.79	5.01	7.72	5.01	11.02	<.001	3.35	4.81	0.81

Anmerkung. *N* = 165; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d.

H5b: Angststörungs-Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere ängstliche Symptomatik auf als zum Zeitpunkt T0.

Auch für die Probanden mit einer Angststörung lässt sich ein signifikanter *t*-Wert ($t = 11.02$; $p < .000$) mit einem starken Effekt ($d = 0.81$) nachweisen. Im Vergleicht mit dem Zeitpunkt T0 ($M = 11.79$), hat sich die Angstsymptomatik zum Zeitpunkt T1 ($M = 7.72$) signifikant gebessert, weswegen Hypothese 5b angenommen werden kann.

In Tabelle 14 sind die Ergebnisse der statistischen Berechnungen für Hypothese 6a dargestellt, während sich die Ergebnisse für Hypothese 6b in Tabelle 15 finden lassen.

Tab. 14. Psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit der Depressionsgruppe zu T0 & T1.

	T0		T1				95% CI		
Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Wohlbefinden	2.89	0.67	1.89	0.82	70.89	<.001	0.97	1.02	1.32
Selbstwirksamkeit	2.50	0.76	1.74	0.91	48.13	<.001	0.74	.80	0.91

Anmerkung. $N = 3175$; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d.

H6a: Depressive Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 ein verbessertes psychisches Wohlbefinden sowie ein verbessertes Gefühl der Selbstwirksamkeit auf, als zum Zeitpunkt T0.

Wie in Tabelle 14 zu sehen, ist der *t*-Wert der Depressionsgruppe für das psychische Wohlbefinden signifikant ($t = 70.89$; $p < .000$), mit einem starken Effekt ($d = 1.32$). Auch für das Gefühl der Selbstwirksamkeit lässt sich bei einem starken Effekt ($d = 0.91$) ein signifikanter *t*-Wert ($t = 48.13$; $p < .000$) finden. Hypothese 6a kann somit bestätigt werden. Die depressiven Probanden weisen zu T1 ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden ($M = 1.89$), sowie ein signifikant besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf ($M = 1.74$) als zu T0 (psychisches Wohlbefinden: $M = 2.89$; Selbstwirksamkeit; $M = 2.50$).

Tab. 15. Psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit der Angststörungsgruppe zu T0 & T1.

	T0		T1				95% CI		
Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
Wohlbefinden	2.66	0.74	1.87	0.81	12.72	<.001	0.67	0.92	1.02
Selbstwirksamkeit	2.11	0.84	1.55	0.89	8.26	<.001	0.43	0.70	0.65

Anmerkung. $N = 165$; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d.

H6b: Angststörungs-Probanden weisen zum Zeitpunkt T1 ein verbessertes psychisches Wohlbefinden sowie ein verbessertes Gefühl der Selbstwirksamkeit auf, als zum Zeitpunkt T0.

Für das psychische Wohlbefinden zeigt sich unter den Angststörungs-Patienten ein signifikanter *t*-Wert ($t = 12.72$; $p < .000$) mit einem starken Effekt ($d = 1.02$; s. Tabelle 15) und auch für das Gefühl der Selbstwirksamkeit ist der *t*-Wert, bei einem mittleren Effekt ($d = 0.65$) signifikant ($t = 8.26$; $p < .000$). Da sich das psychische Wohlbefinden sowie das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu T1 (psychisches Wohlbefinden: $M = 1.87$; Selbstwirksamkeit; $M = 1.55$) im Vergleich zu T0 (psychisches Wohlbefinden: $M = 2.66$; Selbstwirksamkeit; $M = 2.11$) signifikant verbessert hat, kann Hypothese 6b bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Prüfungen der Hypothese 7a sind in den Tabellen 16 und 17 dargestellt, die der Hypothese 7b in den Tabelle 18 und 19.

Tab. 16. Einfaktorielle Varianzanalyse der vier Bindungsstile für die depressive Symptomreduktion (T0-T1).

Effekt	*QS*	*df*	*F*	*p*	η^2
Zwischen Gruppen	659.00	3	8.60	<.001	0.01
Innerhalb der Gruppen	80990.347	3171			
Gesamtsumme	81649.349	3171			

Anmerkung. $N = 3175$; η^2 = Eta-Quadrat.

Tab. 17. Games-Howell post-hoc Test der einfaktoriellen Varianzanalyse für die vier Bindungsstile hinsichtlich der depressiven Symptomreduktion (T0-T1).

Gruppen	*Mittelwertdifferenz*	*SE*	*p*
Sicher – ängstlich-vermeidend	-.88	.231	.001
Sicher – ängstlich–ambivalent	-1.00	.245	<.001
Sicher – gleichgültig-vermeidend	-.07	.271	.994
Ängstlich-vermeidend – ängstlich-ambivalent	-1.22	.252	.962
Ängstlich-vermeidend – gleichgültig-vermeidend	.81	.277	.019
Ängstlich-ambivalent – gleichgültig-vermeidend	.93	.289	.007

Anmerkung. $N = 3175$; *SE* = Standardfehler.

H7a: Depressive Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 verzeichnen nach der stationären Therapie eine stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik als jene, mit einer ängstlich-ambivalenten, einer ängstlich-vermeidenden oder einer gleichgültig-vermeidenden Bindungsorganisation.

Die einfaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten *F*-Wert als Maß für den Unterschied zwischen den Bindungsstilen sicher, ängstlich-vermeidend, ängstlich-ambivalent und gleichgültig-vermeidend hinsichtlich der depressiven Symptomreduktion (F = 8.60; p <.001) mit einem kleinen Effekt (η^2 = 0.01; s. Tabelle 16). Da der Levene-Tests auf keine Varianzhomogenität verweist (F = 2.96; p = .031), wird zur Ermittlung der genaueren Unterschiede zwischen den Gruppen der Games-Howell post-hoc Test herangezogen (s. Tabelle 17). Es zeigt sich hierbei ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der depressiven Symptomreduktion zwischen den Bindungsstilen sicher und ängstlich-vermeidend (Mittelwertdifferenz: -.88; p = .001) sowie sicher und ängstlich-ambivalent (Mittelwertdifferenz: -1.00; p < .000), wobei die sicher gebundenen Patienten eine geringere Symptomreduktion aufweisen. Auch zwischen den Gruppen ängstlich-ambivalent und gleichgültig-vermeidend (Mittelwertdifferenz: 0.93; p = .007) sowie ängstlich-vermeidend und gleichgültig-vermeidend (Mittelwertdifferenz: 0.81; p = .019) findet sich ein signifikanter Unterschied dahingehend, dass die gleichgültig-vermeidend gebundenen Patienten eine geringere Symptomreduktion aufweisen. Die Gruppen sicher und gleichgültig-vermeidend (Mittelwertdifferenz: -0.07; p = .994) sowie ängstlich-vermeidend und ängstlich-ambivalent (Mittelwertdifferenz: -.11; p = .962) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Da nicht wie angenommen die sicher gebundenen Patienten die stärkste Symptomreduktion verzeichnen, muss Hypothese 7a verworfen werden.

Wie in Abbildung 11 ersichtlich, haben die depressiven Probanden mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil die stärkste depressive Symptomreduktion zu verzeichnen (M = 6.35). Darauf folgen mit einem Mittelwert von 6.23 die ängstlich-vermeidend gebundenen und die gleichgültig-vermeidenden gebundenen mit einem Mittelwert von 5.42. Die sicher gebundenen depressiven Probanden verzeichnen die geringste Reduktion der depressiven Symptome.

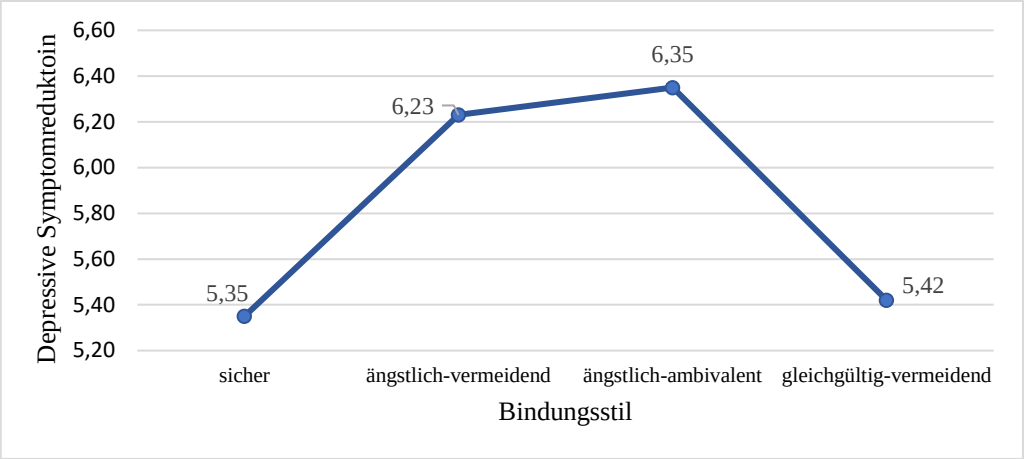


Abb. 11. Mittelwert der depressiven Symptomreduktion (T0-T1) über die vier Bindungsstile hinweg.

Tab. 18. Einfaktorielle Varianzanalyse der vier Bindungsstile für die ängstliche Symptomreduktion (T0-T1).

Effekt	*QS*	*df*	*F*	*p*	η^2
Zwischen Gruppen	223.05	3	3.44	.018	0.06
Innerhalb der Gruppen	3482.93	161			
Gesamtsumme	3705.98	161			

Anmerkung. *N* = 165; η^2 = Eta-Quadrat.

Tab. 19. Scheffé post-hoc Test der einfaktoriellen Varianzanalyse für die vier Bindungsstile hinsichtlich der ängstlichen Symptomreduktion (T0-T1).

Gruppen	*Mittelwertdifferenz*	*SE*	*p*
Sicher – ängstlich-vermeidend	.22	.92	.996
Sicher – ängstlich–ambivalent	-2.77	.99	.052
Sicher – gleichgültig-vermeidend	-.92	1.11	.876
Ängstlich-vermeidend – ängstlich-ambivalent	-2.99	1.03	.043
Ängstlich-vermeidend – gleichgültig-vermeidend	-1.15	1.16	.805
Ängstlich-ambivalent – gleichgültig-vermeidend	1.85	1.21	.509

Anmerkung. *N* = 165; *SE* = Standardfehler.

H7b: Angststörungs-Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 verzeichnen nach der stationären Therapie eine stärkere Reduktion der ängstlichen Symptomatik als jene, mit einer ängstlich-ambivalenten, einer ängstlich-vermeidenden oder einer gleichgültig-vermeidenden Bindungsorganisation.

Der *F*-Wert ist signifikant, weswegen ein Unterschied zwischen den Bindungsstilen sicher, ängstlich-vermeidend, ängstlich-ambivalent und gleichgültig-vermeidend hinsichtlich der

ängstlichen Symptomreduktion (F = 3.44; p = .018) besteht (s. Tabelle 18). Das Eta-Quadrat zeigt einen mittleren Effekt (η^2 = 0.06). Der Levene-Test verweist auf eine bestehende Varianzhomogenität (F = 2.46; p = .065), weswegen für die genaueren Gruppenunterschiede der Scheffé-Test verwendet wird. Dessen Ergebnisse sind in Tabelle 19 aufgelistet. Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der ängstlichen Symptomreduktion findet sich nur zwischen den Gruppen ängstlich-vermeidend und ängstlich-ambivalent (Mittelwertdifferenz: -2.99; p = .043), wobei die ängstlich-ambivalent gebundenen Patienten die stärkste Symptomreduktion aufweisen. Zwischen den Gruppen sicher und ängstlich-vermeidend (Mittelwertdifferenz: .22; p = .996), sicher und ängstlich-ambivalent (Mittelwertdifferenz: -2.77; p = .052), sicher und gleichgültig-vermeidend (Mittelwertdifferenz: -.92; p = .876), ängstlich-vermeidend und gleichgültig-vermeidend (Mittelwertdifferenz: -1.15; p = .805) sowie ängstlich-ambivalent und gleichgültig vermeidend (Mittelwertdifferenz: 1.85; p = .509) findet sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Reduktion der Angstsymptome. Die sicher gebundenen Patienten verzeichnen nicht wie angenommen die stärkste Symptomreduktion, weswegen Hypothese 7b verworfen werden muss.

Abbildung 12 zeigt, dass die Angststörungspatienten mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil die stärkste Reduktion der ängstlichen Symptome verzeichnen (M = 6.17). Darauf folgen die gleichgültig-vermeidend (M = 4.32) und die sicher gebundenen (M = 3.39). Die geringste Symptomreduktion verzeichnen die ängstlich-vermeidenden gebundenen Patienten (M = 3.17).

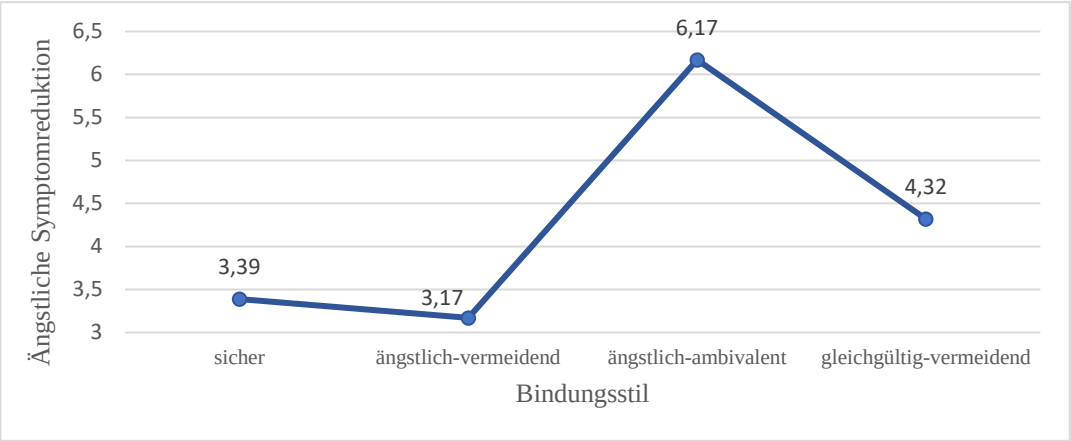


Abb. 12. Mittelwert der ängstlichen Symptomreduktion (T0-T1) über die vier Bindungsstile hinweg.

Die Ergebnisse der statistischen Überprüfungen der Hypothesen 8a und 8b lassen sich in Tabelle 20 finden.

Tab 20. Bindungsangst und Bindungsvermeidung der zwei Gruppen zu den zwei Messzeitpunkten.

		T0		T1				95% CI		
	Variable	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*LL*	*UL*	*d*
	Bindungsangst									
Depressions-Gruppe [a]		3.37	1.63	3.03	1.63	15.66	<.001	0.29	0.38	0.21
Angststörungs-Gruppe [b]		3.19	1.65	2.83	1.47	3.52	.001	0.16	0.57	0.23
	Bindungsvermeidung									
Depressions-Gruppe [a]		2.75	1.21	2.67	1.24	4.51	<.001	0.05	0.12	0.07
Angststörungs-Gruppe [b]		2.76	1.37	2.57	1.35	2.51	.013	0.04	0.34	0.14

Anmerkung. M = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *CI* = Konfidenzintervall; *LL* = untere Grenze; *UL* = obere Grenze; *d* = Cohen´s d. [a] *n* = 3175; [b] *n* = 165.

H8a: Depressive Patienten weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere Bindungsangst und/oder eine geringere Bindungsvermeidung auf als zum Zeitpunkt T0.

Der *t*-Wert der depressiven Patienten ist sowohl für die Reduktion der Bindungsangst ($t = 15.66$; $p < .000$) als auch für die der Bindungsvermeidung ($t = 4.51$; $p < .000$) signifikant. Ein klinisch relevanter Effekt zeigt sich jedoch nur im kleinen Ausmaß für die Bindungsangst ($d = 0.21$). Für die Bindungsvermeidung ist die Effektstärke klinisch nicht bedeutsam ($d = 0.07$). Zum ersten Erhebungszeitpunkt T0 liegt der Mittelwert der Bindungsangst bei 3.37, während er zu T1 bei 3.03 liegt. Der Mittelwert der Bindungsvermeidung beträgt zu T0 2.75 und zu T1 2.67. Hypothese 8a kann statistisch gesehen somit sowohl für die Bindungsangst als auch für die Bindungsvermeidung bestätigt werden, allerdings zeigt sich durch die ermittelte Effektstärke für die Bindungsvermeidung kaum eine klinische Bedeutung.

H8b: Angststörungs-Patienten weisen zum Zeitpunkt T1 eine geringere Bindungsangst und/oder eine geringere Bindungsvermeidung auf als zum Zeitpunkt T0.

In der Gruppe der Angststörung zeigen sich ebenfalls für die Bindungsangst ($t = 3.52$; $p = .001$) und für die Bindungsvermeidung ($t = 2.51$; $p = .013$; s. Tabelle 20) signifikante *t*-Werte, jedoch ist auch hier wieder nur die Effektstärke für die Bindungsangst im kleinen Ausmaß relevant ($d = 0.23$; Bindungsvermeidung: $d = 0.14$). Zum ersten Erhebungszeitpunkt T0 beträgt der Mittelwert der Bindungsangst der Angststörungspatienten 3.19, zu T1 nur noch 2.83. Der Mittelwert der Bindungsvermeidung liegt zu T0 bei 2.76 und zu T1 bei 2.51. Statistisch kann

Hypothese 8b somit sowohl für die Bindungsangst als auch die Bindungsvermeidung bestätigt werden, jedoch zeigt sich durch das berechnete Effektstärkenmaß nur für die Bindungsangst eine klinisch relevante Bedeutung.

Zur Überprüfung der Hypothesen 9a und 9b werden die Differenzwerte der Variablen Bindungsangst, Bindungsvermeidung und der klinischen Symptomatik (jeweils T0-T1) berechnet und diese korreliert. In Tabelle 21 sind die Ergebnisse dargestellt.

Tab. 21. Korrelationen zwischen den Differenzwerten der Bindungsangst, der Bindungsvermeidung und der Symptomatik. (T0-T1).

	Bindungsangst	Bindungsvermeidung
Symptomatik		
Depressionsgruppe [a]	.22**	.18**
Angststörungsgruppe [b]	.24**	.14

Anmerkung. [a] n = 3175; [b] n = 165; * $p < .05$, ** $p < .001$.

H9a: Je stärker die Reduktion der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung der depressiven Patienten, desto stärker auch die Reduktion ihrer depressiven Symptomatik.

Für die depressiven Patienten zeigt sich sowohl für den Rückgang der depressiven Symptomatik und der Reduktion der Bindungsangst (r = .22, p < .001) als auch für den Rückgang der depressiven Symptomatik und der Reduktion der Bindungsvermeidung (r = .17, p < .001) ein signifikant positiver Zusammenhang mit jeweils einer kleinen Effektstärke. Hypothese 9a kann somit angenommen werden. Eine stärkere Symptomreduktion geht mit einer stärkeren Reduktion der Bindungsangst sowie der Bindungsvermeidung einher.

H9b: Je stärker die Reduktion der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung der Angststörungs-Patienten, desto stärker auch die Reduktion ihrer ängstlichen Symptomatik.

Unter den Patienten mit einer Angststörung findet sich lediglich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Rückgang der ängstlichen Symptomatik und der Reduktion der Bindungsangst (r = .24, p = .002) mit einem kleinen Effekt. Der Zusammenhang zwischen der Symptomreduktion und der Reduktion der Bindungsvermeidung ist nicht signifikant (r = .141, p = .071). Hypothese 9b kann somit nur für den Rückgang der Symptomatik und dem der Bindungsangst bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Prüfung von Hypothese 10 sind in in Tabelle 22 aufgelistet.

Tab. 22. Bindungsangst, Bindungsvermeidung und stationäre Aufenthaltsdauer.

	Depressionsgruppe [a]			Angststörungsgruppe [b]		
	Behandlungsdauer					
Prädiktor	*B*	*SE*	*β*	*B*	*SE*	*β*
Intercept	38.78**	.67		40.23**	2.41	
Bindungsangst	.906**	.149	.112	.729	.612	.101
Bindungsvermeidung	.521**	.200	.048	-.48	.739	-.055
R^2	.018			.009		
F	28.90**			.732		

Anmerkung. [a] n = 3175; [b] n = 165; *SE* = Standardfehler; * $p < .05$, ** $p < .001$.

H10a: Die bindungsbezogene Angst und die bindungsbezogene Vermeidung zum Zeitpunkt T0 haben einen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die Dauer des stationären Aufenthaltes der depressiven Patienten.

Es zeigt sich ein signifikantes R^2 (R^2 = .018) sowie ein statistisch bedeutsamer F-Wert (F = 28.90, $p < .001$) für die zwei Prädiktoren hinsichtlich der stationären Behandlungsdauer. Die Ausprägungen der Bindungsangst (β = .112; t = 6.10; $p < .001$) und der Bindungsvermeidung (β = .048; t = 2.61; p = .009) zu T0 verzeichnen in der Gruppe der depressiven Probanden einen signifikanten positiven prädiktiven Vorhersagewert auf die stationäre Aufenthaltsdauer dieser. Dies bedeutet, dass eine stärkere Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung zu T0 mit einem längeren Aufenthalt einhergeht. Der Effekt ist jedoch nur bei der Bindungsangst, nicht jedoch bei der Bindungsvermeidung im kleinen Ausmaß klinisch relevant. Hypothese 10a kann statistisch gesehen somit angenommen werden, jedoch hat durch die Effektstärke nur die Bindungsangst einen praxisrelevanten Einfluss.

H10b: Die bindungsbezogene Angst und die bindungsbezogene Vermeidung zum Zeitpunkt T0 haben einen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Angststörungspatienten.

Für die Patienten mit einer Angststörung sind das R^2 (R^2 = .009) sowie der F-Wert (F = .732, p = .482) der zwei Prädiktoren hinsichtlich der stationären Behandlungsdauer nicht signifikant. Sowohl die bindungsbezogene Angst (β = .101; t = 1.19; p = .235) und die bindungsbezogene Vermeidung (β = -.005; t = -.652; p < .515) verzeichnen keinen signifikanten prädiktiven Einfluss auf die stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten. Hypothese 10b wird somit verworfen.

9. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Zunächst wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Untersuchung gegeben, worauf die sich daraus ergebenden theoretischen Implikationen folgen. Im Zuge dessen werden die Ergebnisse im Hinblick auf den bisherigen Forschungsstand eingeordnet und vor dessen Hintergrund interpretiert. Anschließend werden die sich daraus ableitbaren praktische Implikationen behandelt, die bestehenden Limitationen erörtert und ein Ausblick auf die zukünftige Forschung gegeben.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den depressiven Patienten und den Angststörungspatienten hinsichtlich ihrer Ausprägung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung bei der stationären Aufnahme, weswegen Hypothese 1 verworfen wurde. Im Einklang mit den postulierten Hypothesen 2a und 2b zeigte sich, dass sowohl depressive Patienten als auch Angststörungspatienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 eine signifikant niedrigere klinische Depressions- oder Angstsymptomatik aufwiesen als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation. Darüber hinaus verzeichneten die depressiven Patienten und die Angststörungspatienten mit einem sicheren Bindungsstil zu T0 ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden sowie ein signifikantes besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit als die unsicher gebundenen Patienten. Die Hypothesen 3a, 3b, 4a und 4b konnten somit angenommen werden.

Wie postuliert, konnten die Hypothesen 5a und 5b, die eine niedrigere Symptomatik bei der stationären Entlassung besagten, bestätigt werden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wiesen die depressiven Patienten (H5a) und die Angststörungspatienten (H5b) eine signifikant niedrigere Symptomatik auf. Auch das psychische Wohlbefinden und das Gefühl der Selbstwirksamkeit verbesserte sich signifikant in beiden Gruppen nach der stationären Behandlung, weshalb die Hypothesen 6a und 6b ebenfalls angenommen wurden. Entgegen der Annahme der Hypothese 7a, verzeichneten nicht die depressiven Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 im Vergleich mit den drei unsicheren Bindungsstilen die stärkste Symptomreduktion nach dem stationären Aufenthalt. Hypothese 7a wurde somit abgelehnt. Auch für die Angststörungspatienten konnte die stärkste Symptomreduktion für die sicher gebundenen Patienten nicht bestätigt werden, weshalb Hypothese 7b abgelehnt wurde. In dieser Gruppe ließ sich die stärkste Symptomreduktion ebenfalls unter den Patienten mit einem

ängstlich-ambivalenten Bindungsstil feststellen. Eine geringere Bindungsangst und eine geringere Bindungsvermeidung zu T1 im Vergleich zu T0 ließ sich zwar unter den Probanden der depressiven Gruppe finden (H8a wurde bestätigt), jedoch zeigte sich hierbei nur für die Bindungsangst ein klinisch bedeutsamer Effekt. Das gleiche Bild zeigte sich für die Angststörungspatienten. Hypothese 8b, die eine Reduktion der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung zu T1 im Vergleich zu T0 unter den Angststörungspatienten postuliert, konnte zwar statistisch bestätigt werden, jedoch war der Effekt nur für die Bindungsangst klinisch relevant. Die Hypothese 9a konnte angenommen werden, denn es fand sich jeweils ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Reduktion der Bindungsangst und der Reduktion der Bindungsvermeidung mit der Reduktion der depressiven Symptomatik. Für die Angststörungspatienten konnte dies nur für die Bindungsangst bestätigt werden. Es zeigte sich kein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Bindungsvermeidung und dem der Symptomatik. Hypothese 9b konnte somit nur für die Bindungsangst bestätigt werden. Für die depressiven Probanden wiesen sowohl die Bindungsangst als auch die Bindungsvermeidung zum Zeitpunkt T0 einen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die Dauer des stationären Aufenthalts auf. Eine stärkere Bindungsangst sowie eine stärkere Bindungsvermeidung zu T0 gingen mit einem längeren stationären Aufenthalt einher, weswegen Hypothese 10a angenommen wurde. Ein klinisch bedeutsamer Effekt bestand jedoch nur für die Bindungsangst, nicht für die Bindungsvermeidung. Hypothese 10b, welche dieses für die Angststörungspatienten postulierte, konnte nicht bestätigt werden. Die Ausprägungen der Bindungsangst sowie der Bindungsvermeidung zu T0 verzeichneten unter den Angststörungspatienten keinen signifikanten prädiktiven Vorhersagewert für die stationäre Aufenthaltsdauer.

9.1 Theoretische Implikationen

Zwar unterschieden sich die Patienten mit einer Depression oder einer Angststörung bei der stationären Aufnahme nicht signifikant in ihrer Stärke der Bindungsangst und/oder der Bindungsvermeidung, jedoch wies der Großteil der Gruppen erhöhte Werte in mindestens einer dieser Dimensionen auf. Zum ersten Erhebungszeitpunkt ließen sich 69.8 % der depressiven und 64.8 % der Angststörungs-Probanden als unsicher gebunden klassifizieren. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass eine stärkere Bindungsangst und/oder eine stärkere Bindungsvermeidung gleichermaßen einen relevanten Faktor bei den depressiven und den Angststörungs-Erkrankungen darstellt. Im Einklang mit den Ergebnissen des aktuellen

Forschungsstandes (vgl. Dozier et al, 2008; Conradi & de Jonge, 2009; Schauenburg, 2017; Palitsky et al., 2013; Read et al., 2018) unterstützen die mehrheitlich unsicher gebundenen Probanden in diesen zwei Teilstichproben die These, dass ein unsicheres Bindungsgefüge ein Risikofaktor für eine klinisch relevante psychische Erkrankung darstellt.

Depressionen

Das Auftreten einer affektiven Störung lässt sich nicht nur auf eine Veränderung des Hirnstoffwechsels zurückführen, sondern vielmehr auf die psychophysische Einheit des Betroffenen in Kombination mit seiner individuellen Lebenssituation und sozialen Beziehungen (Fuchs & Berger, 2013). Unsere sozialen Kontakte, unsere bindungsbezogenen Erfahrungen und unsere Bezugspersonen spielen eine zentrale Rolle in unserem Leben und sind stark mit unseren Emotionen gekoppelt. Somit ist es einleuchtend, dass unser Bindungsgefüge mit den affektiven Erkrankungen in Verbindung steht und diese über verschiedene Wege, wie z.B. Selbstwert, konfliktreiche Beziehungen, Handlungskompetenzen etc. beeinflussen kann (vgl. Strauß, 2014; Martin et al., 2017; Bonab & Kooshar, 2011). Die in der Literatur mannigfaltig bestehenden Theorien und empirische Befunde über die positiven und protektiven Auswirkungen einer sicheren Bindungsorganisation (z.B. Grossmann & Grossmann, 2012; Mikulincer & Shaver, 2017;) spiegeln sich auch in den Ergebnissen dieser vorliegenden Studie wider. Zwar schützt eine sichere Bindungsorganisation nicht per se gegen das Auftreten einer Depression, jedoch stehen die gesammelten Bindungserfahrungen und die sichere Bindungsorganisation im Zusammenhang mit der Symptomschwere. Die depressiven Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation wiesen zum ersten Erhebungszeitpunkt eine signifikant geringere Symptombelastung, ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden sowie ein signifikant besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit auf als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation. Mit einem sicheren Bindungsgefüge geht ein besserer Selbstwert, ein besseres Selbstkonzept (vgl. Ahnert, 2010), das Gefühl von Vertrauen in sich selbst, in die Bindungspersonen sowie in den Erhalt von Unterstützung in Zeiten der Not einher. Darüber hinaus steuern die inneren Arbeitsmodelle die behavioralen, kognitiven und affektiven Reaktionen bei Stress (Malik et al., 2015) und wirken sich auf die Emotionsregulation aus. Dies schlägt sich auch in der Schwere der Symptomatik, dem psychischen Wohlbefinden und dem Selbstwirksamkeitsgefühl nieder. Nach Bowlby (1980), Seligman (1999) und Beck (1999, 2008) scheinen speziell die Gefühle der Unkontrollierbarkeit, der Hilflosigkeit und die global

negativ getönte Wahrnehmung der Realität, wie sie bei unsicheren Bindungsstilen auftreten, zu einem Anstieg depressiver Symptome zu führen.

Eine post-hoc durchgeführte Varianzanalyse hinsichtlich der vier Bindungsstile und der Symptombelastung der depressiven Probanden zu T0 zeigte signifikante Unterschiede für die vier Bindungsstile bezüglich der Symptombelastung (F = 77.04; p <.001) mit einem großen Effekt (η^2 = 0.07). Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Bindung wiesen die stärkste Symptomschwere bei der Aufnahme auf (M = 16.43), gefolgt von den ängstlich-ambivalent gebundenen (M = 15.22) und den gleichgültig-vermeidend gebundenen (M = 14.15). Die geringste Symptomschwere fand sich bei den sicher gebundenen (M = 12.94). All die vier Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander (getestet mittels Scheffé-Prozedur). Während die bindungssicheren Probanden eine mittelgradig depressive Symptomatik aufwiesen, standen die Werte der unsicher gebundenen Probanden für eine mäßig starke depressive Symptomatik (Kroenke et al., 2001). Conradi und de Jonge (2009) berichten in ihrer Untersuchung von einer signifikant stärkeren depressiven Symptombelastung bei Probanden mit einer ängstlich-vermeidenden Bindungsrepräsentation. Dies lässt sich durch die erhaltenen Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen. Darüber hinaus lässt sich aus diesen Befunden schlussfolgern, dass besonders eine starke Bindungsangst, wie sie bei den ängstlich-ambivalenten und ängstlich-vermeidenden Bindungsstilen vorhanden ist, in Verbindung mit einer stärkeren depressiven Symptombelastung steht, während die Kombination von einer hohen Bindungsangst und einer hohen Bindungsvermeidung die Symptomschwere noch einmal verstärkt. Abgesehen davon, dass sicher gebundene Personen durch ihr inneres Arbeitsmodell eine Art „stabiles Grundgerüst“ aufweisen (i.S.v. Kompetenzempfinden in Notzeiten, stabiler Selbstwert, gutes Selbstkonzept, besserer Emotionsumgang und -regulation etc.) und dies bei unsicher gebundenen Personen nicht vorhanden zu sein scheint, könnten die zugrundeliegenden Bewältigungsstrategien eine mögliche Erklärung für die stärkste Symptombelastung der ängstlich-vermeidend gebundenen liefern. Eine stärkere Bindungsangst ist mit hyperaktivierenden Strategien assoziiert, wobei die Nähe und die Zuwendung der Bindungsperson konsistent eingefordert wird. Bindungsbezogene Reize werden besonders fokussiert und es besteht generell eine stärkere Tendenz für Ängste, Grübeleien und Sorgen. Eine stärkere Bindungsvermeidung hingegen ist mit deaktivierenden Strategien assoziiert. Bedrohungen oder Stressoren werden heruntergespielt, die negativen Emotionen verleugnet oder verdrängt (Mikulincer & Shaver, 2017). Dies zeigt sich auch in der vergleichsweise geringeren Symptombelastung der gleichgültig-vermeidend gebundenen in dieser

Untersuchung. Generell gilt, dass sowohl die hyperaktivierenden als auch die deaktivierenden Strategien der Bindungsangst und -vermeidung die emotionale Bewusstseins- und Mentalisierungsfähigkeit in einem negativen Sinne beeinflussen (vgl. Marganska et al., 2013; Schauenburg, 2017), was sich wiederum auf die Schwere der Störung auswirkt. Ungeachtet dessen, ob eine bestehende Strategie (langfristig) zielführend ist, gibt sie dennoch im Moment der akuten Belastung Halt. Sie ist eine Hilfestellung, gibt eine Handlungsweise vor und dient hierbei der Affektregulation. Besteht jedoch keine konsistente Strategie und es herrscht wie bei einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil ein Zwiespalt zwischen zwei Bedürfnissen i.S.v. „Aufsuchen der Bindungsperson“ und „Vermeidung von Nähe“, so entsteht ein erhöhtes Stresslevel. Die Ambivalenz des Konfliktes scheint durch das Fehlen der Regulationsstrategie hierbei eine stärkere depressive Symptomatik zu begünstigen.

Der angenommene therapeutische Erfolg im Rahmen der stationären Behandlung der depressiven Probanden wurde bestätigt. Durch die Anwendung der validierten medizinischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und körperorientierten Verfahren der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach verbesserten sich die klinischen Symptome der Patienten signifikant. Darüber hinaus stiegen auch das psychische Wohlbefinden sowie das Selbstwirksamkeitsgefühl im signifikanten Ausmaß.

Basierend auf bestehenden Studienergebnissen, wie z.B. der Metaanalyse von Levy und Kollegen (2011), die eine hohe Bindungsangst mit der geringsten Symptomreduktion verlinken konnten oder Mosheim und Kollegen (2000), die das Erreichen des Therapieziels bei stationärer Psychotherapie durch das Ausmaß der Bindungssicherheit vorhersagten, wurde in dieser Untersuchung davon ausgegangen, dass die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme sicher gebundenen Patienten die stärkste Symptomverringerung verzeichnen würden. Die erhaltenen Ergebnisse widerlegen jedoch diese Befunde. Die stärkste Symptomreduktion fand sich unter den Patienten mit einer starken Bindungsangst. Patienten mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil wiesen die größte Symptomreduktion auf, gefolgt von den ängstlich-vermeidenden und den gleichgültig-vermeidenden. Die geringste Symptomreduktion fand sich unter den sicher gebundenen Patienten, jedoch waren die Unterschiede zwischen den Gruppen ängstlich-ambivalent – ängstlich-vermeidend und sicher – gleichgültig-vermeidend nicht signifikant. Ein möglicher Grund hierfür könnte darin liegen, dass die unsicheren Bindungsstile, speziell die ängstlichen, von Beginn an eine stärkere Symptomschwere verzeichneten. Mittels der klinisch-therapeutischen Behandlung, dem stationären Aufenthalt

und somit auch dem Verlassen des gewohnten und wohlmöglich auch belastenden Umfelds sowie z.B. auch durch die Gabe von Antidepressiva/Medikamenten ist es sehr wahrscheinlich, dass die Verringerung einer stärkeren Symptomatik zu einer milderen Symptomatik grundsätzlich schneller und leichter zu erreichen ist, als eine mildere Symptomatik weiter abklingen zu lassen. Hierfür spricht auch der Befund, dass die unsicheren Bindungsstile zu T1, speziell die ängstlich-vermeidend gebundenen, gefolgt von den ängstlich-ambivalent gebundenen Patienten immer noch eine stärkere Symptomschwere aufwiesen. Darüber hinaus bestehen in der Forschung zahlreiche Belege dafür, dass Veränderungen in therapeutischen Prozessen nicht nur auf kognitive Faktoren, sondern auch auf der Beziehung zwischen Klient und Therapeut basieren (vgl. Martin et al., 2000; Parish & Eagle, 2003; Schauenburg, 2017; Norcross & Wampold, 2011). Neben den Unterschieden in Selbst- und Fremdbild, Bewältigung von Risikofaktoren, Emotionsregulation etc., gehen mit den unterschiedlichen Bindungscharakteristika auch unterschiedliche Aufnahmebereitschaften für Interventionen sowie Erwartungen an die Therapie und Engagement seitens des Patienten einher (vgl. Sachse & Strauß, 2002; Strauß, 2008). Besonders die bindungsängstlichen Personen scheinen hierbei durch die wiederholten und konsistenten Beziehungsangebote des Klinikteams, der therapeutischen Behandlung und des wohlwollenden stationären Klinikumfeldes korrigierende Erfahrungen erlebt und diese internalisiert zu haben. Auch lässt sich anhand der Ergebnisse der stärksten Symptomreduktion unter den ängstlich-vermeidend gebundenen spekulieren, dass der Ambivalenz-Konflikts zwischen „Aufsuchen von Nähe“ und „Vermeidung von Nähe“ reduziert wurde, wobei sie jedoch bei Entlassung immer noch eine stärkere Depressionsschwere als die anderen Bindungsstile aufwiesen. Die gleichgültig-vermeidend gebundenen Patienten schreiben den therapeutischen Beziehungen, den Beziehungsangeboten des Klinikteams und den sozialen Kontakten nicht so viel Bedeutung zu, weswegen ihre vergleichsweise geringere Symptomreduktion auch dem geschuldet sein könnte, dass sie hierbei mehr Abstand wahrten und sich nicht so stark einließen. Für die sicher gebundenen Probanden scheint der Faktor der korrigierenden Erfahrungen aufgrund ihres „sicheren Grundgerüstes“ keine klinische Relevanz zu haben. Die Befunde der signifikanten Abnahme der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung von T0 zu T1, wobei jedoch nur die Bindungsangst einen klinisch bedeutsamen Effekt aufwies, und die jeweils positiven Zusammenhänge zwischen der Verringerung der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung mit der Symptomreduktion stützen diese Annahme zusätzlich. Abbildung 13 stellt eine Übersicht über die Mittelwerte der

Depressionsschwere zu T0, T1 und der Symptomreduktion über die vier Bindungsstile zu T0 hinweg dar.

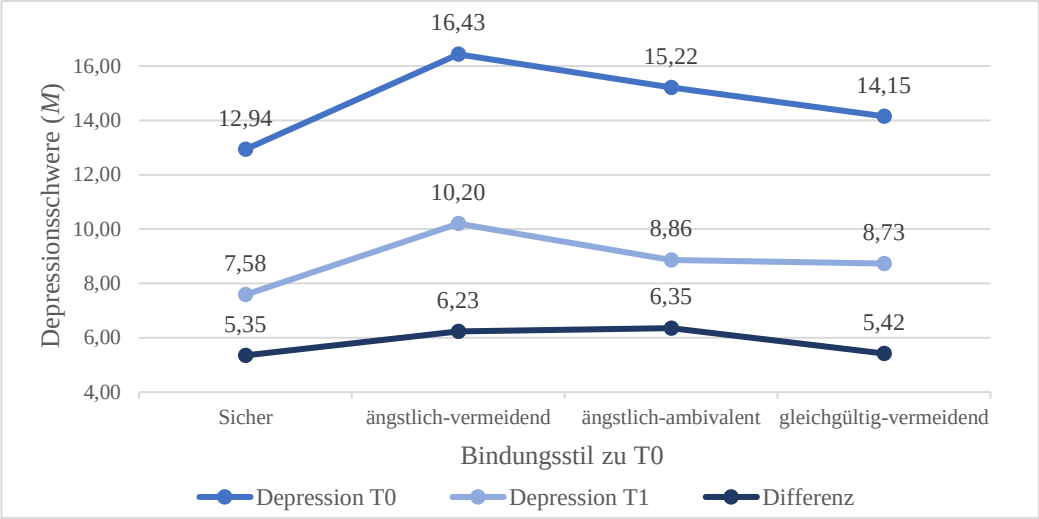


Abb. 13. Übersicht über die Mittelwerte des PHQ-9 der depressiven Probanden zu T0, T1 und die Differenzwerte (T0-T1) über die vier Bindungsstile zu T0 hinweg.

Ein weiterer Punkt, der in der Diskussion dieser Befunde nicht vergessen werden darf, ist die prädiktive Vorhersagekraft der Bindungsangst für die stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten. Der Zusammenhang der Bindungsvermeidung mit der Aufenthaltsdauer zeigte sich zwar ebenfalls signifikant, wies jedoch keinen klinisch bedeutsamen Effekt auf. Im Durchschnitt befanden sich die Probanden 43.17 Tage in stationärer Behandlung, wobei eine stärkere Bindungsangst mit einer längeren Behandlungsdauer einherging. So ist es auch denkbar, dass durch den längeren Aufenthalt und die längere Behandlung der bindungsängstlicheren Probanden positive Veränderungen stabiler und besser internalisiert wurden konnten.

Zusammenfassend lässt sich für die Störungsgruppe der Depressionen eine stärkere Relevanz der Bindungsangst als der Bindungsvermeidung für die Symptomatik und den therapeutischen Erfolg erkennen. Die in der Literatur und dem Forschungsstand dargestellte protektive Wirkung einer sicheren Bindungsorganisation lässt sich auch in diesen Ergebnissen wiederfinden. Während die unsicheren Bindungsstile im Vergleich mit den sicheren zu T0 eine stärkere Depressionsschwere aufwiesen, wiesen besonders die ängstlich-vermeidenden, gefolgt von den ängstlich-ambivalent gebundenen Patienten eine stärkere Symptombelastung auf. Für die ängstlich-vermeidenden scheint der Ambivalenz-Konflikt zu einem erhöhten Stresslevel zu führen, was sich wiederum verstärkend auf das Störungsbild auswirkt. Ein therapeutischer Erfolg ließ sich im Sinne der Symptomreduktion für alle vier Bindungsstile nachweisen, wobei

jedoch die ängstlich-ambivalent gebundenen die stärkste Symptomreduktion verzeichneten. Dies steht nicht im Einklang mit den Ergebnissen von Levy und Kollegen (2011) oder Mosheim und Kollegen (2000) nach denen die sicher gebundenen Patienten den besten therapeutischen Erfolg verzeichnen. Bei der Interpretation dieser Befunde gilt es jedoch unteranderem nicht die Baseline der Depressionsschere außer Acht zu lassen. Darüber hinaus befanden sich die Patienten mit einer stärkeren Bindungsangst länger in Behandlung. Des Weiteren zeigte sich, dass die Bindungsangst im klinisch relevanten Ausmaß abnahm, nicht jedoch die Bindungsvermeidung und dass jeweils ein positiver Zusammenhang zwischen der Reduktion der Bindungsangst und der -vermeidung mit der Symptomreduktion besteht. Zur genaueren Evaluierung der prognostischen als auch gegenwärtigen Relevanz der Bindungsorganisation für depressive Erkrankungen wäre es neben einer bindungsorientierten Anamnese darüber hinaus interessant, die genaueren therapeutischen Interventionen, die Medikamentengabe sowie die Dauer des Bestehens der depressiven Störung, mögliche Komorbiditäten und deren zeitlicher Verlauf mit in zukünftige Forschungen einfließen zu lassen, um deren Einfluss explizieren zu können.

Angststörungen

Für die Manifestation einer Angststörung steht ebenfalls fest, dass die Ursachen hierfür sehr vielseitig sein können. Neben den Risikofaktoren, wie z.B. Lerneinflüsse, eine genetische Prädisposition, soziokulturelle Faktoren und Stress (vgl. Angenendt et al., 2015; Khan et al., 2005) spielen auch bindungsbezogene Erfahrungen, negative emotionale Schemata, verstrickte Beziehungsmuster und unsichere Bindungsstile in deren Genese und Aufrechterhaltung eine Rolle (vgl. Petrowski & Joraschky, 2017; Bassler & Leidig, 2005). Palitsky und Kollegen (2013) konnten nachweisen, dass mit einem sicheren Bindungsstil eine geringere Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Angststörung einhergeht, während für die unsicheren Bindungsstile das Gegenteil zutrifft. Mittlerweile weist der Forschungsstand etliche Theorien und empirische Ergebnisse auf, die allesamt darauf hinweisen, dass unsichere Bindungsorganisationen über verschiedene Faktoren einen relevanten Einfluss auf die Erkrankung ausüben (vgl. Palitsky et al., 2013; Bosquet & Egeland, 2006; Muris et al., 2000; Read et al., 2018). Die erhaltenen Befunde dieser vorliegenden Untersuchung lassen sich hiermit vereinen. Die Bindungsorganisation sowie die damit einhergehenden bindungsbezogenen Erfahrungen, das Selbst- und Fremdbild, der Emotionsumgang und die Bewältigungsmechanismen stehen im Zusammenhang mit der Symptomschwere der

Angststörungspatienten. Wie für die depressiven Störungen, zeigte sich auch für die Angststörungen, dass Probanden mit einer sicheren Bindungsorganisation bei der stationären Aufnahme eine signifikant niedrigere Symptomatik, sowie ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden und ein signifikant besseres Gefühl der Selbstwirksamkeit aufwiesen als jene, mit einer unsicheren Bindungsorganisation. Die positiven Aspekte eines sicheren inneren Arbeitsmodells, wie z.B. des besseren Selbstbildes und des Vertrauens in den Erhalt von Unterstützung in Zeiten der Not (vgl. Ahnert, 2010) schlagen sich in einer niedrigeren Symptomatik nieder, während die mit den unsicheren inneren Arbeitsmodellen einhergehende maladaptive Regulierung der Emotionen, sowie die Unsicherheiten zwecks Responsivität und Verfügbarkeit der Bindungspersonen zu einer stärkeren Ängstlichkeitssymptomatik führt.

Eine post-hoc durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse für die Symptombelastung und die vier Bindungsstile der Angstpatienten zu T0 verwies auf signifikante Unterschiede (F = 6.68; p < .001) mit einem großen Effekt (η^2 = .11). Allerdings zeigte der Scheffé-Test nur signifikante Unterschiede in der Symptomschwere zwischen den Gruppen sicher – ängstlich-ambivalent, und sicher – ängstlich-vermeidend. Dennoch wiesen die Probanden mit einem ängstlich-vermeidendem Bindungsstil bei der Aufnahme die stärkste Angstsymptomatik auf (M = 13.74), worauf die ängstlich-ambivalenten (M = 12.92) und die gleichgültig-vermeidend gebundenen Probanden (M = 11.20) folgen. Die sicher gebundenen wiesen mit einem Mittelwert von 9.81 die geringste Symptombelastung auf. All diese Werte gilt es nach Spitzer und Kollegen (2006) als mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik zu klassifizieren. Colonnesi und Kollegen (2011) kamen in ihrer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass besonders ein ambivalenter Bindungsstil mit den Angststörungen einherzugehen scheint und auch Marganska und Kollegen (2013) berichteten von einem positiven Zusammenhang des ängstlich-ambivalenten und des ängstlich-vermeidenden Bindungsstils mit einer generalisierten Angststörung. Eng und Kollegen (2001) konnten diesen positiven Zusammenhang für den ängstlich-ambivalenten Bindungsstil und die Soziale Phobie nachweisen. Zwar sind in dieser Stichprobe neben der generalisierten Angststörung und der Sozialen Phobie auch Panikstörungen, Agoraphobien, phobische Störungen und weitere mit inkludiert, jedoch lassen sich die erhaltenen Ergebnisse mit diesen Befunden auf Basis der Relevanz der Bindungsangst für die Angststörungen in Einklang bringen. Wie bei den depressiven Störungen, geht eine stärkere Bindungsangst mit einer stärkeren Angstsymptomatik einher, wobei die Kombination mit einer hohen Bindungsvermeidung diese wiederum verstärkt. Der nicht signifikante Unterschied zwischen den sicher und den gleichgültig-vermeidend gebundenen Probanden und deren vergleichsweise

geringere Symptomatik im Vergleich mit den ängstlich-ambivalenten und den ängstlich-vermeidenden unterstreicht hierbei die Bedeutung der Bindungsangst für die Symptomschwere. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Bowlby bereits im Jahre 1973 den Bindungsbeziehungen in der Regulation von Furcht und Besorgnis eine besondere Rolle zuschrieb und dass in den internalen Repräsentationen der unsicheren Bindungsorganisationen die Mitmenschen als unzuverlässig und nicht verfügbar abgebildet sind, lässt sich die stärkere Angstsymptomatik bei bindungsängstlichen Personen nachvollziehen. Das Bindungs-verhaltenssystem gilt bei Angststörungspatienten grundsätzlich als aktiviert, da dies durch die Emotion der Angst angeregt wird (Petrowski & Joraschky, 2017). Bestehen zusätzlich neben der Angsterkrankung auch Sorgen über die Responsivität und die Verfügbarkeit der Bindungsperson, ein unsicheres Selbstbild sowie die stete Angst vor Zurückweisung oder Verlassenwerden, geht dies mit der Anfälligkeit einher, ängstlicher als im Normalfall auf potenziell beunruhigende Situationen zu reagieren. Dies steigert die Angst und begünstigt eine stärkere Symptomatik. Darüber hinaus zeigt sich auch bei den Angststörungen die größte Symptomschwere bei den ängstlich-vermeidend gebundenen Probanden, gefolgt von den ängstlich-ambivalenten. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, wie bei den Depressionen, die zugrundeliegenden Bewältigungsstrategien der unsicheren Bindungsstile. Die hyperaktivierenden Strategien der Bindungsangst und die deaktivierenden Strategien der Bindungsvermeidung wirken sich negativ auf die emotionale Bewusstseins- und Mentalisierungsfähigkeit aus (Marganska et al., 2013; Schauenburg, 2017) und da der hierbei bestehende Konflikt zwischen der Vermeidung und des Aufsuchens von Nähe mit der fehlenden konsistenten Regulationsstrategie zu einem höheren Stresslevel führt, resultiert dies in einer stärkeren Symptomatik. Auch wird in der Regulation der Angstgefühle den Bindungspersonen eine wichtige Rolle beigemessen. Fehlen diese, oder wird wie bei einer starken Bindungsvermeidung diesen keine Bedeutung zugeschrieben, so scheint dies in einer höheren Symptomschwere zu münden. Darüber hinaus könnte jedoch auch die Tatsache, des sowohl negativen Selbst- als auch Fremdbildes der internalen Repräsentanz des ängstlich-vermeidenden Bindungsstiles einen Erklärungsansatz bieten. Verhängnisvolle Gedanken, negative Bewertungen, Selbstzweifel, mangelndes Kompetenz- und Bewältigungsempfinden und die negativen Prognosen hinsichtlich der nicht vorhandenen Unterstützung und der fehlenden Verfügbarkeit der Bindungspersonen führen hierbei zu einem Aufschaukeln der Unsicherheit und der Angstgefühle (vgl. Bassler & Leidig, 2005). Zusätzlich sind unsicher gebundene Personen zur Überbewertung normaler Angstgefühle prädestiniert, wobei besonders das Empfinden der eigenen Wertlosigkeit und das fehlende zwischenmenschliche Vertrauen

den Teufelskreis der Angst antreibt (vgl. Silverman & Weems, 1999; vgl. Bassler & Leidig, 2005; Morschitzky, 2009). Die vergleichsweise geringere Symptomatik der gleichgültig-vermeidenden Patienten könnte damit erklärt werden, dass diese Patienten generell ihre Nähebedürfnisse verleugnen, Intimität vermeiden sowie den Beziehungen nicht viel Bedeutung beimessen. Insofern ist nicht auszuschließen, dass sie eine Bagatellisierungstendenz aufweisen und auch weitere Emotionen verleugnen und verdrängen, was sich in einer geringeren empfundenen Symptomschwere äußert.

Im Einklang mit der Annahme, dass der klinisch stationäre Aufenthalt der Angststörungspatienten zu einer Besserung ihrer Symptomschwere führe, wiesen die Patienten bei der Entlassung eine signifikant niedrigere Symptomatik auf sowie ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden und ein signifikant besseres Selbstwirksamkeitsgefühl. Die im Rahmen des Aufenthaltes zum Einsatz gekommenen medizinischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und körperorientierten Verfahren der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach bewiesen sich in der Reduktion der klinischen Symptomatik.

Einige Forscher untersuchten den Therapieerfolg im Zusammenhang mit dem Bindungsstil der Patienten und kamen zu dem Schluss, dass Patienten mit einer sicheren Bindungsorganisation die positivsten Ergebnisse verzeichnen würden, während stark bindungsängstliche Probanden die geringste Symptomreduktion aufweisen würden (z.B. Levy et al., 2011; Mosheim et al., 2000). Auf Basis dieser Befunde, wurde davon ausgegangen, dass die Angststörungspatienten mit einer sicheren Bindungsorganisation zu T0 den besten therapeutischen Erfolg im Sinne der Symptomreduktion verzeichnen würden. Die erhaltenen Ergebnisse stimmen jedoch mit diesen Befunden nicht überein. Interessanterweise erreichten die ängstlich-ambivalent gebundenen die stärkste Symptomreduktion, gefolgt von den gleichgültig-vermeidenden und den sicher gebundenen. Die ängstlich-vermeidenden Patienten verzeichneten die geringste Symptomreduktion, allerdings war der Unterschied in der Symptomreduktion nur zwischen den Bindungsstilen ängstlich-ambivalent und ängstlich-vermeidend signifikant. Neben den Wirkfaktoren der medikamentösen Behandlung und des wohlwollenden stationären Umfeldes, spielen auch die mit den Bindungsstilen einhergehenden unterschiedlichen Aufnahmebereitschaften für die therapeutische Behandlung seitens der Patienten eine Rolle. Während kognitive Schemata in der Genese und der Aufrechterhaltung von Angststörungen eine Rolle spielen (vgl. Silverman & Weems, 1999; Morschitzky, 2009; Bassler & Leidig, 2005), legt die heutige Psychotherapieforschung nahe, dass für den therapeutischen Erfolg nicht nur eine

Veränderung der kognitiven Faktoren wesentlich ist, sondern ein Zusammenwirken dieser mit der heilsamen Beziehung zwischen Therapeut und Klient (vgl. Schauenburg, 2017; Martin et al., 2000; Parish & Eagle, 2003). Die ängstlich-ambivalenten Probanden haben sich durch die Tatsache, dass sie Beziehungen eine starke Relevanz beimessen, wohlmöglich besser auf die therapeutischen Angebote einlassen können und hierbei korrigierende Erfahrungen im Kontakt mit den Therapeuten und dem Klinikteam gesammelt, was die Reduktion der Angstsymptomatik begünstigt hat. Diese Annahme lässt sich auch mit dem Befund der generellen Abnahme der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung der Angststörungspatienten von T0 zu T1 vereinen, wobei jedoch nur die Bindungsangst eine klinisch relevante Effektstärke aufwies. Auch der Befund, dass eine stärkere Reduktion der Bindungsangst signifikant mit einer stärkeren Symptomreduktion zusammenhängt, spricht für diese Annahme.

Für die bindungssicheren Probanden kann die vergleichsweise geringere Symptomreduktion zum einen mit der geringeren Symptomschwere bei Eingang in die Klinik erklärt werden und zum anderen damit, dass sie durch ihr „sicheres Grundgerüst“ nicht im klinisch relevanten Ausmaß von den korrigierenden Erfahrungen durch die Therapeuten und das Klinikteam profitieren, da ihre Symptomatik nicht durch die Bindungsangst und die Bindungsvermeidung verstärkt wird. Die gleichgültig-vermeidenden Probanden verzeichneten zwar eine stärkere Symptomreduktion als die sicher gebundenen Patienten, weisen jedoch zu T1 noch eine stärkere Symptomatik als die sicher gebundenen auf. Hierfür könnte ebenfalls die stärkere Symptomschwere zu T0 ausschlaggebend sein, da es wohlmöglich einfacher ist, eine schwere Symptomatik zu lindern als eine mildere weiter abklingen zu lassen. Prinzipiell wird jedoch auch davon ausgegangen, dass Patienten mit einer gleichgültig-vermeidenden Bindungsorganisation den therapeutischen Beziehungen wenig Bedeutung beimessen und sich geringer hierauf einlassen.

Auf eine schwerwiegende Kombination verweist jedoch das Ergebnis, dass die Patienten mit einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil zu T0 sowohl die stärkste Symptomatik aufwiesen als auch im Mittelwert die geringste Symptomreduktion über den stationären Aufenthalten verzeichneten. Durch ihre starke Bindungsangst haben die Patienten dieses Bindungsstil generell eine stärkere Sensitivität für Angstgefühle, lassen sich jedoch durch ihre starke Bindungsvermeidung nicht wirklich auf den therapeutischen Prozess und die Interventionen ein. Die Problematik, dass Vermeidung den Status Quo determiniert – wo vermieden wird, ist

kein Raum für Veränderung – spiegelt sich in deren schlechtem therapeutischen Erfolg wider. Darüber hinaus führt der bestehende Ambivalenz-Konflikt dieses Bindungsstils zu einem erhöhen Stresslevel, was sich wiederum in einer persistierenden Symptomatik äußern kann. In Abbildung 14 findet sich eine Übersicht der mittleren Ängstlichkeitssymptomatik zu T0, T1 und die Differenz von T0 zu T1 über die vier Bindungsstile hinweg.

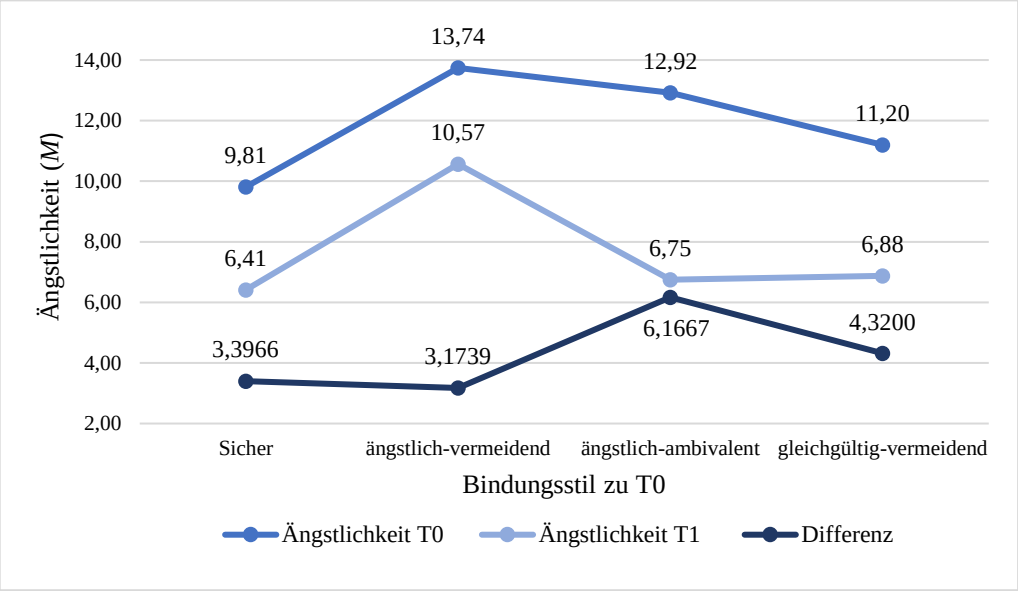


Abb. 14. Übersicht über die Mittelwerte des GAD-7 der Angststörungsprobanden zu T0, T1 und die Differenzwerte (T0-T1) über die vier Bindungsstile zu T0 hinweg.

Entgegen der postulierten Annahme ließ sich für die Angststörungspatienten kein prädiktiver Vorhersagewert der bindungsbezogenen Angst und der bindungsbezogenen Vermeidung bei der stationären Aufnahme für die Behandlungsdauer nachweisen. Dies könnte zum einem dem geschuldet sein, dass im Vergleich mit den depressiven Patienten die Stichprobe der Angststörungen relativ klein war und zum anderen, dass die Stichprobe der Angststörungspatienten sich durch verschiedene Störungsformen zusammensetzt. Es ist z.B. wahrscheinlich, dass generell die Relevanz der Bindungsorganisation für das Störungsbild der Sozialen Phobie stärker ist als für die spezifischen Phobien, da es sich bei der Sozialen Phobie um (Bewertungs-)Ängste in sozialen Situationen handelt, während sich die Angst bei spezifischen Phobien auf konkrete Situationen oder Objekte bezieht.

Die Ergebnisse der Angststörungspatienten weisen zusammenfassend ebenfalls auf eine stärkere Bedeutung der Bindungsangst für die Symptomschwere und den therapeutischen Erfolg hin. Die positiven und protektiven Aspekte des sicheren Bindungsstiles spiegeln sich in den Ergebnissen der geringeren Symptomschwere der sicher gebundenen, als auch dem besseren psychischen Wohlbefinden um dem besseren Gefühl der Selbstwirksamkeit wider.

Die ängstlich-vermeidend gebundenen Patienten wiesen zu T0 die stärkste Symptombelastung auf, gefolgt von den ängstlich-ambivalenten und den gleichgültig-vermeidenden. Generell gelten Menschen mit unsicheren Bindungsorganisation als prädestiniert für die Überbewertung normaler Angstgefühle, was den Teufelskreis der Angst antreibt (vgl. Morschitzky, 2009). Die innere Repräsentation der Mitmenschen und Bindungspersonen als nicht zuverlässig und verfügbar und die grundlegende Aktivierung des Bindungsverhaltenssystem bei bindungsängstlichen Patienten scheinen hierbei die Angstgefühle zu bestärken. In Kombination mit einer hohen Bindungsvermeidung, wobei den Bindungen und Beziehungen, denen eine wichtige Rolle in der Emotionsregulation zukommt, keine Bedeutung zugeschrieben wird, geht eine höhere Bindungsangst mit der stärksten Symptombelastung einher. Die vergleichsweise geringere Symptomatik der gleichgültig-vermeidend gebundenen könnte deren generellen Tendenz der Emotionsverleugnung und Verdrängung geschuldet sein. Im Sinne der Symptomreduktion und der Besserung des psychischen Wohlbefindens und des Gefühls der Selbstwirksamkeit, ließ sich ein signifikanter therapeutischer Erfolg nachweisen. Interessanterweise fand sich jedoch nicht wie angenommen die stärkste Symptomreduktion unter den sicher gebundenen Probanden, sondern unter den ängstlich-ambivalenten. Somit widersprechen die Ergebnisse den Befunden von Levy und Kollegen (2011) sowie Mosheim und Kollegen (2000). Das Zusammenwirken der Veränderung von kognitiven Faktoren als auch der Beziehung von Therapeut und Klient scheint hierbei sowohl eine Abnahme der Bindungsangst als auch der Angstsymptomatik begünstigt zu haben. Hierfür sprechen auch die Befunde der klinisch relevanten Abnahme der Bindungsangst und des positiven Zusammenhangs der Symptomreduktion mit der Reduktion der Bindungsangst. Der Zusammenhang mit der Bindungsvermeidung zeigte sich hierbei als unbedeutend. Sowohl die größte Symptombelastung als auch der geringste therapeutische Erfolg fand sich unter den ängstlich-vermeidend gebundenen Patienten, was auf eine schwerwiegende Kombination des Bindungsstils und der Angststörungserkrankung hindeutet. Des Weiteren wiesen die Bindungsangst und die Bindungsvermeidung zu T0 keinen prädiktiven Vorhersagewert für die klinische Aufenthaltsdauer auf. Auch für die Angststörungen gilt, dass neben einer bindungsorientierten Anamnese zur genaueren Erforschung der prognostischen als auch gegenwärtigen Relevanz der Bindungsorganisation für die Erkrankung es interessant wäre, Faktoren wie Komorbidität, spezifische therapeutische Interventionen, Medikamentengabe, sowie den zeitlichen Verlauf der Erkrankung mit in die Forschung aufzunehmen, um deren Einfluss hierauf aufschlüsseln zu können. Auch wäre es interessant, die Stichproben nicht nur

hinsichtlich der Diagnose „Angststörung“ zu untersuchen, sondern die spezifischen Störungsformen dieser Diagnosegruppe miteinander zu vergleichen.

9.2 Praktische Implikationen

Da Depressionen und Angststörungen ernstzunehmende und schwerwiegende Erkrankungen darstellen, die häufig mit massiven subjektiven Leid und starken Beeinträchtigungen der gesamten Lebensführung einhergehen (vgl. Küchenhoff, 2017; Benecke, 2014, Kasper et al., 2018) und die bestehenden Theorien, der empirische Forschungsstand sowie die Ergebnisse dieser Studie auf Zusammenhänge mit der Bindungsorganisation schließen, lassen sich aus den Ergebnissen wichtige Implikationen für die klinische Praxis ableiten. Des Weiteren aktiviert der Kontakt im therapeutischen Setting das Bindungssystem und wirkt sich auf weitere therapierelevante Faktoren aus, weswegen ein bindungsorientierter Fokus im klinisch stationären Setting sowie der weiterführenden Behandlung einen vielversprechenden Ansatz bietet.

Ab dem Kleinkindalter sind über die gesamte Lebensspanne enge emotionale Bindungen und Beziehungen nicht nur wichtig und förderlich für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung des Selbst, sondern mit ihnen gehen auch viele weitere Faktoren, die unsere Lebensgestaltung beeinflussen einher (vgl. Gloger-Tippelt, 2012). So sind zum Beispiel mit einer sicheren Bindungsorganisation, neben einer längeren Lebenserwartung, auch Faktoren wie ein besseres Wohlbefinden, ein besseres Selbstbild und eine flexiblere Reaktion auf Herausforderungen assoziiert. Auch gehen eine bessere psychische Gesundheit sowie ein besserer Emotionsumgang und eine bessere Bewältigung von Risikofaktoren mit ihr einher, während dies bei unsicheren Bindungsstilen nicht der Fall ist (vgl. Fremmer-Bombik, 2009). Da sich in dieser Untersuchung gezeigt hat, dass sowohl für die Depressionen als auch für die Angststörungen eine sichere Bindungsorganisation mit einer signifikant niedrigeren Symptomatik, einem besseren psychischen Wohlbefinden und einer besseren Selbstwirksamkeit einhergeht, ergibt sich hieraus die Notwendigkeit in unserer Gesellschaft den Aufbau einer sicheren Bindungsorganisation zu fördern. Zwar schützt eine sichere Bindungsorganisation nicht per se gegen eine psychische Erkrankung, jedoch scheint sie deren Symptomatik zu einem gewissen Teil abfedern zu können und die Patienten resistenter gegenüber Belastungen zu machen. Interessanterweise zeigte sich in den Voranalyse der Daten, dass die Ausprägung der Bindungsangst signifikant negativ mit dem Alter der Patienten korreliert. Jüngere Personen weisen somit eine stärkere Bindungsangst auf, was auch mit dem

gesellschaftlichen Wandel, dem vielen zwischenmenschlichen Kontakt über die Nutzung des Internets, dem indirekten Drang zur Ungebundenheit und dem Anstieg von Kinderbetreuungseinrichtungen und -krippen zusammenhängen könnte. Insofern wäre es sinnvoll, präventive Eltern- und Aufklärungsarbeit z.B. in Gruppen auf Geburtenstationen, Kindergärten, Schulen etc. zu verrichten, um somit über die Möglichkeiten und die Mechanismen, die zum Aufbau einer sicheren Bindungsorganisation führen, zu informieren.

Neben der Behandlung der primär affektiven Symptome der Depressionen und der Angststörungen, legen die Ergebnisse dieser Untersuchung nahe, dass der Fokus auch auf der Bindungs- und Beziehungsgestaltung liegen sollte. Somit stellt sich die Etablierung der Bindungsstil-Diagnostik der Patienten in der klinischen Praxis als vielversprechend heraus. Besonders eine starke Bindungsangst steht mit einer signifikant schwereren Symptomatik bei depressiven und Angststörungs-Erkrankungen in Verbindung, wobei die Kombination einer starken Bindungsangst mit einer starken Bindungsvermeidung im Sinne des ängstlich-ambivalenten Bindungsstil diese wiederum zusätzlich verstärkt. Mit dem Wissen um die Bindungsorganisation der Patienten ergeben sich nicht nur hilfreiche Hinweise für die Prävention, sondern auch für die therapeutische Praxis und die Rehabilitation. Hierbei erscheint es vielversprechend, den Patienten über seine internalen Arbeitsmodelle und seine Beziehungsgestaltungen aufzuklären, denn Anerkennung und Akzeptanz legen den Grundstein für Veränderungen. Zusätzlich ist es auf der therapeutischen/medizinischen Seite sinnvoll, sich der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung der zu behandelnden Patienten bewusst zu sein, da hiermit neben unterschiedlichen Erwartungen, Einstellungen und Problematiken z.B. auch Unterschiede in der Reflexionsfähigkeit und dem Emotionszugang einhergehen. So könnte der Therapeut ein besseres Verständnis hinsichtlich der Art und Weise des interpersonalen Beziehungsaufbaus des Patienten entwickeln und die Therapieplanung und Behandlung auf Basis der Bindungsorganisation der Patienten spezifisch angepasst werden.

Bei einer starken Bindungsvermeidung, wie z.B. bei einem gleichgültig-vermeidenden Bindungsstil, besteht die Neigung, den interpersonellen Beziehungen wenig Bedeutung beizumessen. Obwohl die Betroffenen den Wunsch nach Nähe und Intimität verspüren, haben sie durch ihre bisherigen Bindungs- und Beziehungserfahrungen ein negatives Fremdbild aufgebaut und verfügen über ein geringes Zuwendungsbedürfnis sowie eine geringe Öffnungsbereitschaft. Um den Patienten dieses Bindungsstil die heilsame Wirkung der therapeutischen Beziehung sowie der therapeutischen Interventionen ermöglichen zu können,

erscheint es hierbei sinnvoll, wenn der Therapeut sowie die weiteren Klinikmitarbeiter sich engagiert und persistent hinsichtlich des Beziehungsaufbaus zeigen. Somit bestünde die Möglichkeit, den Patienten dieses Bindungsstils das Misstrauen zu nehmen und mit den Fähigkeiten wie Vertrauen, Offenheit und Akzeptanz die Grundlage für Psychotherapie zu schaffen. Auch erscheint es angemessen, die gleichgültig-vermeidenden Patienten erst nach dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau in Gruppentherapiesitzungen miteinzubeziehen.

Patienten mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil geben sich im Kontakt oft abhängig, bedürftig und fordernd. Durch ihre bisherigen inkonsistenten Bindungserfahren haben sie ein negatives Selbstbild entwickelt. Sie halten es schlecht aus, allein zu sein und haben Angst vor möglichen Zurückweisungen oder dem Verlassen werden. Es ist denkbar, dass Patienten dieses Bindungsstils durch ihr klammerndes Verhalten dazu tendieren, ihr Gegenüber und insofern auch den Therapeuten und das Klinikpersonal herauszufordern und ihren Leidensdruck überspitzt darzustellen, um sich die Beziehung zu sichern. Die Bereitstellung einer sicheren Basis im Rahmen der Therapie mit klaren Strukturen, kann hierbei den ängstlich-ambivalent gebundenen Patienten dabei helfen, korrigierende und beständige Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung zu sammeln. Eine Stabilisierung des Selbstwertes und des Selbstwirksamkeitsgefühls scheint neben spezifischen therapeutischen Interventionen, wie z.B. zur Emotionsregulation und der Integration von negativen Emotionen aufgrund des negativen Selbstbildes sinnvoll. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die depressiven und die Angststörung-Patienten mit einem ängstlich-ambivalenten Bindungsstil eine gute Prognose haben, da sie die stärkste Symptomreduktion verzeichneten.

Depressive oder Angststörungs-Patienten mit einem ängstlich-vermeidenden Bindungsstil verzeichneten in dieser Untersuchung die schlechteste Prognose. Sie wiesen sowohl bei der stationären Aufnahme als auch bei der Entlassung die höchste klinische Symptomschwere auf. Während sich für die Depressionen trotz dessen eine gute Symptomreduktion über den stationären Aufenthalt verzeichnen ließ, war diese bei den Angststörungen sehr gering und verblieb trotz Besserung auf einem hohen Niveau. Besonders für die Angststörungen scheint unteranderem der Ambivalenz-Konflikt und das negative Fremd- und Selbstbild dieses Bindungsstils in einer persistierenden, wenn nicht sogar therapieresistenteren Symptomatik zu münden. Daher sprechen die Ergebnisse für eine Thematisierung und Behandlung dieses Konfliktes und der negativen Selbst- und Fremdbilder im therapeutischen Kontext. Ebenfalls sollte ein gut geplanter struktureller Rahmen bereitgestellt werden, der den Patienten im

stationären Alltag Halt und eine Handlungsstrategie geben kann. Darüber hinaus scheinen spezifische Interventionen zum Erlernen von Regulationsstrategien im Umgang mit den Emotionen hilfreich.

Eine sichere Bindungsorganisation wird mit einer generellen kooperativen Bereitschaft und einer schnelleren Annahme von therapeutischen Interventionen assoziiert (vgl. Strauß, 2008). Für die vergleichsweise geringere Reduzierung der Symptomschwere der sicher gebundenen Patienten mit Depressionen und Angststörungen wurde bereits die Möglichkeit der unterschiedlichen Ausgangslage der Symptomatik diskutiert. Patienten des sicheren Bindungsstil wiesen sowohl zu T0 als auch zu T1 die geringste Symptomschwere auf. Insofern ist es denkbar, dass die Zeitspanne der Behandlungsdauer im Rahmen des stationären Aufenthaltes zur vollständigen Reduzierung der klinischen Symptome, einer Genesung oder einer Remission nicht ausreicht. Bei der Diskussion dieser Befunde gilt es nicht zu vergessen, dass die Möglichkeiten im Rahmen eines zeitlich beschränkten Aufenthaltes begrenzt sind. Im Schnitt befanden sich die Patienten 43.17 Tage in der Klinik. Diese Zeitspanne ermöglicht zwar eine Reduktion der klinischen Symptomatik und auch eine grundlegende Stabilisierung der Patienten, jedoch benötigen nachhaltige Veränderungen mehr Zeit. Gelingt es im Rahmen des stationären Aufenthaltes das Vertrauen der unsicher gebundenen Patienten in ein therapeutisches Gegenüber zu stärken, so wird hiermit der Weg für eine ambulante Weiterbehandlung geebnet. Hierfür bieten sich die Klinikambulanzen oder niedergelassene Therapeuten an. Die Symptomausprägungen der sicher gebundenen Probanden zu T1 weisen darauf hin, dass eine weiterführende ambulante Betreuung und Therapierung nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig ist.

Allgemein sprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dafür, dass im Rahmen des klinischen Aufenthaltes nicht nur die Symptomatik, sondern auch die Bindungsangst und die Bindungsvermeidung reduziert werden kann. Zwar neigen nach Grossmann und Grossmann (2012) die internalen Arbeitsmodelle der Bindung zu Stabilität und scheinen besonders mit steigendem Alter und summierten Erfahrungen persistenter zu werden, jedoch sind sie nicht unveränderbar. Besonders Interventionen zur Verringerung der Bindungsangst bieten einen vielversprechenden Ansatz in der Behandlung der Depressionen und Angststörungen, da die Reduktion dieser positiv mit der Symptomreduktion assoziiert ist. Gelingt der Beziehungsaufbau und der Abbau der Bindungsvermeidung bei Patienten mit hohen Ausprägungen dieser, ermöglicht dies ein besseres Einlassen seitens der Patienten auf den

therapeutischen Prozess, was für einen besseren Therapierfolg spricht. Darüber hinaus sollte die Mentalisierungsfähigkeit der unsicheren Bindungsstile gefördert werden, sodass die negativen Selbst- und/oder Fremdbilder der unsicheren Bindungsstile überwunden und modifiziert werden können und die Patienten therapeutische Hilfe besser annehmen können. Auch bieten das Training und die Förderung des Erlernens von Strategien zu einem besseren Emotionsumgang sowie deren Regulation einen vielversprechenden Ansatz, sodass es bei auftretenden Belastungen oder Bedrohungen nicht zu einem Zusammenbruch der Psyche kommt. So könnte präventiv dem mit unsicheren Bindungsstilen einhergehendem Vulnerabilitätsfaktor für psychische Erkrankungen entgegengewirkt werden.

9.3 Limitationen und Forschungsbedarf

Da die vorliegende Studie einigen Limitationen unterliegt, gilt es die Ergebnisse vor dem Hintergrund dieser mit Vorsicht zu interpretieren. Hierzu gehört, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung auf statistischen Gruppenvergleichen zu zwei Messzeitpunkten basieren, welche jedoch nicht in einem festen Zeitfenster stattfanden, sondern im Rahmen der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik der Klinik. Folglich befanden sich nicht alle Probanden gleichlang in Behandlung, was einen Einfluss auf den therapeutischen Erfolg im Sinne der Symptomreduktion und der Reduzierung der Bindungsangst und -vermeidung nahelegt. Um den Einfluss der Behandlungsdauer auf das Outcome der Störungsbilder zu untersuchen, wären Studien mit einem festgelegten zeitlichen Rahmen in der zukünftigen Forschung sinnvoll. Auch wurde in dieser Untersuchung nicht dokumentiert, ob die Patienten ihre stationäre Behandlung abbrachen, was ebenfalls den Behandlungserfolg durch den Willen seitens der Patienten beeinflusst. Eine Katamnese nach der stationären Behandlung, z.B. nach einem Jahr, bietet hierbei auch die Möglichkeit zum Erhalt wichtiger Informationen hinsichtlich der Stabilität der Veränderungen in der Symptomatik, der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung. Insofern wäre es wichtig, wenn zukünftige Untersuchungen diese Faktoren miteinbeziehen.

Darüber hinaus erfolgte die Inklusion sowie die Zuordnung der Probanden zur depressiven oder Angststörungs-Gruppe auf Basis der Hauptdiagnose. Es ist denkbar, dass sich die spezifischen Störungsbilder in diesen Gruppen, wie z.B. die leichte depressive Episode und die rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtigen mittelgradigen Episode oder die Agoraphobie ohne Panikstörung und die generalisierte Angststörung sich hinsichtlich ihrer Möglichkeiten für die therapeutischen Behandlungen und das stationäre Therapieziel unterscheiden. Des Weiteren wurden die Teilstichproben nicht hinsichtlich Ersterkrankung,

Dauer des Bestehens der psychischen Erkrankungen, vorhandener Komorbiditäten als auch weiteren klinischen Charakteristika separiert. Während sich die Dauer und der Verlauf der Störung unteranderem auf die Symptomatik auswirken oder auch zu einer Chronifizierung führen können, spielen bestehende Komorbiditäten, wie z.B. eine Persönlichkeitsstörung, nicht nur für die Symptomschwere und die Behandlung der Hauptdiagnose eine Rolle, sondern gehen auch mit vielen weiteren Verstrickungen, wie z.B. einer schwereren Therapierbarkeit einher. Eine Auswirkung auf die Ergebnisse, wenn nicht sogar eine Verzerrung durch diese Faktoren ist sehr wahrscheinlich. Somit wäre es interessant, in zukünftigen Forschungen die Stichproben hinsichtlich dieser Faktoren zu gliedern und zu vergleichen.

Bei den eingesetzten Verfahren in dieser Studie handelt es sich durchweg um Selbstbeurteilungs-Instrumente. Es ist insofern nicht auszuschließen, dass die Patienten ihre Einschätzung hinsichtlich einer geringeren oder stärkeren Symptombelastung verzerrt darstellen. Während bindungsvermeidende Personen eine Bagatellisierungstendenz aufweisen, tendieren bindungsängstliche Personen dazu, ihren Leidensdruck überspitzt abzubilden. Darüber hinaus wurde pro Konstrukt nur jeweils ein Instrument herangezogen. Es stellt sich die Frage, ob ein so komplexes Gefüge wie die Bindungsorganisation durch einen Fragebogen ausreichend erfasst werden kann. Auch wäre es spannend, wenn die Bindungsdiagnostik nicht nur selbstbeurteilend im Hinblick auf das allgemeine Verhalten in Partnerschaftssituation erfolgt, sondern auch retrospektiv hinsichtlich früherer Bindungserfahrungen und in Interviewform, z.B. mittels des AAI. Eine ausführliche bindungsbezogene Anamnese, die sich neben aktueller Familien- und Partnerschaftssituationen sowie auf das vorhandene soziale Umfeld des Patienten auch auf mögliche erlebte Bindungstraumata, Vernachlässigungs-erfahrungen oder auch stark protektive Bindungspersonen fokussiert, bietet einen vielversprechenden Ansatz für die Erforschung der Mechanismen, wie diese Faktoren zur Entwicklung einer Depression oder einer Angststörung beitragen. Hieraus würden sich wichtige Forschungserkenntnisse dahingehend ergeben, ob z.B. Patienten mit frühen Verlusterfahrungen ihrer Bindungspersonen eher eine depressive Störung entwickeln, während Patienten mit ängstlichen und/oder stark protektiven Eltern zu einer Angststörung tendieren. Auch können sich hieraus wichtige Anknüpfungspunkte für die therapeutischen Behandlung ergeben.

Eine weitere Limitation, der diese Untersuchung unterliegt, ist die fehlende Transparenz hinsichtlich der Behandlungsverfahren. Bedauerlicherweise wurde nicht dokumentiert, welche spezifischen therapeutischen Interventionen, wie z.B. Einzeltherapie, Gruppentherapie, Ergo-

oder Kunsttherapeutische Interventionen sowie welche medikamentöse Behandlung die Patienten, in welchem Ausmaß erhielten. Allerdings muss hierbei auch angemerkt werden, dass dies bei dem vorliegenden Stichprobenumfang den Rahmen dieser Studie sprengen würde. Dennoch können sich aus diesen Daten wertvolle Informationen ableiten lassen, für welches Störungsbild in Kombination mit einem der vier Bindungsstile sich welche spezifische Behandlungsverfahren und Interventionen am besten eignen. Darüber hinaus kommt es neben der Tatsache, dass stationäre Patienten ab und an dazu tendieren, die stationären Angebote nicht anzunehmen und Therapieangebote auszusetzen, auch im Klinikalltag seitens des Personals zu Ausfällen aufgrund von Krankheitsständen, mangelnder Besetzung etc. Es wäre wünschenswert, wenn dies in zukünftige Forschungen beachtet werden würde, da diese Faktoren wiederum die Ergebnisse beeinflussen können.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass die Erforschung der Zusammenhänge von Bindung, Angst und Depressionen einen vielversprechenden Ansatz mit praktischem Relevanzbezug bietet. Da jedoch nicht nur die Bindungsorganisation eines jeden Patienten sehr individuell ist und auf unterschiedlichen Erfahrungen basiert, sondern auch die jeweilige Lebenssituation, potenzielle Belastungen, das soziale Umfeld, die genetische Prädisposition oder Vulnerabilität etc. einen Einfluss auf die Manifestation und den Verlauf einer psychischen Erkrankung haben, gestaltet es sich schwierig, objektive Ergebnisse zu erhalten, die auf eine (breite) Störungspopulation generalisierbar sind. Dennoch sollte sich die zukünftige Forschung versuchen diesem anzunähern, in dem sie die Stichproben hinsichtlich des Störungsbildes, möglichen Komorbiditäten, der Behandlungsdauer, der therapeutischen Interventionen und Medikamentenvergabe sowie der Bindungsorganisation klar separiert. Darüber hinaus existieren für die Erfassung des Bindungsstils mittlerweile mannigfaltig viele Verfahren, die in den Studien Einsatz finden und die sich hinsichtlich der Bindungsklassifikationen unterscheiden. Um eine Vergleichbarkeit der Studienergebnisse hinsichtlich der Bindungsklassifikation zu gewährleisten, wäre eine Einigung auf eine einheitliche Diagnostik des Bindungsstil sinnvoll. Des Weiteren hat sich in bisherigen Studien gezeigt, dass die mit den unterschiedlichen Bindungsstilen einhergehenden Unterschiede in z.B. der Emotionsregulation und der Mentalisierungsfähigkeit einen mediierenden Effekt auf den Zusammenhang der Bindung und der Symptomatik haben (vgl Marganska et al., 2013) und verschiedenen Bindungsaspekten als Moderatorvariable einen Einfluss auf z.B, eine maladaptive Krankheitsverarbeitung zugeschrieben wird (vgl. Schauenburg, 2008). Somit wäre es spannend, den Forschungsfokus auch auf diese Komponenten zu legen.

10 Konklusion

Generell gilt, dass die Erforschung der Zusammenhänge der Bindung, der Depressionen und der Angststörungen ein komplexes Feld darstellt, auf das sich viele verschiedene intra- und interpersonelle, sowie Umwelt- und genetische Faktoren der Betroffenen auswirken können. Trotz der bestehenden Limitationen und der möglichen wechselseitigen Beeinflussung dieser Faktoren, weisen die Untersuchungsergebnisse darauf hin, dass sowohl die Symptomausprägung als auch deren Verringerung i.S. des therapeutischen Erfolges mit der Bindungsorganisation der depressiven und Angststörungs-Patienten in Verbindung steht und diese beeinflusst. Während sich die positiven Aspekte einer sicheren Bindung in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung widerspiegeln, so zeigen die unsicheren Bindungsstile stärkere klinische Beeinträchtigungen bei der stationären Aufnahme sowie Unterschiede in der Symptomreduktion. Besonders die Bindungsangst scheint hierbei eine größere Relevanz für die Depressionen und die Angststörungen aufweisen. Der Einfluss der Bindungsvermeidung äußert sich zwar in Kombination mit einer starken Bindungsangst in einer stärkeren Symptomatik, scheint jedoch für sich allein keine allzu starke klinische Bedeutung aufzuweisen. Darüber hinaus ermöglicht die stationäre Behandlung eine Reduktion der Bindungsangst und der Bindungsvermeidung, welche wiederum im positiven Zusammenhang mit der Symptomreduktion steht. Die erhaltenen Ergebnisse lassen die Ableitung einer Vielzahl an praktischen Implikationen und Interventionen für die Behandlung von Depressionen und Angststörungen zu. Um jedoch einen bestmöglichen Behandlungsansatz für Patienten mit Depressionen und Angststörungen zu bieten, ist die weitere Erforschung der Bedeutung der Bindungsorganisation für Manifestation, Verlauf und Prognose sowie deren Interaktionen mit weiteren Faktoren wie z.B. der Emotionsregulation und der Mentalisierungsfähigkeit von hoher Relevanz. Darüber hinaus sollte sich die zukünftige Forschung darauf konzentrieren, die Stichproben nach klaren Inklusions- und Exklusionskriterien zu gliedern und auch spezifische Behandlungen, Komorbiditäten, stationäre Aufenthaltsdauer etc. sowie eine ausführlichere bindungsorientierte Anamnese mit aufnehmen.

Da die Bindungstheorie über beachtliche theoretische sowie praktische Ansätze in dem Feld der psychologischen Forschung und der therapeutischen Interventionen verfügt, lässt sich abschließend sagen, dass die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Psychopathologien und Bindung auch zukünftig weiterhin ein interessantes, bedeutendes und aufschlussreichendes Forschungsfeld darstellen wird.

Literaturverzeichnis

Ahnert, L. & Spangler, G. (2014). Die Bindungstheorie. In L. Ahnert (Hrsg.), *Theorien in der Entwicklungspsychologie* (S. 404-435). Berlin, Heidelberg: Springer.

Ahnert, L. (2010). *Wieviel Mutter braucht ein Kind? Bindung – Bildung – Betreuung: öffentlich und privat.* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Ainsworth, M. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*(9), 771-791.

Ainsworth, M. (1985/2003). Bindungen im Verlauf des Lebens. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 341-366). Stuttgart: Klett-Cotta.

Ainsworth, M., & Bell, S. (1974/2009). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz (dt. Übersetzung von C. Sontag). In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Aufl.; S. 217-241). Stuttgart: Klett-Cota.

Ainsworth, M., & Bell, S., & Stayton (1974/2009). Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: „Sozialisation“ als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen (dt. Übersetzung von S. Tschernich). In Grossmann, K.E, & Grossmann, K. (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Aufl.; S. 242-279). Stuttgart: Klett-Cota.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

Ainsworth. M., & Wittig, B. (1969/2009). Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation (dt. Übersetzung S. Tschernich). In K.E. Grossmann, & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie,* (2. Aufl.; S. 112-145). Stuttgart: Klett-Cota.

Allen, J. P. (2008). The Attachment System in Adolescence. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 419-435). New York: Guildford Press.

Alloy, L., Abramson, L., Smith, J., Gibb, B., & Neeren, A. (2006). Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerability to Depression. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*(1), 23-64.

Angenendt, J., Frommberger, U., & Berger, M. (2015) Angststörungen (5. Aufl.). In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 439-475). München: Urban & Fischer.

Arnow, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of Psychotherapy and Combination Treatment for Chronic Depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*(8), 893-905. DOI: 1002/jclp.10181

Asendorpf, J., & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehung.* Bern: Verlag Hans Huber.

Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development, 11*(3), 223-263.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 327-335.

Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 254*(6), 397-405.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*(2), 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244.

Bassler, M. (2000). Panikstörung aus psychodynamischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog, 1*(3), S. 19-29.

Bassler, M., & Leidig, S. (2005). Psychologische Modelle für Angststörungen. In M. Bassler, & S. Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 20-35). Stuttgart: Thieme.

Beck, A. (1999). Das kognitive Modell der Depression. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Therapie der Depression* (S. 41-51). Weinheim: Beltz.

Beck, A. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry, 165*(8), 969-977.

Becker-Stoll, F., Fremmer-Bombik, E., Wartner, U., Zimmermann, P., & Grossmann, K. E. (2008). Is attachment at ages 1, 6 and 16 related to autonomy and relatedness behavior of adolescents in interaction towards their mothers? *International Journal of Behavioral Development, 32*(5), 372-380.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America, 32*(3), 483-524.

Behringer, J. (2017). Das Innere Arbeitsmodell von Bindung bei Erwachsenen. In B. Strauß, & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch* (S. 54-78). Stuttgart: Kohlhammer.

Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.

Bierhoff, H.W., & Grau, I. (1999). *Romantische Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft*. Bern: Hans Huber.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P., Bunn., A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(10), 796-805.

Bifulco, A., Moran., P., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 50-59.

Bifulco, A., Moran., P., Ball, C., & Lillie, A. (2002a). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 60-67.

Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C., & Kendler, K. (2014). Risk factors for anxiety disorders: common and specific effect in a national sample. *Depression and Anxiety, 31*(9), 756-764.

Bolten, M. (2009). Klinische Bindungsforschung. In S. Schneider & J. Magraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 55-76). Berlin Heidelberg: Springer.

Bonab, B. G., & Kooshar, A. A. H. (2011). Relation Between Quality of Attachment and Psychological Symptoms in College Students. *Procedia – Social and Behavioral Science, 30,* 197-201.

Borelli, J., David, D., Crowley, M., & Mayes, L. (2010). Links Between Disorganized Attachment Classification and Clinical Symptoms in School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies, 19*(3), 243-256.

Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology, 18*(2), 517-550.

Bowlby, J. (1944). Forty-Four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis, 25,* 19-35.

Bowlby, J. (1969/2006). *Bindung* (dt. Übers von G. Mander). München: Ernst Reinhardt. (Originalausgabe: *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.)

Bowlby, J. (1969/82). *Attachment and Loss. Volume I Attachment* (2nd Ed.). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Volume III. Loss Sadness and Depression*. New York: Basic Books. Verfügbar unter: https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Loss-Sadness-And-Depression-Attachment-and-Loss-1982.pdf

Bowlby, J. (1984). Bindung, eine Analyse der Mutter-Kind- Beziehung. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Bowlby, J. (1988/2003). *A Secure Base.* New York: Brunner-Routledge.

Bowlby, J. (1989/2009). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz (Übers. u. bearb. von F. Becker-Stoll, P. Zimmermann & G. Spangler). In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. überarb. Aufl.; S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cota.

Bowlby, J. (1991/2009). Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme (Übers. von C. Sonntag). In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Aufl.; S. 55-69). Stuttgart: Klett-Cota

Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M., & Rosenbluth, D. (1956). The Effects of Mother Child Separation: A Follow-Up Study. *British Journal of Medical Psychology, 29*(3-4), 211-247.

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Brenk, K. (2005). *Bindung und Sexualität. Zum Zusammenhang zwischen Bindung im Erwachsenenalter und sexuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen.* Marbug: Tectum-Verlag.

Brenk-Franz, K., Ehrenthal, J., Freund, T., Schneider, N., Strauß, B., Tiesler, F. et al. (2018). Evaluation of the short form of “Experience in Close Relationships” (Revised, German Version “ECR-RD12”) - A tool to measure adult attachment in primary care. *PLOS ONE, 13*(1). DOI: 10.1371/journal.pone.0191254

Bretherton, I. (2009). Die Geschichte der Bindungstheorie. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. überarb. Aufl., S. 27-49). Stuttgart: Klett-Cota.

Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships. Elaborating a Central Construct in Attachment Theory. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 102-127). New York: Guildford Press.

Brown, A., & Whiteside, S. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style and worry in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 263-272.

Brown, G., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*(5), 235-243.

Brumariu, L., & Kerns, K. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*(1), 177-203.

Buchheim, A. (2002). Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In B. Strauß, A. Buchheim, & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 214-230). Stuttgart: Schattauer.

Buchheim, A. (2017). Bindungsdesorganisation. In B. Strauß, A. In B. Strauß (Hrsg.), *Bindung und Psychopathologie* (S. 151-161). Stuttgart: Klett-Cotta.

Caeiro, L., Ferro, J., Santos, C., & Figueira, M. (2006). Depression in acute stroke. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 31*(6), 377-383.

Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N., Thomas, C. Jr., & Borkovec, T. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Connections With Self-Reported Attachment. *Behavior Therapy, 40*(1), 23-38.

Cisler, J., Olatunji, B., Feldner, M., & Forsyth, J. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(1), 68-82.

Cobb, R., & Davila, J. (2009). Internal Working Models and Change. In J. Obegi, & E. Berant (Hrsg.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (S. 209-233). New York: The Guildford Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment Processes in Eating Disorder and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 282-290.

Colonnesi, C., Draijer, E., Stams, G., Van der Bruggen, C., Bögels, S., & Noom, M. (2011). The Relation Between Insecure Attachment and Child Anxiety: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(4), 630-645.

Conradi, H., & de Jonge, P. (2009). Reccurent Depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders, 116*(1-2), 93-99.

Crowell, J., Fraley, R., & Shaver, P. (2008). Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 599-634). New York: Guildford Press.

de Lijster, J., Dierckx, B., Utens, E., Verhulst, F., Zieldorf, C., Dieleman, G., et al. (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 62*(4), 237-246.

Dear, B., Titov, N., Sunderland, M., McMillan, D., Anderson, T., Lorian, C. et al. (2011). Psychometric comparison of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 and the Penn State Worry Questionnaire for measuring response during treatment of Generalised Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(3), 216-277.

Deuschle, M., & Lederbogen, F. (2002). Depression und koronare Herzerkrankungen: pathogenetische Faktoren vor dem Hintergrund des Stresskonzeptes. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 70*(5), 268-275.

Dilling, H., & Freyberger, H. (2016). *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen – Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (8. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Dinkel, A. (2006). Der Einfluss von Bindungsstil und dyadischem Coping auf die partnerschaftliche Beziehung. Eine Analyse moderierter Mediationseffekte (Dissertation). Technische Universität Dresden. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/270645724_Der_Einfluss_von_Bindungsstil_und_dyadischem_Coping_auf_die_partnerschaftliche_Beziehungsqualitat_Eine_Analyse_moderierter_Mediationseffekte

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer

Dozier, M., Stovall-McClough, K., & Albus, K. (2008). Attachment and Psychopathology in Adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 718-744). New York: The Guilford Press

Dykstra, P., Ko, L., & Lewis, M. (2010). The role of giving and receiving emotional support in depressive symptomatology among older couples: An application of the actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(1), 83-99.

Edwards, V., Holden, G., Felitti, V., & Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453-1460.

Ehrenthal, J. (2016). Bindungsdiagnostik. Eine komplexe Aufgabe. *Psychotherapie im Dialog, 17*(3), 42-46.

Ehrlich, T., & Lutz, W. (2016). Therapiebeziehung. In F. Petermann, G. Gründer, M. Wirtz & J. Strohmer, *Dorsch – Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie* (S. 865). Bern: Hogrefe.

Eng, W., Heimberg, R., Hart, T., Schneier, F., Lieobowitz, M. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion, 1*(4), 365-380.

Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Falkai, W., & Schmitt, A. (2015). Risikofaktoren für Depressionen und Angststörungen und der Einsatz von Lichttherapie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 83*(06), 313.

Felitti, V. (2002). The relationship of adverse childhood experience to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48*(4), 359-369.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele., H., Kennedy, R., Mattoon, G. et al. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22-31.

Fraley, C., Waller, N., & Brennan, K. (2000). An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365.

Fraley, R., & Shaver, P. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology. 4*(2), 132-154.

Fraley, R., Hudson, N., Heffernan, M., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(2), 354-368.

Fremmer-Bombik, E. (2009). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. überarb. Aufl.; S. 17-26). Stuttgart: Klett-Cota.

Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergard, K., & Rosenvinge, J. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders, 145*(2), 143-155.

Fuchs, T., & Berger, M. (2013). *Affektive Störungen. Klinik – Therapie – Perspektiven.* Stuttgart: Schattauer.

Gastpar, M. (2006). Depression und Komorbidität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld, & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 278-286). Berlin, Heidelberg: Springer.

Geiser, F., Kleiman, A., Albus, C., & Conrad, R. (2012). Angststörungen. *Der Internist, 53*(11), 1289-1295.

George, C., West, M., & Pettem, O. (1999). The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the level of representation. In J. Solomon & C. George (Hrsg.), *Attachment disorganization* (S. 462–507). New York: The Guilford Press.

Gloger-Tippelt, G. (1999). Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult Attachment Interview. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 48*(2), 73-85.

Gloger-Tippelt, G. (2012). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Gloger-Tippelt, G. (2012a). Unsicher-distanzierende mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 173-199). Bern: Verlag Hans Huber.

Goldstein-Piekarski, A., Williams, L., & Humphreys, K. (2016). A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact od multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders. *Translational Psychiatry, 6*(6), 1-9.

Gomille, B. (2012). Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 201-225). Bern: Verlag Hans Huber.

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica, 50*(4), 171-181.

Grossmann, K. E., Becker-Stoll., F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M, Spangler, G. et al. (1989). Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In H. Keller, (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 31-55). Berlin Heidelberg: Springer.

Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2000). Bindung, Exploration und internale Arbeitsmodelle – der Stand der Forschung. In E. Parfy, H. Redtenbacher, R. Sigmund, R. Schoberberger, & Ch. Butschek (Hrsg.), *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung* (S. 13-38). Wien: Facultas.

Grossmann, K., & Grossmann, K.E. (2012). *Bindungen – Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cota.

Grossmann, K.E., & Grossmann, K. (2009). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cota

Grünwald, R. (2019, 22. April). *Effektstärke berechnen – vom unstandardisierten Regressionskoeffizienten zum Beta Koeffizient*. NOVUSTAT. Zugriff am 20.07.2020. Verfügbar unter: https://novustat.com/statistik-blog/effektstaerke-berechnen-beta-koeffizient.html

Hamilton, C. (2000). Continuity and Discontinuity od Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development, 71*(3), 690-694.

Hankin, B., Kassel, J., & Abela, J. (2005). Adult Attachment Dimensions and Specificity of Emotional Distress Symptoms: Prospective Investigations of Cognitive Risk and Interpersonal Stress Generations as Mediating Mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(1), 135-151.

Härter, M., & Schneider, F. (2012). Affektive Störungen (F3). In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie,* S. 295-319. Berlin Heidelberg: Springer.

Hauser, S. (2012). Trauma – Der unverarbeitete Bindungsstatus im Adult Attachment Interview. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 227-250). Bern: Verlag Hans Huber.

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression.* Göttingen: Hogrefe.

Hazan. C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), S. 511-524.

Hermanns, N., Kulzer, B., & Krichbaum, M. (2014). Diabetes und Depressionen – eine fatale Kombination. *Diabetes aktuell, 12*(2), 80-88.

Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, J. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine, 7*(7), e1000316.

Horowitz, L., Strauß, B., & Kordy, H. (2001). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – deutsche Version* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017.* Seattle, WA: IHME.

Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., & Broberg, A. (2010). Attachment states of mind in adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(11), 845-853.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85(1), 77-90. DOI 10.1007/s00115-013-3961-y

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Exaination Survey (GHS). *Psychological Medicine 34*(4), 597-611.

Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B., & Kißgen, R. (2009). *Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen.* Göttingen: Hogrefe.

Jungmann, T., & Reichenbach, C. (2009). *Bindungstheorie und pädagogisches Handeln. Ein Praxisleitfaden.* Dortmund: Borgmann Media.

Kasper, S., Sachs, G., Kapfhammer, H.-P., Bach, M., Baldinger-Melich, P., Conca, A., et al. (2018). Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2018. *CliniCum neuropsy, Sonderausgabe 2018.*

Kendler, K., Kuhn, J., Vittum, J., Prescott, C., & Riley, B. (2005). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(5), 529-535.

Kendler, K., Myers, J., & Prescott, C. (2000). Parenting and adult mood, anxiety and substance disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine, 30*(3), 281-294.

Kessler, R., Berglund P., Demler, O., Jin. R., Merikangas, K., & Walters E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6). S. 593–602.

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., et al. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association, 289*(23), 3095-3105.

Khan, A., Jacobson, K, Gardner, C., Prescott, C., & Kendler, K. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry, 186*(3), 190-196.

Kinzl, J. (2012). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4). In W. Fleischhacker, & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 197-247). Wien: Springer.

Kirchmann, H., Singh, S., & Strauß, B. (2017). Methoden zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. In B. Strauß, & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch* (S. 101-122). Stuttgart: Kohlhammer.

Kißgen, R. (2009). Diagnostik der Bindungsqualität in der frühen Kindheit – Die Fremden Situation. In H. Julius, B. Gasteiger-Klicpera & R. Kißgen (Hrsg.), *Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Interventionen* (S.91-105). Göttingen: Hogrefe.

Knappe, S., Beesdo, K., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2009). Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 986-994.

Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613.

Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146,* S. 317-325.

Küchenhoff, J. (2017). *Depression.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lee, A., & Hankin, B. (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescence Psychology, 38*(2), 219-231.

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken.* Zugriff am 28.07.2020. Verfügbar unter: https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html

Leveridge, M., Stoltenberg, C., Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interactions patterns. *Contemporary Family Therapy, 27*(4), S. 577-597.

Levy, K., Ellison, W., Scott, L., & Bernecker, S. (2011). Attachment Style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 193-203.

Li, M., D´Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review., meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine, 46*(4), 717-730.

Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M., & Merikangas, K., (2000). Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring. *Archives Of General Psychiatry, 57*(9), 859-866.

Lim, G., Tam, W., Lu, Y., Ho, C., Zhang, M., & Ho, R. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports, 8*(1), S. 2861. DOI: 10.1038/s41598-018-21243-x

Lochner, C., Seedat, S., Allugander, C., Kidd, M., Stein, D., Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry, 13*(5), 376-381.

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(524), 1747–1757. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9

Löwe, B. (2015). Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7; Dt. Vers.). Hamburg-Eppendorf: Universitätsklinikum. Verfügbar unter: https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/forschung/arbeitsgruppen/ag_psychometrie-und-instrumentenentwicklung.html

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. et al. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care, 46*(3), 266-274.

Löwe, B., Spitzer, R., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D. Manual* (2. Aufl.). Heidelberg: Medizinische Universitätsklinik.

Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C., Perkins, A., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire - 9. *Medical Care, 42*(12), 1194-1201.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*(1), 48-62.

Main, M. (2000). Aktuelle Studien zur Bindung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 1-15). Bern: Verlag Hans Huber.

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*(3), 415-426.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. Brazelton & M. Yogman (Hrsg.), *Affective development in infancy* (S. 95-124). Westport: Ablex Publishing.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1/2), 66-104.

Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders. 172*(1), 428-444.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry, 83*(1), 131-141.

Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), S. 438-450.

Martin, D., Gilliath, O., Deboeck, P., Lang, K., & Kerr, B. (2017). Changes in attachmet security and mindfulness as predictors of changes in depression and general anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(9), 769-797.

Mathews, S., Abrahams, N., & Jewkes, R. (2013). Exploring mental health adjustment of children post sexual assault in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(6), 639-657.

Matyjas, D. P. (2015). *Bindung und Partnerschaftsmodell. Nicht-monogame und monogame Partnerschaften im Kontext von Angst und Vermeidung.* Wiesbaden: Springer.

McLean, C., Asnaani, A., Litz, B., & Hofmann, S. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1027-1035.

Mendlowicz, M., & Stein, M. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry, 156*(5), 669-682.

Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C.., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy,* 43(10), 1281-1310.

Merikangas, K., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability Factors among Children at Risk for Anxiety Disorders. *Society of Biological Psychiatry, 46*(11), 1523-1535.

Mestel, R. (n.d.) Kennwerte für ECR-R. Klinikinternes Dokument, unveröffentlicht (s. Anhang A).

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 503-531). New York: Guildford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2017). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Chance (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.

Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (4. überarb. und erw. Aufl.). Wien New York: Springer.

Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., et al. (2000). Bindung und Psychotherapie. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 45,* 223-229.

Muris, P, Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy, 38*(5), 487-492.

Newman, M., & Erickson, T. (2010). Generalized Anxiety Disorder. In J. Beck (Hrsg.), *Interpersonal Processes in the Anxiety Disorders: Implications for Understanding Psychopathology and Treatment* (pp. 235-259). Washington, DC: American Psychological Association.

Newman, M., & Llera, S. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 371-382.

Newman, M., Castonguay, L., Jacobson, N., & Moore, G. (2015). Adult Attachment as a Moderator of Treatment Outcome for Generalized Anxiety Disorder: Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Plus Supportive Listening and CBT Plus Interpersonal and Emotional Processing Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 915-925.

Nomura, Y., Wickramaratne, P., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. (2002). Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(4), 452-460.

Norcross, J., & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), S. 98-102.

Palitsky, D., Mota, N., Afifi, T., Downs, A. C., & Sareen, J. (2013). The Association Between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality. Findings from a Population-Based Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(7), 579-586.

Parish, M., & Eagle, M. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology, 20*(3), 271-286.

Paykel, E., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology 15*(4), 411-423.

Pearson, J., Cohn, D., Cowan, P., & Pape Cowan, C. (1994). Earned- and continuous-security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology, 6*(2), 359-373.

Perna, G., Alciati, A., Prestia, D., Torti, T., & Nemeroff, C. (2013). Is there a link between child abuse and neglect and anxiety disorders? *Minerva Psichiatrica, 54*(2), 137-148.

Petrowsky, K., & Joraschky, P. (2017). Bindungsprozesse bei Angststörungen. In B. Strauß, & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch* (S. 162-178). Stuttgart: Kohlhammer.

Pinquart, M., Feußner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachment from infancy to early adulthood. *Attachment and Human Development, 15*(2), 189-218.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (Health-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55*(2), 162-179.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2007). *Hamburger Module zur Erfassung allmeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die Therapeutische Praxis (Health-49).* Hamburg-Eppendorf: Universitätsklinikum. Verfügbar unter: http://www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2011). *„Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheut für die therapeutische Praxis (Health)“ – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „Health-49“* (4. überarb. Aufl.). Hamburg-Eppendorf: Universitätsklinikum. Verfügbar unter: http://www.hamburger-module.de/download/health-49-normen.pdf

Read, D., Clark, G., Rock, A., & Coventry, W. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. PLoS ONE, 13(12), e0207514. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0207514

Reiner, I. C., Fremmer-Bombik, E., Beutel, M. E., Steele, M., & Steele, H. (2013). The Adult Attachment Interview – Fundamentals, use, and applications in clinical work. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59*(3), 231-246.

Rubio, J., Markowitz, J. Alegría, A., Pérez-Fuentes, G., Liu, S.-M., Lin, K.-H., et al. (2011). The Epidemiology of Chronic and Non-Chronic Major Depressive Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety, 28*(8), 622-631.

Sachse, J., & Strauß, B. (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 52*(3/4), 134-140.

Safren, S., Gershuny, B., Marzol, P., Otto, M., & Pollack, M. (2002). History of Childhood Abuse in Panic Disorder, Social Phobia, and Generalized Anxiety Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(7), 453-456.

Schauenburg, H. (2008). Bindungsaspekte der Depression. In B. Strauß (Hrsg.), *Bindung und Psychopathologie* (S. 81-105). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schauenburg, H. (2017). Bindungsaspekte bei der Depression. In B. Strauß, & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – ein Handbuch* (S. 179-189). Stuttgart: Kohlhammer.

Scheidt, C., & Waller, E. (2005). Angststörungen und Bindungsforschung. *Psychotherapie im Dialog*, *6*(4), S, 362-369.

Schneider, R. (2015). *Die Bedeutung der Bindung für die Entwicklung des Kindes und ihre Relevanz in historischen und aktuellen Krippenkonzepten* (1. Aufl.). Lang, Peter Frankfurt.

Schneider, S. (1995). Psychologische Transmission des Paniksyndroms (1. Aufl.) Donauwörth: Auer.

Seiffge-Krenke, I. (2007). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. 1. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 3-15). München: CIP-Medien.

Seligman, M. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Shaver, P., & Mikulincer, M. (2009). An Overview of Adult Attachment Theory. In J. Obegi, & E. Berant (Hrsg.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (S. 17-45). New York: The Guildford Press.

Silverman, M., Frankenburg, F., Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. (2013). The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, *26*(5), 804-814.

Silverman, W. K., & Weems, C. F. (1999). Anxiety sensitivity in children. In S. Taylor (Hrsg.), *Anxiety sensitivity: Theory, research and the treatment of the fear of anxiety* (pp. 239–268). Mahwah, US: Erlbaum.

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 157*(2), 229-233.

Somers, J., Goldner, E., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorder: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(2), 100-113.

Spangler, G., & Grossmann, K. (2009). Zwanzig Jahre Bindungsforschung in Bielefeld und Regensburg. In G. Spangler, & P. Zimmermann, (Hrsg.), *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. überarb. Aufl.; S. 50-63). Stuttgart: Klett-Cota.

Spangler, G., & Zimmermann, P. (2009). *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cota

Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder – The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092-1097.

Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy III, F., Hahn, S. et al. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care – The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA, 272*(22), 1749-1756.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*(4), 349-367.

Stein, H., Koontz, A., Fonagy, P., Allen, J., Fultz, J., Brethour, Jr., et al. (2002). Adult Attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(Pt. 1), 77-91.

Stovall-McClough, K., & Dozier, M. (2016). Attachment States of Mind and Psychopathology in Adulthood. In J. Cassidy, & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (3rd Ed., pp. 715-738). New York: The Guilford Press.

Strauß, B. (2000). Die Übertragbarkeit von Forschungsparadigmen der Erwachsenenbindungsforschung auf die Klinik. In E. Parfy, H. Redtenbacher, R. Sigmund, R. Schoberberger, Ch. Butschek (Hrsg.), *Bindung und Interaktion. Dimensionen der professionellen Beziehungsgestaltung* (S. 41-44). Wien: Facultas.

Strauß, B. (2008). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. In M. Hermer, & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1 Allgemeiner Teil* (S. 205-232).

Strauß, B. (2014). *Bindung.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Strauß, B., Kirchmann, H., Schwark, B., & Thomas A. (2010). *Bindung, Sexualität und Persönlichkeitsentwicklung. Zum Verständnis sexueller Störungen aus der Sicht interpersonaler Theorien.* Stuttgart: Kohlhammer.

Thompson, R. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development, 71*(1), 145-152.

Thompson, R. (2005). Multiple Relationships Multiply Considered. *Human Development, 48*(1-2), 102-107.

von Heymann, F., Zaudig, M., & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Grösse? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Ma0nahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62,* 209-221.

von Sydow, K. (2012). Forschungsmethoden zur Erhebung von Partnerschaftsbindungen. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (2. überarb. Aufl., S. 287-317. Bern: Verlag Hans Huber.

Von Sydow, K., & Seiferth, A. (2015). *Sexuelle Beziehungen (Praxis der Paar- und Familientherapie).* Göttingen: Hogrefe.

Wartner, U., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., & Suess. G. (1994). Attachment Patterns at Age Six in South Germany: Predictability from Infancy and Implications for Preschool Behavior. *Child Development, 65*(4), 1014-1027.

Waters, A., Zimmer-Gembeck, M., & Farrell, L. (2012). The relationship of child and parent factors with children´s anxiety symptoms: Parental anxious rearing as a mediator. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(7), 737-745.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development, 71*(3), 684-689.

Weems, C., Costa, N., Watts, S., Taylor, L., Cannon, M. (2007). Cognitive Errors, Anxiety Sensitivity, and Anxiety Control Beliefs. Their Unique and Specific Associations with Childhood Anxiety Symptoms. *Behavior Modification, 31*(2), 174-201.

Widom, C., DuMont, K., & Czajam S. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Archives of General Psychiatry, 64*(1), 49-56.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 51. Depressive Erkrankungen.* Berlin: Robert Koch-Institut.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Abgerufen von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=A0F3A6511E12E863EEB79B4C64A2B4B4?sequence=1

Zeifman, D. & Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments: Reevaluating the evidence. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 436-455). New York: Guildford Press.

Zimmermann, P. (2002). Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 147-161). Stuttgart: Schattauer.

Zimmermann, P., Fremmer-Bombik, E., Spangler G., & Grossmann, K. E. (1997). Attachment in Adolescence: A longitudinal Perspective. In W. Koops., Hoeksma, J. B., & D. C. van den Boom (Hrsg.), *Development of interaction and attachment: traditional and non-traditional approaches* (S. 281-292). Amsterdam: North-Holland.

Zwanzger, P., & Schneider, F. (2012). Angststörungen (F40. F41). In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*, S. 321-334. Berlin Heidelberg: Springer.

Anhang

Anhang A – Bindungsfragebogen und Kennwerte zur Auswertung

ECR-RD 12 (Brenk-Franz, K., Ehrenthal, J., et al. Version 1.0, 2011)

Die folgenden Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie sich in emotional bedeutsamen Partnerschaften fühlen. Von Interesse ist für uns dabei vor allem, **wie Sie <u>im Allgemeinen</u> Partnerschaften erleben**, nicht so sehr, was gerade in einer aktuellen Partnerschaft passiert. Bitte nehmen Sie zu jeder Aussage Stellung, indem Sie eine Zahl ankreuzen, um darzustellen, wie sehr Sie der Aussage für sich zustimmen.		Stimme gar nicht zu						Stimme völlig zu
1	Ich habe Angst, die Liebe meines Partners/meiner Partnerin zu verlieren.	1	2	3	4	5	6	7
2	Ich mache mir oft Sorgen, dass mein Partner/meine Partnerin nicht bei mir bleiben will.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ich fühle mich wohl damit, meine privaten Gedanken und Gefühle mit meinem Partner/meiner Partnerin zu teilen.	1	2	3	4	5	6	7
4	Es fällt mir schwer, mich auf meinen Partner/meine Partnerin zu verlassen.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich befürchte, dass ich meinem Partner/meiner Partnerin weniger bedeute, als er/sie mir.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht nahe zu sein.	1	2	3	4	5	6	7
7	Mir wird unwohl, wenn ein Partner/eine Partnerin mir sehr nahe sein will.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich habe den Eindruck, dass mein Partner/meine Partnerin nicht so viel Nähe möchte wie ich.	1	2	3	4	5	6	7
9	Ich bespreche vieles mit meinem Partner/meiner Partnerin.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich habe Angst, dass sobald ein Partner/eine Partnerin mich näher kennen lernt, er/sie mich nicht so mag, wie ich wirklich bin.	1	2	3	4	5	6	7
11	Es macht mich wütend, dass ich von meinem Partner/meiner Partnerin nicht die Zuneigung und Unterstützung bekomme, die ich brauche.	1	2	3	4	5	6	7
12	Es fällt mir leicht, meinem Partner/meiner Partnerin gegenüber liebevoll zu sein.	1	2	3	4	5	6	7

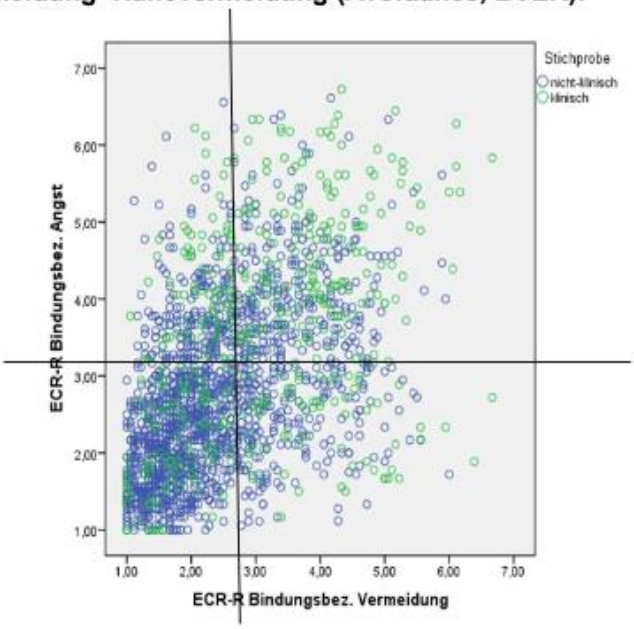
Auswertung:

Skala Bindungsbezogene Angst=Trennungsangst (Anxiety, BANG): Items 1, 2, 5, 8, 10, 11

Skala Bindungsbezogene Vermeidung=Nähevermeidung (Avoidance, BVER): Items 3, 4, 6, 7, 9, 12

Invers auszuwertende Items

ECRRD-Item	Skala	Invers?
01	BANG	
02	BANG	
03	BVER	Inv
04	BVER	
05	BANG	
06	BVER	
07	BVER	
08	BANG	
09	BVER	Inv
10	BANG	
11	BANG	
12	BVER	Inv



ECR-Skala	Gesunde M	Gesunde SD	Stat. Pat M	Stat. Pat.SD	Patienten rtt Alpha[a]	Krit. Diff 1%: ***	Krit. Diff. 5%: **	Krit. Diff. 10%: *	negative ES kleiner	kleine ES größer	mittlere ES größer	große ES größer	c-crit.	Gesunder Bereich
Bindungsbezogene Angst	2,70	1,05	3,61	1,36	0,86	1,85	1,41	1,18	-0,41	0,41	0,82	1,23	3,10	0 - 3,1
Bindungsbezogene Vermeidung	2,37	0,99	3,16	1,25	0,74	2,31	1,75	1,47	-0,37	0,37	0,75	1,12	2,72	0 - 2,72

Anm. Ehrenthal, J. et al. (2012). Studiendaten der Kontrollprobanden n = 1591; Patientendaten n = 441. Unveröffentlichter Bericht: Heidelberg.
Patienten rtt Alpha[a]: Mestel, R. (2012). Unveröffentlichte Daten. Patienten der Vamed Rehaklinik Bad Grönenbach, n = 38, zwei Wochen.

Kategoriale Auswertung nach Mestel (n.d.; Persönliche Mitteilung):

- Geringe Trennungs- und Näheangst → Bindungssicher
- Hohe Trennungs- und Näheangst → Ängstlich-vermeidend
- Hohe Trennungs- und geringe Näheangst → Ängstlich-ambivalent
- Geringe Trennungs- und hohe NÄheangst → Gleichgültig-vermeidend

Anhang B – Fragebogen zur depressiven Symptomatik

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Gesamtwert _____ = Addition ____ + ____ + ____
der Spaltensummen

Englische Version: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Anhang C – Fragebogen zur Angstsymptomatik

Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	**Überhaupt nicht**	**An einzelnen Tagen**	**An mehr als der Hälfte der Tage**	**Beinahe jeden Tag**
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Gesamtwert _____ = Addition ____ + ____ + ____
der Spaltensummen

Englische Version: Generalizied Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)
Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Anhang D – Exzerpte des HEALTH-49 zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens und der Selbstwirksamkeit

Modul B „Psychisches Wohlbefinden“ der HEALTH-49

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich fühle mich gelöst	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2	Ich fühle mich wohl	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3	Ich bin entspannt	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4	Ich fühle mich ausgeruht	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5	Ich kann genießen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Hamburger Module (HEALTH-49)
Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
© 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) http://www.hamburger-module.de)

Modul D „Selbstwirksamkeit“ der HEALTH-49

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**.
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1	mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2	meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3	schwierige Probleme zu lösen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4	meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5	mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Hamburger Module (HEALTH-49)
Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
© 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) http://www.hamburger-module.de)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht.

07.10.2020	[redacted]
Datum	Unterschrift